

Informe final Programa Ejercicio Profesional Supervisado
Realizado en Santa María Visitación, Sololá
Febrero – Octubre 2018

Presentado por:

ALEJANDRO JOSÉ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2018

Informe final Programa Ejercicio Profesional Supervisado

Realizado en Santa María Visitación, Sololá

Febrero – Octubre 2018

Presentado por:

ALEJANDRO JOSÉ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 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. José Morazán Girón
Vocal Quinto:	Br. Rony Esmeltzer Ramos Paiz
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dra. Rosy Marcella del Aguila Amiel
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO A:

- A DIOS:** Por sus infinitas bendiciones en todos los días de mi vida y otorgarme la sabiduría para alcanzar esta meta.
- A LA VIRGEN MARÍA:** Por acompañarme y darme su amor maternal todos los días de mi vida.
- A MIS PADRES:** Ovidio González Paz † gracias por la vida, mis oraciones hasta el cielo, y a mi madre Blanca Estela Hernández Juárez gracias por haberme apoyado durante toda la carrera, mostrarme el valor de la perseverancia, a jamás rendirse y darme su amor todos los días. Este logro también es tuyo.
- A MI FAMILIA:** Porque siempre me dieron su apoyo de la mejor forma posible, motivándome a seguir adelante.
- A MIS AMIGOS:** Por haberme acompañado en los momentos felices y difíciles que vivimos durante esta etapa de la vida.
- A MIS CATEDRÁTICOS:** Por ser parte importante de mi formación profesional, por su tiempo, dedicación y sabiduría que me compartieron.
- A MIS PACIENTES:** Por su confianza, compromiso y paciencia.
- A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:** Alma mater del saber, en especial a la facultad de Odontología, comunidad formadora de profesionales.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración el Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en Santa María Visitación, Sololá, 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:

CIRUJANO DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO.....	3
I. ACTIVIDAD COMUNITARIA.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
RECURSOS.....	10
RESULTADOS.....	10
LIMITACIONES.....	11
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.....	11
II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	12
RESUMEN.....	13
OBJETIVOS.....	15
METAS.....	16
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	17
ANÁLISIS.....	22
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
III. INVESTIGACIÓN ÚNICA.....	26
INTRODUCCIÓN.....	27
OBJETIVOS.....	28
MARCO TEÓRICO.....	29
MATERIALES Y MÉTODOS.....	34
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	43
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
IV. ACTIVIDAD CLÍNICA.....	46
RESUMEN.....	47
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	48
V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO.....	52

	Capacitación del Personal Auxiliar.....	53
	Protocolo de Asepsia y Esterilización.....	55
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
VII.	ANEXOS.....	60

SUMARIO

El presente informe final del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala presenta el programa de las distintas actividades desarrolladas durante un período de ocho meses comprendidos de febrero a octubre de 2018, las cuales se llevaron a cabo en la clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors del municipio de Santa María Visitación, departamento de Sololá.

Durante el programa EPS se realizaron actividades con el objetivo de brindarle a la comunidad atención odontológica integral, prevención de enfermedades bucales y educación en salud bucal a través de diferentes subprogramas con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población.

En este estudio se describe cada una de las actividades realizadas durante el EPS, siendo estas: actividades comunitarias, prevención de enfermedades bucales, investigación única, atención clínica integral para escolares, atención clínica para población general y administración de consultorio.

El programa de actividades comunitarias se llevó a cabo en la Escuela Oficial Rural Mixta Barrio San Antonio ubicada en el municipio de Santa Clara la Laguna, este consistió en la construcción de una plancha tipo desayunador en la cocina escolar, instalación de una nueva plancha para la estufa escolar y la construcción de un tanque de agua, financiado por el estudiante de EPS. Así mismo dicho programa incluyó la realización de mejoras a la clínica dental, con el objetivo de mejorar la atención a los pacientes.

El programa de prevención de enfermedades bucales está constituido por tres subprogramas, los cuales son: educación para la salud, barrido de sellantes de fosas y fisuras y enjuagatorios con fluoruro de sodio al 0.2%. Dichas actividades se desarrollaron en las escuelas: EOUM No. 1 J.M, y EORM Caserío Montecristo,

ubicadas en el municipio de Santa María Visitación, EOUM No. 1 J.M., EOUM No. 2 J.M., EORM Caserío Chacap, EORM Barrio San Antonio y EOUM No. 1 J.V. ubicadas en el municipio de Santa Clara la Laguna; se asistía semanalmente a cada una de las escuelas para realizar la entrega de los enjuagatorios de flúor a todos los alumnos así como la actividad de salud bucal en las que se impartieron actividades educativas sobre el aparato estomatognático e higiene bucal. Esta actividad se realizó los días martes en las escuelas de Santa María Visitación, y los días miércoles en las escuelas de Santa Clara la Laguna, con una cobertura de 1,061 escolares durante los 8 meses del EPS.

El subprograma de sellantes de fosas y fisuras se enfocó en los pacientes que presentaban piezas dentales libres de caries. Durante la ejecución del subprograma fueron cubiertos 117 escolares, con un total de 700 sellantes de fosas y fisuras aplicados. Adicionalmente, como parte de programa de prevención, se entregaron kits de higiene, consistentes de una pasta y un cepillo dental a los alumnos de preprimaria a tercero primaria de las escuelas participantes en el programa, beneficiando un total de 864 escolares.

Como parte de la investigación única, se realizaron 16 exámenes clínicos a igual número de pacientes escolares para determinar el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) de cada uno de ellos y se les realizó una entrevista a uno de los padres de familia de cada paciente seleccionado con la finalidad de determinar su percepción respecto a su salud oral y sus hábitos de higiene y la relación de estos con el estado de salud bucal de sus hijos. Una vez recolectada la información, se realizó el análisis correspondiente el cual se presenta en este informe.

El desarrollo del programa de clínica integral fue enfocado principalmente a pacientes en edad escolar y población en general, se realizaron tratamientos dentales de forma integral a 50 pacientes de ambos sexos en edad escolar, conformando un total de: 50 exámenes clínicos, 25 profilaxis, 25 aplicaciones de

flúor tópico, 662 sellantes de fosas y fisuras, 89 restauraciones de ionómero de vidrio, 124 restauraciones de amalgama de plata, 47 restauraciones de resina compuesta, 22 pulpotomías, 1 tratamiento de conductos radiculares, 5 coronas de acero y 40 extracciones dentales, con un total de 1,040 tratamientos realizados. Respecto a la atención de población en general, se realizaron: 20 exámenes clínicos, 7 restauraciones de amalgama de plata, 1 tratamiento de conductos radiculares y 26 extracciones dentales, con un total de 53 tratamientos realizados.

En el programa de administración del consultorio se reforzó y actualizó a una persona de la comunidad que ejerce como asistente dental sobre los temas: funciones del asistente dental, jeringa dental, prevención de enfermedades, instrumental para uso dental, morfología dental, transferencia de instrumental, materiales de uso dental y enfermedades dentales, con el objetivo que aplique el conocimiento adquirido a través de la práctica fundamentada en la teoría.

I. ACTIVIDAD COMUNITARIA

Título del Proyecto

Mejora de la Infraestructura de la Cocina Escolar y área de Pila de la Escuela
Oficial Rural Mixta Barrio San Antonio Santa Clara La Laguna, Sololá

INTRODUCCIÓN

El proyecto comunitario Mejora de la Infraestructura de la Cocina Escolar y área de Pila de la Escuela Oficial Rural Mixta Barrio San Antonio, Santa Clara La Laguna, surge a consecuencia de las visitas a las escuelas en las que se desarrolló el programa de prevención de enfermedades bucales con enjuagues de fluoruros al 0.2%. La escuela del Barrio San Antonio se encuentra en el pueblo vecino de Santa Clara la Laguna y fue elegida debido a que la infraestructura en general se encontraba deteriorada, especialmente la cocina, en la cual existía una situación preocupante debido a que no contaban con un área adecuada para la preparación de alimentos dentro de la misma. Al realizar una rápida comparación con las otras escuelas cercanas parecía que se encontraban en dos situaciones geográficas distintas debido a la infraestructura de excelente calidad en las otras escuelas locales, por lo tanto se seleccionó dicha escuela para mejorar el estado actual de la cocina, que es de vital importancia para la preparación de los alimentos que se les proporcionan a los escolares diariamente.

Debido a la nula colaboración de las instituciones locales, tales como la Municipalidad, bancos, negocios etc., el proyecto fue financiado en su totalidad por el estudiante de EPS.

OBJETIVOS

- Realizar el cambio de azulejo que se encontraba en mal estado en la estufa de la cocina, así como adquirir una nueva plancha para la misma y reemplazar la que se encontraba quebrada.
- Realizar la planeación y construcción de una plancha tipo desayunador para realizar la preparación y despacho de alimentos para los escolares.
- Realizar la planeación y construcción de un tanque de agua y área de pila para los escolares y lavar los utensilios de la cocina.

