

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARROQUIAL PADRE ANDRÉS GIRÓN DE LA IGLESIA
ORTODOXA GRIEGA LA ANUNCIACIÓN A LA SANTÍSIMA MADRE DE DIOS, ALDEA EL
AGUACATE, NENTÓN, HUEHUETENANGO.

ABRIL-OCTUBRE 2021 / ENERO-FEBRERO 2022

Presentado por:

DAVID HUMBERTO SIMILOX VIRULA

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2022

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARROQUIAL PADRE ANDRÉS GIRÓN DE LA IGLESIA
ORTODOXA GRIEGA LA ANUNCIACIÓN A LA SANTÍSIMA MADRE DE DIOS, ALDEA EL
AGUACATE, NENTÓN, HUEHUETENANGO.

ABRIL-OCTUBRE 2021 / ENERO-FEBRERO 2022

Presentado por:

DAVID HUMBERTO SIMILOX VIRULA

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2022

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano	Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios
Vocal I:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños
Vocal II:	Dr. Sergio Armando García Piloña
Vocal III:	Dr. Edgar Adolfo Guzmán Lemus
Vocal IV:	Br. Oscar Alberto Orellana Aguilar
Vocal V:	Br. Erick Ricardo Martínez Recinos
Secretario académico:	Dr. Roberto José Sosa Palencia

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios
Vocal:	Dr. José Alberto Aguilar Contreras
Secretario Académico:	Dr. Oscar Aníbal Taracena Monzón

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por guiarme e iluminarme a lo largo de todo el proceso formativo de mi carrera profesional. Por estar a mi lado siempre en todo momento y ser mi amparo en las situaciones adversas. Por nunca dejarme caer y darme siempre las fuerzas necesarias para saber y creer siempre que cuento contigo.

A MIS PADRES

Patricia Elizabeth Virula y Humberto Similox, por sus enseñanzas, apoyo y compañía a lo largo de toda mi vida. Mamá: gracias por todo el amor, paciencia e inigualable apoyo incondicional; Papá: el sueño se ha cumplido. Este triunfo es de ustedes.

A MIS HERMANOS

Mia del Rosario y Manuel Antonio, por ser parte de mí y formar parte de este proceso en los buenos y malos momentos.

A MIS AMIGOS

Por su valiosa amistad y por todo el apoyo brindado a lo largo de este duro y difícil camino. Especialmente a: Dr. Linton Roberto Grajeda Salazar, Dr. Herman Horacio Mendía Alarcón, Dr. José Mauricio Morales Hernández, Dr. José Estuardo Palencia Sepúlveda, Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios, Licda. Elvia Rebeca Grijalva, Dr. Luis Barillas, Lic. César Armando Coj, Ing. Álvaro Rubén Sánchez Castellanos y a su distinguida esposa Claudia María Girón Comparini de Sánchez, y al Dr. José Manuel Gutiérrez Orozco. Gracias por todo, amigos míos, este logro no habría sido posible sin ustedes.

A MIS CATEDRÁTICOS Por todo el conocimiento teórico y práctico brindado a lo largo de toda mi formación académica.

A LA IGLESIA ORTODOXA GRIEGA LA ANUNCIACIÓN A LA SANTÍSIMA MADRE DE DIOS Por forjar valores fundamentales en mi vida. Especialmente a, su eminencia, Reverendo Archimandrita Sacerdote Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios), por su inmenso cariño, apoyo, por considerarme parte de la familia, y por toda la hospitalidad brindada durante la última etapa de mi formación académica profesional.

Padre Juvenal, Padre Daniel, Padre Thomas, Pbra. Elizabeth, Madre Isidora, Sebastián, Ricardo, Antonio, Mateo, Joaquín, Pedro, Efrén, Josué, Ángel, Óscar, Jeremías, Concepción, Doña Claudia, gracias por todo su apoyo, siempre los recordaré con mucho cariño.

A LA POBLACIÓN DE LA ALDEA EL AGUACATE Por el apoyo, cariño y hospitalidad brindados, hacia mi persona, por parte de todos sus habitantes.

A LA USAC Especialmente a la Facultad de Odontología. Por ser mi casa de estudios y brindarme este grado profesional.

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 la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de La Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios, en la aldea El Aguacate del municipio de Nentón del departamento de Huehuetenango, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

ÍNDICE

SUMARIO	- 3 -
I.ACTIVIDADES COMUNITARIAS	- 5 -
1.1 PROYECTO COMUNITARIO	- 5 -
Introducción	- 5 -
Gestiones realizadas	- 7 -
Metodología y ejecución del programa	- 8 -
Resultados alcanzados dentro del proyecto comunitario	- 11 -
Limitaciones y/o dificultades encontradas	- 11 -
Análisis y evaluación del proyecto	- 13 -
Mejoras a la clínica dental	- 14 -
II.PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	- 15 -
Introducción	- 16 -
Objetivos	- 17 -
Actividades realizadas	- 18 -
Metodología para el desarrollo del programa	- 18 -
Recursos utilizados para la ejecución del programa	- 19 -
Ejecución del programa de aplicación de sellantes	- 20 -
Ejecución del programa de barniz fluorado	- 25 -
Ejecución del programa de ejecución en salud	- 27 -
III.INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL PROGRAMA EPS	- 29 -
IV.ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL	- 43 -
Descripción de la atención clínica integral	- 44 -
Protocolo de desinfección	- 45 -
Consolidado de tratamientos y análisis	- 47 -
Salud dental de la población e índice CPO	- 51 -
Conclusiones	- 54 -
Recomendaciones	- 55 -
V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	- 56 -
Introducción	- 57 -
Características institucionales de la sede EPS	- 58 -
Estructura administrativa de la institución	- 58 -
Infraestructura de la clínica	- 60 -

Calendarización de actividades	- 62 -
Capacitación del personal auxiliar	- 63 -
VI.SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA	- 66 -
Descripción del proceso de educación a distancia realizado	- 67 -
Temas impartidos durante el desarrollo del programa EPS	- 68 -
Caso clínico	- 69 -
Conclusiones	- 78 -
Recomendaciones	- 79 -
BIBLIOGRAFÍA	- 80 -
ANEXOS	- 84 -
FIRMA DE RESPONSABILIDAD DE AUTOR	129 -
FIRMA SECRETARÍA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	130 -

SUMARIO

El Programa Ejercicio Profesional Supervisado de La Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala, constituye una parte invaluable del proceso formativo del estudiante, en donde se ponen en marcha y de manifiesto todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos a lo largo de todo el proceso formativo académico profesional. Más que una práctica profesional asociada a la atención odontológica integral dirigida a nuestra población guatemalteca; es una experiencia en la cual se logra establecer un vínculo de amistad con nuestra gente y conocer a detalle todos los aspectos sociales y económicos de nuestra realidad nacional, así como las características culturales, religiosas e ideológicas de la comunidad en la cual se realiza dicho programa. Conforman el sexto y último año de la carrera, el cual se desarrolla en una de las distintas sedes ubicadas a lo largo del territorio nacional.

Dentro del presente informe final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, se exponen todas las actividades realizadas por parte del odontólogo practicante durante el período comprendido entre abril-octubre del año 2021 y febrero del año 2022 en la clínica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios, localizada en la aldea El Aguacate, en el municipio de Nentón, del departamento de Huehuetenango.

A lo largo de los 8 meses, el Programa Ejercicio Profesional Supervisado funcionó como un eje central de gestión, mediante el cual se desarrollaron habilidades, conocimientos y valores, en conjunto con la comunidad, permitiendo al estudiante desenvolverse como ciudadano de cambio dentro de la sociedad guatemalteca, cooperando en la planificación y ejecución de programas, proyectos y actividades específicas que contribuyan a mejorar los niveles de calidad de vida dentro de los habitantes de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, con responsabilidad y tomando en cuenta todos los factores sociales, económicos, políticos, culturales y religiosos aunados a la población objetivo. Del mismo modo, se logró brindar atención odontológica a la población de esta comunidad en plena emergencia sanitaria a nivel nacional debido a la pandemia ocasionada por COVID-19.

Debido a tal situación, el Programa Ejercicio Profesional Supervisado presentó cambios en la metodología de ejecución y evaluación para desarrollarse de manera satisfactoria, sin

comprometer los objetivos generales y específicos del mismo que garantizan el éxito de este programa.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

PROYECTO COMUNITARIO

“Gestiones necesarias para la adquisición de barreras de protección universal e implementos de desinfección para el equipo del personal clínico de la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón y para los integrantes del Seminario San Andrés de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.”

Abril 2021 – marzo 2022.

INTRODUCCIÓN

El Programa EPS tiene dentro de sus finalidades la planificación de actividades por parte del estudiante, mediante la participación comunitaria, para la búsqueda de la satisfacción de las necesidades básicas de supervivencia y desarrollo; con el objetivo de que los habitantes de la comunidad, en donde este se lleva a cabo, sean miembros activos para el mantenimiento de todas las actitudes adecuadas para el bienestar común del lugar.

Dentro de los objetivos principales de las actividades comunitarias se encuentran el desarrollar habilidades, conocimientos y valores, mediante trabajo con la comunidad, que permitan al estudiante desenvolverse como ciudadano de cambio dentro de la sociedad guatemalteca; cooperando en la planificación y ejecución de programas, proyectos y actividades específicas que, contribuyan a mejorar los niveles de vida de los habitantes de la comunidad objetivo con actitud de responsabilidad y , sobre todo, estricto respeto hacia los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y religiosos que formen parte de la misma.

La labor fundamental del estudiante de FOUSAC es: desempeñarse como un eje central de gestión, mediante el cual la comunidad desarrolle una serie de acciones en concreto que permitan satisfacer las necesidades básicas y de esta manera, mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

En años previos, los proyectos comunitarios se desarrollaron siguiendo lineamientos enfocados a mejorar la salud ambiental escolar con énfasis en infraestructura de las escuelas, por ejemplo: proporcionar iniciativas que encaminen a la introducción de sistemas de agua potable, introducción y/o reparación de sanitarios y lavamanos, reparación de techos, puertas y ventanas de las aulas, aplicación de concreto o piso en espacios que carecen y que requieren del mismo, construcción o mejoras en las cocinas escolares y en las áreas de juego. Sin

embargo, en la situación actual debido a la emergencia sanitaria nacional, no fue posible continuar con la ejecución de un proyecto comunitario siguiendo los lineamientos mencionados anteriormente. Es por ello que, se tuvo la necesidad de reorientar la metodología de este proyecto adaptándose a las restricciones y desafíos que supone la realización del mismo dentro del contexto epidemiológico. De lo anterior, únicamente fue posible gestionar todos los implementos necesarios que permitieran desarrollar las distintas actividades clínicas dentro del recinto y concientizar a todo el personal de la organización religiosa, así como a todas las personas que asistieron a las instalaciones de la clínica odontológica en busca de servicios dentales para evitar el contagio y propagación del COVID-19.

GESTIONES REALIZADAS

Luego de un poco más de un año sin abrir las instalaciones clínicas, se encontró un ambiente desalentador dentro de las mismas. Se procedió a realizar un inventario de todos los insumos necesarios que permitieran el desarrollo de una práctica clínica siguiendo estrictos protocolos de bioseguridad.

Se encontró una buena cantidad de insumos que habían sido proporcionados por, su eminencia, reverendo archimandrita, sacerdote evangelios (Diego Patá TucTuc), con el apoyo de Orthodox Christian Mission Center (OCMC, por sus siglas en inglés) para el uso dentro de la clínica, por lo que no hubo ningún problema para adquirir los materiales y barreras de protección necesarias.

A continuación, se enumeran los insumos entregados por la sede EPS y los cuales eran revisados mensualmente para continuar brindando atención clínica en términos de bioseguridad:

- Batas desechables de 40 gramos para el operador clínico y el personal auxiliar.
- Protectores faciales (con la capacidad de ser desinfectadas con la finalidad de ser utilizadas en varias sesiones clínicas).
- Amonio cuaternario BENZIRAL de quinta generación al 25.4% potenciado para la desinfección de superficies inertes y equipo odontológico e inactivación de microorganismos.

- Desinfectante a base de amonio cuaternario de quinta generación al 0.4%, marca comercial EUCIDA para la desinfección e inactivación de microorganismos en superficies inertes y equipo odontológico.
- Alcohol desinfectante en gel y jabón antibacterial para la desinfección y para el lavado constante de manos, respectivamente.
- Gorros para entorno clínico descartables.
- Cajas con guantes descartables de nitrilo.
- Cubrebocas N95 marca 3M.
- 5 cajas con 2000 cubrebocas de tipo quirúrgico, cada una.
- Glutaraldehído al 2%
- Termómetro infrarrojo para la lectura de temperatura corporal de los pacientes que asistían a la clínica dental.
- Artículos de limpieza para las instalaciones clínicas.

Mediante las gestiones realizadas por, su eminencia, reverendo archimandrita, sacerdote evangelios (Diego Patá TucTuc) en los meses de abril y mayo del año 2020, se lograron adquirir todos los insumos necesarios para reanudar las actividades clínicas. Dichos insumos fueron donados por Orthodox Christian Mission Center (OCMC, por sus siglas en inglés), por lo que se logró contar con todo el equipo necesario para reanudar las actividades clínicas de índole odontológico y médico, tras 1 año con 2 meses de estar suspendidas por la emergencia sanitaria a nivel nacional.

Mensualmente, se hicieron las revisiones pertinentes para verificar la cantidad de insumos disponibles y se gestionaron los artículos de desinfección necesarios, los cuales siempre fueron brindados amablemente por nuestro coordinador local, su eminencia, reverendo archimandrita, sacerdote evangelios (Diego Patá TucTuc), Vicario principal y representante del Sacro Arzobispado Ortodoxo en Guatemala.

METODOLOGÍA Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

El proyecto inició mediante pláticas informativas a los integrantes del seminario San Andrés de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios para evitar el contagio y propagación del COVID-19; ya que ellos llevaban a cabo muchas actividades eclesíásticas como parte de su formación dentro del complejo religioso, poniendo de manifiesto el riesgo elevado de adquirir la enfermedad debido a que las actividades religiosas jamás fueron

interrumpidas y siempre se presentó aglomeración de personas dentro del complejo eclesiástico. Aun cuando siempre se tuvieron al alcance todos los insumos necesarios, se observó que no se respetaron las medidas de protección adecuadas dentro de la iglesia por parte de los integrantes del seminario, por lo que se les instó a utilizar el cubrebocas dentro de las instalaciones clínicas.

Posterior a ello, se puso en marcha un protocolo de bioseguridad por parte del personal clínico y auxiliar que incluyó la siguiente metodología:

- Se hizo énfasis, con la ayuda de anuncios por medio de carteles informativos o avisos colocados en la entrada de las instalaciones de la clínica dental, en el uso obligatorio de cubrebocas (aun cuando la población no los utilizaba en los espacios públicos) dentro de las instalaciones clínicas, así como de la distancia mínima de 1 metro y medio aproximadamente entre las personas que se encuentren dentro de la sala de espera.
- Antes de comenzar cualquier procedimiento dentro de la clínica dental el paciente firmó un consentimiento informado, el cual además de mencionar el posible riesgo de contaminación cruzada a la que estaba siendo expuesto como resultado de la alta tasa de contagios por COVID-19 dentro de la comunidad, también presentaba algunas preguntas importantes las cuales debían ser respondidas para indagar algún signo o síntoma asociado a COVID-19. Dicho cuestionario se realizó previo al ingreso del paciente al consultorio odontológico, con la finalidad de que el personal clínico estuviese preparado ante un posible paciente de alto riesgo. De preferencia, se atendieron a pacientes con emergencias dentales que implicaban situaciones clínicas con sintomatología dolorosa, evitando, en la medida de lo posible, tratamientos que impliquen la generación de aerosoles.
- Se registró la temperatura de todos los pacientes que asistieron a la clínica dental con un termómetro digital, estableciendo temperaturas normales aquellas cuyas lecturas no fueran mayores a los 37.5 grados centígrados. Los pacientes con temperaturas mayores a dicho valor, fueron referidos al puesto de salud de la comunidad.
- Se aplicó alcohol en gel a cada uno de los pacientes que se presentaron a la clínica dental para la desinfección de manos y evitar la contaminación de las superficies.

- Se le solicitó a cada paciente caminar sobre una alfombra impregnada con solución de hipoclorito de sodio al 0.1%, amonio cuaternario, o peróxido de hidrógeno al 1% para la desinfección de calzado.
- Todo el personal de la clínica dental practicó frecuentemente un lavado constante de manos con agua y jabón siguiendo las normas de un mínimo de tiempo de 20 segundos.
- Uso de uniforme reglamentario, bata desechable, gorro desechable, cubrebocas quirúrgico o N-95, protector facial y guantes descartables.
- Se colocaron barreras de protección sobre todas las partes del equipo dental en contacto con el operador clínico, personal auxiliar y pacientes.
- En la medida de lo posible se aplicó aislamiento absoluto en aquellos procedimientos que involucraban la generación de aerosoles con partículas de saliva y/o sangre.
- Se realizó limpieza y desinfección con amonio cuaternario a todos aquellos materiales dentales usados en determinados tratamientos tales como envases de cementos dentales, frascos de adhesivo, jeringas con resina compuesta, entre otros.
- Luego de la atención al paciente se realizó un adecuado manejo de desechos descartables y biológicos haciendo énfasis en el uso de guardianes.
- Lavado del instrumental con jabón antibacterial o desinfectante para la eliminación de residuos biológicos y fluidos tales como sangre, exudados y/o saliva, prestando especial atención en el uso de guantes que no permitan el fácil desgarrar con instrumental punzocortante.
- Uso de solución de Glutaraldehído al 2% para la inmersión de todo el instrumental previamente lavado durante 30 minutos para la adecuada desinfección en caso de no estar disponible un equipo de autoclave.
- Limpieza y desinfección de las unidades dentales, respaldos, taburetes, manijas del gabinete dental, equipo de rayos X, lámparas de fotopolimerización, mangueras de succión de la unidad dental, jeringas triples, lapiceros.
- Limpieza y desinfección de los pisos de la clínica con solución de hipoclorito de sodio o amonio cuaternario en caso se encuentre disponible y un tiempo prudente de espera de 30 minutos para la adecuada inactivación del virus si en caso estuviese presente en las superficies.
- Mantenimiento del orden y armonía dentro del complejo.

Es importante mencionar que, como parte del proyecto de actividades comunitarias realizadas dentro de esta localidad, se solicitó autorización al coordinador local para continuar brindando atención odontológica durante noviembre y diciembre del 2021 (período de vacaciones según la programación del programa EPS).

Del mismo modo, durante la primera mitad del mes de marzo de 2022, a pesar de que el programa EPS oficialmente ya había concluido, con la autorización del Área de OSP, se prestó apoyo incondicional en pro del desarrollo de las comunidades más necesitadas, para realizar una jornada de salud, debido a que la delegación que vendría de los Estados Unidos de América no contaba con personal odontológico.

Otro de los logros alcanzados fue haber gestionado la donación, por parte de nuestro coordinador local, de un monitor LCD para la clínica dental con el objetivo de proporcionar a los pacientes material informativo de tipo interactivo relacionado a temas de índole odontológico.

RESULTADOS ALCANZADOS DENTRO DEL PROYECTO COMUNITARIO

Es de importancia crucial mencionar en este informe que se siguieron todos los lineamientos proporcionados por el Área de Odontología Preventiva y Social ante el escenario, en contexto con el semáforo epidemiológico, presente durante los 8 meses del programa EPS para el desarrollo de las actividades comunitarias respetando siempre los protocolos de bioseguridad establecidos por las autoridades sanitarias de gobierno. Se puede concluir que se alcanzaron resultados positivos parcialmente.

Uno de los resultados alcanzados más importantes fue haber brindado atención odontológica a personas de varias comunidades dentro de los meses de noviembre, diciembre y marzo, en calidad de voluntariado (sin remuneración alguna) y fuera de tiempo reglamentario en relación al programa EPS, con la finalidad de no interrumpir la atención clínica y proporcionar servicios dentales a personas que no cuentan con acceso a los servicios básicos de salud que se presentaron a la clínica por cualquier tratamiento de índole urgente, creando así mayor cobertura de acceso a los servicios odontológicos dentro de estas comunidades con extrema necesidad de los mismos.

LIMITACIONES Y/O DIFICULTADES ENCONTRADAS

Uno de los aspectos más importantes, a hacer notar con respecto a la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, observados al principio del programa EPS dentro de la comunidad fue la NULA consideración por parte de todos los pobladores en cuanto al uso de medidas de protección como lo es el uso de cubrebocas y la NULA consideración respecto al distanciamiento social, observando una enorme actitud de indiferencia por parte de toda la población. De lo anterior, se observó lo siguiente durante el inicio del programa EPS:

- Dentro de la población, en GENERAL, jamás se utilizó un cubrebocas.
- No existió un distanciamiento social por parte de los pobladores que permitiera prevenir el riesgo de contagio y propagación por COVID-19, siendo notorias las reuniones masivas en las calles, iglesias, salones comunales, entre otros.
- Existió siempre una gran cantidad de eventos que implicaban la aglomeración de personas generando de esta manera un mayor riesgo de infección por COVID-19.
- Hubo en todo momento un alto grado de movilidad por parte de los pobladores locales y por parte de personas en situación migratoria irregular hacia el punto fronterizo entre La República de Guatemala Y México localizado a 15 Km de la aldea con dirección hacia el oeste.
- La población afirmó siempre con toda certeza que la enfermedad por COVID-19 definitivamente “NO EXISTE” dentro de la comunidad; argumentando erróneamente este hecho aun cuando se presentaron demasiados casos positivos dentro de la comunidad.
- No existió el uso de alcohol en gel para la desinfección de manos en los distintos sitios de comercio como lo son tiendas, comedores, etc.
- Reuniones masivas que implicaron siempre la aglomeración de personas en servicios religiosos y fúnebres sin distanciamiento social ni medidas de protección.
- Pláticas informativas, carteles colocados fuera de las instalaciones clínicas y demás panfletos informativos y cubrebocas fueron herramientas para obtener la atención del público y crear conciencia de la problemática sanitaria nacional y a nivel mundial. Sin embargo, jamás prestaron atención a estas medidas brindadas.

