

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS
SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO

Presentado por:

KATERYN FABIOLA MORALES CORTEZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, agosto 2025

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL CENTRO DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS
SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO

Presentado por:

KATERYN FABIOLA MORALES CORTEZ

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, agosto 2025

JUNTA DIRECTIVA DE ODONTOLOGÍA

Decano en Funciones: Dr. Víctor Ernesto Villagrán Colón
Vocal Segundo: Dra. Alma Lucrecia Chinchilla Almaraz
Vocal Tercero: Dr. Edgar Adolfo Guzmán Lemus
Vocal Quinto: Br. Oscar Alberto Orellana Aguilar
Secretario Académico: Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN:

Decano en Funciones: Dr. Víctor Ernesto Villagrán Colón
Asesor: Dr. Edgar Sánchez Rodas
Secretario Académico: Dr. Edwin Ernesto Milián Rojas

ACTO QUE DEDICO

A Dios Primeramente por darme el regalo de la vida, por siempre ser la guía en mi camino, la fortaleza y mi refugio en cada momento de mi vida. Gracias, Padre, por no soltar mi mano y por permitirme alcanzar una meta más en mi vida. Todo lo que soy y he logrado es gracias a Ti.

A mis padres Elmar Morales y Gladis Cortez. Por ser mi apoyo incondicional cada día, por su presencia constante y por nunca rendirse.

Papá, gracias por ser ese apoyo silencioso pero firme, por tu forma de decirme con pocas palabras que todo iba a estar bien. Gracias por permitirme estudiar e impulsarme a superarme cada día.

Mamá, gracias por cada madrugada en vela esperando que terminara un trabajo y por tus oraciones infinitas. Tu cuidado, tu paciencia y tu fe en mí hicieron posible todo esto. Este logro no es solo mío, es nuestro.

Cada paso que di lo di con ustedes a mi lado. Cada esfuerzo, cada lágrima y cada sonrisa, lleva un pedacito de su amor. Los amo con toda el alma. Hoy solo puedo decir: gracias a los dos. ¡Lo logramos!

A mis hermanos Elmer Morales y Abigail Morales por su cariño y apoyo. Especialmente a mi hermana, Abi: mi mejor amiga y mi cómplice. Gracias por animarme en los momentos difíciles, por tu sinceridad y por compartir no sólo tristezas y enojos, sino muchísimas más alegrías. Sos la mejor hermana que la vida me pudo regalar, y siempre estaré agradecida por tenerte a mi lado. Te amo.

A mi sobrino Mateito, por ser mi rayito de sol cada día, por alegrar mis momentos sin siquiera saberlo. Aunque aún no comprendas lo que significas para mí, me has enseñado lo que es el amor más inocente y sincero. Gracias por venir a llenar de alegría y amor a nuestra familia. Eres, sin duda, una de nuestras bendiciones más grandes. Tía Nani te ama.

A mis abuelos Felicito Morales (Q.E.P.D.) y Vitalina Álvarez. Gracias por su cariño, sus consejos y por siempre motivarme a seguir estudiando. Sus palabras de aliento han quedado grabadas en mi corazón. Si no fuera por esos mensajes llenos de sabiduría y amor, hoy no estaría aquí cumpliendo esta meta. Gracias por tanto. Florinda Cortez (Q.E.P.D.), a quien no tuve la oportunidad de conocer, agradezco que su vida hizo posible la mía. Los llevo conmigo, siempre abuelitos.

A mi familia Tíos, tías, primos y primas por todo su apoyo y cariño. Tía Eva y tía Rosa, gracias por ser como una segunda madre para mí. Su amor, preocupación y cercanía han sido un pilar invaluable en mi vida. Las quiero profundamente.
Familia a cada uno de ustedes, gracias por estar presentes y por compartir este proceso, los quiero con todo mi corazón.

A mis amigos Gracias por los momentos buenos y por los no tan buenos, por las historias compartidas, los chistes internos, las desveladas y por ser parte esencial de este logro. No habría sido posible sin ustedes. Cada etapa tuvo su gente, y me siento afortunada de haberlos tenido a ustedes en cada una de ellas. Ustedes no fueron solo compañeros de clases, fueron apoyo, fueron risas, fueron consuelo, fueron hogar. Gracias, amigos, por tanto y por todo. Los quiero demasiado. Que alegría decir: ¡Lo logramos!

