

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL  
SUPERVISADO  
REALIZADO EN CLUB DE LEONES MARQUENSE, SAN MARCOS,  
SAN MARCOS, GUATEMALA.  
Junio 2018 – Mayo 2019

Presentado por:

**PABLO ELÍAS SERECH VAN HAUTE**

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 por el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Guatemala, Septiembre de 2019

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL  
SUPERVISADO  
REALIZADO EN CLUB DE LEONES MARQUENSE, SAN MARCOS,  
SAN MARCOS, GUATEMALA.

Junio 2018 – Mayo 2019

Presentado por:

**PABLO ELÍAS SERECH VAN HAUTE**

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 por el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

Guatemala, Septiembre de 2019

## **JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Vocal Segundo:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal Tercero:	Dr. José Rodolfo Cáceres Grajeda
Vocal Cuarto:	Br. Diego Alejandro Argueta Berger
Vocal Quinto:	Br. Andrés Isaac Zabala Ramírez
Secretario Académico:	Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

## **TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL EXÁMEN GENERAL PÚBLICO**

<b>Decano:</b>	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. Fernando Argueta Godoy
Secretario Académico:	Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

## ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Quien siempre me acompaña.
- A mis padres:** José Serech y Katrien Van Haute, por su sabiduría y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida. Gracias por ser el ejemplo vivo de dedicación, sencillez y amor. A mi papá por enseñarme que luchando con amor y perseverancia se logra llegar a lo que uno se propone, te amo.
- A mi madre, por ser mi maestra, mi luz y el motivo de felicidad cuando no lo he encontrado, te amo.
- A mis hermanos:** Emanuel, Adrián y Liz, quienes me han dado amor y me han acompañado a lo largo de mi vida, en mis éxitos y fracasos. Gracias porque por cada una de sus virtudes, han hecho de mi vida una aventura.
- A mis abuelas:** Juana Sen y Elizabeth Verstraete, amor puro y sincero.
- A mis amigos:** A mis amigo y mejores amigos, gracias por acompañarme durante varios años en mi camino. Gracias por estar presentes y por seguir al lado mío en momentos tan especiales como este.
- A la Universidad de San Carlos:** Mi alma Máter, la que me dio la ilusión y el compromiso de triunfar; principalmente a la Facultad de Odontología, mi segundo hogar.

Por último, un agradecimiento sincero a todas las personas que, aunque se hayan ido físicamente, serán recordados por su valentía y amor a la vida. Le dedico este acto a Elizabeth Verstraete y a Augusto Serech, que en paz descansen.

## **HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN**

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Club de Leones Marquense San Marcos, San Marcos; de junio de 2018 a mayo de 2019, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar por el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

# ÍNDICE

## Contenido

SUMARIO.....	3
ANTECEDENTES .....	4
OBJETIVO DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO .....	7
PROYECTO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS.....	8
REMODELACIÓN DEL ÁREA DE MINGITORIOS EN LA ESCUELA J. ANTONIO DE LEÓN BONILLA, SAN MARCOS.....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
OBJETIVOS .....	10
METODOLOGÍA.....	10
CRONOGRAMA.....	11
RECURSOS .....	12
FORMA Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO .....	13
RESULTADOS .....	13
LIMITACIONES O DIFICULTADES.....	13
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA.....	14
PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA DENTAL.....	17
CLUB DE LEONES MARQUENSE .....	17
INTRODUCCIÓN .....	18
OBJETIVOS .....	18
RECURSOS .....	19
RESULTADOS .....	19
LIMITACIONES O DIFICULTADES.....	20
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA.....	20
COSTOS DEL PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA EN EL CLUB DE LEONES MARQUENSE, SAN MARCOS. ....	21
FOTOGRAFÍAS.....	22
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	28
RESUMEN .....	29

OBJETIVOS .....	30
METAS .....	30
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	31
Subprograma de enjuagues con fluoruro .....	31
Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras.....	34
Subprograma de Educación para la salud bucal .....	38
ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	41
CONCLUSIONES .....	42
RECOMENDACIONES .....	43
INVESTIGACIÓN ÚNICA.....	44
INTRODUCCIÓN .....	45
Metodología .....	46
MARCO TEÓRICO.....	48
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	58
Discusión de resultados.....	71
CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES .....	73
CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES.....	74
INTRODUCCIÓN .....	75
CONCLUSIONES .....	80
RECOMENDACIONES .....	80
ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO.....	81
INTRODUCCIÓN .....	82
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA CAPACITACIÓN AL PERSONAL AUXILIAR.....	83
CONCLUSIONES .....	85
RECOMENDACIONES .....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	86

## SUMARIO

En el presente informe final del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) se presenta el trabajo realizado en el Club de Leones Marquense, en el municipio de San Marcos del departamento de San Marcos. En este informe, se encuentran los resultados obtenidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado y el análisis de cada uno de los datos obtenidos a lo largo de este período.

En este programa se desarrollaron diferentes proyectos, los cuales fueron:

- I. **El programa de actividades comunitarias:** constó en la remodelación del área de los mingitorios de la Escuela J. Antonio de León Bonilla. Además, se realizaron mejoras a la clínica dental, con las que se mejoró el ambiente de la clínica para los pacientes.
- II. **Programa de prevención de enfermedades bucales:** este proyecto estaba compuesto por 3 métodos de prevención: la aplicación de enjuagatorios semanales de 5ml fluoruro de sodio en una concentración de 0.2% por 4 minutos a cada estudiante; la colocación de sellantes de fosas y fisuras en molares sanos; y la sensibilización de la población infantil mediante charlas sobre salud bucal.
- III. **Investigación única. “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”:** investigación basada en la percepción que tienen los padres de familia de su propia salud oral al describir sus hábitos mediante una serie de preguntas y su relación con el nivel de salud bucodental de sus hijos a través del CPO, así como el nivel socio-económico familiar.
- IV. **Atención clínica integral:** durante el EPS se brindó atención dental de forma integral a estudiantes de diferentes escuelas públicas de San Marcos en la clínica dental del Club de Leones Marquense. Se atendió a un total de 91 estudiantes a lo largo del programa.
- V. **Administración del consultorio:** se basó en la capacitación del personal auxiliar dentro de la clínica del Club de Leones, Marquense.



## ANTECEDENTES

El municipio de San Marcos está ubicado en el área de la Sierra Madre en el altiplano del país, Región VI Suroccidental; altitud de 2,398 metros sobre el nivel del mar, latitud norte de 14° 57' 44" y longitud este de 91° 47' 44". La cabecera municipal está ubicada a una distancia de 250 kms. Su extensión territorial es de 121 kms. cuadrados.

### LÍMITES TERRITORIALES MUNICIPALES

Al Norte limita con los municipios de Ixchigán, Tejutla y Comitancillo; al sur con los municipios de Esquipulas Palo Gordo, Nuevo Progreso, San Rafael Pié de la Cuesta y San Cristóbal Cucho; al Este con los municipios de San Lorenzo y San Pedro Sacatepéquez; y al Oeste con San Pablo y Tajumulco.

### CLIMATOLOGÍA

El municipio cuenta con clima frío, una temperatura promedio de 12.4° grados centígrados, con una precipitación pluvial de 2,138 milímetros, 118 días de lluvias entre los meses de mayo a noviembre, humedad relativa media de 83%.

### VÍAS DE ACCESO

Cuenta con una vía principal, la Ruta Nacional asfaltada que comunica de San Marcos a la ciudad capital de Guatemala, dicha ruta prosigue hasta la frontera con México y enlaza su trayecto con las carreteras Interamericana CA-1 e Internacional del Pacífico. Así como las rutas nacionales 12-N y 12-S, cuenta también con carreteras de terracería, caminos y veredas que unen las comunidades con la cabecera municipal y lugares circunvecinos.

**Cuadro 1.** Resumen de Índices de Desarrollo

<b>Actividad Socio Epidemiológica</b>	
No. HABITANTES	60,383
ETNIA	Ladinos, mames y sipacapenses
IDIOMA	Español
FERIA PATRONAL	25 de abril
<b>Indicadores demográficos</b>	
POBLACIÓN	60,383
%MENORES DE 15 AÑOS	41,96%
% DE 60 Y MÁS AÑOS	6,07%
TASA DE FECUNDIDAD TOTAL	91,50%
TASA DE NATALIDAD	17,03
TASA CRUDA DE MORTALIDAD	325 por 100,000 habitantes
<b>Indicadores de recursos, servicios y cobertura</b>	
POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO INMUNIZADA CONTRA POLIOMIELITIS	89,90%
POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO INMUNIZADA CONTRA SARAMPIÓN	87%
POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO INMUNIZADA CONTRA DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	90,90%
POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO INMUNIZADA CONTRA TUBERCULOSIS	83%
TASA DE FECUNDIDAD TOTAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL = MUJERES ENTRE 10 Y 54 AÑOS	91,50%
<b>Indicadores de Mortalidad</b>	
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	2,75%
MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS	11,93%
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REPORTADA	2

NÚMERO DE DEFUNCIONES REGISTRADAS POR SARAMPIÓN	0
NÚMERO DE DEFUNCIONES REGISTRADAS POR TÉTANOS NEONATAL	0
PROPORCIÓN ANUAL DE DEFUNCIONES REGISTRADAS DE MENORES DE 5 AÑOS POR EDA	0
PROPORCIÓN ANUAL DE DEFUNCIONES REGISTRADAS DE MENORES DE 5 AÑOS POR IRA	0
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD GENERAL	325 por 100,000 habitantes
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS	0
NÚMERO DEFUNCIONES POR SIDA	0
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	69,56
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	16,56
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES	6,62
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRANSPORTE	0
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR SUICIDIOS Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS	0
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR HOMICIDIO	0
TASA ESTIMADA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	18,22
NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS	2
NUMERO ANUAL DE DEFUNCIONES REGISTRADAS POR DIFTERIA DE MENORES DE 5 AÑOS	0
NÚMERO ANUAL DE DEFUNCIONES REGISTRADAS POR TÉTANO DE MENORES DE 5 AÑOS	0

## OBJETIVO DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Contribuir por medio de acciones programadas a la formación de recursos humanos odontológicos, en actitud científica para el análisis y la comprensión del problema social de la población guatemalteca en lo relativo a la salud bucal, para contribuir a su solución en el nivel colectivo, a partir del enfoque individual.

PROYECTO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

**REMODELACIÓN DEL ÁREA DE MINGITORIOS EN LA  
ESCUELA J. ANTONIO DE LEÓN BONILLA, SAN MARCOS**

## INTRODUCCIÓN

El saneamiento básico son todas aquellas actividades que se necesitan para mejorar la calidad de vida de los habitantes de una región, ciudad o país mediante el suministro de agua potable, disposición adecuada de excretas y la evaluación y tratamiento de desechos sólidos.

Actualmente, en Guatemala; y principalmente en instituciones públicas del país, se han ignorado las medidas de saneamiento básico. Reflejo de esto, se observa las condiciones deficientes de los baños en los centros educativos públicos.

A raíz de esto, se realizó la remodelación del área de los mingitorios de la Escuela J. Antonio De León Bonilla, la cual estaba en condiciones desfavorables; con mingitorios dañados y sin divisiones entre ellas para la privacidad de los estudiantes. Este proyecto se llevó a cabo gracias al aporte económico del Club de Leones Marquense y a la donación de la mano de obra del señor Edgar López para el mantenimiento de los mingitorios, la colocación de azulejos debajo de éstos y de la colocación de los divisores para cada mingitorio.

