

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE
SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

Presentado por:

MIRTHA MARÍA GIRÓN BONILLA

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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, julio 2024.

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE
SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ

Presentado por:

MIRTHA MARÍA GIRÓN BONILLA

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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, julio 2024.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano: Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios

Vocal Primero: Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

Vocal Segundo: Dr. Sergio Armando García Piloña

Vocal Tercero: Dr. Edgar Adolfo Guzmán Lemus

Vocal Quinto: Br. Oscar Alberto Orellana Aguilar

Secretario Académico: Dr. Oscar Aníbal Taracena Monzón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano: Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios

Asesor: Dr. José Emilio Berthet Monzón

Secretario Académico: Dr. Oscar Aníbal Taracena Monzón

DEDICATORIAS

A DIOS: que gracias a la guía de mis padres he sabido vivir con temor y respeto hacia un ser superior, que me ha demostrado su fidelidad y su cuidado, y me acompañó durante el camino de mi formación.

A MIS PADRES: que me han acompañado en cada una de las decisiones de mi vida, me dieron un hogar, sus consejos, una guía y me han apoyado emocional y económicamente durante mi proceso de formación; y me dieron la oportunidad de estudiar y superarme. Por sujetarme la mano fuerte cada vez que quería darme por vencida y por levantarme para seguir adelante.

A MIS HERMANOS: que han estado conmigo todo el tiempo y me han brindado todo su apoyo, para sacarme una sonrisa, darme un abrazo o un consejo, me han acompañado de maneras distintas pero valiosas para mi formación y mi vida.

A MIS ABUELOS: que, aunque ya no están físicamente, los llevo siempre en mis pensamientos y les agradezco de sobremanera el apoyo que me brindaron durante el tiempo de formación como profesional, al abrirme las puertas de su casa y me dieron un techo y un lugar seguro a donde podía regresar; y porque siempre estuvieron para compartir tiempo conmigo.

A MIS AMIGOS: Koko, Mafer Zielke, Verónica Mayén y Braude, aunque cada uno pasamos por procesos y momentos distintos dentro de la carrera, pero estuvieron para hacer un poco más fácil la carga de la Facultad. Gracias por las risas en clínicas, los consejos, las desveladas por exámenes, y por compartir buenos momentos afuera de la Facultad.

A MIGUEL DURÁN: que fue parte importante durante el tiempo de EPS, que me acompañó a la distancia a resolver problemas y me animó a seguir adelante cuando las cosas se ponían difíciles. Por recordarme que cada esfuerzo vale la pena y que los pasos pequeños también son un avance.

AL DOCTOR EMILIO BERTHET: quien fue mi asesor y me guió en la realización de este informe.

Agradezco a todas las personas que formaron parte de mi vida durante los años de carrera, que de alguna u otra forma me ayudaron y me acompañaron; y aunque algunos ya no estén en mi vida, fueron parte importante y dejaron un aprendizaje.

Agradezco también a la **Universidad de San Carlos de Guatemala**, mi casa de estudios, y a la Facultad de Odontología; a los docentes y demás personal por ser parte de mi aprendizaje y haberme guiado para formarme como 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 DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
☐ ACTIVIDADES COMUNITARIAS:	2
☐ PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES:	2
☐ INVESTIGACIÓN ÚNICA DEL PROGRAMA DE EPS:	2
☐ ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRADA:	3
☐ ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO:	3
☐ SEMINARIO REGIONAL Y EDUCACIÓN A DISTANCIA:	3
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO	4
OBJETIVOS.....	5
GENERAL.....	5
ESPECÍFICOS	5
ACTIVIDADES COMUNITARIAS	6
PROYECTO COMUNITARIO.....	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	9
METODOLOGÍA	10
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11

TABLA No. 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	11
RECURSOS	13
COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO	13
TABLA No. 1.2 COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO	13
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	13
RESULTADOS ALCANZADOS	14
LIMITACIONES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS	14
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO	14
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	15
PROYECTO MEJORAS A LA CLÍNICA	20
HABILITACIÓN DE ESPACIO RECREATIVO INFANTIL EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ	20
INTRODUCCIÓN	21
JUSTIFICACIÓN	22
OBJETIVOS	22
COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO	22
TABLA No. 1.3 COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO	22
FUENTES DE FINANCIAMIENTO	23
RESULTADOS ALCANZADOS	23
LIMITACIONES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS	23
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO	24
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA	25

CONCLUSIONES	28
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	29
INTRODUCCIÓN	30
EDUCACIÓN EN SALUD ORAL	31
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	32
APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUORURO DE SODIO AL 5%.....	34
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	35
APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS	36
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	37
TABLA No. 2 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS REALIZADOS DURANTE EL PROGRAMA DE EPS, PERIODO FEBRERO- OCTUBRE EN PUESTO SALUD SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ	38
INVESTIGACION ÚNICA EN EL PROGRAMA DE EPS.....	39
USO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTALES EN PACIENTES CONSULTANTES A LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA FOUSAC, SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.....	39
RESUMEN	40
OBJETIVO	40
MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES	40
PALABRAS CLAVE	40

INTRODUCCIÓN	41
MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
RESULTADOS.....	43
TABLA No. 3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR RANGO DE EDAD DE 25 PACIENTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA CATARINA PALOPÓ	43
TABLA No. 4 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR EDAD.....	44
GRÁFICA No. 1 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR EDAD	44
TABLA No. 5 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR GRUPO ÉTNICO	45
GRÁFICA No. 2 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR GRUPO ÉTNICO	45
TABLA No. 6 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD.....	46
GRÁFICA No. 3 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD.....	46
TABLA No. 7 CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE EDENTULISMO	47
TABLA No 8. NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS	47
GRÁFICA No. 4 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS.....	48
TABLA No. 9 CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE NECESIDAD DEL USO DE PRÓTESIS DENTAL.....	49
TABLA No.10 NÚMERO DE PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS	49
GRÁFICA No. 5 NÚMERO DE PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS	50
TABLA No. 11 NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTIERON O NO AL SERVICIO DENTAL.....	51
TABLA No.12 CANTIDAD DE EXODONCIAS, OBTURACIONES DE RESINA, LIMPIEZAS DENTALES Y PRÓTESIS REALIZADOS	51
GRÁFICA No. 6 SERVICIOS PRESTADOS REPRESENTADOS EN %.....	52

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES	54
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL.....	55
ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES, ADOLESCENTES Y POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.	56
INTRODUCCIÓN	56
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
TABLA No. 13 TOTAL DE TRATAMIENTOS Y PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ. 2022	58
TABLA No. 14 CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS DISTRIBUIDOS EN ESCOLARES, ADULTOS Y EMBARAZADAS	59
ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO	60
ORGANIGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PUESTO DE SALUD	61
INFRAESTRUCTURA DE LA CLÍNICA DENTAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ.....	63
EQUIPO CLÍNICO.....	64
INFRAESTRUCTURA.....	65
INSTRUMENTAL / MATERIALES.....	65
PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN	66
OBJETIVO GENERAL.....	66
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	66

CONTENIDO.....	67
PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL	72
PROCESO DE DESINFECCIÓN DEL INMUEBLE DE LA CLÍNICA	73
PROCESO PARA PERSONAL DE LA CLÍNICA DENTAL.....	74
CONCLUSIONES	75
PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COLOCADO EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA CATARINA PALOPÓ.....	77
HORARIO DE ATENCIÓN CLÍNICA DENTAL PUESTO DE SALUD SANTA CATARINA PALOPÓ.....	78
CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR	79
ANÁLISIS DE RESULTADOS	80
TABLA No. 15 LISTADO DE TEMAS IMPARTIDOS DE MANERA MENSUAL AL PERSONAL AUXILIAR.	81
CONCLUSIONES	82
SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA.....	83
TABLA No. 16 TEMAS IMPARTIDOS POR MÓDULOS DURANTE EL CURSO DE SEMINARIO REGIONAL Y EDUCACIÓN A DISTANCIA	84
CASO CLÍNICO: RETAURACIÓN DE MOLAR INFERIOR PERMANENTE CON DESTRUCCIÓN PARCIAL DE CORONA CLÍNICA OCACIONADA POR FLUOROSIS DENTAL SEVERA.	85
RESUMEN	85
CONTENIDO.....	¡Error! Marcador no definido.
PRESENTACIÓN DEL CASO	88

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	91
DISCUSIÓN	93
CONCLUSIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en su 6to. año de la carrera desarrolla el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), en el cual el odontólogo practicante tiene como fin primordial afianzar la formación teórica y práctica, y contribuir así a la educación y solución de problemas encontrados en la respectiva comunidad donde se realiza el programa.

El Ejercicio Profesional Supervisado que brinda la Universidad de San Carlos de Guatemala, está orientado para que los estudiantes puedan ofrecer un servicio gratuito a las comunidades que han estado sometidas a la desatención en salud bucal.

Durante este Ejercicio Profesional Supervisado los odontólogos practicantes se ven expuestos durante el servicio odontológico a la realidad social en el interior del país, se hacen evidentes los choques culturales y socioeconómicos.

Así mismo, los estudiantes adquirieron experiencia en su vida profesional como odontólogos, ya que enfrentan de manera individual problemas inherentes a la práctica, lo cual les obliga a crear un criterio propio para la resolución de estos. Así también, la obtención de experiencia personal, no sólo por enfrentarse con una comunidad totalmente ajena a la propia, sino porque alrededor de 8 meses de EPS, debió adaptarse a cambios de vida, ya que deben volverse parte de la localidad en donde se encuentran y aprender de su cultura, así como también realizar modificaciones en sus costumbres, vivienda y alimentación.

El siguiente informe corresponde al Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- realizado en la Clínica Dental del Puesto de Salud del municipio de Santa Catarina Palopó, en el departamento de Sololá, durante el periodo de febrero a octubre del año 2022. Lo conformaron distintos cursos, los cuales debieron desarrollarse de forma detallada dentro del margen educativo del EPS:

- **ACTIVIDADES COMUNITARIAS:** este programa consiste en la realización de un proyecto comunitario que supla alguna necesidad visible y en la realización de mejoras a la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó. Para llevar a cabo este proyecto se gestionó la donación de materiales, así como la donación e instalación de un tonel recolector de agua, para favorecer agua potable a la clínica. También se logró habilitar un espacio de recreación infantil dentro de la clínica dental de la comunidad, para los pacientes pediátricos que asistían a las consultas dentales.
- **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES:** este programa se enfoca en la disminución de incidencia de caries en la población. La población objetivo fueron los alumnos de la Escuela Oficial Rural Mixta de la comunidad de Santa Catarina Palopó, basados en la necesidad de atención de cada grado, el programa se dividió en 3 subgrupos: A) Enjuagues bucales: se les aplicó enjuagatorios semanales de fluoruro de sodio al 0.2%. B) Barrido de sellantes de fosas y fisuras: se colocaron sellantes de fosas y fisuras (SFF). C) Educación en salud bucal: se impartieron pláticas sobre salud bucal a niños y maestros en las escuelas de la comunidad.
- **INVESTIGACIÓN ÚNICA DEL PROGRAMA DE EPS:** se presenta el artículo con título "USO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTALES EN PACIENTES CONSULTANTES A LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO". La investigación realizada en la clínica dental del puesto de salud del municipio de Santa Catarina Palopó, Sololá, en los meses de mayo y junio del año 2022, fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, basado en una muestra de 25 personas mayores de 20 años.

Esta investigación permitió obtener datos necesarios para conocer, en conjunto con la información de otros sectores del país, el nivel de edentulismo y la necesidad de remplazo protésico presente en el interior de Guatemala.

- **ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRADA:** a lo largo de 8 meses de Ejercicio Profesional Supervisado, se brindó atención odontológica a pacientes escolares y población general, con un total de 2,551 procedimientos dentales, entre los que incluyeron tratamientos preventivos y restauradores.
- **ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO:** este programa resume los aspectos de capacitación del personal auxiliar, como la educación y entrenamiento necesarios para desempeñarse como asistente dental, el cual incluyó conocimiento del instrumental y equipo que se utiliza en el consultorio dental, las técnicas de asepsia, antisepsia y esterilización, asistencia al operador dental, llenado adecuado de papelería de pacientes, mantenimiento del equipo y limpieza del consultorio. También se realizaron pruebas de conocimiento, orales y escritas.
- **SEMINARIO REGIONAL Y EDUCACIÓN A DISTANCIA:** se llevaron a cabo mensualmente foros educativos de temas relevantes de odontología, así como reuniones virtuales con varios profesionales en salud bucal, la realización de conferencias de interés odontológico y presentación de un caso clínico.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

El Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, ha formado parte de la carrera de Cirujano Dentista desde el año 1969 y corresponde al sexto año de carrera. Tiene como propósito la culminación de la formación práctica y académica del estudiante, para poder optar al título de Cirujano Dentista. (VILLAGRAN, 2010).

Con una duración de 8 meses, los estudiantes realizan la atención clínica y preventiva en distintas regiones del país, con el objetivo de enriquecer el conocimiento adquirido previamente y llevarlo a la praxis; así también, establecer una relación dentro de la comunidad objetivo y mejorar la salud bucodental de la población guatemalteca.

El Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de este informe final, fue realizado en la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá; periodo febrero - octubre 2022. El programa estuvo conformado por seis cursos que buscaban, simultáneamente, desarrollar con éxito la práctica odontológica dentro de la comunidad a través de actividades, sociales, culturales y de servicio.

Cada curso siguió el desarrollo del programa, de manera mensual, a través de informes que fueron entregados, para obtener una síntesis cronológica de las actividades efectuadas durante el periodo de dicho programa.

El viernes 14 de febrero del 2022, dio inicio el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, así también iniciaron actividades curriculares del programa, en el cual los estudiantes fueron desarrollando habilidades inherentes a la práctica estomatológica, como también a través de la práctica docente asistencial guiada.

Si bien el objetivo del programa es la respuesta a través del servicio odontológico a las comunidades con necesidades, también pone énfasis al desarrollo descriptivo de las actividades realizadas, tanto clínicas como comunitarias.

OBJETIVOS

GENERAL

- Describir detalladamente el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, así como analizar las actividades de educación, investigación y mejoramiento realizadas en la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, así como también presentar los resultados obtenidos durante los 8 meses que tuvo de duración.

ESPECÍFICOS

- Cuantificar y analizar los datos epidemiológicos obtenidos durante el programa de EPS.
- Conocer la antropología social y cultural de la comunidad en donde se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado.
- Determinar y valorar la cantidad de tratamientos odontológicos con los que fue beneficiada la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.
- Publicar los alcances y beneficios obtenidos por la población con el desarrollo del proyecto comunitario.

