

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA PARROQUIAL, BARRIO EL CENTRO
SAN LUIS, PETÉN
FEBRERO – OCTUBRE 2018**

Presentado por:

DARLYN ROCIO SOSA ILLESCAS

Ante el tribunal de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala, que
presidió el acto de graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre del 2018

**INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA PARROQUIAL, BARRIO EL CENTRO
SAN LUIS, PETÉN
FEBRERO – OCTUBRE 2018**

Presentado por:

DARLYN ROCIO SOSA ILLESCAS

Ante el tribunal de la facultad de odontología de la universidad de San Carlos de Guatemala, que
presidió el acto de graduación, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre del 2018

JUNTA 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 Paíz |
| Secretario Académico: | Dr. Julio Rolando Pineda Cordón |

TRIBUNAL QUE PRESIDIO EL ACTO DE GRADUACIÓN

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| Decano: | Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles |
| Vocal: | Dr. Fernando Argueta |
| Secretario Académico: | Dr. Julio Rolando Pineda Cordón |

DEDICATORIAS

A Dios:

Porque creyendo en ti he encontrado fuerza, paz y amor para día con día seguir; porque nunca me has dejado y si he caído has sido la fortaleza y mi esperanza para levantarme, te dedico principalmente este logro de muchos, porque me has permitido lograrlo.

A mis padres:

Sabiendo que la tarea de padre no es y no ha sido fácil, que no hay manual para ser un padre perfecto. Que según sus posibilidades en el pasado y su particular criterio de criarme, me formaron y dieron las bases para ser la mujer que soy, llena de virtudes, carácter e independencia, les entrego hoy su sueño y les dedico mi graduación agradeciendo la oportunidad de orientar mi vida en lo profesional y ver ese sueño hecho realidad en mí. A mi padre, quien en algún momento vio en mí, actitudes y aptitudes para verme realizada como profesional, quien escogió la mejor carrera para mi vida, sabemos que pensaste que no lo lograría, momento memorable que me motivo a lograr y triunfar más de lo que imaginé; Gracias

Al Dr. Gustavo Adolfo Leal Monterroso:

Mi Mentor y mi Jefe, quien ha guiado mi camino profesional e incluso personal, quien con su apoyo, paciencia y mucho cariño logró crear en mí una buena profesional, pues con el tiempo logré entender que con disciplina, responsabilidad, honorabilidad y pasión se logra mucho y solo hay una manera de hacer las cosas y es bien hechas, palabras sabias que van encaminadas al éxito. A Dios gracias por darme la oportunidad de conocerlo, sobra gratitud la oportunidad laboral que me brindo, pues fue esa necesidad la que cambió mi vida. Fomentar en mí el ser una

profesional correcta y con ética ha sido la razón de mis logros. Usted mi querido doctor es y será un ejemplo de vida a seguir siempre, Gracias.

A mis Maestros y Mentores: Dr. Horacio Mendía, Dr. Leónidas Recinos, Dra. Ma. Eugenia Castillo, Dr. Servio Interiano, Dra. Carmen Morales, Dr. Fernando Argueta, Dr. Mauricio Morales, Dr. Arturo De León Saldaña, que aprecio de una manera más que especial porque fueron parte importante de mi formación y de mi vida personal.

A mis mejores amigos y colegas: Dra. Zuleny Ramírez, Dr. Jonathan Hernández, Dr. Javier Quiñones, Ángela Paola Vásquez y Alejandro González, mis colegas y a mis amigos en general que han compartido vivencias a mi lado, buenas y malas.

A mi familia: Gracias por su apoyo y cariño.

A la Facultad de Odontología: Por permitirme ser parte de ella, en mi crecimiento y formación, por concederme esta profesión.

A mi Alma Mater: Magnífica Tricentennial Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser mi casa de estudios durante estos años.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la Clínica Parroquial del Municipio de San Luis, Petén; 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

| | |
|--|----|
| ÍNDICE..... | 1 |
| SUMARIO..... | 3 |
| ANTECEDENTES..... | 5 |
| Descripción Histórica..... | 5 |
| Indicadores de Desarrollo Humano..... | 8 |
| OBJETIVOS DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO..... | 15 |
| I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS..... | 16 |
| Introducción..... | 17 |
| Planteamiento del problema..... | 17 |
| Justificación..... | 17 |
| Objetivos Generales..... | 18 |
| Metodología..... | 18 |
| Cronograma..... | 20 |
| Recursos..... | 20 |
| Presupuesto del proyecto..... | 21 |
| Resultados..... | 22 |
| Limitaciones y dificultades..... | 22 |
| Análisis y evaluación del proyecto..... | 22 |
| MEJORAS A LA CLÍNICA..... | 27 |
| Introducción..... | 27 |
| Objetivos..... | 27 |
| Recursos..... | 28 |
| Resultados..... | 28 |
| Limitaciones y dificultades..... | 28 |
| Análisis y evaluación del proyecto..... | 29 |
| II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES..... | 31 |
| Resumen..... | 32 |
| Objetivos del programa de prevención..... | 34 |
| Metas del programa de prevención..... | 35 |
| Subprograma de prevención utilizando enjuagatorios con fluoruro..... | 35 |
| Subprograma de Educación en Salud..... | 35 |
| Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras..... | 35 |
| Presentación de resultados del programa..... | 36 |
| Análisis del programa..... | 40 |
| Conclusiones..... | 40 |

| | | |
|------|--|----|
| | Recomendaciones..... | 41 |
| III. | INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL PROGRAMA DE EPS..... | 42 |
| | Introducción..... | 43 |
| | Planteamiento del problema..... | 43 |
| | Objetivos del estudio..... | 43 |
| | Variables del estudio..... | 43 |
| | Materiales y métodos..... | 44 |
| | Tamaño y selección de la muestra..... | 44 |
| | Marco teórico..... | 45 |
| | Presentación de los resultados..... | 50 |
| | Discusión de los resultados..... | 66 |
| | Conclusiones..... | 68 |
| | Recomendaciones..... | 68 |
| IV. | ATENCIÓN DE ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRAL..... | 69 |
| | Resumen..... | 70 |
| | Objetivos..... | 71 |
| | Presentación de Resultados..... | 72 |
| V. | ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO..... | 75 |
| | Introducción..... | 76 |
| | Horario y planificación de actividades..... | 76 |
| | Métodos de Bioseguridad..... | 77 |
| | Protocolo de Desinfección..... | 77 |
| | Protocolo de Esterilización..... | 77 |
| | Capacitación del personal auxiliar..... | 80 |
| | Introducción..... | 80 |
| | Descripción y análisis de la ejecución del programa..... | 80 |
| | Conclusiones..... | 81 |
| | Recomendaciones..... | 81 |
| | CONCLUSIONES..... | 82 |
| | RECOMENDACIONES..... | 82 |
| | BIBLIOGRAFÍA..... | 83 |

SUMARIO

El informe que presento detalla puntualmente las actividades que fueron realizadas durante el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizado en la Clínica Parroquial, Barrio el Centro del municipio de San Luis, en el departamento de Petén, durante 8 meses el cual abarcó del 6 de febrero al 5 de octubre del año 2018.

Durante este periodo se realizaron actividades de enseñanza y aprendizaje con pláticas de educación en salud y los enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2 %, la capacitación mensual de la asistente dental, la investigación única en el programa de EPS, el desarrollo del proyecto comunitario beneficiando a la comunidad y la actividad clínica integral donde se desarrolla la práctica clínica en escolares, adolescentes y población general dando un servicio activo a la población en general.

El informe lleva en su contenido las diversas actividades que fueron realizadas por el odontólogo practicante y las vivencias que conlleva esta fase, previa a la culminación del pensum de estudio. Para la comprensión correcta del informe el programa se divide en categorías de trabajo ejecutando las mencionadas a continuación: actividades comunitarias y mejoras a la Clínica Dental (Sede del EPS), Prevención de enfermedades bucales, Investigación única en el programa de EPS, Atención Clínica Integral para escolares y Población en general, Administración del Consultorio y Capacitación del personal auxiliar, actividades que se trabajaron conjuntamente durante el ejercicio profesional supervisado en el periodo asignado.

Las actividades comunitarias desarrolla la planeación, la ejecución y la conclusión de un proyecto proyectado a mejorar las condiciones de vida en la comunidad, el cual consistió en la construcción de una cocina escolar en la Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán, ubicada en el Barrio Tikajal. Las mejoras en la clínica dental busca mejorar el consultorio dental que está al servicio de la comunidad, actividades que dieron un ambiente de trabajo agradable para el epesista, el personal auxiliar y a los pacientes respectivamente.

El programa de prevención de enfermedades bucales engloba 3 subprogramas que conforman las siguientes actividades: entrega de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2% a 1,117 escolares visitados semanalmente; se dieron 327 pláticas de educación en salud bucal y se atendieron a 142

escolares con piezas permanentes libres de caries, se colocaron 1,312 sellantes de fosas y fisuras, adicionalmente en la consulta se realizó tratamiento periodontal, profilaxis dental, aplicación tópica de flúor al 12%, extracciones dentales cuando fue necesario; programa que benefició a 5 escuelas que fueron: Escuela Oficial Rural Mixta Barrio Bethel, Escuela Oficial Rural Mixta del Barrio El Paraíso Jornada Matutina y Vespertina, Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán, Escuela Oficial Rural Mixta Urbana Jornada Matutina y Vespertina, Escuela Oficial Rural Mixta Barrio La Florida Jornada Matutina y Vespertina todas ellas dentro del casco urbano del municipio de San Luis departamento de Petén.

El tema de investigación única en el EPS fue: **Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de padres de familia y su relación con el estado de salud bucal de una muestra de escolares del sector público**, se analizó la relación de esa percepción con el estado de salud bucodental de sus hijos, respectivamente.

El programa de atención clínica integral para escolares y población en general, se enfocó en la atención de escolares del nivel primario de las escuelas públicas seleccionadas, se atendió primero a sexto año, los resultados establecidos en la estadística del trabajo realizado durante los 8 meses fueron: 89 exámenes clínicos, 89 profilaxis dental, 89 aplicaciones tópicas de flúor, 564 sellantes de fosas y fisuras, 11 restauraciones con ionómero de vidrio, 24 emergencias atendidas, 506 restauraciones con amalgama dental, 203 restauraciones con resina compuesta, 50 pulpotomías, 14 tratamientos de conducto radicular, 16 restauraciones con corona de acero y 149 extracciones dentales.

La clínica en pacientes de alto riesgo o población en general se realizaron: 447 exámenes clínicos, 65 profilaxis dental, 14 aplicaciones tópicas de flúor, 157 sellantes de fosas y fisuras, 19 restauraciones de ionómero de vidrio, 40 emergencias atendidas, 110 tratamientos periodontales, 2 casos de rehabilitación con prótesis total, 139 restauraciones con amalgama dental, 240 restauraciones con resina compuesta, 3 pulpotomías, 9 tratamientos de conducto radicular, 8 restauraciones con corona de acero y 190 extracciones dentales.

Durante la administración del consultorio dental se llevó a cabo la capacitación del personal auxiliar, se capacitó y se evaluó mensualmente un tema de índole odontológica, actividad realizada en la clínica parroquial de San Luis, Petén donde se realizó el programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

ANTECEDENTES

Descripción histórica

La clínica dental se encuentra dentro de las instalaciones de la clínica parroquial a un costado de la iglesia católica del municipio del San Luis, en el departamento de Petén. El programa de EPS se desarrolla en el casco urbano del municipio. Los servicios de salud son básicos, no hay un servicio de atención integral a la población, el centro de salud no brinda la atención necesaria por las limitaciones enormes que mantiene lo que hace que la población busque un hospital o un centro de salud privado dentro y fuera del municipio; los servicios dentales son escasos y el único servicio garantizado es el que proporciona la clínica parroquial con nuestra presencia. Los servicios de salud dental a los que la población recurre cuando no hay especialista son a los mecánicos dentales donde la atención no es apropiada ni garantizada.

Presento un resumen de la historia del municipio de San Luis Petén, donde se realizó el EPS.

Durante el periodo Clásico maya, existió desintegración social, como producto de sociedades mayas más complejas, lo que originó que comunidades enteras se fueran a otras zonas, derivado de ello los Mopanes, se establecieron en la parte sur del departamento de Petén. En el año 1708, aproximadamente once años después de la conquista del Itzá. La Capitanía General de Guatemala envió a Juan Antonio Ruiz y Bustamante como gobernador de Petén y a su paso por la comunidad Mopán de aproximadamente diez mil habitantes, fundó la población de San Luis, y en el año de 1832 fue nombrado municipio mediante acuerdo Gubernativo del Estado de Guatemala durante la Federación Centro Americana.

La estancia española dividió a los Mopanes y se dispersaron en torno a la actual cabecera municipal, pero volvieron a habitarla después de convenir la unificación de las familias tras interpretar el mensaje místico entregado a don Gregorio Tzuncal. (Leslie,2017)

Por tal motivo los principales se reunieron en consejo y mediante oficios ceremoniales invocaron la sabiduría del Dios creador y formador, determinando que aquel mandato les indicara que todos los Mopanes dispersos deberían reunirse y radicar en un solo pueblo (Kajal). De esa manera, convocaron a los principales de todas las tribus del Mopán y les comunicaron el mandato profético de vivir todos juntos y unidos. Así fue como se unificaron en lo que hoy es la cabecera municipal de San Luis, Petén.

Durante la época posterior a la independencia de Guatemala, la comunidad Mopán continuó establecida en la zona sur del departamento de Petén, con mayor prevalencia en el municipio de San Luis.

Pero durante la dictadura del Gobierno del general José María Reina Barrios, muchos Mopanes fueron obligados a pasar la frontera de Petén en condiciones inhumanas, esto provocó que muchos buscaran refugio en Belice.

Muchos años después con la política gubernamental de poblar y hacer productiva el área del Petén, familias de diferentes partes del país vinieron a establecerse. A San Luis, migraron ladinos orientales, q'eqchies de Alta Verapaz.

Características físicas y naturales

La topografía del municipio es compuesta por cerros con una altura hasta de unos 475 metros sobre nivel del mar, en su mayoría son aptos para cultivos como maíz, frijol, cítricos, etc.

Y está bañado por una gran cantidad de ríos que lo hacen ser un lugar muy fértil y dedicado a la ganadería.

Centros poblados

En los 2,913 kilómetros cuadrados que tienen el municipio de San Luis, cuenta con un alto número de comunidades, ya que tienen 170 Consejos Comunitarios Registrados y 189 comunidades, 9 barrios en la cabecera municipal y el municipio cuenta con una población de 79.471 habitantes según censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año actual.

| | |
|-----------------------|---|
| Número de habitantes: | 79.471 habitantes |
| Etnia: | q'eqchies con un 48%, mopanes con el 12 % y ladinos el 40%. |
| Idioma: | Maya Mopán, Maya Q'eqchi' y el Castellano |

Actividad económica principal

En el municipio de San Luis debido a la falta de implementación de otras prácticas agroforestales, la población económicamente activa que más predomina es la que se dedica a la agricultura, con un 55%, un 30% a la ganadería y un 15% se dedican al comercio.

Feria patronal

La fiesta titular se celebra en honor al Santo Patrono SAN LUIS REY IX DE FRANCIA del 17 al 25 de agosto. Esta es la festividad más importante del año, donde se practican diversas actividades religiosas, culturales, deportivas y sociales, la comunidad Maya Mopán realiza la actividad tradicional folklórica con la danza de los venados, el baile de la Chatona, alboradas con música de marimba, tamborón y chirimía, sin faltar el ceremonial de la traída y colocación del tradicional **tallo o palo ensebado** de palo de Valeria (Sayuk) en el Cerro Sak Luum los días 24 y 25 de agosto. (Monroy, 2007).

Costumbres

Las costumbres del municipio es la realización de las comidas propias a las festividades y creencias, según la tradición sanluisense son:

- Caldo de Caquik'
- Tortillas Dulces
- Poches
- Bollitos
- Barbacoa
- Caldo de Cerdo
- Pepián

Religión

En la cabecera municipal existen 3 Iglesias católicas, 7 Iglesias protestantes evangélica, 1 adventista, 1 mormona, 1 Iglesia de sincretismo maya. Además en todos los caseríos y aldeas existe una Iglesia católica y regularmente una Iglesia evangélica.

Límites

Las colindancias del municipio son: Al sur, con el municipio de Livingston, Izabal, Chahal y Fray Bartolomé de las Casas, de Alta Verapaz. Al oriente, con el distrito de Toledo, Belice. Al norte, con el municipio de Poptún. Al este, con el municipio de Sayaxché, Petén.

San Luis se ubica en el extremo sur con una extensión territorial de 3,088 km². (Monroy, 2007).

INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

San Luis, Petén.