## **OBJETIVOS**

Generales:

- Que los niños se sintieran cómodos al utilizar los mingitorios de la escuela.
- Se proporcionó una mejor imagen al baño de la escuela.

Específicos:

- Se repararon cada uno de los mingitorios dañados.
- Se colocaron cuatro divisiones de madera entre los mingitorios para poder brindarles privacidad a los niños al momento de ir al baño.
- El piso debajo de los mingitorios estaba dañado y desprendía mal olor, por este motivo se levantó toda la cerámica dañada y se colocó una nueva.

## **METODOLOGÍA**

- Se tuvo una reunión con la directora, maestros y padres de familia para comentarles sobre el proyecto comunitario y para solicitar su apoyo.
- Se realizaron cotizaciones para determinar el costo de cada material. Para esto, se solicitó el presupuesto de varias ferreterías para tener diferentes opciones de precios.
- Se contactó a tres albañiles diferentes para cotizar la mano de obra. El señor Edgar López se comprometió de manera voluntaria a realizar el trabajo de forma gratuita, ya que uno de sus hijos estudiaba en la escuela.
- Se planteó el problema a los directivos del Club de Leones para así, solicitarles el apoyo económico para la compra de los materiales necesarios.
- La población beneficiada de este proyecto, fueron los niños de la Escuela J. Antonio de León Bonilla.

## CRONOGRAMA

MES	ACTIVIDAD
Junio	Se realizó y se presentó el anteproyecto comunitario llevado a cabo en la Escuela J. Antonio De León Bonilla, San Marcos.
Julio	Luego de haber recibido el visto bueno del proyecto de la remodelación de los mingitorios en la Escuela J. Antonio De León Bonilla, se planteó a la directiva del Club de Leones Marquense y a la directora del establecimiento sobre el proyecto y sobre los beneficios para los estudiantes de la escuela.
Agosto	Posterior a revisar los mingitorios dañados, se cotizó en diferentes ferreterías el precio de cada material. Se trató de que eligiera los materiales de mejor calidad.
Septiembre	Se llevó a cabo una reunión con los directivos activos del Club de Leones Marquense, para presentarles el proyecto y plantearles el presupuesto para llevar a cabo el proyecto. Esto se presentó por medio de cartas para explicar el plan de trabajo y el costo aproximado de la remodelación de los mingitorios de la Escuela J. Antonio de León Bonilla.
Febrero	Se contactó con el señor Edgar López, propuso realizar el trabajo de forma gratuita. En este mes se inició la remodelación del área de mingitorios en la escuela.  Además, se realizó el mantenimiento de todos los mingitorios, se cambiaron las válvulas dañadas, se reemplazaron tornillos oxidados y se inició con el levantamiento del piso debajo de los mingitorios.
Marzo	Se contactó con el carpintero para que realizara los divisores de los mingitorios.



Abril	Se terminó con la colocación de los divisores y del piso cerámico debajo de los mingitorios.
Mayo	Finalización del proyecto comunitario, presentado a las autoridades de la escuela y a los directivos del Club de Leones mediante un acto público.  Al finalizar el mes de mayo, se hizo la inspección con algunos maestros de la escuela J. Antonio de León Bonilla para ver si el proyecto logró su objetivo.

## RECURSOS

PRESUPUESTO ESTIMADO			
No.		COSTO	TOTAL
4	Llaves	Q170.00	Q680.00
3	Piso	Q70.00	Q210.00
1	Bolsa de pegamento	Q35.00	Q35.00
1	Bolsa de estuco	Q30.00	Q30.00
4	Divisores de madera	Q150.00	Q600.00
	Mano de obra	Q0.00	Q0.00
	TOTAL		Q1,555.00

## **FORMA Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO**

Se solicitó a los directivos del Club de Leones Marquense el financiamiento para la compra de los materiales, recaudando con ellos Q1,500.00.

Los otros Q55.00, fueron donados por maestros y padres de familia de la escuela. Además, la mano de obra fue donada por el señor Edgar López, quien se encargó del mantenimiento de los mingitorios, su reparación y de instalar la cerámica debajo de los mingitorios y los divisores de éstos.

## **RESULTADOS**

Se lograron los objetivos planteados en el anteproyecto comunitario. Fueron colocados los divisores de los mingitorios, se remodeló el piso debajo de éstos y se repararon y se les dio mantenimiento a los mingitorios dañados.

## **LIMITACIONES O DIFICULTADES**

Se habló con varios albañiles para realizar el proyecto, sin embargo, todos querían iniciar a trabajar inmediatamente. Esto era imposible ya que no se contaba con los fondos económicos por lo que se inició el trabajo después de lo previsto.

## **ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA**

Por medio del diálogo con los directivos del Club de Leones, se logró el apoyo económico, sin ninguna limitante y se llevó a cabo con éxito el proyecto comunitario. De forma directa se benefició a los 175 estudiantes que conforman la Escuela.



**Foto 1.** Fotografía previa al inicio del proyecto comunitario.



**Fotografía 2.** Fotografía durante el programa del proyecto comunitario. Mantenimiento de los mingitorios y levantamiento del piso debajo de éstos.



**Fotografía 3.** Fotografía del proyecto comunitario finalizado.



**Fotografía 4.** Fotografía del antes y el después del proyecto comunitario en la reparación de los mingitorios.

PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA DENTAL  
CLUB DE LEONES MARQUENSE

## **INTRODUCCIÓN**

La administración de una clínica dental se basa en el mejoramiento constante de la misma. Siempre se encontrarán deficiencias estructurales en ella que con el paso del tiempo y realizando un correcto diagnóstico, se pueden mejorar.

Teniendo esto en mente, se hizo un análisis de los cambios necesarios en la clínica dental del Club de Leones Marquense para que los que ejercerán su EPS puedan beneficiarse de estas mejoras y así, puedan aportar más a la clínica para que poder ayudar de forma óptima a los pacientes que serán atendidos en esas instalaciones.

## **OBJETIVOS**

### **Generales:**

- Que sean evidentes las mejoras que se realicen en la clínica dental para el beneficio tanto del operador como del paciente.
- Mejorar el aspecto de la clínica dental en el Club de Leones Marquense, San Marcos.

### **Específicos:**

- Realizar 8 mejoras durante todo el programa de EPS.
- Agilizar la atención de los pacientes y aumentar su comodidad.

## **RECURSOS**

Para poder realizar las mejoras a la clínica se contó con el apoyo económico del Club de Leones Marquense, así como con fondos propios del odontólogo practicante para poder conseguir algunos insumos.

## **RESULTADOS**

Se logró, a lo largo de los ocho meses del EPS, solventar algunas fallas en los aparatos de la clínica, adquisición de materiales e instrumentos para mejorar la clínica dental. A continuación, se enlistan las diferentes mejoras realizadas en la clínica dental.

- Cambio de la válvula “on” de la unidad dental y mantenimiento de los equipos.
- Cambio de foco fuera de la sala de espera de la clínica y mantenimiento del césped fuera de la clínica dental.
- Adquisición de cámara de revelado portátil para radiografías.
- Cambios de focos dentro de la clínica y en la sala de espera.
- Cambio de persianas en la sala de espera.
- Pulido del piso de la sala de espera y mantenimiento de las llaves del lavamanos y del inodoro.
- Cambio de foco de luz de la unidad dental.
- Donación de una mesa de madera y una planta para adornar la sala de espera.



## **LIMITACIONES O DIFICULTADES**

Falta de recursos económicos para realizar todas las mejoras en la clínica dental ya que ésta no cuenta con los insumos completos para la correcta atención del paciente.

## **ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE ACTIVIDAD COMUNITARIA**

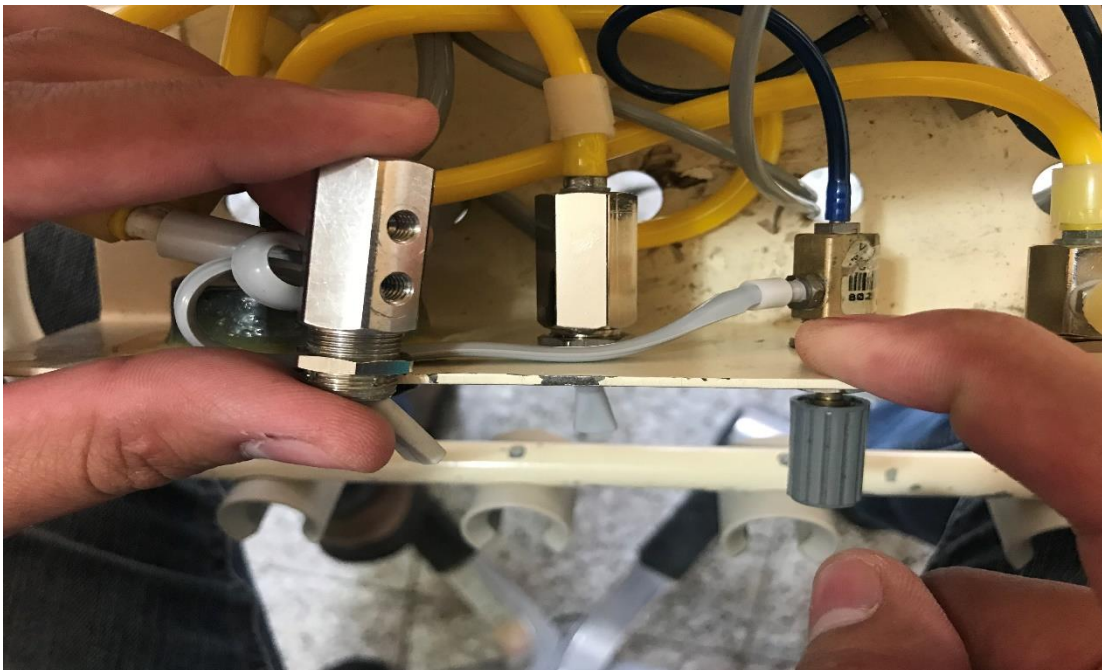
Las mejoras a la clínica que se realizaron durante el transcurso del programa de E.P.S fueron suficientes para abastecer la clínica con equipo esencial para desempeñar un buen trabajo. Sin embargo, aún hacen faltan instrumentos y equipos para desarrollar una mejor labor para la atención de pacientes en la clínica del Club de Leones Marquense.

**Cuadro 2**

**COSTOS DEL PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA EN EL CLUB DE LEONES MARQUENSE, SAN MARCOS.**

<b>MEJORA</b>	<b>COSTO</b>
Cambio de la válvula “on” de la unidad dental y mantenimiento de los equipos.	Q900.00
Cambio de foco fuera de la sala de espera de la clínica y mantenimiento del césped fuera de la clínica dental.	Q250.00
Adquisición de cámara de revelado portátil para radiografías.	Q350.00
Cambios de focos dentro de la clínica y en la sala de espera.	Q450.00
Cambio de persianas en la sala de espera.	Q100.00
Pulido del piso de la sala de espera y mantenimiento de las llaves del lavamanos y del inodoro.	Q500.00
Cambio de foco de luz de la unidad dental.	Q200.00
Donación de una mesa de madera y una planta para adornar la sala de espera.	Q575.00
<b>TOTAL:</b>	<b>Q3,325.00</b>

## FOTOGRAFÍAS:



**Fotografía 5.** Cambio de válvulas “on”



**Fotografía 6.** Cambio de Foco frente a la sala de espera.



**Fotografía 7.** Mantenimiento del césped fuera de la clínica dental.



**Fotografía 8.** Donación de cámara de revelado fotográfica.



**Fotografía 9.** Cambio de todos los focos de la clínica dental



**Fotografía 10.** Compra de persianas para la sala de espera.



**Fotografía 11.** Pulido de piso en la sala de espera.



**Fotografía 12.** Reparación de la llave del lavamanos.



**Fotografía 13.** Cambio del foco de la unidad dental.



**Fotografía 14.** Donación de mesa y planta para la sala de espera.



## PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

## RESUMEN

Uno de los principales problemas en Guatemala es el índice alto de caries dentales en niños escolares. Esto es por la falta de educación en salud bucal y por el aumento del consumo de alimentos con alta cantidad de azúcar, principalmente en el área rural del país.