ACTIVIDADES COMUNITARIAS

PROYECTO COMUNITARIO

MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE AGUA POTABLE CON LA INSTALACIÓN DE UN DEPÓSITO, EN EL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

PROYECTO MEJORAS A LA CLÍNICA

HABILITACIÓN DE ESPACIO RECREATIVO INFANTIL EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

INTRODUCCIÓN

El programa de Ejercicio Profesional Supervisado cuenta con un subprograma de actividades comunitarias, cuyo objetivo principal es identificar una necesidad dentro de la comunidad y elaborar un proyecto que cubra total o parcialmente dicha carencia. (Villagran, 2010).

Para lograrlo, es indispensable que el estudiante se integre en la comunidad y cree relaciones con diferentes personas, empresas u organizaciones para que, con el apoyo de éstas, pueda llevarse a cabo mediante donativos o apoyos independientes que favorezcan la realización de los proyectos dentro de la comunidad.

La finalidad de este curso es que durante el periodo en el que se realizó el programa de EPS, el estudiante haya logrado desarrollar una mejora en la infraestructura de la comunidad y dentro de la institución en donde llevó a cabo las actividades de énfasis clínico, con el objetivo de dejar algo a favor de la población. (Villagran, 2010).

En la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó se identificó la necesidad de mejorar la atención, al favorecer el acceso a agua potable, a través de la captación del agua del servicio público dentro de un tonel propio del Puesto de Salud.

JUSTIFICACIÓN

A pesar de las muchas necesidades que fueron presentadas por el personal del puesto de salud, la limitación del acceso al agua potable se consideró una necesidad primordial; por lo cual se decidió enfocar la actividad comunitaria a resolver el problema de manera definitiva, y así, mejorar las instalaciones y el servicio de la institución.

El poder contar con un depósito de agua potable independiente para la clínica ayudó a brindar un servicio dental e integral de calidad, para poder hacer uso de agua y mantener todas las áreas de la clínica limpias, durante cualquier horario.

OBJETIVOS

- Brindar un servicio dental de calidad y garantizar el acceso al agua para mantener la limpieza en cualquier horario.
- Tener acceso a servicios sanitarios adecuados dentro del Puesto de Salud.
- Asegurar la limpieza diaria del instrumental y los insumos, mediante el uso de agua potable para su lavado regular.
- Evitar contaminación cruzada dentro de la clínica al tener siempre higienizada el área.
- Mejorar la atención clínica de los pacientes, y asegurar la disponibilidad de agua potable todos los días.

METODOLOGÍA

El proyecto comunitario surgió de la evidente necesidad de contar con acceso a agua potable en el puesto de salud, necesidad que también afectaba a la clínica dental; por lo cual después de cuestionar a las autoridades de la institución, se concluyó que era imprescindible la instalación de un tonel de agua y mejorar las instalaciones de la tubería con las que contaba el puesto de salud, para así poder resolver la problemática actual.

A pesar de los intentos fallidos de recibir ayuda por parte de la municipalidad de la comunidad, se realizaron algunas solicitudes para recibir donativos a través de instituciones privadas y así poder realizar el proyecto.

El proyecto se realizó en tres fases:

- 1) En la primera fase se inició con la planificación, en donde se incluyeron reuniones con el personal encargado en el puesto de salud. En dichas reuniones se llegó al acuerdo que, a pesar de las otras carencias que presentaba la institución, la necesidad de contar con agua potable, sin tener que recurrir a la compra de pipas de agua una vez por semana, debía ser la prioridad. Después de aceptar la propuesta, se realizó una inspección del lugar en donde se iba a colocar el tonel de agua y en donde debían hacerse instalaciones de tubería, junto con un presupuesto de materiales que fueran económicos.
- 2) La segunda fase fueron las gestiones realizadas para recibir donaciones por parte de otras instituciones. Se solicitó ayuda por parte de la municipalidad, pero la respuesta que se obtuvo fue gestionar el proyecto para el año 2023 por proyectos pendientes activos. De la misma manera, se realizaron peticiones a los vecinos de la comunidad, a través de venta de números de rifas, pero fueron rechazadas; por lo que se optó por solicitar ayuda a instituciones privadas.

3) La última fase fue la ejecución, esta se llevó a cabo en conjunto con autoridades y personal auxiliar del Puesto de Salud, quienes se encargaron de la instalación y compra del material. El tonel de agua fue donado por la institución privada Fibrasol, S.A, empresa a la que se le solicitó el apoyo con dicho aporte.

Esta fase se planificó de la siguiente manera:

- Evaluación de infraestructura.
- Instalación de tonel de agua.
- Instalación de tubería.
- Instalación de azulejos (no se realizó por falta de espacio).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades realizadas mensualmente en el proyecto del Puesto de Salud del municipio de Santa Catarina Palopó, Sololá.

TABLA No. 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	ACTIVIDAD REALIZADA
MARZO	Se iniciaron las gestiones para conseguir los permisos y poder comenzar con la actividad dentro de la comunidad, debido a que era indispensable mantener comunicación activa con las autoridades encargadas de la institución.
ABRIL	Se realizó una solicitud para la recaudación de fondos, a través de cartas enviadas al alcalde de la comunidad, también se enviaron cartas a los padres de familia a través de la directiva de la escuela de la comunidad para solicitar ayuda en la participación de actividad para la recolección de fondos.

MAYO	Se realizaron solicitudes a instituciones privadas, a través de cartas y llamada para conseguir los recursos que permitirían solventar el proyecto comunitario.
JUNIO	Durante la planificación del proyecto, se realizó la evaluación del área en donde sería colocado el depósito de agua, debido a que ya existía una instalación antigua que no estaba en uso, y no había seguridad que el nuevo tonel pudiera ser ubicado de manera adecuada.
JULIO	Se enviaron varias solicitudes a la institución Fibrasol, S.A., para poder organizar la manera en que el tonel iba a ser entregado, debido a que el transporte de la institución no contaba con entrega en esa región del país, por lo que se logró dar solución con el alquiler de un camión de forma privada.
AGOSTO	Con los fondos que se contaban se cotizó en una ferretería de la comunidad la compra de insumos necesarios para la instalación del depósito de agua, la persona encargada de la instalación realizó una lista de materiales y se procedió a la compra de los mismos.
SEPTIEMBRE	Debido a que la persona encargada de la instalación se encontraba indispuesta en el mes de agosto, la instalación del depósito de agua se realizó hasta el mes de septiembre, aproximadamente en 3 días fue colocada toda la tubería nueva y el tonel en el área prevista.
OCTUBRE	Durante los primeros días del mes se inauguró el proyecto del depósito recolector, para así abastecer al Puesto de Salud con agua municipal y no a través de pipas de agua compradas semanalmente.

Fuente: Datos recolectados durante el programa de EPS en la Clínica Dental del puesto de salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

RECURSOS

COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO

Para poder llevar a cabo el proyecto comunitario era indispensable contar con los siguientes materiales:

TABLA No. 1.2 COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO

No.	MATERIAL	COSTO
1	1 Depósito de agua. Capacidad de 2,000 litros	Q1,850
2	Tubería, conexiones y accesorios	Q300
3	Transporte (flete privado)	Q500
4	Mano de obra	Q500
	TOTAL:	Q3510

Fuente: Datos recolectados durante EPS en la Clínica Dental del Puesto de Salud del municipio de Santa Catarina Palopó, Sololá.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Se realizó una gestión con Fibrasol, S.A., una empresa que labora con materia prima de fibra de vidrio, por lo que a través de ellos se logró obtener un depósito de agua de 2000 litros, ideal para abastecer al Puesto de Salud.

Se solicitó apoyo a distintas ferreterías para donativos, tanto de la comunidad de Santa Catarina como de Panajachel, para poder obtener el material necesario para la instalación, pero no fueron respondidas. La compra se realizó con dinero aportado por la odontóloga practicante, debido a la poca o nula participación de la comunidad al apoyo económico que requería el proyecto.

RESULTADOS ALCANZADOS

El trabajo logrado en conjunto con el Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó fue satisfactorio, ya que se alcanzaron resultados de mucho beneficio para la población que hace uso de los servicios de la institución sanitaria, así como de la Clínica Dental; ya que ahora cuentan con el servicio de agua potable mediante la captación y almacenamiento de agua en un depósito propio dentro de la institución.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS

Durante la realización del proyecto se presentaron varias limitaciones que atrasaron y dificultaron la instalación del tonel de agua, debido a que no se obtuvo ayuda por parte de la municipalidad de la comunidad, ni participación de la población para alcanzar el total del presupuesto estimado para el proyecto comunitario. Involucrar a instituciones privadas fue la solución más viable para su ejecución.

También se encontró la limitación del transporte, la empresa que donó el depósito de agua no contaba con transporte hacia Sololá, por lo que se alquiló un transporte privado para que se pudiera realizar la entrega en la comunidad.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

A pesar de que, tanto en la comunidad, como en el puesto de salud, existían muchas carencias, se llegó al acuerdo de enfocar el proyecto en beneficio del Puesto de Salud, ya que desde la pandemia por Covid 19 no se realizaba ninguna mejora en la institución, y el personal auxiliar junto con la comunidad de pacientes no contaban con servicio de agua potable dentro del puesto. Después de varias reuniones con los encargados, se decidió restaurar la tubería y llevar a cabo la instalación de un nuevo tonel de agua para poder brindarle mejor servicio a los pacientes, tanto del área médico general como del área odontológica.

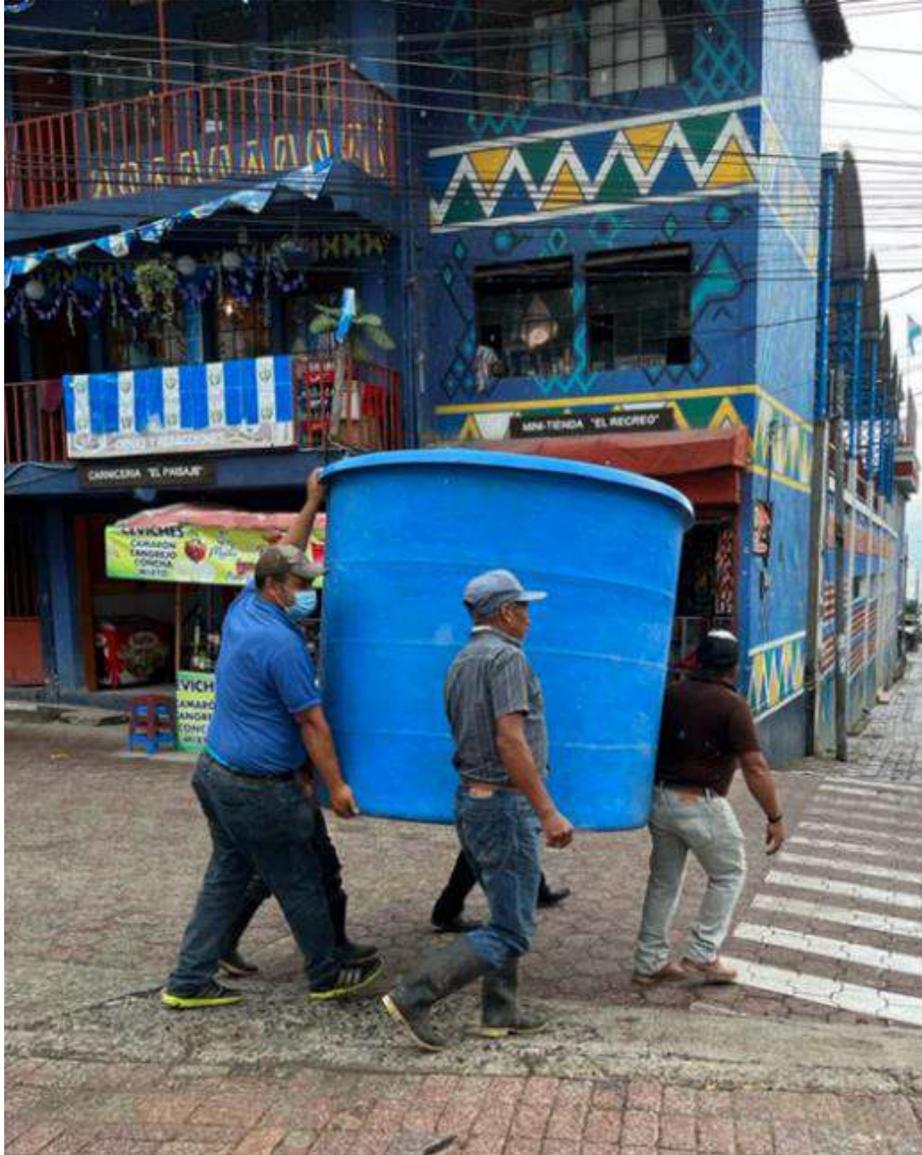
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Fotografía inicial del área prevista para la colocación del tonel, Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.



Fotografía de la descarga del depósito de agua en el municipio de Santa Catarina Palopó, realizada por los trabajadores del Puesto de Salud.



Traslado del depósito de agua hacia las instalaciones de la institución, realizada por los trabajadores del Puesto de Salud.



Debido a que no existían unas escaleras que comunicaran hacia la terraza de la institución, fue necesario el traslado del depósito de agua con lazos, y varios trabajadores colaboraron para poder cargarlo y colocarlo en el área correspondiente.



Depósito de agua colocado en el área correspondiente, la tubería anterior no pudo ser utilizada debido a que ya no estaba en buen estado, por lo que se trabajó toda la instalación con materiales nuevos.

PROYECTO MEJORAS A LA CLÍNICA

HABILITACIÓN DE ESPACIO RECREATIVO INFANTIL EN LA CLÍNICA DENTAL DEL
PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

MEJORAS A LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

INTRODUCCIÓN

Durante la etapa inicial del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- se evidenció que en la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó, existía la necesidad de un área infantil, debido a que la mayoría de los pacientes que asistían iban acompañados de niños de distintas edades. La sala de espera al estar adecuada únicamente para adultos provocaba aburrimiento y cierto nivel de estrés en los niños al escuchar los sonidos de la clínica dental; por lo que se pensó en la creación de un ambiente donde ellos pudieran entretenerse y distraerse mientras sus papás eran atendidos por la odontóloga practicante.