METODOLOGÍA

Para planificar y ejecutar el proyecto comunitario, en primer lugar se sostuvo una reunión con el director del establecimiento educativo, profesor Nicolás Sac. En esta primera reunión se expuso el análisis realizado a las 7 escuelas que formaban parte del programa de prevención y se resaltó la necesidad de hacer mejoras a la infraestructura de la escuela a la cual él pertenece, debido a la necesidad de mejorar la higiene y calidad en la preparación de los alimentos para los escolares, para que ellos tengan una mejor nutrición y por consecuencia una mejor salud.

Entre otras necesidades expuestas por el señor director de la escuela, se llegó al acuerdo que se debía planificar y ejecutar el proyecto antes descrito debido a su importancia respecto a la salud de los escolares, así que una vez acordado lo anterior se trabajó para poder un albañil miembro de la comunidad local para que él, conocedor de su trabajo, pudiera planificar de la mejor manera las dimensiones y cantidad de materiales necesarios para la ejecución del proyecto.

Una vez se le expuso al maestro albañil el proyecto se realizaron los planos y el cálculo del material, así como un presupuesto incluyendo la mano de él y su ayudante. El trabajo se planificó para ser ejecutada en 12 días. El presupuesto inicial de la obra fue de Q.5,320.00, incluyendo la mano de obra.

Una vez realizado el presupuesto, se realizaron gestiones para solicitar donaciones a las instituciones locales como la Municipalidad, Banrural, Cooperativa MiCoope, algunas tiendas y ferreterías locales. Lamentablemente, después de más de dos meses de espera, ninguna de las instituciones brindó apoyo con material para ejecutar el proyecto.

Con el proyecto se benefició un total de 131 estudiantes en la jornada matutina, así como a los jóvenes que asisten a la vespertina.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma	Actividades
Febrero	Presentación de diagnóstico comunitario y propuesta de proyecto a las autoridades de la escuela de Barrio San Antonio.
Marzo	Planificación de proyecto con el albañil y con las autoridades de la escuela. Creación de planos y presupuesto estimado de materiales.
Abril	Gestión de donación de materiales con las autoridades municipales, Banrural local, Cooperativa microope, tiendas y ferreterías locales.
Mayo	Resolución de gestión con autoridades municipales, tiendas y ferreterías locales.
Junio	Resolución de gestión en Cooperativa microope.
Julio	Resolución de gestión en Banrural.
Agosto	Ejecución de Proyecto, compra de material e inicio de construcción.
Septiembre	Continuación de la construcción y compra de más material. Inauguración del proyecto.

RECURSOS

El presupuesto estimado fue de Q.5,320.00, pero, debido a que se tuvo que adquirir más material, el costo total de la obra fue de Q.6,131.80. La fuente de financiamiento del proyecto fue proporcionado directamente por el estudiante de EPS debido a la falta de colaboración de las instituciones locales.

RESULTADOS

El proyecto se llevó a cabo según lo planificado y utilizando los mejores materiales disponibles para garantizar el mayor tiempo posible de uso junto con sus cuidados correspondientes.

LIMITACIONES

La mayor dificultad encontrada fue la falta de apoyo por parte de las autoridades locales, así como de instituciones privadas de la localidad y de los padres de familia de la misma escuela, ya que, a pesar de ser un beneficio para los niños, no colaboraron en ningún momento para hacer la recaudación de fondos para el financiamiento del proyecto o con brindar su tiempo para la mano de obra.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA

En general el proyecto de actividad comunitaria es una ayuda para la escuela donde se realizó y para los niños que asisten a ella, pero además de enseñar al estudiante de EPS a realizar gestiones, solicitar apoyo a diversas instituciones y personas particulares, solo deja la satisfacción personal de haber ayudado a la comunidad a desarrollarse de una mejor manera y, a nivel profesional o de la carrera, no deja mayor enseñanza que lo anterior expuesto.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Título del Proyecto

Prevención de enfermedades bucales en escolares del nivel primario, a través de enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2% de uso semanal, educación en salud oral, barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, en el municipio de Santa María Visitación departamento de Sololá

RESUMEN

El programa de prevención de enfermedades bucales cuenta con los siguientes subprogramas: Enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2%, Colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras en dientes permanentes o deciduos sanos, y educación en salud bucal para los niños que forman parte del programa.

En el municipio de Santa María Visitación, departamento de Sololá, el programa EPS patrocinado por la ONG Good Neighbors, se centró principalmente en escuelas públicas de dicho Municipio y del vecino, Santa Clara la Laguna, abarcando un promedio de 1,061 pacientes cubiertos mensualmente con los programas de Enjuagues con Fluoruro de Sodio al 0.2% y actividades de educación en salud bucal

- EOUM No.1 Santa María Visitación, Jornada Matutina
- EORM Caserío Monte Cristo, Santa María Visitación
- EOUM No. 1 Santa Clara la Laguna, Jornada Matutina
- EOUM No. 2 Santa Clara la Laguna, Jornada Matutina
- EORM Barrio San Antonio, Santa Clara la Laguna
- EORM Chacap, Santa Clara la Laguna
- EOUM No. 1 Santa Clara la Laguna, Jornada Vespertina

Así mismo, como parte del Programa de Prevención, se realizó un Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, enfocado principalmente a las primeras molares permanentes libres de caries, así como a piezas primarias y permanentes que se encontraran en boca que también estuvieran libres de caries o con caries incipiente. Para esto se realizó un banco de pacientes en las escuelas participantes de las cuales se seleccionaron los estudiantes para dicha aplicación, así mismo se tomó en cuenta a los pacientes apadrinados de la ONG que acudían de otros municipios tales como San Juan La Laguna, San Pedro la Laguna, San Pablo la Laguna por mencionar algunos.

Por último, cabe mencionar que las actividades de educación bucal se impartieron a los niños de las escuelas abarcando los grados de primero a sexto grado de primaria.



Ilustración 1 - Entrega de kits de higiene bucal

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

1. Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales para beneficio de los escolares y adolescentes.
2. Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población utilizando:
 - a. Cepillo Dental.
 - b. Enjuagues con Fluoruro de Sodio.
 - c. Educación en Salud.
 - d. Sellantes de Fosas y Fisuras.
3. Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población.
4. Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales.
5. Evaluar el alcance de los objetivos propuestos.

METAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Prevención de caries dental, utilizando enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2%

Realizar enjuagatorios de flúor cubriendo el 100% de la población escolar urbana y rural, donde se desarrolla el programa EPS, realizando una actividad preventiva con la colaboración de los maestros de las escuelas y los integrantes del equipo de salud local, cubriendo como mínimo 1,000 niños escolares de nivel primario.

Educación en salud

Realizar actividades de educación en salud para toda la población escolar seleccionada como parte del programa, semanalmente con un grado específico adecuando el contenido a la edad de los niños.

Prevención utilizando sellantes de fosas y fisuras

Seleccionar un grupo de escolares que asistan a las escuelas que forman parte del programa EPS, estos escolares deben presentar piezas dentales permanentes sanas para colocar los sellantes de fosas y fisuras, cubriendo un mínimo de 20 pacientes por mes.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



Ilustración 2-Aplicación de enjuagues de flúor por medio de atomizadores para disminuir la generación de basura

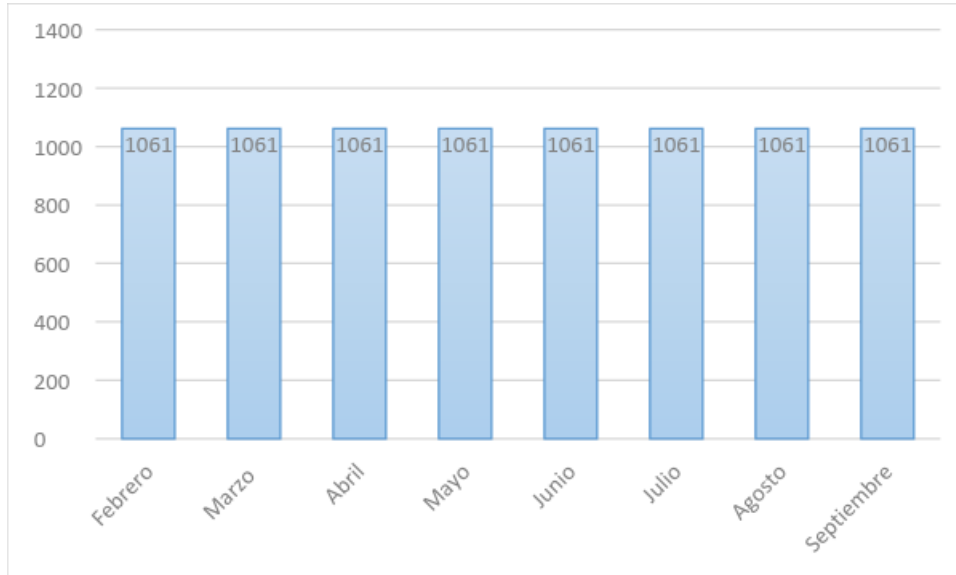
Cuadro No.1

Cantidad de escolares cubiertos en el subprograma de Enjuagues de Fluoruro al 0.2% durante el desarrollo del programa de Ejercicio Profesional Supervisado en Santa María Visitación, Sololá, febrero a octubre 2018.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Escolares	1061	1061	1061	1061	1061	1061	1061	1061
Promedio de escolares atendidos al mes: 1061								

Gráfica No.1

Cantidad de escolares cubiertos en el subprograma de Enjuagues de Fluoruro al 0.2% durante el desarrollo del programa de Ejercicio Profesional Supervisado en Santa María Visitación, Sololá, febrero a octubre 2018



Al observar los datos de escolares atendidos mensualmente, como parte del sub programa de Enjuagues con Flúor, se puede establecer que la cantidad es la más constante, alcanzando el objetivo mínimo de 1,000 mensuales durante los 8 meses de duración del programa EPS.