A mis docentes Gracias por compartir sus conocimientos, y por brindarme no sólo formación, sino también amistad y afecto sincero.

A La Facultad De Odontología y la Universidad De San Carlos De Guatemala. Por abrirme las puertas al conocimiento, por permitirme aprender, crecer y formarme no solo como profesional, sino también como persona. Gracias por ser el lugar donde descubrí mi vocación, desarrollé habilidades, forjé amistades y viví momentos que marcarán mi vida para siempre.

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 de Odontología del Puesto de Salud Santo Tomás Milpas Altas, Sacatepéquez, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala”, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

NDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO	2
III. OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
IV. ACCIONES REALIZADAS	5
1. ACTIVIDADES COMUNITARIAS	5
❖ Proyecto Comunitario	5
Título	5
Introducción	5
Objetivos	6
Justificación	7
Metodología	8
Cronograma	10
Recursos	10
→ Presupuesto Estimado	10
→ Forma y Fuentes de Financiamiento del Proyecto	10
→ Costos	11
Limitaciones	11
Resultados	11
Análisis y Evaluación del Proyecto de Actividad Comunitaria	12
Análisis	12
Evaluación	13
Anexos	14
❖ Proyecto Mejoras a la Clínica	19
Título	19
Introducción	19
Objetivos	20
Justificación	21
Metodología	22
Fases del Proyecto	22
Limitaciones	23
Resultados	23
Anexos	24
2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	26
Descripción	26
Metas	26
❖ Sellantes de Fosas y Fisuras	27

Metodología Utilizada	27
Metas Establecidas	27
Resultados Obtenidos	28
Análisis	28
Fotografías	30
❖ Educación para la Salud Bucal	31
Metodología Utilizada	31
Metas Establecidas	31
Resultados Obtenidos	32
Temas Desarrollados	32
Material Elaborado	32
Análisis	33
Fotografías	34
❖ Aplicación Tópica de Flúor	35
Metodología Utilizada	35
Metas Establecidas	35
Resultados Obtenidos	35
Análisis	36
Fotografías	36
3. INVESTIGACIÓN ÚNICA DEL PROGRAMA EPS	37
PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y SU RELACIÓN CON VARIABLES NUTRICIONALES TALLA / EDAD, EN ESCOLARES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA ESCUELA MARIO MÉNDEZ MONTENEGRO DEL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO, AGOSTO 2024 - JUNIO 2025	37
Introducción	37
Justificación	38
Objetivos	38
Diseño del Estudio y Tamaño de la Muestra	38
MARCO TEÓRICO	39
Caries Dental	39
Desnutrición y Caries Dental	40
Talla	42
Presentación de Resultados	44
Discusión de Resultados	47
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
FOTOGRAFÍAS	51
4. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL	52
Descripción de la Producción Clínica	52
Resumen de Tratamientos	53

Resultados y Análisis	54
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
5. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO	60
❖ Descripción del Centro	60
CENTRO DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS SANTA MARÍA DE GUADALUPE	60
Organigrama	61
Infraestructura de la Clínica	61
Mobiliario y Equipo Odontológico	62
Protocolo de Asepsia y Esterilización	63
1. Limpieza del entorno clínico	63
2. Preparación del profesional	63
3. Manejo del instrumental	64
4. Manejo de desechos	64
Abastecimiento de Materiales Dentales	64
Horario de Atención	65
❖ Capacitación de Personal Auxiliar	65
Descripción	65
Metodología y Forma de Evaluación	66
Temas Impartidos	67
Análisis de resultados en relación a los conocimientos y habilidades alcanzadas	67
Fotografías	68
6. SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA	69
Descripción del proceso de Educación a Distancia	69
Cuadro Resumen	70
Caso Clínico	71
Resumen	71
Palabras clave	71
Introducción	71
Presentación del caso	71
Tratamiento	72
Seguimiento	73
Discusión	73
Conclusiones	73
Comentario	74
V. CONCLUSIONES	75
VI. RECOMENDACIONES	76
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
VIII. ANEXOS	79

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe final documenta el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) llevado a cabo en el Centro de Programas Alternativos Santa María de Guadalupe, ubicado en Santa Apolonia, Chimaltenango, durante los periodos de agosto a octubre de 2024 y de febrero a junio de 2025. Esta experiencia académica tuvo como finalidad principal promover la salud bucodental en comunidades guatemaltecas de difícil acceso, al tiempo que fortalecía las competencias clínicas, humanitarias y sociales del estudiante de la carrera de Odontología.