En la ambientación se implementaron:

- 6 bloques de *foamy* para acondicionar la superficie del piso.
- 1 pizarrón de pared para tiza.
- 1 mesa de madera.
- 5 juegos de estimulación temprana.
- 4 libros para colorear.
- 2 botes con crayones y marcadores.
- 6 bloques de plastilina.
- 1 casa de tela plástica para juegos.

JUSTIFICACIÓN

Los niños al estar sometidos a estrés pueden desarrollar irritabilidad, llanto y comportamiento agresivo, (Ayala, 2010) por lo que un área de distracción con actividades recreativas es de beneficio para que ellos se comporten colaborativos y los padres puedan ser atendidos sin ninguna interrupción.

OBJETIVOS

- Ambientar la sala de espera para pacientes o acompañantes de la primera infancia que visiten la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó.
- Evitar interrupciones en los tratamientos realizados a padres de familia.
- Crear un ambiente amigable y divertido a la vista de los pacientes y acompañantes niños.

COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO

TABLA No. 1.3 COSTOS Y PRESUPUESTO ESTIMADO

CANTIDAD	MATERIAL	COSTO
6	Bloques de <i>foamy</i>	Q160
1	Pizarrón de parred para tiza	Q50
1	Mesa de madera	Q300
5	Juegos de estimulación temprana	Q130
4	Libros para colorear	Q75
2	Botes de crayones y marcadores	Q115
6	Bloques de plasticina marca PlayDoo	Q125
1	Casa de tela plástica para juegos	Q140
	TOTAL	Q1095

Fuente: Datos recolectados durante el programa de EPS en la Clínica Dental del Puesto de Salud del municipio de Santa Catarina Palopó, Sololá.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Todos los materiales y el mobiliario fueron donados por "LA BRINCOTECA" Bilingual school. Desde el primer día la asistencia de los niños a la clínica fue en aumento, debido a que ya no se aburrían esperando a que sus padres salieran de ser atendidos.

RESULTADOS ALCANZADOS

La habilitación del espacio para el entretenimiento de los pacientes pediátricos fue la solución para mejorar el ambiente de atención clínica, ya que se logró convertir el espacio en un lugar en donde los niños que acompañaban a sus padres a las citas clínica se entretenían mientras coloreaban o jugaban sin la necesidad de pasar mucho tiempo sentados en un mismo lugar, lo que les provocaba incomodidad y los hacía tomar una mala actitud dentro de la clínica dental.

LIMITACIONES Y DIFICULTADES ENCONTRADAS

En un principio se había acordado con los encargados de la institución que se habilitaría el espacio de recreación en uno de los salones que se encontraba sin ocupar, pero durante el periodo de planeación del proyecto de mejoras a la clínica se comenzó la remodelación del centro de salud de Panajachel, por lo que el salón que estaba previsto se utilizó para guardar los documentos y equipo que se trasladó del centro de salud. Con la reestructura de la habilitación del área recreativa, por falta de espacio dentro del mismo piso de la clínica dental, se decidió compartir el área recreativa con la sala de espera, esto con el objetivo de tener a los pequeños cerca de la clínica dental y a la vista de los papás, para evitar cualquier percance.

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Las citas de algunos pacientes se complicaban debido a que no podían asistir o estar tranquilos mientras eran atendidos, ya que llegaban a la clínica dental con niños pequeños debido a que no tenían con quien dejarlos en casa mientras ellos asistían a sus citas. Por esta razón, se planificó la realización de un proyecto para poder darles a los niños un área en donde pudieran pasar el tiempo de espera de manera entretenida y aprendiendo a través de juegos de estimulación, lo que desde el primer día demostró ser un proyecto beneficioso para la clínica dental, ya que los pacientes que tenían niños pequeños ya no cancelaban sus citas. El ambiente en la clínica mejoró gracias a que los niños ya no se aburrían mientras esperaban y ya no habían gritos ni llanto.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Sala de espera de la clínica dental del Puesto de Salud, posteriormente se colocó el área de recreación para los pacientes pediátricos.



Equipamiento del área de recreación, con bloques de *foamy*, pizarra de pared y juegos de estimulación temprana.



Área de recreación equipada para los pacientes pediátricos que visitan la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.



Primer día del área de recreación, los niños se entretuvieron mientras los padres eran atendidos en la Clínica Dental.

CONCLUSIONES

- I. Se cumplió a cabalidad con los proyectos planificados, a pesar de los inconvenientes que surgieron.
- II. Al realizar las gestiones adecuadas, se pudieron realizar los trabajos de mejoras, con ayuda de instituciones privadas.
- III. El tipo de proyecto de mejoras a la clínica y de ayuda comunitaria, centra al estudiante en la necesidad que se vive en salud integral y dental dentro de la realidad nacional guatemalteca.
- IV. Enfocarse en las necesidades de cada grupo de pacientes, tanto niños como adultos, puede mejorar la atención clínica, ya que se puede aportar la atención adecuada para cada una de las necesidades del paciente.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

INTRODUCCIÓN

La salud oral forma parte de la salud integral y del bienestar de los seres humanos. Por otra parte, la caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta a los tejidos dentales. Es la enfermedad de mayor prevalencia y costo en el mundo. La alta frecuencia de caries en niños motiva a investigar sus riesgos potenciales para actuar con medidas preventivas. (Cuenca Sala, 1999)

Uno de los de los objetivos del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, es velar por la prevención de enfermedades bucodentales principalmente en escolares en edad temprana y crear conciencia en maestros y padres de familia acerca de importancia del cepillado dental completo (cepillado dental, uso de hilo dental y enjuague bucal).

Dentro del programa de prevención se realizaron tres subprogramas, los cuales fueron:

- Actividades de fomento de la salud oral.
- Colocación de sellantes de fosas y fisuras.
- Enjuagatorios de Flúor al 0.2%.

La población beneficiada con este programa de prevención fueron los escolares de primero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta de la Comunidad de Santa Catarina Palopó

EDUCACIÓN EN SALUD ORAL

Es importante concientizar y crear un hábito de salud oral en los pacientes adultos, pero sobre todo en pacientes niños, ya que al estar en una edad de constante aprendizaje el formar un hábito puede resultar más sencillo de adquirir. (Cuenca Sala, 1999)

Durante los meses de agosto, septiembre y octubre, se llevaron a cabo un aproximado de 12 pláticas informativas sobre el cepillado dental y las medidas para cómo prevenir la caries dental. Dichas pláticas fueron impartidas en la Escuela Oficial Rural Mixta de la Comunidad de Santa Catarina Palopó, con el objetivo de que los escolares pudieran tener conocimiento sobre la importancia de la salud oral.

Se realizaron actividades con los alumnos de quinto y sexto grado de la escuela, en donde se les motivó a la realización de cepilleros para que pudieran mantener un kit de limpieza en la escuela, y así pudieran poner en práctica todo lo aprendido sobre la higiene dental durante los meses de pláticas informativas.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





Fotografías recolectadas durante las diferentes actividades en educación bucal que se realizaron con los alumnos de primero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta de la Comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚORURO DE SODIO AL 5%

La acción protectora del flúor se manifiesta en una disminución de la desmineralización y un aumento de la re-mineralización de las lesiones incipientes, para lo que es importante contar con suficiente flúor en la superficie dental, de ahí la importancia de su aplicación tópica. (Vitoria, 2002)

Al igual que las sesiones informativas sobre salud oral, también se realizaron pequeñas actividades escolares, en donde se habló sobre la importancia del uso del flúor dentro del cuidado dental, por lo que los días lunes durante el tiempo del programa de EPS, se llevó a cabo la aplicación de flúor tópico a los estudiantes de cuarto, quinto y sexto año primaria de la escuela de la comunidad, esto con la intención de enfatizar en la salud de los escolares que ya están más próximos a dejar la escuela y por lo tanto dejan de ser el enfoque de prevención del programa de EPS.

Así también, se realizó de manera general la aplicación de barniz fluorado a cualquier paciente que asistiera a la clínica dental y estuviera de acuerdo en recibirlo.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



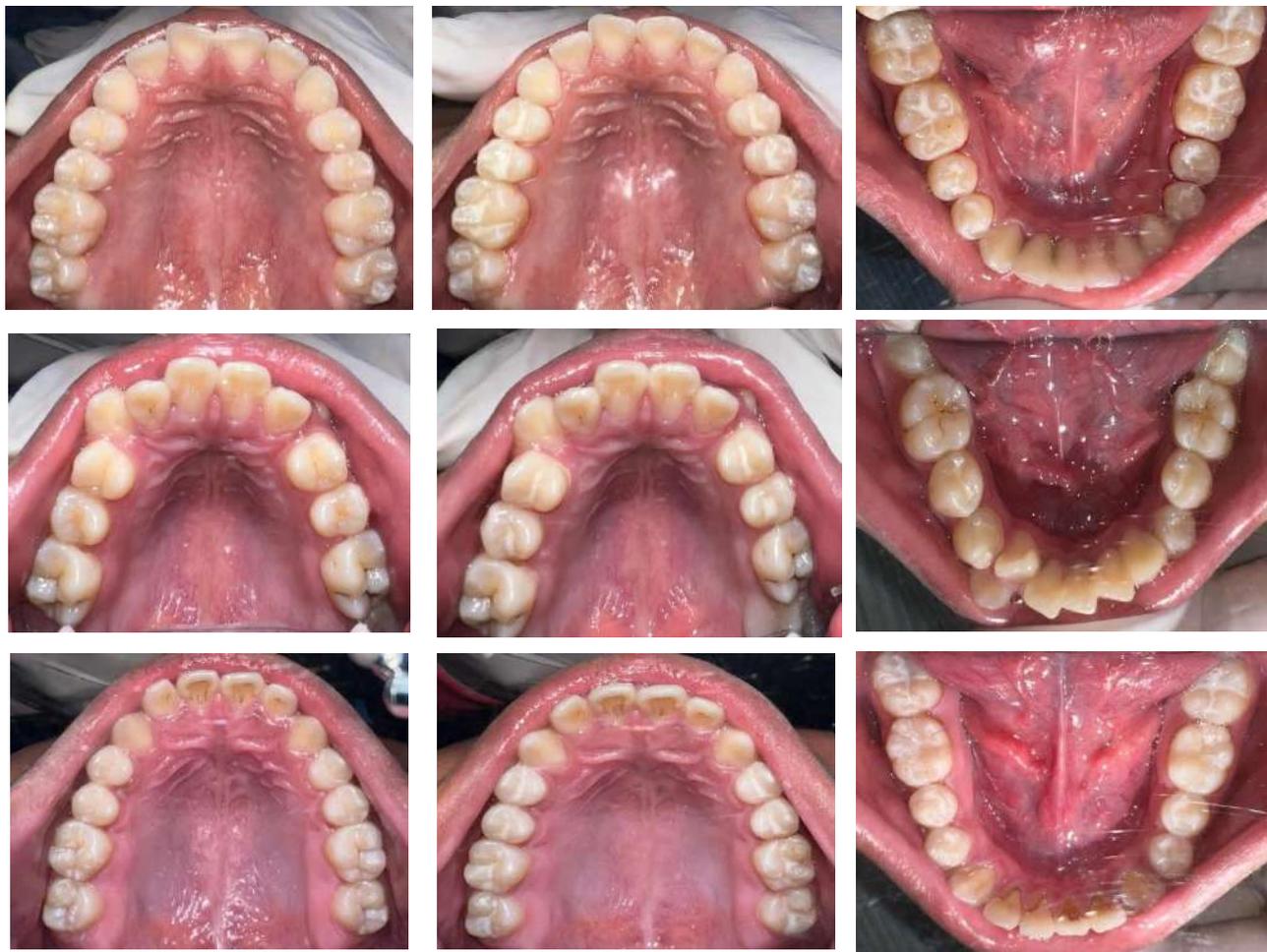
Fotografías tomadas durante la entrega de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% a estudiantes de primero a sexto primaria de la Escuela Oficial Rural Mixta de la Comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Los sellantes de fosas y fisuras son utilizados en programas comunitarios de control de caries y es uno de los materiales más efectivos para la prevención de la caries dental (Baratieri, 1993). La importancia de los sellantes de fosas y fisuras se debe a que las superficies oclusales de los molares son especialmente susceptibles a la acumulación de placa bacteriana y al consecuente desarrollo de caries, debido a su irregularidad anatómica. Los sellantes de fosas y fisuras cumplen la función de eliminar esta irregularidad, lo que dificulta la adhesión bacteriana y facilita la higiene (Barrancos, 2006) (Cuenca Sala, 1999).

Durante el programa se realizó la aplicación de sellante de fosas y fisuras a todas las piezas deciduas o permanentes con ausencia de caries activa, principalmente se hizo énfasis en los escolares en edad temprana. Durante el periodo de 8 meses se realizó el barrido de SFF en 1029 piezas dentales.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Fotografías de la colocación de fosas y fisuras (SFF), y profilaxis realizadas en la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

**TABLA No. 2 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS REALIZADOS
DURANTE EL PROGRAMA DE EPS, PERÍODO FEBRERO- OCTUBRE EN
PUESTO SALUD SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ**

MES	No. DE SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS REALIZADOS
Febrero	6
Marzo	13
Abril	31
Mayo	186
Junio	163
Julio	162
Agosto	402
Septiembre	50
Octubre	15
TOTAL	1029

Fuente: Datos recolectados durante programa de EPS en Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

INVESTIGACION ÚNICA EN EL PROGRAMA DE EPS

USO Y NECESIDAD DE PRÓTESIS DENTALES EN PACIENTES CONSULTANTES A
LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DEL PROGRAMA EJERCICIO
PROFESIONAL SUPERVISADO DE LA FOUSAC SANTA CATARINA PALOPÓ,
SOLOLÁ

RESUMEN

OBJETIVO:

Establecer la proporción de uso de prótesis dental.

Identificar el número y tipo de prótesis dentales en uso.

Identificar el número y tipo de prótesis dentales declaradas como necesarias.

Caracterizar a la muestra de estudio según sexo y edad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó el estudio de presencia de edentulismo en una muestra de 25 pacientes, mayores de 20 años, en donde también se objetó sobre la atención clínica dental personal o familiar.

RESULTADOS: La prevalencia de edentulismo en la población evaluada fue del 100%, de los cuales el 76% de los pacientes que presentaron edentulismo, no están rehabilitados. El 20% de la muestra evaluada, son mujeres, y el 60% de los pacientes tuvieron acceso a servicios odontológicos en su mayoría obturaciones de resina/amalgama por caries previas.

