

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN, EL
PROGRESO JUNIO 2018 – OCTUBRE 2018 Y SANARATE, EL PROGRESO
FEBRERO 2019 – JUNIO 2019

Presentado por:

MONICA VALESKA LÓPEZ RAMOS

Ante el Tribunal Examinador de la Facultad de Odontología de la Universidad
de San Carlos de Guatemala, que practicó el Examen General Público, previo a
optar al Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, septiembre 2019

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN, EL
PROGRESO JUNIO 2018 – OCTUBRE 2018 Y SANARATE, EL PROGRESO
FEBRERO 2019 – JUNIO 2019

Presentado por:

MONICA VALESKA LÓPEZ RAMOS

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 el título de:

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, septiembre 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 ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal :	Dra. Rosy Marcella del Águila Asmiel
Secretario Académico:	Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

ACTO QUE DEDICO

A Dios	Por renovar mis fuerzas cada mañana y nunca soltar mi mano durante este camino tan largo, por las bendiciones y milagros que me regala día con día.
A la Virgen María	Por siempre escucharme e interceder por cada una de mis plegarias.
A mi padre	Quien con tanto amor y sacrificio me ha apoyado incondicionalmente, gracias por enseñarme que hay que luchar para lograr nuestros sueños, por enseñarme el verdadero concepto de humildad y de amor al prójimo, eres el mayor ejemplo para nunca darme por vencida.
A mi madre	Quien con tan sólo un abrazo hace que mi corazón explote de amor, quien ha estado a mi lado sin importar cual sea la situación y ha limpiado mis lágrimas aconsejándome para ser una mujer de bien. Gracias por haber sido mi paciente estrella.
A mi hermano	Mi mayor ejemplo de lucha y superación, gracias por alegrar cada uno de mis días.
A mi hermana	Por ser mi mejor amiga y mi mayor compañía, gracias por todo el amor y apoyo incondicional que recibo de ti.
A Alejandro	Por estar conmigo en todo momento, brindándome amor y apoyo incondicional, por alentarme a no rendirme y darme ánimos cuando ya no podía más. Gracias por ayudarme a alcanzar este logro.
A mi demás familia	Principalmente a mi abuelo Mario, a quien antes de fallecer le prometí que lo iba a lograr y hoy lo estoy cumpliendo.
A mis amigos	Con quienes compartimos el mismo sentimiento de amor por la odontología, con quienes hemos reído, llorado, desvelado, bailado,

	<p>viajado y realizado un sinnúmero de actividades que se llevan siempre en el corazón, especialmente a Leonela, Debbie, Karla, Mariandré y Carlos. Gracias a todos los que han estado conmigo de manera incondicional. También a mis amigos fuera del ámbito odontológico, por apoyarme y alentarme a seguir adelante.</p>
A mis catedráticos	<p>Quienes con su entrega y dedicación me ayudaron en mi formación académica, especialmente con quienes formé un lazo de amistad.</p>
A la USAC	<p>A mí amada Facultad de Odontología, por ser mi segunda casa durante tantos años, dándome la dicha de realizarme como profesional.</p>
	<p>A todos los que me acompañan en este día, gracias por su apoyo y sus muestras de afecto. Gracias a todos por creer en mí.</p>

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 San Agustín Acasaguastlán, El Progreso de junio 2018 a octubre 2018 y en Sanarate, El Progreso, de febrero 2019 a junio 2019, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO	1
ANTECEDENTES.....	3
PROYECTO COMUNITARIO	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO ESPECÍFICO	6
OBJETIVOS GENERALES	6
METODOLOGÍA.....	7
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	8
RECURSOS	9
RESULTADOS	10
LIMITACIONES O DIFICULTADES	14
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO COMUNITARIO	15
PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA	16
INTRODUCCIÓN	17
OBJETIVO ESPECÍFICO	18
OBJETIVOS GENERALES	18
RECURSOS	19
RESULTADOS	20
LIMITACIONES Y DIFICULTADES.....	26
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN.....	26
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	27
RESUMEN	28
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES ..	29
METAS.....	29
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	30
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	38
INVESTIGACIÓN ÚNICA	39
INTRODUCCIÓN	40
METODOLOGÍA.....	41
TRABAJO DE CAMPO.....	42

RESULTADOS	51
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	64
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL	65
RESUMEN	66
RESULTADOS	67
ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	69
INTRODUCCIÓN	70
HORARIOS	71
CAPACITACIÓN A LA ASISTENTE DENTAL.....	72
CONCLUSIONES.....	74
RECOMIENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

SUMARIO

El presente documento contiene de manera detallada cada una de las actividades realizadas durante el Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en San Agustín Acasaguastlán, El Progreso de junio 2018 a octubre 2018; y en Sanarate, El Progreso, de febrero 2019 a junio 2019, el cual se lleva a cabo durante el sexto año de la carrera.

Durante los ocho meses en las comunidades, se buscó de diferentes maneras poder involucrarse y beneficiar a la población. Se llevó a cabo diferentes programas que a continuación se resumen:

En el programa de Actividades Comunitarias se realizó el mejoramiento y reparación de los servicios sanitarios de la “Escuela Oficial Rural Mixta PEM Oscar Arnoldo Conde Flores”, en donde los principales beneficiados fueron los alumnos del área de Pre-primaria.

Para tener un mejor ambiente de trabajo y brindar un mejor servicio a la población que buscaba atención odontológica en la clínica dental, se realizó diferentes mejoras como la colocación de una repisa de madera, muebles plásticos organizadores para tener en orden los diferentes materiales e instrumentos, se contrató a un técnico para realizarle servicio a la unidad y el compresor dental, se cambió la manguera del lava trastos y se pintó la parte externa de la clínica dental.

Con el programa de Prevención de Enfermedades Dentales se trabajó con tres sub programas: El primero eran enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%, el cual se realizaba una vez a la semana; el segundo era educación en salud bucal, en donde se impartió charlas con mantas vinílicas y/o carteles y se explicó a los alumnos lo necesario para poder mantener una salud bucodental adecuada. El tercero fue la aplicación de sellantes de fosas y fisuras, en el cual se trabajó a niños principalmente de primero a tercero primaria, y se logró así que en sus molares recién eruptadas se disminuyera el riesgo de padecer una de las enfermedades más comunes en boca, la caries dental.

Se llevó a cabo una Investigación Única denominada “Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de padres de familia y su relación con el estado de salud bucal de una muestra de escolares del sector público de Guatemala, 2018”, se trabajó con una muestra de 15 escolares de la Escuela Oficial Rural Mixta Pablo Jiménez Cruz, ubicada en San Agustín Acasaguastlán en el departamento de El Progreso, comprendidos entre las edades de 6 a 10 años, a quienes se les realizaron visitas domiciliarias para poder realizar las respectivas encuestas a los padres de familia.

Se brindó Atención Clínica Integral a un total de 83 pacientes escolares, a quienes se les realizó diferentes trabajos dentales para mantener la cavidad oral de cada uno de ellos, 0 caries, fueron estos: examen clínico: 83, profilaxis bucal: 83, aplicación tópica de flúor: 83, sellantes de fosas y fisuras: 162, obturación de IV: 1, tratamiento periodontal: 6, obturación de amalgama: 82, obturación de resina compuesta: 374, extracciones dentales:17, para un total de 891 tratamientos dentales.

En el programa de Administración del Consultorio se realizó un horario de actividades, se llevaba el control de las citas en un libro diario. También se realizó la capacitación del personal auxiliar, para que pudiera cumplir con sus labores como asistente dental, y ayudara al odontólogo a minimizar tiempo y ser más productivo. Esta capacitación se llevó a cabo con ayuda del manual brindado por el área de OSP. También se trabajó en el manejo de desechos, así como en un protocolo de esterilización.

ANTECEDENTES

El Progreso es un departamento que se encuentra situado en la región nororiental de República de Guatemala, su cabecera departamental es Guastatoya,

El municipio de San Agustín Acasaguastlán pertenece al departamento de El Progreso, en la región nororiental de la República de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 358 km². El municipio cuenta con altitudes variadas, ya que van de los 290 a los 1,790 msnm. Se encuentra a una distancia de 92 Kms. de la ciudad de Guatemala y a 21 Kms. de la cabecera municipal. Su fiesta patronal es en honor a San Agustín de Hipona y se celebra del 24 al 30 de agosto, el día principal es el 28.

El municipio de Sanarate se encuentra en el departamento de El Progreso, de la República de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de 283 km². Se ubica a una distancia de 19 kilómetros de la cabecera departamental y a 56 kilómetros de la ciudad capital. Se tiene por costumbre celebrar la feria durante los días 9, 10 y 11 de noviembre, en los que tienen lugar eventos religiosos, sociales, culturales, deportivos y exposiciones y jaripeos o montas de ganado bovino, en honor a la Virgen del Rosario.

PROYECTO COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

El Ejercicio Profesional Supervisado dio inicio en Asociación Santa María de Los Ángeles (ASMADELA) en San Agustín Acasaguastlán, El Progreso. El proyecto comunitario se llevaría a cabo en la Escuela Oficial Rural Mixta Pablo Jiménez Cruz, donde se hizo el análisis de las instalaciones, la gestión de los permisos necesarios, una reunión con padres de familia, quienes apoyarían con mano de obra, se realizó una rifa para la recaudación de fondos. Sin embargo, no fue posible continuar debido a problemas con el personal de la Asociación, quienes tramitaron el traslado al Centro de Atención Permanente de Sanarate, El Progreso, en donde sí se logró culminar exitosamente dicho proyecto.

La escuela en donde se llevó a cabo esta actividad fue la “Escuela Oficial Rural Mixta PEM Oscar Arnoldo Conde Flores”.

El proyecto trató acerca del mejoramiento y reparación de los servicios sanitarios de los niños de pre-primaria, ya que las condiciones de éstos no eran las adecuadas para quienes hacían uso de estas instalaciones. No contaban con energía eléctrica, por lo que los niños realizaban sus necesidades fisiológicas con la puerta abierta ya que al cerrar quedaba todo en completa oscuridad; carecían de tapaderas en los inodoros, los basureros no contaban con tapadera tampoco por lo que los papeles se encontraban a simple vista. Esto provocaba que fuera poco agradable a la vista de quienes entraban a utilizar el servicio sanitario y despedía un olor desagradable. Toda esta situación, a su vez, atraía la presencia de moscas y otros roedores junto con diferentes enfermedades por la misma falta de higiene.

Cuando se terminó de pintar ambos servicios sanitarios sobró pintura, por lo que se tomó la decisión de pintar la parte externa de la bodega, de la cocina, así como sus puertas y el área en donde está la pila y el balcón.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Mejorar las instalaciones de los servicios sanitarios del área de preprimaria de la Escuela Oficial Rural PEM Oscar Arnoldo Conde Flores.

OBJETIVOS GENERALES

- Que los alumnos puedan contar con energía eléctrica y no se queden en completa oscuridad al cerrar la puerta cuando utilizan los servicios sanitarios.
- Crear un ambiente agradable e higiénico para quienes utilicen los servicios sanitarios.
- Colocar tapaderas en los inodoros y basureros plásticos que también contengan tapadera.
- Evitar la propagación de enfermedades.
- Evitar que salga mal olor de los servicios sanitarios.
- Facilitar la limpieza de los servicios sanitarios.

METODOLOGÍA

Diagnóstico comunitario:

- Carencia de instalaciones adecuadas e higiénicas en los servicios sanitarios del área de preprimaria de la Escuela Oficial Rural PEM Oscar Arnoldo Conde Flores.

Gestiones que se realizaron

- Permisos con la directora de la escuela.
- Cotización, solicitud de donaciones y compra de materiales a utilizar.
- Se solicitó un electricista y un albañil a la municipalidad de Sanarate.

Población que se benefició

- Alumnos a nivel preprimario de la Escuela.

Al llegar a la comunidad se realizó un análisis de las tres escuelas que se encuentran incluidas en los programas. Luego de ya tener aprobado el anteproyecto comunitario, se envió una carta al alcalde de Sanarate a quién se le solicitó su colaboración con personal para realizar las obras. Debido a que la asistente dental es familiar de la dueña del comercial Mercedes, se pudo realizar la gestión de las donaciones de insumos para los servicios sanitarios. Ya que estaba todo el proyecto gestionado y las compras realizadas, se llevó a cabo intercalando ambas jornadas, matutina y vespertina, debido a que los alumnos no se podían quedar sin un baño para utilizar en sus jornadas de clases.

La colocación de la energía eléctrica la realizaron dos electricistas por parte de la municipalidad de Sanarate.

La colocación de las tapaderas en los servicios sanitarios y la colocación de basureros nuevos se corrió por cuenta de la epesista.

La colocación del piso cerámico la realizó un albañil por parte de la municipalidad de Sanarate.