Actividad socioeconómica

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| 1 | Descripción histórica | |
| 2 | Número de habitantes | 79.471 habitantes |
| 3 | Etnia | q'eqchies con un 48%, mopanes con el 12 % y ladinos el 40%. |
| 4 | Idioma | Maya Mopán, Maya Q'eqchi' y el Castellano |
| 5 | Actividad económica principal | Ganadería y agricultura |
| 6 | Fiesta patronal | 25 de agosto en honor a san Luis rey IX de Francia |

Servicios de salud bucal disponibles

| | | |
|---|---------------------------------|------------|
| 7 | odontólogos en práctica privada | No cuentan |
| 8 | odontólogos en salud pública | No cuentan |
| 9 | mecánicos dentales | 2 |

Indicadores demográficos

| | | |
|----|---|----------------|
| 10 | Población | 79,471 |
| 11 | Proporción de población menor de 15 años de edad [%] | No hay reporte |
| 12 | Proporción de población de 60 años y más años de edad [%] | No hay reporte |
| 13 | Tasa de fecundidad total [hijos/mujer] | No hay reporte |
| 14 | Medida anual de nacimientos | 1,439 |
| 15 | Medida anual de defunciones | 193 |
| 16 | Tasa cruda de mortalidad [por 1.000 habitantes] | 4.8 |

Indicadores de recursos, servicios y cobertura

17. Proporción de población menor de 1 año inmunizada contra poliomielitis [%] (menores de un año).

| Cantidad de población | Población atendida | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| 1,286 | 1219 | 95% |

18. Proporción de población de 1 año de edad inmunizada contra sarampión [%] (un año).

| Cantidad de población | Población atendida | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| 1,286 | 1.222 | 96% |

19. Proporción de población menores de 1 año inmunizada contra difteria, tos ferina y tétanos [%] (menores de 1 año).

| Cantidad de población | Población atendida | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| 1,289 | 1,249 | 97% |

20. Proporción de población en menores de 1 año inmunizada contra tuberculosis [%] (menores de 1 año).

| Cantidad de población | Población atendida | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| 1,286 | 1,100 | 85% |

21. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivo en mujeres [%].

| Cantidad de población | Población atendida | Porcentaje |
|-----------------------|--------------------|------------|
| 7,740 | 7,390 | 95% |

22. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 años a 19 años de edad [por 1.000 habitantes].

| Cantidad de población de mujeres de 15 a 19 años | Tasa de fecundidad |
|--|--------------------|
| 1,692 | 1,413 |

23. Proporción de partos atendidos por personal capacitado [%]

| Cantidad de mujeres embarazadas | Partos atendidos | porcentaje |
|---------------------------------|--|------------|
| 897 | Ninguno (asisten al hospital de Poptún o clínicas privadas) | 0% |

24. Razón médicos [10.000 habitantes].

| Cantidad de población atendida en salud | Cantidad de médicos en total | Médicos por 10.000 habitantes |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 79,471 | 4 | 1 |

25. Razón de enfermeras profesionales [10.000 habitantes].

| Cantidad de población atendida en salud | Cantidad de enfermeras profesionales | Enfermeras profesionales por 10.000 habitantes |
|---|--------------------------------------|--|
| 79,471 | 6 | 1 |

26. Razón de odontólogos [10.000 habitantes].

| Cantidad de población atendida en salud | Cantidad de odontólogos en el municipio | Odontólogos por 10.000 habitantes |
|---|---|-----------------------------------|
| 79,471 | 0 | 0 |

27. Número de establecimientos de atención ambulatoria [Establecimientos].

| Cantidad de población atendida en salud | Establecimientos de atención ambulatoria en el municipio |
|---|--|
| 79,471 | 7 |

28. Razón de camas hospitalarias [1.000 habitantes].

| Cantidad de población atendida en salud | Camas hospitalarias para la población atendida en el municipio |
|---|--|
| 79,471 | 7 |

29. Razón de egresos hospitalarios [1.000 habitantes].

| Cantidad de población atendida en salud | Egresos hospitalarios | Observación |
|---|-----------------------|-------------------------|
| 79,471 | 0 | No manejan encamamiento |

Indicadores de mortalidad

30. Tasa de mortalidad infantil [por 1.000 nacidos vivos] (Estimada menores de 1 año).

| Cantidad de niños nacidos | Mortalidad infantil | Tasa de mortalidad |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| 1,439 | 6 | |

31. Número de defunciones infantiles reportadas [Defunciones].

| |
|------------------------|
| Defunciones infantiles |
| 5 |

32. Mortalidad de menores de 5 años estimada [Por 1.000nv].

| |
|---------------------------------|
| Mortalidad de menores de 5 años |
| 11 |

33. Razón de mortalidad materna reportada [Por 100.00nv].

| |
|---|
| Mortalidad materna por falta de atención medica |
| 2 |

34. Número de defunciones registradas por sarampión [Defunciones]

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Población atendida por MSPAS | Defunciones registradas |
| 2 | 0 |

35. Número de defunciones registradas por tétanos neonatal [Defunciones]

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Población atendida por MSPAS | Defunciones registradas |
| 4 | 0 |

36. Proporción anual de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (enfermedades diarreicas agudas-EDA) [%]

| | | |
|-----------------------|-------------------------|------------|
| Cantidad de población | Defunciones registradas | Porcentaje |
| 2602 | 5 | 0.19% |

37. Proporción de defunciones registradas de menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRA) [%]

| | | |
|--------------------|-------------------------|------------|
| Población atendida | Defunciones registradas | Porcentaje |
| 100 | 6 | 95% |

38. Tasa estimada de mortalidad general [por 1.000 habitantes]

| | | |
|------------------------|-------------------------|------------|
| Población atendida | Defunciones registradas | Porcentaje |
| 40,374 atendidos MSPAS | 111 | 2.78% |

39. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles. [por 100.000 habitantes]

| Población atendida | Defunciones registradas |
|--------------------|-------------------------|
| 4 atendidos MSPAS | 1 |

40. Tasa estimada de mortalidad por tuberculosis [por 100.00 habitantes]

| Población atendida | Defunciones registradas |
|--------------------|-------------------------|
| 8 atendidos MSPAS | 0 |

41. Número de defunciones registradas por Sida [Defunciones]

| Población atendida | Defunciones registradas |
|--------------------|-------------------------|
| 4 atendidos MSPAS | 1 |

42. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, ajustadas por la edad [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Defunciones registradas |
|--------------------|-------------------------|
| 37 tendidos MSPAS | 20 |

43. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio [por 100.000 habitantes]

| Población atendida | Defunciones registradas |
|---------------------|-------------------------|
| 156 atendidos MSPAS | 6 |

44. Tasa estimada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares [por 100.000 habitantes]

| Población atendida | Defunciones registradas |
|--------------------|-------------------------|
| 14 atendidos MSPAS | 2 |

45. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas, ajustadas por la edad [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad |
|--------------------|------------|
| 82 atendidos MSPAS | 15 |

46. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas [por 100.000 habitantes]

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 0 | 0 |

47. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 18 | 2 |

48. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del útero, mujeres [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 34 | 2 |

49. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas de mama, mujeres [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 11 | 0 |

50. Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 31 | 6 |

51. Tasa estimada de mortalidad por causas externas, ajustadas por la edad [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada | observaciones |
|--------------------|-----------------------|---------------|
| 0 | 0 | No manejan |

52. Tasa estimada de mortalidad por causas externas [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 374 | 14 |

53. Tasa estimada de mortalidad por accidentes, excluidos los de transporte [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 43 | 8 |

54. Tasa estimada de mortalidad por accidente de transporte [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 16 | 2 |

55. Tasa estimada de mortalidad por suicidios y lesiones auto infligidas [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 9 | 3 |

56. Tasa estimada de mortalidad por homicidio [por 100.000 habitantes]

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 4 | 3 |

57. Tasa estimada de mortalidad por diabetes mellitus [por 100.000 habitantes].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 1678 | 10 |

58. Número de defunciones maternas, reportadas [Defunciones].

| Población atendida | Mortalidad registrada |
|--------------------|-----------------------|
| 356 | 2 |

59. Número anual de defunciones registradas por difteria de menores de 5 años [Defunciones]

| Defunciones por difteria de menores de 5 años |
|---|
| Ninguna |

60. Número anual de defunciones registradas por tos ferina menores de 5 años [Defunciones]

| Numero defunciones por tos ferina de menores de 5 años |
|--|
| Ninguna |

61. Número anual de defunciones registradas por tétanos de menores de 5 años [Defunciones]

| Numero defunciones por tétanos de menores de 5 años |
|---|
| Ninguna |

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

- Brindar un servicio de odontología profesional de calidad con la atención clínica integral a la población escolar y población en general de la comunidad de San Luis, Petén.
- Prevenir enfermedades, educar en salud, atender y velar por la salud bucodental de los escolares de la comunidad beneficiada con el programa de EPS.
- Mejorar las condiciones de vida, hacer un cambio de relevancia con la actividad comunitaria desarrollada durante el programa de EPS, salvaguardando la salud de los escolares beneficiados.
- Capacitar al personal que está al servicio de la comunidad, el cual nos asiste en las labores diarias en el consultorio, contribuyendo al beneficio de todos.
- Poner en práctica todo el conocimiento adquirido durante la formación previa al ejercicio profesional y sensibilizarnos con la realidad nacional de nuestro país.
- Desarrollar las habilidades y el conocimiento en particular de la administración de un consultorio dental bajo los preceptos de responsabilidad, honestidad, ética que debemos de mantener como futuros dentistas y profesionales de la salud.
- Desarrollar los conocimientos en investigación para llevar a cabo un estudio en particular, presentar y analizar los resultados del trabajo de campo realizado con la comunidad de San Luis, Petén donde se realiza el EPS.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

INTRODUCCIÓN

El municipio de San Luis, Petén es un distrito pequeño donde el desarrollo político, cultural, y económico giran entorno al trabajo agrícola, ganadero y del comercio dentro y fuera del mismo.

El proyecto comunitario se centró en el desarrollo de la construcción de una cocina escolar en la cual se benefició a la Escuela Rural Mixta Maya Mopán ubicada en el barrio Tikajal de la comunidad de San Luis Petén.

La comunidad de San Luis Petén no tiene apoyo de instituciones no gubernamentales, los ingresos de primera línea son del trabajo mismo y la alcaldía municipal como institución gubernamental que está al servicio del pueblo. Tanto el barrio como la escuela no cuentan con subsidio; la misma escuela con actividades y el apoyo, muy pobre, de los padres de familia logran satisfacer sus necesidades.

La planificación del proyecto, la ejecución y la conclusión fue desarrollada por gestiones personales; uno de los objetivos del proyecto fue buscar apoyo de instituciones públicas y privadas, mas no se obtuvo apoyo de ninguna entidad privada ni publica, solamente de la comunidad de manera directa.

Por lo anterior la escuela y el barrio de la comunidad beneficiada fuera importante para llevar a cabo el proyecto y completarse en el tiempo establecido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el desarrollo del programa de EPS, con el proyecto comunitario se busca mejorar las condiciones de infraestructura y de vida principalmente a los estudiantes de la Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán, con la construcción de una cocina escolar en las propias instalaciones del complejo educativo.

JUSTIFICACIÓN

Se espera que con el proyecto se logre llevar la alimentación diaria que proporciona el Ministerio de Educación a los escolares en distintas condiciones; las madres de familia de la comisión de alimentos cocinan en un lugar y en un ambiente inapropiado. El objetivo del proyecto es la entrega de los alimentos en condiciones de higiene, orden y salubridad.

OBJETIVOS GENERALES

- Se evaluó la realidad socio económica de la comunidad.
- Se identificó la estructura organizativa de la comunidad.
- Se describieron las instituciones gubernamentales y no gubernamentales establecidas en la comunidad y el trabajo que realizan.
- Con la ejecución del proyecto mejorar la calidad de vida de la población beneficiada, en este caso los alumnos de la Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán.
- Se logró la participación activa de la comunidad ante las gestiones realizadas del proyecto.
- Se valorizó la importancia del proyecto comunitario en el EPS y en la comunidad.

METODOLOGÍA

GESTIONES REALIZADAS

PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

- Reconocimiento del área más necesitada para que el proyecto llevado a cabo mejore la calidad de vida y mejorar directamente al establecimiento escolar.
- Diseño preliminar del proyecto de la cocina escolar con un ingeniero civil.
- Enlistar los recursos necesarios para la ejecución del proyecto (listado de materiales de construcción) con el maestro de obra a contratar.
- Realizar cotizaciones con base en la lista de materiales de construcción.
- Elaboración de un presupuesto inicial con el maestro de obra.
- Redacción de cartas para gestionar el apoyo económico y material a diversas entidades privadas y públicas, las cuales se entregaron a:
 - Diputado por Petén
 - Alcaldía Municipal
 - Dirección Municipal de La Mujer
 - COCODE del Barrio Tikajal
 - Iglesia católica de San Luis
- Reunión con autoridades para la presentación del proyecto y firma de autorización del mismo con: Directora del establecimiento escolar, COCODE, padres de familia.
- Se acordó con el maestro de obras que el proyecto se lleve a cabo en 2 meses y que el pago del mismo sea por trato, (proyecto valorado en 4 mil).

- Recaudación de fondos entre el mes de abril, mayo a junio con las siguientes actividades:
 - Rifa escolar en la escuela beneficiada.
 - Receptores en la clínica parroquial para recolección de fondos indirectamente.
 - Alcancía general para apoyo de otras escuelas.
 - Gestiones personales y captación de recursos de puerta a puerta
 - Venta directa de dulces en la farmacia de la clínica parroquial como captación progresiva de fondos durante los meses de ejecución.
- Se consiguió que la mano de obra no calificada viniera de los padres de familia, se asignaron 3 padres de familia por día de trabajo, laboraron de lunes a viernes en horario libre según el maestro de obras lo arregló.

EJECUCIÓN DEL PROYECTO

- Se inició la construcción el 15 de junio con un presupuesto global de 12,585.00; se realizó la compra de materiales necesarios esa misma semana.
- Los materiales que se obtuvieron a través de las gestiones fueron:
 - Alcaldía municipal: 500 block de cemento
 - Ferretería: 5 bolsas de cemento
 - Presupuesto inicial para ejecución de 6,885.00
 - La escuela proporciono hierro, arena, piedrín, cemento.
- Se trabajó progresivamente en conseguir el subsidio para el proyecto desde el inicio hasta el final de su ejecución, para reducir el presupuesto global.
- Se cambiaron los paraleles de madera por paraleles de concreto por el costo más favorable.
- Se gestionaron también en la compra de las tablas para formaleta, los paraleles y las láminas para el techo con un mejor precio.

CONCLUSIÓN DEL PROYECTO

Se dio por terminado y se entregó el proyecto el 20 de agosto de año en curso.

Entregué el proyecto a los directores de la escuela el viernes 24 de agosto y se inauguró con un acto, en donde participaron los maestros, dirección y yo el día sábado 25 de agosto.

La semana siguiente las madres de familia cocinaron los alimentos de los escolares en la cocina escolar y se les entregó en las mejores condiciones que se buscaba con el proyecto comunitario a la comunidad.

En el mes de septiembre gestioné la colocación de una reseña de lo que fue el proyecto para evitar comentarios de que el proyecto venía de la municipalidad de San Luis.

POBLACIÓN BENEFICIADA

- Escolares de nivel primario de La Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán
- Comunidad del Barrio Tikajal.
- Comunidad de San Luis, Petén.

ACTIVIDADES DE CAMPO

- Planificación en tiempo y espacio de la realización del proyecto.
- Trabajar en el presupuesto inicial y final con las gestiones de los materiales de construcción para dar inicio al proyecto en el cuarto mes.
- Gestionar con los depósitos de materiales de construcción para colaborar y favorecer el precio de compra de los materiales necesarios.
- Finalizar el proyecto en el mes de agosto y entregar para empezar la entrega de alimentación en mejores condiciones de los escolares de la escuela beneficiada.
- Colocación de la reseña del proyecto comunitario realizado en el año 2018.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| MES | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|------------|---------------------------------------|
| FEBRERO | Propuesta del proyecto comunitario |
| MARZO | Gestiones – Presentación del proyecto |
| ABRIL | Gestiones – recolección de fondos |
| MAYO | Gestiones – recolección de fondos |
| JUNIO | Inicio del proyecto |
| JULIO | Ejecución del proyecto |
| AGOSTO | Conclusión y entrega del proyecto |
| SEPTIEMBRE | Colocación de reseña del proyecto |

RECURSOS

- Presupuesto estimado de Q. 12,585.00.
- Financiamiento directo e indirecto con la comunidad de San Luis, Petén.

PRESUPUESTO DEL PROYECTO

| MATERIALES | COSTO | APORTE | TOTAL | FINAL | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|----------|----------|--------------|------------------|-----------------------|
| - 500 BLOCK | s/c | | | | MUNICIPALIDAD |
| - 25 bolsas de cemento | 75.00 | 5 bolsas | 1,875.00 | 1,500.00 | FERRETERÍA PHILY |
| - 4 mts. De arena | 130.00 | 2 mts. | 520 | 260 | |
| - 4 mts. De pedrín | 225.00 | 2 mts. | 900 | 450 | |
| - 3 qq de hierro 3/8 | 250.00 | 2 qq | 750 | 500 | |
| - 1 qq de hierro 1/4 | 280.00 | | | | |
| - 20 lb de alambre | 7.00 | 20lb | 140 | 140 | |
| - 5 lb de clavo | 7.00 | 5lb | 35 | 35 | |
| - Mano de obra | 4,000.00 | | | 4,000.00 | Trato con albañil |
| - Materiales construcción | | | | 2,885.00 | Inicial construcción |
| - Fase Inicial | | | | 6,885.00 | |
| - Fase Terminado | | | | 5,700.00 | |
| | | | TOTAL | 12,585.00 | |
| PRESUPUESTO INICIAL | | | | | |
| - Parales de madera | | | 1,480.00 | | Se cambió por cemento |
| - 2 Líos de lamina | | | 1,900.00 | | |
| - Semana 3 albañil | | | 750.00 | | 20-07-18 |
| - 20 tablas/formaleta | | | 500.00 | | |
| - Tablas de madera (techo) | | | 950.00 | | |
| - Gastos varios | | | 225.00 | | Piedra para fundir |
| - Materiales construcción 1 | | | 2,284.00 | | |
| - Materiales construcción 2 | | | 1,205.00 | | |
| - Materiales construcción 3 | | | 771.00 | | |
| MATERIALES | | | TOTAL | 8,585.00 | |
| PROYECTO COCINA | | | TOTAL | 12,585.00 | |
| INGRESOS | | | | 8,859.00 | |
| Darlyn Sosa (PRESTAMO) | | | | 3,726.00 | Aboné para proyecto |
| DETALLE DE INGRESOS | | | | | |
| RIFA MAYA MOPAN | 2,312.00 | | 4,180.00 | | |
| Recaudado hasta Junio | 1,280.00 | | | | |
| Fondo Clínica Junio | 685.00 | | | | Dulces/Clínica |
| Rifa Fase 2 colecta | 721.00 | | | | |
| Dulces Farmacia | 171.00 | | | | |
| Clínica 02-06.07 | 430.00 | | | | |
| Dulces 18-07 | 110.00 | | | | |
| Clínica 18-07 | 1,400.00 | | | | |
| Recaudación Escuelas | 500.00 | | | | septiembre |
| Venta de madera | 250.00 | | | | 20-07-18 |
| Clínica 20-07 | 1,000.00 | | | | |

RESULTADOS

- Ejecución del proyecto de manera efectiva durante el programa de EPS.
- Los escolares recibieron su alimentación diaria en diferentes condiciones de orden y limpieza a partir del mes de agosto en el momento que se entregó la cocina escolar.
- Se logró ejecutar el proyecto apegado al presupuesto inicial y final sin ningún cambio relevante.
- Se logró la ejecución del proyecto en el tiempo establecido de ejecución.