CONCLUSIONES: La comunidad de Santa Catarina Palopó, se encuentra sumergida en un sistema de desinformación con respecto a salud bucal, por lo que continuar con el programa de EPS dentro de la comunidad es una necesidad básica, para avanzar en problemas propios de enfermedades bucales, como el edentulismo.

PALABRAS CLAVE: edentulismo, prótesis total, prótesis removible.

INTRODUCCIÓN

La realidad guatemalteca con respecto a la salud dental es una realidad desafortunada; y si bien no se trata únicamente en la actualidad, este fenómeno tiene muchos años en el país; posiblemente sea parte de un sistema social y económico quebrado por un mal manejo político, o parte de una cultura en donde el descuido de la salud es parte del día a día, debido a la priorización de necesidades sociales.

Víctor Cortez y col., se refieren al edentulismo parcial y total como la ausencia de algunos o todos los dientes. Las personas que presentan esta condición ven afectada su calidad de vida al presentar limitaciones al hablar, comer y sonreír, esto último debido al compromiso estético que provoca no tener todos los dientes. (MINSAL, 2010). Las causas de pérdida dentaria son variadas, siendo las principales: caries y enfermedad periodontal (Arteaga, 2009). Ambas enfermedades son prevenibles y es posible evitar la pérdida de dientes siempre que exista el acceso a atención odontológica en una etapa en que la enfermedad no esté avanzada y se pueda realizar un tratamiento conservador.

Entre los factores de riesgo de aumento de la indicación de exodoncia como tratamiento definitivo encontramos: difícil acceso a la atención odontológica, pobre higiene oral (MINSAL, 2010), bajo nivel educacional, vivir en sector rural y la edad; este último factor considerado por las condiciones especiales de cuidado y enfermedades prevalentes a medida que aumentan los años (Arteaga, 2009).

Pudiera también agregarse el factor género, como parte de los factores de riesgo, y es que en Guatemala existe mayor prevalencia de asistencia a las clínicas dentales, con referencia a edentulismo por parte de las mujeres; posiblemente se deba a que, en el interior del país, el machismo aún se encuentra muy arraigado en la sociedad, por lo que, en su mayoría, son las mujeres las que se ven más afectadas con respecto a la salud integral.

Los objetivos de este estudio fueron: establecer la proporción de uso de prótesis dental, identificar el número y tipo de prótesis dentales en uso, identificar el número y tipo de prótesis dentales declaradas como necesarias y caracterizar a la muestra de estudio según sexo y edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

- TIPO DE ESTUDIO: se propone un estudio observacional, transversal, en una muestra no probabilística, en el cual se evaluará el uso y la necesidad declarada de prótesis dentales en pacientes de 15 años o más, atendidos en el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado 2022, en la comunidad de Santa Catarina Palopó, que busca describir y caracterizar a los pacientes a través de las variables de estudio.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN: personas de 15 años o más, de ambos sexos, consultantes al servicio de la Clínica Dental del programa EPS de la comunidad de Santa Catarina Palopó, que acepten voluntariamente su participación en el estudio.
- MUESTRA: muestra no probabilística de 25 personas de 15 años o más que se presentan a consulta dental en la Clínica Odontológica del programa EPS, comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.
- VARIABLES:
 - Uso actual declarado de prótesis dental.
 - Tipos de prótesis dental en uso.
 - Tipos de prótesis dentales identificadas como necesarias.
 - Edad y sexo.

RESULTADOS

Se evaluó una muestra de 25 pacientes en la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, con una media de edad de 40.6 años, y 84% pertenecientes a la etnia indígena.

TABLA No. 3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR RANGO DE EDAD DE 25 PACIENTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA CATARINA PALOPÓ

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA (n=25) POR RANGO DE EDAD	
Media	40.5
Desviación Estándar	11.3
Mínima	20
Máxima	62
n	25

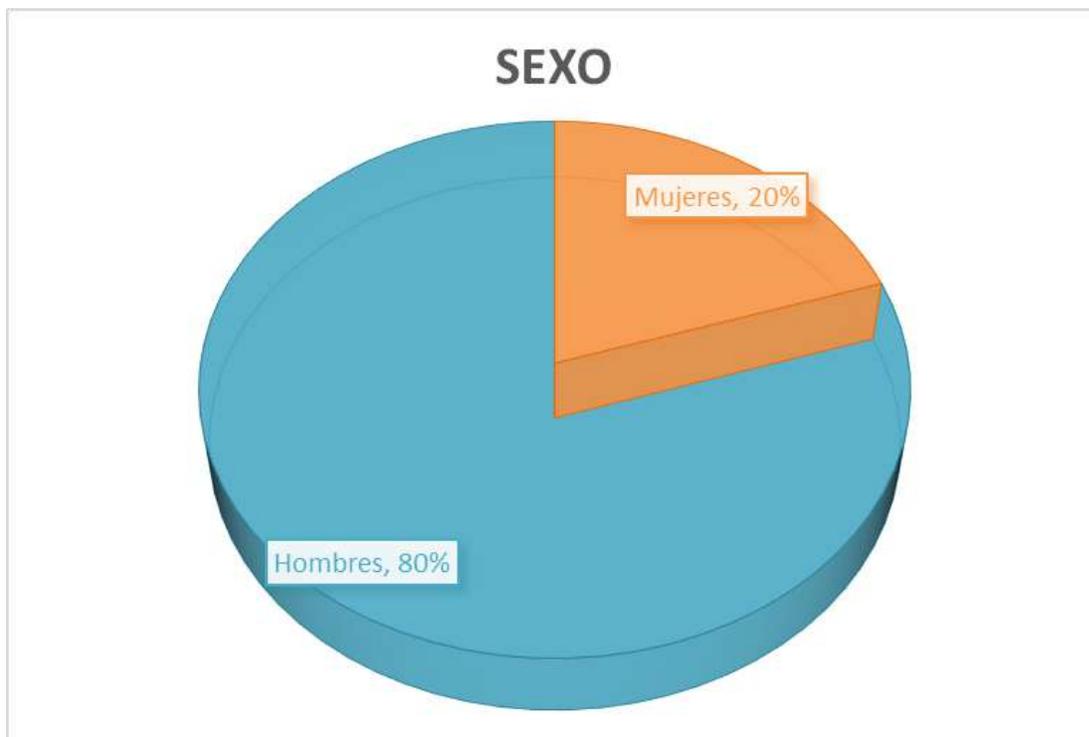
Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

TABLA No. 4 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR EDAD

SEXO	CANTIDAD	%
Mujer	5	20
Hombres	20	80
N	25	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

GRÁFICA No. 1 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR EDAD



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

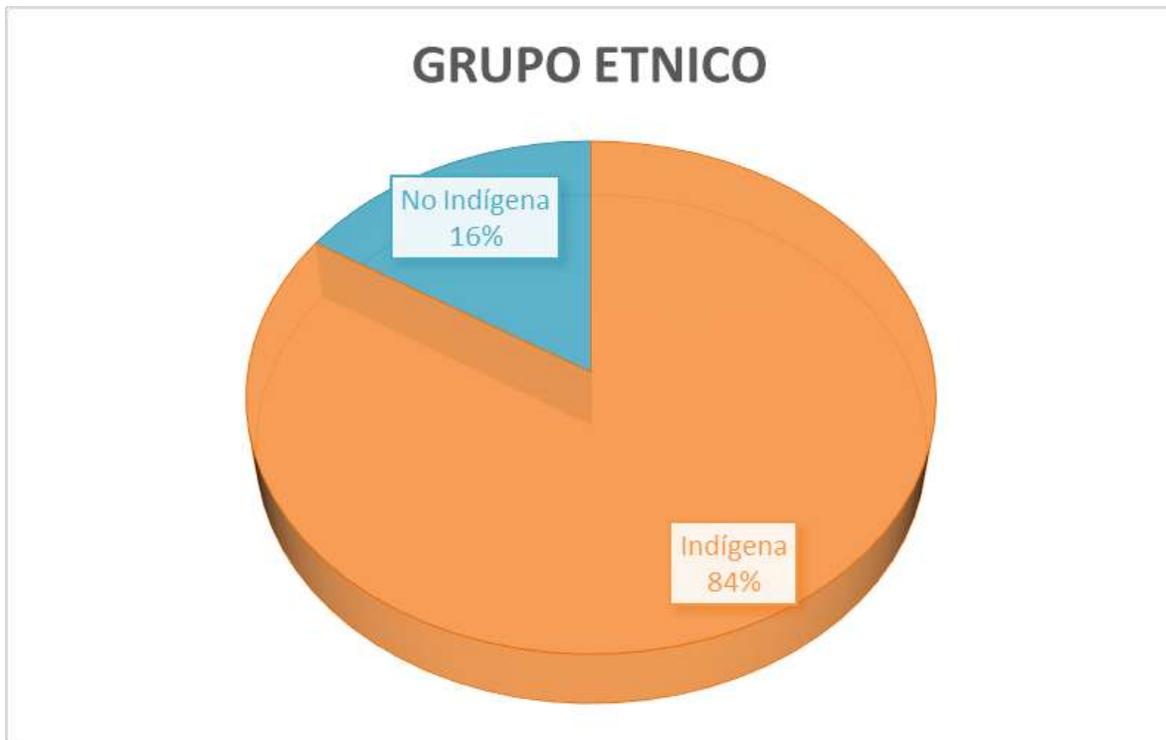
Análisis: De la muestra evaluada, 20 pacientes corresponden al sexo masculino y 5 al sexo femenino.

TABLA No. 5 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR GRUPO ÉTNICO

GRUPO ÉTNICO	N	%
Indígena	21	84
No Indígena	4	16
TOTAL	25	100

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación

GRÁFICA No.2 DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA (N25) POR GRUPO ÉTNICO



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación

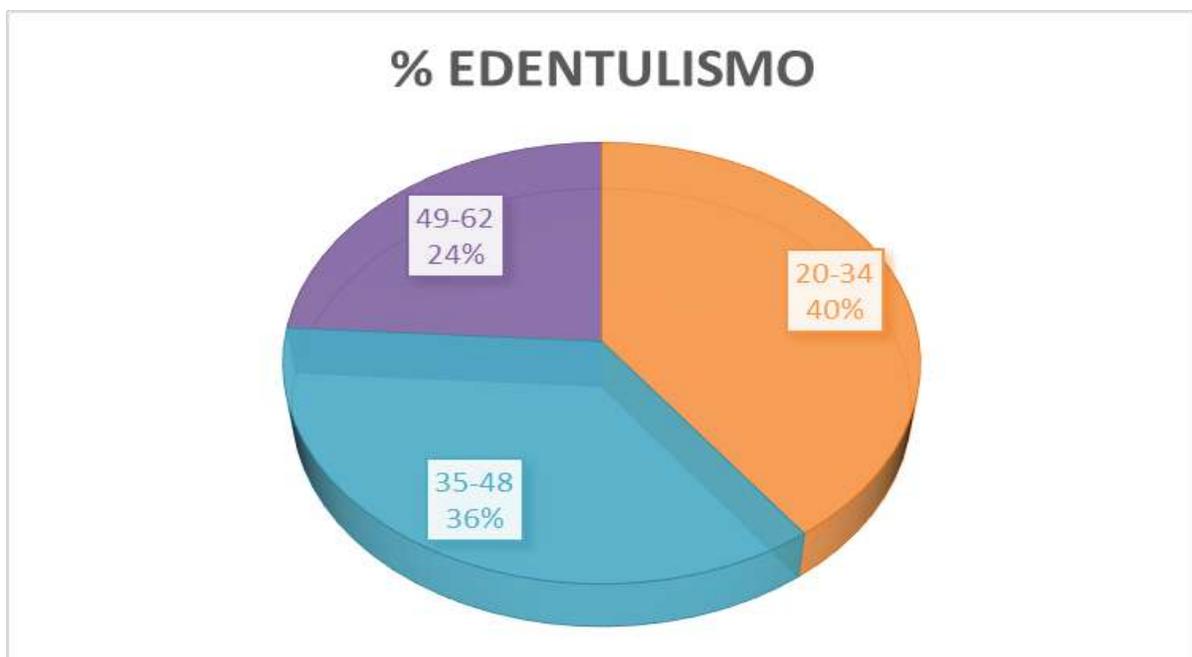
Análisis: Se puede observar la prevalencia de la etnia indígena entre la muestra evaluada en la investigación.

**TABLA No. 6 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO
DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD**

RANGO	No. DE PACIENTES CON EDENTULISMO	% DE EDENTULISMO
20-34	10	40%
35-48	9	36%
49-62	6	24%
N TOTAL	25	100%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación

**GRÁFICA No.3 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO
DISTRIBUIDOS POR RANGO DE EDAD**



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación

Análisis: Según los datos obtenidos del estudio, en la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá; la mayor necesidad de rehabilitación protésica se encuentra dentro de los pacientes de edades con rangos entre 20 y 34 años, seguidos por el grupo con rango de edades entre 35 y 48 años.