El índice de C.P.O en Guatemala está aproximadamente en 5.68; esto, según los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es considerado en un nivel ALTO.

La principal responsabilidad del odontólogo practicante, durante el EPS, es concientizar a la población para que comprendan que la salud bucal puede ser tratada de forma preventiva y no únicamente restaurativa.

Por este motivo, se tomó como parte del proyecto de prevención a los estudiantes de 5 escuelas: Escuela de Varones #3 Delfino Aguilar (198 niños); Escuela Oficial Urbana Mixta Naciones Unidas (379 niños); Escuela J. Antonio De León Bonilla (175 niños); Escuela Isabel Barrios y Barrios (397 niñas); y la Escuela Oficial Urbana de Niñas Tipo Federación Doctor Ulises Rojas (344 niñas), para beneficiar a un total de 1,493 niños.

Este proyecto de prevención incluyó 3 métodos los cuales fueron: la aplicación de enjuagatorios semanales de 5ml fluoruro de sodio en una concentración de 0.2% por 4 minutos a cada estudiante; la colocación de sellantes de fosas y fisuras en molares sanos; y la sensibilización de la población infantil mediante charlas sobre salud bucal.

Al final del proyecto, se logró aplicar enjuagatorios de fluoruro de sodio a 1,493 niños de las 5 escuelas previamente mencionadas cada semana. Además, se colocaron 784 sellantes de fosas y fisuras en un total de 160 escolares durante el programa de EPS.

## OBJETIVOS

1. Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los escolares y adolescentes del lugar donde se desarrolló el programa E.P.S
2. Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población donde se realizó el programa de EPS, a través de:
  - Cepillo dental.
  - Enjuagues con Fluoruro de Sodio.
  - Educación en Salud.
  - Sellantes de Fosas y Fisuras.
3. Aplicar las metodologías y técnicas más eficientes 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

- Aplicar, con la colaboración de maestros de las diferentes escuelas, a un mínimo de 1,000 niños enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%.
- Realización de actividades de educación en salud a una población de escolares. Impartir un mínimo de cinco charlas de prevención de enfermedades bucales semanales; una charla por cada escuela cada semana.
- Colocación de un mínimo de cuatro sellantes de fosas y fisuras en molares sanos de 20 niños escolares, de forma mensual.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### Subprograma de enjuagues con fluoruro



**Fotografía 15** Odontólogo practicante reparte fluoruro a estudiante de la escuela Delfino Aguilar.

### Cuadro 3

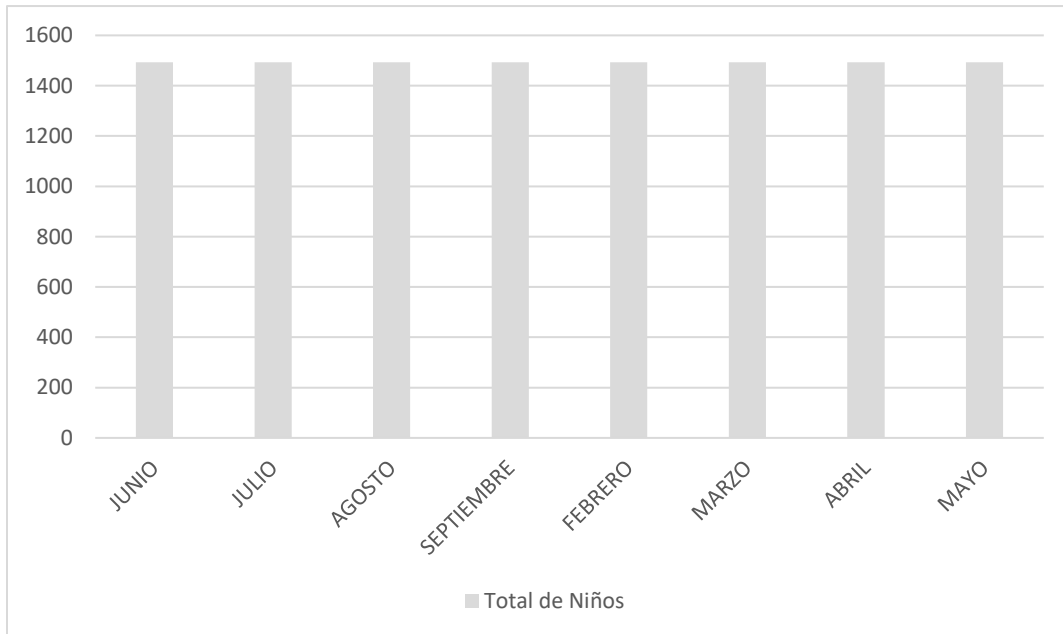
Número de niños atendidos cada mes en el subprograma de Enjuagues con Flúor durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.

	<b>ESCUELA BONILLA</b>	<b>ESCUELA ULISES ROJAS</b>	<b>ESCUELA DELFINO AGUILAR</b>	<b>ESCUELA ISABEL BARRIOS Y BARRIOS</b>	<b>ESCUELA NACIONES UNIDAS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>JUNIO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>JULIO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>AGOSTO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>SEPTIEMBRE</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>FEBRERO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>MARZO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>ABRIL</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>MAYO</b>	175	344	198	397	379	1493
<b>PROMEDIO</b>						<b>1493</b>

Fuente: Informes mensuales de EPS.

### Gráfica 1

Relación del número de niños atendidos cada mes en el subprograma de Enjuagues con Flúor durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.



Fuente: cuadro 3

#### Análisis del Cuadro 3 y de la Gráfica 1:

Se puede observar que la población atendida en el subprograma de Enjuagues con Fluoruro de Sodio al 0.2% se mantuvo de forma constante. Se logró como promedio de niños tratados con fluoruro de forma semanal durante el programa de EPS a 1493 escolares.

## Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras



**Fotografía 16** Arcada inferior tratada preventivamente con Sellantes de Fosas y Fisuras en el programa de EPS.

### **Cuadro 5**

Número de niños tratados y número de Sellantes de Fosas y Fisuras colocados mensualmente durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.

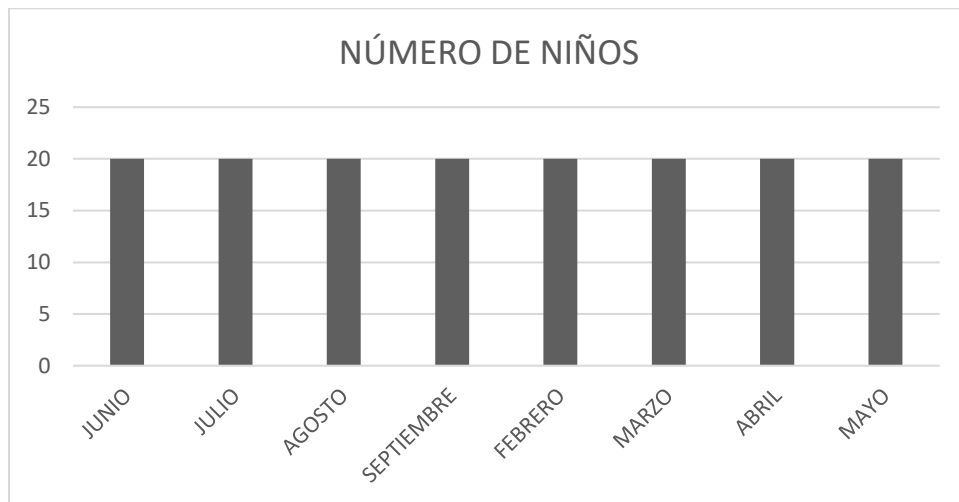
	NÚMERO DE NIÑOS	NÚMERO DE SELLANTES
<b>JUNIO</b>	20	94
<b>JULIO</b>	20	68
<b>AGOSTO</b>	20	124
<b>SEPTIEMBRE</b>	20	105
<b>FEBRERO</b>	20	100
<b>MARZO</b>	20	101
<b>ABRIL</b>	20	86
<b>MAYO</b>	20	106
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>784</b>

Fuente: Informe mensual de EPS.



### Gráfica 2

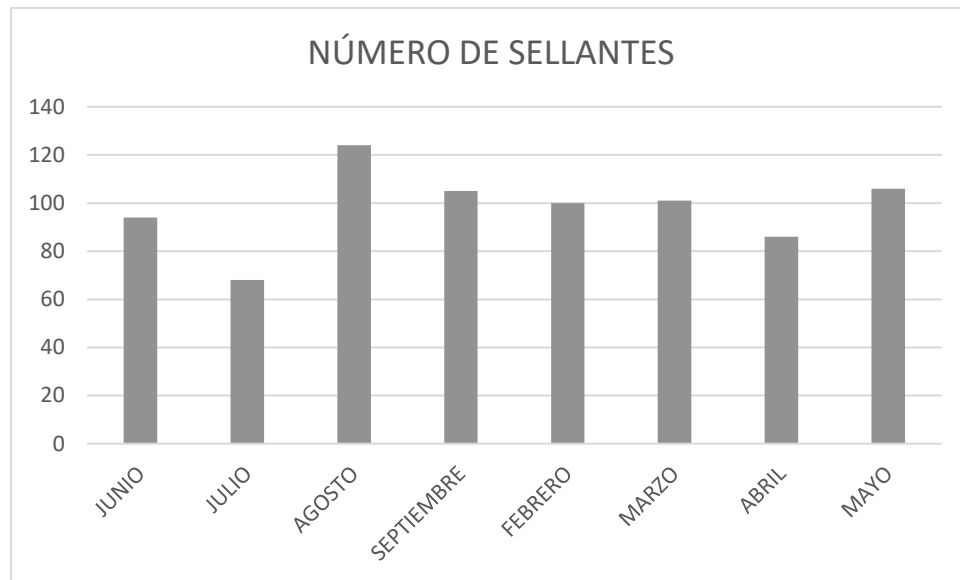
Relación del número de niños tratados cada mes en el subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.



Fuente: cuadro 5.

### Gráfica 3

Relación del número de Sellantes de Fosas y Fisuras realizado cada mes en el subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.



Fuente: Cuadro 5.

**Análisis del Cuadro 5, la Gráfica 2 y la Gráfica 3:** Se observa que el número de pacientes atendidos fue de 20 niños mensualmente.

Además, en la gráfica 3 se observa que en el mes de julio hubo menor cantidad de SFF ya que la población tratada durante este mes fueron pacientes niños de 7 años de edad con menor cantidad de piezas permanentes en boca.