Ilustración 3-Proceso de diagnóstico para colocación de sellantes en piezas permanentes sanas

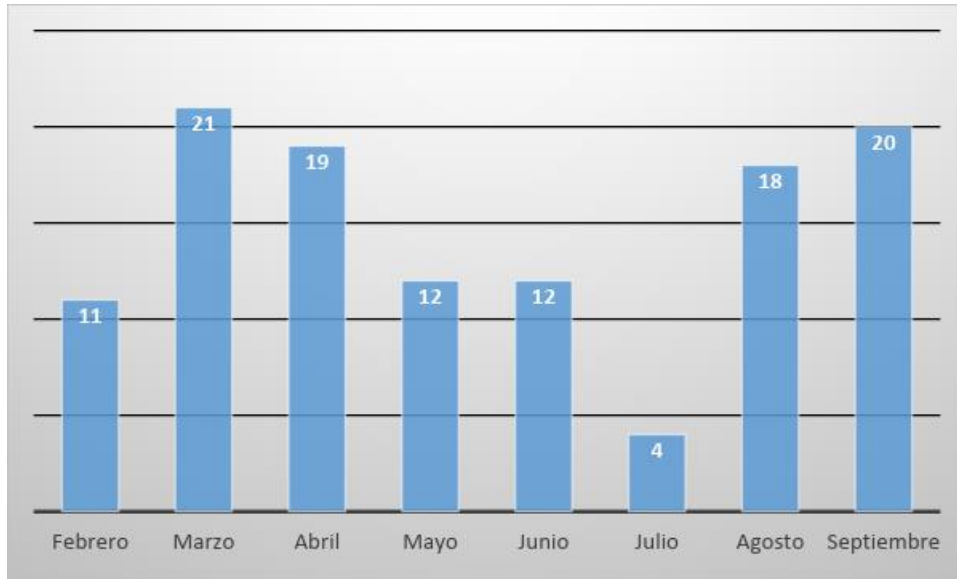
Cuadro No.2

Cantidad de escolares tratados mensualmente con Sellantes de Fosas y Fisuras durante el desarrollo del programa de Ejercicio Profesional Supervisado en Santa María Visitación, Sololá, febrero a octubre 2018

	Pacientes	Sellantes
Febrero	11	69
Marzo	21	95
Abril	19	78
Mayo	12	62
Junio	12	86
Julio	4	24
Agosto	18	156
Septiembre	20	130
Total	117	700

Gráfica No.2

Cantidad de escolares tratados mensualmente con Sellantes de Fosas y Fisuras durante el desarrollo del programa de Ejercicio Profesional Supervisado en Santa María Visitación, Sololá, febrero a octubre 2018



Gráfica No.3

Número de sellantes realizados mensualmente a escolares durante el desarrollo del programa de Ejercicio Profesional Supervisado en Santa María Visitación, Sololá, febrero a octubre 2018

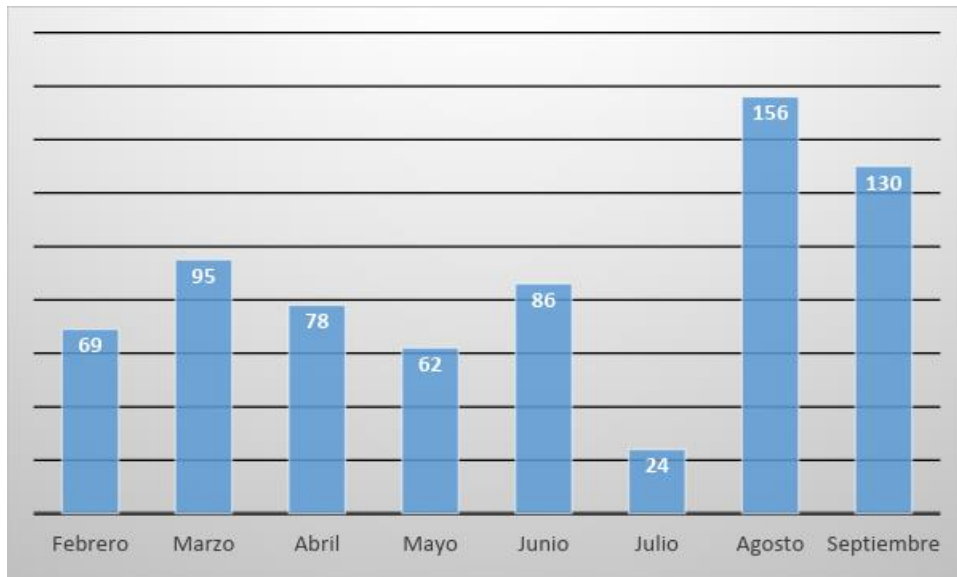




Ilustración 4-Actividades de educación en salud bucal

EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Cada mes fueron desarrolladas, semanalmente, actividades de Educación en Salud Bucal, dinámicas utilizando carteles didácticos, cubriendo los grados de primero a sexto durante el transcurso del mes, esto fue alcanzado logrando realizar las actividades de educación en salud bucal las primeras tres semanas a primero, segundo y tercero, uno cada semana respectivamente, cuarto, quinto y sexto año la última semana, o las dos últimas semanas de acuerdo a lo extenso del mes.

Los temas desarrollados fueron: Anatomía de la Cavidad Bucal y Piezas dentales, Caries Dental, Inflamación Gingival, Enfermedad Periodontal, Uso correcto del cepillo y seda dental, uso de pasta dental, sustitutos del cepillo dental, relación del azúcar con la caries, beneficios de los enjuagues con flúor. La cantidad de niños que participaban en las actividades de educación en salud bucal era de acuerdo a los presentes en ese momento en el aula, cubriendo el total promedio de 1008 escolares mensualmente.

Así mismo, como parte del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales, se realizó una entrega de kits de un cepillo y una pasta dental a un total de 864 niños, que acuden de pre-primaria a tercero primaria.

La respuesta de dichos estudiantes con respecto a la entrega de los kits de higiene bucal fue muy positiva, especialmente de parte de los más pequeños, los cuales se mostraron muy entusiasmados por recibir un regalo que no esperaban. Así mismo los maestros se mostraron agradecidos por la entrega de los kits de limpieza, la única respuesta negativa respecto a la entrega de cepillos fue por parte de la Directora de la Escuela No. 2 de Santa Clara la Laguna, la cual se molestó porque no se les entregó cepillos a la totalidad de los alumnos, a pesar que, en el formulario enviado en el mes de mayo se solicitaba dicha cantidad.

ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN ENFERMEDADES BUCALES

En general la ejecución del programa de enfermedades bucales alcanzó todas sus metas propuestas en un principio, logrando cubrir el mínimo de 1,000 alumnos en promedio mensual por enjuagues de flúor, así como las actividades de educación en salud bucal. Lamentablemente en la realización de los enjuagues bucales no se contó con el apoyo de monitores por parte de las escuelas participantes, por lo que en su totalidad fue ejecutado por el estudiante EPS y el asistente dental durante los 8 meses.

Como parte del programa de sellantes de fosas y fisuras, en la mayoría de meses se logró alcanzar una cobertura de 20 pacientes pero, debido a múltiples complicaciones como paros de maestros, celebraciones patronales u otras fiestas locales y actividades extra aula, en algunos meses la asistencia de los estudiantes fue menor.

En retrospectiva los grupos de la comunidad al principio son poco colaboradores respecto al Programa de Prevención de Enfermedades por medio de enjuagues de flúor, así como en el Programa de los Pacientes Integrales debido a la falta de conocimiento del modo de acción del flúor tópico, pero después de realizar las reuniones informativas y consentimiento informado para los padres de familia y personal docente, la colaboración es mayor pero sin llegar a una aprobación total, debido a esto, algunos padres no les permiten a sus hijos recibir su dosis de flúor tópico, por lo tanto no se logra cubrir el 100% de la población estudiantil.

CONCLUSIONES

1. La prevención es uno de los principales métodos para combatir la caries dental, por lo que debería ser uno de los primeros ejes de acción del programa EPS y continuar con el refuerzo en educación y así lograr impactar en la salud bucal de los niños
2. La entrega de cepillos y pasta dental es de las actividades que mejor respuesta tiene por parte de los estudiantes, ya que crea un refuerzo positivo y motiva a los niños a continuar con su higiene.
3. La colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras es de las acciones mejor recibidas por parte de los estudiantes en la clínica dental, gracias a que es realizada sin necesidad de colocar anestesia.