TABLA No. 7 CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE EDENTULISMO

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0B	Desdentado parcial, sin prótesis
1A	Un puente fijo anterior
3	Prótesis parcial removible
5	Prótesis total

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

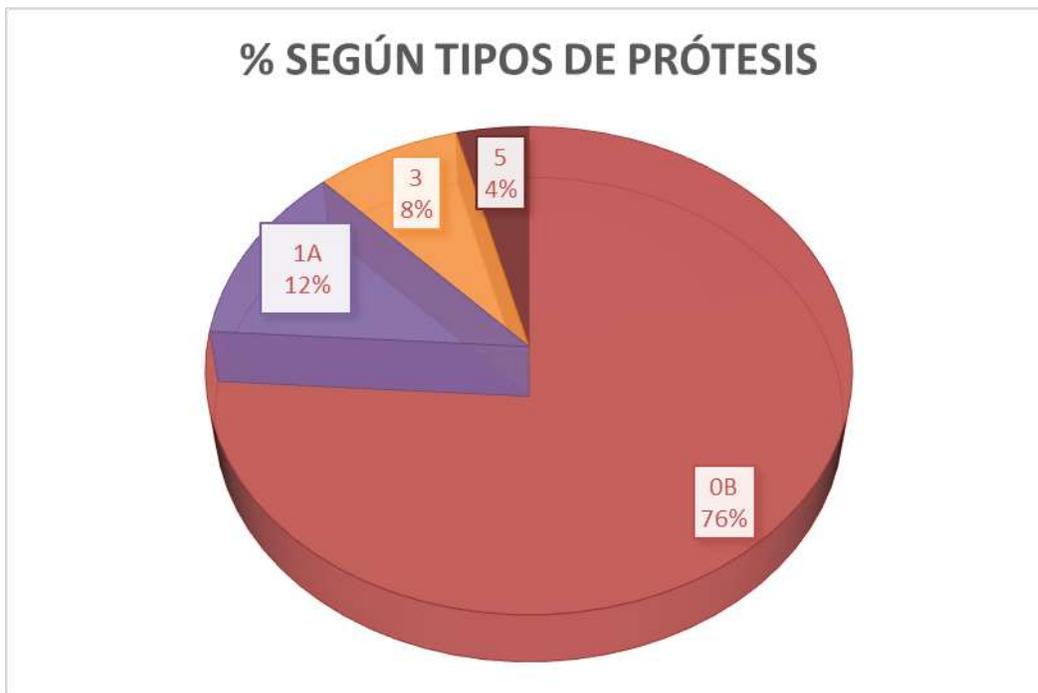
TABLA No 8. NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS

No. DE PACIENTES	TIPOS DE PRÓTESIS	% SEGÚN TIPO
19	0B	76%
3	1A	12%
2	3	8%
1	5	4%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

Análisis: Según la distribución porcentual de los pacientes evaluados en la clínica dental, el 76% no presentó ningún tipo de prótesis removible a pesar de exhibir edentulismo parcial, y solamente el 4% (1 paciente) de la muestra presentó edentulismo total.

**GRÁFICA No. 4 NÚMERO DE PACIENTES CON EDENTULISMO
DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS**



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación

Análisis: Con respecto a la condición de dentición por la cantidad y lugar de espacios edéntulos parciales, de 25 pacientes evaluados, el 84% presentaron edentulismo posterior y el 12% presentaron edentulismo anterior, y únicamente el 4% presentó edentulismo total.

TABLA No. 9 CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE NECESIDAD DEL USO DE PRÓTESIS DENTAL

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
6B	Necesita una prótesis, fija o removible, para sustituir un espacio.
7B	Necesita una prótesis, fija o removible, para sustituir más de un espacio.
8	Necesita una combinación de prótesis, fijas y removibles, para sustituir uno o más de un elemento, en 3 espacios protésicos.

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

TABLA No.10 PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS

No. DE PACIENTES	TIPOS DE PRÓTESIS	% SEGÚN TIPO
6	6B	24%
4	7B	16%
15	8	60%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

GRÁFICA No. 5 NÚMERO DE PACIENTES CON NECESIDAD DE PRÓTESIS DISTRIBUIDOS POR TIPOS DE PRÓTESIS



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

Análisis: En cuanto a la necesidad del uso actual de prótesis en la muestra de los pacientes que asistieron con el motivo de consulta de rehabilitación, se determinó que el 60% de los pacientes requieren uso de una prótesis parcial en combinación con prótesis fijas, debido a la localización de los espacios edéntulos en los maxilares. Además, el 24% de los pacientes evaluados requieren rehabilitar únicamente un espacio edéntulo.

**TABLA No. 11 NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTIERON O NO AL
SERVICIO DENTAL**

ASISTENCIA AL SERVICIO DENTAL	N	%
Sí asistió	15	60%
No asistió	10	40%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la
investigación.

**TABLA No.12 EXODONCIAS, OBTURACIONES DE RESINA, LIMPIEZAS
DENTALES Y PRÓTESIS REALIZADOS**

TRATAMIENTOS	CANTIDAD	%
Exodoncias	12	48%
Obturaciones de resina	13	52%
Limpiezas dentales	4	16%
Prótesis Dentales	0	0%

Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la
investigación.

GRÁFICA No. 6 SERVICIOS PRESTADOS REPRESENTADOS EN %



Fuente: Datos obtenidos a partir de encuesta realizada durante la investigación.

Análisis: Los datos obtenidos a través de la encuesta, referente a los servicios de salud bucal que el paciente o algún familiar hayan recibido, muestra resultados con un dato del 60% de asistencia, en donde el valor más alto (45%) representa a la rehabilitación por medio de restauraciones con obturaciones de resina compuesta o amalgama.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Guatemala es un país que no cuenta con estudios clínicos sobre Edentulismo; sin embargo, existen patrones que se repiten con frecuencia en otros países de Latino América que han logrado realizar investigaciones con respecto a este tema.

La falta de un servicio público odontológico de calidad, adherido a un bajo nivel educacional, son algunas de las causas más comunes para la pérdida de piezas dentales a temprana edad, así como condiciones de salud que comprometen integralmente al paciente. (Cuenca Sala, 1999).

La presente investigación basada en el estudio realizado en la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá; revela resultados en donde el género masculino (20 pacientes), evidenció mayor prevalencia de edentulismo parcial o total. Si bien es importante mencionar que la muestra no era significativamente grande en comparación con la asistencia diaria que presentó la clínica dental, que en su mayoría fueron mujeres o niños, y también que muchas mujeres que asistieron a la clínica dental durante el periodo del estudio, se negaron a participar en el mismo, a pesar de ser candidatas.

La necesidad de rehabilitar por medio de tratamientos protésicos a la comunidad de Santa Catarina Palopó y sus alrededores son altas, ya que el 76% de los pacientes necesitaba una prótesis removible y el 24% restante puede optar a una prótesis fija.

Si bien existe alta prevalencia en el acceso a los servicios de salud (tabla 8), este resultado no pertenece a los pacientes atendidos en la Clínica Dental, si no se debe a la asistencia de pacientes ajenos al estudio realizado. Así también, los resultados muestran que los pacientes asisten para realizarse tratamientos medianamente invasivos (45%), debido a que ya presentan lesiones de caries, y en muy bajo porcentaje (14%) a tratamientos preventivos como limpiezas y chequeos de rutina. Esto puede deberse a un bajo nivel socioeconómico, o al poco interés de las personas por la salud bucal.

CONCLUSIONES

- Muchos de los pacientes que asistieron a la clínica dental, candidatos a formar parte del estudio, en su mayoría mujeres, no quisieron participar excusándose en la falta de autorización por parte de su cónyuge.
- Puede existir mayor número de pacientes mujeres edéntulas dentro de la comunidad, pero la falta de interés hacia el sector salud y la desinformación al respecto, evita la consulta y por lo tanto el desconocimiento de estos casos.
- La población de Santa Catarina Palopó se encuentra sumergida en un sistema de desinformación con respecto a salud bucal, por lo que continuar con el programa de EPS dentro de la comunidad es una necesidad básica para avanzar en problemas propios de enfermedades bucales, como el edentulismo.

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL PARA ESCOLARES, ADOLESCENTES Y POBLACIÓN GENERAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en el servicio dental se ha convertido en un factor principal para tener en cuenta dentro de las clínicas. La calidad de atención consiste en obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica odontológica con los menores riesgos para el paciente, así como poder brindar un buen servicio a costos accesibles para la población, en donde no se dispone de un presupuesto fijo para el cuidado dental. (Cuenca Sala, 1999).

En la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó, se atendían un aproximado de 9 pacientes diarios, con distintas necesidades de tratamientos. Uno de los tratamientos más requeridos fueron las exodoncias dentales, en adultos y en niños; sin embargo, se contaba con la disposición y recursos para realizar diagnósticos integrales para brindarle a los pacientes un servicio más completo.

Los tratamientos que se realizaban en la clínica dental fueron los siguientes:

Para niños, adolescentes y adultos: extracciones dentales, restauraciones de resina, restauraciones de amalgama, restauraciones temporales con ionómero de vidrio, limpiezas dentales, profilaxis y aplicación tópica de flúor. La atención odontológica que se le brindó a la población de la comunidad de Santa Catarina Palopó y sus alrededores, incluyó actividades de educación en salud bucal, aplicaciones de barniz de flúor, al igual que tratamientos dentales gratuitos tanto en adultos como en niños que asistieron a la Clínica Dental del Puesto de Salud.

Durante los 8 meses de EPS se priorizó brindarles tratamientos odontológicos tanto a los niños de la escuela oficial rural mixta como de la comunidad en general y trabajarlos integralmente.

Durante el periodo de febrero-octubre se atendió un total de 371 pacientes, se trabajó con pacientes propios de la comunidad, así como con pacientes de aldeas y municipios aledaños; por la mañana a pacientes escolares, y por la tarde a pacientes particulares, y las emergencias se atendieron en cualquier horario.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

PRODUCCIÓN CLÍNICA

1. Nombre: Mirtha María Girón Bonilla Carné: 201021527
2. Comunidad: Santa Catarina Palopó, Sololá
3. GRUPO EPS: 1-2022
4. Total de pacientes atendidos: 371

TABLA No. 13 TOTAL DE TRATAMIENTOS Y PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ. 2022

CANTIDAD DE TRATAMIENTOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS	<i>n = 2551</i>
INGRESOS/CONSULTAS	371
RESINAS	639
SFF	1029
PROFILAXIS-ATF	106
EXODONCIAS / CIRUGÍA MENOR	333
ALIVIOS-PULPOTOMÍAS	46
ENDODONCIAS	4
PPR	6
INCRUSTACIONES	17

Fuente: Registro de datos recolectados durante el programa EPS Clínica Dental del Puesto de Salud del municipio Santa Catarina Palopó, Sololá.

Tabla No. 14 CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS DISTRIBUIDOS EN ESCOLARES, ADULTOS Y EMBARAZADAS

Registro de pacientes atendidos

Nuevos ingresos o consultas	n= 371
Escolares [n (%)]	173 (43.6%)
Adultos [n (%)]	198 (56.4%)
Embarazadas	0

Fuente: Registro de datos recolectados durante el programa EPS Clínica Dental del Puesto de Salud del municipio Santa Catarina Palopó, Sololá.

Análisis: algunos de los tratamientos que se realizaron en la clínica dental fueron exodoncias, limpiezas dentales y aplicaciones tópicas de flúor, resinas dentales, sellantes de fosas y fisuras (SFF), procedimientos de cirugía menor, alivios dentales/pulpotomías, tratamientos de canales en piezas monoradiculares, y prótesis dentales; para alcanzar un total de: **2551 tratamientos**.

ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

La administración encierra muchos aspectos, como la previsión, la planeación, la organización, la integración, la dirección y el control, que son de gran importancia. (Barrancos, 2006).

Dentro del consultorio dental es importante mantener la administración a través del equilibrio entre el buen servicio y la remuneración por dicho servicio, es importante el buen manejo de los materiales y el uso adecuado del equipo dental, así también la preparación y retroalimentación del personal auxiliar, así como la buena relación triangular entre pacientes-profesional – y auxiliares. (Barrancos, 2006).

La clínica en donde se desarrolló el programa de EPS es una institución privada, patrocinada por la Fundación María y Antonio Goubaud Carrera. La Clínica Dental forma parte del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá, y cuenta con el coordinador local el Dr. Roberto Gereda y con la directora de la Fundación MAG, PhD. Marta Elena Casaus Arzú, quienes se encargan de darle funcionamiento a la misma.

La estructura administrativa de la institución está conformada por 7 trabajadores, y temporalmente se agrega a la estructura el odontólogo practicante.

ORGANIGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DEL PUESTO DE SALUD



Fuente: elaboración propia.

El Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá, presta diferentes servicios a la comunidad, tanto para adultos como para niños, dentro de los cuales se encuentran:

- ✓ Emergencia
- ✓ Salud Bucodental para adultos y niños
- ✓ Enfermedades Crónicas
- ✓ Salud Reproductiva
- ✓ Salud Laboral
- ✓ Medicina Tradicional y Alternativa
- ✓ ITS, VIH y SIDA
- ✓ Salud Mental
- ✓ Tuberculosis
- ✓ Inmunizaciones
- ✓ Exámenes de Laboratorio
- ✓ Atención del Parto no complicado

Horario de atención: lunes a viernes 8:00 a 16:00 horas.

INFRAESTRUCTURA DE LA CLÍNICA DENTAL DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ

La clínica dental cuenta con el mobiliario básico necesario para atender a los pacientes que solicitan el servicio; sin embargo, a pesar de que es una clínica relativamente nueva, ya que lleva en funcionamiento desde el año 2020 y los años de pandemia de COVID no estuvo en funcionamiento total, el mobiliario y equipo no son nuevos, es equipo antiguo y algunos de ellos se encuentran en mal estado, aunque funcionan. La infraestructura de la clínica se encuentra en general en buen estado.

Listado de mobiliario e instrumental de la Clínica Dental de Santa Catarina Palopó, Sololá.

- Unidad dental
- Compresor
- Cámara de calor seco
- Ultrasonido
- Lámpara de foto curado
- Amalgamador
- Amueblado
- Instrumental
- Aparato de rayos X
- Filtro de agua (eco filtro)

EQUIPO CLÍNICO

- Unidad dental: el equipo es antiguo, ya no cuenta con los botones originales de los controles por lo que cuesta colocarlo o cambiarlo de posición. Así también, la lámpara presentaba problemas con frecuencia, debido a que en la comunidad existen problemas con la energía eléctrica y lastimosamente esas irregularidades provocaron que la lámpara se quemara en repetidas ocasiones. Aunque el problema es sencillo de reparar con el cambio de la bombilla, muchas veces tuvo que llegar el técnico a solventar el problema, y se tuvo que trabajar con una lámpara de cuello que dificultaba de sobre manera la atención a los pacientes.
- Compresor: durante el periodo del programa de EPS se le hizo un servicio general, debido a que tuvo un problema con la válvula de drenaje, la cual no funcionaba y no se lograba expulsar el agua; entonces por el exceso, la jeringa triple comenzó a expulsar aire y agua.
- Cámara de calor seco: es un equipo muy antiguo, no se encuentra en buen estado, está muy oxidado y no funciona correctamente.
- Amalgamador: a pesar de ser funcional, se encuentra en muy mal estado, oxidado y reparado con cinta adhesiva.

El resto del mobiliario y equipo, tales como amueblado, instrumental y aparato de rayos X se encuentran en buen estado, y funcionan correctamente.

El ultrasonido y lámpara de foto curado que se encontraban originalmente en la clínica, tuvieron que ser reemplazados debido a que por ser equipo antiguo ya no funcionaban a cabalidad; a mediados del programa se entregó a la clínica, una lámpara de foto curado y un equipo de ultrasonido nuevo.