LIMITACIONES O DIFICULTADES

Las limitaciones durante el proyecto fueron el tener que generar yo misma el recurso para ejecutarlo, el no tener ningún tipo de apoyo de las autoridades de forma continua, hizo complicado el desarrollo del mismo.

La dificultad más grande fue que los padres de familia no colaboraron al 100% con la actividad de la rifa escolar, por lo que el ingreso que se previó no se obtuvo completo.

La escuela beneficiada no realizó ninguna actividad intra y extra aula durante el año como se solicitó para tener ingresos para el proyecto.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El mejoramiento de las condiciones del establecimiento es medible, la ejecución de la construcción de la cocina escolar mejoró sustancialmente la alimentación de los niños y las condiciones con las cuales las madres de familia cocinaban a los escolares.

Se brinda a las autoridades del establecimiento, padres de familia y escolares un espacio para realizar actividades sociales y tener las condiciones adecuadas para cocinar y recibir en otras condiciones a otros establecimientos en el área que se destinó la construcción de la cocina escolar.

FOTOGRAFÍAS DEL PROYECTO



Fotografía 1. Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán, escuela beneficiada con el proyecto comunitario.



Fotografía 2. Área del trabajo donde se realizara el proyecto de la cocina escolar.



Fotografía 3. Lugar donde las madres destinaron para cocinar la refacción a los escolares.



Fotografía 4. Proyecto de cocina escolar terminado y próximo a entregar.





MEJORAS A LA CLÍNICA DENTAL

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la profesión odontológica va de la mano con un consultorio dental con adecuadas condiciones para dar un servicio de calidad a la población en general; eso conlleva a la necesidad de dar mantenimiento o mejorar de las condiciones del consultorio progresivamente hasta obtener un espacio de trabajo en óptimas condiciones.

La sede de EPS en San Luis, Petén está dentro de las instalaciones de una clínica privada de salud de la iglesia católica del municipio mismo, todo el manejo de la clínica dental va de la mano del trabajo con la administración de la clínica parroquial.

Durante el ejercicio profesional supervisado realizado en la comunidad de San Luis, Petén, durante los 8 meses de labores, se trabajó mensualmente en mejorar la clínica dental; optimamos las condiciones del equipo que se recibió; se garantizó un servicio de calidad y sin limitantes y así dejar al concluir el programa un consultorio dental organizado, equipado y funcionando eficientemente, contrario a como se inició el programa de EPS.

OBJETIVOS

- Mejorar el mobiliario y equipo del consultorio dental al servicio de la comunidad de San Luis, Petén.
- Darle mantenimiento al equipo de trabajo básico.
- Organizar la clínica en general (Bodega, Archivo, etc.).
- Capacitar al personal para que la clínica dental mejorara en otras condiciones.
- Evaluar el estado del consultorio dental en el momento que se inició la actividad clínica y la administración del mismo y entregar lo mejor posible para que el programa continúe en perfectas condiciones el siguiente año.
- Mejorar las condiciones de salud en cuanto a contaminación cruzada por deficiencias en el servicio de limpieza, desinfección y esterilización del consultorio recibido.

RECURSOS

- Trabajo directamente con la administración de la iglesia parroquial para el financiamiento de las mejoras mayores realizadas en la clínica dental.
- Planificación al inicio del programa enlistando las deficiencias y limitaciones del consultorio trabajando con el equipo el primer mes.
- La clínica dental es auto sostenible una vez hayan buenos ingresos en el mismo o bien cuando no los hay la clínica de la parroquia sostiene al consultorio dental.

RESULTADOS

- o Se dio mantenimiento general al equipo odontológico ya que no brindaba las condiciones adecuadas para realizar el trabajo diario de la mejor manera.
- o Se mejoró la organización y planificación de compra y venta de materiales de manera objetiva e inteligente para aprovechar los recursos que habían o se solicitaban.
- o Se capacitó al personal para mantener una mejor administración del consultorio dental.
- o Se capacitó al personal auxiliar en el mantenimiento de equipo dental de la manera adecuada y como debe hacerse todo, bien hecho y no a medias o con técnicas deficientes que solo le hacen daño al equipo.

LIMITACIONES O DIFICULTADES

Las limitaciones y dificultades fueron pocas, la administración trabaja con una buena planificación y con propuestas de la proyección de los gastos que se necesitará para cada mejora. Pero lamentablemente a pesar de que entregaban con tiempo las solicitudes hay que insistir para que se llevaran a cabo.

La administración de la clínica parroquial cuenta con una línea directa de ingresos, siendo los de la clínica médica y odontológica. Durante los 8 meses la compra de la autoclave que es indispensable para el consultorio dental para evitar infecciones y contaminación cruzada en la atención, no se aprobó. Se permitió la realización de disposiciones igualmente necesarias pero no la esencial, al inicio de mi programa se hizo saber lo indispensable que era para la salud de la población atendida y del personal que labora en el consultorio dental.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

| NO. | MEJORAS REALIZADAS AL CONSULTORIO DENTAL |
|-----|---|
| 1 | Organización de Bodega de materiales dentales, mejoramiento de inventario. |
| 2 | Compra de materiales dentales necesarios básicos y de calidad para el servicio. |
| 3 | Capacitación en lubricación adecuada de las piezas de mano con dispositivos adecuados. |
| 4 | Mejoramiento del área de limpieza y desinfección y esterilizado parcial |
| 5 | Compra de pizarrón para planificación mensual del consultorio dental y otras funciones. |
| 6 | Compra de dispositivo para tener mejor ambiente en el consultorio dental y no en silencio como normalmente se había atendido en los programas anteriores. |
| 7 | Mantenimiento General del equipo dental, cambio de mangueras y dispositivos no funcionales, cambio de manguera que alimenta al Cavitron. |
| 8 | Mantenimiento de los carritos dentales y cambio de dispositivos en desuso. |
| 9 | Mantenimiento del compresor dental y lámpara de la unidad principal. |
| 10 | Mejoramiento visual del consultorio dental con mantas didácticas de salud y enfermedad. |
| 11 | Apertura de botiquín y abastecimiento del mismo con medicamentos de uso frecuente al servicio de la comunidad. |
| 12 | Cotización para la compra de autoclave de calor húmedo. |
| 13 | Descarte de materiales de uso dental en desuso y vencidos. |
| 14 | Cambio de arancel en base al de la FOUSAC y a la comunidad principalmente para mejorar el ingreso de la clínica parroquial y mejorar el servicio dental consecuentemente. |
| 15 | Compra de utensilios de limpieza y desinfección adecuados. |
| 16 | Cambio de válvula del carrito dental principal. |
| 17 | Organización del mobiliario y equipo en el consultorio para hacer más eficiente el tiempo. |
| 18 | Cambio de dispositivos de mangueras de aire de plástico a metálicos. |
| 19 | Cambio de flipon principal que alimenta la corriente para el compresor |
| 20 | Compra de basurero para desechos biológico bioinfeccioso. |

El mejoramiento mensual del consultorio dental nos permitió durante la ejecución del programa, trabajar cada vez mejor y eficientemente, siempre serán importantes para mejorar.

Se concluye el programa de EPS en la clínica parroquial y se entrega un consultorio en perfecta condición con buena organización, planificación y funcionamiento.

En cuanto se tenga un consultorio dental con limitaciones, con desperfectos del equipo, con mobiliario en mal estado o mala calidad, la atención al servicio de la comunidad no será la adecuada. Las mejoras deben estar siempre presentes en cuanto a la administración, puesto que se adquiere la confianza del paciente además de garantizar un buen servicio dental como bien lo merece.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

I. RESUMEN

El programa de prevención de enfermedades bucales está enfocada en la atención en salud bucal de los escolares del área rural del país y principalmente de la comunidad de San Luis, Petén; dando prioridad a la fase preventiva, el programa de prevención de enfermedades bucales se desarrolló implementando los subprogramas siguientes:

- a) Enjuagatorios con flúor
- b) Sellantes de fosas y fisuras
- c) Educación para la salud bucal

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL UTILIZANDO ENJUAGUES DE FLUORURO DE SODIO AL 0.2%

El programa de enjuagues con fluoruro se orientó a cubrir al 100% de la comunidad escolar del área urbana donde se desarrolló el programa de EPS. El programa se llevó a cabo semanalmente, se visitaron las escuelas beneficiadas, se les proporcionó el enjuague de fluoruro de sodio al 0.2%.



La población que se logró cubrir fue de 1,117 escolares. El programa de prevención, vela por disminuir la incidencia de la caries dental, que sabemos que es un problema mundial que no se ha podido erradicar.

Las escuelas donde se realizó el programa fueron las siguientes:

- Escuela Oficial Rural Mixta Bo. Bethel
- Escuela Oficial Rural Mixta Bo. El Paraíso
- Escuela Oficial Rural Mixta Maya Mopán
- Escuela Oficial Rural Mixta Urbana
- Escuela Oficial Rural Mixta Bo. La Florida

Los recursos utilizados para esta actividad fueron: 1 Galón de agua pura para cada escuela, 20 pastillas de flúor por cada galón y los dosificadores individuales para los escolares.

EDUCACIÓN EN SALUD

El programa de educación en salud se desarrolló con la planificación de temas diversos enfocados en la prevención, hábitos de higiene dental y el restablecimiento de la salud bucodental; se visitó mensualmente las escuelas y se impartió charlas a los grados comprendidos de primero a sexto año una vez a la semana. Se logró cubrir la cantidad de 1,117 escolares con 327 charlas de salud bucal impartidas durante el desarrollo del programa de EPS.

La actividad en educación en salud se llevó a cabo mensualmente con un tema específico, impartiendo la charla en salud el miércoles de la primera semana de labores; la plática fue dada a los escolares de primero a sexto año de primaria de las 5 escuelas beneficiadas, cubriendo 8 jornadas. La cantidad de niños que participaron en la actividad durante el año fue de 1,117 alumnos a los que se les brindó educación en salud bucal. El recurso utilizado para la actividad fueron las mantas vinílicas de temas específicos fabricadas al inicio del EPS.



Detalle de Temas impartidos durante el programa de EPS.

| MES | TEMA IMPARTIDO | CHARLAS |
|------------|---|------------|
| FEBRERO | Olla alimentaria | 32 |
| MARZO | Erupción dental | 48 |
| ABRIL | Flúor y beneficios del enjuague de fluoruro | 42 |
| MAYO | Medidas de higiene oral y medios alternativos de higiene oral | 48 |
| JUNIO | Técnica de cepillado adecuado | 30 |
| JULIO | Prevención y cáncer bucal | 48 |
| AGOSTO | Diferencia entre ATF y enjuagatorios de fluoruro | 30 |
| SEPTIEMBRE | Resumen detalles importantes de salud bucal | 49 |
| EPS | Programa de actividades en salud | 327 |

Fuente: Trabajo de campo

PREVENCIÓN UTILIZANDO SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

El programa de barrido de sellantes de fosas y fisuras se enfocó en los escolares de las escuelas públicas del municipio de San Luis, Petén en el casco urbano; los escolares a quienes se benefició fueron alumnos de primero a sexto primaria, se desarrolló el programa con piezas permanentes libre de caries. Con un banco de pacientes previamente planificado con las escuelas mencionadas a continuación se realizó: Examen Clínico, Tx. Periodontal, barrido de sellantes y ATF.

La relación con la cantidad de niños atendidos es directamente proporcional a la cantidad de sellantes de fosas y fisuras colocados en los escolares mensualmente, eso fue posible por la participación de los escolares al programa y su asistencia de manera regular a sus citas, de esta manera se concluyeron los tratamientos de prevención.



OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los escolares y adolescentes de la comunidad de San Luis, Petén donde se realizó el EPS.
- Diseñar y ejecutar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población de San Luis, Petén, se utilizaron los recursos como: cepillo dental, enjuagatorios con fluoruro, educación en salud, barrido de sellantes de fosas y fisuras.
- Aplicar metodologías y técnicas eficientes de prevención de enfermedades bucales para la comunidad asignada.
- Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales.
- Busca anualmente con las actividades dejar una enseñanza, brindando el aprendizaje necesario para hacer cambios positivos en la vida de la población.
- La presencia de los odontólogos practicantes en la comunidad de San Luis, es muy reconocida en la población, hay respeto y confianza, que nos permite poder llevar un cambio a los hogares y disminuir los índices de enfermedades bucales en el país.
- Brindar las herramientas necesarias y puestas a la comunidad para crear y fomentar la visita al consultorio dental al menos 1 vez al año y buscar el restablecimiento de la salud bucal.

- Sensibilizar al odontólogo practicante de la realidad nacional del país con los servicios limitados en los que la población de San Luis, Petén mantiene y tratar de generar un cambio en la población con nuestro trabajo año con año.

METAS DEL PROGRAMA

Los componentes del programa de prevención de enfermedades en general busca, con las actividades de carácter preventivo dirigido al grupo escolar y adolescentes del municipio donde se realiza el programa de EPS, disminuir la prevalencia de la caries dental; el programa tiene un énfasis en los escolares del área rural del país dándole prioridad a los aspectos preventivos sobre los curativos respectivamente.

SUBPROGRAMA DE ENJUAGATORIOS DE FLUORURO AL 0.2%

- El programa busca cubrir a la población escolar urbana y rural donde se realizará el programa de EPS; la actividad preventiva se desarrolla a través de la entrega de enjuagatorios de fluoruro del 0.2% de concentración a los escolares del nivel primario. El programa debe cubrir mínimo 1000 niños y se debe de trabajar de manera activa con los monitores siendo estos maestros, padres de familia o los mismos escolares.

SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD

- El programa de educación en salud va dirigido a toda la población escolar del nivel primario, por lo menos una vez al mes, se impartieron las pláticas de enseñanza en salud bucal importante. La actividad busca la participación activa y presencial de los maestros y principalmente los escolares de las escuelas; se utilizó material didáctico elaborado al inicio del programa para dar las charlas de salud bucal.

SUBPROGRAMA DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

- El subprograma de barrido de sellantes como actividad preventiva busca seleccionar un grupo de escolares libres de caries en las piezas dentales permanentes; se trató mensualmente a 20 escolares como mínimo con el tratamiento de sellantes de fosas y fisuras, el objetivo fue prevenir la caries dental la cual se considera importante para su vida. Los escolares fueron citados de acuerdo al banco de pacientes que se generó de cada escuela visitada al inicio del EPS.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Presentación de resultados del programa de prevención de enfermedades bucales con el subprograma de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%

CUADRO No. 1

Escolares atendidos mensualmente en el subprograma de Enjuagues con fluoruro, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Nombre de la Escuela | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPT. |
|-------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Escuela Bethel | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 | 118 |
| Escuela El Paraíso (JM) | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 | 146 |
| Escuela El Paraíso (JV) | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 |
| Escuela Maya Mopán | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 |
| Escuela Urbana (JM) | 248 | 248 | 248 | 248 | 248 | 248 | 248 | 248 |
| Escuela Urbana (JV) | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| Escuela La Florida (JM) | 108 | 108 | 108 | 108 | 108 | 108 | 108 | 108 |
| Escuela La Florida (JV) | 124 | 124 | 124 | 124 | 124 | 124 | 124 | 124 |
| Total de Escolares Cubiertos | 1,117 |

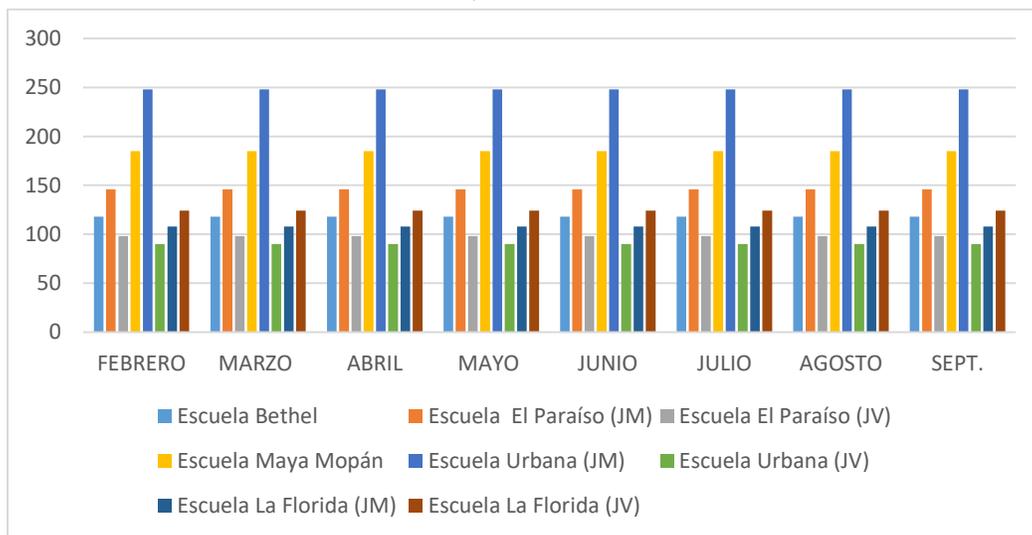
El promedio de escolares atendidos respecto al total es 1,117.

La cantidad de escolares fue estable durante el programa.

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 1

Escolares atendidos mensualmente en el subprograma de Enjuagues con fluoruro, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

Presentación de resultados del programa de prevención de enfermedades bucales con el subprograma de educación en salud

Población objetivo: Escolares del nivel primario de las 5 escuelas seleccionadas. Se cubrió un promedio de 1,117 escolares mensualmente con una visita al mes practicando un tema específico.