RECOMENDACIONES

1. El Programa de Educación Bucal debería también enfocarse en los padres de familia, debido a que, por la falta de información por parte de ellos, rechazan la aplicación de flúor para sus hijos.
2. Los cepillos dentales ofrecidos por la empresa Colgate deberían ser entregados en los primeros 4 meses del programa EPS para reforzar la higiene dental a los estudiantes por medio de técnicas de cepillado adecuadas, así como brindar el total de cepillos que se solicitan.
3. El programa de sellantes de fosas y fisuras debe enfocarse en piezas sanas tanto primarias como permanentes completamente sanas o con caries que estén en un estadio que aún puedan colocarse sellantes.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

Título del Proyecto

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, Febrero – Octubre 2018

INTRODUCCIÓN

En los países latinoamericanos como Guatemala, la salud pública y privada en materia de la odontología, se centra principalmente en realizar trabajos de restauraciones dentales, extracciones y eliminación de la caries dental como arma principal para combatirla, dejando en segundo plano la prevención, la cual se ha demostrado que puede ser aún más influyente e importante que la intervención directa en eliminar la caries dental una vez que esta ya ha iniciado.

Al darle una prioridad a la prevención de la caries dental, esta se puede combatir incluso antes que empiece a atacar el tejido dental y de soporte, pero dicha prevención solo puede ser aplicada de una manera eficaz si proviene directamente de las personas involucradas en el cuidado directo de los dientes y la boca en general: los pacientes, refiriéndose a una persona adulta y en el caso de los pacientes niños esta responsabilidad recae directamente en los padres. Debido a esta responsabilidad directa de los padres sobre la salud bucal de los niños se quiere establecer una relación entre la percepción que los estos tienen de su salud bucal y la de sus hijos. Esto se debe a que una persona que, desde su punto de vista tiene una buena salud oral puede no tener una auténtica preocupación por acudir a servicios dentales profesionales, a pesar que la realidad sea otra, y esto puede repercutir directamente en que a sus hijos no se les dé una atención temprana más enfocada a la prevención de la caries dental, si no que se les brinda una atención más enfocada a la restauración del daño ocasionado con los años.

OBJETIVOS

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

MARCO TEÓRICO

Múltiples estudios longitudinales han demostrado, en distintas poblaciones, que la salud oral está correlacionada con los usos de servicios dentales a cualquier edad, dando conclusiones tales como que la salud oral empeora cuando se disminuye el uso de servicios dentales. Estudios demuestran que la cantidad de servicios solicitados tales como restauraciones, detartrajes, tratamientos de conductos radiculares, extracciones dentales y prótesis totales, son inversamente proporcionales al número de visitas a los servicios dentales. El sexo, educación, salud en general y frecuencia del cepillado no tuvo relevancia en cuanto a la salud oral al compararlo con las visitas a los servicios dentales.^{1,2}

Existen dos enfermedades destacadas en cuanto a la salud oral, la caries dental y las enfermedades periodontales. De acuerdo a estudios la caries dental en los grupos de 12 años fue disminuyendo del año 1983 al año 2000 con un índice CAOD de 4.2 y 1.12 respectivamente. Así mismo en un grupo de edad de 35-44 años el índice CAOD fue disminuyendo del año 1984 al año 2000, 11.6 y 8.40 respectivamente. Adicional también se evaluó el índice de restauraciones el cual pasó de un 13% en 1984 a un 49% en el año 2000. En cuanto a la enfermedad periodontal la tendencia siguió con la misma, mostrando que, a través de los años, los pacientes sanos fueron aumentando tanto en los grupos de edades de 12, 35-44 y 65-77 años.¹

Siguiendo el ejemplo de España, la salud bucodental se da en su mayoría con profesionales de carácter privado, 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 de bebida, educación y promoción de la salud y aplicación periódica de enjuagues fluorados en las escuelas.¹

Dentro de las recomendaciones brindadas en los estudios se encuentran las siguientes. «Debería crearse un comité compuesto por representantes de las Autonomías, Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad y Asociaciones Profesionales, que tuviera capacidad de asesoramiento real y efectivo para proponer acciones en el campo de la salud oral». Esta recomendación tenía como propósito establecer un sistema diagnóstico continuo de la situación bucodental, realizar estudios epidemiológicos periódicos, determinar una política nacional de salud bucodental y otros objetivos; dicha recomendación nunca se llevó a cabo.^{1,2}

Enfermedades Periodontales

Existen dos tipos de enfermedades periodontales, que son muy comunes y afectan 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 se habla de una periodontitis, la cual produce pérdidas en el tejido conectivo y el soporte óseo, siendo esta una causa de pérdida de piezas dentales en adultos.³

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 restablecer el periodonto afectado. ^{3,6}

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:

- 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.^{6,7}

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.⁴

Agentes microbianos

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.^{7,8}

Entre las especies que se han nombrado, hay estudios longitudinales que parecen demostrar sin duda el papel etiológico de *A. actinomycetemcomitans* en las periodontitis juveniles y prepuberales, aunque también se asocia a las periodontitis avanzadas del adulto y a las periodontitis refractarias. *P. gingivalis* se asocia principalmente a la pérdida de soporte en la periodontitis del adulto y la periodontitis refractaria, y su presencia se ha demostrado que es un factor de riesgo de actividad periodontal en estudios prospectivos, al igual que *P. intermedia*.⁹

Epidemiología de las Enfermedades Periodontales

Actualmente la periodontitis es poco frecuente en inicios tempranos (a corta edad), sin embargo, se incrementa conforme aumentan de edad las personas, también factores como placa subgingival, enfermedades sistémicas y fumar tabaco son motivos que incrementan la pérdida de soporte dental.

Es importante destacar que las enfermedades bucales, específicamente las periodontales, pueden afectar la salud sistémica general, por lo que es importante inculcar a la población a un cuidado de sus dientes y boca en general.⁹

La progresión de la enfermedad periodontal en un estudio retrospectivo de 10 años se midió en las superficies mesial y distal, desde la altura de la cresta ósea a la unión cemento esmalte, según el tipo de dientes molares y caninos, y según la edad del paciente, se determinó con el estudio que hubo mayor pérdida dental en molares que en canino y una pérdida ósea anual de 0,28 mm.^{9,10}

Existe otro estudio que muestra que las condiciones periodontales que prevalecen entre los pacientes desdentados y de más avanzada edad son altas. Ahora bien, el edentulismo a una edad específica es alto, se habla del área urbana.¹²

El número de dientes perdidos es bajo en mayor porcentaje en pacientes jóvenes en misma área urbana. La prevalencia de bolsas periodontales de 6mm a más fue asociada con género, tipo, localización geográfica, edad y número de dientes perdidos, por lo que dieron diferentes números por las diferentes categorías.¹¹

Se observó, dentro un rango de años: 1995-1996, que existió predominio de severas condiciones periodontales comparados con los años entre 1984,1992-93. Aun así, predominó la salud periodontal en rango bajo dentro de la población en general entre 1987-1988. En efecto los resultados son bajos de condiciones periodontales.

Las causas de las enfermedades periodontales en países industrializados, son las mismas causas de los países que están en pleno desarrollo. No existen microorganismos patógenos diferentes entre un país y otro, por lo mismo, la prevención y el plan de tratamiento no difiere en lo absoluto, no existe alguna razón relevante que lleve a pensar que exista alguna diferencia significativa entre ambos. Llama más la atención, las similitudes entre las condiciones periodontales de todas las personas del mundo, ya que las enfermedades periodontales, son enfermedades orales con más prevalencia en las personas, debido a una mala higiene, acumulación de PDB y posteriormente a la formación de cálculos. Si bien se podría decir son mucho más comunes en un país que está en vías de desarrollo, pero esto debido al nivel educacional y cultural del mismo.⁸

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del Estudio

Se propuso un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística buscando detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

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

- Escolares de escuelas públicas de la comunidad de ambos sexos
- Edad entre 7 a 12 años
- Padres de familia de los escolares participantes

Criterios de exclusión: Escolares que no sean parte del programa EPS de la comunidad.

Tamaño y selección de la muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística de 16 escolares y sus respectivos padres de familia que asisten a las escuelas públicas del municipio de Santa María Visitación, departamento de Sololá

VARIABLES PRINCIPALES DE VALORACIÓN

- Autopercepción de salud oral
- Hábitos de higiene
- Nivel de salud bucodental (CPO-D)

Criterios de Recolección

Metodología de campo:

- Se determinó y seleccionó a los escolares de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se gestionó una reunión preparatoria con maestros y padres de familia para informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización y el consentimiento correspondiente.
- Se acordó con cada padre de familia el día de la visita domiciliar.
- Se realizó la evaluación clínica de los escolares en la sede de la clínica dental del programa EPS.
- Se realizó la encuesta correspondiente a los padres de familia.
- Se revisó la integridad de los datos en las boletas de investigación.
- Se trasladaron los datos a la hoja electrónica utilizada para la investigación.
- Se elaboraron tablas y gráficas de los datos obtenidos con su análisis respectivo.
- Se entregó un informe según los lineamientos de Área de OSP.
- Se entregaron las boletas de investigación y la base de datos electrónica al área de OSP.