INFRAESTRUCTURA

La infraestructura clínica se encuentra en muy buen estado. Durante el año que se inauguró la Clínica Dental, se realizaron cambios significativos, se colocaron paredes prefabricadas para poder hacer un espacio en donde se pudieran tomar las radiografías, y se agregó la instalación de un tonel de agua. La pintura de las paredes se encuentra intacta así también el cielo falso del techo.

INSTRUMENTAL/MATERIALES

En términos generales se puede decir que la Clínica Dental cuenta con el instrumental básico necesario para la atención a los pacientes; sin embargo, el equipo como piezas de mano e instrumental de operatoria se encuentran en malas condiciones, por lo cual, la odontóloga practicante hizo uso del propio.

El material utilizado era solicitado a la fundación MAG a través de un listado que se enviaba al encargado dentro de la institución y él se encargaba de las compras y envió a la clínica dental; durante el tiempo del programa, siempre enviaron el material correspondiente.

PROTOCOLO DE ASEPSIA Y ESTERILIZACIÓN

Como parte importante de una buena práctica y atención odontológica, es necesario estar al día en las investigaciones recientes sobre cómo llevar a cabo el control de infecciones y la manipulación del instrumental para brindar seguridad durante la práctica odontológica. Así también, es responsabilidad del profesional de la salud el manejo con los pacientes y personal para evitar el contagio de infecciones. Se deben encontrar las maneras más éticas y adecuadas para poder prevenir enfermedades y brindar una práctica segura.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar los procedimientos de limpieza y desinfección del instrumental odontológico que se realizan en la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer puntos críticos en los procesos de limpieza y desinfección realizados al instrumental de uso clínico por parte de la asistente dental que acompaña al programa de EPS.
- Determinar la eficacia de los procesos de limpieza y desinfección aplicados por la asistente dental.
- Identificar el conocimiento que poseen la asistente dental en el proceso de limpieza y desinfección del instrumental y equipo dental clínico.

CONTENIDO

Se puede decir que la Antisepsia es el conjunto de acciones emprendidas con el fin de prevenir infecciones e inhibir la proliferación de microorganismos con potencial patógeno. *Sepsis* consiste en la presencia de microorganismos patógenos en sangre o tejidos. *Asepsia* se refiere a la condición de ausencia de microorganismos patógenos presentándose un estado de esterilidad de la superficie, material u objeto. (Aguilar, 2007)

La evidencia científica refiere que la cavidad bucal es un medio adecuado para la proliferación de numerosos microorganismos. (Laheji, 2012). La prevención de enfermedades en la práctica odontológica es un tema de investigación en los últimos años, y las pautas para la prevención y transmisión cruzada son una práctica regular en diferentes países. (Teran, 2015). La odontología es considerada profesión de alto riesgo, por el carácter médico de los tratamientos que se realizan, demandando control al cumplimiento de la bioseguridad. La aparición de infecciones por contaminación cruzada tiene gran impacto sobre la práctica odontológica y la salud pública. (Sajjanshetty, 2014)

Los cirujanos dentistas han desarrollado un falso sentido de seguridad en cuanto a los procedimientos de esterilización. Tradicionalmente actúan en la confianza de que la exposición al calor destruirá las diversas formas de vida microbiana que contaminan el instrumental crítico y semicrítico. (Guerra, 2006).

La desinfección por inmersión en productos desinfectantes de alto nivel germicida no es aplicable al instrumental crítico y tampoco es un sustituto para la esterilización de instrumentos semicrítico que puedan ser esterilizados por calor. La desinfección de alto nivel sólo es aplicable al instrumental semicrítico que no resiste al calor. (Guerra, 2006)

Es necesario estar al día en las investigaciones recientes sobre cómo llevar a cabo el control de infecciones y la manipulación del instrumental para brindar seguridad durante la práctica odontológica; siendo responsabilidad del profesional de la salud darle una verdadera importancia ya que, solo así se podrá ofrecer tanto a los pacientes como al profesional de la salud un ambiente seguro (Acosta, 2006) (Laheji, 2012)

El sistema de clasificación propuesto por el Dr. E. H. Spaulding divide los dispositivos médicos en categorías, en función del riesgo de infección relacionado con su uso. Este sistema de clasificación está ampliamente aceptado y es utilizado por la Administración de Medicinas y Alimentos (FDA), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los epidemiólogos, microbiólogos, y organizaciones médicas para determinar el grado de desinfección o esterilización necesario para cada dispositivo médico. Existen tres categorías de dispositivos médicos y su nivel de desinfección asociado: (Guerra, 2006)

- I. **Instrumental Críticos:** Corresponden a instrumentos quirúrgicos cortopunzantes u otros que penetran en los tejidos blandos o duros de la cavidad bucal. Ejemplo: instrumental de cirugía y traumatología, de operatoria, endodoncia, periodoncia y otros. Estos deben ser esterilizados entre cada uso. (Guerra, 2006)
- II. **Instrumental Semi-crítico:** Corresponden a instrumentos que no penetran las mucosas, pero pueden estar en contacto con ellas o expuestas a la saliva, sangre u otros fluidos, como es el caso del instrumental de ortodoncia, prótesis, y otros. Estos instrumentales de preferencia deben esterilizarse entre cada uso. Deben ser sometidos al menos a un proceso de desinfección de nivel intermedio a través del uso de toallas desinfectantes, esto debe realizarse entre cada paciente. (Guerra, 2006)

- III. **Instrumentales No críticos:** Corresponden a instrumentos o dispositivos que pueden tener un contacto frecuente con los aerosoles generados durante el tratamiento dental tocados por el paciente, o por las manos contaminadas del clínico o auxiliar dental durante el tratamiento. Estos elementos requieren entre paciente y paciente un nivel de desinfección intermedio o lavado con agua y detergente dependiendo del tipo de superficie y del grado y naturaleza del contaminante. (Guerra, 2006)

Limpieza y lavado consiste en la remoción de materiales extraños o suciedad que se encuentran en la superficie del instrumental odontológico utilizando sustancias químicas, eliminando agentes biológicos superficiales. Se utilizan sustancias detergentes y medios mecánicos como el cepillado. Luego se procede al aclaramiento con agua para poder implementar sustancias desinfectantes. (Sajjanshetty, 2014)

Existen dos tipos de limpieza:

Manual: es utilizado para materiales delicados y que a altas temperaturas pueden dañarse.

Automático: es ideal para lavar materiales termo-resistentes que serán reutilizados. Es dividido en tres etapas: limpieza, desinfección y secado. (Palanca, 2011)

1. Preparación para el lavado: hacer asepsia de la materia orgánica observable o sustancia contaminante de gran tamaño. Sumergirlo en un baño de agua. Desmontar o abrir el instrumental contaminado. Eliminar materia orgánica visible con agua a presión.
2. Lavado: Este proceso puede realizarse por métodos manuales, automatizados o una composición de ambos.

3. Secado: Es una parte muy importante del proceso, ya que los restos de humedad pueden ocasionar deterioro del instrumental (corrosión, manchas, pérdida de corte. (Palanca, 2011)

Desinfección de material quirúrgico: Procedimiento al cual se somete el instrumental odontológico para destruir, eliminar microorganismos con excepción de las esporas. La efectividad de este proceso va a depender de la calidad de la limpieza previa, concentración de la sustancia de desinfección y tiempo de uso. (Sajjanshetty, 2014)

Se lleva a cabo en los objetivos y superficies previamente higienizadas.

Método de desinfección

Térmica (Pasteurización): El agua es calentada a 77° C y se conserva de esta forma por 30 minutos. Erradica los agentes patógenos con excepción de las esporas bacterianas.

Química: Radica en colocar en contacto el material o zonas con agentes químicos clasificados como desinfectantes de elevado nivel de efectividad.

Pre-esterilización: el material debe encontrarse en completa ausencia de contaminantes (limpio). Así mismo, es importante la envoltura del material a esterilizar, para proteger el material de una re-contaminación en el momento de su almacenamiento. (Hoyos, 2014)

Medios de eliminación de material contaminado: procedimientos con el fin de manipular los materiales utilizados durante la consulta, los cuales son eliminados sin riesgo. (MINSA, 2004)

El instrumental debe ser neutralizado o inactivado antes de lavarse.

Desinfectar y esterilizar el instrumental crítico (esterilizar), semicrítico (esterilizar o desinfectar) o no crítico (desinfectar) (MINSAL, Norma general técnica sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos., 2021)

Desinfección de alto nivel: Elimina todos los microorganismos tanto como virus resistentes y hongos. Se realiza por medio del uso de glutaraldehído, orthophthalaldehído, dióxido de cloro, ácido peracético, formaldehído, peróxido de hidrógeno (Molina, 2007) (Nejatidanesh, 2013)

Desinfección de nivel intermedio: Solo elimina bacterias vegetativas y algunos tipos de esporas. Hacen parte de este grupo el hipoclorito de sodio y los fenoles (Molina, 2007)

Desinfección de bajo nivel: Es efectuado por químicos que destruyen hongos, bacterias vegetativas y virus en un tiempo menor a 10 minutos. A este grupo pertenecen los amonios cuaternarios. (Nejatidanesh, 2013)

Protocolo paso a paso de la adecuada manipulación del instrumental contaminado, se debe tener en cuenta:

- Realizar limpieza del instrumental mediante el uso de jabón enzimático para remover la adhesión de material orgánico (Hoyos, 2014) (Palanca, 2011). Se requiere de cepillos especiales. Los cepillos deben ser descontaminados luego de su uso y verificar el estado de éstos. El material debe ser manipulado con guantes indicados para el proceso. (Hoyos, 2014)
- Sumergir el material teniendo en cuenta que la sustancia desinfectante cubra por completo cada implemento (Hoyos, 2014) (Palanca, 2011). Seguir las indicaciones del fabricante de las sustancias de limpieza y desinfección, teniendo en cuenta la disolución de estos y el tiempo de acción y activación de cada producto. Para una desinfección del material de alto riesgo es ideal dejar actuar el desinfectante 20 a 30 minutos. Si es para una desinfección de

bajo nivel se requiere solo de un tiempo de inmersión de 10 minutos. (Hoyos, 2014)

- El instrumental luego de desinfectarse debe ser secado, empacado para someterse al proceso de esterilización en condiciones ideales. (Palanca, 2011)

El paso inicial en el procesamiento del material contaminado es el lavado del instrumental, el cual consiste en la eliminación de residuos, desechos, sangre, microorganismos y otras sustancias que estén adheridas; sobre todo en las superficies, estrías y articulaciones. Las sustancias químicas indicadas para realizar este procedimiento son jabones multienzimáticos, facilitando la eliminación de contaminantes. (Hoyos, 2014) (Palanca, 2011)

Se supone que el instrumental llevado a esterilización después de un procedimiento de limpieza y desinfección incompleta puede presentar una baja reducción de los microorganismos, pero no la reducción total de los mismos. (MINSAL, 2021) (Nejatidanesh, 2013)

PROCESO DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE INSTRUMENTAL EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

Durante la atención a los pacientes, se utiliza una bandeja previamente lavada y desinfectada con alcohol isopropílico al 70%, que es cambiada entre paciente y paciente.

Cuando se termina de atender a un paciente, se pasa una servilleta con alcohol para limpiar las superficies de los instrumentos, piezas de mano, mangueras y de cualquier instrumental que pueda haber sido salpicado por agua, sangre, saliva y placa dental.

La lámpara de foto curado se limpia con toallitas desinfectantes luego de cada paciente.

Cuando los instrumentos ya tienen las superficies visibles sin restos de cualquier material biológico, se colocan en un recipiente metálico con jabón antibacterial y agua y se cepillan.

Luego de cepillar los instrumentos se enjuagan con agua del lavamanos y se dejan escurriendo el exceso de agua en una bandeja con mayordomo.

Cuando los instrumentos se encuentran escurridos y sin excesos de agua, se colocan en la solución de esterilización en frío.

La solución de Metricide cuenta con dos partes líquidas, un activador y la solución.

Se divide en 4 partes para que se pueda utilizar por 4 meses ya que solo tiene vida de 28 días.

- Se coloca en un recipiente hermético y donde no le de la luz solar.
- Para una desinfección de alto grado se puede sumergir durante 90 minutos.
- Para una esterilización se deben dejar sumergidos los instrumentos durante un mínimo de 10 horas.
- Luego de transcurrido el tiempo para esterilizar se almacenan en un cajón con campos.

PROCESO DE DESINFECCIÓN DEL INMUEBLE DE LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

Se barre y se trapea a fondo diariamente al iniciar y luego de terminar con cada paciente. Se utiliza un desinfectante para trapear la superficie del piso.

Se limpia con toallas de papel y alcohol isopropílico al 70% todos los muebles de la clínica y la unidad dental completa.

Se utiliza un basurero con tapadera y bolsa roja para los desechos bioinfecciosos que se generan en la clínica dental.

Se utiliza un guardián de plástico grueso para descartar cápsulas de amalgama, cartuchos de anestesia y agujas.

Los eyectores son desechables, por lo que se descartan por cada paciente atendido.

Las puntas de la jeringa triple son metálicas, por lo que son debidamente esterilizadas antes de su uso.

PROCESO PARA PERSONAL DE LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE SANTA CATARINA PALOPÓ, SOLOLÁ.

- *Asistente Dental*

Al ingresar a la clínica dental utiliza filipina.

Se recoge el pelo, luego lava sus manos con un jabón desinfectante y se presenta con manos limpias para comenzar el trabajo.

Para asistir durante la atención a los pacientes utiliza bata descartable, guantes de nitrilo o látex, mascarilla y gorro.

Para hacer la limpieza de los instrumentos utiliza guantes gruesos y mascarilla.

- *Practicante de EPS*

Se presenta a la clínica dental con uniforme y zapatos adecuados.

Se utilizan barreras de protección para atender a los pacientes, bata descartable, mascarilla (quirúrgica y kN95), gorro, careta y guantes.

Entre cada paciente atendido se lava las manos con un jabón antibacterial, y hace cambio del EPP que es descartable.

- *Pacientes*

Se le coloca una servilleta nueva desechable a cada paciente con una porta servilletas.

Si el paciente no lleva su cepillo dental o no se cepilló antes de llegar a la clínica, se le pide que haga un enjuague con clorhexidina antes de empezar los tratamientos.

CONCLUSIONES

Los procedimientos de limpieza y desinfección que se realizaron en la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó, corresponden al proceso establecido para garantizar y cuidar la salud de los pacientes.