Todo lo anterior representó siempre un gran riesgo para toda la población en general de la aldea El Aguacate, pero principalmente para el personal clínico y auxiliar que brindó atención

dentro de la clínica e implicó siempre un gran desafío para el desarrollo adecuado de las actividades clínicas.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Puede concluirse que la población tuvo escaso interés en la información y demás medidas sanitarias brindadas durante todo el programa. Sin embargo, este tuvo un aspecto totalmente positivo en cuanto al proceso formativo profesional del odontólogo practicante para el adecuado desenvolvimiento dentro de su práctica clínica, dirigida a la población guatemalteca venciendo obstáculos asociados a factores culturales e ideológicos.

Otro aspecto positivo fue el haber brindado servicios odontológicos por más tiempo del asignado por parte de las autoridades universitarias, con el fin de apoyar a nuestra sociedad guatemalteca con poco o ningún acceso a los servicios básicos de salud.

Finalmente, la clínica dental reanudó sus actividades con un protocolo de bioseguridad establecido tras 1 año y 2 meses de cierre de operaciones como resultado de la emergencia sanitaria nacional. Esto permitirá que se siga brindando atención dental a personas adultas y, dependiendo de los escenarios y la reapertura de las escuelas, a niños y niñas.

MEJORAS A LA CLÍNICA DENTAL



Como parte del proyecto comunitario, se gestionó la adquisición de una pantalla LCD (a la izquierda, en la fotografía) para proporcionar a los pacientes material visual interactivo en materia de cuidado y salud oral.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

INTRODUCCIÓN

A lo largo de toda la ejecución del Programa Ejercicio Profesional Supervisado fue de importancia capital proporcionar una serie de medidas preventivas, enfocadas principalmente en niños y adolescentes en edad escolar, con directrices para prevenir el desarrollo y progresión de caries dental y enfermedades periodontales desde edades muy tempranas con el objetivo de lograr conciencia y motivación a temprana edad.

Es de suma importancia tomar en consideración los altos índices de caries dental y enfermedades periodontales presentes en nuestro país; en conjunto con la falta de acceso a los servicios básicos de salud dentro de nuestras comunidades más remotas. La escasez de información en las comunidades y el poco interés por parte de los padres de familia juegan también, un papel muy importante para que este problema se vuelva aún más grave. Es por ello que, se hizo necesario el establecimiento de un programa de prevención de patologías bucales, dentro de la comunidad, que permitiera cambiar los hábitos de higiene oral para evitar enfermedades periodontales, así como llevar a cabo procedimientos no invasivos que permitieran un descenso en la incidencia de caries dental, sin hacer caso omiso al contexto de la emergencia sanitaria nacional por COVID-19 presente durante la realización del programa.

La falta de interés por parte de las principales autoridades de salud del país, derivado de la deficiente administración de los recursos económicos del país, aunado a la posición geográfica remota que presenta la aldea El Aguacate dentro del territorio guatemalteco, permiten que esta comunidad sea susceptible a los principales problemas asociados con salud, educación, infraestructura, entre otros, y especialmente a las principales patologías orales, que son la prioridad de los programas preventivos del EPS.

OBJETIVOS

El programa de prevención de enfermedades bucales dentro de la aldea El Aguacate a través de la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios, tuvo como principales objetivos los siguientes:

- Proporcionar toda la información necesaria a la población sobre el proceso de formación y desarrollo de la caries dental y enfermedad periodontal, encaminada a la concientización y motivación que permita crear una disciplina orientada a la disminución en la incidencia de estas patologías a largo plazo dentro de la población.
- Disminuir el índice de caries dental en piezas dentarias permanentes.
- Proporcionar terapéuticas que incluyan métodos básicos de remineralización que permitan el descenso en la susceptibilidad de la formación de lesiones cariosas en piezas permanentes.
- Crear conciencia y motivación para evitar el contagio y propagación del COVID-19.
- Fomentar buenos hábitos de salud para evitar enfermedades sistémicas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Dentro de las principales actividades realizadas, se pueden mencionar:

1. Prevención de caries dental y enfermedades periodontales.
2. Aplicación de sellantes de fosas y fisuras.
3. Educación en salud orientado a pautas de salud oral y temas relacionados con la prevención de COVID-19.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Con base en el tablero de alerta nacional por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19 correspondiente a la comunidad del Aguacate, Nentón, Huehuetenango, al cierre total de las escuelas de la comunidad, a la suspensión de actividades escolares presenciales, y a la falta de medidas de protección por parte de la población, se llevaron a cabo procedimientos que involucró la aplicación tópica de fluoruro de sodio al 5% a todos los pacientes, en la medida de lo posible, en edad escolar que se presentaron a la clínica dental. En aquellos casos en los cuales se presentaron niños con emergencias dentales que involucraba sintomatología dolorosa, la emergencia fue atendida y se les programó posteriormente una cita para la aplicación de barniz de fluoruro de sodio al 5%, siempre llevando a cabo todo el protocolo en materia de bioseguridad; la mayoría ya no se presentó a la cita programada, lo que representó una enorme dificultad para poder lograr los objetivos.

Se diseñó material impreso en forma de trifoliales con información respecto de las distintas enfermedades que se desarrollan dentro de la cavidad oral, tales como: enfermedad periodontal, caries dentaria, lesiones básicas que requieren atención y diagnóstico inmediato, así como de los hábitos que ayudan a prevenirlas. Dicho material fue diseñado de manera simple, con el objetivo de ser accesible y fácilmente interpretado por el público en general y fue repartido a cada uno de los pacientes que asistieron a la clínica dental. También, fueron colocados carteles educativos dentro de la clínica dental para brindar a los pacientes una breve explicación sobre el contenido del material impreso. Del mismo modo, se hizo énfasis en las medidas de protección para evitar el contagio y propagación del COVID-19 dentro de la comunidad.

También fueron proporcionados cepillos dentales a todos los niños que se presentaron a las instalaciones de la clínica dental.

Es importante hacer notar que, debido a que el municipio de Nentón del departamento de Huehuetenango siempre se mantuvo con los colores naranja y rojo del semáforo correspondiente al tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, todas las actividades correspondientes al tema de prevención se trabajaron en función al segundo escenario, establecido por el Área de Odontología Preventiva y Social de La Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala.

RECURSOS UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

- Barnices de fluoruro de sodio al 5%.
- Fosfato de flúor acidulado al 1.23%.
- Pastas para profilaxis dental.
- Cepillos para profilaxis dental.
- Cubetas individuales para la aplicación de fosfato de flúor acidulado al 1.23%.
- Sellantes dentales.
- Agentes de adhesión para la aplicación de sellante dental.
- Ácido ortofosfórico al 37.5%.
- Contrángulos para la realización de profilaxis dental.
- Carteles educativos en materia de prevención.
- Trifoliales informativos en materia de prevención.
- Medios de comunicación local: únicamente parlantes de sonido dentro de la comunidad.
- Recursos físicos: mobiliario, equipo odontológico e instalaciones de la clínica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.
- Recursos humanitarios: odontólogo practicante asignado por el Área de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala y asistente dental asignado por la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APLICACIÓN DE SELLANTES

Abril 2021

Durante el primer mes de actividad clínica (en realidad durante los 12 días restantes del mes de abril, puesto que las actividades clínicas dieron inicio por primera vez el día lunes 19 de abril de 2021) y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado hasta el día 17 de abril de 2021, el cual se encuentra disponible en , la comunidad se encontraba en color naranja y luego en el período comprendido entre el 30 de abril al 13 de mayo, la comunidad se encontraba en color rojo del semáforo de alertas (social, 2021). En base a ello, durante este mes se trabajó siguiendo las directrices ya mencionadas, logrando muy pocos resultados.

Durante este mes, se realizó la colocación de 6 sellantes de fosas y fisuras en un paciente únicamente.

Mayo 2021

Durante el segundo mes de actividad clínica y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado entre los períodos comprendidos del 13 al 27 de mayo de 2021 y del 28 de mayo al 12 de junio de 2021, la comunidad se ubicaba en color rojo y naranja del semáforo de alertas (social, 2021), respectivamente.

Los pacientes niños que se presentaron con sus padres a la clínica dental lo hicieron a causa de emergencias dentales asociadas a focos infecciosos con sintomatología dolorosa, por lo que se les programó una cita para la respectiva aplicación de sellantes, sin embargo, únicamente se hicieron presentes 2 pacientes niños durante este mes.

El número total de sellantes colocados durante este mes fue de 7 sellantes dentales en 2 pacientes.

Junio 2021

Durante el tercer mes de actividad clínica y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 12 de junio al 10 de julio de 2021, la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021). En este mes, únicamente se presentaron 3 niños a su cita programada para la colocación de sellantes dentales.

En total, se colocaron 23 sellantes dentales en 3 pacientes durante este mes.

Julio 2021

En el mes de julio y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 10 de julio al 8 de agosto de 2021, la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021). El descenso fue extremadamente notorio durante este mes, pues los niños asignados no se presentaron a su cita programada para la colocación de sellantes dentales. Durante este mes, únicamente se presentó a su cita un paciente para la colocación de 10 sellantes dentales.

Agosto 2021

Durante el mes de agosto y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 8 al 20 de agosto de 2021, la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021). Fue durante este mes en el cual dio inicio la jornada de vacunación contra el COVID-19 dentro de la aldea.

Es importante hacer notar que el Programa EPS establece como prioridad la prevención y la educación en salud dentro del presente informe, sin embargo, dentro de la comunidad existió siempre una gran falta de interés ante ello.

Durante este mes, únicamente se presentó una paciente a su cita programada para la colocación de sellantes dentales. En total se colocaron 10 sellantes dentales en la paciente.

Septiembre 2021

Durante el mes de septiembre y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 21 de agosto al 7 de septiembre de 2021, la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021).

No se colocó ningún sellante durante este mes.

Octubre de 2021

Durante el mes de octubre y con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 1 al 14 de octubre de 2021,

la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021). En este contexto sanitario se dio fin a la primera fase del programa EPS, cerrando con 2 pacientes que se presentaron a su cita programada para la colocación de sellantes dentales.

En total se colocaron 11 sellantes dentales en 2 pacientes durante todo el mes.

Febrero 2022

Es importante hacer notar que el ciclo educativo, en el sector público, inició el 15 de febrero del presente año. Sin embargo, las escuelas dieron formal apertura hasta mediados del mes de marzo.

Con base en el tablero de alertas por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19, actualizado en el período comprendido del 21 de enero al 18 de febrero de 2022, la comunidad se ubicaba dentro del color rojo del semáforo de alertas (social, 2021).

La cantidad de pacientes disminuyó notablemente durante este mes. Únicamente se colocaron 2 sellantes dentales a un paciente adulto, lo cual no representa un logro pues el programa de aplicación de sellantes de fosas y fisuras está enfocado principalmente a niños y adolescentes en edad escolar.

La falta de interés de los padres de familia en llevar a los niños a sus citas programadas siempre constituyó un objeto de gran preocupación, pues los pacientes dejaron de presentarse al puesto de EPS durante la última fase del programa. Se dieron anuncios y avisos para la población a través de los COCODES, sin embargo, no hubo interés en el ámbito preventivo ni en la toma de medidas preventivas contra el COVID-19.

A continuación, se muestra una tabla con todos los datos expuestos anteriormente, a partir del 19 de abril al 22 de octubre de 2021, y del 31 de enero al 25 de febrero de 2022:

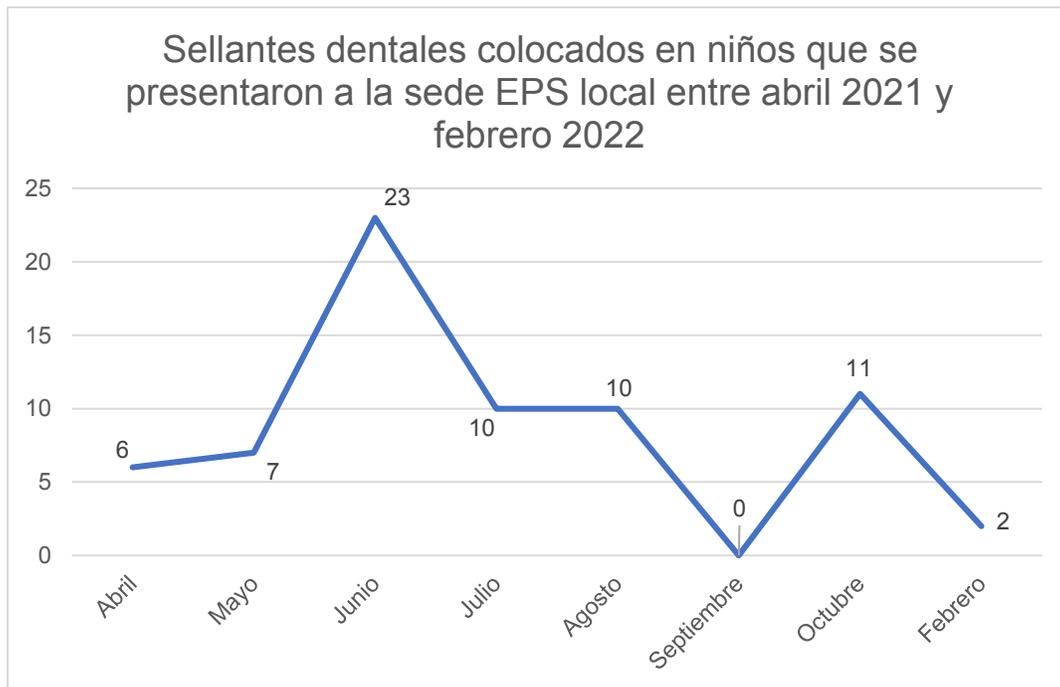
Tabla 1

Sellantes dentales colocados en pacientes niños de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, durante el Programa EPS, entre abril-octubre 2021 y febrero 2022.

Mes	[n(%)]
Abril	6 (10.17)
Mayo	7 (11.86)
Junio	23 (38.98)
Julio	10 (16.95)
Agosto	10 (16.95)
Septiembre	0 (0)
Octubre	11 (18.64)
Febrero	2 (3.39)
Total de sellantes dentales colocados	n=59 (100)

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos del programa EPS.

Gráfica 1



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos del programa EPS.

De los 43 pacientes niños en edad escolar atendidos durante todo el desarrollo del Programa EPS, únicamente 10 niños se presentaron a su cita programada para la aplicación de sellantes dentales. Esto indica que únicamente el 23.26 % de los niños que asistieron a la clínica recibieron este beneficio preventivo. En promedio, mensualmente se estaba atendiendo a 1 niño mientras que el resto, a los cuales se les programó una cita posterior, únicamente se presentaban por emergencias dentales.

Es necesario hacer notar que, durante todo el desarrollo del programa, se colocaron un total de 79 sellantes, pero únicamente 23 de ellos fueron colocados en pacientes niños y los 56 restantes fueron colocados en pacientes adultos en edades no escolares. Desde luego, estos 56 sellantes colocados en pacientes adultos también constituyen una medida preventiva para evitar el riesgo de caries, dados los altos índices de placa dentobacteriana en los pacientes, sin embargo, este programa está principalmente enfocado hacia niños en edad escolar para lograr una disminución en la incidencia de caries dental en piezas permanentes a largo plazo.

Junio fue el mes con mayor número de sellantes dentales colocados, pues se aplicaron 23 sellantes dentales en 3 pacientes niños. En contraste, septiembre fue el mes en el cual no se aplicaron sellantes dentales a ningún paciente infantil. Esto, sin embargo, fue reportado hacia el coordinador docente asignado y durante las 3 visitas de supervisión por parte del Área de Odontología Preventiva y Social, recibidas durante los meses de junio 2021, octubre 2021 y febrero 2022.

El principal motivo de estos resultados fue el cierre de las escuelas asignadas dentro de la comunidad, debido a las restricciones por la emergencia sanitaria nacional por COVID-19; para que los niños tuvieran el acceso a estos tratamientos de manera directa, por mediación entre las autoridades escolares de la localidad y el odontólogo practicante de la sede EPS, y a la prohibición de la atención a los pacientes de manera integral, limitándose únicamente a la atención de emergencias.

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE APLICACIÓN DE BARNIZ FLUORADO

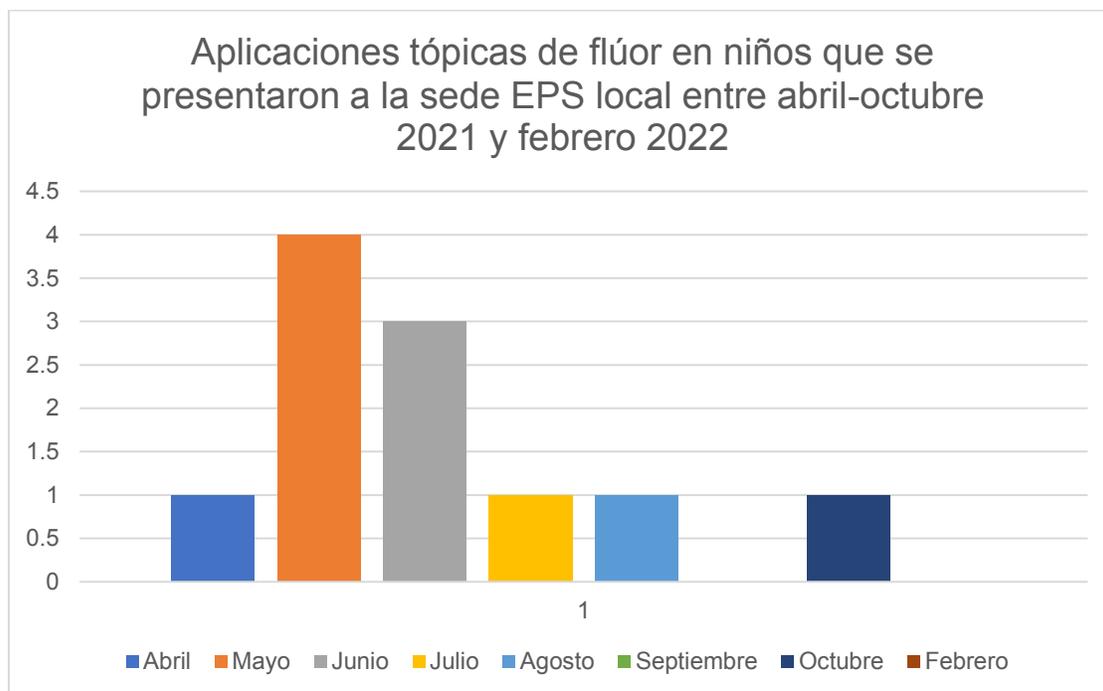
A lo largo del desarrollo del programa EPS se realizaron 29 aplicaciones tópicas de flúor en los pacientes que se presentaron a la clínica dental, sin embargo, únicamente 11 de estas aplicaciones fueron realizadas en niños. Tratándose de consultas por emergencias dentales no pudieron realizarse todas las aplicaciones necesarias y por las razones ya citadas anteriormente.

Esto deja claro que la pandemia ocasionada por COVID-19 impactó fuertemente al programa de prevención, lo que evidencia la importancia de manejar estas actividades en conjunto con las escuelas. Asimismo, que es crucial reforzar estos programas, cuando sea considerado conveniente, debido a la pandemia y en los programas EPS futuros, para aumentar la conciencia y motivación en los padres de familia y así poder cumplir con los objetivos principales de los mismos.

Tabla 2	
<i>Aplicaciones de flúor tópico en niños que se presentaron a la clínica dental de la sede EPS en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, entre abril-octubre 2021 y febrero 2022.</i>	
Mes	[n(%)]
Abril	1 (9.09)
Mayo	4 (36.36)
Junio	3 (27.27)
Julio	1 (9.09)
Agosto	1 (9.09)
Septiembre	0 (0)
Octubre	1 (9.09)
Febrero	0 (0)
Total de aplicaciones tópicas de flúor realizadas	11 (100)

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

Gráfica 2



Fuente: datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

Se observa que durante el mes de mayo se realizó un mayor número de aplicaciones tópicas de flúor y durante los meses de septiembre 2021 y febrero 2022, no se realizó ninguna.

Solamente el 37.39% de las aplicaciones tópicas de flúor, llevadas a cabo a lo largo de todo el programa, fueron realizadas en niños que asistieron a su cita programada, puesto que los motivos principales de consulta fueron por emergencia dental. Esto constituye al 25.58% de los niños en edad escolar que se presentaron a la clínica dental, lo que representa no haber alcanzado los objetivos.

EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN SALUD

Durante todo el desarrollo de las actividades del programa EPS dentro de la comunidad, se proporcionó material impreso a todos los pacientes que buscaron atención por emergencia a la clínica dental. Dicho material fue elaborado con información sobre salud bucal, enfermedades periodontales, caries, técnicas de higiene oral, frecuencia en el consumo de azúcares y sobre todo medidas de prevención para evitar el contagio y propagación del COVID-19, con la finalidad de ser compartido con las familias de los pacientes que lo recibieron.

Para llegar a la mayor cantidad posible, se colocaron carteles dentro y fuera de las instalaciones de la clínica odontológica parroquial. No existen medios de comunicación dentro de la comunidad por lo que únicamente se limitó a proporcionar material impreso.