## Subprograma de Educación para la salud bucal



**Fotografía 17.** Sesión de salud bucal en Escuela Oficial de Varones Delfino Aguilar.

### Cuadro 6

Actividades en Educación de Salud Bucal durante el Ejercicio Profesional Supervisado en el Período de Junio de 2018 a Mayo de 2019 realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.

	NÚMERO DE ACTIVIDADES EN EDUCACIÓN DE SALUD BUCAL	CANTIDAD DE ESTUDIANTES
JUNIO	20	544
JULIO	20	605
AGOSTO	25	714
SEPTIEMBRE	25	716
FEBRERO	25	743
MARZO	20	582
ABRIL	20	613
MAYO	20	584
PROMEDIO	21.86	637.62

Fuente: Informes mensuales de EPS.

**Análisis del Cuadro 6 y descripción del subprograma de educación para la salud bucal:** el número de charlas mensuales dependió de diferentes factores como la cantidad de semanas al mes en que se daban las charlas y en las actividades intraescolares que se desarrollaban; como exámenes, olimpiadas interaulas, etc.

La cantidad de niños presentes en las charlas de salud bucal dependió del número de estudiantes en cada aula en el momento que se dio las charlas y de la cantidad de estudiantes en cada grado, se alcanzó como promedio 637.62 niños.

Cada semana, se impartió el mismo tema a escolares de diferentes grados; los temas que se trataron a lo largo del EPS, fueron:

- Cronología de erupción de las piezas dentales.
- Dieta balanceada.
- Anatomía de la cavidad oral.
- Anatomía de las piezas dentales, caries dental.
- Inflamación gingival.
- Enfermedad periodontal.
- Uso correcto del cepillo y seda dental.
- Utilización de pasta dental.
- Relación del azúcar con la caries.
- Beneficios de los enjuagues con fluoruro.
- Sustituto del cepillo dental.

A lo largo del programa de EPS, se logró ver un aumento en el interés por parte de los niños para recibir las charlas; además del incremento de la participación de éstos al momento de formularles preguntas.

Los maestros eran un factor clave para mantener el orden de los niños antes, durante y después de recibir las charlas ya que los niños a veces participaban de manera desordenada.

## **ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES**

El programa de prevención de enfermedades bucales, se llevó a cabo en 5 diferentes escuelas públicas, estas fueron: Escuela de Varones #3 Delfino Aguilar (198 niños); Escuela Oficial Urbana Mixta Naciones Unidas (379 niños); Escuela J. Antonio De León Bonilla (175 niños); Escuela Isabel Barrios y Barrios (397 niñas); y la Escuela Oficial Urbana de Niñas Tipo Federación Doctor Ulises Rojas (344 niñas).

En el subprograma de Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2% se logró la meta de atender como mínimo a 1,000 niños ya que en promedio de niños tratados con fluoruro de forma semanal durante el programa de EPS fue de 1,493 escolares. En este subprograma, se contó con la participación de un total de 9 monitores para todas las escuelas. El apoyo de estas maestras fue fundamental ya que agilizaba de forma óptima la entrega del enjuague de fluoruro de sodio.

En la Escuela J. Antonio de León Bonilla, al inicio del programa, tuvo deficiencias ya que las maestras habían dejado de participar activamente en la promoción del enjuague por lo que a los niños no les agradaba recibirlo. Sin embargo, a lo largo del programa se incentivó a los diferentes maestros para que fueran promotores y motivaran a los niños en recibir los enjuagatorios.

En el subprograma de barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, se cumplió con éxito la meta de la colocación de un mínimo de 4 sellantes por cada uno de los 20 pacientes mensuales. Se logró un total de 784 Sellantes de Fosas y Fisuras a lo largo del EPS.

## CONCLUSIONES

- Cada uno de los subprogramas que forman el Programa de Prevención de Enfermedades Bucales se facilita cuando se incentiva a los maestros y autoridades de los diferentes establecimientos para que participen activamente.
- Se observaron los beneficios de los enjuagues de Fluoruro de Sodio ya que en los grados más altos de las escuelas que han llevado a cabo este programa por varios años la incidencia de caries disminuye.
- Al finalizar el EPS, se logró cumplir con los objetivos planteados previo a la realización del programa de Prevención de Enfermedades Bucales.
- Se cumplió con éxito con la cantidad de estudiantes mensuales tratados con sellantes de fosas y fisuras de forma mensual.

## RECOMENDACIONES

- Incluir a estudiantes con menor cantidad de molares sanas para la colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras ya que se está descartando a una gran población que podría ser beneficiada.
- Continuar de manera activa con el programa de prevención de enfermedades bucales ya que se observó su beneficio en los estudiantes que han recibido por mayor tiempo el enjuague bucal de Fluoruro de Sodio al 0.2%.
- Que la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, brinde mayor cantidad de pastillas de Flúor.
- Lograr acuerdos en los diferentes centros educativos para que se disminuya la venta de dulces y bebidas azucaradas para que, de esta forma, ayuden a fomentar la educación en salud bucal.



## INVESTIGACIÓN ÚNICA

**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. Club de Leones Marquense, San Marcos.**

## INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país pluricultural, según el censo de población de 1994, el 57.2% de la población es indígena y el 37% es analfabeta. El 35% de la población reside en el área urbana y el 65% en el área rural. En la ciudad capital se estima que el 79% de la población es pobre y un 59.3% vive en extrema pobreza, situación más grave en el área rural donde el 71% se sitúa en extrema pobreza.

Las enfermedades cariogénicas son, por su frecuencia, un importante problema de salud pública; principalmente en países en vía de desarrollo como lo es Guatemala. La caries dental es una enfermedad clasificada como multifactorial. Sin embargo, existen determinantes demográficos, de estilo de vida y de comportamiento que son considerados como principales factores de riesgo. Estos pueden ser, la edad, el sexo y factores ambientales y sociales como el nivel educacional y socioeconómico del individuo, así como los hábitos en higiene oral.

La salud bucal de una población en relación con la caries dental puede ser evaluada a través de un grupo de indicadores de reconocimiento internacional. Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la Investigación Estomatológica. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de Caries Dental. Los indicadores que permiten evaluar la salud bucal de una población en relación con la caries dental son diversos, el más utilizado internacionalmente para la comparación de los países es el índice CPO.

Según la OMS, este puede ser clasificado de la siguiente manera, según los niveles de severidad: 0.0 – 0.1 = Muy bajo; 1.2 – 2.6 = Bajo; 2.7 – 4.4 = Moderado; 4.5 – 6.5 = Alto; Mayor 6.6 = Muy alto.

En el siguiente estudio, se trató de incorporar la percepción que tienen los padres de familia de su propia salud oral, al describir sus hábitos mediante una serie de preguntas y tratar de estimar la relación entre esta percepción con el nivel de salud bucodental de sus hijos a través del CPO, así como el nivel socio-económico familiar.

## Metodología

1. **Diseño del estudio:** se realizó un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística, se buscó detectar posibles asociaciones entre las variables del estudio.
2. **Criterios de inclusión:** cada uno de los sujetos debía cumplir con los siguientes criterios de inclusión previo a ser seleccionados:
  - Escolares de escuelas públicas de la comunidad
  - Edad entre 6 y 10 años
  - Padres de familia de los escolares participantes
3. **Tamaño y selección de la muestra:** se evaluó a una muestra no probabilística de 15 escolares y sus respectivos padres de familia en la comunidad.
4. **Variables principales de valoración:**
  - Autopercepción de salud oral.
  - Hábitos de higiene.
  - Nivel de salud bucodental (CPO-D).
  - Nivel socio-económico familiar.
5. **Criterios de Recolección Metodología de Campo:**
  - Se determinó y seleccionó a los escolares de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión.
  - 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 realizó la evaluación clínica de los escolares en la sede de la clínica dental del programa EPS.

- Se revisó la integridad de los datos en las boletas de investigación (con coordinadores docentes en AOSP).
- Se trasladaron los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de OSP.
- Se elaboraron tablas y gráficas de los datos con su análisis correspondiente.
- Entrega en AOSP de Informe Final de Investigación, según los lineamientos del Área.
- Se entregó las boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de OSP.

## MARCO TEÓRICO

La salud oral es un componente importante de la salud en general y de la calidad de vida. Las dos enfermedades orales más comunes que han sido reportadas son, la caries dental y la enfermedad periodontal. Ambas son altamente prevalentes en la mayoría de las regiones del mundo. Se ha registrado que los aspectos conductuales desempeñan un papel importante en la prevención de ambas enfermedades, ya que los hábitos adecuados de higiene oral y el cumplimiento de las visitas dentales preventivas regulares son esenciales para su control. <sup>(1)</sup>

Se ha documentado en varios estudios que las condiciones socioeconómicas específicas de la población pueden influir en los patrones de conducta en salud y creencias relacionadas con la salud <sup>(2)</sup>.

Además de las condiciones socioeconómicas, se ha relacionado la etnicidad con la salud bucal. Según varios estudios recientes, se ha demostrado que entre los adultos de mediana edad y de mayor edad, los estadounidenses de raza blanca califican su salud en general de mejor manera que los estadounidenses de raza negra que, a su vez, han demostrado una valorización a su salud más positiva que los hispanos <sup>(3)</sup>. Estos hallazgos pueden estar relacionados con que los hispanos, provenientes de países en vías de desarrollo, no cuentan con la misma percepción en salud que los habitantes en países desarrollados. Factores tales como las diferencias en la percepción cultural y la interpretación de la salud general y las necesidades percibidas de la atención dental, podrían contribuir a las diferencias en la salud oral.

Según la OMS las enfermedades y lesiones crónicas son los principales problemas de salud en casi todas las partes del mundo y están sumamente relacionadas con el estilo de vida de cada uno, estos estilos de vida tan cambiantes debido a la comida, hábitos, consumo de tabaco, alcohol, estrés, ansiedad, y además la influencia que tiene la sociedad y los factores ambientales que marcan un estilo de vida y que predeterminan las enfermedades y en muchas ocasiones enfermedades crónicas. También se encuentra el otro lado de la balanza, factores que actúan como prevención como lo es el flúor y una buena higiene oral. Estas enfermedades no distinguen diferentes clases sociales ni estratos; sin embargo, y como en todas las partes del mundo las más afectadas son las personas de escasos recursos, la población marginada u olvidada, en ellos es en quien se hace mayor manifiesto el dolor y el sufrimiento debido a la inaccesibilidad a tratamientos que si bien sabemos no son nada baratos. La OMS propone proyectos de prevención y control de enfermedades con el objetivo de fortalecer trabajos que estén o que propongan el mejoramiento de la salud bucodental a nivel mundial. Sumado a esto se proponen programas para la educación para la salud bucal. <sup>(4)</sup>

El propósito de la educación en salud es propiciar que las personas busquen y deseen estar sanas. En la infancia es cuando se establecen hábitos que se repetirán a lo largo de la vida del individuo, por lo tanto, es importante educar a los menores para que adopten hábitos saludables, a fin de que tengan una buena salud general y bucal. También en esta época se presentan condiciones de exposición capaces de afectar la salud oral. Por lo tanto, los espacios escolares determinan el desarrollo de actitudes y aptitudes favorables para la salud, los cuales se pueden reforzar a lo largo de la formación escolar. Los padres de familia y los maestros, se consideran la fuente primaria de educación temprana en los menores escolarizados.