La asistente de la clínica dental cumplió con el procedimiento de limpieza en cuanto a tiempo de inmersión, en jabón enzimático y uso del glutaraldehído como sustancia desinfectante.

Esquema descriptivo del protocolo de bioseguridad utilizado en el puesto de EPS de la comunidad de Santa Catarina Palopó, cabe mencionar que el esquema se realizó únicamente de manera gráfica, debido a que la mayoría de los pacientes solo hablaban el idioma kaqchikel, por lo que la asistente dental, se encargaba de explicarles el protocolo de la manera más práctica para ellos.

PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD COLOCADO EN LA CLÍNICA DENTAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA CATARINA PALOPÓ.



Fuente: Elaboración propia.

HORARIO DE ATENCIÓN CLÍNICA DENTAL PUESTO DE SALUD SANTA CATARINA PALOPÓ

La atención odontológica que se brindaba a la población de la comunidad de Santa Catarina Palopó y comunidades más cercanas se llevaba a cabo en su mayoría a través de citas, para respetar las medidas de bioseguridad por la pandemia de COVID-19 y que en la sala de espera no existiera aglomeración de pacientes.

Las actividades fuera de la Clínica Dental, realizadas en la escuela de la comunidad, se llevaron a cabo en los mismos horarios de atención clínica. Debido a que el horario de la Clínica Dental es el mismo con el que labora el Puesto de Salud.




HORARIO

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 - 8:15	PREPARACION INSTRUMENTAL	PREPARACION INSTRUMENTAL	PREPARACION INSTRUMENTAL	PREPARACION INSTRUMENTAL	PREPARACION INSTRUMENTAL
8:15 - 9:00	ATENCIÓN PACIENTES				
10:00 - 11:00					
11:00 - 12:00					
12:00 - 13:00	AL MU ER ZO				
13:00 - 14:00	ATENCIÓN PACIENTES				
14:00 - 15:00					
15:00 - 16:00					
16:00 - 00	SA LI DA				

MIRTHA MARIA GIRÓN BONILLA
201021527
CLINICA DENTAL PUESTO DE SALUD SANTA CATARINA PALOPÓ

Fuente: Elaboración propia

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR

La Clínica Dental de la comunidad de Santa Catarina Palopó, llevó a cabo la capacitación de tres asistentes durante el tiempo del programa, debido a labores que cada uno debía realizar fuera de la clínica, era indispensable poder contar con la colaboración de otras personas que pudieran cubrir durante los tiempos ausentes.

Por solicitud de la institución patrocinadora, se requirió el compromiso con la clínica de una asistente, por lo que se debió contratar a alguien que pudiera cubrir los horarios de lleno, y que no tuviera ninguna otra prioridad fuera de la atención de la clínica.

Debido a eso, desde el mes de julio Thania López ingresó como asistente dental definitiva. La señorita López cuenta con muchas cualidades de las cuales la más importante es que domina el idioma kaqchiquel (bilingüe), importante en una comunidad en donde el 95% de los habitantes lo define como su idioma principal. Por esta razón, a pesar de que Thania López no contaba con ninguna experiencia sobre atención clínica y menos sobre odontología, se fue preparando para poder desenvolverse en el ambiente clínico. Se le hizo entregas de documentos con información básica de odontología, así como se le solicitaba la resolución de pruebas, para evaluar su comprensión de los temas. Así también, se le entrenaba a través de la observación y la práctica clínica.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En termino de cuatro meses Thania adquirió conocimientos sobre temas odontológicos, instrumental y equipo, así como también aprendió sobre la atención clínica a través del trato personal con los pacientes y la asistencia al operador.

El aprendizaje que la asistente obtuvo en el ámbito clínico se debió a que mucho del conocimiento fue autodidacta, lo que aumenta la garantía de una buena educación.

TABLA No. 15 TEMAS IMPARTIDOS DE MANERA MENSUAL AL PERSONAL AUXILIAR.

NO.	MES	TEMA	PUNTUACIÓN
1	febrero	Funciones de la asistente	100
2	marzo	Equipo dental	90
3	abril	Fluoruros de uso tópico	95
4	mayo	Instrumental básico en operatoria	85
5	junio	Instrumental básico de cirugía	85

Fuente: Registro de datos recolectados durante el programa EPS Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.



Parte del objetivo del programa es la preparación al asistente para que posteriormente llegue a ser higienista dental. Thania observó y aprendió sobre los temas odontológicos, por lo cual, pudo realizar un detartraje de manera individual.

CONCLUSIONES

- I. Es muy importante la motivación al personal auxiliar para que continúe con su capacitación sobre los temas en odontología y para que sea más sencilla la práctica asistencial.
- II. La retroalimentación de la asistente sobre sus comportamientos dentro de la Clínica Dental es más fácil para que sepa en qué debe mejorar.
- III. Apoyar a la asistente dental para que siga creciendo en conocimiento y práctica, disminuye el riesgo de que se puedan cometer errores durante la práctica asistencial.
- IV. Incentivar a la asistente para que siempre brinde un servicio de calidad a los pacientes, puede transformarse en aumento en la promoción del servicio clínico.

SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

Para cualquier estudiante de ciencias de la salud es importante mantener el aprendizaje mediante la lectura actualizada de artículos científicos, actividad que fue brindada por el curso. Cada mes se resolvieron pequeños cuestionarios basados en los artículos científicos compartidos por el docente encargado del curso. Todo este material sumó conocimiento y aprendizaje a cada estudiante durante el programa de EPS, así también la motivación en la participación de la presentación del Caso Clínico, y el desarrollo grupal en la actividad del Seminario Regional, en donde hubo participación de distintos profesionales en varias áreas de la carrera.

TABLA No. 16 TEMAS IMPARTIDOS POR MÓDULOS DURANTE EL CURSO DE SEMINARIO REGIONAL Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

MÓDULO	SEMINARIO REGIONAL	EDUCACIÓN A DISTANCIA
Primero	Materiales de obturación utilizados en dientes deciduos.	Revascularización de dientes permanentes con ápice inmaduro y necrosis pulpar.
Segundo	Salud periodontal.	Diagnóstico y tratamiento periodontal.
Tercero	Especificidad y sensibilidad del sistema ICDAS versus el índice CPOD en la detección de caries.	El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental.
Cuarto	Valoración de los métodos de análisis de dentición mixta de Moyers y Tanaka Johnston, en la medición del diámetro.	Efectividad del análisis de Tanaka Johnston.

CASO CLÍNICO: RETAURACIÓN DE MOLAR INFERIOR PERMANENTE CON DESTRUCCIÓN PARCIAL DE CORONA CLÍNICA OCACIONADA POR FLUOROSIS DENTAL SEVERA.

Realizada en la Clínica Dental del Puesto de Salud de la comunidad de Santa Catarina Palopó, Sololá.

RESUMEN

Es necesario tener una dieta variada y equilibrada, no es bueno para los dientes ingerir alimentos demasiado blandos, ácidos, calientes, o azucarados. Los dientes necesitan trabajar para fortalecer los músculos masticatorios y hacerlos más sanos.

Para la prevención de la caries se han utilizado los fluoruros acompañados de dieta e instrucciones de higiene oral, pero cuando su ingesta supera ciertos valores se produce la Fluorosis Dental. La exposición de las personas a altas concentraciones de flúor es causa de una alteración de la coloración del esmalte y la estructura dentaria, lo que se ha denominado Fluorosis Dental. Se presenta por un defecto en la formación del esmalte debido a la ingesta excesiva de fluoruro durante el periodo de desarrollo de los dientes, produciendo la hipo-mineralización del esmalte dental por un aumento de la porosidad. (Martinez, 2011). Existen también tratamientos para mejorar la apariencia de la Fluorosis Dental, tanto invasivos como lo pueden ser blanqueamientos dentales, micro abrasiones, o tratamientos invasivos como las carillas o coronas dentales.

Palabras clave: Fluorosis Dental; incrustación dental; micro abrasión; ácido orto fosfórico; piedra pómez.

MARCO TEÓRICO

La bibliografía subraya la importancia del correcto enfoque de la salud bucal de la población, apoyándose sustancialmente en el peso mayoritario que la odontopediatría posee ante esta problemática. (Ayala, 2010). La digestión comienza en la boca y en ella se inicia la primera fase del proceso alimentario: la masticación, la insalivación y la deglución de los alimentos. Es necesario tener una dieta variada y equilibrada.

No es bueno para los dientes ingerir alimentos demasiado blandos, ácidos, calientes, o azucarados. Los dientes necesitan trabajar para fortalecer los músculos masticatorios y hacerlos más sanos. Debido a la excesiva ingestión de una dieta cariogénica una de las enfermedades que más ha afectado a nuestra población es la caries dental definida como: proceso o enfermedad dinámica crónica, que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos y por el desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de placa circundante, lo que da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros. Múltiples son los factores asociados a la presencia de la caries dental, pero es importante considerar los siguientes: higiene bucal, dieta cariogénica, susceptibilidad individual y la infección por estreptococos mutans. (Cely, 2011)

Para la prevención de la caries se han utilizado los fluoruros acompañados de consejos dietéticos e instrucciones de higiene oral, pero cuando su ingesta supera ciertos valores se produce la Fluorosis Dental (Cely, 2011) (Lopez, 2015). El flúor puede llegar a la estructura dentaria por dos vías. Sistémica: Tras su absorción en el tubo digestivo y su paso a la sangre, el flúor se incorpora a la estructura mineralizada de los dientes en formación y probablemente incrementa levemente la resistencia a la desmineralización frente a la acción de ácidos orgánicos, ya que solamente un 8-10 % de los cristales del esmalte están compuestos por fluorapatita, incluso en niños residentes en zonas con agua fluorada. (Montero, 2007)

Tópica: El flúor presente en la parte fluida de la superficie dental es el que realmente disminuye la desmineralización y aumenta la re-mineralización del esmalte, siendo clave la frecuencia de la exposición al flúor. (Pereira, 2009) (Quannyong, 2009)

Este efecto post-eruptivo tópico es el que se cree más adecuado para prevenir la caries dental.

La incorporación de flúor al esmalte se hace de manera diferente según el período de erupción en que se encuentre el diente: (Patiño, 2007) (Patiño, 2007) (Qin, 2008).

- Diente formado o erupcionado: Se incorpora principalmente desde el medio bucal a la superficie del diente reduce la solubilidad de este, dándole mayor dureza y haciéndolo más resistente a la acción de los ácidos y por tanto al inicio de la caries, sobre las bacterias el flúor actúa inhibiendo su metabolismo, su adhesión y su agresión a la placa dental.

- Diente en formación: La incorporación de flúor se hace fundamentalmente a través de la pulpa dentaria que contiene vasos sanguíneos. El flúor ingerido por vía sistémica llega a través de la sangre a la pulpa del diente en formación, donde la célula formadora del esmalte, el ameloblasto, está sintetizando una matriz proteica que posteriormente se calcifica. Si por esta vía se ingieren altas concentraciones de flúor éste interfiere en el metabolismo del ameloblasto y forma un esmalte defectuoso. (Pereira, 2009) (Quannyong, 2009) (Qin, 2008).

El exceso del flúor está dado por:

- Ingesta de la pasta dendrítica en los primeros años de vida.
- Empleo inadecuado de los suplementos de flúor.
- Reconstitución de la fórmula para lactantes con agua fluorada.
- Alimentos y bebidas elaboradas con agua fluorada. (Bonadia, 2007).

La exposición de las personas a altas concentraciones de flúor es causa de una alteración de la coloración del esmalte y la estructura dentaria, lo que se ha denominado Fluorosis Dental. La Fluorosis Dental es la hipo-mineralización del esmalte dental por un aumento de la porosidad. Se presenta de tres formas:

1. Leve: cuando hay estrías o líneas a través de la superficie del diente.

2. Moderada: cuando los dientes son altamente resistentes a la caries dental, pero tienen manchas blancas opacas.

3. Severa: el esmalte es quebradizo, tiene manchas marrones. (Abanto, 2009) (Hiroko, 2009)

Micro macro abrasión químico-mecánica: Esta técnica suele utilizar un abrasivo asociado a un ácido como agente quelante, para lograr la reducción eficaz y controlada del esmalte dental. (Abanto, 2009) (Nevarez, 2010).

Gel de ácido orto fosfórico al 37% + polvo de pómez + óxido de aluminio blanco en una mezcla espesa para evitar salpicaduras. La mezcla de los dos polvos debe ser en igual proporción. También puede utilizar solo el polvo de pómez como abrasivo.

La pasta suele ser aplicada con puntas de material acrílico, copas profilácticas o brochitas en forma de copa a baja velocidad.

Aplicar la pasta sobre la superficie de esmalte a tratar durante 1 minuto.

Utilizar una copa para profilaxis para frotar la pasta contra la superficie del esmalte durante 30 segundos; para eliminar unos 10 a 25 micrones de esmalte superficial.

Lavar y ver el resultado obtenido.

Este proceso se puede repetir varias veces en la misma cita.

Lavar con agua corriente y aplicar hipoclorito de sodio para detener el proceso del ácido, como último paso se aplica gel de flúor acidulado (fluoruro de fosfato acidulado al 1.23%) para evitar la sensibilidad post operatoria. (Abanto, 2009) (Nevarez, 2010).

PRESENTACIÓN DEL CASO

A la Clínica Dental del Puesto de Salud de Santa Catarina Palopó, Sololá, se presentó la paciente Dulce Cululén de 14 años, acompañada de su madre, quienes acuden a consulta para “extraer una muela”, debido a que refieren que se encuentra en “mal estado” y desean eliminarla antes de que presente molestias.

Al momento de la inspección clínica, se observa que la paciente presenta Fluorosis Dental Severa, debido a la apariencia de las lesiones; así mismo la destrucción de la pieza 30 (Primer molar inferior derecho). La pieza no presentó ningún síntoma al ser evaluada, por lo que se le explicó a la madre que la pieza dental podría ser restaurada con un tratamiento poco invasivo.

Se le presentó la opción de una incrustación dental para darle solución a la molar y así también el tratamiento, para mejorar el aspecto visual de las manchas en todas las piezas dentales de la paciente, dándole dos opciones: la micro abrasión dental o un blanqueamiento. La madre decidió realizar la micro abrasión por cuestiones de costos, ya que la micro abrasión se podía realizar en la clínica con materiales que se encontraban ya presentes.

Previo a los tratamientos restauradores, se realizó una profilaxis dental, utilizando un cepillo y pasta profiláctica, luego se colocaron sellantes de fosas y fisuras en todas las piezas dentales, debido a que la paciente no presentaba ninguna lesión cariosa, a excepción de la pieza 30.