La aplicación de la pintura en las instalaciones se llevó a cabo con la colaboración de la directora, dos maestras monitoras y la odontóloga practicante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

JUNIO: Evaluación de instalaciones y propuesta de proyecto

JULIO: Planificación de proyecto

AGOSTO: Gestión de permisos y apoyo que se recibió

SEPTIEMBRE: rifa para recaudación de fondos

Aquí se realizó el cambio de comunidad.

FEBRERO: Gestión de permisos, gestión de apoyo recibido por parte de la municipalidad y ferretería Mercedes, compra de materiales, instalación de luz eléctrica.

MARZO: Colocación de tapaderas en los inodoros y basureros plásticos con tapaderas.

ABRIL: Colocación de piso cerámico en ambos servicios sanitarios.

MAYO: Aplicación de pintura en la parte interna y externa de los sanitarios, se pintaron las columnas que quedan afuera de los sanitarios, la parte externa de bodega, de cocina y el área donde se encuentra la pila. Se pintaron las puertas de sanitarios, bodega, cocina y balcón.

Charlas para crear conciencia en los niños y que se les de buen uso a los servicios sanitarios. Inauguración de proyecto.

RECURSOS

- Por parte de la Municipalidad de Sanarate se enviaron 2 electricistas, quienes indicaron lo que se necesitaba para realizar la instalación de la luz eléctrica. La estudiante realizó las compras necesarias en la Ferretería El Colonizador, se gastó un total de Q105.50.
- Se recibió por parte de un trabajador de Hispacensa (hermano del guardián del centro de salud) una donación de saldos de azulejos, los cuales se colocaron en ambos servicios sanitarios.
- El Comercial Mercedes donó las tapaderas de ambos inodoros, los dos basureros plásticos y el cemento y la sisa para colocar el azulejo.
- Por parte de la Municipalidad de Sanarate se recibió apoyo del alcalde, quien envió un albañil para poder realizar la colocación del piso cerámico.
- La pintura para paredes y puertas se compró en Novex, por un total de Q198 y Q21 de brochas.

Especificación de gastos realizados

INSUMOS	PRECIO
2 interruptores	Q19.50
4 metros de cable	Q28.00
2 cajas metálicas octagonales	Q8.00
2 plafoneras	Q10.00
2 bombillas	Q40.00
*18 azulejos	Q270.00
*2 tapaderas de inodoros	Q190.00
*2 basureros plásticos	Q50.00
2 galones de pintura	Q198.00
2 brochas	Q21.00
TOTAL	Q834.50

NOTA: Los cuadros con asteriscos fueron donaciones recibidas

RESULTADOS

Figuras 1, 2. Baños de Pre-primaria de Escuela Oficial Urbana Mixta PEM Oscar Arnolfo Conde Flores antes de ser remodelados.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 3 y 4. Primeras dos puertas: baños de Pre-primaria. Tercera puerta: bodega. Cuarta puerta cocina.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 5 y 6. Mejoras en servicios sanitarios terminadas.



Fuente: Elaboración propia

Figura 7, 8 y 9. Parte exterior de servicios sanitarios, bodega, cocina y balcón, finalizados



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Charlas a alumnos beneficiados para crear conciencia sobre lo importante que es cuidar sus nuevas instalaciones.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 11 y 12. Inauguración del proyecto comunitario.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

LIMITACIONES O DIFICULTADES

La principal dificultad que se encontró para realizar el proyecto comunitario fue el cambio de comunidad, ya que todo marchaba correctamente hasta que surgieron problemas y no fue posible continuar el programa en la Asociación en donde se estaba llevando a cabo el EPS. Con decisión y buena voluntad se pudo realizar todo tal como se planeó.

En la escuela seleccionada para llevar a cabo el proyecto comunitario en Sanarate, el primer inconveniente que se encontró fue que los baños eran utilizados por la jornada matutina y vespertina, y la directora de la jornada vespertina tuvo poca colaboración. No favorecía que se avanzara ya que argumentaba que al trabajar los dos servicios sanitarios al mismo tiempo los niños pequeños no tendrían donde entrar a hacer sus necesidades fisiológicas y que no podían ir a los baños de los niños de primaria, (los cuales les quedaban cerca y una maestra podía acompañarlos). Por esta razón, fue necesario trabajar de manera simultánea cada baño o en algunas ocasiones trabajar únicamente por las mañanas.

El segundo inconveniente fue que el director del centro de salud ofreció brindar la pintura, lo cual no lo cumplió, por lo que se tomó la decisión de realizar la compra por parte de la odontóloga practicante, para poder trabajar según la calendarización programada.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO COMUNITARIO

Entre las experiencias vividas durante estos meses del ejercicio Profesional Supervisado, al momento de visitar las escuelas para dar flúor y charlas a los escolares, existió la necesidad de utilizar los servicios sanitarios. Fue entonces, que se pudo determinar que los mismos no presentaban un ambiente agradable ni adecuado para quienes los utilizan. En esta ocasión, los niños más afectados eran los más pequeños, ya que pre-primaria tiene sus servicios sanitarios separados a los de los alumnos de primaria. Estos baños carecían de aspectos básicos, que los baños de primaria sí tenían.

Los servicios sanitarios en zonas rurales son una alternativa práctica para poder mantener un ambiente agradable, sano, sin riesgo de contaminación y que proporcione el bienestar que los humanos merecen.

El disponer de este servicio contribuye a la disminución de los riesgos de enfermedades en la población, así como, la contaminación del agua, suelo y aire; además favorece a que existan unas mejores condiciones para la salud.

Sí se logró cumplir con todos los objetivos de dicho proyecto, se culminó de manera satisfactoria. Se benefició directamente a los alumnos del área de Pre-primaria de la Escuela Oscar Arnoldo Conde Flores.

PROYECTO DE MEJORAS A LA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Para poder llevar a cabo de manera exitosa el Ejercicio Profesional Supervisado, es necesario e indispensable trabajar en un ambiente cómodo y agradable, en donde se pueda atender de manera eficaz y con la mejor actitud a los pacientes que visiten la misma.

Los primeros cuatro meses de Ejercicio profesional supervisado se llevó a cabo en la Asociación Santa María de los Ángeles, ASMADELA, en San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, en donde la clínica se encontraba en muy buenas condiciones: la unidad dental funcionaba a la perfección, los taburetes dentales trabajaban correctamente, el compresor no presentaba ningún problema.

Los cuatro meses restantes se culminaron en el Centro de Atención Permanente en Sanarate, El Progreso, en donde la clínica dental se encontró en mal estado, debido a que los cuatro meses que no se laboró se estuvo utilizando como bodega, por lo que estaba llena de muebles, llena de polvo y desordenada, la unidad dental y el compresor no funcionaban correctamente, entre otras deficiencias que se encontraron.

Se realizó proyectos en los cuales se logró cambiar el aspecto y mantener un ambiente agradable.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Mejorar el equipo dental y ambiente en la Clínica, velar por el adecuado funcionamiento de todo el equipo.

OBJETIVOS GENERALES

- Lograr crear un espacio en el que se pueda trabajar de manera limpia, segura y acogedora.
- Que los pacientes que acudan a la clínica por servicios dentales se sientan cómodos en el área de trabajo.
- Darle mantenimiento a la unidad y al compresor dental para asegurar su buen funcionamiento.

RECURSOS

Los primeros meses que se trabajó en ASMADELA, la estudiante contaba con el 20% de lo que se cobraba en cada tratamiento dental, más los Q1000 de la bolsa de estudios, con estos ingresos se logró realizar las mejoras necesarias en la clínica dental.

Debido a que los cuatro últimos meses del EPS no se trabajó individual no fue posible recaudar fondos para mejoras en la clínica de Sanarate, por lo que los gastos realizados corrieron por cuenta de la estudiante. El Centro de Atención Permanente colaboró con la pintura de la parte externa de la clínica.

Especificación de gastos realizados

INSUMOS	PRECIO
2 guantes de hule	Q16.00
*Manguera de lavatrastos	Q24.50
Mueble plástico	Q24.00
Repisa de madera	Q75.00
Mantenimiento de unidad	Q550.00
Mantenimiento de compresor dental	Q250.00
Organizador plástico	Q24.00
*Argolla metálica para puerta	Q35.00
*Pintura de parte exterior de la clínica	Q196.00
TOTAL	Q194.50

NOTA: los incisos con asterisco fueron donaciones.

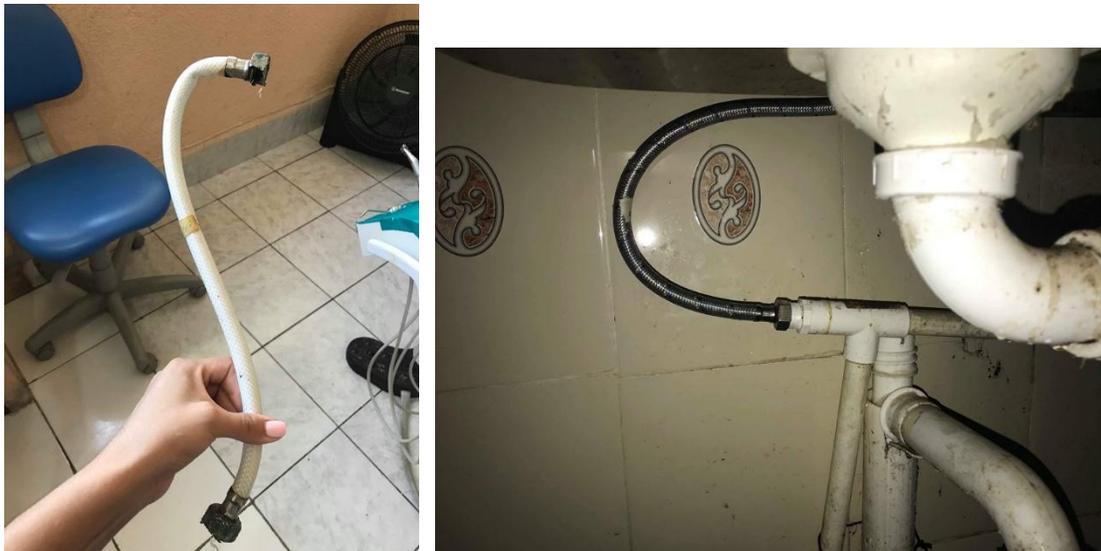
RESULTADOS

Figuras 13 y 14. Cambio de guantes de látex por guantes reutilizables para poder lavar el instrumental, en ambas clínicas dentales.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 15 y 16. Cambio de manguera del lavatrastos por fuga, en clínica de ASMADELA.



Fuente: Elaboración propia

Figura 17 y 18. Cambio de recipiente a mueble plástico para colocar ordenadamente instrumental de exodoncia en clínica dental de ASMADELA.



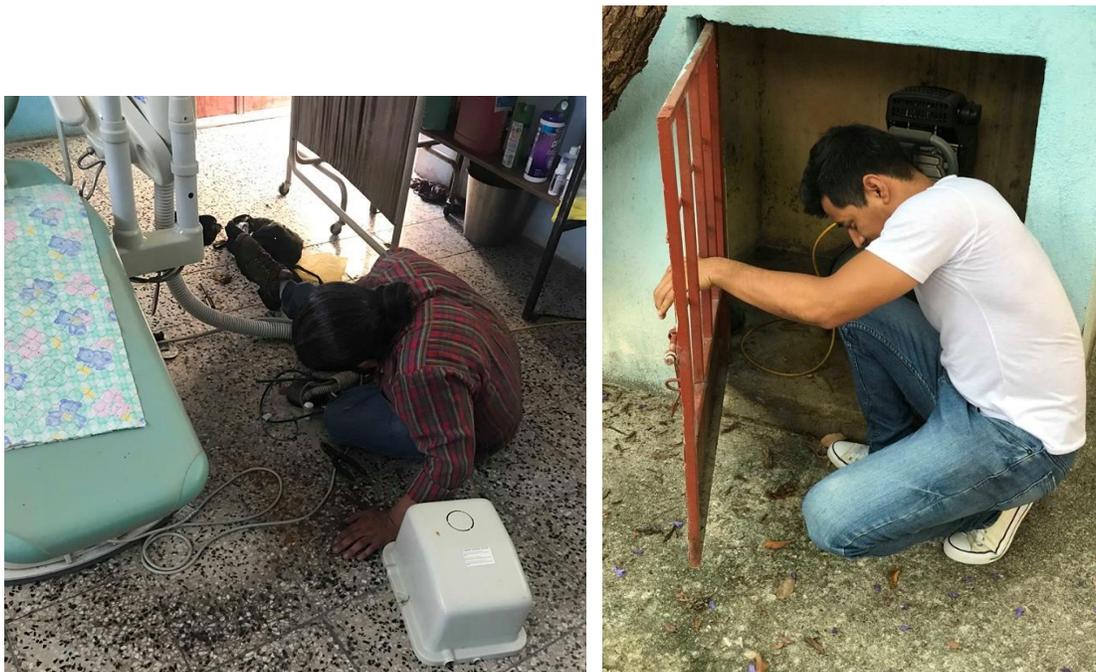
Fuente: Elaboración propia

Figura 19 y 20. Colocación de repisa de madera para colocar diferentes botes en clínica dental de ASMADELA.