Durante el EPS se implementaron estrategias integrales en salud bucal, educación, prevención y atención clínica en la población escolar y general de la comunidad asignada. Las actividades realizadas incluyeron la ejecución de un proyecto comunitario enfocado en la mejora del espacio físico de la escuela local, específicamente la cocina. En cuanto a la clínica se realizaron aplicaciones de barniz fluorado, barrido de sellantes, charlas educativas y una investigación de campo sobre la prevalencia de caries dental en escolares según talla y edad.

Este informe reúne los principales hallazgos, logros y desafíos enfrentados durante la experiencia, y permite evidenciar la importancia de un abordaje integral que articule la atención odontológica con los determinantes sociales y nutricionales de la salud. Asimismo, pone en relieve la necesidad de fortalecer las políticas de prevención bucodental en poblaciones vulnerables del país.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

El sexto año de la carrera de Cirujano Dentista consta de una parte importante, que es el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), diseñado por la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el fin de adquirir la capacidad necesaria para ejercer su profesión en el contexto social guatemalteco, considerando los condicionantes y determinantes de la salud bucal, desde el punto de vista científico, técnico, ético y cultural.

El EPS se lleva a cabo en comunidades rurales del país, y tiene como objetivo prevenir enfermedades y promover la salud bucodental. Se compone por varios programas: Actividad Clínica Integral, en donde se da atención clínica a la población de la comunidad con tratamientos preventivos, restaurativos y quirúrgicos; Prevención de Enfermedades Bucales, que consiste en educar a la población a través de charlas, aplicación tópica de barniz fluorado, y el subprograma de barrido de sellantes; Educación a Distancia, a través de foros que permiten la participación activa del estudiante con un tema distinto cada mes y el análisis de artículos científicos. Además, la Administración del Consultorio, en el que el estudiante es responsable de una clínica; y, Proyectos Comunitarios, donde se busca intervenir en la comunidad con el fin de aportar a mejor la calidad de vida de la población.

El EPS se desarrolla en comunidades rurales del país, con un enfoque prioritario en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades bucodentales. Para ello, el programa se estructura en varios componentes:

- **Actividad Clínica Integral:** Brinda atención directa a la población mediante tratamientos preventivos, restaurativos y quirúrgicos, enfocados en las necesidades específicas de cada comunidad y de cada paciente.
- **Prevención de Enfermedades Bucales:** Consiste en la educación comunitaria a través de charlas informativas, aplicación tópica de barniz fluorado y la implementación del subprograma de barrido de sellantes.
- **Educación a Distancia:** Desarrollada por medio de foros mensuales donde el estudiante participa activamente en el análisis y discusión de temas académicos y artículos científicos de relevancia.

- **Administración del Consultorio:** El estudiante asume la responsabilidad de la gestión y funcionamiento de la clínica asignada, fortaleciendo sus habilidades administrativas y de organización.
- **Proyectos Comunitarios:** Se orientan a la intervención social con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, mediante propuestas integrales adaptadas a las condiciones locales.

Este programa no solo permite al estudiante aplicar los conocimientos adquiridos durante su formación, sino que también fortalece su compromiso social, sensibilidad humana y responsabilidad ética como futuro profesional de la salud bucodental.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Llevar a cabo el programa de Ejercicio Profesional Supervisado para promover la salud bucodental en comunidades guatemaltecas, al mismo tiempo fortalecer la formación clínica del estudiante, e integrar un enfoque humanitario y social orientado al bienestar de la población asignada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Brindar atención clínica integral en Santa Apolonia, mediante tratamientos preventivos, restaurativos y quirúrgicos, para mejorar su salud bucodental.
2. Desarrollar y ejecutar actividades de promoción y educación para la salud oral en Escuela Mario Méndez Montenegro y Centro de Programas Alternativos, adaptadas a las necesidades y contexto social de las comunidades atendidas.
3. Gestionar eficientemente los recursos y la administración de la Clínica Dental de Santa Apolonia para garantizar una atención continua y de calidad.
4. Diseñar e implementar proyectos comunitarios orientados a mejorar la calidad de vida y la salud bucodental de la población beneficiaria.