CUADRO No. 2

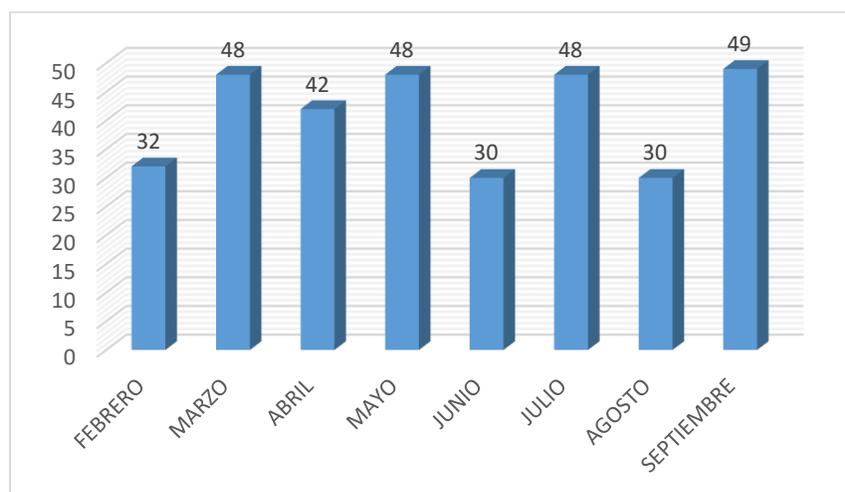
Escolares cubiertos mensualmente en el subprograma educación en salud bucal
San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| MES | CHARLAS |
|----------------|------------|
| FEBRERO | 32 |
| MARZO | 48 |
| ABRIL | 42 |
| MAYO | 48 |
| JUNIO | 30 |
| JULIO | 48 |
| AGOSTO | 30 |
| SEPTIEMBRE | 49 |
| TOTALES | 347 |

Fuente: Trabajo de campo.

GRÁFICA No. 2

Escolares cubiertos mensualmente en el subprograma educación en salud bucal
San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo.

Presentación de resultados del programa de prevención de enfermedades bucales con el subprograma Sellantes de fosas y fisuras

CUADRO No. 3

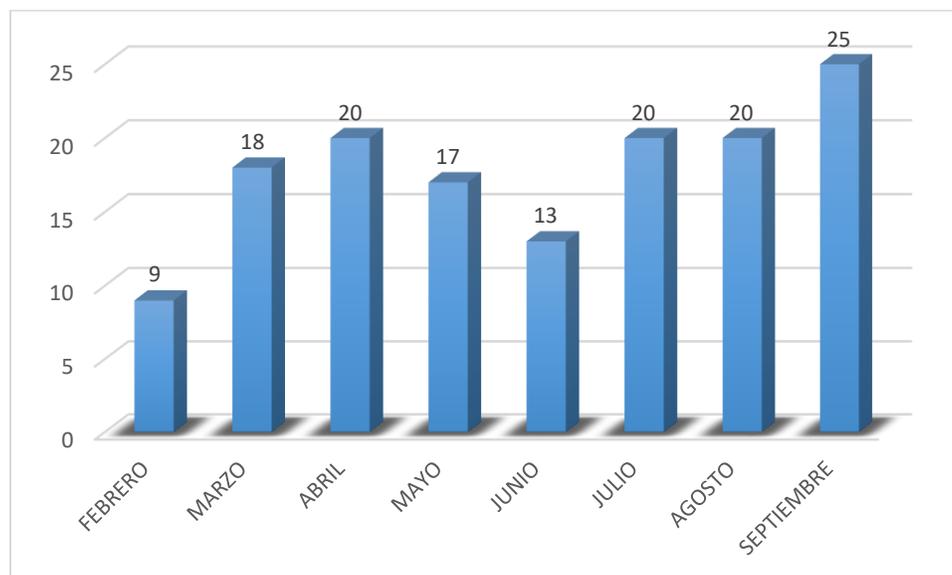
Escolares atendidos mensualmente en el subprograma de Sellantes de fosas y fisuras, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| MES | ESCOLARES |
|----------------|------------|
| FEBRERO | 9 |
| MARZO | 18 |
| ABRIL | 20 |
| MAYO | 17 |
| JUNIO | 13 |
| JULIO | 20 |
| AGOSTO | 20 |
| SEPTIEMBRE | 25 |
| Totales | 142 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 3

Escolares atendidos mensualmente en el subprograma de Sellantes de fosas y fisuras, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 4

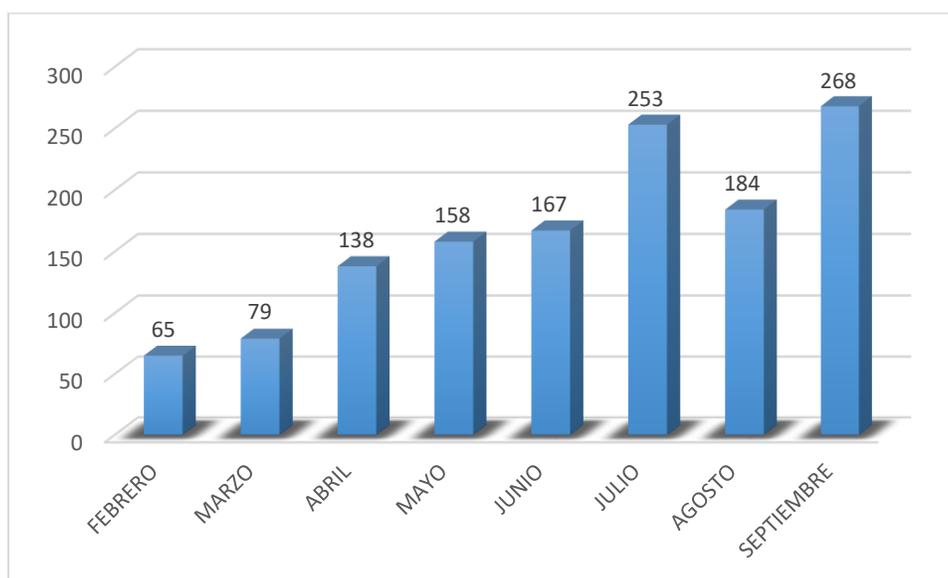
Cantidad de SFF realizados mensualmente en el subprograma de Sellantes de fosas y fisuras, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| MES | Sellantes |
|----------------|-------------|
| FEBRERO | 65 |
| MARZO | 79 |
| ABRIL | 138 |
| MAYO | 158 |
| JUNIO | 167 |
| JULIO | 253 |
| AGOSTO | 184 |
| SEPTIEMBRE | 268 |
| TOTALES | 1312 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 4

Cantidad de SFF realizados mensualmente en el subprograma de Sellantes de fosas y fisuras, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

ANÁLISIS DEL PROGRAMA

En el programa de prevención de caries dental, se utilizó enjuagatorios con fluoruro al 0.2%, donde se logró cubrir al 100% de los escolares de escuelas públicas, en jornadas que no se tomaron en cuenta el año anterior, se brindó efectivamente atención dental con el programa de barrido de sellantes, atención clínica integral y se dio educación en salud. De igual manera se siguió el programa con las escuelas que ya habían sido beneficiadas.

Las escuelas beneficiadas con el subprograma de enjuagues de fluoruro fueron en total 5, se cubrieron 8 jornadas. La cantidad total de escolares atendidos durante los 8 meses del programa con el subprograma de enjuagatorios de flúor fueron 1,117 niños en edad escolar de nivel primario, que representa el 100% de los datos.

Logramos con los programas de enjuagatorios de fluoruro y educación en salud sensibilizar a los maestros que funcionan como monitores respectivamente ante la importancia de las actividades que realizamos en el ejercicio profesional supervisado (EPS), consecuentemente se logró tener constancia y enfatizar la necesidad individual de cada uno según el nivel de escolaridad hacia la atención o servicio dental.

Con el programa de prevención se impartieron charlas a los escolares y maestros de cada grado mensualmente, se trataron temas importantes de la salud; se logró dar 327 charlas de salud bucal a los 1,117 escolares de las escuelas beneficiadas.

El barrido de sellantes como programa consistió en establecer un banco de pacientes de las escuelas beneficiadas se colocaron 1,312 sellantes de fosas y fisuras en piezas permanentes ausentes de caries dental, a 142 escolares de nivel primario.

CONCLUSIONES

En el subprograma de enjuagatorios con fluoruro se logró cubrir el 100% de la población estudiantil previamente seleccionada, con un total de escolares de 1,117, se llevó a cabo el programa con el apoyo de los monitores, se concluyó con las visitas regulares a las 6 escuelas y las 8 jornadas en la comunidad de San Luis, Petén.

En el subprograma de educación en salud se logró abarcar la misma cantidad de escolares siendo 1,117 que recibieron charlas de salud bucal durante los 8 meses se impartieron de temas para el aprendizaje y el mejoramiento de calidad de vida y la sensibilización de los escolares a la importancia de las actividades y al servicio dental.

El subprograma de sellantes de fosas y fisuras con el barrido de sellantes se logró atender a 142 escolares durante el programa de EPS. Se colocaron 1,312 selladores, se brindó a los escolares los tratamientos adicionales según la necesidad particular de cada caso por ejemplo: Tx. Periodontal, profilaxis, aplicación tópica de flúor y alguna operatoria dental.

RECOMENDACIONES

Darle continuidad al programa de prevención, implementar otro tipo de actividades para los grados de primero a tercer año de educación primaria, ya que por la corta edad de los escolares es difícil la comprensión de las actividades; quizá sería mejor tener actividades con los padres de familia de estos niveles para llevar de otra manera el beneficio.

La comunidad de San Luis, Petén es muy grande y con deseos de superación pero con muchas limitaciones, el programa es un avance para la población, deberían de realizar las gestiones de reapertura o apertura en otros lugares para hacer llegar el beneficio a toda la población del departamento.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL PROGRAMA DE EPS

INTRODUCCIÓN

Este informe de investigación busca determinar la percepción de la salud oral y hábitos de higiene bucodental de padres de familia y su relación con el estado de salud bucal de los escolares del sector público de la comunidad de San Luis Petén que fueron atendidos durante el ejercicio profesional supervisado (EPS) durante el año 2018. Para esto se seleccionó una muestra de estudiantes y sus madres, a quienes se les examinó y se les solicitó el llenar un cuestionario con las preguntas pertinentes, respectivamente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el desarrollo del programa de EPS, se buscó con la investigación única evaluar la relación de la percepción de salud oral y los hábitos de higiene en los padres de familia con el estado de salud bucal de los hijos en edad escolar atendidos en la actividad clínica integral del programa.

Se analiza conjuntamente la situación socio-económica de las familias de la comunidad de San Luis municipio de Petén durante el año 2018.

OBJETIVOS GENERALES

1. Evaluar la percepción que tienen los padres de familia de su salud bucodental.
2. Describir los hábitos de higiene oral de los padres de familia.
3. Establecer el nivel de salud bucodental de los escolares a través del índice CPO.
4. Estimar la relación entre la percepción de salud dental y los hábitos de higiene bucal de los padres de familia con el estado de salud de sus hijos.
5. evaluar el nivel socio-económico familiar.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad de los escolares.
- Edad de las madres.
- Género de los escolares.
- Grado de escolaridad.
- Índice CPO de los escolares.
- Hábitos de higiene de las madres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística buscando la relación entre las variables de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Escolares de escuelas públicas.
- Escolares entre 6 y 10 años de edad.
- Padres de familia de los escolares seleccionados.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó una muestra no probabilística de 15 escolares y sus respectivas madres en la comunidad de San Luis Petén, durante el año 2018.

MARCO TEÓRICO

Salud Oral

Múltiples estudios longitudinales han demostrado en distintas poblaciones que la relación de la salud oral está correlacionada con los usos de servicios dentales a cualquier edad y concluyen que la salud oral empeora cuando se disminuye el uso de servicios dentales. En países como España realizan encuestas sobre salud bucodental, para brindar datos sobre la salud y necesidad de tratamiento y con esto estimar la evolución de las tasas de morbilidad, esto permite saber si los servicios odontológicos llenan las necesidades de la población, conocer qué servicios de prevención y restauración se necesitan.

Siguiendo el ejemplo de España, la salud bucodental en su mayoría con profesionales de carácter privado en su mayoría, al compararlo con los servicios prestados por el estado. Los servicios de carácter público se han incrementado principalmente los dirigidos a la población escolar y medidas de carácter colectivo, tales como la fluoración del agua bebible, educación y promoción de la salud y aplicación periódica de enjuagues fluorados en las escuelas.

La pérdida de dientes es otro problema de salud oral de proporciones considerables, en la actualidad se está minimizando y existen estudios que demuestran una reducción significativa en la pérdida de dientes severa entre 1990 y 2010. Tanto la prevalencia mundial estandarizada por edad como la tasa de incidencia de pérdida total de dientes disminuyeron en un 45% en las últimas 2 décadas. Estas disminuciones son aún más marcadas cuando examinamos solo las poblaciones susceptibles (excluyendo las <20 años), cuando la mayoría de las poblaciones alrededor del mundo viven más tiempo y han envejecido, las tasas de pérdida severa de dientes han disminuido.

Esto puede estar relacionado con una serie de factores, incluidos los cambios sociales y culturales, la mejora de la educación femenina, un mayor enfoque en la salud de las mujeres y una nutrición potencialmente mejorada. Dados los efectos acumulativos de las enfermedades bucales y en consecuencia, la pérdida de dientes, tanto la prevalencia como la incidencia dependen de la edad. El bajo uso de servicios dentales incluso en países desarrollados, la falta de apoyo financiero del gobierno y / o sistemas de pago de terceros y la ausencia de políticas de salud bucal relevantes son algunos de los temas clave que pueden explicar el peor estado de salud bucal del anciano (Petersen et al., 2010).

En las diferentes zonas geográficas los datos anteriores mostraron resultados contradictorios y se ha afirmado que la salud oral se está deteriorando en los países en desarrollo. Nuestros datos también aclaran que la salud oral evaluada por la prevalencia y la incidencia de la pérdida severa de dientes está mejorando en la mayoría de los lugares: países en desarrollo y desarrollados con reducciones significativas en la mayoría de las regiones.

ENFERMEDADES PERIODONTALES

Existen dos tipos de enfermedades periodontales, que son muy comunes y afectan a un alto porcentaje de la población mundial. Las formas más comunes de sufrir una enfermedad periodontal están asociadas a los resultados adversos del embarazo, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar y diabetes. La gingivitis es una enfermedad periodontal sencilla, no afecta los tejidos de soporte de

las piezas dentarias, es poco compleja y reversible en su totalidad, está relacionada con la acumulación de placa dentobacteriana que se acumula en la porción cervical de las piezas dentales. Provocando una inflamación en las encías y por lo tanto gingivorragia en las mismas. Cuando el paciente con gingivitis no recibe el tratamiento periodontal adecuado y la acumulación de placa se hace cada vez mayor, este se convierte en placa madura y se van formando los cálculos dentales, estos invaden el espacio de la encía y se van formando subgingivalmente, afectando las estructuras de soporte de los dientes. A este grado ya estamos hablando de una periodontitis, esta produce pérdidas en el tejido conectivo y el soporte óseo, siendo esta una causa de pérdida de piezas dentales en adultos.

Existen varios factores que promueven el desarrollo de las enfermedades periodontales, por ejemplo, los microorganismos patógenos en la PDB, los factores genéticos y ambientales, el consumo de tabaco. Trastornos genéticos como, dermatológicos, hematológicos, granulomatosos, inmunosupresores y neoplásicos también pueden favorecer a las enfermedades periodontales. La prevención y el tratamiento de las enfermedades periodontales están dirigidos a controlar los niveles de PDB y otros factores de riesgo que existan, para poder restablecer el periodonto afectado.

ENTENDIENDO LA ETIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS

Una revisión de los factores de riesgo periodontales

La periodontitis es una enfermedad bucal crónica de tipo multifactorial en la cual la causa principal es la presencia de la placa dentobacteriana; esta condición va de la mano de varios factores como lo son:

- estado de salud de la persona
- factores sociales
- factores genéticos
- hábitos de higiene bucodental
- estado de salud dental
- microorganismos residentes en la boca
- otros factores agregados.

La aparición de la enfermedad como tal va relacionada con los factores mencionados anteriormente, ya que cada uno de ellos influye en la progresión y manifestación de la misma. Los factores que promueven el apareamiento de la enfermedad son los que fortalecen el establecimiento de la enfermedad periodontal.

En estudios epidemiológicos realizados, se busca determinar el agente causal entre las características que se desarrollan en la manifestación de la periodontitis, y usualmente se habla de causalidad expresada en 3 tipos siendo estos:

- **Causa suficiente:** es la característica de una enfermedad que siempre va a estar presente.
- **Causa necesaria:** es la característica que debe de estar presente para que se manifieste una enfermedad.
- **Factor riesgo:** es la característica que es primero verificada para determinar la asociación de la enfermedad a partir de estudios de tipo longitudinales.

El factor riesgo puede ser utilizado para predecir el curso de una enfermedad; cuando hay mayor probabilidad de que el factor riesgo este presente, se conoce como marcador de riesgo.

El factor de riesgo es lo que la ciencia nos revela como fumar o consumir alcohol, de tal manera que estos factores pueden ser modificados para reducir la posibilidad de inicio del apareamiento de la enfermedad. Cuando el factor riesgo no puede ser modificado este suele llamarse factor determinante.

Conforme la progresión de la edad es evidente la disminución del hueso y con ello la pérdida de dientes. La segunda molar superior e inferior es la pieza dental con mayor riesgo de pérdida ósea en los espacios interproximales. La prevalencia en cuestión de género indica que las mujeres tienen más propensión.

La placa dentobacteriana, la inflamación gingival y las bolsas periodontales y fumar son los factores que al estar presentes se relacionan directamente con la progresión y manifestación de la enfermedad periodontal crónica.

AGENTES MICROBIANOS

La base científica para atribuir un papel etiológico en la destrucción periodontal a algunas especies bacterianas viene determinada por su presencia en mayores números y con mayor frecuencia en las localizaciones que presentan actividad y su menor número o frecuencia en las inactivas, su disminución o desaparición cuando el tratamiento periodontal tiene éxito y su reaparición en las lesiones recurrentes; el aumento de anticuerpos en suero y saliva contra esas especies; las manifestaciones de su virulencia, por ejemplo por la producción de sustancias citotóxicas, reabsorción ósea, etc. y los estudios en animales. Todo ello reúne un cuerpo de evidencia muy considerable, que en el caso de algunas especies, está siendo confirmado en estudios prospectivos.

Las principales bacterias que se considera tienen un papel causal en las periodontitis destructivas son: *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *E. corrodens*, *F. nucleatum*, *B. forsythus*, *C. rectus* y varias especies de espiroquetas o Treponema. Hay muchas más que se han implicado en la etiología de la destrucción periodontal, y el desarrollo de la investigación puede hacer que otras especies que no se han mencionado pasen a ocupar un papel principal, pero en este momento las especies citadas son las que más a menudo se asocian a las periodontitis.