Sesiones educativas sobre salud oral

Uno de los motivos de consulta por emergencia dental más frecuente dentro de la comunidad fue: la sintomatología dolorosa asociada a caries dental severa en la cual la única forma de solucionar el problema era a través de la exodoncia, debido a que las piezas dentales se encontraban dañadas extensamente con procesos infecciosos crónicos o como restos radiculares. Debido a ello, posterior a la cita, a cada paciente se le proporcionó toda la información necesaria respecto del proceso de caries, cuidado de los dientes, técnicas de higiene oral y la importancia de la baja frecuencia en el consumo de azúcares.

Se tomó en consideración la falta de información sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo de la caries y de la enfermedad periodontal, por parte de la población, por lo que se utilizó un lenguaje simple y de fácil comprensión para captar la atención del receptor.

Se proporcionaron técnicas de higiene oral a cada paciente, enfocándose en el uso adecuado de la seda dental, cepillo, dentífrico y enjuague bucal. No obstante, algunas personas desconocían la naturaleza y uso de los mismos, por lo que se les proporcionó toda la información necesaria para poder utilizarlos, así como las distintas alternativas en caso de no poder adquirirlos.

A cada paciente se le proporcionó un cepillo dental como parte del programa enfocado a la conciencia y motivación para una buena salud oral.

COVID-19 y rutinas saludables

Durante toda la ejecución del programa la situación ocasionada por la emergencia sanitaria nacional fue de intensa magnitud, razón por la cual se estuvo en alto riesgo de contraer esta enfermedad en caso de no seguir estrictamente todas las medidas de bioseguridad. Por tanto, se proporcionó toda la información necesaria a los pacientes que se presentaron a la clínica, aunada a estilos de vida saludable, sobre todo a la frecuencia de azúcares.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA EN EL PROGRAMA EPS

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

Uso y necesidad de Prótesis Dentales en pacientes consultantes a los servicios odontológicos del Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. 2021.

Similox Virula, D.¹

RESUMEN

Objetivo: Establecer la proporción de uso y necesidad de prótesis dental en los pacientes consultantes a la clínica dental de la clínica parroquial Padre Andrés Girón de La Iglesia ortodoxa griega en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. **Materiales y métodos:** Se realizó una encuesta a 25 personas de 15 años o más respecto al acceso a servicios de salud bucodentales y a los que se les llevó a cabo un exámen intraoral para determinar la presencia de edentulismo. Los datos recopilados fueron tabulados y analizados en un sistema de base de datos de Microsoft® Excel. **Resultados:** La prevalencia de edentulismo dentro de la población evaluada fue del 80%, y únicamente el 20% tuvo acceso a servicios de salud bucodental durante el último año. **Conclusión:** el acceso a los servicios de salud bucal y a los programas de prevención son demasiado escasos dentro del lugar, lo cual podría indicar que los índices de pobreza son demasiado altos.

Palabras clave: edentulismo, caries, prótesis, prevalencia, desdentado.

INTRODUCCIÓN

El edentulismo constituye un estado de la salud oral caracterizado por la ausencia parcial o total de las piezas dentarias en un individuo, cuyas causas principales las constituyen la caries y la enfermedad periodontal (López JV, 2009). Ambas enfermedades pueden ser prevenidas y es posible evitar la pérdida total o parcial de las piezas dentarias; siempre y cuando exista el acceso a los servicios de atención odontológica en etapas no muy avanzadas y de tipo reversible, en la medida de lo posible (Carrasco & Vergara, 2013). Esta condición patológica es de carácter irreversible y constituye una amputación que trae como consecuencia la pérdida

¹ Estudiante asignado al Programa Ejercicio Profesional Supervisado 2020-2021 de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala.

de la integridad física y una disminución en la calidad de vida en el individuo que la presenta (Luengas-Aguirre et al., 2015). Tal y como se ha mencionado, existen causas principales que provocan esta condición; sin embargo, también puede ser el resultado de intervenciones ortodóncicas, estéticas, requerimientos protésicos, traumatismos ya sea accidentales o intencionados, y generarse por factores sociales, económicos, culturales y debido a políticas de salud pública que están relacionadas con inequidades y desigualdades en materia de salud (Luengas-Aguirre et al., 2015).

Se tiene comprobado que esta condición modifica las funciones del sistema estomatognático tal y como lo es el proceso masticatorio, fonética y la estética. Como resultado, se restringe la ingesta de nutrientes esenciales tales como carbohidratos, proteínas, lípidos, entre otros, por parte de la persona, provocando hábitos alimenticios alternativos enfocados en alimentos de consistencia blanda y accesibles a la masticación; comprometiendo así los requerimientos nutricionales para una adecuada salud (Perú, 2005). En este contexto, la salud posee un alto valor social que se encuentra en íntima relación con la calidad de vida de todos los seres humanos (Álvarez, 1987), pues consiste en un proceso complejo, multifactorial y dinámico que está en función de muchas variables relacionadas entre sí, que no se encargan únicamente de deteriorarla, sino para incrementarla y preservarla (Espinosa, 2004).

Debido a esta problemática, el campo de la odontología restaurativa se encarga de todos aquellos procedimientos en aquellos pacientes con distintos niveles de complejidad para intervenir y conservar a largo plazo las piezas dentales remanentes, de tal manera que se pueda restablecer la función, estética y armonía del aparato estomatognático a través del uso de aparatología protésica (Perú, 2005).

Esta problemática parece estar presente a lo largo de toda Latinoamérica. Dentro de la población de Chile, hacia el año 2003, la prevalencia de edentulismo para individuos con edentulismo parcial comprendidos en el rango de 35 a 44 años de edad fue del 79.7%, y del 98.9% para el rango comprendido de 65 a 74 años de edad (Chile, 2010). Por otro lado, los datos relacionados con estudios realizados en México establecen que el edentulismo es un problema que surge en individuos a partir de los 20 años de edad (Luengas-Aguirre et al., 2015). En el caso de países como Indonesia, se reportó que la prevalencia del edentulismo fue de 7.6% en mujeres, 6.8% en hombres, 3.1% en individuos entre los 50 a 59 años de edad y 29.8% en mayores de 80 años (Pengpid & Peltzer, 2014/15). En los Estados Unidos de

América, la prevalencia del edentulismo disminuyó a partir de un 18.9% entre los años de 1957 a 1958, hasta un 4.9% entre los años 2009 a 2012, luego de un período de observación realizado a lo largo de 50 años (Slade et al., 2014). Para Europa, el edentulismo y la pérdida de dientes está disminuyendo, al menos en aquellos países en los cuales se dispone de datos confiables; sin embargo, la meta de la Organización Mundial de la Salud de retener al menos 20 dientes a la edad de 80 años aún no se ha cumplido, pero se está acercando a algunos países del continente (Müller et al., 2007). Sin embargo, no existen estudios en Guatemala que permitan determinar con claridad la prevalencia de edentulismo dentro de nuestra población; para determinar los factores y las posibles consecuencias asociadas a esta problemática dentro del país y realizar análisis comparativos con respecto a la situación de otros países. Parece ser que este problema constituye una de las consecuencias más grandes dentro del fallido sistema de salud pública de este país, en conjunto con la falta de acceso a los servicios dentales por parte de la población de niveles sociales bajos y su situación socioeconómica.

En la práctica profesional, la evaluación del uso y necesidad de aparatología protésica contribuye a tener un mejor entendimiento del edentulismo, con la finalidad de determinar la gravedad del problema mediante el análisis de los datos obtenidos; así como, para proponer acciones subsidiadas orientadas a la atención de esta problemática a partir de la planificación de las necesidades detectadas.

Los principales objetivos de la presente investigación, realizada en la población, fueron los siguientes:

1. Establecer la proporción de uso de prótesis dental.
2. Identificar el número y tipo de prótesis dentales en uso.
3. Identificar el número y tipo de prótesis dentales declaradas como necesarias.
4. Caracterizar a la muestra de estudio según sexo y edad.

Materiales y métodos

Este constituye un estudio con un diseño observacional, transversal, en una muestra de la población perteneciente a la aldea El Aguacate del municipio de Nentón en el departamento de Huehuetenango, el cual fue aprobado por el Área de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala, y se llevó a cabo en la ejecución del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), durante el período de abril-

octubre del año 2021, para buscar, describir y caracterizar a los pacientes a través de las respectivas variables de estudio.

En el desarrollo de la primera fase del Programa EPS, correspondiente al segundo grupo EPS 2020-2021, período comprendido entre los meses de abril-octubre, se evaluó una muestra no probabilística de 25 personas, comprendidas a partir de los 15 años de edad, que se presentaron a consulta dental a las instalaciones de la sede local EPS ubicada en la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, quienes aceptaron voluntariamente su participación dentro del presente estudio.

Cuatro fueron las principales variables de valoración examinadas y analizadas dentro del presente estudio, a saber: 1) uso actual declarado de prótesis dental, 2) tipos de prótesis dental en uso, 3) tipos de prótesis dentales identificadas como necesarias y 4) edad y sexo.

El criterio de inclusión para formar parte de la muestra en el presente estudio fueron los siguientes: ser una persona de 15 años o más, de ambos sexos, consultantes al servicio de la clínica dental del programa EPS y que aceptaran voluntariamente su participación en el estudio.

Cada paciente que se presentó al consultorio dental por algún motivo de consulta y que cumpliera con el criterio de inclusión asociado a edad, fue invitado a participar en esta investigación; al mismo tiempo, fue informado sobre los objetivos principales del estudio; además, la metodología estuvo basada únicamente en la entrevista y el exámen clínico con espejo oral. En caso de aceptar: a cada participante se le solicitó firmar un consentimiento previamente informado, garantizando la confidencialidad de la información individual obtenida; la entrega oportuna de los resultados de la evaluación, así como la respectiva orientación sobre los tratamientos protésicos que resulten necesarios en relación al tipo e indicación; costo aproximado y posibles establecimientos de salud a los cuales acudir. Cada participante fue informado sobre el derecho total a renunciar voluntariamente de la investigación en cualquier momento. Tras la aceptación del participante, se procedió a recolectar la información y anotarla en los instrumentos de investigación correspondientes, los cuales se encontraban codificados mediante códigos que identifican una condición protésica en particular. Los datos fueron recopilados dentro de una base de datos, se utilizó una hoja de cálculo de Microsoft® Excel, para luego ser analizados en conjunto con tablas y gráficos.

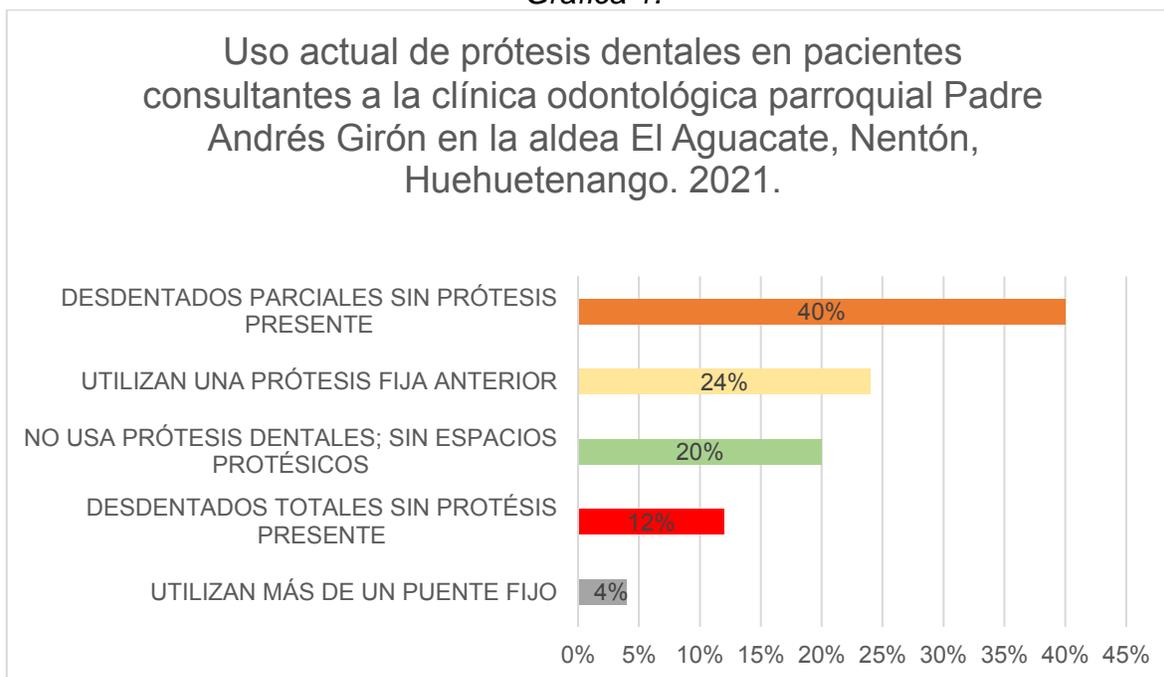
Resultados

Se observó que la mayor parte de los participantes son pacientes con una condición de edentulismo parcial que no utiliza ningún tipo de prótesis dental y que únicamente una pequeña proporción utiliza dos puentes fijos y aún con edentulismo. Obsérvese la tabla y gráfica 1, respectivamente:

Tabla 1. Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Uso actual de prótesis dentales en pacientes consultantes a la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. 2021		
	n	%
		2
NO USA PRÓTESIS DENTALES; SIN ESPACIOS PROTÉSICOS	5	0
	1	4
DESDENTADOS PARCIALES SIN PRÓTESIS PRESENTE	0	0
		1
DESDENTADOS TOTALES SIN PRÓTESIS PRESENTE	3	2
		2
UTILIZAN UNA PRÓTESIS FIJA ANTERIOR	6	4
UTILIZAN MÁS DE UN PUENTE FIJO	1	4

Gráfica 1.



Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Posiblemente, estos valores indican que el 40% de los participantes dentro de la muestra han optado por tratar, mediante extracciones dentales, cualquier situación asociada con sintomatología dolorosa, ya sea por razones económicas en las cuales no es posible llevar a cabo todos los costos asociados a un procedimiento que tenga como objetivo preservar la pieza dental, o bien, por razones en las cuales se involucren situaciones asociadas a focos infecciosos crónicos que involucren un cuadro exacerbado de sintomatología dolorosa. Esto es de especial interés, pues de acuerdo a lo observado dentro de la práctica, se encontró que la mayoría de pacientes que se presentaron a la clínica, lo hizo por dolor asociado a focos infecciosos en piezas dentales fracturadas por caries coronal severa, restos radiculares y piezas fracturadas como consecuencia de una práctica errónea por parte de promotores dentales empíricos; situaciones en las cuales ya no existía la viabilidad restaurativa. Se encontró que únicamente el 24% de la muestra utilizaba una prótesis dental fija para cubrir espacios edéntulos anteriores, y evitar problemas asociados a la estética, mecánica o fonación. Sin embargo, en su totalidad eran prótesis dentales que no cumplían con los criterios clínicos de aceptabilidad; hecho por el cual el pronóstico, ya sea, a corto o largo plazo era totalmente negativo; contribuyendo de esta manera, a aumentar la proporción de edentulismo. No obstante, se encontró que las condiciones socioeconómicas de la población son muy bajas imposibilitándoles optar por un tratamiento protésico calificado, obligándolos de esta manera a tomar tratamientos deficientes accesibles y de costo relativamente bajo. Se encontró también que, el aspecto cultural influye en gran medida, ya que la mayor parte de la población que se presentó a la clínica dental solicitó información respecto a la posibilidad de colocación de prótesis dentales fijas unitarias dentosoportadas con NPG, como material final de restauración sobre piezas dentales anteriores y que no presentaba signo clínico negativo alguno. Únicamente el 20% del total se encontraba sin prótesis dentales ni espacios protésicos y 4% utilizaba más de un puente fijo, pero con la misma condición de edentulismo al presentar otros espacios sin restaurar. Los participantes sin prótesis ni necesidad de las mismas establecieron una proporción demasiado baja y, de acuerdo a los datos observados, con demasiados factores de riesgo tales como los altos índices de caries y niveles de enfermedad periodontal para adquirir esta condición a futuro. Esto deja en evidencia la importancia de los programas

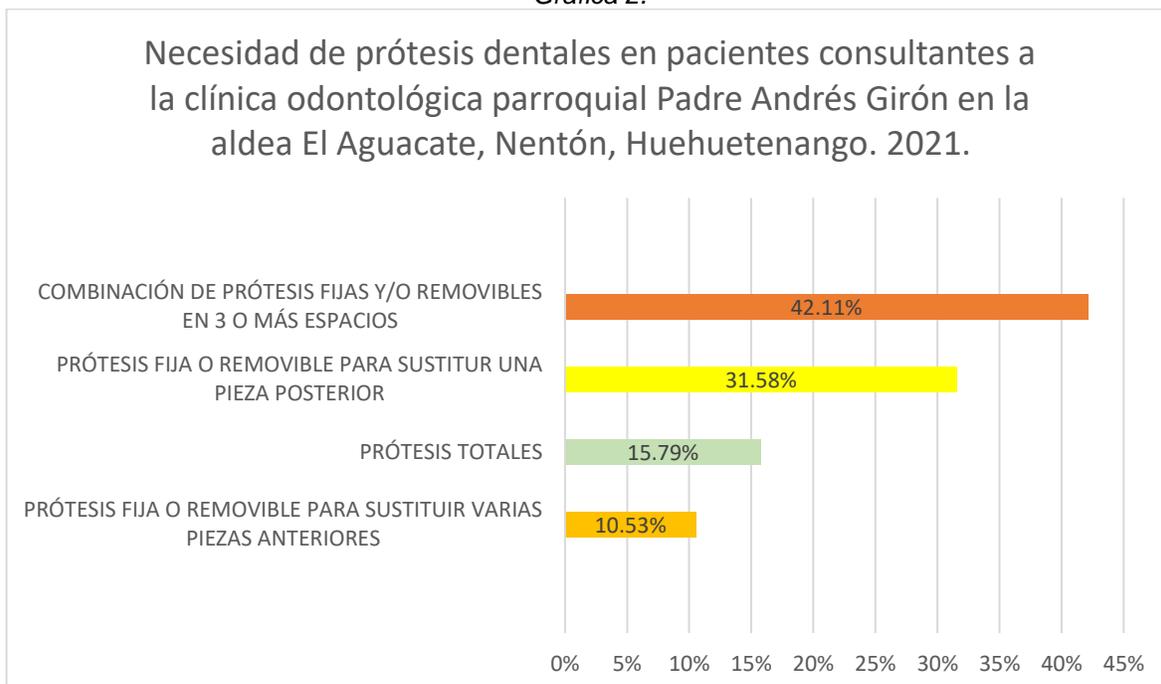
de salud en materia de prevención, la falta de políticas de salud del estado, las condiciones socioeconómicas dentro de la población y la desventaja geográfica presente dentro del lugar.

Del mismo modo, en la tabla y gráfica 2 se muestran los datos obtenidos al realizar las mediciones requeridas para establecer la necesidad de prótesis dentales de los pacientes consultantes:

Tabla 2. Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

<i>Necesidad de prótesis dentales en pacientes consultantes a la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. 2021.</i>		
	n	%
		31.58
PRÓTESIS FIJA O REMOVIBLE PARA SUSTITUIR UNA PIEZA POSTERIOR	6	10.53
PRÓTESIS FIJA O REMOVIBLE PARA SUSTITUIR VARIAS PIEZAS POSTERIORES	2	42.11
COMBINACIÓN DE PRÓTESIS FIJAS Y/O REMOVIBLES EN 3 O MÁS ESPACIOS	8	15.79
PRÓTESIS TOTALES	3	%

Gráfica 2.



Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Como se observa, el 42.11% de los participantes requieren de una combinación de prótesis dental fija o removible para sustituir varios espacios protésicos, lo que se explica al observar el gran número de piezas perdidas por caries durante los exámenes clínicos realizados a lo largo del desarrollo del programa EPS y que se encuentran indicadas para extracción debido a caries severa. Definitivamente, en relación a esta necesidad protésica combinada, este fenómeno se debe a la decisión indiscriminada de solucionar los problemas asociados a dolor dental únicamente a través de la exodoncia. Esto fue observado, no solamente dentro de la realización del presente estudio, sino que también a lo largo del desarrollo del programa. Aunado a ello, es importante hacer notar que dentro de la comunidad existen varias personas denominadas “promotores de salud”, dedicadas únicamente a manejar el dolor dental mediante extracciones, lo cual constituye la única opción a tomar por parte de la población al no existir consultorios dentales con personal calificado; esto último, aún constituye una situación utópica dentro del lugar debido al nivel socioeconómico muy bajo y a la localización geográfica muy remota que presenta dicha localidad.

Se encontró que el 31.58% de la muestra ha sufrido pérdida principalmente de piezas posteriores, observando un mayor número de primeros molares ausentes a lo largo del desarrollo de esta investigación. Esto sugiere que es necesario proporcionar un enfoque más centrado en técnicas preventivas de salud oral hacia la población; se debe proporcionar suficiente información sobre caries y enfermedad periodontal, fomentar el uso de los fluoruros dentro de las instituciones educativas del lugar y seguir un programa constante y a largo plazo en la colocación de sellantes de fosas y fisuras en todas las piezas dentales, principalmente, en los primeros molares recién erupcionados.

El 15.79% y el 10.53%, se encontró con la necesidad de prótesis total o prótesis fija o removible para sustituir varias piezas anteriores. Aun cuando estos valores son más bajos en comparación con los tratamientos protésicos combinados (42.11%), es de suponer que la tendencia de la población se centra hacia esta última opción de tratamiento, por los índices demasiado altos de caries dental (CPO-d=14.38) presentes dentro de la comunidad.