Trabajo de Campo

Los aspectos logísticos y administrativos fueron responsabilidad de cada estudiante EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ello incluyó la gestión ante las autoridades locales y ante las escuelas seleccionadas para contar con la autorización respectiva, reunión de la información con los padres de familia, maestros y alumnos exponiendo los objetivos de la investigación. El trabajo de campo se llevó a cabo por estudiantes del programa EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

quienes, previo a la recolección de la información, recibieron capacitación sobre el protocolo de investigación.

La supervisión del trabajo de campo estuvo a cargo de los profesores del Área de OSP, quienes evaluaron directa o indirectamente el cumplimiento de las condiciones y avance de:

- Evaluaciones clínicas
- Aplicación de los instrumentos de investigación
- Visitas domiciliarias

Estrategia de Análisis

Se estructuró una base de datos a fin de minimizar y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación, se diseñó la base de datos con las siguientes características:

- Restricciones a la entrada de valores improbables
- Ingreso inmediato de datos
- Revisión de datos durante el trabajo de campo

Análisis:

- Análisis descriptivo de las variables explorando la consistencia de los datos.
- Cálculo de proporciones ($p \pm 1.96EE$).
- Cálculo de OR (IC95%) para asociación entre variables categóricas.
- Análisis multivariado para estimar OR (IC95%), controlando efecto de confusión de las variables de tipo demográficas y socioeconómicas.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A todos los escolares participantes en la investigación se les solicitó su asentimiento verbal y el consentimiento informado de los padres o responsables. Se garantizó la confidencialidad de la información individual, la entrega oportuna de los resultados de la evaluación, así como la realización de forma gratuita de los tratamientos que resulten necesarios.

RESULTADOS

Se examinó a un total de 16 estudiantes a los cuales se les realizó una evaluación clínica para determinar el índice CPO-D de cada uno de ellos, y se realizó una entrevista a uno de los dos padres de familia de cada estudiante acerca de su percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental (anexos). Teniendo en cuenta los datos obtenidos se ingresaron a la base de datos y se realizó el análisis de los mismos.

Tabla No.1

Índice CPO-D de los alumnos evaluados para la investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018

No.	Sexo	Edad	C	P	O	CPO-D
1	M	7	4	1	0	5
2	M	7	4	0	0	4
3	M	7	6	0	2	8
4	F	7	7	5	0	12
5	F	7	6	0	0	6
6	F	7	3	1	4	8
7	F	7	8	1	1	10
8	M	7	6	0	0	6
9	F	7	0	0	6	6
10	F	7	3	0	0	3
11	M	7	12	0	0	12
12	M	7	7	0	0	7
13	F	7	8	3	0	11
14	M	7	2	0	0	2
15	F	7	2	4	2	8
16	M	7	5	2	0	7
Total			83	17	15	115

Media Índice CPO: 7.18

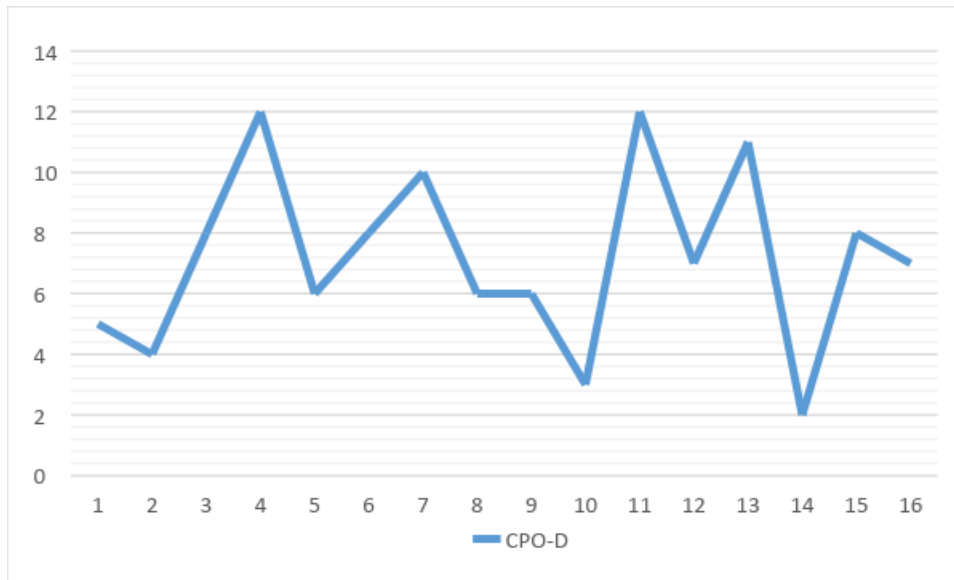
Mínimo CPO: 2

Máximo CPO: 12

*Fuente: Trabajo de Campo

Gráfica No.1

Índice CPO-D de los alumnos evaluados para la investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018



*Fuente: Trabajo de Campo

En la gráfica No. 1 se puede observar la distribución del índice CPO-D de los 16 alumnos evaluados en la clínica dental, la cual, de acuerdo a la tabla No. 1 demuestra una incidencia mayor en la caries dental, comparada con la incidencia de piezas perdidas y restauradas, que influye directamente en los resultados elevados con un promedio del índice CPO-D de 7.18.

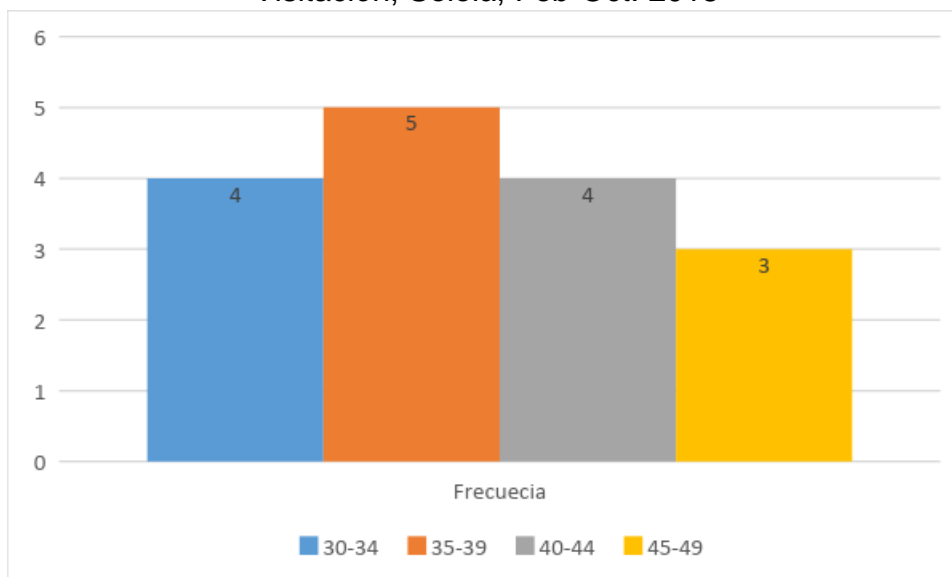
Tabla No.2

Edad de padres de Familia encuestados, Investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
30-34	4	25.0%	25.0%
35-39	5	31.3%	56.3%
40-44	4	25.0%	81.3%
45-49	3	18.8%	100.0%
Total	16	100.0%	
Media: 38.25			
Mínimo: 30			
Máximo: 48			
*Fuente: trabajo de campo			

Gráfica No.2

Edad de padres de Familia encuestados, Investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018



*Fuente: Trabajo de Campo

En la tabla No. 2 se puede observar la edad de los padres de familia encuestados, teniendo una media de edad de 38-25 años, lo cual nos indica que los padres de familia en general son de una edad joven en relación con la edad de sus hijos, así mismo en la gráfica No. 2 se puede observar la mayor cantidad de frecuencia en el rango de edad de 35-39 años que coincide con la media.

Tabla No.3

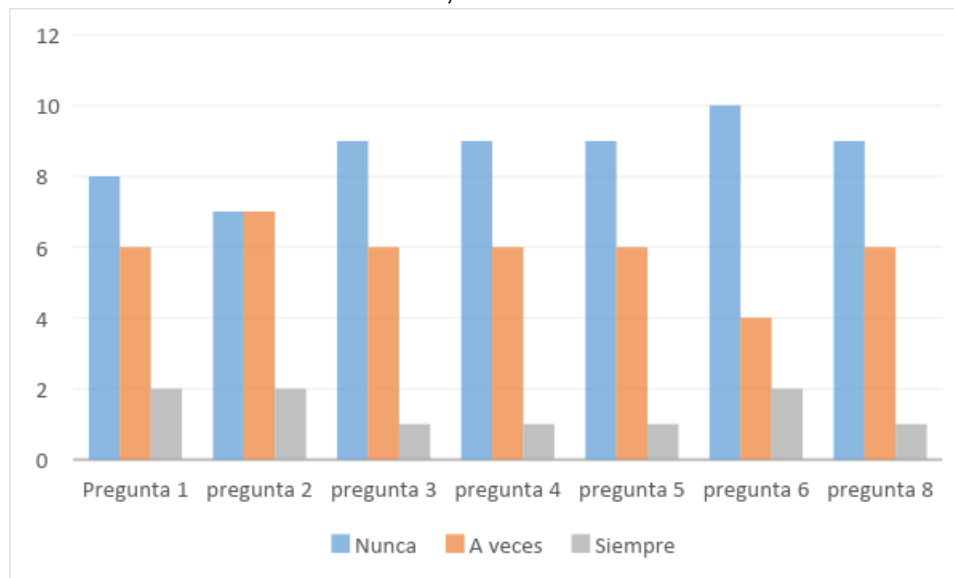
Preguntas relacionadas con la percepción de salud oral de los padres de familia encuestados para la investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018