La educación para la salud tiene planteados seis campos de acción: la familia, la escuela, la comunidad, el trabajo, el consultorio y las universidades. Cada uno de estos ambientes propicios para tratar diferentes necesidades de acuerdo a las distintas etapas de la vida que se presentan.

Mediante la educación en salud oral, no solo se puede evitar la incidencia de caries dental, también puede prevenirse las enfermedades periodontales. Por su frecuencia, las enfermedades periodontales son uno de los mayores problemas de salud pública en la inmensa mayoría de los países. En el mundo, el 10-15 % de los adultos sufren una periodontitis avanzada que puede comportar la pérdida de dientes y comprometer la calidad de vida <sup>(5)</sup>.

### **Enfermedades periodontales y su prevención:**

Las enfermedades periodontales son desórdenes crónicos infecciosos causados principalmente por bacterias. Se han realizado diversos estudios para comprobar cómo se crean las enfermedades periodontales. Uno de los primeros estudios experimentales sobre gingivitis, consistió en la colocación de placa dentobacteriana sobre superficies limpias de piezas dentarias. El resultado fue la formación de un proceso inflamatorio en la encía el cual no mejoró hasta la eliminación meticulosa del biofilm microbiano <sup>(6)</sup>. Estos estudios demostraron la relación de causa-efecto entre la higiene oral y la inflamación de la encía, así como la reversibilidad de la situación.

Además, cada vez es mayor la evidencia, proporcionada por muchos estudios epidemiológicos, de la relación entre la enfermedad periodontal y otras enfermedades crónicas sistémicas como la diabetes mellitus, la patología isquémica cardiovascular, los partos prematuros, las infecciones pulmonares, etc. <sup>(5)</sup>

En consecuencia, para conocer la verdadera etiología de estas enfermedades, se necesita conocer que además de la presencia de bacterias, hay otros factores de riesgo que hacen que un individuo sea susceptible a sufrir estas enfermedades. Estos factores pueden ser genéticos, ambientales o adquiridos (como el tabaco, el estrés, la situación socioeconómica, el consumo de alcohol, la diabetes y otras enfermedades sistémicas, además de ciertos medicamentos) y también son aquellos indicadores de riesgo que son determinantes del sujeto, como la edad, sexo y la raza <sup>(7)</sup>.

Durante mucho tiempo, ha existido un dilema en la clasificación de las enfermedades periodontales. En el año 2,000 se logró un gran avance en la clasificación. En este año se tomó en cuenta la mayor cantidad de factores que pueden originar la enfermedad periodontal. Por lo tanto, el “Taller internacional sobre la clasificación de las enfermedades periodontales”, concluyó la clasificación de la siguiente manera <sup>(8)</sup>

**1) Enfermedades gingivales:**

- Enfermedades gingivales inducidas por biofilm:
  - Gingivitis asociada a placa dentobacteriana
  - Enfermedades gingivales inducidas por factores sistémicos (asociado al sistema endócrino y a discrasias sanguíneas)
  - Enfermedades gingivales inducidas por medicamentos
  - Enfermedades gingivales inducidas por malnutrición
- Enfermedades gingivales no inducidas por el biofilm:
  - Inducido por otras bacterias
  - Originadas por virus
  - Originadas por hongos
  - De origen genético

**2) Periodontitis crónica**

- Localizada
- Generalizada

**3) Periodontitis agresiva**

- Localizada
- Generalizada

**4) Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas**

- Asociada a desórdenes hematológicas
- Asociada a desórdenes genéticos

**5) Enfermedades periodontales necrotizantes**

- Gingivitis ulceronecrotizante
- Periodontitis ulceronecrotizante



**6) Abscesos periodontales**

**7) Periodontitis asociada a lesiones endodónticas**

El sistema de clasificación propuesto por el "Taller Internacional para la Clasificación de las Enfermedades y Condiciones Periodontales" ha corregido algunos de los problemas asociados con el sistema anterior que había estado en uso desde 1989. Sin embargo, el nuevo sistema está lejos de ser perfecto y deberá modificarse una vez que haya suficientes datos nuevos para justificar las revisiones <sup>(8)</sup>.

Como se había mencionado anteriormente, la OMS desempeña un papel importante para asegurar una base científica sólida para la acción de salud pública. La misión de la OMS se centra en detectar, evaluar y monitorear amenazas a la salud pública, desarrollar la capacidad de los países y aplicar la investigación de los sistemas de salud. La organización brinda asistencia a los países para desarrollar programas efectivos de prevención de enfermedades y promoción de la salud orientados a la comunidad.

La estrategia global de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles es, un nuevo enfoque para el manejo y control de las enfermedades crónicas. Al conocer los factores de riesgo comunes, los países pueden lograr mejoras en la salud periodontal con un mejor control de las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, y la intervención en relación con el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y una dieta poco saludable. De acuerdo con el enfoque de la OMS, las autoridades sanitarias nacionales deben garantizar que la prevención de la enfermedad periodontal se convierta en parte integral de la prevención de la diabetes y otras enfermedades crónicas, así como de la promoción de la salud <sup>(9)</sup>.

Además de la educación en salud oral, se han unido una serie de estudios para ver la forma de mejorar la salud periodontal desde el hogar. Con esto, se ha logrado agregar el uso de otros aditamentos, además del uso del cepillo dental, para mejorar el estado de salud del periodonto:

- **Uso de enjuagues antimicrobianos:** Agregar un enjuague antimicrobiano al cepillado diario proporciona un medio adicional para controlar el biofilm de la placa, ya que el tiempo promedio de cepillado es de aproximadamente 46 segundos, solo el 2% al 10% de los pacientes usan el hilo dental de manera regular y efectiva, y la mayoría no puede o no usará el hilo dental. Una revisión sistemática reciente concluyó: "Existen pruebas de 12 estudios de que el uso de hilo dental, además del cepillado dental, reduce la gingivitis en comparación con el cepillado dental solo. Hay 10 pruebas débiles y poco confiables de que el uso de hilo dental y el cepillado dental se pueden asociar con una pequeña reducción de la placa a los 1 y 3 meses". Incluso con el cepillado y el uso del hilo dental regulares, las bacterias pueden quedar en áreas difíciles de alcanzar. Los enjuagues bucales antimicrobianos reducen el recuento de bacterias y detienen la actividad bacteriana en la placa dental que puede causar gingivitis, que es bastante frecuente en la mayoría de los adultos. <sup>(10)</sup>

Los agentes antimicrobianos están mejor indicados en la prevención secundaria y terciaria, ya que los objetivos son restaurar la salud y prevenir la recurrencia de la enfermedad. Lo racional es prevenir o retrasar la recolonización subgingival por microorganismos patógenos. <sup>(11)</sup>

- **Uso de hilo dental:** el uso de hilo dental es importante para limpiar las áreas que son difíciles de limpiar al utilizar sólo un cepillo de dientes convencional. Se han hecho algunos estudios para determinar si el uso de hilo dental, adicional al cepillado tenía algún impacto sobre la salud del periodonto, y se encontró que una mayor parte de los estudios no mostraron beneficios en el uso de la seda dental en la placa y los parámetros clínicos de la gingivitis. <sup>(13)</sup> El motivo de esto, es que es difícil alcanzar que los pacientes usen el hilo dental de forma correcta y así darle todo el uso que se podría lograr.

- **Uso de cepillos interdetales:** se realizaron estudios para comparar la eficiencia del uso de cepillos interdetales y de hilo dental. Los resultados indicaron que el uso de cepillos interdetales es preferible al de la seda dental en la limpieza de áreas interdetales donde existe una falta de la papila interdental. <sup>(14)</sup>
- **Mejorando el estado de salud en general:** Está bien documentado que el tejido adiposo no es simplemente un depósito de células grasas, sino que es un órgano metabólicamente activo que secreta más de 50 sustancias bioactivas, incluidas citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral (TNF- $\alpha$ ) y la interleucina-6 (IL-6), los cuales son los principales inductores de la producción de proteína hepática en fase aguda, incluida la de la proteína C reactiva (CRP). Se ha informado que los individuos obesos tienen niveles elevados de TNF- $\alpha$  circulante e IL-6 en comparación con los controles de peso normal; TNF- $\alpha$ , IL-6 y CRP están estrechamente relacionados con la obesidad y la resistencia a la insulina.

La leptina, un polipéptido no glicosilado que actúa como una citoquina y una hormona, también es producida por el tejido adiposo y es involucrado en una multitud de procesos biológicos, incluido el metabolismo energético, las funciones endocrinas, la reproducción y el metabolismo óseo. La leptina funciona como un supresor del apetito circulante que regula la masa del tejido adiposo a través de un sistema de retroalimentación negativa. Mientras que la deficiencia de leptina produce hiperfagia y obesidad severa. Sin embargo, los individuos obesos generalmente exhiben niveles inusualmente altos de leptina circulante, lo que sugiere una resistencia a la leptina de la misma manera que los individuos con diabetes tipo 2 son resistentes a la insulina.

Además del papel de la leptina como regulador del apetito, varios estudios han demostrado claramente que desempeña un papel importante papel en el proceso inflamatorio y hay un consenso de opinión que considera la leptina como un agente proinflamatorio fundamental.

Un aumento en la producción de leptina ocurre durante infecciones y procesos inflamatorios y, por lo tanto, está implicado en la patogénesis de las enfermedades inflamatorias crónicas, como se sabe, la periodontitis es una enfermedad de tipo crónica. <sup>(12)</sup>

### **Percepción de salud oral:**

La auto-percepción de salud oral, es un método de diagnóstico muy funcional para el odontólogo, ya que se ha encontrado una estrecha relación entre la percepción de los pacientes y el estado de salud de su periodonto. De hecho, las investigaciones basadas en el uso de cuestionario auto rellenos por el paciente es un medio eficiente y aceptado para evaluar las características de una población que se usa habitualmente para estudiar enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide y factores de riesgo de enfermedad como la dieta, la actividad física o la hipertensión. <sup>(5)</sup>

Además, se encontró que mejorar la percepción en salud oral en pacientes, incrementaba su asistencia a la clínica dental. Con esto, los tratamientos preventivos se elevaban y los restaurativos disminuyen, y se mejora la salud bucal. <sup>(15)</sup>

### **Caries Dentales:**

Es una enfermedad infecciosa crónica transmisible que causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por la acción de los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a los dientes. La lesión de caries es un proceso de desmineralización cuya progresión llega a la formación de una cavidad irreversible. Según la OMS, no se diagnosticarán como caries:

- Manchas blanquecinas y/o color tiza.
- Puntos rugosos o cambios de color.
- Hoyos o fisuras presentes en el esmalte que fijan el explorador, pero no se puede apreciar en el fondo una superficie blanda, esmalte parcialmente destruido o ablandamiento de las paredes.

- Áreas de esmalte excavado, zonas oscuras, brillantes y duras en un diente que muestra signos de moderada a severa fluorosis.

### **Índices de Caries Dentales:**

El índice utilizado para medir la prevalencia de caries dental en pacientes es el CPO (piezas Cariadas, Perdidas por caries y Obturadas) y el ceo (piezas cariadas, extraídas por caries y obturadas). El índice de CPO en un paciente adulto puede ir de 1 a 28. <sup>(16)</sup>

Limitaciones del índice CPO:

- Los valores del CPO no se relacionan con el número de dientes expuestos a riesgo.
- A partir de cierta edad el índice CPO no se puede considerar en su auténtico valor, ya que los dientes se pierden por causas bien distintas de la caries. También hay que recordar los dientes extraídos por razones ortodónticas.
- Cuando los servicios odontológicos proveen una odontología conservadora preventiva el índice CPO puede sobrestimar la experiencia de caries.
- El índice CPO no se puede utilizar en la caries de raíz, ni tiene en cuenta los dientes sellados.