Con base en lo anterior, es posible determinar el número total de personas con o sin la necesidad de intervenciones protésicas. Los datos se muestran a continuación:

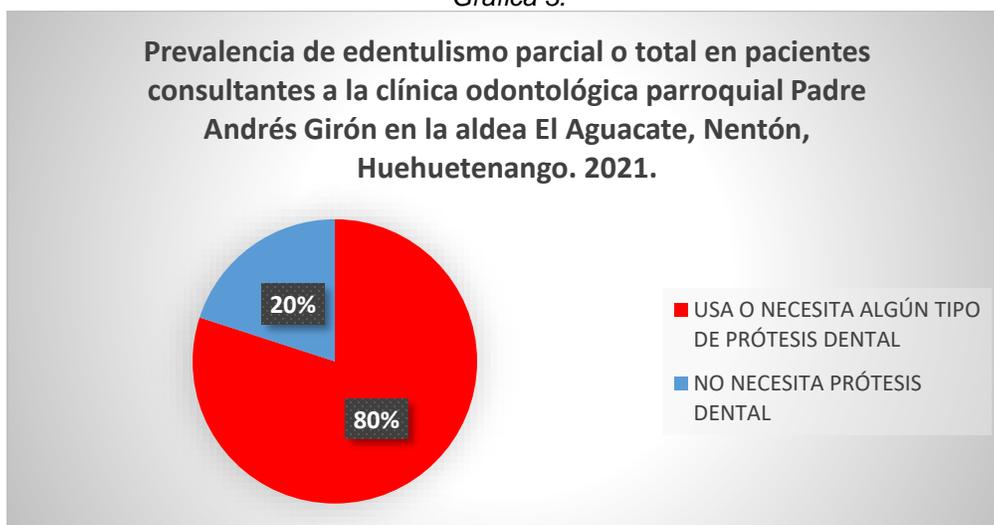
Tabla 3. Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Prevalencia de edentulismo parcial o total en pacientes consultantes a la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón en la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. 2021.		
CATEGORÍA	n=25	%
USA O NECESITA ALGÚN TIPO DE PRÓTESIS DENTAL	20	80
NO NECESITA PRÓTESIS DENTALES	5	20

Determinando de esta manera, la necesidad de tratamiento protésico en un 80% de la población, mientras que únicamente el 20% se encuentra libre de edentulismo y no necesita tratamiento protésico alguno. Dentro de este último grupo se encuentran los individuos más jóvenes examinados durante el proceso de investigación; sin embargo, cabe resaltar que existen suficientes factores de riesgo para que en un corto o largo plazo formen parte del conjunto de personas con uso y/o necesidad de prótesis dental.

Por otra parte, es importante tomar en consideración que la práctica odontológica no calificada y deficiente asociada al empirismo dental observado dentro de comunidades aledañas, también es un factor de riesgo a que la problemática del edentulismo se vea exacerbada, pues esto crea la toma de decisiones erróneas por parte de los técnicos convergiendo siempre a una misma salida: la exodoncia.

Gráfica 3.



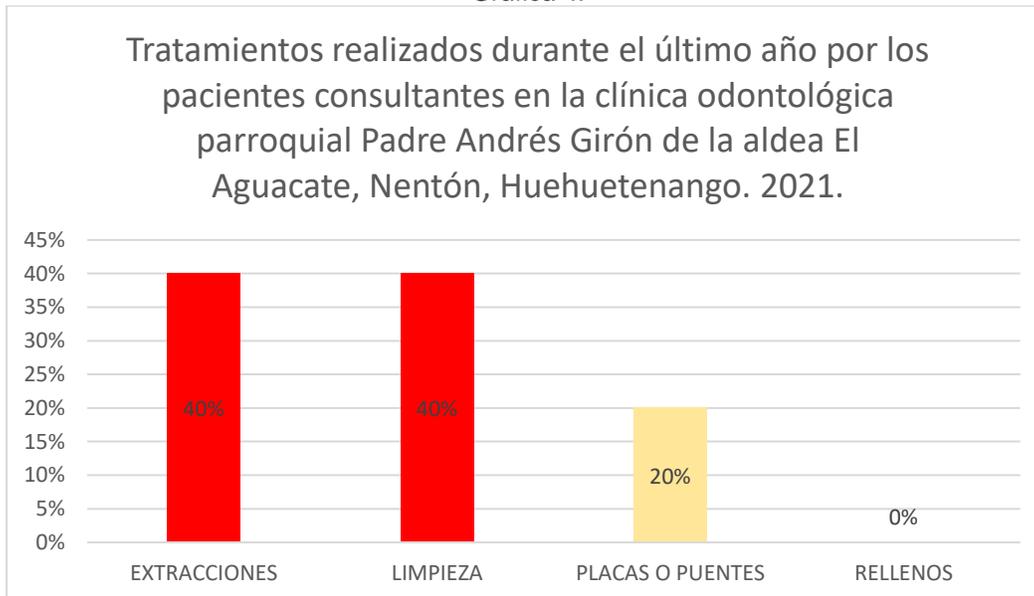
Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Los datos relacionados con la asistencia por parte de los participantes arrojaron los siguientes datos durante la investigación:

Tabla 4. Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

Acceso a los servicios de salud bucal durante el último año por parte de los pacientes consultantes en la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango. 2021.					
Durante el año pasado, ¿asistió usted o algún miembro de su familia al servicio de salud bucal?			Si asistió, ¿qué tratamientos le fueron realizados?		
	n	%		n	%
SI ASISTIÓ	5	20%	EXTRACCIONES	2	40%
			RELLENOS	0	0%
			LIMPIEZA	2	40%
NO ASISTIÓ	20	80%	PLACAS O PUENTES	1	20%

Gráfica 4.



Fuente: datos obtenidos del instrumento de investigación única en el programa EPS.

La mayor parte de los participantes afirmaron haber asistido a recibir atención dental por extracciones y/o limpiezas como motivo principal de consulta, en un 40% por cada categoría. Únicamente el 20% refirió haber recibido atención clínica por tratamientos protésicos y ninguno recibió tratamiento restaurativo que involucrara intervenciones de operatoria dental.

Por otro lado, tan sólo el 20% de los encuestados refirieron haber asistido a algún centro de servicio dental por alguno de los motivos citados anteriormente a lo largo del último año. Una de las razones, fue el cierre prolongado de las instalaciones clínicas de la sede local de EPS debido a la emergencia sanitaria nacional y a la imposibilidad de recibir atención clínica en algún consultorio privado dentro del municipio.

En relación a las características sociodemográficas, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4. Fuente: instrumentos de investigación.

Grupo étnico		
	n	%
INDÍGENA	25	100
NO INDÍGENA	0	0

Tabla 5. Fuente: instrumentos de investigación.

Edad	
Edad mínima	15 años
Edad máxima	76 años
Media	42.6 años
Desviación estándar	19.1 años
n	25

Tabla 6. Fuente: instrumentos de investigación.

Sexo		
Género	n	%
Femenino	16	64%
Masculino	9	36%
Total	25	100%

La totalidad de los participantes refirieron pertenecer a la etnia indígena. La edad mínima de inclusión fue de 15 años mientras que la edad máxima de los participantes fue de 76 años, un promedio de edad de aproximadamente 43 años, con una desviación estándar de alrededor de 19 años de edad. La mayor cantidad de participantes fueron de sexo femenino con un 64% y un 36% de sexo masculino, lo cual concuerda con la mayor atención a pacientes de sexo femenino reportados del mismo modo a lo largo de todo el desarrollo del programa.

Discusión

Es evidente que, el nivel socioeconómico y la salud se encuentran estrechamente relacionados con los riesgos asociados a la salud y a los comportamientos alejados de la salud (WHO, 2017), (WHO, Social determinants of health), (WHO, 2013); además todos ellos se encuentran

dentro del nivel más bajo del aspecto socioeconómico, siguiendo una pauta social y cultural (WHO, 2017). Las personas que están situadas en lo alto de la escala social tienen mejor salud general y bucal que aquellas que están por debajo de las mismas (OMS, 2010).

Del mismo modo, tal y como se reporta en otra investigación realizada en la población Mapuche-Huilliche de la Isla Huapi, Chile, también se encontraron valores altos de edentulismo en un 98.4% (P. Ángel, 2010). En comparación con el estudio citado anteriormente, se considera que el entorno social en el que se encuentra la comunidad del Aguacate, Nentón, Huehuetenango, sería determinante para explicar la gran cantidad de daño encontrado. El índice de pobreza general que se vive dentro de todo el municipio de Nentón, Huehuetenango, es de 79% y de pobreza extrema de 17.9%, esta última ha incidido en que en la actualidad sea un municipio muy vulnerable a esta situación, condición que también impacta en el bajo índice de desarrollo humano dentro de las comunidades (SSAN, 2017). Los resultados que reflejan una mayor tasa de edentulismo en las personas examinadas dentro del lugar también, podría deberse al avance de las enfermedades bucales presentes en la boca.

La progresión de las enfermedades orales dentro de los individuos asociadas al edentulismo, concuerda con estudios que comprueban una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad, y la existencia de aquellas piezas dentarias que son retenidas durante más tiempo que otras. Se ha sugerido que la pérdida de dientes varía según la arcada, y que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares. También, se ha insinuado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los dientes anteriores. Con bastante frecuencia, los últimos dientes que permanecen en boca son los mandibulares anteriores, especialmente los caninos, y es frecuente encontrarse con un maxilar edéntulo opuesto a una arcada mandibular con dientes anteriores (Carr et al., 2006).

Conclusiones

- La prevalencia de edentulismo en los consultantes de la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios fue del 80%, considerándose un nivel muy elevado dentro de la población.
- Existe un 40% de consultantes que necesita tratamiento protésico asociado a múltiples espacios edéntulos, considerándose necesario establecer una metodología que permita brindar servicios protésicos dentro de la mayor parte de sedes locales de EPS.

- La mayor parte de tratamientos recibidos por parte de los consultantes consistió en procedimientos de exodoncia, hecho que exacerba esta problemática. En gran parte por el desconocimiento y la falta de información dentro de la comunidad.
- Los altos índices de pobreza, aspectos geográficos y políticas de salud pública deficientes son factores de riesgo para adquirir esta enfermedad dentro de estas comunidades.

Comentario

A pesar de todos los factores de riesgo y condicionantes presentadas dentro de este estudio, cabe mencionar que siempre existe un grado de concienciación inherente dentro de cada población. La calidad educativa y el interés personal juegan un papel muy importante en la iniciativa que encamina a lograr disminuir la prevalencia de edentulismo dentro del país.

III. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

**DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRADA EN LA CLÍNICA
ODONTOLÓGICA PARROQUIAL PADRE ANDRÉS GIRÓN DE LA IGLESIA ORTODOXA
GRIEGA LA ANUNCIACIÓN A LA SANTÍSIMA MADRE DE DIOS EN LA ALDEA EL
AGUACATE, NENTÓN, HUEHUETENANGO**

A principios de abril del año 2020, la pandemia ocasionada por COVID-19 causó más de un millón de contagios y 54, 600 muertes a lo largo de todo el mundo (Herrera-Plasencia et al. 2020). El contagio del SARS-CoV-2 es muy rápido y su vía de transmisión se lleva a cabo a través de gotas de saliva y aerosoles (Herrera-Plasencia et al. 2020). De allí, la importancia del COVID-19 dentro de las actividades que se llevan a cabo dentro del consultorio (Herrera-Plasencia et al. 2020). El virus puede subsistir por un tiempo en el ambiente y en las superficies. Los odontólogos son trabajadores de la salud con peligro de contagiarse debido a que varios de sus procedimientos liberan aerosoles. La bioseguridad en el ejercicio de esta profesión debe ser estricta y extrema, también la limpieza y desinfección del ambiente y superficies de contacto (Herrera-Plasencia et. al. 2020).

El desarrollo del programa EPS dentro de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango durante el período de abril-octubre 2021 y febrero 2022, constituyó un gran reto, debido a los grandes riesgos a los cuales se encontró expuesto en todo momento el personal clínico de esta sede EPS. El uso correcto de las medidas de bioseguridad por parte del operador clínico fue uno de los aspectos importantes para llevar a cabo con seguridad, todas las actividades clínicas dentro del programa. No obstante, la población siempre estuvo sujeta a una ideología radical de la “no existencia del COVID-19”, colocándose en riesgo continuo de contraer y propagar esta enfermedad, no únicamente dentro de la comunidad, sino que también de exponer potencialmente al odontólogo practicante de la sede EPS.

Por lo que fue necesario implementar medidas preventivas durante este programa, para garantizar la protección tanto del personal clínico como de los pacientes. Se utilizaron barreras de protección obligatorias, tales como: batas impermeables descartables, cubrebocas N-95 o de tipo quirúrgico, gorro desechable, protectores faciales completos, protectores oculares y guantes descartables. Fue necesario el lavado constante de manos, siguiendo las especificaciones de tiempo indicadas por la OMS, con agua y suficiente jabón antibacterial, principalmente entre cada intervención clínica o al entrar en contacto con secreciones; esto constituye una de las medidas más destacadas por la Organización Mundial de la Salud y las

autoridades sanitarias para limitar el proceso de propagación del virus (Quincho-Rosales et al. 2020).

Previo a iniciar cualquier tratamiento odontológico, se le realizó un cuestionario a cada paciente indagando sobre la presencia de sintomatología como fiebre, fatiga, el historial de viajes, historial de contacto previo con personas infectadas o por COVID-19, entre otras; además de proporcionarle un consentimiento informado el cual debía firmar obligatoriamente, dentro del cual, se le brindaba información sobre las medidas de bioseguridad implementadas dentro de la clínica, así como sobre los riesgos inminentes derivados del procedimiento al cual sería sometido. También, se le realizó a cada paciente, una lectura de temperatura corporal con un termómetro digital, atendiendo únicamente a los que presentaron medidas no mayores a los 37 grados centígrados.

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN

Para el proceso de desinfección se utilizó cloro como sustancia de limpieza y se realizó un protocolo de desinfección establecido al inicio del programa para todo el mobiliario y equipo odontológico (ya mencionado). Además, se dejó como mínimo un tiempo de 30 minutos entre cada paciente para garantizar el proceso de desinfección.

- Se aplica alcohol en gel a cada uno de los pacientes que se presenten a la clínica dental. Esto, con el objeto de realizar desinfección de manos y evitar la contaminación de las superficies en contacto (Alvarado et al. 2010).
- Cada paciente debe pararse sobre una alfombra impregnada con solución de hipoclorito de sodio al 0.1%, amonio cuaternario, o peróxido de hidrógeno al 1%. En el marco de la pandemia por COVID-19, la concentración del hipoclorito al 0.1% es moderada e inactiva la gran mayoría de patógenos que pueda haber en un centro que presta servicios de salud y que pueda portar el paciente en la suela del calzado (CDC and ICAN, 2019).
- El personal de la clínica dental realizará lavado constante de manos con agua y jabón siguiendo las normas de tiempo, el cual fue como mínimo de 20 minutos para reducir la flora transitoria de las manos y eliminar la flora residente (ALOP, 2020). Posteriormente, se utilizó alcohol en gel.
- Uso de uniforme reglamentario, bata desechable, gorro desechable, cubrebocas quirúrgico o N95 dependiendo de la disponibilidad de estas, careta facial y guantes.

Todo el personal de salud siempre debe estar capacitado en el uso correcto del equipo personal de protección. Asimismo, se utilizaron barreras de protección para todas las partes del equipo dental que entren en contacto con el odontólogo practicante, el personal auxiliar y el paciente (Saavedra Trujillo, 2020).

- En la medida de lo posible se aplicará el aislamiento absoluto en aquellos procedimientos odontológicos que involucran la generación de aerosoles que contengan partículas de saliva y/o sangre (Al-Amad et al. 2017).
- Se realizará limpieza y desinfección con amonio cuaternario a todos aquellos materiales dentales usados en determinados tratamientos tales como envases de cementos dentales, frascos de adhesivo, jeringas con resina compuesta y demás envases o recipientes de materiales dentales con presentaciones afín (Ensaldo Carrasco, 2020).
- Luego de la atención al paciente se realizará un adecuado manejo de desechos descartables y biológicos haciendo énfasis en el uso de guardianes. Esta gestión debe optimizarse pensando en que el número de desechos no sólo se concentra en los que aumentarán por uso por paciente de parte del operador clínico, sino que existe un riesgo potencial por la presencia de fluidos en cada uno de ello lo que implique un riesgo potencial (Colombiana, 2020).
- Lavado del instrumental con jabón antibacterial o desinfectante para la eliminación de residuos biológicos y fluidos tales como sangre, exudado o saliva, teniendo especial atención en el uso de guantes que no permitan el fácil desgarro con instrumental punzocortante (Universidad Nacional de Colombia, 2012).
- Uso de Solución de Glutaraldehído al 2% para la inmersión de todo el instrumental previamente lavado durante 30 minutos para la adecuada desinfección en caso de no estar disponible un equipo de autoclave (Universidad Nacional de Colombia, 2012).
- Limpieza y desinfección de las unidades dentales, respaldos, taburetes, manijas del gabinete dental, equipo de rayos X, lámparas de fotopolimerización, mangueras de succión de la unidad dental, jeringas triples, lapiceros (Universidad Nacional de Colombia, 2012).
- Limpieza y desinfección de los pisos de la clínica con solución de hipoclorito de sodio o amonio cuaternario en caso se encuentre disponible y un tiempo prudente de

espera de 30 minutos para la adecuada inactivación del virus si en caso estuviese presente en las superficies (Bustillos Torrez & Bueno Bravo, 2021).

El programa se limitó a atender únicamente emergencias dentales y a no atender, en sentido estricto, a pacientes niños y adultos de manera integral, por la situación sanitaria que atravesó la aldea. Debido a ello, y aunado a la baja afluencia de pacientes dentro del lugar, el número de tratamientos fue demasiado bajo. Esto se realizó así siguiendo las recomendaciones de la comunidad científica nacional e internacional (ALOP, 2020), (Sigua-Rodríguez et al. 2020).

CONSOLIDADO DE TRATAMIENTOS

Nombre del odontólogo practicante: **David Humberto Similox Virula.**

Comunidad: **aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.**

Grupo EPS: **Segundo grupo EPS 2020-2021.**

Período: **abril-octubre 2021 y febrero 2022.**

Total de pacientes atendidos: **118 pacientes atendidos**

PROCEDIMIENTO	No.	PROCEDIMIENTO	No.
Examen Clínico	118	Obturación de amalgama	38
Profilaxis Bucal	29	Obturación de Resina	27
Aplicación Tópica de Flúor	29	Pulpotomía	2
Sellante de Fosas y Fisuras	79	T.C.R.	0
Obturación de Ionómero de vidrio	0	Corona de Acero	0
Tratamiento Periodontal	2	Exodoncia	149
Pacientes femeninos atendidos	67	Pacientes masculinos atendidos	51
Total de pacientes atendidos	118	Total de tratamientos realizados	355

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN RANGO DE EDADES

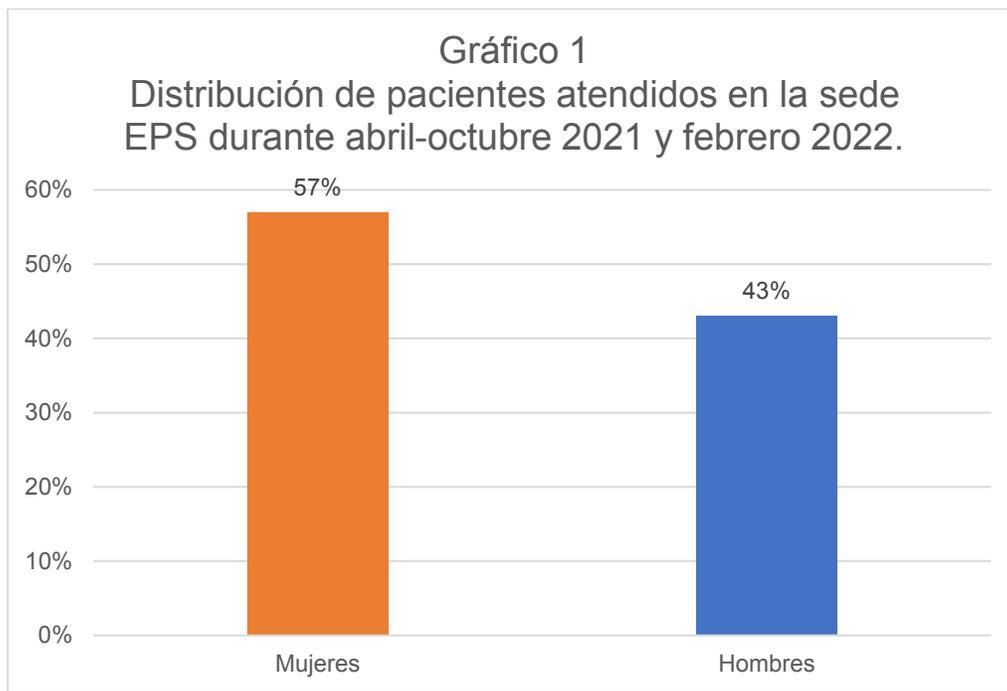
Rango	-5	5 - 8	9 - 12	13 - 15	16 - 19	20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	+60
No.	0	26	12	6	3	29	15	7	6	14

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

En total, durante el desarrollo del programa EPS en la aldea El Aguacate, se logró atender a un total de 118 pacientes de los cuales 67 eran pacientes de género femenino y 51 eran pacientes de género masculino, los datos se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1	
<i>Resultados sociodemográficos de los pacientes atendidos durante el programa EPS entre abril-octubre 2021 y febrero 2022</i>	
Variable	n=118
Sexo	[n (%)]
Pacientes femeninos	67 (56.8)
Pacientes masculinos	51 (43.2)
Clasificación de los pacientes [n (%)]	
Pacientes escolares	43 (36.4)
Pacientes adultos	75 (63.6)

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

El 37% de pacientes que asistieron a la clínica fueron niños en edad escolar, mientras que el 64% fueron adultos. Esto demuestra el impacto que tuvo el cierre de las escuelas dentro de la comunidad debido a la pandemia por COVID-19 haciendo imposible un programa de prevención satisfactorio; únicamente el 26% de los niños que se presentaron a la clínica se beneficiaron de la colocación de sellantes dentales, lo cual es demasiado bajo.