	Nunca	A veces	Siempre
Pregunta 1	8	6	2
Pregunta 2	7	7	2
Pregunta 3	9	6	1
Pregunta 4	9	6	1
Pregunta 5	9	6	1
Pregunta 6	10	4	2
Pregunta 8	9	6	1
Total	61	41	10

**Fuente: Trabajo de Campo*

Gráfica No.3

Preguntas relacionadas con la percepción de salud oral de los padres de familia encuestados para la investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018



**Fuente: Trabajo de Campo*

Se puede observar en la tabla No. 3 y gráfica No. 3 la serie de las preguntas relacionadas con la percepción de salud oral de los padres de familia de los alumnos evaluados como parte de la investigación única de EPS, en las cuales se puede ver una tendencia a una mayor frecuencia de respuesta que los padres de familia en general tienen una buena percepción respecto a su salud oral, la cual nunca o a veces les causa alguna molestia o incomodidad.

Tabla No. 4

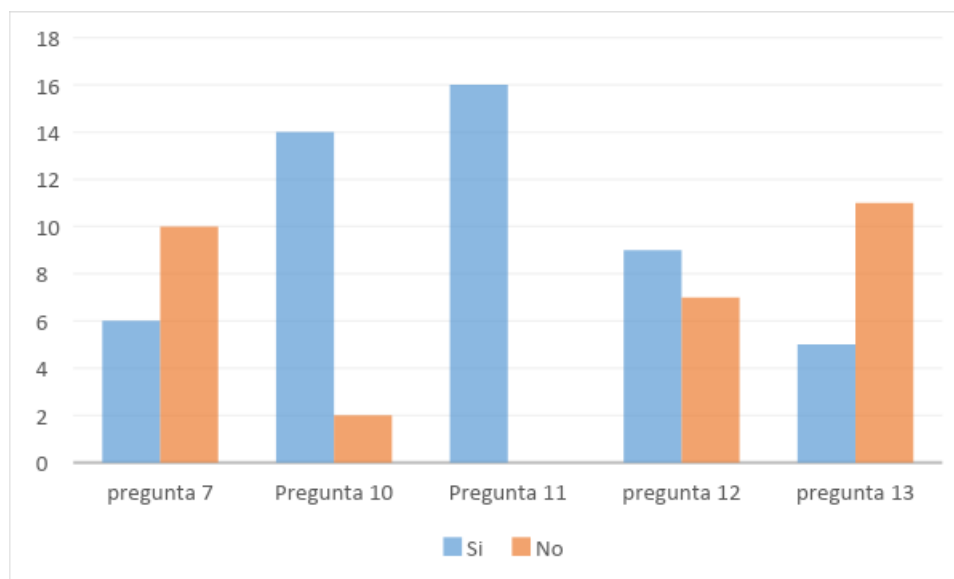
Preguntas relacionadas con la higiene oral de los padres de familia encuestados, Investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018

	Si	No
Pregunta 7	6	10
Pregunta 10	14	2
Pregunta 11	16	0
Pregunta 12	9	7
Pregunta 13	5	11

*Fuente: Trabajo de campo

Gráfica No. 4

Preguntas relacionadas con la higiene oral de los padres de familia encuestados, Investigación única de EPS, Sta. María Visitación, Sololá, Feb-Oct. 2018



*Fuente: Trabajo de Campo

Se puede observar en la tabla No. 4 una frecuencia mayor en respuestas SI, las cuales se relacionan con los buenos hábitos de higiene, que incluyen limpiarse los dientes, usar pasta dental, usar hilo dental (preguntas 10, 11, 12). Al contrario de lo que se puede observar en la gráfica No. 4 respecto a la pregunta No. 13 que en su mayoría no utilizan enjuague bucal. Y, de acuerdo a la pregunta 7, se puede observar que 10 de las 16 personas encuestadas no están conformes con su boca.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Observando los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los 16 padres de familia de cada uno de los estudiantes seleccionados para la muestra de CPO-D, hay una relación inversa en cuanto a la percepción de la salud oral de los padres de familia, que en general la consideran buena, pero al evaluar a sus hijos se evidencia una alta incidencia de caries dental, lo cual influencia directamente en un resultado elevado de CPO. Comparando los resultados obtenidos con la Encuesta de Salud Oral en España 2005¹ se puede observar que los padres de familia disminuyen la asistencia a los servicios dentales si se sienten bien con su dentadura, lo cual también se ve reflejado en la salud oral de los niños al observar una incidencia baja de piezas restauradas (tabla 1).

Al compararlo con las piezas cariadas, esta percepción de salud que tienen los padres que al evaluar los resultados es errónea, tiene repercusiones directas en la salud de sus niños debido a que asisten a los servicios dentales únicamente cuando existe dolor o alguna molestia visible, esto compromete la salud bucal de los niños debido a que, al momento de acudir a los servicios dentales, la caries dental se encuentra en un estadio demasiado avanzado y, por lo tanto, en la mayoría de casos, lleva a la extracción.

Al observar la pregunta No. 7 (tabla 4), en donde se cuestiona si las personas entrevistadas se encuentran conformes o felices con su boca, se reflejó que el 62% de los encuestados no lo están, lo cual es contradictorio con los resultados en los que se les pregunta sobre su percepción de la salud oral (tabla 3) en la que más del 50% de respuestas las personas tienen una buena percepción de su salud oral a pesar que la realidad puede ser distinta y tener una salud oral mala, como la reflejada en los niños al realizar el examen clínico y el CPO-D.

CONCLUSIONES

1. La percepción de la salud oral en los padres de familia en general es buena, ya que nunca o a veces han tenido alguna complicación para comunicarse, interactuar, comer, etc.
2. Debido a la buena percepción de salud oral de los padres de familia, las visitas a los servicios dentales son mínimas o nulas, para ellos mismos y por consecuencia directa para sus hijos.
3. Al evaluar la salud dental por medio de CPO-D de los niños de los padres entrevistados se observa una pobre salud oral en dichos niños, reflejado con una incidencia alta de caries dental y piezas extraídas comparadas con la baja incidencia de restauraciones orales en el mismo paciente.
4. Las visitas al odontólogo aumentan a medida que la salud oral disminuye en los pacientes evaluados, pero no refleja la realidad en la que los pacientes tienen una buena percepción de salud oral y sus visitas al odontólogo son menos frecuentes, a pesar que la realidad de su salud oral sea distinta.
5. La percepción de salud oral por parte de los padres de familia básicamente es no sentir dolor, ya que al brindarles una explicación de lo que son las enfermedades periodontales y la halitosis su percepción puede cambiar, al ahora saber más de las enfermedades que afectan la salud oral pero no causan dolor.
6. La falta de educación de los padres de familia respecto a las enfermedades bucales, como la enfermedad periodontal, es uno de los factores principales de que su percepción de salud oral sea buena en la mayoría de casos.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una evaluación clínica de los padres de familia involucrados en la investigación, para determinar el índice CPO-D de cada uno y así comparar la realidad de su salud oral y la percepción que ellos tienen de ella.
2. Tener una muestra mayor para que los valores obtenidos puedan ser estadísticamente significativos y tener más impacto como investigación.
3. Crear conciencia en los padres de familia respecto a la salud oral de sus hijos e hijas, y poder inculcar una cultura de prevención de la caries dental.
4. Crear programas de educación que involucren también a los padres de familia para sensibilizarlos de todos los tipos de enfermedades que pueden afectar la salud bucal, en especial las enfermedades que no causan dolor, como por ejemplo, la enfermedad periodontal.

IV. ACTIVIDAD CLÍNICA PARA PACIENTES INTEGRALES Y POBLACIÓN EN GENERAL

Título del Proyecto

Actividad clínica integral para pacientes integrales y población en general, Santa María Visitación, Sololá.

RESUMEN

El programa de EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizado en la clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors del municipio de Santa María Visitación, departamento de Sololá, brindó atención integral a pacientes en edad escolar que asisten a diversos centros educativos de dicho Municipio y municipios aledaños, así como a la población en general que acudió solicitando atención odontológica.

El objetivo de dicho programa es alcanzar la mejor salud oral de la población por medio de la restauración de lesiones de tipo cariosas y por medio de la prevención en los dientes que no presenten lesiones, todo esto de forma integral para mejorar así la calidad de vida. Cabe destacar la importancia del programa EPS impulsado por el área de Odontología Socio Preventiva de la Facultad de San Carlos de Guatemala, ya que beneficia a la población que, de no ser de otra manera, no podría acceder a los servicios odontológicos profesionales de calidad.