DIAGNÓSTICO BACTERIANO

El conocimiento detallado de las especies bacterianas asociadas a diferentes condiciones del periodonto sólo tiene interés si sirve para predecir, prevenir o tratar los problemas periodontales y para monitorizar los resultados del tratamiento. Diversos estudios han encontrado valores predictivos de riesgo al aumento de las especies bacterianas señaladas anteriormente, junto a niveles bajos de especies protectoras como el *Streptococcus sanguis II* y *Capnocytophaga ochracea*. De todas estas bacterias, las más estudiadas como predictores de enfermedad son *A. actinomycetemcomitans* y *P. gingivalis*.

En los últimos años, se han desarrollado métodos muy sofisticados de identificación de especies subgingivales, como la inmunofluorescencia y las sondas genéticas, que permiten analizar directamente las muestras de placa, sin necesidad de prolongados cultivos, facilitando mucho la investigación en este campo. A fin de hacer factible el diagnóstico microbiológico periodontal en la clínica, se han desarrollado un número de pruebas de identificación microbiana rápida, principalmente de tres tipos: pruebas enzimáticas, sondas de DNA y pruebas inmunológicas.

MARCADORES EN SALIVA Y EN EL FLUIDO CREVICULAR

Los niveles de enzimas, proteínas, microorganismos e inmunoglobulinas secretoras en saliva se han estudiado en relación con las enfermedades periodontales. Algunas enzimas sólo se encuentran en saliva cuando el individuo está en una fase de actividad, y los anticuerpos IgA e IgG están elevados en algunos casos de periodontitis juvenil y del adulto y disminuyen con el tratamiento. El fluido crevicular se ha estudiado extensamente y en él se detectan gran cantidad de indicadores de enfermedad periodontal destructiva. Un número considerable de estos productos parece tener capacidad para diferenciar entre gingivitis y enfermedad periodontal destructiva, para indicar una respuesta satisfactoria al tratamiento periodontal e incluso para predecir futura pérdida de inserción.

FACTORES DE SUSCEPTIBILIDAD DEL HUÉSPED

FACTORES GENÉTICOS Y SU DIAGNÓSTICO

La hipótesis sobre la presencia de factores de riesgo genéticos en el desarrollo de la periodontitis destructiva, se originó en principio, de la observación de una serie de síndromes, que se suponen determinados genéticamente y que cursan con destrucción rápida y precoz de los tejidos periodontales. En algunos casos la periodontitis asociada a estos síndromes se deben a un defecto que predispone a la destrucción rápida de los tejidos periodontales, como el del colágeno en el síndrome de Ehlers-Danlos, pero en la mayor parte de los síndromes congénitos que cursan con alteraciones periodontales se ha descrito defectos de la inmunidad, ya sea celular o humoral, siendo las disfunciones de los leucocitos polimorfonucleares el hallazgo más frecuente.

Las periodontitis precoces (prepuberales y juveniles) que no se asocian a síndromes hereditarios son raras, pero se han descrito casos en los cuales se presentan aisladamente y en los que el carácter congénito de este tipo de periodontitis se ha confirmado. En el caso de las periodontitis juveniles, está bien documentada su agrupación en familias, lo cual puede estar a favor de su carácter congénito o de la presencia de factores ambientales comunes, sin embargo, los estudios realizados sobre este tipo de periodontitis descartan que su presencia en miembros de la misma familia se pueda deber solamente a una transmisión de *A. actinomycetemcomitans*. También se ha estudiado la asociación de periodontitis con el fenotipo HLA (human leukocyte antigen), hay varios estudios que han encontrado una relación del fenotipo HLA A9 con la periodontitis juvenil y algunos también con la periodontitis de evolución rápida y con la periodontitis del adulto.

Por lo que se refiere a la periodontitis del adulto, en lo que respecta a la identificación de la posible predisposición genética, nos referiremos específicamente a las periodontitis agresivas en pacientes por otra parte sin enfermedades sistémicas que incluyan la presencia necesaria de periodontitis, como la mayoría de las mencionadas anteriormente. Se ha establecido que mucha de la variabilidad clínica que se observa en pacientes periodontales tiene una explicación genética que se basa en la influencia de diferentes interleucinas sobre la reabsorción ósea y la destrucción del tejido conectivo.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Las enfermedades sistémicas que se asocian a la periodontitis son de varios tipos, pero básicamente se pueden dividir en alteraciones secundarias de la inmunidad, como por ejemplo las leucemias y el SIDA; alteraciones endocrinas y metabólicas, como la diabetes y el embarazo y enfermedades inflamatorias como la colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn.

Hay varias afecciones hematológicas que predisponen a la gingivitis severa y la periodontitis destructiva, y que se deben sospechar en un paciente que experimenta un súbito y considerable empeoramiento de su condición periodontal. Entre ellas están la anemia aplásica, la neutropenia de cualquier etiología, la leucemia aguda (principalmente mielomonocítica), los linfomas y las histiocitosis de células de Langerhans.

Entre las alteraciones metabólicas, la diabetes se ha relacionado tradicionalmente con las periodontitis, pero no todos los estudios de prevalencia de gingivitis y periodontitis en diabéticos coinciden en la mayor frecuencia de afectación gingival en estos pacientes. En general hay acuerdo en que la diabetes predispone a una mayor gravedad de las enfermedades periodontales y viceversa, posiblemente debido al efecto sinérgico de un defecto inmunológico con alteración de la función de los PMN y un defecto metabólico.

Los cambios hormonales relacionados con la pubertad y el embarazo no son enfermedades, pero se incluyen en este apartado por el carácter sistémico de su relación con las enfermedades periodontales. La pubertad causa una predisposición temporal a la gingivitis cuyo mecanismo es poco claro, aunque en pacientes diabéticos se ha observado un cambio en la composición de la placa bacteriana al llegar a la pubertad que se asocia a gingivitis. En mujeres previamente libres de periodontitis se ha visto que el embarazo produce gingivitis severa e inicio de periodontitis destructiva, que se ha atribuido al efecto de los esteroides que aumentan durante el embarazo o a una depresión de la inmunidad asociada a este estado de la mujer. La respuesta de la encía a los esteroides es una reacción exagerada a los irritantes locales, en especial a la placa bacteriana.

FACTORES AMBIENTALES

Entre ellos destacan sobremanera la higiene oral y el tabaco. Parece incuestionable que la gingivitis es una infección inespecífica causada por las bacterias de la placa supragingival y asociada con el nivel de higiene oral. Asimismo, por el momento no se cuestiona el hecho de que la placa subgingival es una condición causal para el desarrollo de la periodontitis. En las personas susceptibles a la periodontitis destructiva, el acumulo de placa y cálculo es un factor de riesgo para la pérdida de soporte periodontal. Otros factores como la dieta y nutrición, ciertos fármacos y especialmente el tabaco han mostrado su relación con las enfermedades periodontales.

En el caso del tabaco, numerosos estudios, tanto epidemiológicos como estudios clínicos controlados, han demostrado la relación entre el tabaco y la destrucción periodontal. La causa parece ser el efecto vasoconstrictor

de la nicotina que, aunque da lugar a una disminución de la gingivitis y del fluido crevicular en los fumadores, produce a la vez una disminución de las defensas del huésped en el ámbito local.

Hoy en día no hay ninguna duda de que el tabaco es un factor de riesgo de periodontitis destructiva, y el riesgo atribuible cuando se comparan fumadores con no fumadores es del orden de 2,5 a 6 veces mayor.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Durante el programa de EPS, la atención de la actividad clínica integral que se desarrolló se resume de la siguiente manera. Se atendió un total de 89 escolares de manera integral, se finalizó el programa con 89 escolares con tratamiento terminado y con un total de 11 escolares pendientes de concluir tratamiento.

Se seleccionó a los padres de familia de 15 escolares para realizar la encuesta y recolectar los datos de la investigación. Los 15 niños seleccionados están comprendidos entre los 6 y los 12 años de edad, con una media aritmética de 8 años y una desviación estándar de 1.69 años.

La distribución por edad se presenta en el cuadro y gráfica No. 1.

CUADRO NO.1

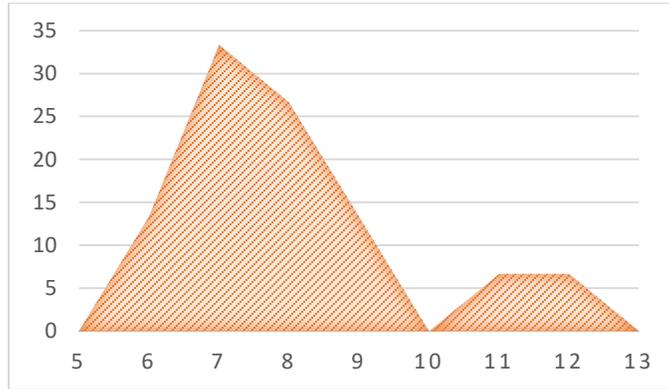
Edad en años cumplidos de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| EDAD | F | FA | FR | % |
|------|----|----|------|-------|
| 6 | 2 | 2 | 0.13 | 13.33 |
| 7 | 5 | 7 | 0.33 | 33.33 |
| 8 | 4 | 11 | 0.27 | 26.67 |
| 9 | 2 | 13 | 0.13 | 13.33 |
| 10 | 0 | 13 | 0.00 | 0.00 |
| 11 | 1 | 14 | 0.07 | 6.67 |
| 12 | 1 | 15 | 0.07 | 6.67 |
| | 15 | | 1 | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA NO.1

Edad en años cumplidos de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

Al analizar la variable género, encontramos que 53.33% de los alumnos seleccionados fueron de sexo femenino y el 46.67% fueron de sexo masculino.

Estos datos se presentan en el cuadro No. 2 y gráfica No.2

CUADRO NO.2

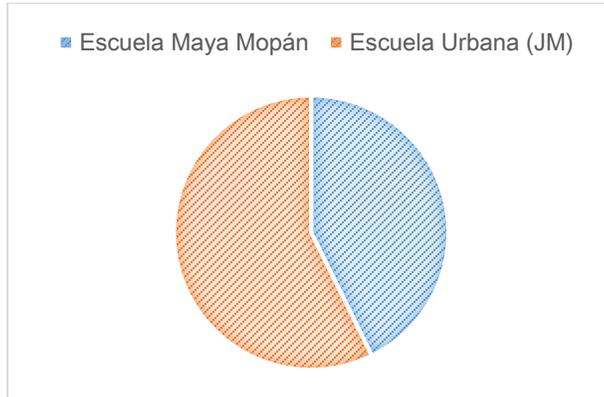
Género de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| GÉNERO | F | FA | FR | % |
|-----------|----|----|--------|-------|
| Masculino | 7 | 7 | 0.4667 | 46.67 |
| Femenino | 8 | 15 | 0.5333 | 53.33 |
| | 15 | | 1 | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA NO.2

Género de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS,
San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

Al analizar el Grado de escolaridad de los alumnos atendidos integralmente para la investigación encontramos que el porcentaje de niños atendidos en primero primaria fue de 46.47%, segundo, tercero y cuarto año fue de 13.33%, quinto y sexto año fue de 6.67%.

Los datos se muestran en el cuadro y gráfica No. 3

CUADRO NO. 3

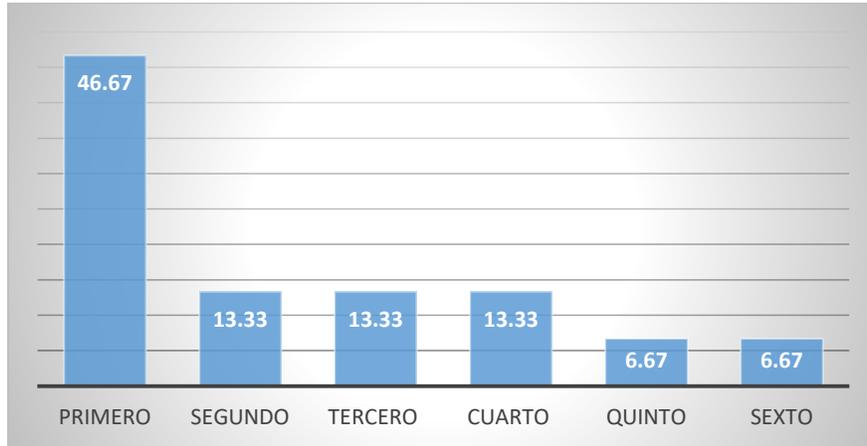
Grado de escolaridad de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS,
San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| GRADO | F | FR | FA | % |
|---------|----|--------|----|-------|
| Primero | 7 | 0.4667 | 7 | 46.67 |
| Segundo | 2 | 0.1333 | 9 | 13.33 |
| Tercero | 2 | 0.1333 | 11 | 13.33 |
| Cuarto | 2 | 0.1333 | 13 | 13.33 |
| Quinto | 1 | 0.0667 | 14 | 6.67 |
| Sexto | 1 | 0.0667 | 15 | 6.67 |
| | 15 | 1 | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA NO. 3

Grado de escolaridad de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

El índice de CPO en los escolares seleccionados fue de 8.2, detallando los resultados del índice fueron por piezas cariadas de 119, perdidas 0 y obturadas 4. El número de piezas cariadas mantiene un promedio de 7.93 con una desviación standard de 2.93

Los datos se muestran en el cuadro y gráfica No. 4

CUADRO No. 4

Índice de CPO de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018

| INDICE | F | FR | FA | % |
|-----------|-----|------|-----|-------|
| CARIADAS | 119 | 0.97 | 119 | 96.75 |
| PERDIDAS | 0 | 0 | 119 | 0 |
| OBTURADAS | 4 | 0.03 | 123 | 3.25 |
| | 123 | 1 | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 4

Índice de CPO de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018



Fuente: Trabajo de campo

Durante la investigación única en el EPS, en el desarrollo del trabajo de campo, la encuesta utilizada se basa sobre la **"Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de padres de familia y su relación con el estado de salud bucal de una muestra de escolares del sector público de Guatemala 2018 "**, se realizó en 15 madres de los escolares seleccionados. La edad de las madres estuvo comprendida entre los 23 y los 62 años de edad con una media de 30.867 años y una desviación standard de 9.568 años con una mediana de 28.00 años y una moda de 26.00 años, los datos se presentan en cuadro y gráfica No. 5.

CUADRO No. 5

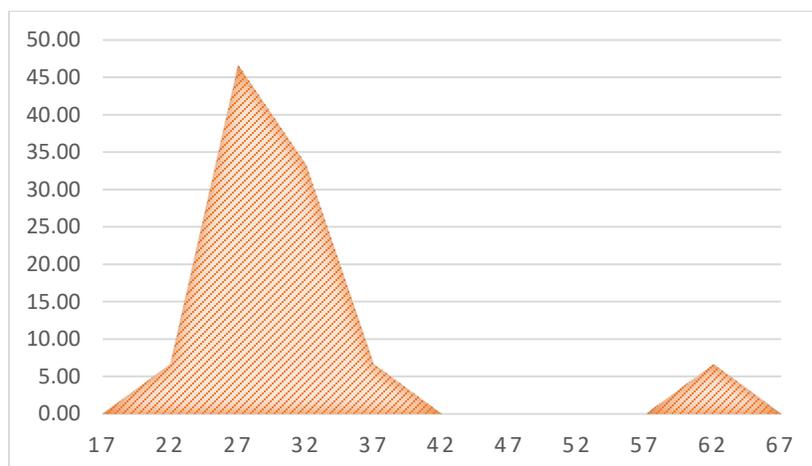
Edad en años cumplidos de las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018

| EDAD | F | FR | FA | % |
|---------|----|------|----|-------|
| 20 - 24 | 1 | 0.07 | 1 | 6.67 |
| 25 - 29 | 7 | 0.47 | 8 | 46.67 |
| 30 - 34 | 5 | 0.33 | 13 | 33.33 |
| 35 - 39 | 1 | 0.07 | 14 | 6.67 |
| 40 - 44 | 0 | 0.00 | 14 | 0.00 |
| 45 - 49 | 0 | 0.00 | 14 | 0.00 |
| 50 - 54 | 0 | 0.00 | 14 | 0.00 |
| 55 - 59 | 0 | 0.00 | 14 | 0.00 |
| 60 - 64 | 1 | 0.07 | 15 | 6.67 |
| | 15 | 1 | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 5

Edad en años cumplidos de las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 6

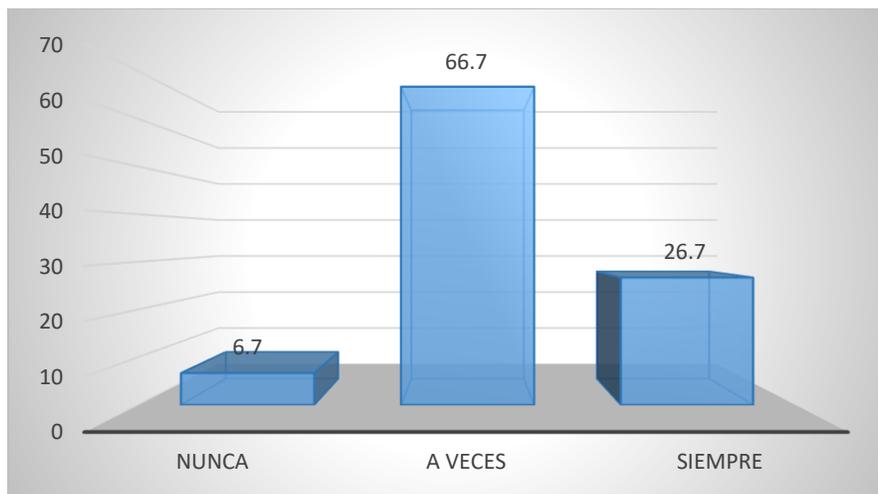
PREGUNTA 1: ¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 1 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 1 | 0.07 | 1 | 6.67 |
| A veces | 10 | 0.67 | 11 | 66.67 |
| siempre | 4 | 0.27 | 15 | 26.67 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 6