En lo que se refiere a tratamientos dentales realizados, la exodoncia fue el tratamiento realizado con mayor frecuencia a lo largo del programa EPS:

Tabla 2								
<i>Tipo de tratamientos dentales realizados por mes en la sede EPS, durante abril-octubre 2021 y febrero 2022.</i>								
Tipo de tratamiento	Abril (n=25)	Mayo (n=89)	Junio (n=60)	Julio (n=26)	Agosto (n=46)	Septiembre (n=0)	Octubre (n=29)	Febrero (n=22)
Exodoncia [n(%)]	13 (9)	58 (39)	21(14)	16(11)	5 (3)	0	21 (14)	15 (10)
Restauración de resina compuesta	4 (15)	9 (33)	8 (30)	1 (3.5)	1 (3.5)	0	0	4 (15)
Restauración de amalgama de plata	0	14 (37)	6 (16)	9(23.5)	9(23.5)	0	0	0
SFF	6 (8)	7 (9)	25(32)	0	31 (39)	0	8 (10)	2 (2)
Tratamiento periodontal	1 (50)	0	0	0	0	0	0	1 (50)
TCR	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulpotomía	1 (50)	1 (50)	0	0	0	0	0	0
Corona de acero	0	0	0	0	0	0	0	0
Restauración con ionómero de vidrio	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: datos obtenidos de los expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

Se puede observar en la gráfica número 2, que las exodoncias fueron los tratamientos más realizados durante todo el desarrollo del programa, colocándose en el primer lugar. Se realizaron restauraciones de amalgama de plata en mayor cantidad que de resina compuesta, pues es importante hacer notar que la higiene oral no era la adecuada siendo esta la principal causa de fracaso en las restauraciones de resina compuesta a corto plazo (De Castro Bolufer et al. 2017). En total se colocaron 79 sellantes dentales, sin embargo, la mayoría fueron colocados a pacientes adultos, que así lo requerían, mientras que en pacientes en edad escolar únicamente se colocaron 11. Los resultados, realmente no son muy buenos. Esto indica también, el alto grado de edentulismo dentro de la comunidad.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

Septiembre de 2021, fue el mes con ningún tratamiento dental realizado durante la primera fase del programa EPS. Esto fue debido a la interrupción en el suministro de energía eléctrica dentro del área (con aproximadamente 15 días sin servicio de energía eléctrica), y por la jornada de vacunación que se llevó a cabo. Mayo fue el mes con mayor actividad clínica, debido a que la población se había enterado de la reapertura del puesto EPS, tras 1 año y dos meses de estar cerrado.

SALUD DENTAL DE LA POBLACIÓN

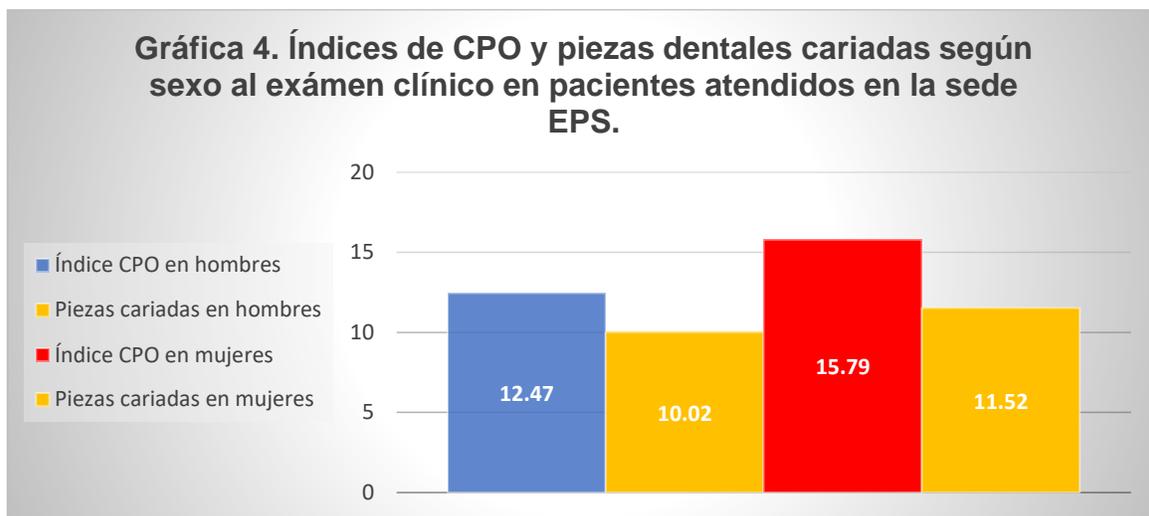
Índice CPO-d

El índice CPO-d es una herramienta fundamental para la cuantificación de la prevalencia de caries dental en un grupo poblacional, se encarga de reflejar el historial de caries tanto presente, así como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados (Frías A., 2000). Este índice se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición de un grupo poblacional en específico por enfermedades dentales (Aguilar-Orozco N et al. 2009). A continuación, se muestran los resultados obtenidos del examen clínico, realizado a 118 pacientes atendidos por emergencias de índole dental, a lo largo del programa EPS dentro de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango durante el período comprendido entre abril-octubre 2021 y febrero 2022.

Tabla 3. Distribución del índice CPO-d, ceo-d y número de piezas cariadas en pacientes que asistieron a la sede EPS, según sexo.

Variable	Hombres	Mujeres	Total
Índice CPO-d [media]	12.47	15.79	14.38
Índice ceo-d [media]	7.74	7.83	7.78
Piezas dentales cariadas [media]	10.02	11.52	10.87

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de pacientes atendidos durante el programa EPS.

Como puede observarse en la tabla número 3, se muestran los índices CPO-d entre los pacientes de sexo femenino y masculino, así como el promedio de piezas dentales cariadas observadas durante los exámenes clínicos. En promedio, cada paciente de sexo masculino presentaba 10 piezas dentales cariadas en comparación con 11 piezas dentales cariadas en pacientes de sexo femenino lo que supone una diferencia insignificante, aún cuando la mayor cantidad de pacientes atendidos fueron mujeres. Del mismo modo, podemos observar un índice CPO-d de 12.47 para el sexo masculino, mientras que para el sexo femenino fue de 15.79, lo que supone un índice de CPO muy alto en cada grupo de acuerdo a sexo, debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPO-d= 0-1.1 Muy Bajo, 1.2-2.6 Bajo, 2.7-4.4 Moderado, 4.5-6.5 Alto, >6.6 Muy Alto (A. Nithila et al. 1998). Sin embargo, se puede observar

que el índice CPO para los pacientes de sexo femenino es mayor que para el sexo masculino. Esto supone un mayor deterioro y prevalencia de caries para las mujeres dentro de la comunidad por diversos factores socioeconómicos desfavorables, tales como falta de información para el cuidado oral, pobreza, desnutrición, promedio alto de hijos, entre otros (Mayor Hernández et al. 2014).

Del mismo modo, el valor del índice ceo-d fue de 7.78, se examinó un total de 19 denticiones deciduas en pacientes de género masculino y 18 en pacientes de género femenino; el valor es muy alto, debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece niveles de severidad de prevalencia de caries, según los siguientes valores: CPO-d= 0-1.1 Muy Bajo, 1.2-2.6 Bajo, 2.7-4.4 Moderado, 4.5-6.5 Alto, >6.6 Muy Alto (A. Nithila et al. 1998), lo cual indica un riesgo demasiado alto para que las piezas permanentes desarrollen caries muy rápidamente (A. Nithila et al. 1998). De acuerdo con estos datos, se hace necesario retomar de nuevo todas las acciones llevadas a cabo dentro del programa de prevención dentro de las escuelas de la comunidad.

El índice CPO total de los pacientes atendidos a lo largo del programa fue de 14.38, lo que significa un valor muy alto de acuerdo a los índices establecidos por la OMS (A. Nithila et al. 1998). Esto supone un gran reto para los futuros participantes del programa EPS a largo plazo, junto con la búsqueda de los objetivos específicos de este programa, ante la falta de políticas de salud bucal por parte de nuestras autoridades de salud.

CONCLUSIONES

La atención en la clínica odontológica parroquial de esta sede EPS fue satisfactoria, pues, se logró atender a todos los pacientes que se presentaron por emergencias dentales. Puesto que dentro de esta comunidad y dentro de las comunidades aledañas no existe la presencia de un odontólogo, este programa supone un enorme apoyo y acceso a los servicios dentales para la comunidad. Esto deja en evidencia que la organización patrocinadora del programa en conjunto con la Facultad de Odontología deben continuar con la gestión de este programa, para lograr todos los objetivos del mismo.

RECOMENDACIONES

- Reiniciar con los programas de prevención en las escuelas de la comunidad cuando se retomen actividades dentro de las mismas, siguiendo todas las nuevas medidas de bioseguridad, para continuar con la aplicación de sellantes dentales y barniz fluorado a todos los niños para disminuir la incidencia de caries a largo plazo.
- Continuar con la atención clínica integral de todos los pacientes niños de las escuelas de la comunidad y a todos los que se presenten de manera individual a la clínica dental.
- Continuar con la atención al público en general, pues es el único lugar cercano y accesible en el cual pueden recibir atención dental todas estas personas.

IV. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

INTRODUCCIÓN

El consultorio dental constituye uno de los entornos más importantes para todos aquellos que cumplen la función de brindar servicios de salud, ya que es donde entran en práctica formal todos los conocimientos adquiridos durante la formación teórica como profesional de este campo de las ciencias de la salud. En función a ello, se proporcionan todos los requerimientos necesarios, ya sea, para preservar o corregir todos aquellos aspectos relacionados con los factores biológicos, mecánicos, estéticos o funcionales de la salud bucal de cada paciente. Para esto, es fundamental contar con un adecuado protocolo de atención clínica y un equipo eficiente, que optimice al máximo todas las actividades que se lleven a cabo dentro de la clínica dental para brindar a todos los pacientes que se presenten a la misma, una atención eficiente y de calidad (García y Vázquez, 2019).

Como parte del programa EPS, se incluye un curso espacio cuyo objetivo es poner en práctica todos los aspectos relacionados con la adecuada administración de un consultorio dental, enfocado en todos los elementos que forman parte del mismo. Este curso del sexto año de la carrera de Cirujano Dentista de FOUSAC, denominado ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO, se divide en dos partes: administración del consultorio propiamente dicha que incluye todo lo relacionado a estructura administrativa, infraestructura, recursos y logística; y administración de los recursos humanos presentes dentro del consultorio, en este caso, el personal auxiliar.

ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

Características institucionales de la sede EPS local

El programa Ejercicio Profesional Supervisado se desarrolló en la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios. Esta sede de EPS se localiza, específicamente en el kilómetro 652, en la aldea El Aguacate. Esta comunidad se encuentra localizada en el municipio de Nentón, ubicado en el departamento de Huehuetenango. Este municipio limita al norte y al oeste con la República de México, al este con los municipios de San Mateo Ixtatán y San Sebastián Coatán, al sur con San Sebastián Coatán, San Miguel Acatán y Jacaltenango, Huehuetenango (Gmaps, 2022).

Esta sede EPS se encuentra administrada por el coordinador local de la misma, su eminencia, el excelentísimo y distinguido reverendo archimandrita Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios, por su nombre espiritual), máximo representante del Sacro Arzobispado Ortodoxo en Guatemala. La visión de esta institución es proporcionar servicios de salud de calidad, a todas aquellas personas cuyo acceso a los mismos se encuentren limitadas a recibirlos dentro de la región. Su misión consiste en fomentar la salud dentro de la población y comunidades aledañas para prevenir, restablecer y mantener la salud integral y física de sus habitantes (visión y misión de acuerdo a, su eminencia, reverendo archimandrita sacerdote Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios)).

Estructura administrativa de la institución

Dentro de esta institución religiosa no existen empleados, pues los miembros de la misma se encargan de toda la logística necesaria para llevar a cabo todas las actividades eclesíásticas y aquellas relacionadas con las clínicas del lugar. No existe una actividad específica para cada uno de ellos, pues todas se realizan con base en comisiones semanales establecidas por el sacerdote principal (nuestro coordinador local de EPS). Está integrada por 14 miembros que se distribuyen de la siguiente manera: dos sacerdotes extranjeros, una madre superiora, un cuerpo de siete seminaristas, dos estudiantes epesistas (dentro de los cuales se encuentran uno de odontología y otro de medicina), una enfermera y un asistente dental. Todos se encuentran bajo la dirección del sacerdote y se mostrarán dentro de un organigrama a lo largo de este informe.

El complejo de salud, propio de la iglesia, funciona en calidad de sanatorio y se encarga de proporcionar todos los servicios médicos, cirugías menores, proporcionar medicamentos a bajo costo y, por supuesto, proporcionar servicios dentales de calidad.

Aparte de apoyar a toda la comunidad y lugares aledaños con servicios de salud, esta institución religiosa se encarga de fomentar la educación mediante programas de educación a distancia para el público que desee continuar sus estudios de nivel secundario (básicos y diversificado), en coordinación entre los miembros encargados de la iglesia y el Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica (IGER, por sus siglas en español), ya que dentro de la aldea únicamente existen escuelas de nivel primario. Sin embargo, este programa ha sido suspendido indefinidamente por razones administrativas propias y a discreción de la institución.

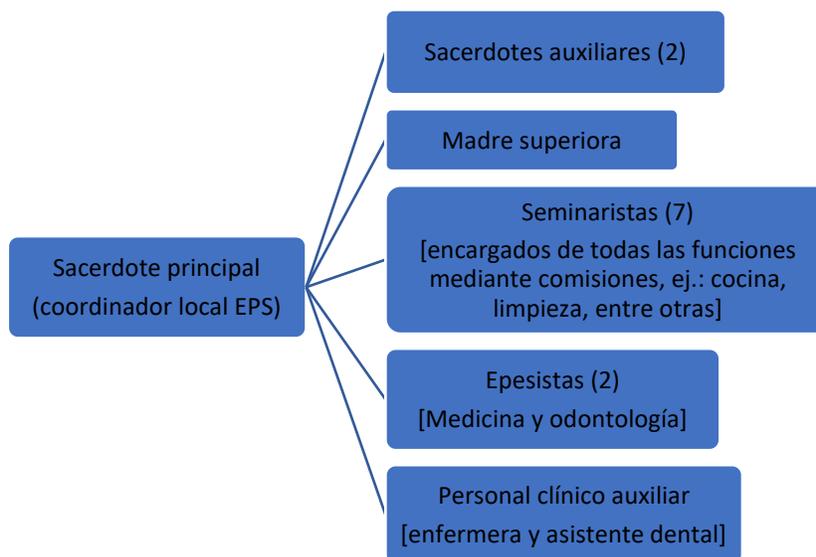


Figura 1. Como puede observarse, la estructura organizacional es muy pequeña y no existe un puesto asignado asociado a todas las actividades a realizar dentro la parroquia. Todas las actividades básicas dentro del complejo en general deben ser realizadas de acuerdo a comisiones establecidas semanalmente por el sacerdote principal. Únicamente los epesistas tienen una función en específico: brindar atención clínica.

Es curioso ver que la estructura organizacional de la institución religiosa es muy pequeña, y que no hay funciones permanentes asignadas a cada uno de sus miembros. Como dato adicional, es importante mencionar que incluso epesistas y personal auxiliar se hicieron cargo de la cocina y limpieza general de las instalaciones por varios meses, debido al período prolongado de ausencia por parte de los sacerdotes y seminaristas por proyectos eclesiósticos en la cabecera departamental de Huehuetenango; eso realmente fue una experiencia

totalmente formativa y de entrenamiento personal adquirida durante el programa EPS, fomentó en cada uno de nosotros los valores de obediencia, responsabilidad, trabajo en equipo y supervivencia. La experiencia fue muy agradable y con la total disposición de volver a apoyar el programa para nuestra población guatemalteca más necesitada.

Infraestructura de la clínica

Las instalaciones de la clínica, en general, son excelentes y bastante amplias. El complejo cuenta con 1 sala de espera amplia con baño independiente, 2 clínicas médicas, 2 módulos odontológicos independientes, 1 dispensario con suficientes insumos y medicamentos para los pacientes, 1 laboratorio clínico con todo el equipo necesario para realizar pruebas diagnósticas (incluido COVID-19), 1 cuarto para desinfección de instrumental y habitaciones suficientes para el personal clínico, (ver Anexos).

La clínica dental cuenta con dos módulos independientes con capacidad para dos operadores clínicos. Estos módulos cuentan con una unidad JoinChamp® ZC-9200A cada uno en perfectas condiciones, un aparato de ultrasonido piezo-eléctrico DTE® y un equipo de rayos X en perfectas condiciones, las cuales no dieron ningún problema a lo largo de todo el programa EPS, ya que fueron tratadas con cuidado y responsabilidad durante todo el programa. Estas unidades dentales recibieron servicio de mantenimiento aproximadamente a mediados de junio de 2021 por parte del equipo técnico de Grupo Denteco S.A., proporcionando recambio de mangueras cristalizadas con posibles fugas, ajustes en la tarjeta electrónica del mando principal, limpieza en los filtros de succión y revisiones en el sistema eléctrico de ambas. Los gastos de mantenimiento del equipo odontológico corrieron por cuenta de nuestro distinguido coordinador local, su eminencia, reverendo archimandrita sacerdote Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios), (ver Anexos).

La clínica dental cuenta con un amalgamador y una lámpara de fotopolimerización en perfectas condiciones, (ver, Anexos).

El compresor dental recibió servicio de mantenimiento por parte del equipo técnico de Grupo Denteco S.A. en junio de 2021, para realizar un recambio del presostato debido a una posible fuga en el mismo y de esta manera el problema quedó resuelto. El costo de dicho servicio de mantenimiento corrió por parte de nuestro distinguido coordinador local, su eminencia,

reverendo archimandrita sacerdote Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios). La capacidad máxima del compresor dental es de 150 libras de presión, (ver, Anexos).

Es importante resaltar que, dentro de la clínica dental no se cuenta con un autoclave para el proceso de esterilización del instrumental. Durante los primeros días de funcionamiento de este complejo clínico (hacia mediados del año 2017) se adquirió un autoclave que tuvo fallas de fabricación, el cual fue enviado varias veces a servicio técnico autorizado, sin embargo, jamás fue reparado adecuadamente. Tras esta experiencia, y por motivos administrativos, nuestro coordinador local decidió que el proceso de desinfección se llevara a cabo por medio de gluconato de clorhexidina al 2%, (ver Anexos).

El protocolo de asepsia y desinfección se llevó de la siguiente manera:

1. Desechar todo material punzocortante (agujas dentales, cartuchos de anestesia utilizados, hojas de bisturí, hilos para sutura) sobre los recipientes guardianes colocados dentro de la clínica dental. Durante todo el programa, jamás se reutilizó cualquier tipo de instrumental rotatorio.
2. Lavado del instrumental mediante el cepillado del mismo con agua y jabón para eliminar todos los residuos. Se prestó mucha atención durante el lavado de fórceps y elevadores.
3. Una vez lavado, colocar el instrumental durante 30 minutos en una solución de gluconato de clorhexidina al 2%.
4. Enjuagar el instrumental previamente desinfectado en un recipiente con agua pura durante 10 minutos.
5. Extraer toda el agua del instrumental y dejar reposar sobre toallas de mayordomo sobre una bandeja de plástico para instrumentos, hasta que el exceso de agua se haya retirado.
6. Secar el instrumental y guardarlo de acuerdo a su posición dentro de los gabinetes correspondientes al instrumental.

Una vez mezclado con el agente activador, la solución de gluconato de clorhexidina tiene un tiempo de acción aproximadamente de 15 días, por lo que se recambió cada semana dividiendo el contenido del envase para 2 aplicaciones. Esto indica la necesidad de adquirir 2 galones de gluconato de clorhexidina durante cada mes; debido al potencial riesgo de contraer

COVID-19 dentro del lugar por la falta de uso de medidas de protección por parte de la población y a muchos contagios que se suscitaron dentro de la aldea, (ver, Anexos).

La clínica dental cuenta con suficiente instrumental para realizar procedimientos que involucran técnicas de periodoncia, operatoria dental, endodoncia, cirugía y exodoncia. Estos se encuentran en perfecto estado y totalmente inventariados, tanto al principio como al final del programa EPS.

Como se indicó al inicio del presente informe, existen jornadas anuales por parte de la organización Orthodox Christian Mission Center (OCMC, por sus siglas en inglés), en las cuales se realizan donaciones a la clínica. Estas donaciones son para abastecer a las clínicas con suficiente material e instrumental, tanto médico como odontológico para llevar a cabo eventos de salud masivos. Sin embargo, debido a la pandemia por COVID-19 fueron suspendidos durante 2020 y 2021; hasta principios de marzo se llevó a cabo otro evento en el cual tuvimos la oportunidad de apoyar a nuestra gente más necesitada, (ver Anexos).

De igual manera, la clínica dental se encuentra perfectamente abastecida con los materiales dentales, utilizados para todas las intervenciones realizadas dentro del lugar. Estos materiales siempre fueron proporcionados con mucha gentileza por parte de nuestro distinguido coordinador local, su eminencia, reverendo archimandrita sacerdote Diego Patá TucTuc (Sacerdote Evangelios), durante todo el desarrollo del programa EPS, (ver Anexos).