IV. ACCIONES REALIZADAS

1. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

❖ Proyecto Comunitario

Título

Santa Apolonia, Chimaltenango

**Remozamiento y Ampliación de Cocina Escolar en la Escuela Mario Méndez
Montenegro 2025**

Introducción

El trabajo comunitario representa una herramienta clave para promover el desarrollo integral en comunidades con necesidades priorizadas, especialmente en áreas rurales donde existen limitaciones en infraestructura, servicios básicos y condiciones de vida. A través de acciones concretas que buscan mejorar el entorno físico y social, se fortalece no solo el bienestar de la población, sino también su participación activa y sentido de pertenencia.

En el marco del Ejercicio Profesional Supervisado, se realizó una intervención comunitaria en la Escuela Mario Méndez Montenegro, ubicada en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, con el objetivo de contribuir a la mejora de las condiciones del área de la cocina escolar. Este proyecto se desarrolló de forma articulada con la Municipalidad de Santa Apolonia, lo cual permitió coordinar esfuerzos institucionales y comunitarios para el beneficio directo de los estudiantes de la institución.

Como parte del aporte individual al proyecto, se efectuó la donación de pintura destinada al remozamiento del espacio físico de la cocina; y se mejoró así la higiene, el ambiente y la funcionalidad del lugar donde se preparan diariamente los alimentos para los niños y niñas de la escuela. Este proceso permitió aplicar conocimientos técnicos en un contexto real, al tiempo que se fortalecieron habilidades en diagnóstico participativo, planificación comunitaria, gestión de recursos y trabajo en equipo.

Objetivos

Objetivo General

Contribuir a la planificación y ejecución de programas, proyectos y actividades orientadas al mejoramiento del nivel de vida de los habitantes de la comunidad, actuando con responsabilidad y respeto hacia sus aspectos culturales, políticos, económicos, religiosos y sociales.

Objetivos Específicos

1. Identificar las principales necesidades sociales y de salud de la comunidad a través de diagnósticos participativos y recolección de información local.
2. Colaborar en la formulación y desarrollo de proyectos comunitarios que promuevan la salud, el bienestar y el desarrollo integral de la población.
3. Apoyar la ejecución de actividades educativas, preventivas o de intervención directa, adaptadas a las condiciones culturales, sociales y económicas de la comunidad.

Justificación

El desarrollo comunitario es un proceso clave para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, especialmente aquellas que enfrentan limitaciones en el acceso a servicios básicos como salud, educación y bienestar social. A través de la planificación y ejecución de programas, proyectos y actividades adaptadas a las realidades locales, es posible generar cambios positivos y sostenibles que respondan a las necesidades reales de la comunidad.

Además, esta experiencia permite a los estudiantes aplicar sus conocimientos en escenarios reales, desarrollar habilidades sociales, comunicativas y organizativas, y sensibilizarse ante la realidad de las comunidades. Así, se contribuye no solo al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, sino también a la formación integral de profesionales comprometidos con el desarrollo social.

Metodología

Tipo de proyecto y enfoque

Proyecto comunitario de mejora infraestructural con un enfoque participativo, cuyo objetivo principal fue mejorar las condiciones físicas de la cocina de la escuela local para favorecer un ambiente más limpio, seguro y agradable para los usuarios.

Población y lugar de intervención

El proyecto se llevó a cabo en la cocina de la Escuela Mario Méndez Montenegro; para beneficiar directamente a los estudiantes, personal docente y administrativo, así como a las familias que utilizan este espacio para la alimentación escolar.

Fases del proyecto

1. Diagnóstico:

Se realizó una evaluación inicial de las necesidades del establecimiento educativo; y se identificaron áreas con deterioro en las paredes y la necesidad de pintura para mejorar la higiene y el aspecto general.