PREGUNTA 1: **¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 7

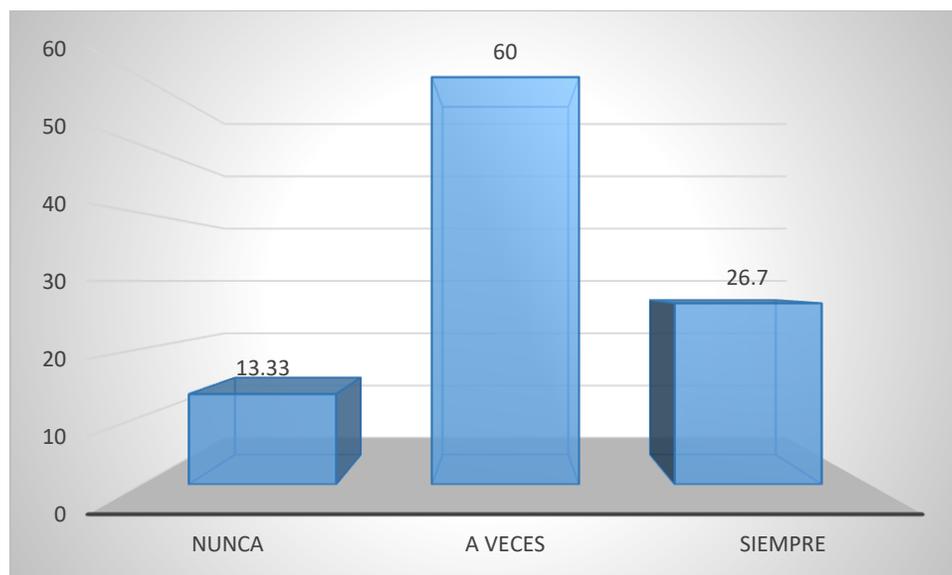
PREGUNTA 2: **¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 2 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 2 | 0.13 | 2 | 13.33 |
| A veces | 9 | 0.60 | 11 | 60.00 |
| siempre | 4 | 0.27 | 15 | 26.67 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 7

PREGUNTA 2: **¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 8

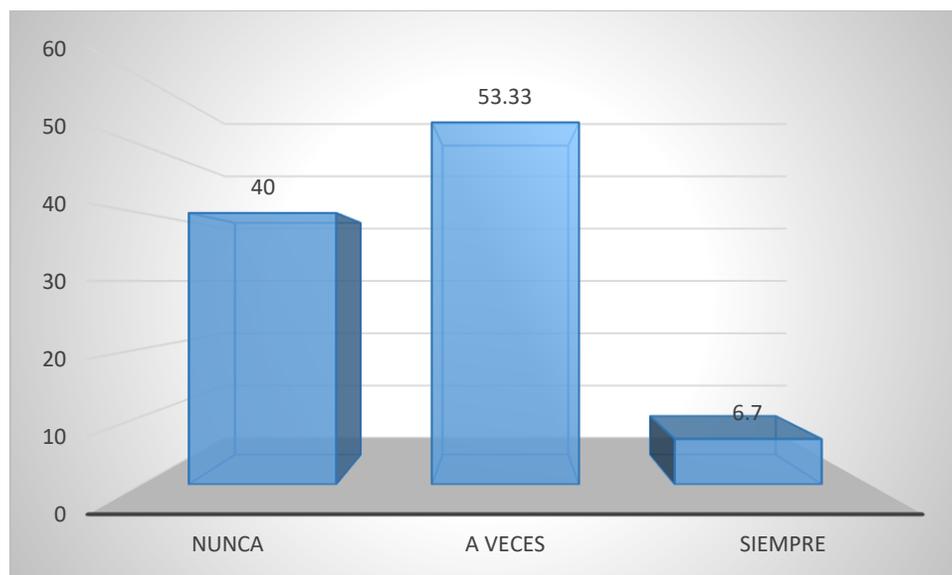
PREGUNTA 3: **¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 3 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 6 | 0.40 | 6 | 40.00 |
| A veces | 8 | 0.53 | 14 | 53.33 |
| siempre | 1 | 0.07 | 15 | 6.67 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 8

PREGUNTA 3: ¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 9

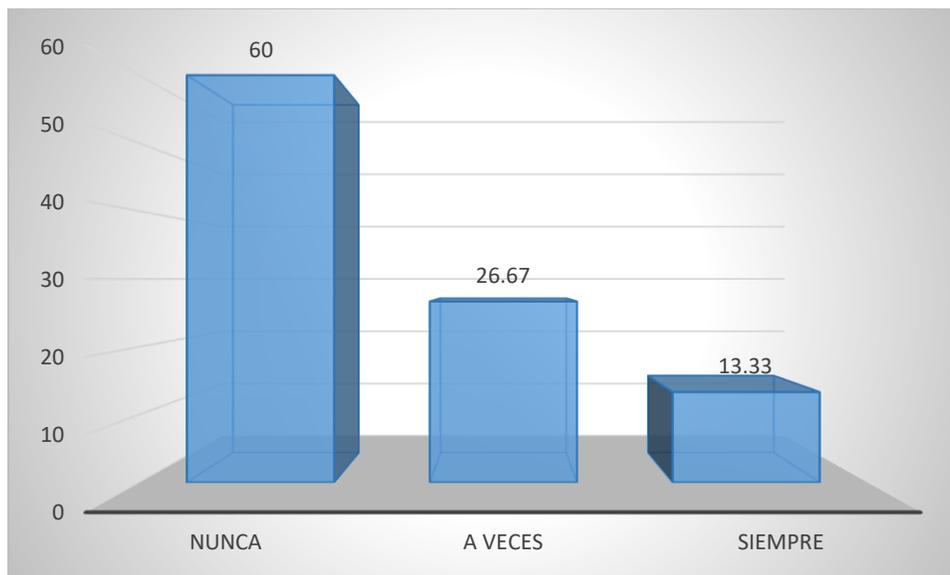
PREGUNTA 4: ¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 4 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 9 | 0.60 | 9 | 60.00 |
| A veces | 4 | 0.27 | 13 | 26.67 |
| siempre | 2 | 0.13 | 15 | 13.33 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 9

PREGUNTA 4: ¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 10

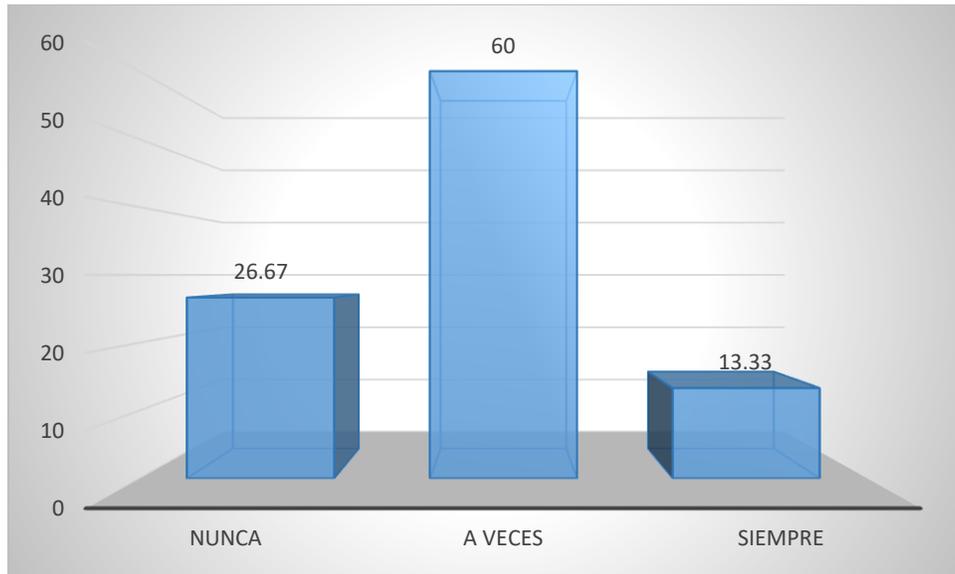
PREGUNTA 5: ¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 5 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 4 | 0.27 | 4 | 26.67 |
| A veces | 9 | 0.60 | 13 | 60.00 |
| siempre | 2 | 0.13 | 15 | 13.33 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 10

PREGUNTA 5: ¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 11

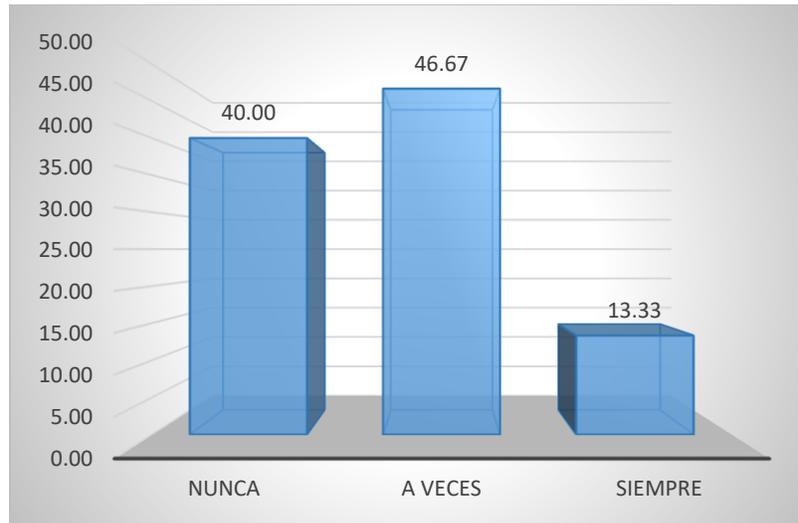
PREGUNTA 6: ¿Ha experimentado dificultad para convivir con otras personas a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 6 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 6 | 0.40 | 6 | 40.00 |
| A veces | 7 | 0.47 | 13 | 46.67 |
| siempre | 2 | 0.13 | 15 | 13.33 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 11

PREGUNTA 6: ¿Ha experimentado dificultad para convivir con otras personas a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 12

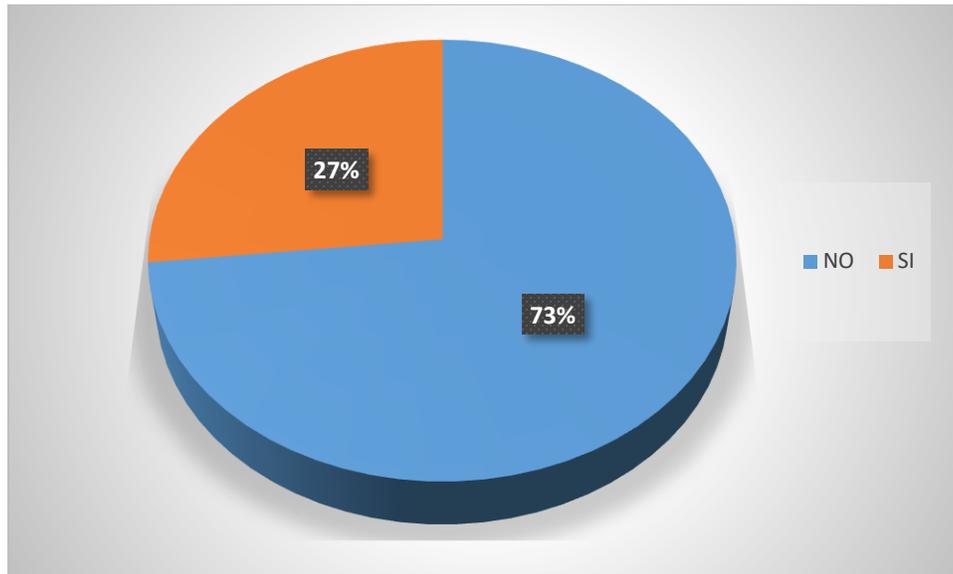
PREGUNTA 7: ¿Esta conforme o feliz con su boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 7 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|-------|
| NO | 11 | 0.73 | 11 | 73.33 |
| SI | 4 | 0.27 | 15 | 26.67 |
| | 15 | | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 12

PREGUNTA 7: **¿Está conforme o feliz con su boca, dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 13

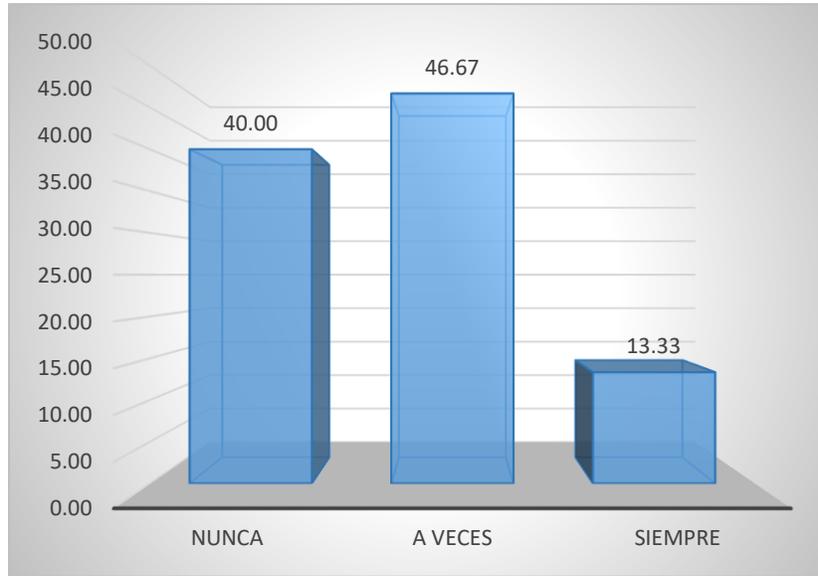
PREGUNTA 8: **¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 8 | F | FR | FA | % |
|------------|----|------|----|--------|
| Nunca | 6 | 0.40 | 6 | 40.00 |
| A veces | 7 | 0.47 | 13 | 46.67 |
| siempre | 2 | 0.13 | 15 | 13.33 |
| | 15 | 1 | | 100.00 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 13

PREGUNTA 8: ¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes, encías, placas o puentes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 14

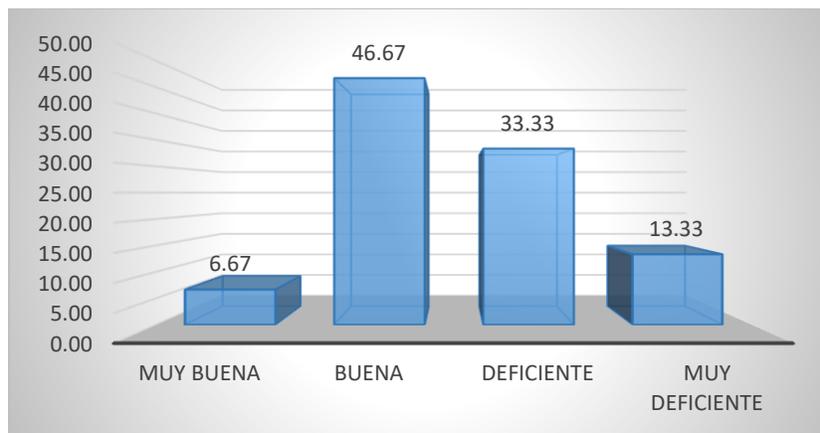
PREGUNTA 9: ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes, encías actualmente? Diría que es... De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 9 | F | FR | FA | % |
|----------------|----|------|----|-------|
| Muy buena | 1 | 0.07 | 1 | 6.67 |
| Buena | 7 | 0.47 | 8 | 46.67 |
| Deficiente | 5 | 0.33 | 13 | 33.33 |
| Muy deficiente | 2 | 0.13 | 15 | 13.33 |
| | 15 | 1 | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 14

PREGUNTA 9: **¿Cómo califica la salud de su boca, dientes, encías actualmente? Diría que es...** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

PREGUNTA 10: **¿Se limpia los dientes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, la respuesta fue SI, siendo la representación de los datos el 100%. La pregunta de la encuesta también analiza **¿Con qué frecuencia los limpia?**, la respuesta de las madres fue **más de 1 vez al día** siendo el 100% de los datos respectivamente.

PREGUNTA 11: **¿Usa pasta de dientes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, la respuesta fue SI, representando el 100% de los datos; la encuesta también analiza la frecuencia y los datos se presentan en cuadro y gráfica No. 15

CUADRO No. 15

PREGUNTA 11: **¿Usa pasta de dientes?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 11b | F | FR | FA | % |
|-----------------------|----|------|----|-------|
| Una vez al día | 4 | 0.27 | 4 | 26.67 |
| Más de 2 veces al día | 11 | 0.73 | 15 | 73.33 |
| | 15 | | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 15

PREGUNTA 11: ¿Usa pasta de dientes? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 16

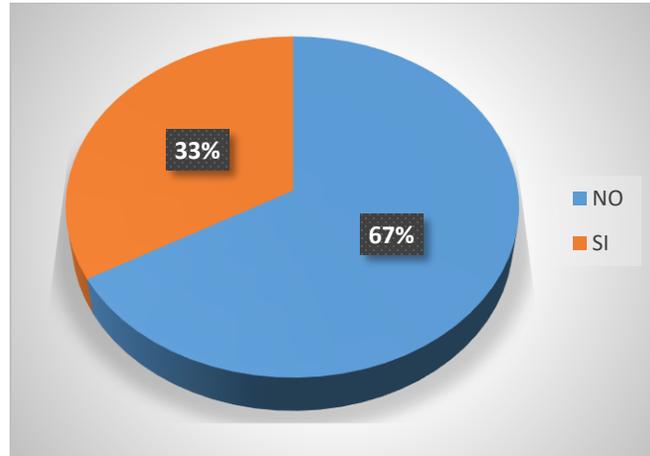
PREGUNTA 12: ¿Usa hilo dental? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 12 | F | FR | FA | % |
|-------------|----|------|----|-------|
| NO | 10 | 0.67 | 4 | 66.67 |
| SI | 5 | 0.33 | 9 | 33.33 |
| | 15 | | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 16

PREGUNTA 12: ¿Usa hilo dental? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

CUADRO No. 17

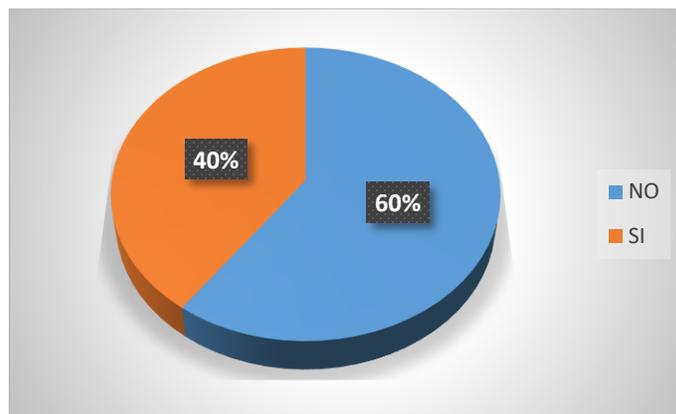
PREGUNTA 13: ¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca? De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.

| Pregunta 13 | F | FR | FA | % |
|-------------|----|------|----|-------|
| NO | 9 | 0.60 | 9 | 60.00 |
| SI | 6 | 0.40 | 15 | 40.00 |
| | 15 | 1 | | 100 |

Fuente: Trabajo de campo

GRÁFICA No. 17

PREGUNTA 13: **¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca?** De la encuesta realizada a las madres de los alumnos seleccionados para la investigación única del programa de EPS, San Luis Petén, febrero a octubre 2018.