Calendarización de actividades

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLE S	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMING O
08:00							
08:30							
09:00							
09:30	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00	Tiempo de almuerzo						
12:30							Descanso brindado por la iglesia
13:00							
13:30							
14:00	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Atención clínica general	Capacitació n del personal auxiliar	
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							

Nuestro programa EPS consistió en 22 días de actividades continuas con 8 días de descanso seguidos, sin embargo, dentro de la iglesia se nos ordenó no abrir los domingos para poder participar en las divinas liturgias celebradas dentro de la iglesia. Como se observa, la atención clínica tuvo prioridad para las emergencias dentales (tal y como ya se ha explicado previamente), incluyendo, además, todas las metodologías ya descritas para el desarrollo de actividades comunitarias y prevención. La capacitación del personal auxiliar se llevó a cabo durante los días sábados en un horario de 1 a 4 de la tarde, con el objetivo de no interrumpir la atención clínica general.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

Los asistentes dentales son miembros auxiliares dentro del consultorio odontológico que se ocupan de la atención al paciente, gestión de los materiales e instrumental de la consulta dental y asistir al odontólogo en sus actividades diarias. La función principal del personal auxiliar en odontología es asistir al dentista durante el tratamiento que se les brinda a los pacientes. Además, se aseguran de que el equipo y los materiales estén listos, desinfectan las áreas clínicas, prevén las necesidades que pueden surgir en la consulta dental y atienden a los pacientes cuando llegan a sus citas (Zabala-Cepeda & Campaña-Lara, 2020).

Como parte fundamental de todas las actividades diarias que se llevan a cabo dentro del consultorio odontológico, el personal auxiliar requiere de una constante capacitación por parte del operador clínico, en función a las circunstancias que se suscitan a lo largo de la atención odontológica. Temas tales como la adecuada atención hacia los pacientes, conocimiento de los distintos documentos utilizados dentro del consultorio, conocimiento respecto del instrumental y equipo, conocimiento de las distintas metodologías en el contexto de bioseguridad, conocimiento del rol importante que desempeña dentro del consultorio dental, entre otros, son de suma importancia para el asistente dental.

Por tanto, durante todo el desarrollo del programa EPS se llevó a cabo un programa de capacitación, que incluyó una serie de temas dirigidos hacia el asistente dental, que acompañó al odontólogo practicante. Estos temas se impartieron mensualmente, siguiendo una metodología bien establecida y con herramientas de evaluación para determinar el nivel de percepción de cada capacitación por parte del asistente dental.

El Señor Mateo Velásquez Gómez, un ciudadano guatemalteco de 25 años, originario de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, fue el encargado de apoyarnos como asistente dental dentro de la sede local de EPS, a lo largo de todo el programa. Sus funciones se llevaron a cabo de manera satisfactoria, se espera que haya sido de gran ayuda para su experiencia laboral, logrando así, la consolidación de conocimientos para una futura oportunidad laboral dentro de cualquier otro consultorio dental. Otro aspecto importante a mencionar, es que el asistente dental fue de gran apoyo, pues al tener conocimientos en idioma maya Chuj fue de gran apoyo para vencer la barrera idiomática que se presenta dentro de la comunidad ante el español.

Metodología y formas de evaluación

Debido a que, en el horario de atención clínica, establecido por la parroquia, se brindaba atención hasta sábado a mediodía, se llevaron a cabo todas las capacitaciones durante la tarde de todos los días sábado para no interrumpir la atención clínica general.

Como primer punto, se le indicó ser amable y educado con los pacientes que se presentaran a la clínica y a respetar siempre todas las disposiciones reglamentarias establecidas por la institución, tal como puntualidad, orden y eficiencia en las labores correspondientes.

A lo largo del desarrollo del programa EPS se proporcionaron temas tales como: nombre y función de cada equipo utilizado dentro del consultorio odontológico, limpieza y desinfección del instrumental y equipo, asepsia y esterilización de instrumental, limpieza y desinfección de las instalaciones clínicas, nombre y función del instrumental utilizado en odontología, nombre y función de los materiales dentales utilizados, terminología básica utilizada dentro de odontología, posiciones de trabajo, procedimientos realizados dentro de la clínica dental (únicamente generalidades, pues el personal auxiliar no es competente para realizar procedimientos clínicos), enfermedades bucales, documentación utilizada dentro del consultorio y métodos de prevención de enfermedades bucales.

Cada tema impartido, siempre fue llevado a la práctica durante la atención clínica para lograr consolidar el conocimiento alcanzado. Al final de cada capacitación se llevó a cabo una evaluación para determinar los logros alcanzados.

La capacitación del asistente dental fue de reforzamiento, pues ya había estado previamente apoyando a los estudiantes que participan dentro del programa EPS desde el año 2018.

Dentro de los conocimientos y habilidades alcanzadas por parte del asistente dental, al terminar el proceso de capacitación se encuentran:

1. Conocimiento sobre uso de equipo de protección personal y la importancia de este durante la emergencia por COVID-19.
2. Entendimiento sobre limpieza, desinfección y esterilización de instrumental, equipo y mobiliario odontológico.
3. Aprendizaje adquirido sobre instrumental dental utilizado en el exámen clínico, periodoncia, exodoncia, operatoria dental y prevención.
4. Enseñanza sobre el manejo adecuado del instrumental y de los materiales dentales utilizados en el consultorio dental.
5. Uso y manejo del equipo roentgenológico.
6. Comprensión de los procesos administrativos dentro de la clínica dental.
7. Adquisición de aptitudes necesarias para brindar asistencia auxiliar al personal odontológico.

Como punto final, cabe resaltar la eficiencia del asistente dental, se observó buenas actitudes dentro de la clínica y hacia los pacientes de la aldea El Aguacate. Desafortunadamente, el asistente dental dejó de laborar para la institución a finales del mes de febrero de este año, esperando que todo el conocimiento adquirido sea de provecho para una oportunidad laboral que se le presente en cualquier consultorio odontológico.

V. SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA REALIZADO

Durante el desarrollo del programa EPS, paralelamente se desarrolló un programa de educación a distancia, que tuvo como objetivo fomentar la formación académica teórica y práctica, en función de todas las actividades realizadas dentro del programa y dentro del entorno clínico asignado. Esto fue de especial interés, pues existen determinados escenarios cuyas características no pueden ser experimentadas ni analizadas dentro de un ambiente académico, tal y como lo es un centro de estudios universitarios, sino que es necesario ejecutar una práctica clínica profesional con un determinado grupo de población, para lograr realizar un análisis crítico y establecer conclusiones respecto a determinadas situaciones relacionadas con el campo odontológico real.

Por lo tanto, cada mes se llevaron a cabo análisis críticos a partir de material científico proporcionado por el Área de Odontología Preventiva y Social, los cuales fueron estudiados y posteriormente, analizados mediante informes entregados en línea por todos los integrantes del segundo grupo EPS 2020-2021; para consolidar ideas y conocimientos teóricos y prácticos, útiles para la formación profesional de cada uno de los participantes. Asimismo, se llevaron a cabo foros virtuales con la finalidad de debatir e intercambiar ideas en línea sobre determinado tema de interés odontológico, asignado por parte de los catedráticos, para establecer distintos puntos de vista relacionados con la actividad realizada dentro del entorno clínico y de todas aquellas relacionadas con el campo odontológico.

TEMAS IMPARTIDOS DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA EPS

<i>Temas recibidos mensualmente durante el desarrollo del programa EPS</i>
Abril Procedimientos de restauración atraumática. Protocolo de desinfección y esterilización clínica.
Mayo Aspectos biológicos y sociales del edentulismo. Módulos de salud bucal de la Organización Panamericana de la Salud.
Junio Efecto del dique de goma en los aerosoles bacterianos de la atmósfera durante la odontología restaurativa. Retos del ejercicio odontológico en el marco de la pandemia y futuro post- COVID-19.
Julio Protocolo efectivo para restauraciones posteriores directas convencionales de alta calidad. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales.
Agosto Similitudes entre el sistema de salud ecuatoriano y guatemalteco. Eficiencia de cremas dentales con fluoruros sobre lesiones de mancha blanca.
Septiembre Materiales de obturación radicular en dientes deciduos. Revascularización en dientes permanentes con ápice inmaduro y necrosis pulpar.
SEMINARIO REGIONAL Diagnóstico y manejo de caries dental, y antibioticoterapia en odontopediatría, por el Dr. Luis Saldaña. Diagnóstico, toma de decisiones y manejo de pacientes en endodoncia, por la Dra. Mishell Chacón. Experiencias durante el programa EPS, por los integrantes del segundo grupo EPS 2020-2021.

CASO CLÍNICO REALIZADO

Caries como resultado de filtración marginal en resinas compuestas clase I: reporte de un caso clínico.

David Humberto Similox Virula²

Resumen: Uno de los mayores retos para lograr éxito clínico a largo plazo en las intervenciones clínicas operatorias, mediante la odontología restauradora, consiste en lograr un adecuado sellado en la interfaz diente-restauración, el cual puede lograr una diversa cantidad de factores clínicos controlados específicamente por el operador clínico. A pesar de los avances en los materiales de restauración en odontología, la filtración marginal y la contracción durante el proceso de fotopolimerización, aunadas al mal manejo de las resinas compuestas y al no uso de un aislamiento absoluto adecuado para lograr una adhesión exitosa, continúan siendo una de las causas importantes del fracaso de los tratamientos en odontología restaurativa. Una adhesión micromecánica adecuada, y por ende, un sellado marginal correcto, será posible cuando las fuerzas que se involucran en dicha adhesión, superen a aquellas generadas por los cambios dimensionales como resultado del proceso de fotopolimerización, y cuando todo el proceso correspondiente se lleve a cabo con la metodología adecuada.

Palabras clave: caries recurrente, resina compuesta, microfiltración

Introducción

Las resinas compuestas han sido introducidas en la práctica odontológica desde que fueron desarrolladas en los años sesenta. Como material restaurador en dientes posteriores ha reemplazado a otro tipo de materiales de restauración tales como la amalgama de plata, esto debido a sus ventajas de adhesión micromecánica sin necesidad de crear retenciones adicionales, propiedades físicas y mecánicas, mejor aceptación del color, creando mayor

² Estudiante del sexto año de la carrera de Cirujano Dentista de La Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala.

aceptación por parte de los pacientes; enfocada a un tipo de restauración más estética y duradera a largo plazo. Las resinas compuestas satisfacen a este tipo de cualidades y se han convertido en uno de los materiales estéticos más usados rutinariamente en la práctica de la odontología (P. y Peláez, 2003).

La obtención de una restauración funcional y estética con mínima reducción de la estructura dentaria, también ha hecho de las resinas compuestas otra alternativa como material definitivo para el sector posterior (Baratieri & Carvalho Chain, 2001). Sin embargo, se requieren para un desempeño óptimo, criterios de diagnóstico y éticos para balancear las ventajas de este tipo de procedimiento, así como, metodologías concretas que permitan obtener resultados satisfactorios a largo plazo (RW, 1992).

Es importante tomar en consideración que las restauraciones dentales de resina compuesta presentan una vida útil limitada en el tiempo, dependiendo del protocolo con el cual se hayan realizado dentro del entorno clínico; siendo la presencia de lesiones recurrentes de caries dental en sus márgenes la principal causa de fracaso dentro de las mismas, seguidas de otras manifestaciones clínicas, tales como: las fracturas a nivel dentario o a nivel de la restauración, deterioro de los márgenes, sensibilidad dentaria manifestada por el paciente, pérdida de los puntos de contacto interproximales, manchas o cualquier tipo de modificación en el color de la restauración, entre otras causas (Demarco F et al. 2012).

Una amplia cantidad de factores entran en juego cuando el operador clínico toma la decisión de colocar una restauración dental. Estos factores son: los considerados desde aquellos que están totalmente respaldados dentro de la literatura científica basada en la evidencia, hasta los que se toman con base en la experiencia clínica en casos previos y los relacionados con cada paciente, tales como: riesgo, costo, papel estético que podría entrar en juego y el tiempo que durará la restauración. También, es importante hacer notar que el pronóstico a largo plazo de las restauraciones dentales va en función al nivel de riesgo de desarrollo de lesiones de caries por parte de los pacientes, siendo aquellos con alto riesgo, el mayor grupo susceptible de desarrollar lesiones de caries secundarias. Según la literatura científica, la mayor cantidad de fracasos en las restauraciones se debe a piezas dentarias con necesidad de intervenciones operatorias que involucran restauraciones grandes, posición de los dientes dentro del arco dentario, todo ello aunado a la falta en el uso de una barrera de aislamiento absoluto adecuada (P & Peláez E, 2003).

Los factores asociados con el operador clínico también, afectan la duración de las restauraciones, existiendo operadores más eficientes en lograr altas tasas de duración en las restauraciones.

Presentación del caso

Se presenta a las instalaciones de la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios en la aldea El Aguacate del municipio de Nentón, departamento de Huehuetenango, paciente de nacionalidad guatemalteca, de 28 años de edad, sexo masculino, soltero, estudiante universitario, con domicilio en la aldea Chaculá (ubicada a 2 km de la clínica parroquial) dentro del municipio de Nentón, Huehuetenango, al que se le aplica todo el protocolo de bioseguridad al momento de ingresar a las instalaciones y se le realiza el cuestionario ante la emergencia sanitaria por COVID-19,, de acuerdo a los resultados del mismo, no presenta ninguna sintomatología asociada con COVID-19. Del mismo modo se le informa plenamente sobre los riesgos que conlleva realizar un tratamiento odontológico en el marco de la pandemia por COVID-19 y las consecuencias a las que se encuentran implicados tanto los miembros del equipo del personal clínico, así como el paciente, acepta y firma el consentimiento informado correspondiente dentro del consultorio.

El motivo principal de consulta: el paciente refiere presentarse a la clínica dental con sensibilidad dentaria en las piezas dentales superiores y el deseo de sustitución de las restauraciones dentales presentes en dichas piezas. Al realizar la anamnesis para indagar la historia médica del paciente se determina que: no existen condiciones sistémicas predisponentes que impliquen precauciones y cuidados especiales necesarios a tomar en consideración para la eficacia clínica del tratamiento a llevar a cabo, y los signos vitales del paciente no muestran variaciones fuera del rango de los valores normales aceptados.

El examen clínico se encuentra compromiso periodontal debido a signos clínicos de inflamación, sangrado y enrojecimiento gingival, así como la presencia de cálculos generalizados mayormente concentrados en palatal de piezas anterosuperiores, bucal de piezas posterosuperiores y lingual de piezas anteroinferiores, se presenta también, placa dentobacteriana determinando, de esta forma, gingivitis asociada a placa dentobacteriana. Se encuentra malposición dentaria entre las piezas 8 y 9 ocasionando rotación mesial en ambas piezas, caries secundaria en los márgenes de las restauraciones de resina compuesta

deficientes, presentes en las piezas molares tanto superiores como inferiores, presencia de lesiones de caries moderadas en los premolares superiores e inferiores, y pieza 17 retenida e impactada:



Figura 1. Arcada superior, fotografía inicial.



Figura 2. Arcada inferior, fotografía inicial.

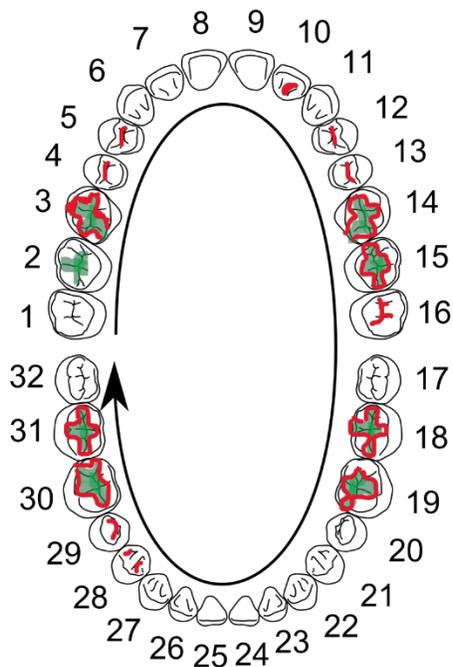


Fig.3 Diagnóstico clínico por pieza

Se creó un plan de tratamiento por pieza quedando de la siguiente manera:

- Pieza 1, exodoncia

- Pieza 2, pulido de resina compuesta
- Pieza 3, resina compuesta clase I OBL
- Pieza 4, resina compuesta clase I O
- Pieza 5, resina compuesta clase I O
- Pieza 12, sellante
- Pieza 13, sellante
- Pieza 14, resina compuesta clase I OL
- Pieza 15, resina compuesta clase I OL
- Pieza 18, resina compuesta clase I O
- Pieza 19, resina compuesta clase I O
- Pieza 20, sellante
- Pieza 21, sellante
- Pieza 28, sellante
- Pieza 29, sellante
- Pieza 30, resina compuesta clase I O
- Pieza 31, resina compuesta clase I OB

Como primer punto, se procedió a la eliminación de cálculos dentales, se proporcionó la información necesaria sobre la importancia crucial en el uso del hilo dental, mejoras en la técnica de cepillado y frecuencia adecuada del mismo. Del mismo modo, se le brindó al paciente toda la información necesaria sobre el proceso dinámico de desmineralización y remineralización y las implicaciones que conlleva el desequilibrio del mismo en el desarrollo de la caries dental.

Se inició el plan de tratamiento en la arcada dentaria superior, colocando anestesia y una barrera de aislamiento absoluto en las piezas dentales a trabajar mediante operatoria dental para eliminar todas las restauraciones de resina compuesta deficientes que se encontraban presentes:



Figura 4. Aislamiento absoluto del campo operatorio y preparación cavitaria en piezas 3, 4, 5, 14 y 15.

Se aplicó ácido ortofosfórico al 40% en todas las preparaciones (15 segundos en dentina y 20 segundos en esmalte) incluyendo a los surcos principales y fosetas de las piezas 12 y 13, las cuales únicamente tuvieron intervención preventiva mediante sellantes:



Figura 5. Ácido Ortofosfórico al 40%



Figura 6 y 7. Aplicación de ácido ortofosfórico y superficies tratadas con ácido

Luego del grabado ácido en todas las superficies, se procedió con el protocolo de adhesión aplicando One Coat Bond de un solo frasco sobre las superficies grabadas:



Figura 8. Agente adhesivo



Figura 9. Superficies impregnadas con agente adhesivo

Una vez realizado el protocolo de adhesión y aplicado el material restaurativo, se procede a realizar el respectivo pulido de las restauraciones obteniendo el siguiente resultado:



Figura 10. Arcada superior finalizada con restauraciones de resina compuesta reemplazadas en piezas 2, 3, 14 y 15, y sellantes en piezas 12 y 13.



Figura 11. Resina compuesta Filtek™ Z350 XT 3M ESPE, utilizada.

Dadas las condiciones del paciente de presentar inconvenientes laborales y de horario, ya no pudo presentarse a la siguiente cita para culminar con el sector inferior. Se procedió a realizar una profilaxis y aplicación tópica de flúor.

Discusión

Dentro del desarrollo de un plan de tratamiento que incluya la eliminación de caries dentaria y el reemplazo de la estructura dental con un material restaurador, se deben atender a todos los protocolos necesarios que intervienen dentro del éxito a largo plazo de tales restauraciones. Es importante hacer notar que las restauraciones deficientes constituyen una de las principales causas de desarrollo de caries secundaria. El uso de una barrera de aislamiento adecuada permite la protección del complejo dentino-pulpar, ante cualquier contaminación por parte de

la microbiota oral presente, así como también, permite obtener óptimos resultados ante la aplicación de cementos dentales utilizados como bases o liners cavitarios. Esto es de importancia crucial, pues el objetivo de la restauración dentaria consiste en la conservación de las piezas dentarias para continuar brindando funciones estéticas, mecánicas y biológicas, y para ello es fundamental la protección del complejo dentino-pulpar.

Aspectos tales como: un adecuado grabado ácido y un protocolo de adhesión correcto permiten que se establezca una adecuada retención micromecánica entre el material de restauración final y los componentes orgánicos e inorgánicos del diente, permitiendo solidez estructural y forma de retención a la resina compuesta. Incrementos no mayores a los 2 mm sin establecer contacto entre cúspides opuestas no permitirá la creación de esfuerzos de contracción superiores que ocasionen fractura cuspídea o la formación de brechas en la interfaz material restaurador-diente que permitan la microfiltración, y por ende la formación de caries secundaria. Es importante tomar en cuenta que el tamaño de la preparación influye enormemente en la decisión de colocar una restauración directa o indirecta, lo cual se hace notar en aquellas restauraciones de gran tamaño, presentes en boca con signos clínicos de pigmentación a nivel de los márgenes, indicando la presencia de caries recurrente.

Las caries secundarias han sido la principal razón para el reemplazo de las restauraciones.

Conclusiones

La sustitución de las restauraciones dentales deficientes representa una pérdida mayor del remanente dentario ante cada reemplazo, trayendo como resultado la pérdida de integridad estructural en la pieza dentaria involucrada. Por tanto, resulta establecer un adecuado diagnóstico clínico, la formulación de un plan de tratamiento acorde a cada situación en particular eligiendo la metodología adecuada para no ocasionar daños por negligencia.