Los niveles de severidad de prevalencia de caries, según el criterio de la OMS, pueden ser:

- CPOD 0-1.1----- muy bajo
- CPOD 1.2-2.6----- bajo
- CPOD 2.7-4.4----- moderado
- CPOD 4.5-6.5----- alto
- CPOD aprox 6.6---- muy alto

Las edades más adecuadas para este tipo de estudio son: 5-6, 12 y 15 años.

- La edad de 5 a 6 años fue propuesta por la OMS y la FDI en 1981. Este grupo de edad deberá estar compuesto por un 50% de niños de 5 años cumplidos y el 50% restante con niños de 6 años cumplidos.

- La edad de 12 años, es la elegida como referencia a nivel mundial para conocer y comparar la prevalencia de caries, edad en la que el recambio de la dentición temporal por la definitiva, se ha realizado.
- La edad de 15 años es la propuesta por la OMS para estudiar la tendencia de la prevalencia y severidad de la caries. Por otro lado, esta edad también es importante como indicador de la enfermedad periodontal en el adolescente.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó la investigación única, en el municipio de San Marcos, San Marcos, Guatemala. Se evaluó clínicamente y se llenó la boleta de recolección de datos de 15 escolares. Fieles a los criterios de inclusión, todos los escolares que formaron parte de la muestra fueron seleccionados aleatoriamente (de ambos sexos).

**Cuadro 7**

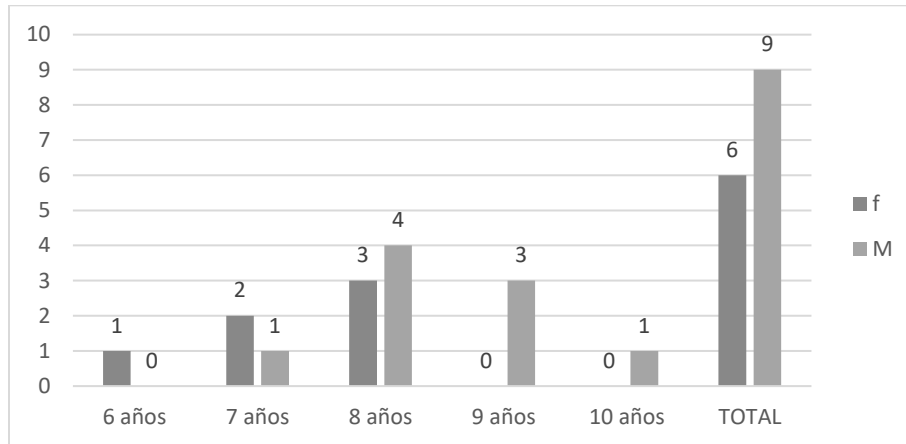
Distribución de escolares según edad y sexo en el Club de Leones, Marquense, San Marcos, Guatemala, entre junio 2018 a mayo 2019

<b>EDAD/SEXO</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>TOTAL</b>
6 años	1	0	1
7 años	2	1	3
8 años	3	4	7
9 años	0	3	3
10 años	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>

Fuente: elaboración propia durante junio de 2018 a mayo de 2019.

#### Gráfica 4

Distribución de escolares según edad y sexo en el Club de Leones, Marquense, San Marcos, Guatemala, entre junio 2018 a mayo 2019



Fuente: Cuadro 7. Registro de datos recabados durante el programa de eps en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

**Análisis de Cuadro 7 y Gráfica 4:** En la gráfica 4 y el cuadro 7, se observa que la muestra está compuesta principalmente por hombres y la edad con mayor cantidad de pacientes es de 8 años.



### Cuadro 8

Distribución del índice de CPO/ceo según edades de entre 6 a 10 años de edad en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala. Entre junio de 2018 a mayo de 2019.

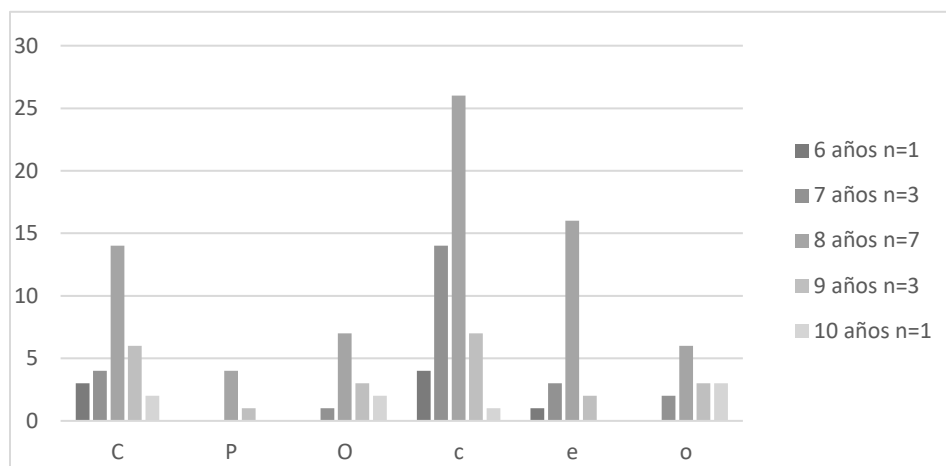
<b>EDAD</b>	<b>C</b>	<b>P</b>	<b>O</b>	<b>c</b>	<b>e</b>	<b>o</b>	<b>CPOT</b>	<b>□</b>
<b>6 años</b> n=1	3	0	0	4	1	0	8	8
<b>7 años</b> n=3	4	0	1	14	3	2	24	3.43
<b>8 años</b> n=7	14	4	7	26	16	6	73	10.43
<b>9 años</b> n=3	6	1	3	7	2	3	22	7.33
<b>10 años</b> n=1	2	0	2	1	0	3	8	8
<b>TOTAL</b>	29	5	13	52	22	14	135	9

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 5

Distribución del índice de CPO/ceo por edades de entre 6 a 10 años de edad de la muestra realizada en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.

Entre junio de 2018 a mayo de 2019.



Fuente: Cuadro No. 8 Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 8 y Gráfica 5:

En la distribución del índice de CPE y ceo, según le edad, se encontró un promedio mayor de CPOT en la edad de 8 años de edad. Esto quizás es porque aún se presentaban los primeros molares primarios y estos, al estar más tiempo en boca, tenían mayor probabilidad de presentar lesiones cariosas.

### Cuadro 9

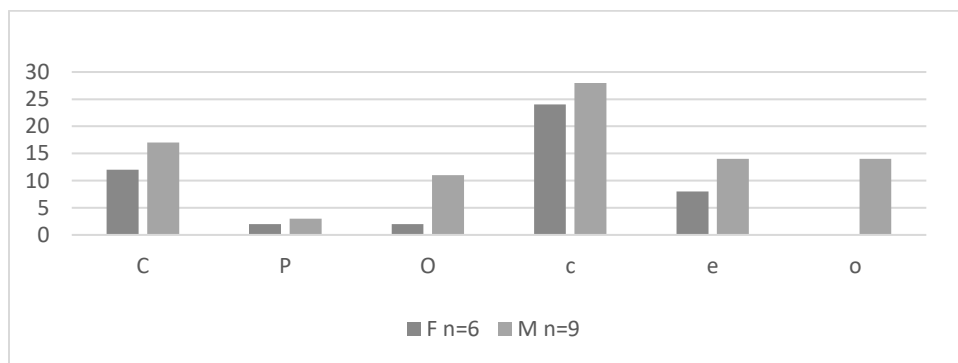
Distribución del índice de CPO/ceo según el sexo de la muestra realizado en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala. Entre junio de 2018 a mayo de 2019.

SEXO	C	P	O	c	e	o	CPOT	□
F n=6	12	2	2	24	8	0	48	8
M n=9	17	3	11	28	14	14	87	9.67
TOTAL	29	5	13	52	22	14	135	9

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de eps en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 6

Distribución del índice de CPO/ceo por sexo en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala. Entre junio de 2018 a mayo de 2019.



Fuente: Cuadro 9. Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 9 y Gráfica 6:

Al analizar la tabla 3 y la gráfica 3, se encontró un promedio mayor de CPOT en la población masculina. Esto fue debido a que la muestra estaba compuesta principalmente por población masculina.

Al analizar la tabla 2 y 3, se pudo ver que el promedio de CPOT fue de 9. Esto, según la clasificación de severidad de la OMS, se clasifica como un nivel muy severo.

### **Cuadro 10**

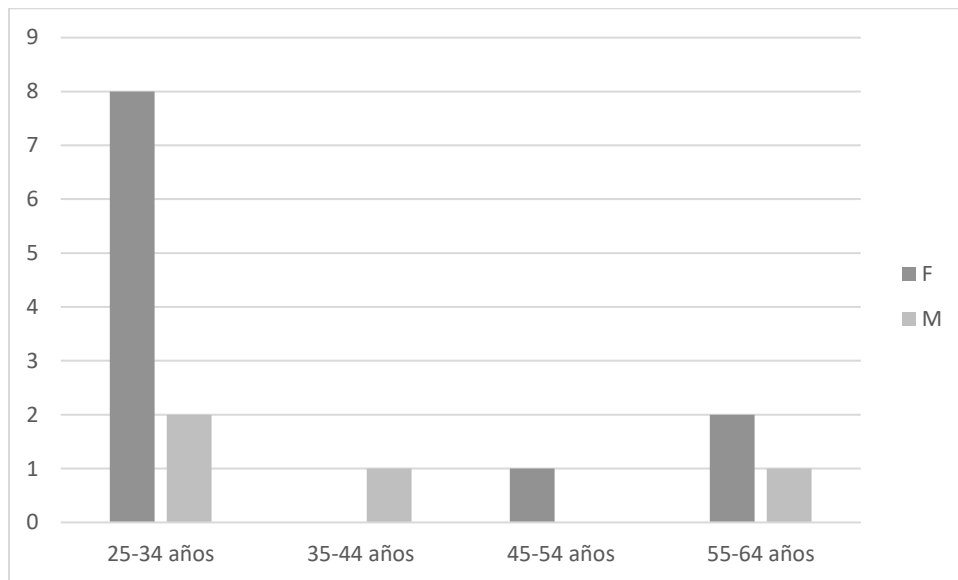
Distribución del número padres de escolares según edad y sexo en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala. Entre junio de 2018 a mayo de 2019.

Edad/sexo	F	M	TOTAL
<b>25-34 años</b>	8	2	10
<b>35-44 años</b>	0	1	1
<b>45-54 años</b>	1	0	1
<b>55-64 años</b>	2	1	3
<b>TOTAL</b>	11	4	15

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 7

Distribución del número padres de escolares según edad y sexo en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala. Entre junio de 2018 a mayo de 2019.



Fuente: Cuadro 10. Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 10 y Gráfica 7:

En el cuadro 10 y la gráfica 7, se puede observar que la muestra de padres de familia, fue principalmente de mujeres de entre 25 a 34 años de edad.