Fuente: Elaboración propia

Figura 21 y 22. Servicio de mantenimiento de unidad dental y compresor en clínica dental en Sanarate.



Fuente: Elaboración propia

Figura 23. Compra de organizador plástico para materiales dentales en clínica dental de Sanarate.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 24, 25 y 26. Antes de ordenar y realizar mejoras en Clínica Dental de Centro de Atención Permanente en Sanarate.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 27 y 28. Después de ordenar y realizar mejoras en Clínica Dental de Centro de Atención Permanente en Sanarate.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 29 y 30. Antes y después de colocar argolla para colocar un candado en puerta que da hacia la calle en Clínica dental de Centro de Atención Permanente en Sanarate.



Fuente: Elaboración propia

Figuras 31 y 32. Antes y después de pintar la parte externa de Clínica Dental de Centro de Atención Permanente en Sanarate.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Figura 33. Colocación de espejo en unidad dental.



Fuente: Elaboración propia

LIMITACIONES Y DIFICULTADES

Mientras se laboró en Centro de Atención permanente de Sanarate, se encontró mitaciones e inconvenientes. Las mangueras de la unidad dental estaban tapadas y la succión no funcionaba. Por esta razón, se habló al área de OSP para solicitar ayuda y que enviaran a un técnico para la reparación. El área de OSP respondió que el Centro de Salud tenía que hacerse cargo, por lo que se habló con las autoridades del Centro de Salud. Éstos, argumentaron que no tenían ninguna responsabilidad ya que de su parte sólo dependía autorizar el uso del área para llevar a cabo las prácticas. De esta manera, los gastos corrieron por parte de la estudiante. Cuando la unidad ya estuvo en funcionamiento, no se tuvo la oportunidad de trabajar individual para poder obtener ayuda económica para los múltiples gastos que se tenían que realizar en las mejoras y compra de materiales. Así, también la estudiante tuvo que costear el pago de mantenimiento para el compresor debido a que desde que se compró nunca se había drenado. También se habló para solicitar apoyo con esa situación y no se recibió ninguna respuesta positiva.

En la clínica dental de Centro de Salud de Sanarate no se recibió ningún apoyo por parte de las autoridades, ya que ellos aducen no tener responsabilidad sobre la clínica; a pesar de ser el pueblo de Sanarate el beneficiado con este programa.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La clínica ubicada en Asociación Santa María de Los Ángeles se encuentra en óptimas condiciones, todo el equipo dental funciona de manera correcta, cuenta con todo el instrumental necesario para trabajar y se encuentra en muy buen estado. Si algo llega a dejar de funcionar las autoridades sí se hacen responsables y velan por solucionar el problema.

A pesar de los inconvenientes presentados en la clínica de Sanarate, se logró crear un ambiente de trabajo agradable y tener una unidad dental funcional al igual que el compresor. El aspecto físico de la clínica mejoró de gran manera, lo que favoreció a que las personas que acuden a la misma se sintieran más cómodas, ya que no hay nada mejor que estar en un ambiente agradable a la vista.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en 2 comunidades diferentes. Los primeros cuatro meses en la Asociación Santa María de los Ángeles (ASMADELA), San Agustín Acasaguastlán, El Progreso; los siguientes cuatro meses en el Centro de Atención Permanente de Sanarate, El Progreso.

En el primer período, se llevó a cabo el programa de prevención con tres escuelas: Escuela Oficial Urbana Mixta Pablo Jiménez Cruz, Escuela Oficial Rural Mixta Barrio El Tamarindo y Escuela Oficial Rural Mixta Llano de Jesús.

Los cuatro meses restantes se trabajó con tres escuelas también: Escuela Oficial Urbana Mixta Oscar Arnoldo Conde Flores No. 1, Escuela Oficial Urbana Mixta No. 2 y Escuela Oficial Rural Mixta Cerrito de Fuego.

El programa de prevención de enfermedades bucales contó con tres subprogramas:

Enjuagatorios con Fluoruro de Sodio al 0.2%

Se preparó 20 pastillas de Flúor en un galón de agua. Los enjuagues se realizaron los miércoles, con ayuda de la asistente dental y los maestros monitores de cada salón de clases. Se llevaba un orden y se pasaba a cada aula, los alumnos tenían que hacer enjuagues por 4 a 5 minutos y salir a escupir, luego de eso no podían comer ni beber nada durante los siguientes 30 minutos.

Educación en Salud

Se impartió diferentes charlas sobre salud bucal con carteles y mantas vinílicas, cada una con el vocabulario adecuado según la edad de los alumnos. Después, se procedía a realizar una actividad para corroborar que sí hubieran comprendido el contenido.

Colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras

Se realizó un banco de pacientes, y se dio prioridad a los grados de primero a tercero primaria. Se ayudó así a proteger sus nuevas piezas permanentes de una de las enfermedades más comunes en la cavidad oral, la caries dental. Hubo casos en los que alumnos de otros grados, tenía su boca sin ninguna caries, por lo que a pesar de la edad también se les incluyó dentro del programa.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficiar a los escolares y adolescentes del lugar donde se desarrolló el programa Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S).

- Diseñar un programa de Prevención de Enfermedades Bucales de acuerdo con las necesidades de la población en donde se realizó el programa de Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), por medio de:
 - Enjuagues con Fluoruro de Sodio al 0.2%.
 - Educación en Salud.
 - Sellantes de Fosas y Fisuras.

- Aplicar los métodos y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población.

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

- Evaluar el alcance de los objetivos propuestos.

METAS

Brindar charlas y ayudar a orientar a quienes las recibían, para poder mejorar su salud bucal, explicar técnicas de cepillado, uso correcto de hilo dental, como el tipo de alimentos que se deben ingerir y cuales se deben evitar, entre otros.

Disminuir el alto índice de enfermedades bucales que existen en Guatemala, principalmente caries dental y enfermedad periodontal.

Cumplir con el número mínimo de alumnos que se deben cubrir con el programa.

Beneficiar a la población seleccionada, y favorecer que sean más resistentes a las caries dentales.

Ayudar en la remineralización de caries.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

SUBPROGRAMA DE ENJUAGUES CON FLUORURO DE SODIO AL 0.2%

Figura 34. Enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2 % en la Escuela Oficial Urbana Pablo Jiménez Cruz, inicio del programa de EPS.



Fuente: Elaboración propia

Tabla No. 1.

Número de niños atendidos cada mes, en el programa de Enjuagues con Fluoruro de Sodio al 0.2% en las escuelas, en el periodo de junio a septiembre de 2018 y de febrero a mayo de 2019.

MES	ESCOLARES
Junio	916
Julio	916
Agosto	916
Septiembre	916
Febrero	1,247
Marzo	1,247
Abril	1,249
Mayo	1,249
TOTAL	8,656
PROMEDIO	1,082

Fuente: informes mensuales de EPS

Gráfica No. 1



Fuente: Datos obtenidos de la tabla No. 1

Los últimos cinco meses del Ejercicio Profesional Supervisado aumentó el número de beneficiados, ya que se incluyeron a 331 escolares más que en los primero cuatro meses de trabajo. Sí se cumplió con el objetivo de cubrir el mínimo escolares.

SUBPROGRAMA DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Figura 35. Paciente atendido en el subprograma, se le realizó sellantes de fosas y fisuras en las piezas: 3,14, a, b, i, j.



Fuente: elaboración propia

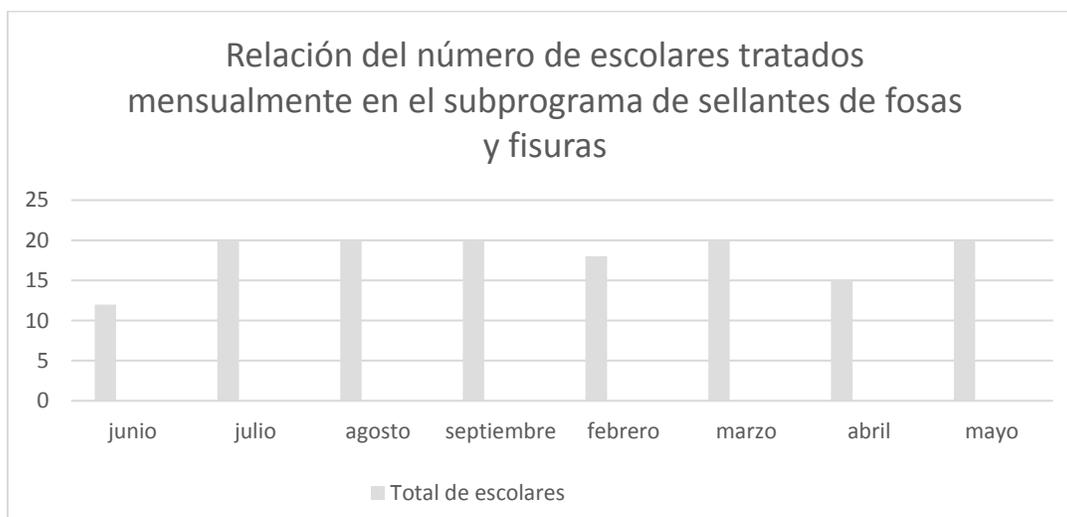
Tabla No. 2

Número de escolares atendidos en el subprograma de SFF atendidos mensualmente, así como número de SFF realizados.

MES	NO. DE ESCOLARES	NO. DE SFF COLOCADOS CADA MES
Junio	12	75
Julio	20	132
Agosto	20	104
Septiembre	20	130
Febrero	18	108
Marzo	20	139
Abril	15	91
Mayo	20	106
TOTAL	145	885

Fuente: informes mensuales de EPS

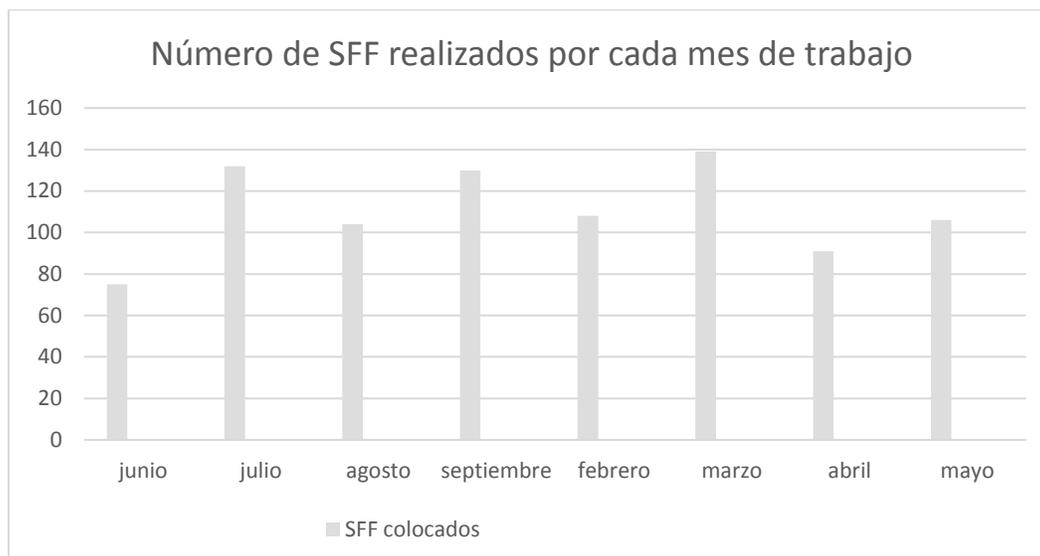
Gráfica No. 2



Fuente: tabla No. 2

De los ocho meses trabajados en el EPS, junio, febrero y abril fueron los 3 meses donde no se pudo cumplir con la meta de 20 pacientes mensuales por diferentes motivos, los otros 5 meses todo se cumplió a cabalidad.

Gráfica No. 3



Fuente: tabla No. 2

A cada paciente atendido se le trabajaron mínimo 4 sellantes de fosas y fisuras, no se estableció un promedio de SFF colocados mensualmente ya que la salud bucal de cada alumno varía, por lo que, aunque se atendieran 20 pacientes en cada mes, nunca se iba a lograr tener la misma cantidad de SFF aplicados en un mes que en el otro.

SUBPROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Figura 36. Impartiendo charlas de salud bucal en uno de los salones de clases de la Escuela Oficial Urbana Mixta Oscar Arnoldo Conde Flores.