CONCLUSIONES

- En lo personal, el desarrollo del programa EPS fue satisfactorio, ya que se logró brindar atención clínica odontológica a todas aquellas personas que así lo requirieron. No fue posible llevar a cabo un programa preventivo que cumpliera todas las expectativas en pro- del avance a largo plazo, en cuanto a la disminución de los índices de caries dental dentro de la comunidad.
- Existen demasiados desafíos dentro de la comunidad para lograr fomentar hábitos de salud que ayuden a disminuir los índices de caries dental y las enfermedades periodontales. Las políticas de salud obsoletas dentro de nuestro país, la falta de acceso a los servicios de salud, pero, sobre todo, la falta de concienciación y motivación por parte de la población, son tan sólo algunos factores principales que promueven la problemática dentro del lugar.
- La falta de conciencia en la toma de medidas de protección ante la pandemia por COVID-19, por parte de la población constituye un gran riesgo para los epesistas dentro del lugar, pues de cualquier manera ellos siempre entran en contacto con la mayor parte de la comunidad a través de todos los servicios brindados.
- La reanudación de las actividades en materia de prevención debe llevarse a cabo de manera segura y siguiendo un protocolo de bioseguridad definido. Esto es importante, ya que se requiere de este programa para lograr los objetivos principales del programa EPS en beneficio a la población.
- El protocolo de bioseguridad establecido dentro de la sede local de EPS, que se logró poner en práctica, evitó el riesgo de contraer esta peligrosa enfermedad y afectar a nuestras familias.
- El personal auxiliar ha concluido su proceso de capacitación de manera satisfactoria, con nuevos conocimientos adquiridos los cuales serán de gran utilidad para su desarrollo personal y para los usos que le convengan dentro de su experiencia laboral.
- El programa EPS constituye una herramienta fundamental para apoyar a nuestra población guatemalteca y para promover la buena formación como seres humanos dentro del campo laboral.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las instituciones patrocinadoras, seguir apoyando estos programas para el desarrollo de nuestras comunidades más necesitadas.
- Seguir con las nuevas pautas en materia de bioseguridad para promover la disciplina profesional dentro del campo odontológico.
- Continuar con la atención clínica de emergencias dentro de la comunidad, ya que la población realmente necesita este servicio.
- Ser perseverantes dentro de estos lugares, ya que dentro de los mismos se encuentran demasiados obstáculos de diferente índole y suponen un gran desafío para el adecuado desenvolvimiento del programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Orozco, N. Y. et al. (2009). **Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit**. Rev. Odontol. Latinoam. 1(2):27-32.
2. Al-Amad, S. H. et al. (2017). **The effect of rubber dam on atmospheric bacterial aerosols during restorative dentistry**. J. Infect. Public Health. 10(2):195-200.
3. ALOP (Asociación Latinoamericana de Odontopediatría). (2021). **Ruta de atención para procedimientos de odontología pediátrica durante la etapa de confinamiento o cuarentena de la pandemia COVID-19**. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 10(2):131-148.
4. Alvarado, D.; Danilo García, J. y Arias-Echandi, M. L. (2010). **Evaluación de la efectividad del alcohol-gel en la desinfección de manos y su estabilidad a través del tiempo**. Rev. Biomed. 21(1):29-31.
5. Álvarez, J. (1987). **Consideraciones teóricas sobre el proceso de diagnóstico médico**. La Habana: Ciencias Médicas. pp. 112-120.
6. Ángel, P. et al. (2010). **Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi**. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 3(2):69-72.
7. Baratieri, L. N. y Carvalho Chain, M. (2001). **Restauraciones estéticas con resinas compuestas en dientes posteriores**. Sao Paulo: Artes Médicas. 176 p.
8. Berenguer García, I. y Roc Vázquez, C. (2019). **Recepción y logística de la clínica dental**. Madrid, España: Síntesis. pp. 13-30.
9. Bustillos Torres, W. y Bueno Bravo, Z. S. (2021). **Importancia de la bioseguridad en odontología, en tiempos de coronavirus**. Rev. Salud Pública Parag. 11(1):80-86.
10. Bryant, R. W. (1992). **Direct posterior composite resin restorations: a review. 1. Factors influencing case selection**. Australian Dental Journal. 37(2):81-87.
11. Carr, A. B.; McGivney, G. P. y Brown, D. T. (2006). **McCracken. Prótesis parcial removable**. Trad. José Javier Echeverría. 11 ed. Madrid, España: Elsevier. pp. 3-5.
12. Cortés, V.; Carrasco, F. y Vergara, C. (2014). **Prevalencia de edentulismo parcial y total en islas Butachauques y Tac, Quemchi, 2013**. Revista Chilena de Salud Pública. 18(3):257-262.

13. CDC (Center for Disease Control and Prevention). (2019). **Best practices for environmental cleaning in healthcare facilities in resource-limited settings.** (en línea). Atlanta, Georgia: Consultado el 14 de mayo 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>.
14. De Marco, F. F. et al. (2012). **Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials.** Dent. Mater. 28(1):87-101.
15. Ensaldo, C. E. (2020). **COVID-19 y el paciente en el consultorio odontológico.** Rev. CONAMED. 25(1):41-47.
16. Espinosa González, L. (2004). **Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad.** Rev. Cubana Estomatol. 41(3):54-61.
17. Federación Odontológica Colombiana. (2020). **Protocolo transicional para la aplicación de medidas preventivas y uso del equipo de protección personal (EPP) para la prestación del servicio odontológico en Colombia en el marco de la pandemia COVID-19.** Colombia: La Federación. s.p.
18. Frías Osuna, A. (2000). **Salud pública y educación para la salud.** Barcelona, España: Masson. 432 p.
19. Google. (s.f.). **Mapa de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango en Google Maps.** (en línea). s.l.: Consultado el 14 de abril. 2022. Disponible en: <https://www.google.com/maps/@14.9443138,-90.4508169,7.3z>.
20. Herrera-Plasencia, P. M. et al. (2020). **Riesgos, contaminación y prevención frente al COVID-19 en el quehacer odontológico: una revisión.** Revista de Salud Pública. 22(5):1-6.
21. López de Castro Bolufer, A.; Acosta Escanaverino, I. A. y López de Castro Alonso, A. (2017). **Factores relacionados con el fracaso de las restauraciones dentales de resina y amalgama.** Rev. 16 de Abril. 56(265):104-112.
22. López Olivera, J. V. (2009). **Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología. 84 p.
23. Luengas-Aguirre, M. I. et al. (2015). **Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud.** Rev. Ciencias Clínicas. 16(2):29-36.

24. Mayor Hernández, F. et al. (2014). **La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales**. Revista Médica Electrónica. 36(3):339-349.
25. Ministerio de Salud. (2010). **Análisis de la situación de salud bucal en Chile**. Chile: El Ministerio. 9 p.
26. Ministerio de Salud de la República del Perú. (2005). **Guía de prácticas clínicas estomatológicas**. Lima, Perú: El Ministerio. 70 p.
27. ———. (2005). **Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años**. Lima, Perú: El Ministerio. 92 p.
28. MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). (2021). **Tablero de alertas COVID-19**. (en línea). Guatemala: El Ministerio. Consultado el 11 de mayo de 2022. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://covid19.gob.gt/datos/semaforo/5Febrero22/Historico_Alertas_mapas_al_03_de_febrero_de_2022_A.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://covid19.gob.gt/datos/semaforo/5Febrero22/Historico_Alertas_mapas_al_03_de_febrero_de_2022_A.pdf)
29. Müller, F.; Naharro, M., and Carlsson, G. E. (2007). **What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe?**. Clin. Oral Implants. Res. 18(3):2-14.
30. Nithila, A. et al. (1998). **Banco mundial de datos sobre salud bucodental de la OMS, 1986–1996: panorámica de las encuestas de salud bucodental a los 12 años de edad**. Rev. Panam Salud Pública. 4(6):411-418.
31. OMS (Organización Mundial de la Salud). (2010). **Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal**. (en línea). Ginebra: Consultado el 15 de mar. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>.
32. ———. (2013). **Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal**. (en línea). Ginebra: Consultado el 15 de mar. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85763>.
33. Pengpid, S. and Peltzer, K. (2018). **The prevalence of edentulism and their related factors in Indonesia, 2014/15**. BMC Oral Health. 18(118):2-9.
34. Rosales, D.; Castro Rodríguez, Y. y Grados Pomarino, S. (2020). **Consideraciones sobre la atención estomatológica en el Perú durante la pandemia por la COVID-**

19. (en línea). Rev. Cubana Estomatol. 57(3):e3315. Consultado el 14 de abr. 2022. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3315>.
35. Saavedra Trujillo, C. H. (2020). **Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud: recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia**. Infectio Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. 24(3):1-6.
36. Saldarriaga, P. O. y Peláez, E. A. (2009). **Resinas compuestas: restauraciones adhesivas para el sector posterior**. CES Odontología. 16(2):61-82.
37. Secretaría de Seguridad Alimentaria Nacional (SESAN). (2017). **Diagnóstico situación de SAN: municipio de Nentón, departamento de Huehuetenango**. Guatemala: La Secretaría. 78 p.
38. Sigua-Rodríguez, E. A. et al. (2020). **COVID-19 y la odontología: una revisión de las recomendaciones y perspectivas para Latinoamérica**. Int. J. Odontostomat. 14(3):299-309.
39. Slade, G. D.; Akinkugbe, A. A. and Sanders, A. E. (2014). **Projections of U.S. edentulism prevalence following 5 decades of decline**. J. Dent. Res. 93(10):959-965.
40. Universidad Nacional de Colombia. (2012). **Manual de bioseguridad y esterilización**. Bogotá, Colombia: Facultad de Odontología. 91 p.
41. WHO (World Health Organization). (2008). **Social determinants of health: report of a Regional Consultation, Colombo, Sri Lanka, 2-4 October 2007**. (en línea). New Delhi: Consultado el 15 de mar. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206363/B3357>.
42. ———. (2017). **Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles**. Washington, D.C.: The Organization. 256 p.
43. Zabala-Cepeda, F. V. y Campaña-Lara, M. V. (2020). **Los asistentes dentales, su rol y experiencia en el área odontológica**. Pol. Con. 5(12):252-264.

Vo. Bo. 24/05/2022


 Lcda. Heidi Elizabeth Molina Arana
 Coordinadora General / Administrativa de Biblioteca



ANEXOS

ACTIVIDADES COMUNITARIAS



Clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios, aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.



Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios.
Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.

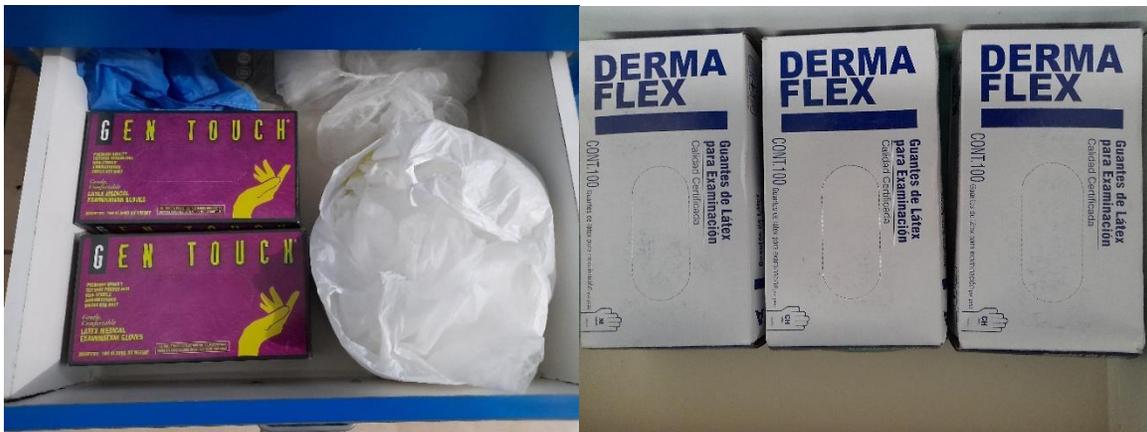
Equipo de protección personal adquirido por la sede EPS



Batas quirúrgicas descartables para el operador clínico y el personal auxiliar.



Protectores faciales para el operador clínico y personal auxiliar.



Guantes de nitrilo y gorros de protección descartables (a la izquierda) y guantes de látex descartables (a la derecha) utilizados por el personal clínico y auxiliar.



Se muestra, únicamente una pequeña parte de la enorme dotación de cubrebocas de tipo N-95 (a la izquierda en la fotografía) y de tipo quirúrgico (a la derecha en la fotografía) dentro del dispensario principal.

Artículos de limpieza para la desinfección proporcionados por parte de la sede EPS



Amonio cuaternario de quinta generación proporcionado por la sede EPS.



En todo momento, durante la realización del programa, se obtuvo, por parte de la institución religiosa, jabón antibacterial para el constante lavado de manos. Se observa alcohol desinfectante en gel en la fotografía izquierda.



Todos los entornos clínicos contaban con dispensadores de alcohol desinfectante en gel. A la izquierda, dispensador de alcohol desinfectante en gel del módulo 2 de la clínica de odontología; a la derecha, dispensador de alcohol desinfectante en gel del módulo 2 de la clínica médica.



Artículos para la desinfección que jamás faltaron dentro del entorno clínico y que siempre fueron proporcionados por nuestra parroquia.



Glutaraldehído al 2% para la desinfección de todo el instrumental utilizado dentro del consultorio odontológico. Siempre fue proporcionado mensualmente por parte de nuestra parroquia.

Ejecución de las medidas de bioseguridad y uso de los insumos adquiridos mensualmente



Se colocaron anuncios informativos en las paredes de la entrada al complejo clínico sobre el uso del cubrebocas.



Se colocaron afiches y panfletos informativos sobre la prevención del COVID-19 y demás enfermedades orales. Se instó siempre a recibir el cuadro completo de vacunación. Se resalta el estricto orden y limpieza dentro de las instalaciones del complejo motivando a los futuros participantes del programa EPS a concientizar sobre el hábito de limpieza del entorno clínico; el cual debe ser puesto en práctica por parte de todo el personal sanitario.



Se realizaron lecturas de temperatura y aplicación de alcohol en gel para todos los pacientes que asistieron a la clínica dental; en la fotografía se muestra al asistente dental realizando tales procedimientos. Como puede observarse, la paciente asistió a la clínica dental sin hacer uso del cubrebocas; posteriormente se le brindó uno para poder permanecer dentro de la sala de espera.



A cada paciente se le realizó un registro de datos junto a un cuestionario para establecer posibles signos y síntomas asociados a COVID-19. Asimismo, se les informó sobre los posibles riesgos durante la intervención clínica dentro del contexto sanitario por COVID-19 aceptando firmar o imprimir con huella digital un consentimiento informado de carácter OBLIGATORIO. En la fotografía: operador clínico junto a una respetable paciente originaria de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.



Instalaciones clínicas ordenadas y limpias.



Operador clínico (al fondo, en la fotografía) y asistente dental auxiliar (a la izquierda, en la fotografía) con todo el equipo de protección universal, recibiendo amablemente a una paciente (a la derecha, en silla de ruedas, en la fotografía) para ser intervenida dentro de nuestras instalaciones clínicas.



Cada paciente tuvo que desinfectar su calzado sobre una toalla impregnada con cloro al 4.25% previamente a su ingreso al consultorio odontológico, como parte del protocolo de desinfección.



Como parte del proyecto, se dieron charlas informativas sobre las medidas de bioseguridad para evitar el contagio y propagación del COVID-19 dentro de la comunidad. Operador clínico (a la izquierda, en la fotografía) proporcionando información sobre el uso adecuado del cubrebocas a un paciente (a la derecha, en la fotografía) que se presentó a las instalaciones de la clínica parroquial.



Puede observarse el adecuado uso, por parte del operador clínico, de todas las barreras de bioseguridad colocadas sobre el equipo odontológico, así como también del correcto uso del equipo de protección personal. Del mismo modo, se deja en evidencia el estricto orden y limpieza dentro del área clínica.



Operador clínico (a la izquierda, en la fotografía) y asistente auxiliar dental (a la derecha, en la fotografía) llevando a cabo una intervención dental quirúrgica con todo el equipo de protección personal, manteniendo un estricto ambiente de orden y limpieza dentro del entorno clínico.



Nuevamente se deja en evidencia el estricto uso del equipo de protección personal por parte del personal clínico, durante todas las intervenciones realizadas dentro del campo operatorio, adquirido por nuestra sede patrocinadora del programa EPS. En esta ocasión, se contó con la visita de supervisión por parte del Doctor Erwin González Moncada (al centro, en la fotografía), catedrático titular del Área de Odontología Preventiva y Social de La Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala. Operador clínico (a la izquierda, en la fotografía) y asistente auxiliar dental (a la derecha en la fotografía).



Medidas de desinfección proporcionadas por parte del odontólogo practicante (no se muestra en las fotografías) con los insumos adquiridos, puestas en práctica por parte del personal auxiliar.

Jornada dental como parte del voluntariado realizado dentro de la comunidad



Su servidor (el integrante número 7 de izquierda a derecha, en la fotografía) formó parte del equipo médico perteneciente a Orthodox Christian Mission Center, para llevar a cabo una jornada de salud en beneficio a la población de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, durante la primera mitad del mes de marzo 2022. Se observa al distinguido Sacerdote Juvenal (a la izquierda y detrás, en la imagen) y al sacerdote Thomas Manuel (en el centro de la imagen). En esta ocasión, el equipo médico encargado del evento fue presentado a toda la comunidad durante la celebración de la Santa Liturgia Dominical. Marzo de 2021.



Miembros del equipo médico de Orthodox Christian Mission Center tras su llegada a la frontera Gracias a Dios, entre Guatemala y México.



Pacientes en espera para recibir atención médica y odontológica. Cabe destacar que durante este evento se logró brindar atención y se benefició a muchas personas originarias de la aldea El Aguacate y comunidades aledañas. Se hizo el mayor esfuerzo por hacer cumplir las medidas de bioseguridad dentro de las instalaciones clínicas; cada paciente obtuvo un cubrebocas para poder recibir atención médica y/o dental. En esta imagen, se observa el registro de datos y la toma de signos vitales por parte del equipo médico de Orthodox Christian Mission Center.



Operador clínico proporcionando atención odontológica a una paciente de la localidad durante la jornada de salud. Debido a la barrera idiomática entre el operador clínico y la paciente, fue necesaria la presencia de esta respetable dama (a la derecha, en la imagen) para llevar a cabo el respectivo proceso de traducción a partir del idioma Maya Chuj hacia español. Una vez más, se deja en evidencia el adecuado uso del equipo de protección personal y de las barreras de bioseguridad colocadas en la unidad dental.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES



Fotografías iniciales del sector dental superior e inferior de un paciente de 12 años con piezas dentales permanentes potencialmente expuestas a desarrollar caries dental. Es importante hacer notar la presencia de restauraciones dentales con amalgama de plata en las piezas 2, 3, 14, 19 y 30 (las 2 últimas de resina compuesta) así como la presencia de placa dentobacteriana y manchas extrínsecas (especialmente en el sector inferior) lo que indica un alto índice de placa dentobacteriana y la necesidad de aplicar SFF en las demás piezas permanentes.



Tras la eliminación de los depósitos de sarro a lo largo de ambas arcadas y la eliminación de manchas dentales extrínsecas en el paciente de las fotografías anteriores, se procedió a la colocación de SFF en las piezas 4, 5, 12, 13, 20, 21, 28 y 29.



Fotografías iniciales de una paciente de 8 años que se presentó a la clínica por sintomatología dolorosa en la pieza 6.4



Previo a la intervención, se logró en la medida de lo posible colocar SFF en la pieza 12. Tras la intervención en la pieza 6.4, se programó una cita para que la paciente recibiera atención en las demás piezas, sin embargo, ya no se presentó a la clínica.



Imágenes iniciales de los sectores dentales superior e inferior de un paciente de 12 años que se presentó a la clínica dental por motivos de evaluación de rutina (muy atípico dentro de la comunidad).



Imágenes del post-operatorio en el paciente de la fotografía anterior. SFF en piezas 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 28, 29, 30



Fotografías del post-operatorio en un paciente de 13 años con SFF en piezas 2, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 28, 29. Se observa la presencia de restauraciones de amalgamo de plata en las piezas 18, 19, 30 y 31 lo que indica la importancia de haber protegido las piezas dentales permanentes restantes.



Fotografías del post-operatorio en una niña de 12 años con SFF en las piezas dentales 2, 5, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 28, 29 y 30.



Fotografías finales de los sectores dentales superior e inferior de un paciente de 12 años con SFF colocado en las piezas 4, 5, 12, 13, 20, 21, 28 y 29.



Operador clínico realizando una aplicación tópica de barniz fluorado al 5% en una paciente de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, dentro de las instalaciones clínicas.



En la imagen, se evalúa a una paciente de 6 años originaria de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, para posteriormente aplicar barniz fluorado al 5% sobre sus arcadas dentarias.



Aplicando barniz de flúor a un paciente de 9 años originario de la aldea La Bendición de Dios, Nentón, Huehuetenango.



En esta fotografía, se observa a una paciente originaria de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango, en compañía de su abuela materna, tras haber recibido una aplicación tópica de flúor al 5%. Desafortunadamente, la paciente se quedó totalmente dormida luego de la intervención.



En ambas imágenes, luego de una intervención clínica, se observa al operador brindando una plática sobre el proceso de formación y desarrollo progresivo de la caries dental, así como de las formas de prevenirla, hacia una paciente de la aldea El Aguacate, acompañada por su señora madre.



En ambas imágenes, se muestra al operador clínico proporcionando toda la información necesaria sobre las indicaciones y uso adecuado de la seda dental, hacia un paciente.



Aplicación tópica de flúor realizada al paciente, por parte del operador clínico, luego de la plática en materia de salud bucal.



Se tuvo el agrado de proporcionar información sobre educación en salud oral a los miembros principales de nuestra parroquia. En esta oportunidad, contamos con la presencia de nuestra distinguida madre superiora de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios, de la aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.



Fotografía tomada luego de proporcionar técnicas de higiene oral a uno de nuestros distinguidos sacerdotes de la Iglesia ortodoxa.



Carteles informativos colocados sobre las paredes de la clínica.



Carteles informativos colocados sobre las paredes de la sala de espera del complejo de salud parroquial.



Cepillos dentales proporcionados a los pacientes de la clínica odontológica parroquial.



Cepillos dentales y material utilizado durante el programa EPS, en materia de prevención.



Una paciente de la aldea El Aguacate, recibiendo su cepillo dental, luego de haber recibido una charla en salud oral.