### Cuadro 11

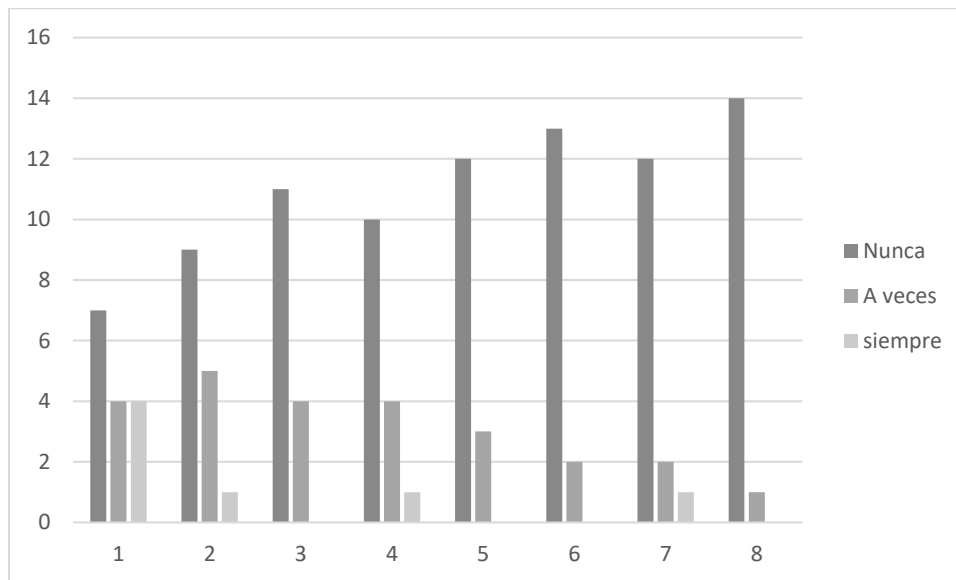
Distribución de frecuencias de respuestas de las preguntas 1 a 8 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019

No.	PREGUNTA	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías o prótesis?	7	4	4
2	¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	9	5	1
3	¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	11	4	0
4	¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	10	4	1
5	¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	12	3	0
6	¿Ha experimentado dificultad para disfrutar del contacto o la interacción con otras personas a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	13	2	0
7	¿Ha estado conforme o feliz con la imagen de sus dientes y encías o prótesis?	12	2	1
8	¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	14	1	0

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 8

Distribución de frecuencias de respuestas de las preguntas 1 a 8 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019



Fuente: Cuadro 11. Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 11 y Gráfica 8:

Se puede observar, en el cuadro 11 y en la gráfica 8 que la mayoría de padres de familia, no ha experimentado problemas en el ámbito odontológico.

Sin embargo, vale la pena mencionar que el 80% de las personas no se sentía conforme o feliz con la imagen de sus dientes y encías o prótesis. Esto podría indicar que las personas no tenían un problema que les afectara en sus labores diarias, por lo que no tenían la necesidad de acudir a un dentista para mejorar la apariencia de sus dientes.

### Cuadro 12

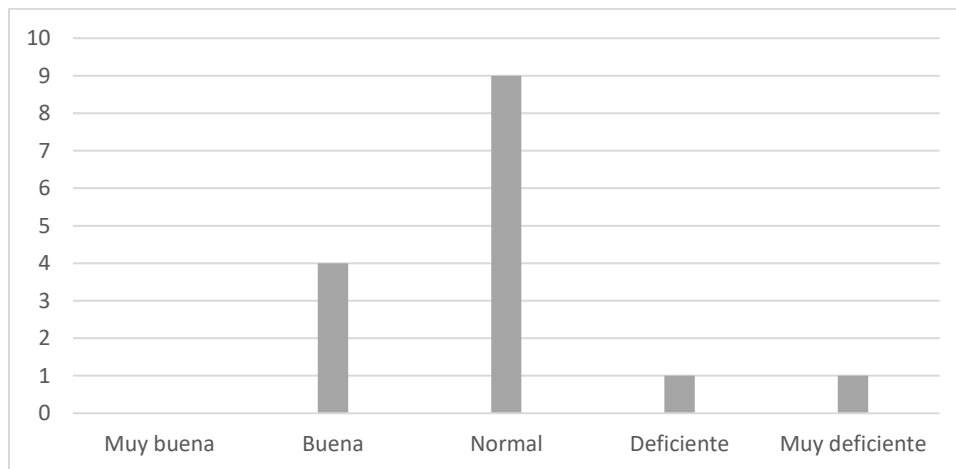
Distribución de frecuencias de respuestas de la pregunta 9 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019

No.	Pregunta	Muy buena	Buena	Normal	Deficiente	Muy deficiente
9	¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente? Diría que es...	0	4	9	1	1

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de eps en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 9

Distribución de frecuencias de respuestas de la pregunta 9 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019



Fuente: Cuadro 12. Registro de datos recabados durante el programa de eps en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 12 y Gráfica 9:

La mayor cantidad de personas, creían que la salud de sus dientes estaba normal. Muy poca gente estaba consciente de padecer algún problema estomatológico.



### Cuadro 13

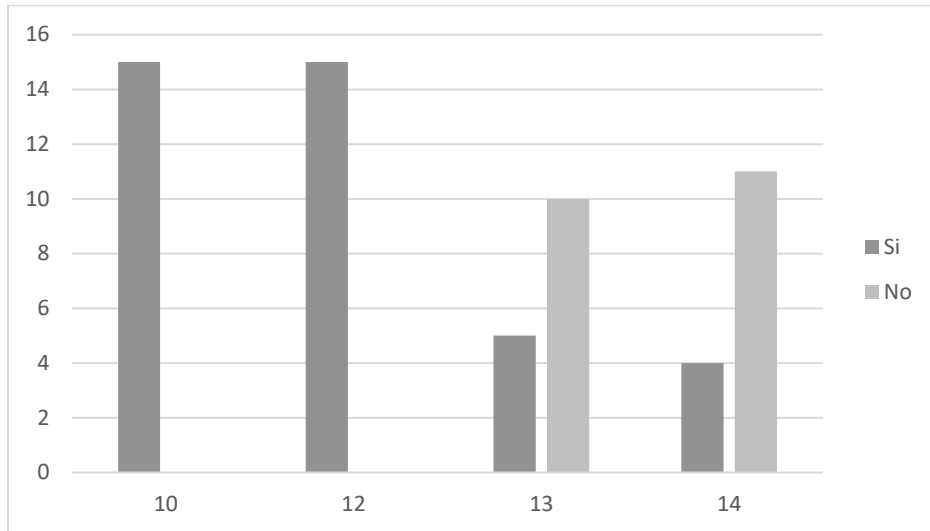
Distribución de frecuencias de respuestas de las preguntas 10 a 14 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019

No.	Pregunta	Si	No
10	¿Se limpia los dientes?	15	0
12	¿Usa pasta de dientes?	15	0
13	¿Usa hilo dental?	5	10
14	¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca?	4	11

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 10

Distribución de frecuencias de respuestas de las preguntas 10 a 14 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019



Fuente: Cuadro 13. Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

#### Análisis de Cuadro 13 y Gráfica 10:

La mayoría de personas, tenían el hábito de cepillarse los dientes con regularidad. Sin embargo, no tenían los conocimientos adecuados ni los hábitos para utilizar otros aditamentos para mejorar la salud de su boca.

### Cuadro 14

Distribución de frecuencias de respuestas de la pregunta 11 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019

No.	Pregunta	Más de 1 vez al día	Una vez al día	No me limpio
11	¿Con qué frecuencia se limpia los dientes?	14	1	0

Fuente: Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Gráfica 11

Distribución de frecuencias de respuestas de la pregunta 11 de las encuestas a padres de familia en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala entre junio de 2018 a mayo de 2019



Fuente: Cuadro 14. Registro de datos recabados durante el programa de EPS en el Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala 2018.

### Análisis de Cuadro 14 y Gráfica 11:

Existe educación en salud oral. Se distingue que más del 90% de los padres de familia o encargados se cepillan los dientes más de una vez al día.

## **Discusión de resultados**

Se pudo observar que en las encuestas la mayoría de personas estaban inconformes o no se sentían felices con la imagen de sus dientes y encías o prótesis. Esto, nos puede llevar a plantearnos muchas hipótesis. Una de estas es que, quizás, los padres de familia no tenían algún problema dental lo suficientemente serio, como dolor severo, que hiciera que estos se sintieran en la necesidad de acudir con un dentista para ser tratados. Podría ser por falta de tiempo, de interés o por escases económica que ellos no acudían al dentista para mejorar la imagen de sus dientes o encías. Con esto, podemos encontrar una relación con la salud oral de sus hijos, ya que el promedio del índice de CPOT, fue de 9. Este es un valor muy alto de caries dental y es de alarma ya que, aunque los padres de familia aseguraban tener hábitos de higiene oral, sus hijos estaban con índices de CPO severos.

Es importante destacar la importancia de la educación para la salud bucal para la adquisición de actitudes y hábitos saludables para poder mejorar su estado actual.

## CONCLUSIONES

- Existe una estrecha relación entre la percepción de higiene oral y el estado de la salud bucal de las personas. Este estudio corrobora esto, ya que a pesar de que los padres de familia afirmaban tener hábitos de higiene oral aceptables, no se sentían conformes con el aspecto de sus dientes y sus hijos estaban en un estado deficiente en salud oral.
- Se observó que las personas con el índice de CPO más alto fue la de 8 años. Esto tiene relación con el tiempo de las piezas dentarias en boca. La mayoría de niños con mayor edad, ya habían exfoliado sus primeros molares preliminares, por lo que las primeras premolares habían estado por muy poco tiempo en boca y no presentaban lesiones cariogénicas.
- Se descarta por completo el uso de hilo dental como método de limpieza bucal para los padres de familia; por este motivo, no tenían una correcta higiene oral.

## RECOMENDACIONES

- Sería interesante realizar estudios para comparar la percepción de higiene oral de los padres y el estado de salud periodontal de sus hijos, evaluando el índice de placa dentobacteriana y el estado de sus encías.
- Realizar el estudio con un número de muestra más grande para que los datos sean estadísticamente más significativos.
- Seguir fomentando la investigación epidemiológica como parte del programa de E.P.S.

## CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES

## **INTRODUCCIÓN**

Durante el EPS se dio atención dental de forma integral a estudiantes de diferentes escuelas públicas de San Marcos. Esta atención se brindó en la clínica dental del Club de Leones Marquense, San Marcos, durante el período de junio de 2018 a mayo de 2019.

Se atendió a un total de 91 estudiantes a los cuales fueron elegidos según su índice de CPO, atendiendo primero a los más altos.

A continuación, se presentarán cuadros, gráficas y un análisis de la atención brindada durante el EPS.