Fuente: elaboración propia.

Al iniciar el Ejercicio Profesional Supervisado se laboró por cuatro meses en la Asociación Santa María de los Ángeles, San Agustín Acasaguastlán, El progreso. Los cuatro meses restantes se trabajaron en el Centro de Atención Permanente en Sanarate, El Progreso. Mientras se laboró en ASMADELA se tomaron en cuenta 3 escuelas. En una de ellas los miércoles antes de iniciar con los enjuagues semanales, se reunían en el patio escolar todos los alumnos a nivel primario y ahí se impartía las diferentes charlas, en las otras dos escuelas beneficiadas se pasaba a cada aula a brindar las charlas y a hacer actividades con los alumnos.

Los cuatro meses trabajados en el 2018 se abarcó un tema por cada charla, por lo que la cantidad de charlas fue mucho mayor al principio del EPS; se realizaron 17 charlas mensuales, para lograr un total de 68 charlas durante cuatro meses. Los siguientes cuatro meses se abarcó 3 temas por cada charla, por lo que disminuyó la cantidad de charlas que se impartió; un total de 32 charlas en los cuatro meses que se trabajó en el 2019. El total de charlas durante el Ejercicio Profesional Supervisado fue de 100.

Los temas que se impartió fueron

1. Dieta balanceada
2. Cronología de erupción de piezas dentales
3. Anatomía de la cavidad oral
4. Anatomía de piezas dentales
5. Enfermedad periodontal
6. Caries dental
7. Técnicas de cepillado dental y uso de hilo dental
8. Relación de azúcares con la caries dental
9. Sustitutos del cepillo dental
10. Utilización de pasta dental
11. Beneficios de enjuagues con flúor
12. Inflamación gingival

El total de alumnos que fueron beneficiados con el subprograma de educación para la salud bucal fue de 2,165 en ambas comunidades.

Fue grato observar la manera en la que los escolares avanzaban en el aprendizaje sobre los diferentes temas impartidos, con algunos escolares era un poco más difícil trabajar, pero siempre se buscó la manera y las técnicas para que prestaran atención y comprendieran correctamente cada tema.

CONCLUSIONES

- Se logró obtener mejoras en la salud bucal de los escolares beneficiados con el programa de prevención de enfermedades bucales.
- Se cumplió con cada meta planificada en los 3 subprogramas.
- Se ayudó a la remineralización de caries dental con los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2/%, así como a la prevención de esta enfermedad con la colocación de sellantes de fosas y fisuras.
- Se logró que los beneficiados entendieran la importancia y necesidad de tener una cavidad bucal sana; para que haya una buena función masticatoria, correcta habla y buena estética, entre otros aspectos.

RECOMENDACIONES

- Que las autoridades se comprometan a conseguir cepillos y pastas dentales para brindar a cada escolar beneficiado, ya que hay muchos que no cuentan con un presupuesto para poder comprarlo.
- Que le brinden a cada odontólogo practicante en el EPS los materiales necesarios para trabajar los sellantes de fosas y fisuras.
- Crear un programa en el que sea obligatorio que los alumnos se cepillen los dientes luego de regresar del receso.
- Crear un programa en el que se involucre más a los padres de familia, ya que en el hogar es donde empiezan los buenos hábitos.
- Continuar con el programa de prevención de enfermedades bucales, ya que es indispensable para la buena salud bucal.

INVESTIGACIÓN ÚNICA

INTRODUCCIÓN

Al referirse a las áreas rurales del país, la educación bucal es poca o nula en algunos casos, por lo tanto, la misma carencia de conocimiento se convierte en un círculo.

Es de suma importancia ser conscientes de la realidad que se vive en Guatemala con respecto a la salud oral. Las dos enfermedades más comunes que se encuentran es caries dental y enfermedad periodontal.

Para el presente trabajo se realizó un estudio observacional transversal en donde se tomó una muestra no probabilística de 15 escolares de la Escuela Oficial Rural Mixta Pablo Jiménez Cruz, ubicada en San Agustín Acasaguastlán, en el departamento de El Progreso, comprendidos entre las edades de 6 a 10 años y se incluyó a los padres de familia. Se estudió la percepción de la salud oral y los diferentes hábitos de higiene bucal que practicaban con el estado de salud bucal de sus hijos.

METODOLOGÍA

Diseño del Estudio

Se propone un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística, se busca detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.¹²

✓ *Criterios de Inclusión*

Cada alumno debía cumplir con los siguientes criterios de inclusión antes de ser seleccionado:

- Escolares entre 6 y 10 años de establecimientos públicos de la comunidad.
- Padres de familia de los escolares de la muestra.¹²

✓ *Criterios de Exclusión:* Ninguno.¹²

Tamaño y Selección de la Muestra

Muestra no probabilística de 15 escolares y sus padres de familia, en la comunidad de San Agustín Acasaguastlán, El Progreso.¹²

Variables Principales de Valoración¹²

- a. Autopercepción de salud oral.
- b. Hábitos de higiene.
- c. Nivel de salud bucodental (CPO-D).

Criterios de Recolección¹²

Metodología de Campo:

1. Determinar y seleccionar a los escolares de la muestra de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.¹²
2. Gestionar reunión preparatoria con maestros y padres de familia para informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización y el consentimiento correspondiente.¹²
3. Evaluación clínica de los escolares en la sede de la clínica dental del programa Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.).¹²
4. Revisar la integridad de los datos en las boletas de investigación (con coordinadores docentes en Área de Odontología Socio Preventiva).¹²
5. Trasladar los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de OSP.¹²

6. Elaborar tablas y gráficas de los datos con su análisis correspondiente. ¹²
7. Entrega en Área de OSP: Informe Final de Investigación. ¹²
8. Entregar las boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de Odontología Socio Preventiva. ¹²

TRABAJO DE CAMPO

Los aspectos logísticos y administrativos fueron responsabilidad del odontólogo practicante del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) 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 información de los odontólogos practicantes con los padres de familia, maestros y alumnos para exponer los objetivos de la investigación. El trabajo de campo se llevó a cabo por odontólogos practicantes del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) 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 Odontología Socio Preventiva, quienes evaluaron directa o indirectamente el cumplimiento de las condiciones y avance de: ¹²

- Evaluaciones clínicas¹²
- Aplicación de los instrumentos de investigación. ¹²

Personal: El equipo de investigación estuvo integrado por: ¹²

- Odontólogos Practicantes del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), Facultad de Odontología, USAC ¹²
- Asistentes Dentales¹²
- Profesores Supervisores Ejercicio Profesional Supervisado, Facultad de Odontología, USAC¹²

Estrategia de Análisis

Estructuración de 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: ¹²

- Restricciones a la entrada de valores improbables. ¹²
- Ingreso inmediato de datos. ¹²
- Revisión de datos durante el trabajo de campo. ¹²

Análisis

- Análisis descriptivo de las variables explorando la consistencia de los datos.
- Cálculo de proporciones ($p \pm 1.96EE$). ¹²
- Cálculo de OR (IC95%) para asociación entre variables categóricas. ¹²
- Análisis multivariado para estimar OR (IC95%), controlando efecto de confusión de las variables de tipo demográficas y socioeconómicas. ¹²

Aspectos Éticos

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 resultaron necesarios. ¹²

Presentación de Resultados

Se seleccionaron a los escolares correspondientes que cumplieran con el criterio de inclusión del estudio, se les realizó el CPO y se les efectuó la encuesta a los padres de familia. Al tener toda la información recopilada, se ingresó a la base de datos para su posterior análisis. ¹²

Enfermedad periodontal

Es un proceso mediante el cual cientos de microorganismos patógenos penetran o invaden los tejidos u órganos del cuerpo y causan daños seguidos de un fenómeno reactivo. Existen dos tipos de enfermedad periodontal: gingivitis y periodontitis.¹⁵

Gingivitis: Es el inicio de la enfermedad periodontal, ésta se debe a los efectos a corto plazo de los depósitos de placa dentobacteriana en los dientes. Si esta placa no se quita, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías.¹⁵

Periodontitis: esta enfermedad ocurre cuando la gingivitis no es tratada. La infección e inflamación se diseminan desde las encías hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la principal causa de pérdida de piezas dentales en adultos. Este trastorno no es común en niños pequeños, pero se incrementa durante los años de la adolescencia.¹⁵

La enfermedad periodontal se considera una infección debido a su etiología microbiana, al establecimiento de una respuesta inmune y a la subsecuente destrucción tisular. Casi todas las bacterias encontradas en estado de enfermedad periodontal son bacilos Gram Negativos.⁷

Se han reconocido tres características de los patógenos periodontales:¹⁵

- Capacidad para colonizar¹⁵
- Evaden mecanismos de defensa del huésped¹⁵
- Producción de sustancias que inician la destrucción tisular¹⁵

Caries dental

La caries dental es una enfermedad de origen infeccioso de mayor prevalencia en el ser humano y ejerce uno de los problemas principales que concierne a la salud pública a nivel mundial. Es una enfermedad en la cual los tejidos duros del diente son alterados y eventualmente disueltos, en un proceso de destrucción localizada en las estructuras dentales por acción de las bacterias específicas (estreptococo mutans, mitis, sanguis, milleri, salivarius; lactobacillus y actinomices). Se produce una descomposición molecular de los tejidos duros

del diente mediante una reacción química y bacteriana que termina en la descalcificación y destrucción progresiva de los componentes inorgánicos y desintegración de la matriz orgánica del diente. La formación de cavidades cariosas comienza como un área desmineralizada pequeña en la sub-superficie del esmalte, puede progresar hacia la dentina y finalmente llegar a la pulpa dental, y produce una lesión irreversible en la pieza dental. La lesión en el esmalte es de aspecto yesoso en la superficie del esmalte, de realizarse una remineralización, puede avanzar y convertirse en una cavidad. ¹⁰

La etiología de la caries es multifactorial, si bien hay tres factores esenciales a los que se añade el tiempo: huésped, microorganismos y dieta. Factores del entorno son, entre otros, la presencia o ausencia de servicios sanitarios y programas de salud oral, nivel socio económico, estrés, etnia, cultural. El riesgo a caries dental se debe a factores de riesgo sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos. ¹⁰

Percepción de salud oral en Guatemala

La OMS dentro de sus objetivos propuestos para el año 2000, establece que la población de 18 años conserve al menos el 85% de la totalidad de sus dientes, por lo que sugiere la utilización del índice CPO (diente cariado, perdido y obturado), cuyo propósito fundamental es obtener información global del estado de salud bucal de una población específica mediante la sumatoria del CPO. La OMS establece que el control de las enfermedades bucales está en vinculación con la disponibilidad y accesibilidad de los sistemas de salud, pero la disminución de riesgo a estas enfermedades se da sólo si los servicios están encaminados en la prevención y cuidados de salud primaria. Para el año 2000 la OMS reportó los niveles de CPO y mostró que América tiene el más alto índice, casi duplicando las cifras que el resto de regiones. El tratamiento tradicional para la enfermedad oral es sumamente costoso según lo establecido por la OMS, y lo convierte en el cuarto tratamiento más caro de las enfermedades a tratar en los países industrializados.² No hay un protocolo de vigilancia en Guatemala para la salud oral y en específico para el cálculo del índice de CPO como lo establece OPS/OMS. Sin embargo, existe una ficha odontológica la cual utilizan los odontólogos que trabajan en las clínicas dentales para el MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) distribuidas por todo el país y que dan cobertura a la población.⁴

Factores de Riesgo Enfermedad Periodontal

1. Factores de comportamiento o estilo de vida

- Tabaquismo: es el factor de riesgo modificable más significativo. Afecta la prevalencia y progresión de las periodontitis cuya severidad depende de la dosis. Además, interfiere con la cicatrización de los tejidos. Puede ser un factor etiológico directo en la transición de una lesión estable de gingivitis a una lesión destructiva.¹

2. Factores sistémicos

- Diabetes Mellitus: se caracteriza por la presencia de inflamación sistémica, cuya manifestación en la cavidad oral se expresa algunas veces en los tejidos periodontales con cuadros típicos de periodontitis. La diabetes mal controlada (tipo 1 y tipo 2) es el factor de riesgo que tiene más influencia en el desarrollo y progresión de las periodontitis, debido a que en la diabetes se promueve la alteración de la función de los neutrófilos y la deposición en los tejidos periodontales de los productos finales derivados de la glicación avanzada.¹

3. Factores de Riesgo Microbianos

- Los microorganismos más importantes en la patogénesis de las periodontitis son: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* y *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Ellos participan en el proceso destructivo de las enfermedades por cualquiera de los siguientes mecanismos: evasión de las defensas del huésped, invasión de los tejidos periodontales y elaboración de enzimas destructoras de los tejidos.¹