Posteriormente, se realizó la micro abrasión en las piezas dentales utilizando ácido orto fosfórico al 37% y un agente abrasivo como la piedra pómez. El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera:

Aislamiento absoluto

Preparación de la pasta con ácido orto fosfórico al 37% y piedra pómez.

Con una copa para profilaxis se procedió a realizar el pulido dental.

Se lavaron las piezas dentales con la jeringa tripe y se aplicó hipoclorito para detener el proceso del ácido orto fosfórico.

Aplicación de flúor tópico.

Se observó una mejoría en la apariencia clínica de la sonrisa de la paciente.

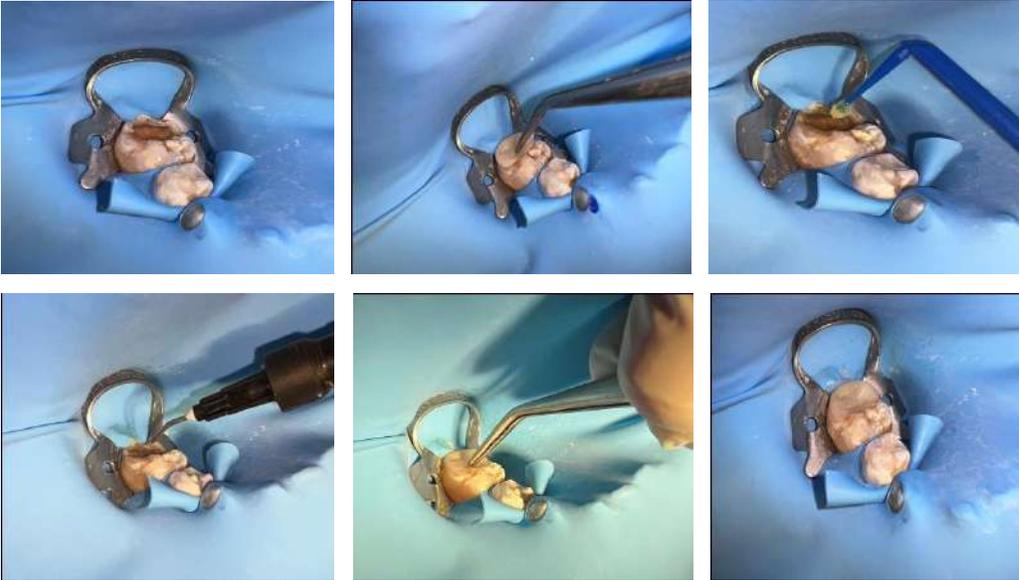


Fotografías recolectadas sobre el proceso de profilaxis dental como tratamiento para la mejorar la estética dental de la paciente que presentó diagnóstico de Fluorosis Dental.

También se realizaron cortes para la restauración en la pieza afectada (pieza 30, primer molar inferior derecho); con una incrustación de resina compuesta tipo onlay. Al momento de la cementación de la incrustación, se hizo una prueba de la restauración, para saber si adaptaba de manera adecuada, posterior a eso, se aisló la pieza dental y se preparó para la cementación definitiva.

- I. Aplicación de ácido orto fosfórico al 37%, 10 segundos luego se lava con abundante agua.
- II. Secado, hasta observar un aspecto blanco poroso.
- III. Aplicación de adhesivo, frotando por 20 segundos para evaporar los componentes, foto curar con lámpara por 20 segundos, se aplicaron dos capas de adhesivo.
- IV. Cementado con cemento resinoso, foto curar por 40 segundos.
- V. Hilo dental para eliminar excesos interproximales.
- VI. Verificar puntos de contacto prematuros con papel de articular y proceder al pulido con fresas y discos de hule.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Fotografías recolectadas del proceso de cementación de la restauración tipo incrustación en el primer molar inferior derecho, debido a una destrucción dental por diagnóstico de Fluorosis Dental.



Fotografías de la restauración tipo incrustación previo a la cementación en primer molar inferior derecho.



Fotografías de la restauración tipo incrustación posterior a la cementación en primer molar inferior derecho.



Fotografías la oclusión de la paciente posterior a la cementación de la incrustación en el primer molar inferior derecho (fotografía tomada con espejo intraoral).

DISCUSIÓN

En muchos casos con diagnóstico de Fluorosis severa, los pacientes o encargados, toman la decisión de eliminar las piezas dentales que se ven afectadas por motivo de la debilidad que estas presentan; sin embargo, existen muchos estudios clínicos que respaldan la efectividad de tratamientos restauradores para recuperar la funcionalidad y la estética ya sea de una o varias piezas (Nevarez, 2010).

Si bien es cierto, muchos de los casos de Fluorosis Dental se presentan en regiones en donde no se prioriza la inversión económica en la salud dental; es posible darles solución a los casos en donde no es necesario realizar tratamientos invasivos, los cuales en su mayoría se requiere la intervención de un laboratorio dental, este otro tipo de casos pueden resolverse de manera menos invasiva con el uso de materiales de bajo costo.

CONCLUSIONES

La Fluorosis Dental es un problema de salud bucal en niños, que se presenta por un defecto en la formación del esmalte debido a la ingesta excesiva de fluoruro durante el periodo de desarrollo de los dientes, causada por el exceso de flúor en el diente. (Martinez, 2011).

Clínicamente se pueden observar desde manchas blanquecinas que cubren una mínima superficie del diente, hasta manchas de color café oscuro y sus complicaciones, como la fractura de la estructura dentaria.

Los factores que provocan un exceso de flúor son la ingesta de pasta fluorada en los primeros años de vida, el empleo inadecuado de los suplementos de flúor, la ingestión de alimentos e ingestión de agua fluorada.

Se determinó que el diagnóstico de la paciente era Fluorosis Dental y no hipoplasia de esmalte, debido a que evolucionó de manera adecuada al tratamiento utilizado para los casos de Fluorosis Dental.

Existen distintos procedimientos restauradores para darle tratamiento al diagnóstico de Fluorosis Dental, estos van de la mano de su grado de presentación, y de la inversión que pueda realizar cada paciente, económicamente hablando. Van desde tratamientos mínimamente invasivos como micro abrasiones y/o blanqueamientos dentales, así también tratamientos invasivos y de alta estética como carillas o coronas dentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abanto , J. et al. (2009). **Dental fluorosis: exposure, prevention and management.** Med. Oral Patol. Cir. Bucal. 14(2):103-107. Consultado el 10 de agosto 2022. Disponible en:http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv14_i2_pE103.pdf
2. Acosta, B. L. (2006). **Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia.** Acta Bioética. 12(1):23-28. Consultado el 10 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art03.pdf>.
3. Aguilar, J. R. (2007). **Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización del material, equipamiento y vehículos sanitarios.** Málaga, España: Consultado el 12 junio de 2022. Disponible en: www.medynet.com/usuarios/jraguilar/esteril.pdf
4. Arteaga, O. et al. (2009). **Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile.** Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral. 2(3):161-166. Consultado el 19 de mayo 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3310/331028154006.pdf>
5. Ayala, E. C. (2010). **La importancia de la relación entre el médico pediatra y el odontopediatra.** Odont. Act. 8(88):6-10.
6. Baratieri, L. N. et al. (1993). **Operatoria dental: procedimiento preventivos y restauradores.** Sao Pablo: Quintessence. 509 p.
7. Barrancos, J. M. (2006). **Operatoria dental-integración clínica.** 4 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. 236 p.
8. Bonadia, D. et al. (2007). **Relação entre níveis de fluoreto na água de abastecimento público e fluorose dental.** Rev. Saúde Pública. 41(5):732-739. consultado 07 de agosto de 2022. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000500007&lng=es.

9. Carvalho, J. C.; Thylstrup, A. and Eskstrand, K. R. (1989). **Dental plaque and caries on occlusal surface of first permanent molar in relation to stage of eruption.** J. Dent. Res. 68(5):773-779. Consultado el 5 de mayo de 2022. Disponible en: DOI [10.1177/00220345890680050401](https://doi.org/10.1177/00220345890680050401)
10. Cely, G. and Gutiérrez, S. (2011). **Bioethics thoughts about rare and orphan diseases with several repercussions in oral system.** Rev. Latinoam. Bioet. 11(1):22-31.
11. Cuenca Sala, E. y Martínez, I. (1999). **Odontología preventiva y comunitaria.** 2 ed. Barcelona: Elsevier-Masson. 312 p.
12. Guerra, M. E. et al. (2006). **Estrategias para el control de infecciones en odontología.** Acta Odontológica Venezolana. 44(1):81-93. Consultado el 10 de agosto de 2022. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652006000100023.
13. Hiroko, L. D. and Jayanth, K. V. (2009). **The association between enamel fluorosis and dental caries in U.S. schoolchildren.** J. Am. Dent. Assoc. 140(7):855-862. Consultado el 3 de mayo de 2022. Disponible en: DOI: [10.14219/jada.archive.2009.0279](https://doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0279)
14. Hoyos, S. M. y Gutiérrez, C. L. (2014). **Esterilización, desinfección, antisépticos y desinfectantes.** Revista de Actualización Clínica Investiga. 49:2304-3768. Consultado el 2 de junio. 2022. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014001000010&lng=en&nrm=iso.
15. Laheij, A. et al. (2012). **Healthcare – Associated viral and bacterial infections in dentistry.** Journal of Oral Microbiology. Consultado el 25 de mayo de 2022. Disponible en: DOI [10.3402/jom.v4i0.17659](https://doi.org/10.3402/jom.v4i0.17659)
16. Lopez, L. N.; Zaragozi, R. E. y González, V. L. (2015). **Efectos de la ingestión prolongada de altas concentraciones de fluoruros.** Revista 16 de Abril. 54(260):83-94. Consultado el 25 de mayo de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260j.pdf>

17. Martínez, L. M. (2011). **Prevalencia de fluorosis y experiencia de caries dental en un grupo de escolares en el área urbana del municipio de Yondó (Antioquía-Colombia)**. Revista CES Odontol. 24(1):9-16. Consultado el 2 de junio 2022. Disponible en: <https://odontologos.com.co/articulo/prevalencia-defluorosis-y-experiencia-de-caries-dental-en-un-grupo-de-escolares-en-el-reaurbana-del-municipio-de-yond-antioquia-colombia-2010->



18. MINSA (Ministerio de Salud). (2004). **Manual de bioseguridad. Sistemas de gestión de la calidad del PRONAHEBAS**. Lima, Perú: Ministerio de Salud. 45 p.
19. MINSAL (Ministerio de Salud). (2010). **Diagnóstico de situación de salud bucal Chile 2010: análisis de situación salud bucal**. Chile: Departamento de Salud Bucal. pp. 3-11.
20. _____. (2021). **Norma general técnica sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos**. Santiago: El ministerio. Consultado el 17 de junio 2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Norma-General-T%C3%A9cnica-N%C2%B0-199sobre-esterilizaci%C3%B3n-y-desinfecci%C3%B3n-de-alto-nivel-y-uso-de-art%C3%ADculo-m%C3%A9dicos-est%C3%A9riles.pdf>
21. Molina, M. B. et al. (2007). **Lo que debemos saber sobre control de infección en el consultorio dental**. Odontológica de los Andes. 2(1):64-70. Consultado el 3 de mayo de 2022. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/24824/articulo10.pdf;jsessionid=10C988DE4B3E7C2C81FCC50AE3723213?sequence=1>
22. Montero, M. et al. (2007). **Experiencia de caries y fluorosis dental en escolares que consumen agua con diferentes concentraciones de fluoruro en Maiquetia, Estado Vargas, Venezuela**. Invest. Clin. 48(1):5-19. Consultado el 19 de julio. 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S053551332007000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Nejatidanesh, F. et al. (2013). **Risk of contamination of different areas of dentist's face during dental practices.** Int. J. Prev. Med. 4(5):611–615. Consultado el 2 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733195/>.
24. Nevárez, R. M. et al. (2010). **Tratamiento para manchas por fluorosis dental por medio de micro abrasión sin instrumentos rotatorios.** CES Odontología. 23(2):61-66. Consultado el 2 de junio de 2022. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1187/860>.
25. Palanca, I. et al. (2011). **Grupo de expertos. Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones.** Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Consultado el 19 de julio 2022. Disponible en: <https://www.sempspgs.es/es/-9-Higiene-y-reprocesado-de-material-clinico/111Unidad-central-de-esterilizacion-Estandares-y-recomendaciones.htm>.
26. Patiño, T. J. et al. (2007). **Fluorosis dental en niños y flúor en el agua de consumo humano.** Investigación en Salud 9(3):214-219. Consultado el 8 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290311>
27. Pereira, L. A. (2009). **Quais as implicacoes da ingestao de flúor durante a gestacao, especificamente nacidade de Sao Paulo que lá fluoreta sua água?** Rev. Cir. Dent. 54(5):408.
28. Qin, M. et al. (2008). **Risk factors for severe early childhood caries in children younger than 4 years old in Beijing, China.** Pediatr. Dent. 30(2):122-128.
29. Quannyong, X. et al. (2009). **Relationships between daily total fluoride intake and dental fluorosis and dental caries.** Rev. Journal of Nanjing Medical University. 23(1):33-39. Consultado el 10 de junio de 2022. Disponible en: DOI [10.1016/S1007-4376\(09\)60023-X](https://doi.org/10.1016/S1007-4376(09)60023-X)
30. Teran, E. A.; Vargas, P. E. y Saltos, I. J. (2015). **Evaluación del proceso de limpieza y desinfección por parte del personal de servicios generales y personal auxiliar de enfermería en el servicio de neonatología sala 208 del hospital gineco obstétrico Isidro Ayora.** Tesis (Lic. en enfermería). Ecuador: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas. pp. 12-32.

31. Sajjanshetty, S. et al. (2014). **Decontamination methods used for dental bursA comparative study.** Journal of Clinical and Diagnostic Research. 6(8):39-41. Consultado el 25 de julio. 2022. Disponible en: https://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2014&volume=8&issue=6&page=ZC39&issn=0973-709x&id=4488
32. Vitoria, M. I. (2002). **El flúor y la prevención de la caries en la infancia.** Actualización. Rev. Pediatr. Aten. Primaria.15(4):95-126. Consultado el 3 de mayo de 2022. Disponible en: <https://pap.es/files/1116-249-pdf/256.pdf>

Vo.
21/08/204

Bo.


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



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

Vo. Bo.


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