Fuente: Trabajo de campo

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de los datos recopilados muestran en la encuesta que los escolares atendidos en el programa de manera integral estuvieron en rango de edad promedio de 8 años con una desviación estándar de 1.69, se atendió a escolares igualmente distribuidos por sexo, con un ligero predominio de sexo femenino siendo un 53.33% del total. La mayor proporción de escolares atendidos fueron del primer año de escolaridad con una proporción del 46.67%. El índice CPO total de los escolares integrales es de 8.2, con un promedio de 7.93 de piezas cariadas con una desviación estándar de 2.93 siendo estos valores relativamente altos respecto al nivel estándar de 4.2 del estudio realizado en España y el que maneja la OMS reflejando el problema de salud dental que mantienen los niños de la comunidad atendida y la falta de atención y de servicios preventivos.

Los padres de familia encuestados fueron solamente mujeres mostrando el 100% con un promedio de 30 años de edad con una desviación estándar de 9.57, una mediana de 28 y una moda de 26.

Respecto al cuestionario con la pregunta 1, la respuesta a si se siente avergonzada o nerviosa por problemas de su boca podemos observar en el cuadro y gráfica No. 6, que el 66.6% se ha sentido a veces avergonzado, un 26.7% siempre y únicamente un 6.7% nunca se ha sentido avergonzado o nervioso con problemas con sus dientes. Es evidente que el 93.4 % de las madres tienen algún tipo de incomodidad respecto a su salud bucal haciendo referencia a la posible necesidad de tratamiento dental ya que la tendencia de los datos es hacia sentirse mal.

Respecto a si se ha experimentado dificultad para comer el cuadro y la gráfica No. 7 muestran que el 60.0% a veces ha tenido problemas con su boca, el 26.7% siempre ha experimentado dificultad para comer y el 13.3% nunca ha tenido este problema; se analiza que el 86.7% ha experimentado problemas con su alimentación por la directa relación con el estado de salud bucal.

Respecto a si se ha tenido la necesidad de cambiar los alimentos de consumo habitual a causa de problemas con la boca, los datos en el cuadro y gráfica No. 8 muestran que el 53.33% a veces ha tenido que cambiar sus alimentos, el 6.7% siempre y el 40% nunca lo ha hecho. Analizamos que el 60.03% de las madres tienen tendencia a tener la necesidad de cambiar su alimentación, asumimos que la tendencia de los datos es porque la población tiende a no buscar atención dental sino más bien a no satisfacer la incomodidad y adaptarse al problema.

La pregunta: ¿si ha experimentado dificultad para hablar claramente?, según el cuadro y gráfica No. 9 nos muestra que el 60% nunca ha experimentado dificultad, 26.7% a veces y el 13.3% siempre, el 40% de las madres si ha experimentado dificultad para hablar a causa de los problemas dentales y un 60% que no, según los porcentajes no hay análisis significativo del estado de su boca con la dificultad para hablar.

La pregunta: ¿si se ha tenido dificultad para dormir a causa de los problemas en la boca?, según el cuadro y la gráfica No. 10 muestran que el 60% de las madres a veces tienen dificultad para dormir, 13.3% siempre ha tenido problemas y el 26.7% nunca ha tenido problemas para dormir, según los datos el 73.3% las madres o la mayoría si mantienen molestia constante para dormir siendo a diferencia del porcentaje mínimo del total que no experimenta problema.

La pregunta: ¿si se ha tenido problemas para convivir con otras personas? el cuadro y gráfica No. 11 muestra que el 46.7% a veces tiene problemas de convivencia, el 13.3% siempre mantiene problemas de convivencia y un 40% nunca ha tenido problemas con ello; los datos refieren que la tendencia es que las madres mantienen un problema con su boca y les dificulta frecuentemente para su convivencia. El 60% de las madres tienen problema de convivencia respecto a problema con su boca.

La respuesta ¿si está conforme o feliz con su boca? los datos del cuadro y gráfica No. 12 muestran que el 73.3% no están conforme y que el 26.7% si lo están, el porcentaje de incomodidad respecto al estado de salud bucal es que prevalece la inconformidad de su estado bucal sin embargo la población en general tiene problemas pero no acude a un servicio dental.

De la pregunta ¿si se experimenta dificultad para realizar sus labores de rutina a causa de los problemas en la boca? los datos se muestran en el cuadro y gráfica No. 13 y el 46.7% a veces tiene dificultad, el 40.0 nunca ha padecido de problemas en el desarrollo de sus actividades y el 13.3% siempre. El 60% de las madres experimenta dificultad para realizar sus actividades de rutina respecto a sus problemas dentales.

La pregunta 9 del cuestionario busca que las madres califiquen el estado de su boca en ese momentos y los datos del cuadro y gráfica 14 son que el 6.7% piensa que es muy buena, el 53.3% piensa que es buena, el 86.7% piensa que es mala y 13.3% piensa que es muy mala, la tendencia de los datos es que la salud de la

muestra estudiada piensa que actualmente su boca se encuentra en buen estado con el 60% y un 40% que piensa que está en condiciones malas.

Las preguntas finales analizan si las madres mantienen una higiene adecuada y se cuestiona en el cuadro y la gráfica No.15 ¿si se limpian los dientes y con qué frecuencia? el 100% de los datos fue que si se limpian su boca más de 1 vez al día según los resultados las madres tienen el hábito cotidiano de cepillarse diariamente más de 2 veces; el cuadro y gráfica No.16 cuestiona si se utiliza pasta dental y las madres según los datos el 100% si usa pasta dental para cepillarse.

Respecto a ¿si usa hilo y enjuague bucal para la limpieza de su boca? las madres en más del 60% No usa hilo y el 66.7% ni enjuague bucal los que representa que más del 60% no lleva a cabo la limpieza de su boca eficiente y adecuadamente. Eso nos lleva a la conclusión de la encuesta a que no hay en general de la comunidad asignada educación en salud o si lo hay los padres de familia no tiene la conciencia o el deseo de formarse en salud para restablecer su salud bucal y se mantiene con limitaciones y problemas de salud bucal constantes por la misma falta de actitud y servicio nulo para su salud bucal.

CONCLUSIONES

- Los padres de familia entrevistados están conscientes que tienen un problema y que necesitan atención dental tanto ellos como sus hijos.
- Los hábitos de los padres muestran que usan pasta y cepillo dental para su limpieza pero no así la seda dental y el enjuague.
- El índice de CPO es de 8.2 y tiene un promedio de caries por niño de 7.93 con una desviación estándar de 2.93.
- Los hábitos de higiene bucal son insuficientes con respecto a la percepción que tienen los padres de familia con su condición de salud bucal.

RECOMENDACIONES

- Realizar programas de salud bucal con los centros de salud que no brindan ningún tipo de atención requerida de tipo dental a la comunidad.
- Reforzar la educación en salud, brindar a la población actividades a nivel escolar primario y básico, promoviendo la posibilidad de facilitar el aprendizaje y crear conciencia de la diferencia de salud y enfermedad.

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

RESUMEN

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el afán de mejorar las condiciones de salud bucodental de los niños guatemaltecos en el interior del país, que tienen poco o ningún acceso al servicio dental, realiza el programa del ejercicio profesional supervisado con la atención clínica integral a beneficio de los escolares y de la población en general, donde nosotros los epesistas ponemos en práctica el conocimiento adquirido en la formación para concluir el sexto año de la carrera de cirujano dentista.

El informe que presento detalla los resultados de productividad en la clínica integral en el periodo comprendido de febrero a octubre del año 2018, con pacientes atendidos de edad diversa en la clínica dental de la clínica parroquial del municipio de San Luis del departamento de Petén, Guatemala.

Los tratamientos globales realizados fueron: exámenes clínicos, profilaxis dental, aplicaciones tópicas de flúor, tratamiento periodontal, sellantes de fosas y fisuras, restauraciones con ionómero de vidrio, restauraciones con amalgama dental y restauraciones de resina compuesta, así como tratamiento de nervio como pulpotomías y tratamientos de conducto radicular, extracciones dentales, prótesis total, prótesis parcial fija y prótesis parcial removible; así como restauraciones con coronas de acero, atención de complicaciones o emergencias.

En el programa de atención clínica integral los tratamientos realizados fueron: 89 exámenes clínicos, 89 profilaxis dental, 89 aplicaciones tópicas de flúor, 564 sellantes de fosas y fisuras, 11 restauraciones de ionómero de vidrio, 24 emergencias atendidas, 506 restauraciones de amalgama dental, 203 restauraciones de resina compuesta, 50 pulpotomías, 14 tratamientos de conducto radicular, 16 restauraciones con coronas de acero y 149 extracciones dentales.

La atención de pacientes de alto riesgo o población general en la comunidad fueron: 447 exámenes clínicos, 65 profilaxis dental, 14 aplicaciones tópicas de flúor, 157 sellantes de fosas y fisuras, 19 restauraciones con ionómero de vidrio, 40 emergencias atendidas, 110 tratamientos periodontales, 139 restauraciones con amalgama dental, 240 restauraciones con resina compuesta, 3 pulpotomías, 9 tratamientos de conducto radicular, 8 restauraciones con corona de acero, 190 extracciones dentales, 2 casos de prótesis total, 5 casos de prótesis total removible, 2 casos de prótesis parcial fija y 1 prótesis fija unitaria.

El objetivo primordial del programa de atención clínica integral es darle el mejor servicio dental a la población de la comunidad asignada, con tratamientos profesionales de calidad como se lo merece para el restablecimiento de la salud bucodental a cualquiera que lo necesite, porque como profesionales nos debemos.

OBJETIVOS

- Cultivar en la población en general el hábito de visitar al dentista cada 6 meses o al menos una vez al año.
- Dejar en la comunidad de San Luis, Petén las bases para desarrollar hábitos de higiene dental, detalles importantes que en la consulta dental se brinda para el mejoramiento y el restablecimiento de la salud bucal.
- Brindar un servicio gratuito a los escolares de las escuelas beneficiadas para cultivar en los niños y padres de familia el costo y el beneficio que representa mantenerse en salud y lo que conlleva estar en condiciones de enfermedad.
- Hacer énfasis en la población sobre la importancia del sistema estomatognático y sus funciones en el uso diario, de esta manera cambiar progresivamente la atención de odontología restauradora a odontología preventiva.
- Disminuir los índices de caries dental y disminuir los problemas de salud bucodental establecidos en la población guatemalteca con la atención integral brindada a las comunidades que tienen sede de EPS, cambiando poco a poco la calidad de vida de las personas.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

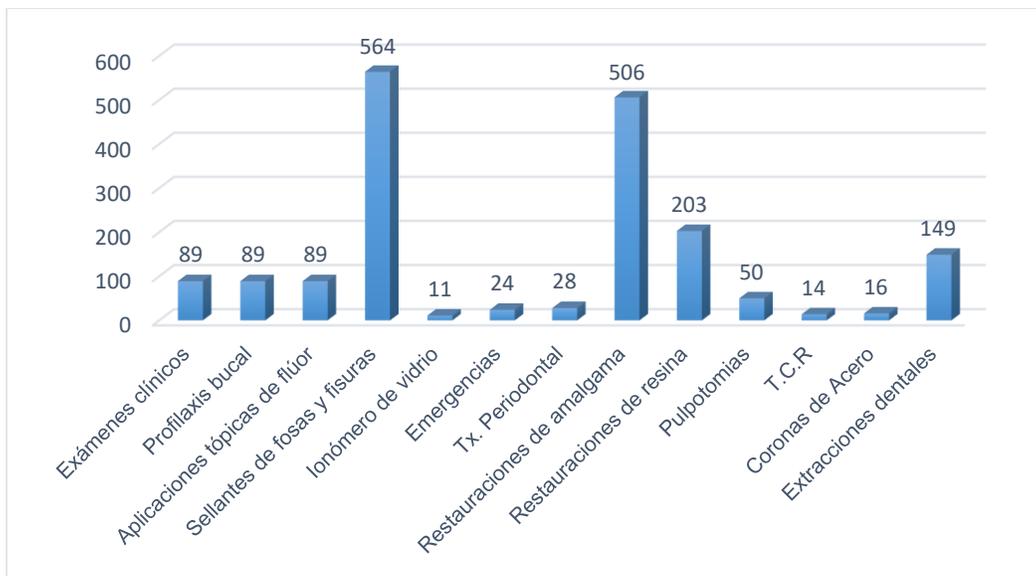
Consolidad de tratamientos realizados en el programa de actividad clínica integral a escolares de las escuelas públicas en San Luis, Petén 2018

| MES | Ingresos | PROFI | ATF | SFF | IV | TX. PERIO | AM | RE | PULPO | TCR | CA | EXO | EMERG |
|-----|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| FEB | 2 | 2 | 2 | 13 | 0 | 0 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| MAR | 6 | 6 | 6 | 41 | 0 | 4 | 26 | 25 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| ABR | 17 | 17 | 17 | 126 | 2 | 6 | 100 | 18 | 9 | 1 | 5 | 19 | 5 |
| MAY | 7 | 7 | 7 | 27 | 0 | 0 | 30 | 6 | 4 | 1 | 0 | 11 | 2 |
| JUN | 13 | 13 | 13 | 130 | 0 | 0 | 139 | 45 | 18 | 0 | 0 | 12 | 0 |
| JUL | 16 | 16 | 16 | 49 | 5 | 9 | 88 | 50 | 16 | 10 | 10 | 60 | 4 |
| AGO | 8 | 8 | 8 | 41 | 2 | 3 | 44 | 18 | 3 | 2 | 0 | 11 | 1 |
| SEP | 20 | 20 | 20 | 137 | 2 | 6 | 77 | 32 | 0 | 0 | 1 | 31 | 2 |
| | 89 | 89 | 89 | 564 | 11 | 28 | 506 | 203 | 50 | 14 | 16 | 149 | 24 |

Fuente: Programa EPS 2018

GRÁFICA No. 1

Consolidad de tratamientos realizados en el programa de actividad clínica integral a escolares de las escuelas públicas en San Luis, Petén 2018



Fuente: Programa EPS 2018

CUADRO No. 2

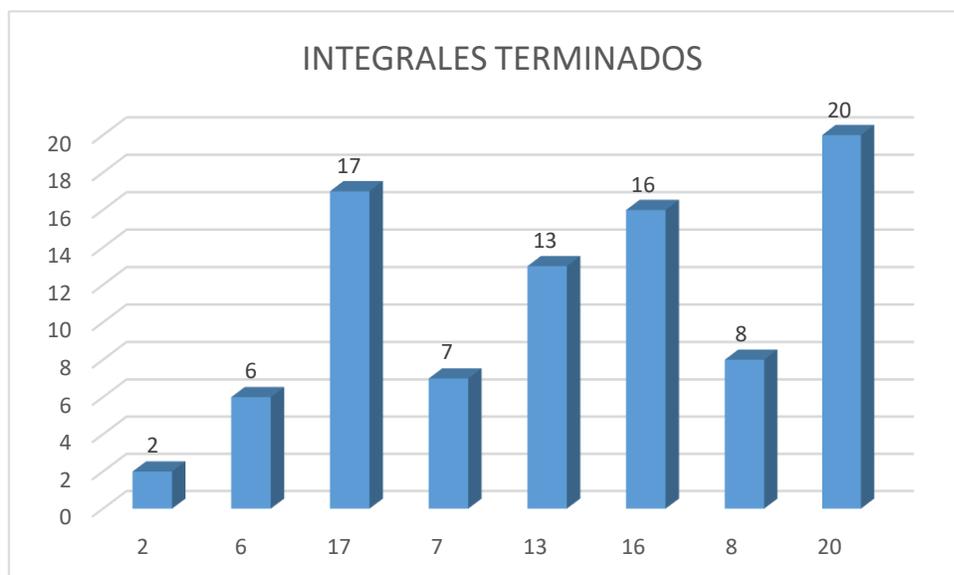
Consolidado de pacientes integrales ingresados y terminados en el programa de atención integral
San Luis, Petén 2018.

| MES REPORTADO | INTEGRALES TERMIANDOS |
|------------------|--------------------------|
| FEBRERO | 2 |
| MARZO | 6 |
| ABRIL | 17 |
| MAYO | 7 |
| JUNIO | 13 |
| JULIO | 16 |
| AGOSTO | 8 |
| SEPTIEMBRE | 20 |
| TOTALES | 89 |

Fuente: Programa EPS 2018

GRÁFICA No. 2

Consolidado de pacientes integrales ingresados y terminados en el programa de atención integral
San Luis, Petén 2018.