4. *Valoración de Riesgo del Paciente*

- Paciente: estado general y sus condiciones genéticas, hábito de fumar, el porcentaje de sangrado al sondaje de la boca completa, la prevalencia de profundidades sondeables residuales superiores a 4 mm, la pérdida de soporte periodontal con relación a la edad del paciente. ¹
- Diente: estimación del soporte periodontal residual, el análisis de la posición del diente en el arco, la presencia de compromisos de bi- y trifurcación, factores iatrogénicos y movilidad dental. ¹

Factores de Riesgo de la Caries Dental

1. *Factores Dietéticos*

Hábitos incorrectos de lactancia materna, el uso del biberón con tomas repetidas de leche con líquidos endulzados principalmente al acostarse; así como el hábito del chupón. ¹¹

2. *Actividad previa de caries dental*

Experiencia anterior de caries, grado de severidad de las caries, presencia de caries activa, presencia de áreas desmineralizadas o hipomineralizadas. ¹¹

3. *Estructura del Esmalte Dental*

Anomalías del esmalte, opacidades y/o hipoplasias, fosas y fisuras retentivas y formas dentarias atípicas retentivas. ¹¹

4. *Saliva*

Baja capacidad buffer saliva, flujo salival escaso (xerostomía), viscosidad saliva. ¹¹

5. *Interacción entre la estructura del esmalte dental y la saliva*

Deficiente resistencia del esmalte al ataque ácido, deficiente capacidad de mineralización.¹¹

6. *Microbiológicos*

Alto grado de infección por *Streptococcus mutans*, deficiencias en la higiene bucal que se traducen en mayor acumulación de biopelícula dental o placa dentobacteriana.¹¹

7. *Factores retentivos de biopelícula dental*

Apiñamiento dentario moderado y grave, tratamiento ortodóncico fijo, aditamentos de prótesis, obturaciones extensas: dificultan los procedimientos de higiene bucal, y promueven acumulación de placa dentobacteriana patógena. Recesión gingival.¹¹

8. *Patrones dietéticos cariogénicos*

La dieta desequilibrada con elevada concentración de alimentos azucarados.¹¹

Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en Guatemala

Según el estudio del 2007 de prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de la enfermedad periodontal y presencia de *actinobacillus actinomycetemcomitans* y *porphyromonas gingivalis* en escolares de 13 a 21 años de la república de Guatemala, se obtuvo con base en los hallazgos encontrados en este estudio en escolares de 13 a 21 años de la república de Guatemala, que, la prevalencia de la enfermedad periodontal es alta, y afecta al 96.5% a nivel nacional. La extensión de la enfermedad periodontal es generalizada, afecta 16 o más piezas dentales de los sujetos estudiados en el 43.25%; mientras que el 23.25% de los evaluados presentó una extensión moderadamente generalizada, afectando de 11 a 15 piezas dentales, por tanto, el 68.5% de los sujetos evaluados presentaron cálculos dentales y el 100% de los sujetos estudiados presentaron placa dentobacteriana, lo que indica que la presencia de PDB es moderada a lo largo del margen gingival.¹⁴ En este estudio se encontró presencia de bacterias periodontopáticas, A.a., P.g. y A.a. y P.g. en la cavidad bucal, tanto intra como extracrevicular y es baja.¹³

Aunque se han realizado consensos para unificar la definición de caso de la periodontitis, no siempre son utilizados en estudios de prevalencia de la enfermedad. Por tal razón la comparación entre los diferentes estudios es difícil. La evidencia sobre la prevalencia de periodontitis en Iberoamérica encontrada en diversos estudios y en buscadores es limitada. Sólo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, República Dominicana y Guatemala fue posible encontrar información. Existen pocos estudios poblacionales y los criterios de diagnósticos utilizados son heterogéneos. Estas dificultades no permiten una comparación exacta entre los países. Igualmente, algunos estudios utilizan índices actualmente no reconocidos en consensos periodontales para determinar la verdadera prevalencia de enfermedades periodontales (Índice Periodontal Comunitario).⁶

Hábitos de higiene oral

El objetivo de una buena higiene bucal es prevenir y eliminar el acúmulo de biofilm bucal para prevenir sus efectos nocivos sobre dientes y encías. Las principales pautas que se deben seguir son:³

- Limpiar los dientes a diario, al menos 3 veces al día y durante al menos dos minutos.³
- Elegir un cepillo adecuado: que el tamaño del cabezal no sea muy grande y que sean medios o suaves.⁴
- Utilizar sedas o cintas dentales o, si los espacios son amplios, cepillos interproximales, para limpiar entre los dientes (espacios interproximales).³
- Cambiar el cepillo de dientes aproximadamente cada 3 meses.⁴
- Utilizar reveladores de placa para que el biofilm bucal sea más visible y, por tanto, faciliten el cepillado.³
- Realizar la limpieza lingual con un movimiento desde atrás hacia delante para arrastrar los restos de comida, células descamadas, mucosidades, bacterias, etc.³
- Realizar enjuagues bucales (de uso diario o específicos según las necesidades), para reducir eficazmente el biofilm bucal y proporcionar el máximo frescor.³

- Controlar el consumo de alimentos azucarados. ⁶
- Acudir regularmente al dentista para que realice una revisión de la boca, por lo menos 1-2 veces al año, así como una limpieza profesional. ³

Hilo Dental

La Asociación Dental Americana recomienda limpiar entre los dientes una vez al día. Limpiar entre los dientes puede ayudar a prevenir la caries y la enfermedad de las encías, esto también ayuda a sacar la placa dentobacteriana. La placa contiene bacterias que se alimentan de restos de comida o de azúcar que hay en la boca. La placa dental que no es eliminada cepillándose o limpiando entre los dientes puede con el tiempo endurecerse y formar una sustancia heterogénea llamada cálculo.⁵

RESULTADOS

Cuadro No. 3

No. de boleta, edad, sexo e índice CPO y promedio de escolares seleccionados para muestra de investigación, en San Agustín Acasaguastlán.

No.	EDAD	SEXO	C	P	O	TOTAL
1	10	F	5	0	0	5
2	10	F	5	0	0	5
3	9	F	4	1	0	5
4	10	M	5	2	0	7
5	10	M	4	0	0	4
6	10	M	4	0	0	4
7	10	M	6	0	2	6
8	8	M	3	1	2	6
9	9	F	4	0	0	4
10	9	M	5	1	0	6
11	7	M	0	0	0	0
12	8	M	3	0	0	3
13	9	F	0	0	5	5
14	9	M	2	2	0	4
15	8	F	4	1	0	5
TOTAL			54	8	9	

Promedio de edad: 9.06

Promedio de CPO: 4.6

Fuente: Trabajo de campo EPS

Cuadro No. 4

Cantidad de piezas cariadas, perdidas y obturadas en escolares que forman la muestra de la investigación.

MUESTRA	CARIADAS	PERDIDAS	OBTURADAS
15	54	8	9

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 4

Cantidad de piezas cariadas, perdidas y obturadas en escolares que forman la muestra de la investigación.



Fuente: cuadro No. 3

Análisis de cuadro 4 y gráfica 4

La cantidad de piezas cariadas en la muestra de 15 niños fue alta, esto se debió a la falta de higiene bucal sumado a la cantidad de azúcares que los mismos consumen al día, entre otros aspectos.

Se encontró pacientes que nunca habían acudido al dentista en toda su vida, lo cual demuestra que el interés en su salud bucodental es deficiente.

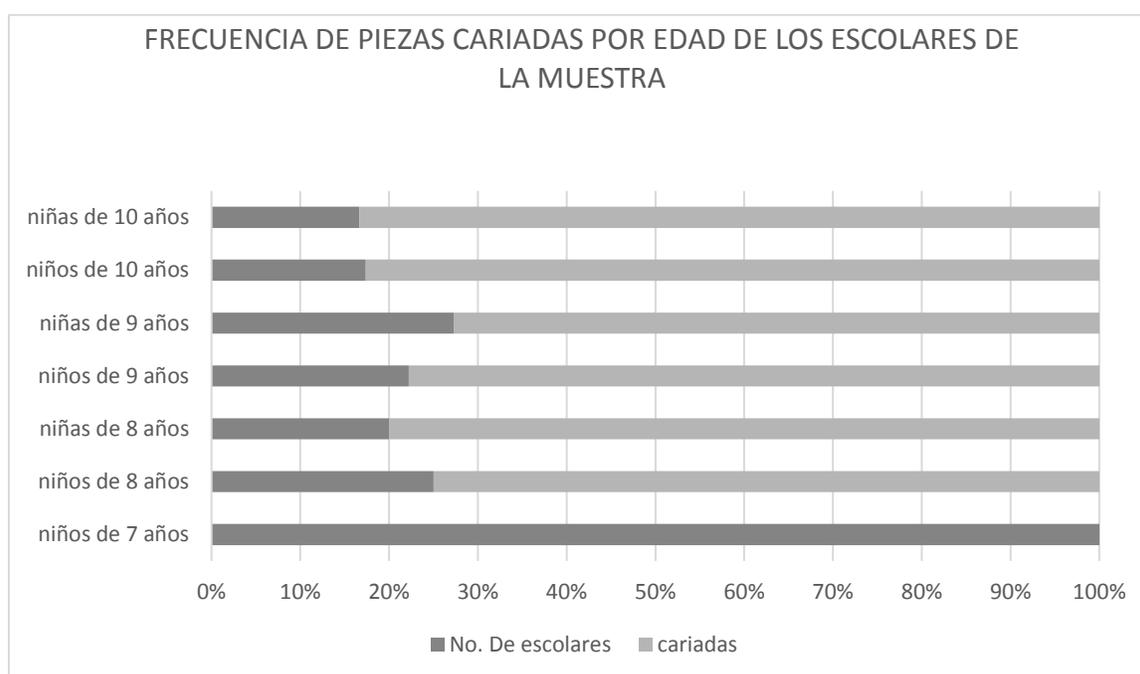
Cuadro No. 5

Frecuencia de piezas cariadas por edad, en los escolares de la muestra.

EDAD	No. DE ESCOLARES	CARIADAS
Niños de 7 años	1	0
Niños de 8 años	2	6
Niñas de 8 años	1	4
Niños de 9 años	2	7
Niñas de 9 años	3	8
Niños de 10 años	4	19
Niñas de 10 años	2	10
TOTAL	15	54

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 5



Fuente: cuadro No. 5

Análisis de cuadro 5 y gráfica 5

Si no existe una atención odontológica adecuada y una buena higiene bucodental, mientras mayor sea la edad que tengan los niños, mayor es el índice de piezas cariadas. Los alumnos con mayor cantidad de piezas cariadas de la muestra fueron los de 10 años.

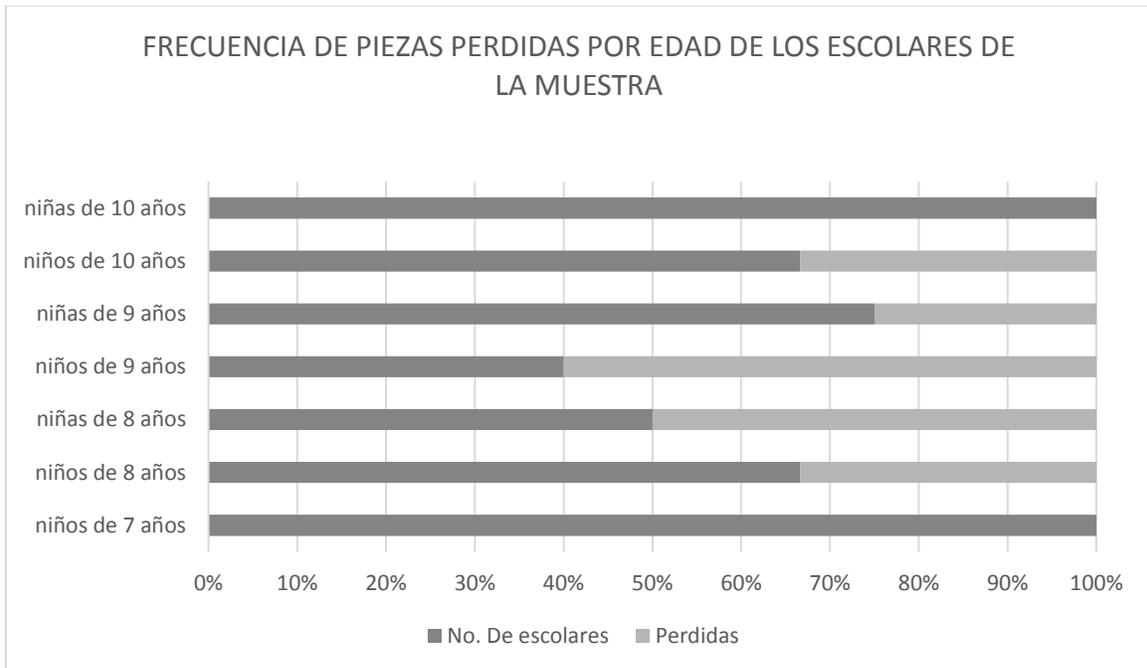
Cuadro No. 6

Frecuencia de piezas perdidas por edad, de los escolares de la muestra.