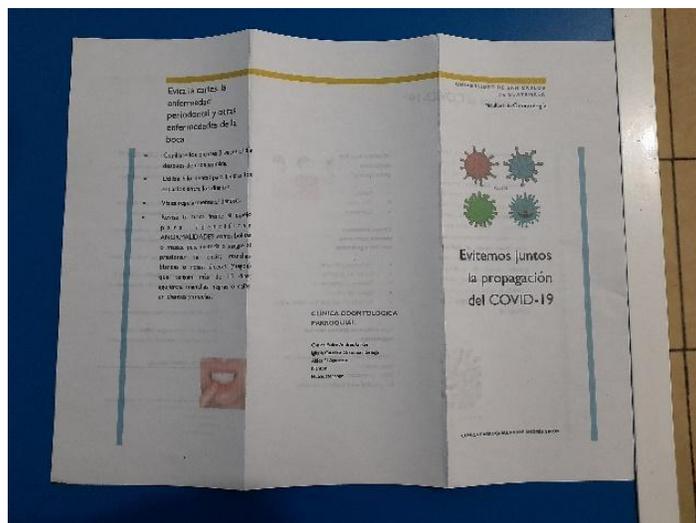
Del mismo modo que los niños, los adultos también recibieron cepillos dentales durante todo el programa.



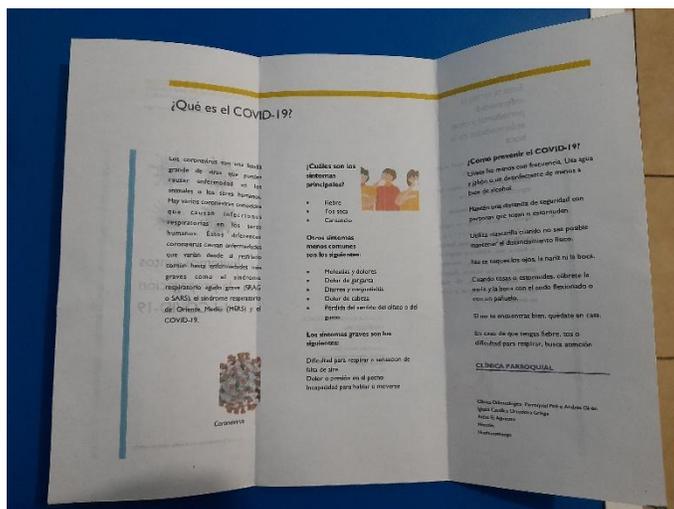
Se proporcionó toda la información necesaria sobre lesiones básicas que pueden aparecer dentro de la cavidad oral y sus posibles causas.



A cada paciente que se hacía presente a la clínica dental, se le hizo entrega de trifolios informativos sobre COVID-19 y rutinas de salud recomendadas.



Anverso y reverso de los trifoliales informativos entregados por parte del odontólogo practicante a todos los pacientes que se presentaron a la clínica odontológica parroquial.



Información con los aspectos básicos sobre la naturaleza, vía de transmisión y sintomatología ocasionada por el COVID-19, contenida dentro de los trifoliales entregados a toda la comunidad.



También se colocaron afiches dentro de todas las instalaciones de la casa presbiteral.



En la fotografía, operador clínico llevando a cabo un procedimiento de anestesia local previo a realizar una exodoncia.



Operador clínico brindando atención clínica a un miembro seminarista de nuestra parroquia.



Operador clínico luego de haber brindado atención clínica por emergencia dental a una paciente (a la derecha en la imagen) de la aldea Bulej del municipio de San Mateo Ixtatán, Huehuetenango.



Operador clínico brindando atención dental por emergencia.



Primera supervisión docente. En esta ocasión se contó con la presencia del Doctor Erwin González Moncada (al centro de la fotografía), catedrático titular del Área de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala. Operador clínico sujeto a supervisión (a la izquierda en la fotografía) y asistente dental (a la derecha en la fotografía). Junio 2021.

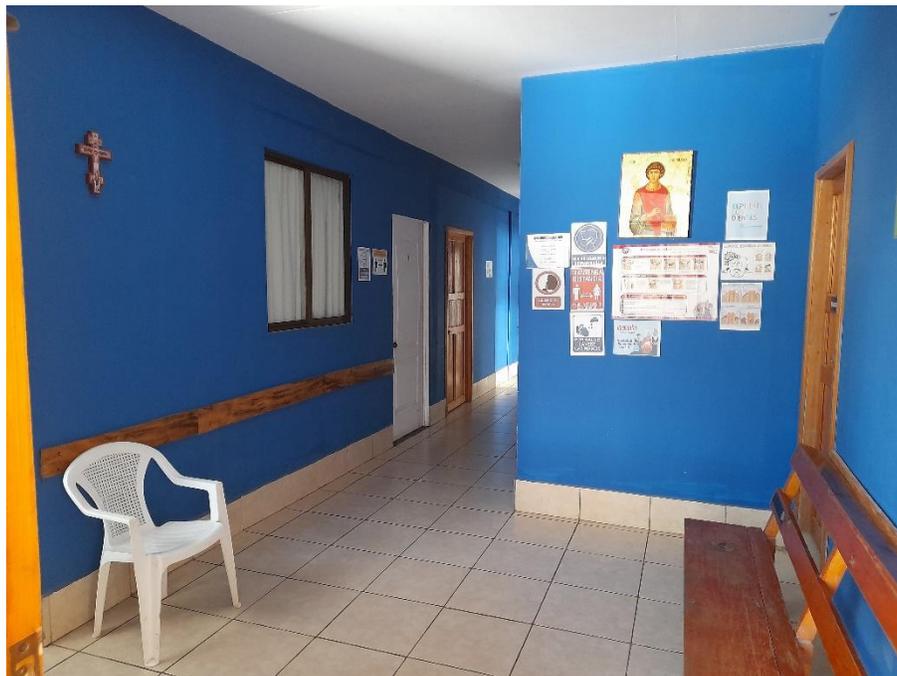


Tercera supervisión docente realizada por los doctores Ernesto Villagrán y Fernando Argueta, catedráticos titulares del Área de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de La Universidad de San Carlos de Guatemala (extremo derecho e izquierdo, respectivamente). Operador clínico sujeto a supervisión (con uniforme completo de color negro) y odontólogo practicante EPS asignado para 2022 (con uniforme blanco). Una fotografía tomada sobre el kilómetro 652 de la Franja Transversal del Norte frente a la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios (sede local EPS). Febrero de 2022.

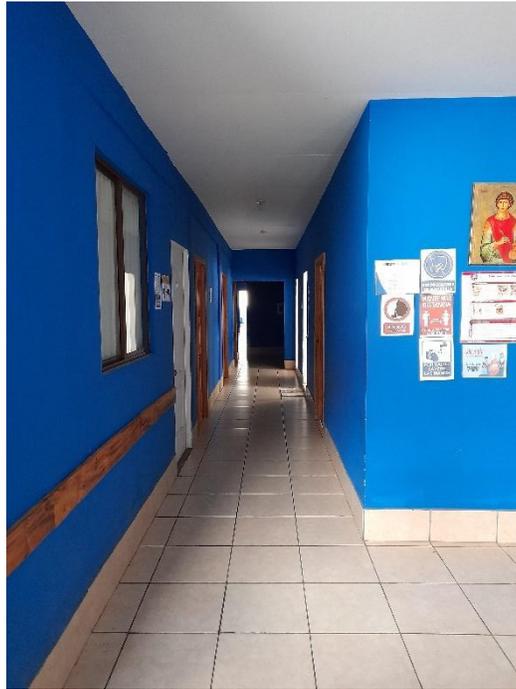
ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO



Módulo 1 de la clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega Anunciación A La Santísima Madre De Dios. Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.
ual Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega



Sala de espera del complejo clínico.



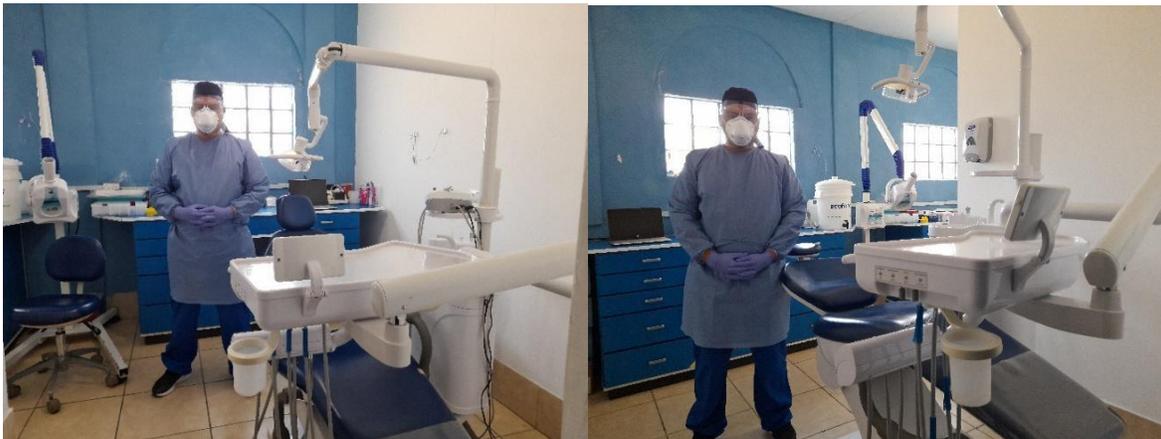
Entrada al complejo clínico.



En la imagen, puede observarse parcialmente el dispensario farmacéutico de la clínica parroquial, así como parte del equipo del laboratorio biológico (en este caso un microscopio óptico).



Unidad dental Join Champ® ZC-9200^a del módulo dental 1, propiedad de clínica odontológica parroquial Padre Andrés Girón de la Iglesia ortodoxa griega La Anunciación A La Santísima Madre De Dios. Aldea El Aguacate, Nentón, Huehuetenango.



En la imagen izquierda se muestra al operador clínico en el módulo 1 de la clínica dental. En la fotografía derecha se muestra al operador clínico en el módulo dental 2.



Lámpara de fotopolimerización y amalgamador, propiedad de clínica parroquial Padre Andrés Girón.



Compresor dental de 2 cabezas, propiedad de clínica parroquial Padre Andrés Girón.



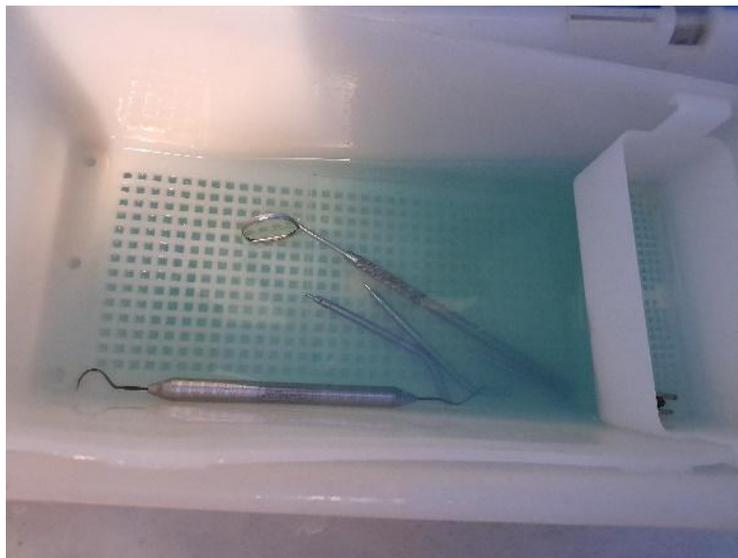
A la izquierda, recipiente con gluconato de clorhexidina al 2% para la desinfección química del instrumental. A la derecha, recipiente con agua pura para el enjuague del instrumental ya desinfectado.



Lavado del instrumental mediante un minucioso y generoso cepillado con jabón. A la derecha, instrumental totalmente lavado.



Personal auxiliar colocando el instrumental ya lavado en una solución de gluconato de clorhexidina al 2% durante 30 minutos.



Enjuague del instrumental en agua pura para eliminar todo exceso de gluconato de clorhexidina.



Una vez enjuagado, el instrumental se coloca sobre toallas de papel para absorber el exceso de agua. Posteriormente se seca con toallas limpias y se guarda en sus respectivos compartimientos. Todo el proceso debe realizarse con guantes descartables nuevos. Se muestran en la fotografía, portaimpresiones y espátulas para mezclar yeso dental y alginato únicamente con fines representativos; dentro del complejo no están permitidas intervenciones protésicas, por orden de coordinación local de la clínica parroquial padre Andrés Girón.



En todas las imágenes, se deja en evidencia el gran abastecimiento de instrumental dental dentro de los módulos odontológicos. Propiedad de clínica parroquial padre Andrés Girón.



Se muestran algunos de los materiales dentales con los que cuenta la clínica dental. Propiedad de clínica parroquial padre Andrés Girón.

Capacitación del personal auxiliar



Asistente dental recibiendo capacitación sobre asepsia de instrumental odontológico.



Asistente dental recibiendo capacitación sobre desinfección de instrumental clínico.



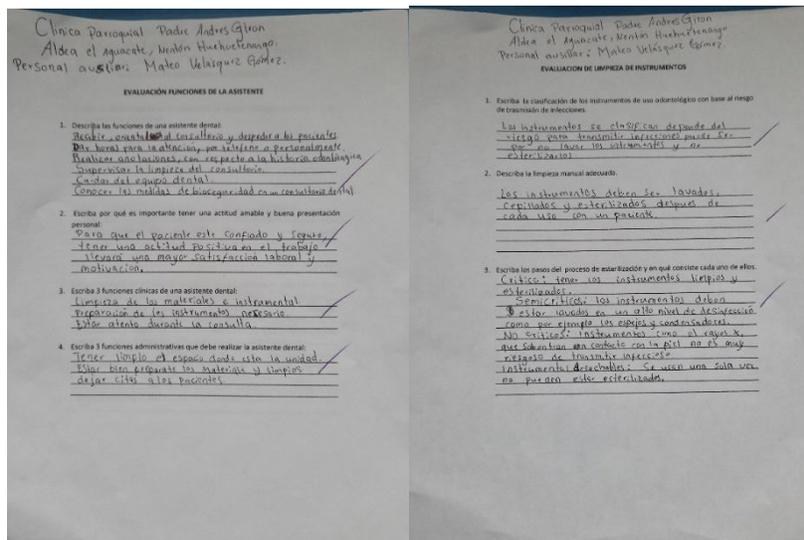
La limpieza, desinfección y orden dentro del consultorio odontológico, fueron temas de especial interés durante la capacitación debido a la emergencia sanitaria nacional por COVID-19.



El orden siempre constituyó una parte esencial dentro de los temas impartidos.



Proporcionando capacitación auxiliar sobre instrumental y equipo dental, junto a su respectiva evaluación.



Evaluaciones correspondientes a los temas de limpieza y desinfección de instrumental y equipo, realizadas por el asistente dental.



Asistente dental recibiendo capacitación sobre instrumental utilizado en exodoncia (imagen izquierda). En la imagen derecha, se observa el proceso de evaluación correspondiente.

EVALUACIÓN INSTRUMENTAL DE EXODONCIA

Con el acompañamiento del Odontólogo capacitante, complete el siguiente cuestionario:

En las respuestas, indicar la siguiente escala:	Selecciones de Frecuencia indicadas:
Indicaciones correctas superiores	1-50
Indicaciones correctas inferiores	1-50

¿Qué otro nombre reciben las obturaciones Crown?
Empalmadura

¿Cómo se llama al procedimiento clínico por medio del cual el Odontólogo procede a extraer un diente?
Exodoncia C.T.S.

¿Qué diferencia hay entre el Reciproc, No. 14 y el 25?
El 14 es un 25 puntos arriba en el lado derecho

¿Qué concepto son los que se obtienen como "ultrasonidos"?
El 14 es un 25

Evaluación correspondiente al tema de instrumental utilizado en exodoncia.



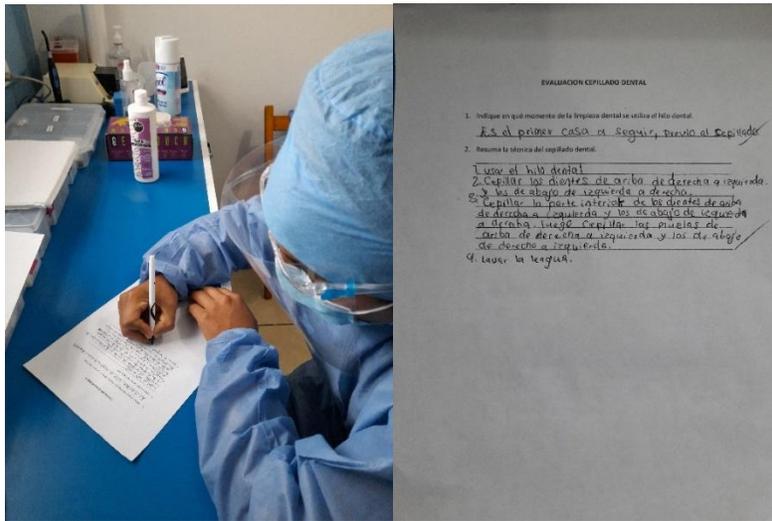
Asistente dental recibiendo capacitación sobre el correcto lavado de manos y asepsia dentro de la clínica, junto a su respectiva evaluación.



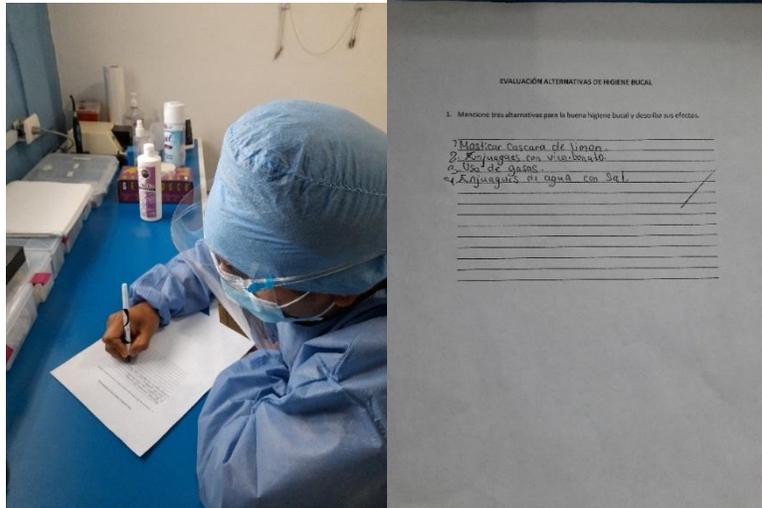
Importancia de los fluoruros en la salud oral. Tema impartido junto a su respectiva evaluación.



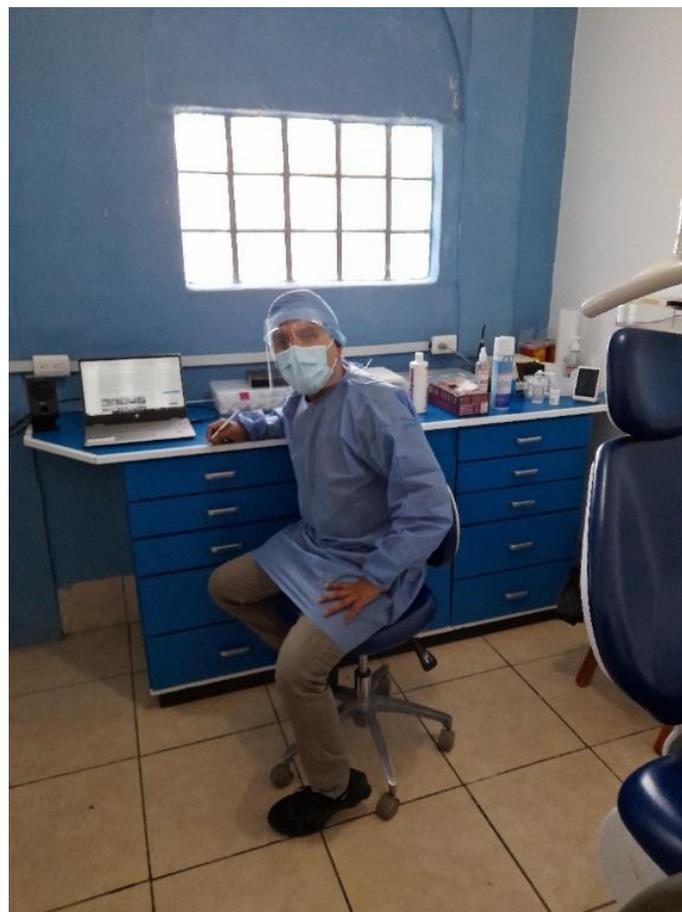
Recibiendo capacitación sobre aditamentos de higiene oral. En esta oportunidad, hilo dental y cepillo de dientes, definiciones, usos y técnicas de higiene oral.



Proceso e instrumento de evaluación sobre cepillado dental.

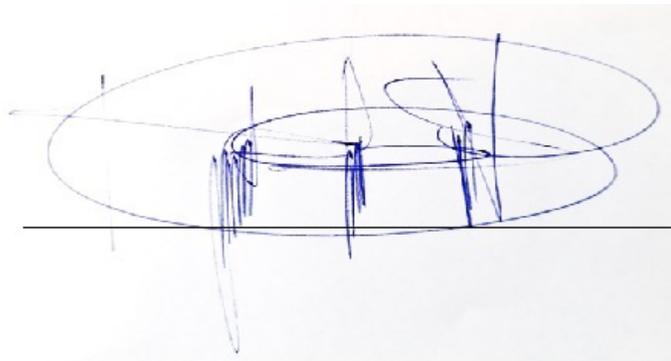


Proceso e instrumento de evaluación sobre alternativas de higiene oral.



Asistente dental, luego de haber finalizado uno de sus procesos de capacitación.

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



David Humberto Similox Virula

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

Vo. Bo.


Dr. Oscar Aníbal Taracena Monzón
SECRETARIO ACADÉMICO
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