Fuente: Programa EPS 2018

CUADRO NO. 3

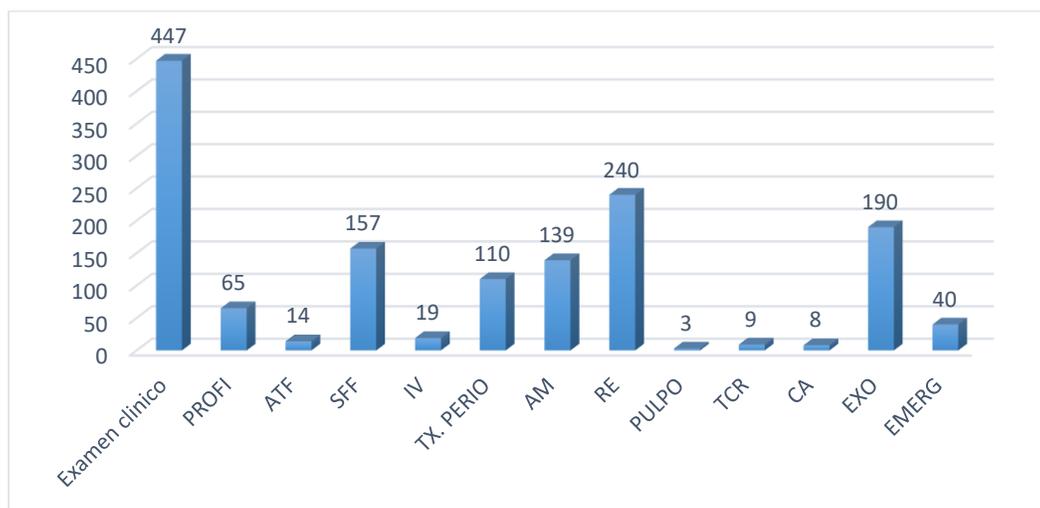
Consolidados de tratamientos realizados en población general en el programa de atención clínica integral en San Luis, Petén 2018.

| TRATAMIENTO REALIZADO | TOTALES |
|------------------------------------|-----------------|
| Exámenes clínicos | 447 |
| Profilaxis bucal | 65 |
| Aplicaciones tópicas de flúor | 14 |
| Sellantes de fosas y fisuras | 157 |
| Ionómero de vidrio | 19 |
| Emergencias | 40 |
| Tx. Periodontal | 110 |
| Restauraciones de amalgama | 139 |
| Restauraciones de resina | 240 |
| Pulpotomías | 3 |
| T.C.R | 9 |
| Coronas de Acero | 8 |
| Extracciones dentales | 190 |
| CONSOLIDADO DE TRATAMIENTOS | EPS 2018 |

Fuente: Programa EPS 2018

GRÁFICA NO. 3

Consolidados de tratamientos realizados en población general en el programa de atención clínica integral en San Luis, Petén 2018.



Fuente: Programa EPS 2018

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

INTRODUCCIÓN

Dentro de las actividades a realizadas en el programa de ejercicio profesional supervisado (EPS), estuvieron: administración del consultorio dental, atención clínica integral de la población de la comunidad asignada, proyección del manejo apropiado del consultorio dental, que tiene varios aspectos como: responsabilidad, puntualidad, planificación, organización, control, orden, diseño, disciplina, trabajo en equipo, delegar entre otros., aspectos que trabajándolos conjuntamente optimizan el recurso humano, recurso material, recurso técnico y recurso financiero, brindando de tal manera que el consultorio se maneje de la mejor manera posible y principalmente que se logre brindar un servicio de calidad a la población en general.

La admiración radica en la planificación y organización de las actividades de parte del epesista, tratando de abarcar las actividades que se deben realizar con la optimización del tiempo para cubrir todos los campos requeridos en el programa.

El personal que forma parte de la clínica también debe trabajar para alcanzar mantener un consultorio en óptimas condiciones para brindar un buen servicio. El personal auxiliar debe de estar capacitado para ejecutar las tareas diarias y poder tener la disposición del aprendizaje que conlleva el trabajar en equipo.

HORARIOS Y PLANIFICACIÓN

| HORARIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|------------------|---|--|--|--|--|---|
| 8:00 a 1:00pm | Atención clínica integral INTEGRALES | Atención clínica integral INTEGRALES | Enjuagatorios y charlas de salud bucal | Atención de escolares para SFF | Atención clínica integral INTEGRALES | Atención clínica Integral POBLACIÓN GENERAL* |
| 1:00 a 2:00pm | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | Almuerzo | |
| 2:00 a 4:30 | Atención clínica Integral POBLACIÓN GENERAL | Atención clínica integral INTEGRALES | Enjuagatorios y charlas de salud bucal | Atención clínica integral INTEGRALES | | Proyecto comunitario GESTIONES |

*Los días sábados la atención era de 8:00 a 12:00 am. Horario de atención establecido por la clínica parroquial.

Los requerimientos para la administración del consultorio dental giraron en torno a las actividades detalladas a continuación: planificación y desarrollo de protocolos de desinfección, planificación y desarrollo de protocolos de esterilización, presentación adecuada, buena higiene personal del personal auxiliar como del odontólogo practicante, limpieza y organización de la clínica dental, manejo adecuado del equipo dental, manejo adecuado de desechos bioinfecciosos para evitar la

contaminación cruzada entre pacientes, atención adecuada de los pacientes, manejo adecuado de la agenda del consultorio dental y capacitación del personal auxiliar.

METODOS DE BIOSEGURIDAD

Los procedimientos del control de infecciones son actividades adoptadas en entornos de atención sanitaria para evitar la propagación de enfermedades. Los centros para el control y prevención de enfermedades, en colaboración con la ADA, han desarrollado recomendaciones especiales para aplicarlas en las clínicas dentales, ya que se clasifican como áreas rojas por los aerosoles que se producen en las actividades de rutina al trabajar con los pacientes, por el contacto de saliva y sangre respectivamente.

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN

La desinfección es un proceso que elimina la mayoría o todos los microorganismos sobre los objetos inanimados con la excepción de esporos bacterianos, esta se efectúa por medio de agentes químicos, clasificados en tres categorías: alta, intermedia y baja, según la intensidad de su acción. El personal auxiliar en este caso la asistente dental era la encargada de llevar este proceso diariamente que consistía en: al finalizar las labores diarias debía desinfectar todas las superficies del mobiliario y equipo de uso común y dental como los muebles, los jaladores, sillón dental, piezas de mano, instrumental que estaba a la mano; posterior a esta desinfección procedía a desinfectar el instrumental crítico y semi-crítico con un protocolo de desinfección y esterilización previamente establecido establecido.

Limpieza y enjuague del instrumental

Los instrumentos previamente a ser inmersos en solución de glutaraldehído debían ser limpiados manualmente eliminando material contaminante. La limpieza la realizaba con barreras de protección. La limpieza manual se realizaba cepillando la superficie de los instrumentos con cepillos duros, bajo chorro de agua fría. Utilizaba para dicho proceso jabón antibacterial líquido Lysol.

Los cepillos de limpieza, una vez usados, debían ser lavados, desinfectados (Hipoclorito al 1%) y dejando airearse para su secado para evitar que se contaminen.

Después de la limpieza manual, se debía retirar todo resto de detergente antes de sumergir el instrumental en la solución desinfectante.

PROTOCOLO DE ESTERILIZACIÓN

La esterilización es la destrucción o eliminación completa de toda forma de vida microbiana. Puede llevarse a cabo por procesos físicos o químicos.

La asistente dental, posterior a la limpieza de las superficies de la clínica dental y áreas comunes dentro del consultorio y al finalizar el lavado y enjuague de los instrumentos debía sumergirlos en

una solución de glutaraldehído al 2% y dejar toda la noche para su acción de esterilización ya que el consultorio no contaba con un mecanismo de esterilización adecuado.

El glutaraldehído al 2% es una solución estable, bactericida de amplio espectro, eficaz contra virus, de efectiva acción esporicida. Resulta activo ante presencia de materia orgánica. Algunas publicaciones indican que no es corrosivo para los metales, gomas y lentes, mientras que otras indican presencia de corrosión a largo plazo.

Mecanismo de acción

Actúa afectando las lipoproteínas de la membrana celular y el citoplasma de las formas bacterianas vegetativas, altera el sistema enzimático y el daño en la membrana permite la salida de sustancias y componentes intracelulares y facilita la entrada directa del desinfectante al citoplasma.

Durabilidad

El glutaraldehído tiene una vida media entre 14 y 28 días.

Recientes estudios han podido demostrar que concentraciones de glutaraldehído disminuyen del 2,1% al 1,3% a lo largo de un período de 28 días a temperatura ambiente. La capacidad germicida de la solución varía según el uso del producto activado. A mayor uso diario, se produce una disminución de la vida media del mismo.

Preparación de la solución para inmersión de los instrumentos

Los preparados comerciales tienen una solución "activadora", un inhibidor de corrosión y glutaraldehído al 2%. La solución "activadora" se coloca en el momento de preparar el producto para usar por primera vez. Debe tenerse la precaución de mezclar muy bien la preparación, para evitar obtener una solución parcialmente activada.

La contaminación de la solución con materia orgánica influenciará en la pérdida de la actividad. Materias orgánicas como sangre o pus, podrían actuar protegiendo especies microbianas o compitiendo con la molécula desinfectante, reduciendo su actividad.

La solución para la esterilización de los instrumentos se realizaba mensualmente en un recipiente específico donde se diluía 120ml de glutaraldehído con 40ml de solución activadora.

Tiempo de inmersión según la función del glutaraldehído

Cuando se lo utiliza como desinfectante de alto nivel en instrumentos sometidos a limpieza previa, la mayoría de los estudios sugieren un tiempo de contacto no menor a 10 minutos. Cuando la finalidad es la descontaminación el tiempo se extenderá a 30 minutos y cuando el objetivo es la esterilización son 10 horas o más.

PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN

Utilizando GLUTARALDEHIDO AL 2.5%

FASE PREVIA

A. LIMPIEZA MANUAL

Indispensable la remoción mecánica de residuos y material orgánico e inorgánico del instrumental empleado con detergente y cepillos previamente designados para dicho proceso.

(Uso indispensable de guates y protección ocular)

B. ENJUEGUE

Bajo chorro de agua fría debe eliminarse lo que se ha desalojado con la limpieza mecánica, para eliminando así residuos y dejando el instrumental libre de contaminación.

FASE INTERMEDIA

Procedimiento intermedio a la práctica clínica odontológica en las jornadas laborales será indispensable la inmersión del instrumental utilizado para mantenerlo desinfectado, y poder manipularlo de manera segura.

Inmersión del instrumental a 30 minutos

FASE DE ESTERILIZACIÓN

INMERSION FINAL: 10 horas o más...

La fase final para completar la esterilización del instrumental odontológico de uso diario en la consulta debe dejarse inmerso 10 horas o más, según las normas de esterilización con este agente químico utilizado.

IMPORTANTE

El contenedor del germicida siempre debe mantenerse tapado.

Al inicio de la jornada matutina deberá sacarse los instrumentos del contenedor ya esterilizados, lavarlos adecuadamente para retirar el líquido germicida y dejarlos secar o bien secarlos y empacarlos y/o colocarlos en su lugar correspondiente.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

INTRODUCCIÓN

Durante el desarrollo del programa de E.P.S. se realizan diversas actividades para beneficio de la comunidad asignada; entre las actividades que se llevan a cabo, se desarrolla una en especial como parte de la administración del consultorio odontológico, siendo esta la formación de tipo académico de acuerdo a las labores diarias del personal auxiliar, que cumple un papel importante en el consultorio y la realización y desarrollo del programa.

Se busca con esta capacitación que la asistente dental, quien juega un rol fundamental en las actividades, optimice el tiempo y la calidad de trabajo, así también que pueda obtener una oportunidad laboral con el conocimiento adquirido.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

La formación del personal auxiliar se lleva a cabo durante el mismo programa de E.P.S, desarrollando un tema específico mensualmente; se busca con el aprendizaje mejore el desenvolvimiento en la atención clínica integral en el consultorio dental principalmente.

Cada tema se desarrolló a cabo en forma de cátedra personalizada, leyendo el tema ambas partes en voz alta, haciendo énfasis en dudas o situaciones específicas, se realizó cada jueves de la primera semana de mes; se trabajó al mes un tema que se desarrolla y se llevó a la práctica cuando la situación lo permitió.

LISTADO DE TEMAS CUBIERTOS Y NOTAS DE LAS EVALUACIONES

| MES REPORTADO | TEMA CUBIERTO | CALIFICACIÓN |
|---------------|--------------------------------|--------------|
| Febrero | Funciones del asistente dental | 100pts. |
| Marzo | Equipo de uso dental | 100pts. |
| Abril | Prevención de enfermedades | 100pts. |
| Mayo | Instrumental para uso dental | 100pts. |
| Junio | Morfología dental | 100pts. |
| Julio | Transferencia de instrumental | 100pts. |
| Agosto | Materiales de uso dental | 100pts. |
| Septiembre | Enfermedades dentales | 100pts. |

Diploma proporcionado por la capacitación durante el programa

Duración: 8 meses

CONCLUSIONES

Con la preparación mensual de la asistente dental se logró principalmente que el personal auxiliar adquiriera a parte del conocimiento, responsabilidad, destreza, fluidez de temas dentales entre otras, que con el conocimiento adquirido lo llevara a la práctica, lo que logró mejorar la interrelación entre el paciente y el consultorio dental, por ser la asistente la primera persona que entre en contacto con el servicio brindado.

El entrenamiento adquirido logró que la asistente dental optimizara el tiempo de trabajo, adquiriera la práctica de trabajar en equipo, ejecutar un poco de administración del mismo y mejorar la calidad del servicio que se brinda a la comunidad.

Se mejoró la atención clínica integral de los pacientes escolares y población en general a diferencia de años pasados y se logró aumentar la visita dental al consultorio de la clínica parroquial de la comunidad a la que se sirve.

RECOMENDACIONES

El libro utilizado para llevar a cabo la capacitación tiene deficiencias, es recomendable que los editores nuevamente lo lean completo y realicen las correcciones pertinentes.

CONCLUSIONES

- La comunidad de San Luis Petén tiene una sobrepoblación, según se alejen del casco urbano la necesidad se hace más grande, no hay ningún tipo de práctica establecida para el servicio de la comunidad, ya que los servicios de salud médico y dental son limitados, pues la población en general de San Luis tiene que viajar a municipios cercanos para ser atendidos y satisfacer sus necesidades.
- Es notorio que el programa de EPS a la población de San Luis Petén, les ha favorecido grandemente a la población, sin embargo aún falta para ver cambios positivos medibles y tangibles ya que la percepción de salud bucal se ve reflejada en la salud bucal de los escolares atendidos y el porcentaje de daño y descuido establecido de parte de los escolares, adolescentes y población general es alto en comparación de comunidades donde se ha erradicado la caries dental.
- El deterioro del sistema estomatognático es evidente por limitaciones económicas, culturales, raciales; la falta de educación en salud y la no importancia hacia la atención dental es crucial, si se busca que la comunidad de San Luis, Petén salga del estado de detrimento en el que se mantiene.
- El programa de EPS con las actividades realizadas beneficia sustancialmente a la población en general, brindando servicio preventivo, restaurativo; el cubrir a los escolares y padres de familia ha sido durante mi programa y programas anteriores el erradicar o velar porque la salud bucal y los hábitos de higiene mejoren las condiciones de vida de la comunidad.
- Los objetivos de cada uno de los programas fueron cumplidos en la realización del programa de ejercicio profesional supervisado, tratando de dejar no solo un buen tratamiento integral o un buen servicio sino más bien la sensibilización de la población hacia la necesidad de acudir al dentista regularmente.

RECOMENDACIONES

- Apertura de nuevas sedes aledañas a los ya establecidos, ya que el beneficio para la población en general es muy buena y bien recibida.
- Reapertura o apertura de nuevas sedes en municipios de Petén para mejorar las condiciones de vida de la población en general de este departamento.

BIBLIOGRAFÍA

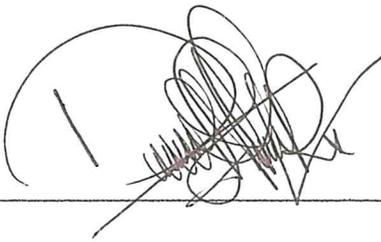
1. Bravo, M. et. al. (2006). Encuesta de salud oral en España 2005. (en línea). RCOE 11(4):409-456. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138123X2006000400002&lng=es.
2. Brennan, D. S.; Spencer, A. J. and Roberts-Thomson, K. F. (2012). Change in self-reported oral health in relation to use of dental services over. (en línea). Australian Dental Journal 120(5):422-428. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2012.00985.x>
3. _____ (2001). Prevalence of periodontal conditions among public-funded, dental patients in Australia. (en línea). Australian Dental Journal 46(2):114-121. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2001.tb00566.x>
4. Brown, L. F.; Breck, J. D. and Rozier, R. G. (1994). A 5-year study of attachment loss in community-dwelling older adults Incidence density. (en línea). J. Periodontal 32(6):506-515. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.1997.tb00566.x>
5. Kassebaum, N. J. et. al. (2014). Global burden of severe tooth loss, a systematic. Review and meta- analysis. (en línea) J. Dent. Rs 93(7):20-28. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F0022034514537828>
6. Kinane, D. F.; Peterson, M. and Stathopoulo, P. G. (2016). Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. (en línea). Periodontology 2000 40(1):107-199. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00136.x>
7. Monroy, O. (2007). Diagnostico socioeconómico, potencialidad productiva y propuestas de inversión. (en línea). Tesis (Contador Público y Auditor). Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: http://biblioteca.usc.edu.gt/EPS/03_0653_v9.pdf



8. Norderyd, O.; Hugoson, A.; Grusovin, G. (1995). Risk of severe periodontal disease in a swedish adult population. A longitudinal study. (en línea). Journal of Clinical Periodontology 26(9):608-615. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.1999.260908.x>
9. Nunn, M. E. (2003). Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. (en línea). Periodontology 2000 32(1):11-23. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.0906-6713.2002.03202.x>
10. Papapanou, P. N. (1999). Epidemiology of periodontal diseases: an update. (en línea). J. Int. Acad. Periodontal 1(4):110-116. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/12666955>
11. _____ Wennstrom, J. L. and Grondahl, K. (1989). A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. (en línea). Journal of Clinical Periodontology 16(7):403-411. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1989.tb01668.x>
12. Pihlstrom, B. L.; Michalowicz, B. S. and Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. (en línea). Lancet 366(9499):1809-1020. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67728-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67728-8)
13. Pilot, T. (1998). The periodontal disease problema. A comparison between industrialised and developing countries. (en línea). International Dental Journal 48(S3):221-232. Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.1998.tb00710.x>
14. Valladares, L. (2017). Municipio de San Luis, Petén, Guatemala. (en línea). Guatemala: Consultado el 20 de septiembre 2018. Disponible en: <http://apende.guatemala.com/historia/geografia/municipio-san-luis-peten/>



El presente Informe Final es única y exclusivamente
Responsabilidad de la autora:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom, positioned above a solid horizontal line.

Dariyn Rocío Sosa Illescas

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

Vo.Bo. Imprimase. _____

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico
Facultad de Odontología