EDAD	No. DE ESCOLARES	PERDIDAS
Niños de 7 años	1	0
Niños de 8 años	2	1
Niñas de 8 años	1	1
Niños de 9 años	2	3
Niñas de 9 años	3	1
Niños de 10 años	4	2
Niñas de 10 años	2	0
TOTAL	15	8

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 6



Fuente: cuadro No.6

Análisis cuadro 6 y gráfica 6

Los alumnos que contaban con piezas perdidas indicaron que nunca les dieron opción de otro tratamiento, al llegar al consultorio/laboratorio dental la única opción disponible era la extracción dental. No se establece una edad que especifique que al cumplir ciertos años se tendrá más cantidad de piezas perdidas.

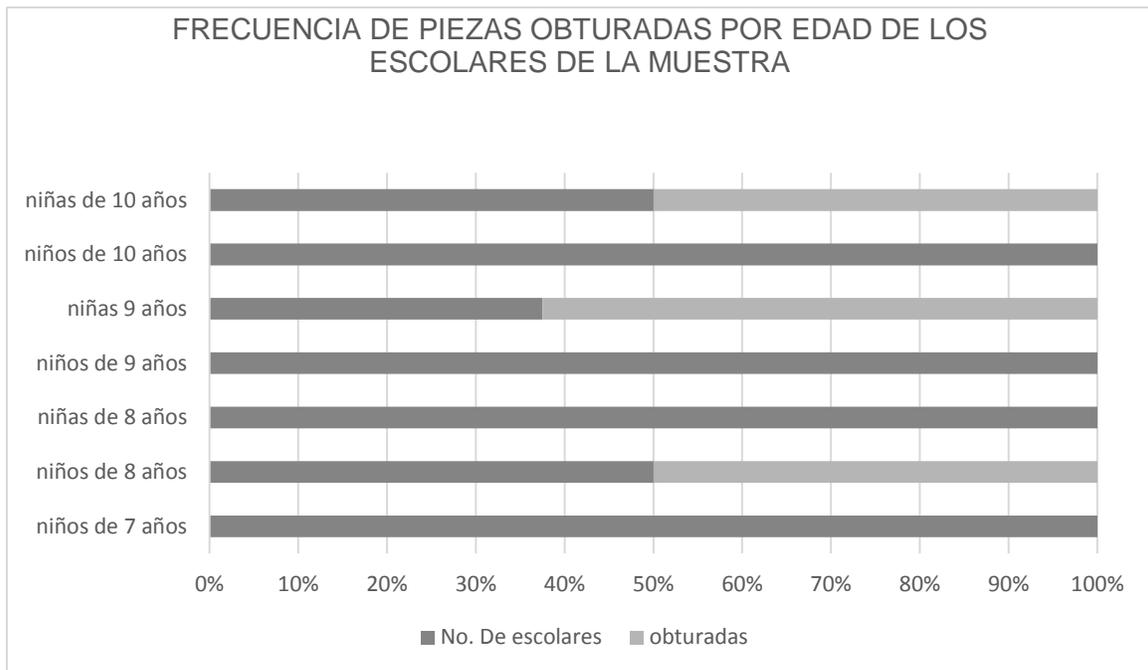
Cuadro No. 7

Frecuencia de piezas obturadas por edad, de los escolares de la muestra.

EDAD	No. DE ESCOLARES	OBTURADAS
Niños de 7 años	1	0
Niños de 8 años	2	2
Niñas de 8 años	1	0
Niños de 9 años	2	0
Niñas de 9 años	3	5
Niños de 10 años	4	0
Niñas de 10 años	2	2
TOTAL	15	9

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 7



Fuente: cuadro No.7

Análisis de cuadro 7 y gráfica 7

La cantidad de alumnos de la muestra que contaba con restauraciones dentales era muy baja, debido a que nunca habían visitado al odontólogo o algunos que sí acudieron al consultorio les habían realizado extracciones dentales en piezas donde al realizar una obturación se pudo haber salvado la misma.

Cuadro No. 8

No. De boleta, edad y sexo, promedio de edad y sexo de padres de familia de niños seleccionados para la muestra.

No.	EDAD	SEXO
1	39	F
2	53	M
3	35	F
4	44	F
5	27	F
6	32	F
7	34	F
8	27	F
9	36	F
10	44	F
11	30	F
12	29	F
13	57	M
14	32	M
15	31	F

Promedio de edad de padres de familia: 36.67

Sexo: 12Mujeres, 3 Hombres

Fuente: Trabajo de campo EPS

Análisis de cuadro 8

En la cantidad de padres de familia que participaron en el estudio, tuvo prevalencia el sexo femenino, esto se debió a que en la mayoría de los hogares era el padre quien salía a trabajar mientras que la madre se quedaba cuidando a los hijos y realizando las tareas del hogar. Las edades comprendidas de los padres eran entre 27 a 57 años.

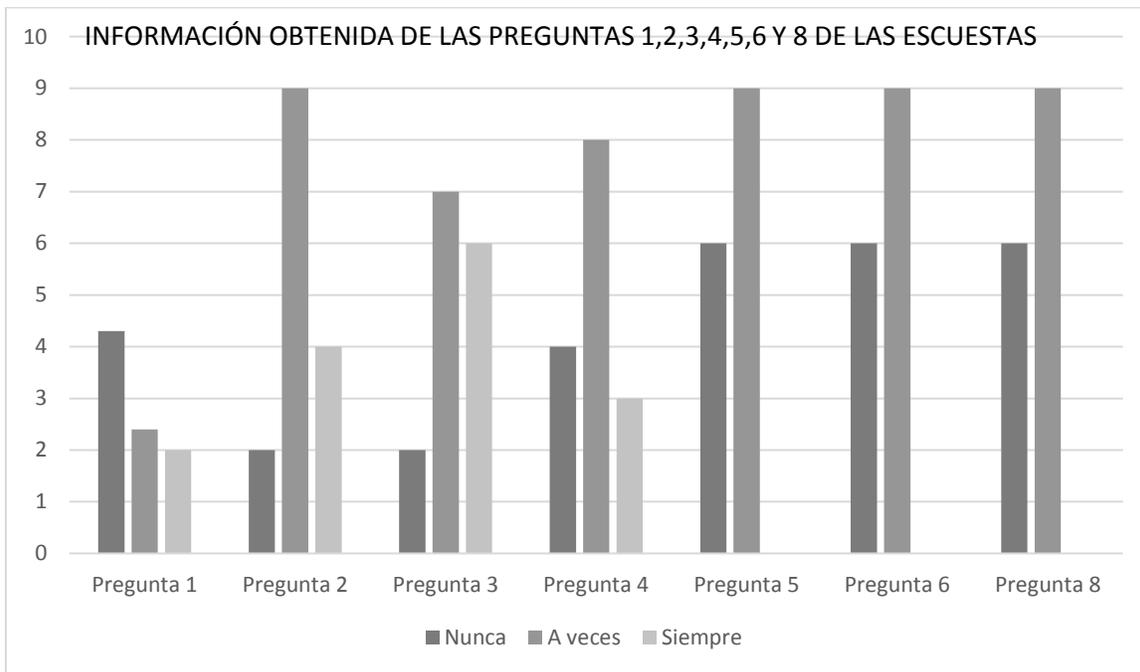
Cuadro No. 9

Información obtenida de las preguntas 1,2,3,4,5,6 y 8 de las encuestas realizadas a los padres de familia.

PREGUNTA		RESPUESTAS		
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	¿Se ha sentido nervioso o avergonzado por problemas con sus dientes, encías o prótesis?	2	9	4
2	¿Ha experimentado dificultad para comer a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	2	7	6
3	¿Ha cambiado los alimentos/bebidas que consumía habitualmente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	4	8	3
4	¿Ha experimentado dificultad para hablar claramente a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	6	9	0
5	¿Ha experimentado dificultad para dormir a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	7	8	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?	6	9	0
8	¿Ha experimentado dificultad para realizar su trabajo, labor, función, o tarea rutinaria a causa de problemas en la boca, dientes o prótesis?	6	9	0

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 8



Fuente: cuadro No. 7

Análisis de cuadro 9 y gráfica 8

Según los datos obtenidos de las encuestas, se observó que la mayoría de los padres de familia se han sentido avergonzados en cuanto a su aspecto estético bucal, han tenido problemas para comer, hablar y/o socializar con su entorno. Los que presentaron problemas al dormir indicaron que era debido a que el dolor de ciertas piezas dentales no los dejaba conciliar el sueño. Muchos de los padres encuestados indicaron que debido a la falta de piezas dentales tuvieron que dejar de consumir ciertos alimentos ya que la dificultad para triturarlos era mucha.

Cuadro No. 10

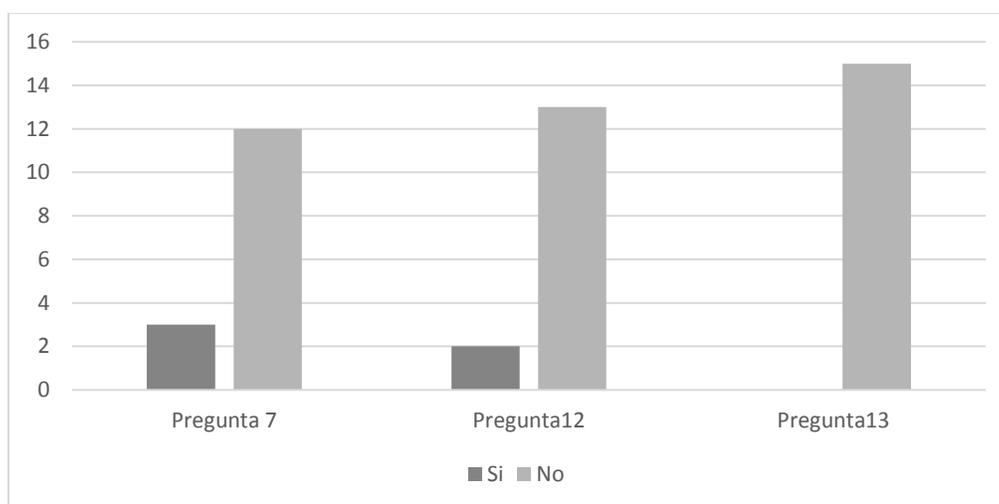
Información obtenida de las preguntas 7, 12 y 13 de las encuestas realizadas a los padres de familia

PREGUNTA	SI	NO
7. ¿Está conforme o feliz con su boca, dientes, encías, placas o puentes?	3	12
12. ¿Usa hilo dental?	2	13
13. ¿Usa enjuague bucal para limpiarse la boca?	0	15

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 9

Información obtenida de las preguntas 7, 12 y 13 de las encuestas realizadas a los padres de familia



Fuente: cuadro No. 10

Análisis de cuadro 10 y gráfica 9

Únicamente 3 personas de las 15 encuestadas estuvieron conformes con su salud bucodental, ya sea por ausencia de piezas dentales, por prótesis mal adaptadas o mal diseñadas, o bien, por presencia de caries grandes. Esta deficiencia se debió a la falta de higiene bucal que poseen, ya que únicamente 2 utilizaban hilo dental y ninguno utilizaba enjuague bucal.

Cuadro No.11

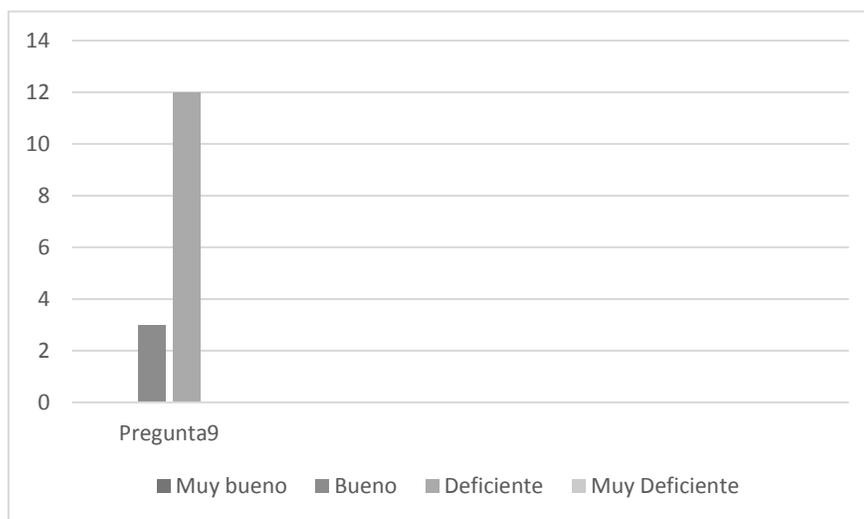
Información obtenida de la pregunta 9 de las encuestas realizadas a los padres de familia

PREGUNTA	MUY BUENA	BUENA	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE
9. ¿Cómo califica la salud de su boca, dientes y encías actualmente? Diría que es...	0	3	12	0

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No. 10

Información obtenida de la pregunta 9 de las encuestas realizadas a los padres de familia



Fuente: cuadro No. 11

Análisis de cuadro 11 y gráfica 10

La mayoría de padres de familia son conscientes de la deficiencia que poseen en cuanto a su salud bucal, pero tampoco buscan la manera de solucionar dicho problema. Esto se ve reflejado en la salud de sus hijos, por lo mismo el índice de caries es tan alto.