En el transcurso del programa de clínica integral se enfocó principalmente a pacientes en edad escolar y población en general, se realizaron tratamientos dentales de forma integral a 50 pacientes de ambos sexos en edad escolar, conformando un total de: 50 exámenes clínicos, 25 profilaxis, 25 aplicaciones de flúor tópico, 662 sellantes de fosas y fisuras, 89 restauraciones de ionómero de vidrio, 124 restauraciones de amalgama de plata, 47 restauraciones de resina compuesta, 22 pulpotomías, 1 tratamiento de conductos radiculares, 5 coronas de acero y 40 extracciones dentales, con un total de 1,040 tratamientos realizados.

Respecto a la atención de población en general, se realizaron: 20 exámenes clínicos, 7 restauraciones de amalgama de plata, 1 tratamiento de conductos radiculares y 26 extracciones dentales, con un total de 53 tratamientos realizados.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla No. 1

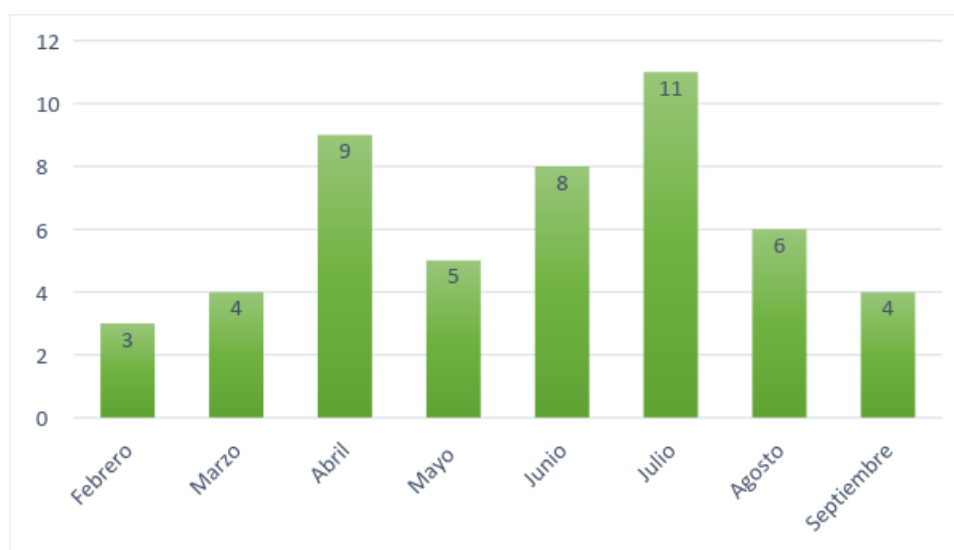
Pacientes en edad escolar atendidos mensualmente, clínica dental Tz'uluj Juyuu'
Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-October 2018.

Mes	No. de Pacientes
Febrero	3
Marzo	4
Abril	9
Mayo	5
Junio	8
Julio	11
Agosto	6
Septiembre	4
Total	50

**Fuente: Informes clínica integral, 2018*

Gráfica No. 1

Pacientes en edad escolar atendidos mensualmente, clínica dental Tz'uluj Juyuu'
Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-October 2018.



Durante los 8 meses del programa EPS se atendieron mensualmente distinta cantidad de niños en edad escolar de forma integral (Tabla 1, gráfica 1), por diversas razones como las actividades patronales, actividades en las escuelas locales o asuetos, la cantidad varió cada mes, así mismo uno de los motivos principales que influyó directamente en la cantidad de pacientes atendidos al mes fue el elevado número de tratamientos realizados a cada paciente.

Tabla No. 2

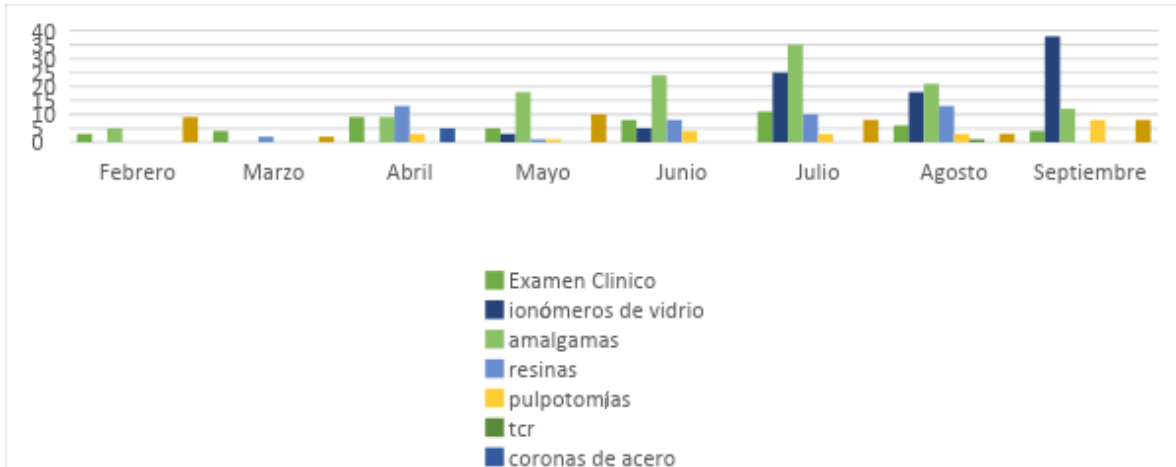
Tratamientos realizados en pacientes escolares, clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-October 2018.

Tratamiento	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	TOTALES
Examen Clínico	3	4	9	5	8	11	6	4	50
Profilaxis	0	1	1	2	2	6	7	6	25
ATF	0	1	1	2	2	6	7	6	25
SFF	79	66	50	78	88	25	156	120	662
Ionómero de vidrio	0	0	0	3	5	25	18	38	89
Amalgamas	5	0	9	18	24	35	21	12	124
Resinas	0	2	13	1	8	10	13	0	47
Pulpotomía	0	0	3	1	4	3	3	8	22
TCR	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Coronas de Acero	0	0	5	0	0	0	0	0	5
Extracciones Dentales	9	2	0	10	0	8	3	8	40

**Fuente: Informes clínica integral, 2018*

Gráfica No. 2

Tratamientos restauradores en pacientes escolares, clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-October 2018



Como se puede observar en la gráfica 2, los tratamientos en los pacientes integrales en edad escolar están centrados, en su mayoría, en las restauraciones de amalgama, ionómero de vidrio y resina compuesta, lo que es influencia directa del índice CPO elevado y la alta incidencia de caries dental que presenta la población en general.

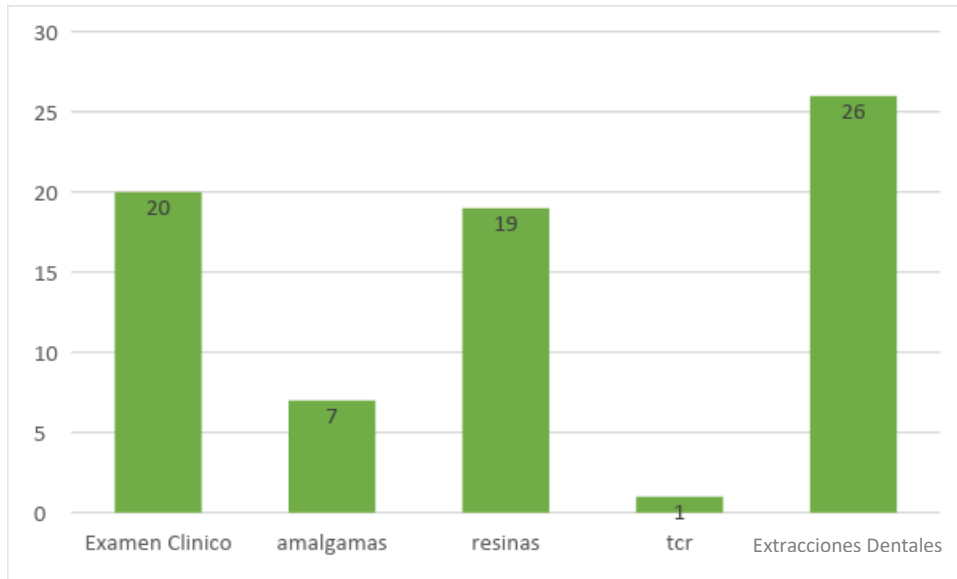
Tabla No. 3

Tratamientos realizados en pacientes de población general, clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-October 2018

Tratamiento	Cantidad
Examen Clínico	20
Amalgama	7
Resina Compuesta	19
TCR	1
Extracción Dental	26
TOTAL	73
<i>*Fuente: Informes clínica integral, 2018</i>	

Gráfica No. 3

Tratamientos realizados en pacientes de población general, clínica dental Tz'uluj Juyuu' Good Neighbors, Santa María Visitación, Sololá. Febrero-Octubre 2018



Los pacientes pertenecientes a la población general que acudieron a la clínica dental solicitaron, en su mayoría, realizarse extracciones y, en segundo lugar, para restauraciones de resina compuesta y amalgama de plata, como se observa en la tabla 3 y gráfica 3.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Capacitación del Personal Auxiliar

La clínica dental, Tz'uluj Juyuu', ubicada en el municipio de Santa María Visitación, departamento de Sololá, es manejada por la ONG Good Neighbors Guatemala y con el apoyo de la Universidad de San Carlos de Guatemala, que proporciona un estudiante del último año de la carrera de Odontología, brinda atención integral a la población infantil, adolescente y adultos en general de dicho Municipio, así como los municipios cercanos. Dicha ONG también cuenta con un asistente dental contratado para el apoyo del estudiante de Odontología.