### **Cuadro 15**

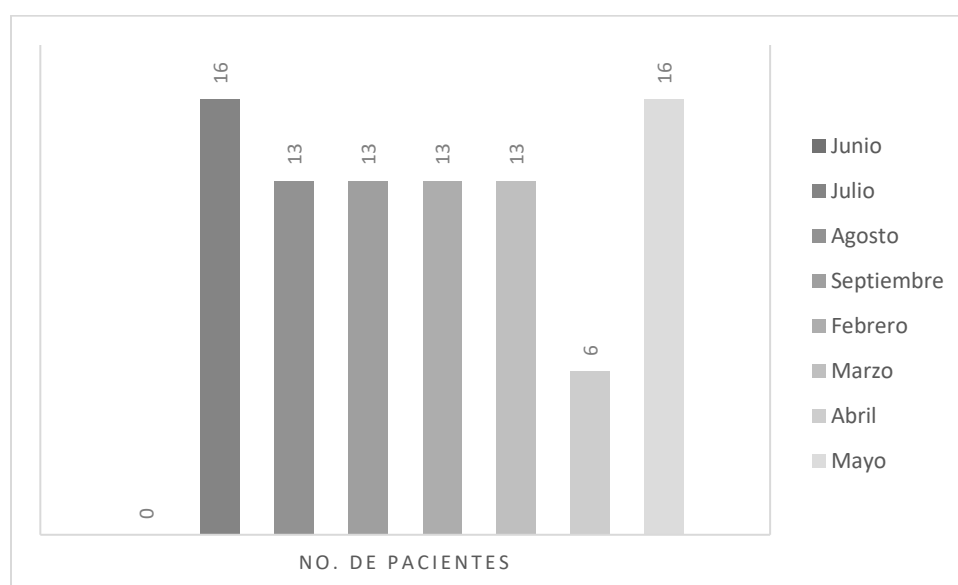
Número de pacientes atendidos entre Junio de 2018 a Mayo de 2019 en la Clínica dental del Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.

<b>MES</b>	<b>No. de Pacientes</b>
<b>Junio</b>	0
<b>Julio</b>	16
<b>Agosto</b>	13
<b>Septiembre</b>	13
<b>Febrero</b>	13
<b>Marzo</b>	13
<b>Abril</b>	6
<b>Mayo</b>	17
<b>TOTAL</b>	91

Fuente: Informes Mensuales de EPS.

**Gráfica 12**

Número de pacientes atendidos entre Junio de 2018 a Mayo de 2019 en la Clínica dental del Club de Leones Marquense, San Marcos, Guatemala.



Fuente: Cuadro 15.

**Análisis de Cuadro 15 y Gráfica 12:** se observa que, en el primer mes del EPS, no se logró terminar a ningún paciente integral. Esto fue por la falta de experiencia en la organización. Sin embargo, hubo una media de 13 pacientes mensuales integrales de forma mensual.

### Cuadro 16

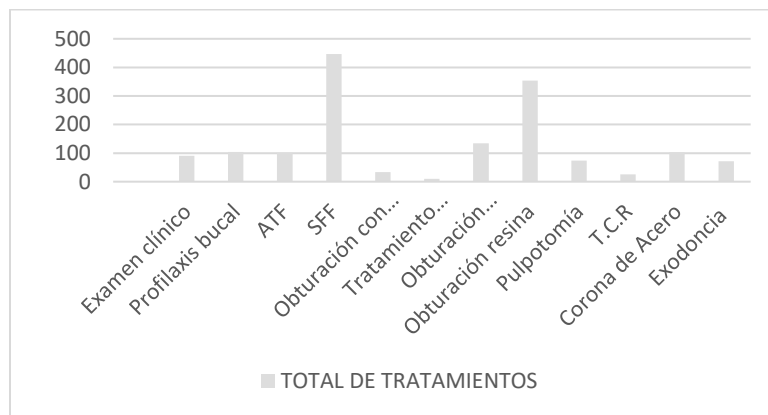
Número de tratamientos realizados entre junio de 2018 a mayo de 2019 en el Club de Leones, Marquense, San Marcos, Guatemala.

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
<b>Examen clínico</b>	0	16	13	13	13	13	6	16	90
<b>Profilaxis bucal</b>	0	17	15	16	16	17	7	16	104
<b>ATF</b>	0	16	13	16	16	17	7	16	101
<b>SFF</b>	0	102	101	86	81	42	3	32	447
<b>Obturación con Ionómero de Vidrio</b>	0	12	12	9	0	0	0	0	33
<b>Tratamiento periodontal</b>	0	1	2	2	3	2	0	0	10
<b>Obturación amalgama</b>	0	14	14	23	13	21	16	33	134
<b>Obturación resina</b>	0	66	50	49	58	37	14	80	354
<b>Pulpotomía</b>	0	4	5	20	15	15	4	11	74
<b>T.C.R</b>	0	0	4	7	3	1	0	11	26
<b>Corona de Acero</b>	0	3	7	27	21	20	6	19	103
<b>Exodoncia</b>	0	5	7	8	13	15	3	20	71
<b>TOTAL</b>									1547

Fuente: Datos recabados en los Informes Mensuales realizados durante el Ejercicio Profesional Supervisado.

### Gráfica 13

Total de tratamientos realizados entre junio de 2018 a mayo de 2019 en el Club de Leones, Marquense, San Marcos, Guatemala.



Fuente: Cuadro 16.

**Análisis del Cuadro 16 y la Tabla 13:** se observa que el tratamiento que más prevaleció durante el Ejercicio Profesional Supervisado fue el de la colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras. Esto puede deberse a que los programas de prevención han sido de mucha ayuda para los niños de las diferentes escuelas. Sin embargo, también hubo un gran número de tratamientos restaurativos.

## **CONCLUSIONES**

- Se logró cumplir con la meta de atender a 91 pacientes durante el EPS.
- Se realizaron al finalizar el programa de la clínica integral del EPS 1547 tratamientos en pacientes de nivel escolar.
- El tratamiento que más se realizó en el EPS fue el de la colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras.

## **RECOMENDACIONES**

1. A la Universidad de San Carlos de Guatemala, aumentar la cantidad de materiales para aumentar la cantidad de tratamientos en pacientes.
2. Al Club de Leones Marquense, que se incluya más escuelas para poder abarcar un mayor número de niños que necesitan del tratamiento dental.
3. Mejor paga por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social al odontólogo practicante que realiza su Ejercicio Profesional Supervisado.

## ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

## **INTRODUCCIÓN**

Parte de los objetivos en el curso de Administración del Consultorio, se encuentra el programa de capacitación al personal auxiliar. Este programa se basó en enseñar de forma teórico/práctico los deberes básicos de la asistente dental.

Las funciones de una asistente dental se han vuelto fundamentales para la buena atención del paciente ya que ésta se encarga de agilizar los tratamientos dentales, sirve como una extensión del odontólogo para el traslado de instrumentos como el de la preparación de materiales dentales que serán utilizados en ese instante.

Además de esto, la asistente dental es la primera persona que tiene contacto con el paciente; por este motivo, la capacitación de la asistente dental va más allá de trasladar conocimientos básicos, se basa también en educar con valores para una correcta atención a los pacientes.

## DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA CAPACITACIÓN AL PERSONAL AUXILIAR

### Datos Generales de la Asistente Dental del Club de Leones, Marquense:

- **Nombre:** Estefani Del Pilar López
- **Edad:** 24 años.
- **Idiomas:** español
- **Experiencia Laboral:** mesera en un restaurante. Nunca había sido asistente dental.

La capacitación a Estefani, se llevó a cabo una vez a la semana durante 8 meses, se cumplió semanalmente con la revisión de todo el capítulo a tratar en el mes. La capacitación se basó en leer, junto con Estefani, el “Manual de la Asistente Dental”, resolver dudas durante el tema y enseñar de forma práctica la teoría.

No existió complicación para entender los temas ya que Estefani, aprendía ágilmente, a pesar de que no tuviera experiencia en trabajar como asistente dental. Cada mes, se realizaban evaluaciones para corroborar si había logrado comprender de forma clara, los temas que se trataban.



### **Cuadro 17**

Temas impartidos durante la Capacitación del Personal Auxiliar en el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado y punteo obtenido por la Asistente Dental.

<b>Mes</b>	<b>Tema</b>	<b>Punteo</b>
Junio	Funciones del asistente dental	100 puntos
Julio	Equipo de uso dental	100 puntos
Agosto	Prevención de enfermedades	100 puntos
Septiembre	Instrumental para uso dental	100 puntos
Febrero	Morfología dental	100 puntos
Marzo	Transferencia instrumental	100 puntos
Abril	Materiales de uso dental	100 puntos
Mayo	Enfermedades dentales	95 puntos

## **CONCLUSIONES**

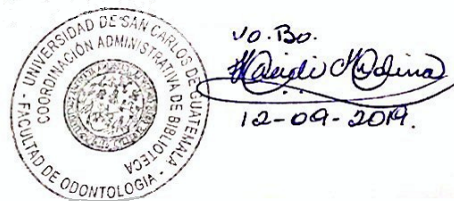
- La capacitación al personal auxiliar de una clínica dental es fundamental para que la práctica clínica sea óptima y no haya deficiencias en la atención de pacientes.
- La capacitación teórica/práctico es esencial para facilitar el aprendizaje de los temas tratados durante todos los meses del programa de E.P.S.
- Los momentos de enseñanza con la asistente dental, ayudan a mejorar la comunicación que se tiene con ella para que haya un ambiente más tranquilo y ordenado al momento de trabajar juntos.

## **RECOMENDACIONES**

- Mejorar la redacción de las evaluaciones, utilizar terminología más sencilla para la asistente dental.
- Mejorar la repartición de temas para facilitar el aprendizaje con la asistente dental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Albandar, J. (2002). **Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases**. Periodontology 2000. 29:177-209.
- 2) Al-Shammar, K. (2007). **Self-reported oral hygiene habits and oral health problems of Kuwaiti adults**. Medical Principles and Practice. 16:15-21.
- 3) Arce, B. (2016). **Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal**. Tesis (Doctoral). España: Universidad Complutense de Madrid. p.p. 1-133.
- 4) Armitage, G. C. (2002). **Classifying periodontal diseases: a long-standing dilemma**. Periodontology 2000. 30:9-23.
- 5) Baehni, P. C. and Takeuchi, Y. (2003). **Anti-plaque agents in the prevention of biofilm-associated oral diseases**. Oral Dis. 9(1):23-29.
- 6) Bei Wu. (2011). **Differences in self-reported oral health among community-dwelling black, Hispanic, and white elders**. Journal of Aging and Health. 23:267-288.
- 7) Bergenholtz, A. and Olsson, A. (1984). **Efficacy of plaque-removal using interdental brushes and waxed dental floss**. Scand. J. Dent. Res. 92:198-203.
- 8) Borrell, L. (2006). **Socioeconomic disadvantage and periodontal disease: the dental atherosclerosis risk in communities study**. Am. J. Public Health. 96:332-339.
- 9) 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 2 yr**. Eur. J. Oral Sci. 120(5):422-428.
- 10) Charles, C. (2012). **Increasing antiplaque/antigingivitis efficacy of an essential oil mouthrinse over time: an in vivo study**. General Dentistry. 61(1):23-28.
- 11) Kornman, K. S. and Loe, H. (1993). **The role of local factors in the etiology of periodontal diseases**. Periodontology 2000. 2:



- 12) Navarro, I. (2010), **Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla la Mancha**. Tesis (Doctoral). España: Universidad Complutense de Madrid. p.p. 3-76.
- 13) Petersen, P. (2005). **Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach**. J. Periodontol, 76(12):2187-2193.
- 14) WHO (World Health Organization) (2003). **Continuous Improvement of Oral Health in the 21<sup>st</sup> century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva: The Organization. 20 p.



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



Pablo Elías Serech Van Haute

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

Vo. Bo., imprimase \_\_\_\_\_



Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

Secretario Académico

Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos de Guatemala