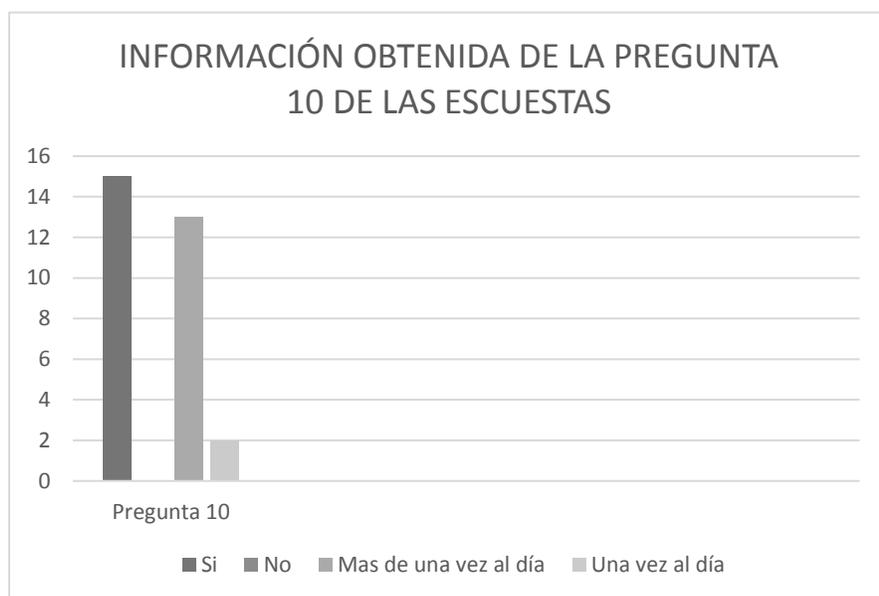
Cuadro No.12

Información obtenida de la pregunta 10 de las encuestas realizadas a los padres de familia

PREGUNTA	SÍ	NO	MÁS DE UNA VEZ AL DÍA	UNA VEZ AL DÍA
10. ¿Se limpia los dientes? Si su respuesta es sí, ¿Con qué frecuencia los limpia?	15	0	13	2

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No.11



Fuente: cuadro No.12

Análisis de cuadro 12 y gráfica 11

Según las respuestas a esta pregunta, todos los padres de familia se limpiaban los dientes a diario, si respondieron de manera verídica, nos damos cuenta que realizan técnicas de cepillado deficientes, ya que, si lo hicieran con la frecuencia que indicaron, no tendrían una salud oral tan mala.

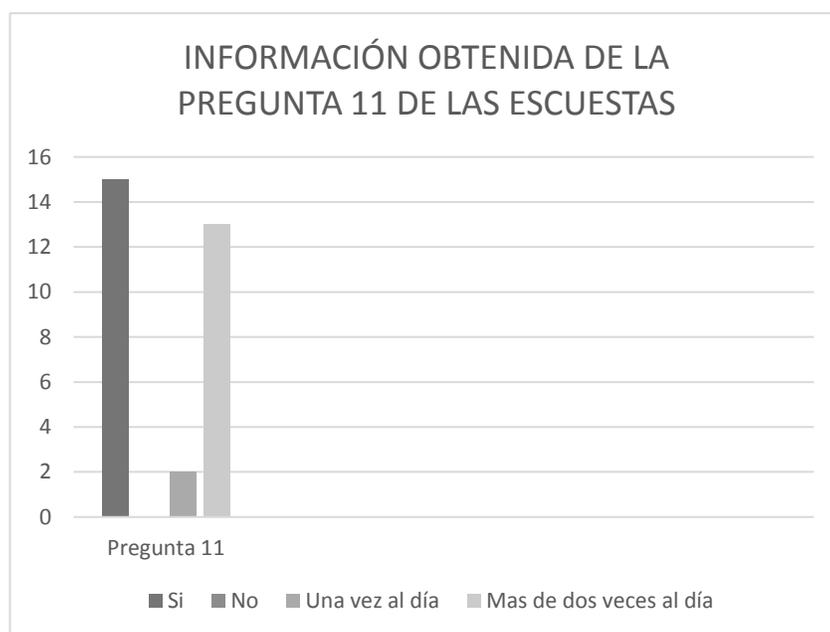
Cuadro No. 13

Información obtenida de la pregunta 11 de las encuestas realizadas a los padres de familia

PREGUNTA	SI	NO	UNA VEZ AL DÍA	MAS DE DOS VECES AL DÍA
11. ¿Usa Pasta de dientes? Si su respuesta fue sí ¿Con qué frecuencia?	15	0	2	13

Fuente: Trabajo de campo EPS

Gráfica No.12



Fuente: cuadro No.13

Análisis de cuadro 13 y gráfica 12

Según las respuestas a esta pregunta, todos los padres de familia utilizan pasta de dientes a diario, si respondieron de manera verídica, nos damos cuenta que realizan técnicas de cepillado deficientes, ya que, si lo hicieran con la frecuencia que indicaron, no tendrían una salud oral tan mala.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se realizó en la Escuela Oficial Rural Mixta Pablo Jiménez Cruz, ubicada en San Agustín Acasaguastlán en el departamento de El Progreso, área en la que la educación en salud bucal es realmente escasa. El índice de CPO de los 15 alumnos tomados de la muestra, demostró que la salud bucodental de ellos es deficiente. Al realizar las encuestas a los padres de familia, se concluyó que la importancia que le toman a la higiene dental es poca, lo que se ve reflejado con la falta de higiene de cada uno de sus hijos.

Al notar todas las inconformidades que expresaron los padres de familia, (ya sea por enfermedad periodontal, caries dental, ausencia de piezas dentales, prótesis mal adaptadas, entre otros aspectos), no coinciden con las respuestas brindadas, ya que todos respondieron que sí se limpiaban los dientes diariamente, si esto fuera verídico no contarían con problemas para comer, problemas para expresarse o para convivir con su entorno.

Los alumnos tomados para realizar el estudio, cuentan con una alta cantidad de piezas cariadas; mientras mayores sean de edad, mayor es el índice de caries que tienen.

CONCLUSIONES

- La salud bucodental tanto de padres de familia como de sus hijos era deficiente.
- El hecho de que los padres de familia no le pongan importancia a su estado de salud bucal, ni a las medidas de higiene dental que se deben tomar en cuenta, va de la mano con la salud bucal de los hijos, ya que no le exigen que se limpien sus dientes, o si lo hacen es de manera incorrecta.
- Únicamente un alumno de la muestra tomada tenía índice de CPO de 0.

RECOMENDACIONES

- Con ayuda del Ejercicio Profesional Supervisado, continuar con la promoción de la salud bucodental e involucrar a los padres de familia y sus hijos.
- Continuar con el programa de prevención ya que al recibir los alumnos enjuagatorios de fluoruro de sodio y realizarles sellantes de fosas y fisuras, se contribuye a que el índice de CPO disminuya.
- Que todos los alumnos cuenten con un cepillo de dientes y una pasta dental para que se cepillen al entrar de recreo.
- Anular la venta de dulces en las tiendas escolares.

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

RESUMEN

Uno de los principales propósitos durante el Ejercicio Profesional Supervisado es la atención odontológica integral de los pacientes pertenecientes a diferentes escuelas de la comunidad, sin dejar a un lado adolescentes, pacientes adultos, pacientes embarazadas y niños que no se encuentren aún en edad escolar.

El EPS se llevó a cabo en 2 comunidades diferentes. Los primeros cuatro meses se trabajó en la Asociación Santa María de los Ángeles (ASMADELA), San Agustín Acasaguastlán, El Progreso, los siguientes cuatro meses se realizaron en el Centro de Atención Permanente de Sanarate, El Progreso. En las diferentes escuelas seleccionadas se organizó un banco de pacientes, con base en éste se citaba a los pacientes semanalmente, había ciertos alumnos que los papás no podían llevarlos a las citas por lo que se realizó un convenio en el que la epeista se comprometía a ir a por ellos a la escuela, llevarlos a la clínica dental y al terminar los tratamientos que necesitaran los llevaba de regreso a la escuela.

Los primeros cuatro meses se trabajó con tres escuelas:

1. Escuela Oficial Urbana Mixta Pablo Jiménez Cruz
2. Escuela Oficial Rural Mixta Barrio El Tamarindo
3. Escuela Oficial Rural Mixta Llano de Jesús

Los cuatro meses restantes se trabajó con cuatro escuelas:

1. Escuela Oficial Urbana Mixta Oscar Arnoldo Conde Flores No. 1
2. Escuela Oficial Urbana Mixta No. 2
3. Escuela Oficial Rural Mixta Cerrito de Fuego
4. Escuela Oficial Rural Mixta El Conacaste

Para ingresar a un alumno al programa de pacientes integrales tenía que tener como mínimo 4 restauraciones (que no fueran exodoncias). Durante los primero 4 meses de Ejercicio Profesional Supervisado se atendió a 32 pacientes integrales, los siguientes 4 meses de trabajo fueron 51 pacientes, para lograr un total de 83 pacientes integrales, más los muchos pacientes de población general que también recibieron atención odontológica. Los tratamientos dentales más comunes a realizar fueron: restauraciones de amalgama o resina compuesta, tratamiento periodontal, tratamiento de conductos radiculares, coronas de acero, exodoncias, limpiezas dentales y prótesis removibles.

RESULTADOS

Cuadro No. 14.

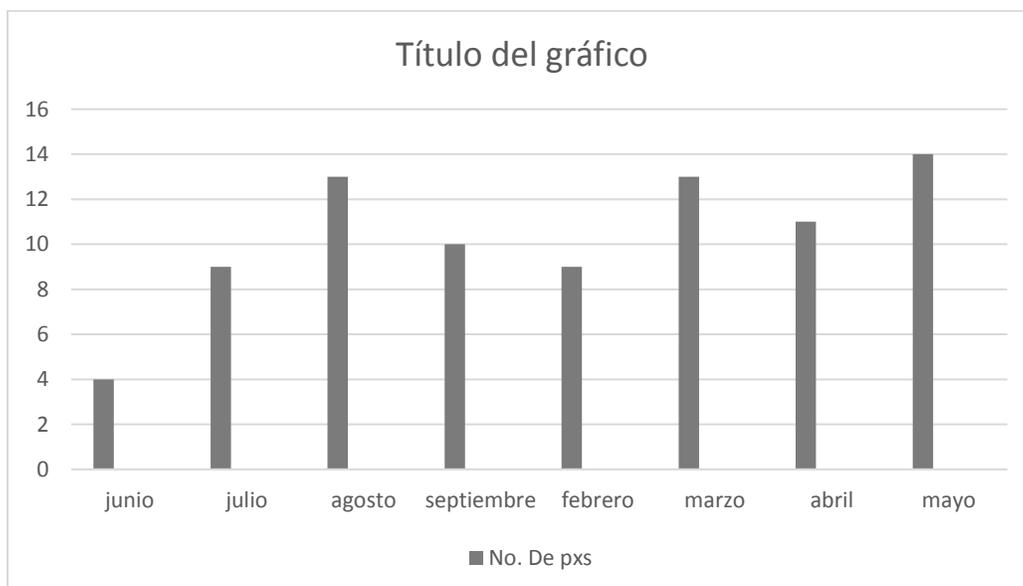
Cantidad de pacientes integrales escolares atendidos en el programa de EPS, de junio a septiembre de 2018 y de febrero a mayo de 2019.