El asistente dental, Ismael Sajbin, es empleado regular de la oficina ubicada en el municipio de Santa María Visitación, y su sueldo es proporcionado por la misma ONG.

El programa de capacitación del personal auxiliar, se desarrolló con la finalidad que el trabajo del odontólogo sea más eficiente y en el menor tiempo posible, para implementar una odontología a cuatro manos. Por lo cual se debió capacitar constantemente al asistente para la máxima eficiencia.

Temas cubiertos a lo largo de la duración de los 8 meses del programa EPS:

- Funciones del asistente (Aprobado)
- Jeringa Dental (Aprobado)
- Prevención de Enfermedades. (Aprobado)
- Instrumental para uso dental. (Aprobado)
- Morfología dental. (Aprobado)
- Transferencia de Instrumental. (Aprobado)
- Materiales de uso dental. (Aprobado)
- Enfermedades dentales. (Aprobado)

Al finalizar el contenido y aprobar satisfactoriamente las evaluaciones se otorgó un diploma al asistente dental para acreditar la capacitación.

Dificultades Encontradas:

- Debido a actividades propias de la ONG, como capacitaciones, se suspende la actividad clínica en el centro, y dichas actividades interfieren con el calendario programado, ya que no informan con un tiempo prudencial para realizar un adecuado plan de trabajo.
- El asistente debe presentar informes semanales obligatoriamente a la ONG por lo que su tiempo efectivo de apoyo al odontólogo se ve reducido dramáticamente, así como a fin de mes debe entregar aproximadamente 8 informes demasiado extensos y detallados.
- Debido a falta de personal en una purificadora de agua que la ONG posee en el mismo Municipio, el asistente dental debe retirarse antes de tiempo o por tiempos prolongados para ir a despachar agua embotellada, lo cual no es una de sus funciones.
- El asistente debe adaptarse a la nueva forma de trabajo del nuevo estudiante de EPS.

Recomendaciones:

- Una vez el estudiante de odontología esté en el programa de EPS, el asistente dental debe estar la totalidad de su tiempo a disposición de la clínica dental, para cumplir con las funciones específicas que se le requieran.
- Disminuir ya sea, la cantidad de reportes que debe presentar a la ONG el asistente dental, o la frecuencia con la que presenta los informes, ya que requieren mucho tiempo para que ser completados.

Protocolo de Asepsia y Esterilización

Antes de empezar la jornada diaria en la clínica y sala de espera se debe realizar lo siguiente:

- Limpieza de las superficies de muebles y unidad dental con paños desinfectantes descartables.
- Limpieza del piso, primero barriendo y después con un trapeador con desinfectante.

Antes de atender a cada paciente:

- Verificar que el instrumental esté debidamente esterilizado y en buenas condiciones.
- Colocar las barreras de protección correspondientes a la unidad dental y bandeja.
- Se coloca únicamente el instrumental que se va utilizar sobre una bandeja limpia.
- Verificar la historia clínica del paciente y plan de tratamiento para evitar la manipulación de las ficha durante los procedimientos.

Durante la atención al paciente:

- Colocar las barreras de protección al paciente (odontoprotector).
- Utilizar los elementos de protección tales como gorro, mascarilla, lentes y guantes para el operador y asistente.
- Realizar un lavado de manos de acuerdo al protocolo adjunto, antes de colocarse los guantes.

Después de la atención al paciente:

- Se descartan adecuadamente los materiales con residuos biológicos, como guantes, rollos de algodón, etc.
- Se descarta en un guardián el material corto punzante.
- Se realiza de nuevo un lavado de manos.
- El instrumental se lava con agua y jabón, utilizando guantes, y un cepillo.

- El instrumental se deposita en un recipiente conteniendo detergente multienzimático, que se prepara a diario, de acuerdo a las especificaciones del fabricante, el instrumental debe quedar cubierto por completo y se deja reposar por un 1 minuto, como mínimo.
- Posteriormente el instrumental se cepilla de nuevo y se lava con abundante agua, para después pasar por un proceso de esterilizado en autoclave utilizando, por 30-45 minutos a 121 grados Centígrados.
- Después del proceso de esterilizado, el instrumental se almacena.

Al finalizar la Jornada:

- Se retira todo el instrumental del área de trabajo, así como los residuos que pudieron haber quedado.
- La unidad dental se limpia con los paños desinfectantes descartables, especialmente en los lugares de contacto constante con las manos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo, M., et al. (2006). **Encuesta de salud oral en España 2005.** (en línea). R.C.O.E. 11(4):409-456. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>.
2. Brennan, D. S., et al. (2012). **Change in self-reported oral health in relation to use of dental services over 2 years.** (en línea). Eur. J. Oral Sci. 120: 422-428. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22985000>.
3. -----; Spencer, A. J. and Slade, G. H. (2001). **Prevalence of periodontal conditions among public-funded, dental patients in Australia.** (en línea). Australian dental Journal 46:114-121. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.example.edu/paper.pdf>.
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.** J Periodontal. (en línea). Carolina Journal 65:316-326. Consultado el 5 de mar.2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9379318>.
5. Kassebaum, N. J., et. al. (2014). **Global Burden of severe tooth loss, A., Systematic. Review and meta- analysis.** (en línea). J. Dent Rs. 93:20-28.: Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24947899>.
6. Kinane D. F.; Peterson, M. and Stathopoulo, P. G. (2006). **Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases.** (en línea). Periodontology 2000 40:107-199. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16398688>.



7. Norderyd, O., Hugoson, A. and Grusovin, G. (1995). **Risk of severe periodontal disease in a swedish adult population. A longitudinal study.** (en línea). Journal of Clinical Periodontology 12:34-40. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9379318>. 26:608-615.
8. 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 5 de mar. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12756030>.
9. Papapanou, P. N. (1999). **Epidemiology of periodontal diseases: an update.** (en línea). J. Int. Acad. periodontal 1:110-116. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/12666955>.
- 10.-----; Wennstrom, J. L. and Grondahl, K. (1989). **A 10-year retrospective study of periodontal disease progression.** (en línea). Journal of Clinical Periodontology 16:403-411. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2768535>.
11. Pilot, T. (1998). **The periodontal disease problem. A comparison between industrialised and developing countries.** (en línea). International Dental Journal 48:221-232. Consultado el 5 mar. 2018. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1875-595X.1998.tb00710.x>.
12. Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S. and Johnson, N. W. (2005). **Periodontal diseases.** (en línea). Lancet 366:1809-1020. Consultado el 5 de mar. 2018. Disponible en: <https://www.colgate.com/en-us/oral-health/conditions/gum-disease/what-is-periodontal-disease>.



VII. ANEXOS



Boleta No. ____

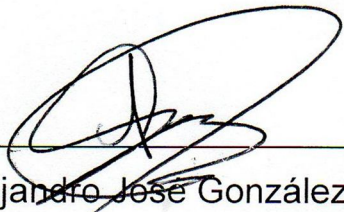
INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL PROGRAMA EPS

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

Comunidad EPS: _____ Edad: _____ Sexo: M F

	1 Nunca	2 A veces	3 Siempre
1. ¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías, placas o puentes?	1	2	3
2. ¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes?	1	2	3
3. ¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes?	1	2	3
4. ¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes?	1	2	3
5. ¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes?	1	2	3
6. ¿Ha experimentado dificultad para convivir con otras personas a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes??	1	2	3
7. ¿Está conforme o feliz con su boca, dientes, encías, placas o puentes?	Sí		No
8. ¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes, placas o puentes?	1	2	3
9. ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente? Diría que es...	1 Muy buena 2 Buena 3 Deficiente 4 Muy deficiente		
10. ¿Se limpia los dientes? Si su respuesta es sí con qué frecuencia los limpia?	Sí No 1 Más de 1 vez al día 2 Una vez al día 3 No me limpio		
11. Usa pasta de dientes? Si su respuesta es sí con qué frecuencia?	Sí No 1 una vez al día 2 más de dos veces al día		
12. Usa hilo dental?	1 Sí	2 No	
13. Usa enjuague bucal para limpiarse la boca?	1 Sí	2 No	

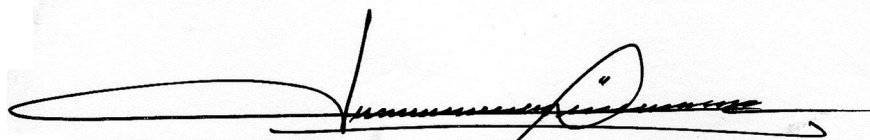
El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad del autor.



Alejandro José González Hernández

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 del Ejercicio profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, las modificaciones sugeridas fueron exclusivamente en estilo, redacción y ortografía cuando se consideró necesario.

Vo. Bo. IMPRÍMASE



Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico
Facultad de Odontología