Mes	No. de pacientes
Junio	4
Julio	9
Agosto	13
Septiembre	10
Febrero	9
Marzo	13
Abril	11
Mayo	14
TOTAL	83

Fuente: informes mensuales EPS

Gráfica No. 13

Cantidad de pacientes integrales escolares atendidos en el programa de EPS, de junio a septiembre de 2018 y de febrero a mayo de 2019



Fuente: cuadro No. 14

La cantidad de pacientes atendidos dependía de la colaboración de los pacientes, que llegaran a sus citas, así como las diferentes actividades que hubo en la escuela, lo que dificultaba que los pacientes cumplieran a cabalidad con las citas. El primer mes del EPS sirvió para organizarse y adaptarse, por lo que fue el mes con menor productividad.

Tabla No. 15.

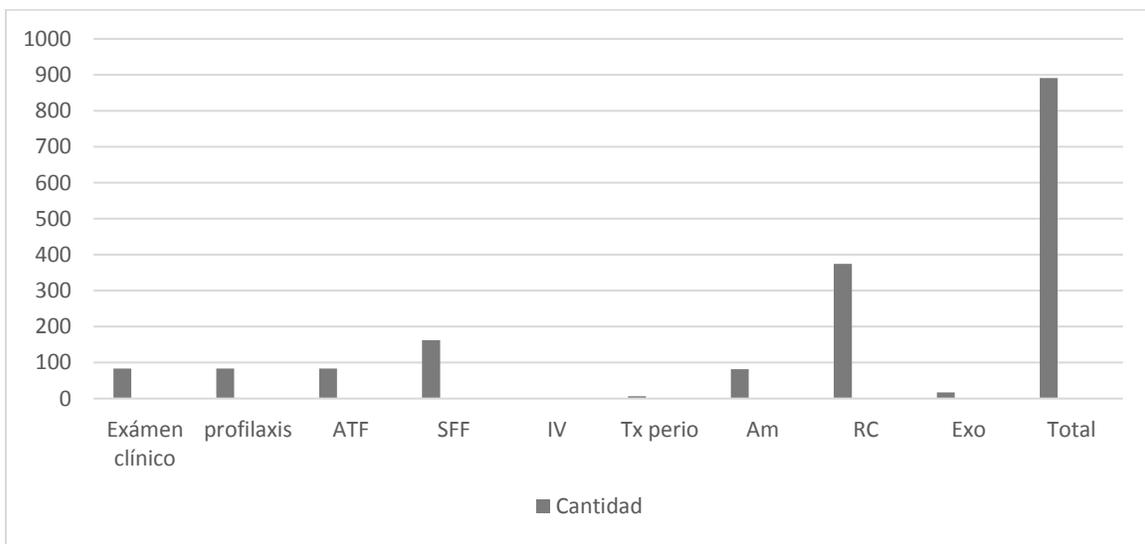
Cantidad de tratamientos dentales de pacientes integrales escolares atendidos en el programa de EPS, de junio a septiembre de 2018 y de febrero a mayo

Tratamiento dental	Cantidad
Examen clínico	83
Profilaxis bucal	83
Aplicación tópica de flúor	83
Sellante de fosas y fisuras	162
Obturación de IV	1
Tratamiento periodontal	6
Obturación de amalgama	82
Obturación de resina	374
Exodoncia	17
TOTAL	891

Fuente: informes mensuales EPS

Gráfica No.14

Cantidad de tratamientos dentales de pacientes integrales escolares atendidos en el programa de EPS, de junio a septiembre de 2018 y de febrero a mayo de 2019



Fuente: cuadro No. 15

Debido a la alta incidencia de caries dental que presentó los alumnos, el tratamiento dental que más se realizó fue las restauraciones de resina compuesta y amalgama dental, seguido de sellantes de fosas y fisuras para ayudar a prevenir más caries. Se trató de realizar la menor cantidad de exodoncias posibles para evitar daños a largo plazo.

ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

INTRODUCCIÓN

Para trabajar con un orden establecido y brindar el servicio que los pacientes necesitan, se debe planificar cada actividad semanalmente: citas y actividades a realizar en las diferentes escuelas. Es necesario cumplir con un horario establecido y capacitar a la persona que se brinda apoyo como asistente dental.

Por parte del área de Odontología Sociopreventiva se proporcionó un manual para asistente dental, que cuenta con 8 temas adecuadamente explicados y diseñados de una manera fácil para poder ser comprendido por personas de cualquier edad, con múltiples ilustraciones y ejemplos.

Para poder llevar un control de las citas de cada paciente, se utilizó un libro diario en el que se realizó una planificación semanal de citas y cada día al terminar la jornada laboral se escribía un resumen de las actividades diarias realizadas.

HORARIOS

CLÍNICA DENTAL ASMADELA, SAN AGUSTÍN ACASAGUASTLÁN

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 13:00	Atención de pacientes integrales	Atención de pacientes integrales	Enjuagues de flúor y charlas	Atención clínica general	Atención de pacientes de SFF
13:00 – 14:00	almuerzo	almuerzo	almuerzo	almuerzo	almuerzo
14:00 – 17:00	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general

CLÍNICA DENTAL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE, SANARATE

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 13:00	Atención de pacientes integrales	Atención de pacientes integrales	Enjuagues de flúor y charlas	Atención de pacientes integrales	Atención de pacientes integrales
13:00 – 14:00	almuerzo	almuerzo	almuerzo	almuerzo	almuerzo
14:00 – 16:30	Atención de pacientes integrales	Atención de pacientes integrales	Enjuagues de flúor y charlas	Atención de pacientes integrales	Atención de pacientes integrales

CAPACITACIÓN A LA ASISTENTE DENTAL

Para poder optimizar tiempo y esfuerzos, y realizar una mayor cantidad de trabajos dentales diarios, es necesario contar con un asistente dental, quien debe de recibir una capacitación para cumplir con las tareas diarias a llevarse a cabo.

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo en dos comunidades distintas por lo que se trabajó con dos asistentes diferentes, ambas mujeres. Los primeros 4 meses se contó con la colaboración de Yadira Paz, los 4 meses siguientes se trabajó con Elizabeth Luna. Con ambas se trató de tener la mejor relación posible, se creó una buena comunicación para rendir mejor en el trabajo. Cada mes se les impartían temas, los cuales se evaluaban de manera verbal y a finales del mes se les realizaba una prueba escrita también brindada por el área de OSP.⁸

Cuando se trabajó con Yadira, se le impartía un tema por mes, para que al terminar el EPS ya se hubieran culminado los 8 temas existentes; debido a que solo se trabajó 4 meses con ella, no se pudo culminar dicho curso. Los 4 meses restantes laborados en Sanarate, fueron complicados en un principio con Elizabeth, ya que es una persona mayor que nunca se había involucrado en el ámbito de la odontología, conforme se trabajó el curso ella demostró interés en el mismo, lo cual mejoró la relación de trabajo que se llevaba. Fue necesario impartir mayor cantidad de temas cada mes para poder terminar el curso en el tiempo establecido. Cada asistente ya tenía claro qué actividades tenía que realizar a diario y cuáles eran las tareas de las que se debían encargar.

A continuación, se presentarán las puntuaciones de las pruebas realizadas a ambas personas.

Cuadros No. 16 y 17.

Temas impartidos mensualmente a cada asistente dental

Asistente dental: Yadira Paz

TEMA	PUNTUACIÓN
Funciones de la asistente dental	100
Equipo de uso dental	100
Prevención de enfermedades	100
Instrumental para uso dental	100

Asistente dental: Elizabeth Luna

TEMA	PUNTUACIÓN
Funciones de la asistente dental	100
Equipo de uso dental	100
Prevención de enfermedades	100
Instrumental para uso dental	100
Morfología dental	100
Transferencia instrumental	80
Materiales de uso dental	90
Enfermedades dentales	100

CONCLUSIONES

- ✓ Sí se logró cumplir con el mejoramiento y reparación de los servicios sanitarios de la Escuela Oficial Urbana Mixta Oscar Arnoldo Conde Flores, en donde los alumnos a nivel pre-primario fueron los beneficiados, quedando satisfechos con las nuevas instalaciones.

- ✓ Se dejó una clínica dental funcional y con un mejor ambiente para que los pacientes se sintieran conformes con el servicio que se les brindó.

- ✓ Al analizar el alto índice de C.P.O. de los escolares se observó que iba de la mano con la falta de buenos hábitos de higiene bucodental de los padres de familia, quienes también presentaron problemas en la cavidad oral.

- ✓ Los tratamientos dentales que más se realizaron en los alumnos fueron restauraciones de resina compuesta, amalgama dental y sellantes de fosas y fisuras.

RECOMIENDACIONES

- ✓ Alentar a los alumnos que inician el Ejercicio Profesional Supervisado a que busquen las verdaderas necesidades que tienen las escuelas de las comunidades con las que se trabajan, no solamente tratar de mejorar apariencia, ya que es preferible dejar instalaciones funcionales.
- ✓ Brindar mayor apoyo a los puestos de E.P.S. donde no se trabaja individual y tampoco se brindan materiales, ya que todos los materiales utilizados, los gastos realizados en las mejoras a la clínica y/o proyecto comunitario, entre otros, son costeados por el odontólogo practicante.
- ✓ Crear un programa en el que los escolares puedan cepillarse los dientes cada vez que entren a clases luego del recreo, para ayudar a disminuir los muchos problemas dentales que presentan.
- ✓ Darle prioridad a sexto primaria para incluirlos en el programa de actividad clínica integral, ya que puede que sea la última vez que tengan la oportunidad de recibir ayuda gratuita en tratamientos dentales.
- ✓ Acortar el período de tiempo que dura el EPS para los alumnos que se van en el segundo grupo, ya que al estar los escolares de vacaciones es más seguro que los padres los lleven a las citas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvear F. E. y Botero, L. (2010). **Factores de riesgo para las enfermedades periodontales.** Colombia: Consultado el 20 de abril del 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfova/v22n1/v22n1a12.pdf>.
2. Campos Rodríguez, C. (2013). **Análisis de vigilancia de caries dental en Guatemala, 2008-2012.** Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Ciencias y Humanidades. p.p. 8-10.
3. Casals-Peidró, E. (2005). **Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española.** España: Universidad de Barcelona Campus Universitario de Ciencias de la Salud: RCOE 10(4):389-401.
4. Cesar, D. B. (2014). **Técnicas de cepillado.** Ecuador: Consultado el 11 de abril del 2019. Disponible en: <http://cepilladotec.blogspot.com/2014/09/tecnicas-de-cepillado.htm>.
5. Colgate. (2009). **Cómo usar el hilo dental.** México: Consultado el 11 de abril del 2019. Disponible en: <https://www.colgate.com/es-mx/oral-health/basics/brushing-and-flossing/how-to-floss>
6. Duque, A. **Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica.** (2006). Revista Clínica de Periodoncia. 9(2):208-215.
7. González Sanz, A.; González Nieto, B. y González Nieto E. (2012). **Nutrición, dieta y salud oral en Castaño A, Ribas B. odontología preventiva y comunitaria: la odontología social, un deber, una necesidad, un reto.** España: Fundación Odontología Social. p.p.155-169.
8. **Manual de capacitación del personal auxiliar.** (2018). Guatemala: Área Odontología SocioPreventiva, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guatemala. 114 p.
9. **Manual operativo del programa Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S.** (2016). Guatemala: Área de Odontología Socio-Preventiva, Facultad de Odontología. 20 p.
10. Mobley, C. et. al. (2009). **The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries.** *Acad. Pediatr.* 9 (6):410-414.
11. Morales Pardo, I. (2012). **Factores de riesgo en la aparición de la caries dental.** México: Consultado el 13 de abril 2019 disponible en: <https://trabajos69/factores-riesgo-aparicion-caries-dental/factores-riesgo-aparicion-caries-dental.shtml>.
12. **Protocolo 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.** (2018). Guatemala: Área de Odontología Socio-Preventiva, Facultad de Odontología. 9 p.



VO. 130.
Andrés Holman
12-09-2019.

13. Quiros Ortiz, L. G. (2011). **Prevalencia, severidad, extensión, características clínicas de la enfermedad periodontal y presencia de actinobacillus actinomycetemcomitans y porphyromonas gingivalis en escolares de 13 a 2 años de la república de guatemala, año 2007.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología. 69 p.
14. Tenuta Andaló, L. M. et. al. (2009). **Uso de fluoruros.** 2 ed. Brasil: Asociación Latinoamericana de Odontopediatria. p.p. 57-66.
15. Zamora, A. A. et al. (2013). **Enfermedad periodontal.** Estados Unidos: IntraMed. Consultado en 11 de abril 2019. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=73563>



VO. 130.
Andrés Palma
12-09-2019.

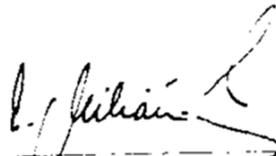
El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad de la autora:



Monica Valeska López Ramos

El Infrascrito Secretario Académico de la Facultad de Odontología, 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 (E.P.S.), 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