2. Planificación:

Se diseñó un plan de trabajo que incluyó la compra y selección de materiales (tipo y cantidad de pintura, brochas, rodillos, recipientes para pintura), así como la organización del equipo de trabajo y la programación de las fechas para aplicar la pintura.

3. Ejecución:

Para dar inicio a esta fase, fue necesario esperar la finalización de los trabajos de ampliación de la cocina, realizados por la Municipalidad local. Una vez concluidos dichos trabajos, se procedió con el inicio de la aplicación de la pintura, lo cual permitió intervenir sobre una infraestructura adecuada y recién mejorada, optimizando el resultado del remozamiento y asegurando un entorno más limpio, funcional y digno para el uso diario de la comunidad escolar.

4. Inauguración:

Fue realizada por el personal docente de la Escuela Mario Méndez Montenegro, quienes organizaron un almuerzo como muestra de agradecimiento. Al evento fueron invitadas las autoridades comunitarias y todas las personas que participaron e hicieron posible la ejecución del proyecto.

Instrumentos y recursos

Para la realización del proyecto se utilizaron materiales como pintura, brochas, rodillos, cinta adhesiva, papel para cubrir piso y superficies. Además, se contó con la participación activa de padres de familia y personal escolar.

Recolección y análisis de datos

Se documentó el proceso mediante fotografías antes, durante y después del trabajo.

Criterios de evaluación

El éxito del proyecto se evaluó con base en la calidad estética y funcional de la pintura aplicada, la satisfacción de la comunidad escolar y el impacto positivo en la percepción del espacio como un lugar limpio y seguro para la preparación de alimentos.

Cronograma

Tabla 1

MES	ACTIVIDAD
Agosto 2024	Reconocimiento de las necesidades de la comunidad.
Septiembre 2024	Planteamiento del Proyecto por escrito, hacia el director de la Escuela Mario Méndez Montenegro.
Octubre 2024	Aprobación del proyecto por parte del director de la escuela.
Febrero 2025	- Cotización de materiales e insumos necesarios para la ejecución del proyecto. - Gestión de solicitud formal ante el Alcalde del municipio para el apoyo institucional correspondiente.
Marzo 2025	- Se evaluó el metraje cuadrado de las superficies, para estimar la cantidad de pintura. - Compra de pintura financiada con fondos proporcionados por la epesista.
Abril 2025	Aplicación de pintura en la cocina escolar.
Mayo 2025	Inauguración del Proyecto.
Junio 2025	Cocina en uso y elaboración de informe final.

Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales.

Recursos

→ Presupuesto Estimado

El presupuesto estimado para la ejecución del proyecto de remozamiento y aplicación de pintura en la cocina escolar de la Escuela Mario Méndez Montenegro fue de Q1,300.00. Este monto incluye la adquisición de pintura y materiales complementarios (brochas, rodillos, contenedores para pintura, etc.).

→ Forma y Fuentes de Financiamiento del Proyecto

El financiamiento del proyecto se realizó mediante la aportación personal del estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), quien asumió el costo total de la pintura y materiales necesarios para la intervención.

Asimismo, se contó con el apoyo logístico y estructural de la Municipalidad de Santa Apolonia, que concluyó previamente la ampliación del área de cocina, y permitió con ello el inicio de los trabajos de remozamiento.

→ Costos

Tabla 2

CONCEPTO	DETALLE	MONTO (Q)
Pintura acrílica lavable	4 cubetas	Q1,159.96
Brochas, rodillos y bandejas	Juego de herramientas básicas	Q0.04
Cinta adhesiva, lápiz	Material de preparación	Q32.00
Total estimado		Q1,192.00

Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales.

Limitaciones

Recursos financieros limitados

El presupuesto disponible para el proyecto no fue suficiente para realizar algunas mejoras adicionales en la infraestructura de la cocina, ya que no se obtuvo ayuda en la compra de la pintura, pero sí respuesta en colocación de piso nuevo por parte del alcalde de la comunidad y donación de utensilios para cocina por parte de maestros del establecimiento.

Resultados

1. Mejora visual y funcional del espacio:

Se completó con éxito la pintura de la cocina de la escuela, se cubrieron completamente paredes interiores con una pintura adecuada para espacios de preparación de alimentos. Esto mejoró notablemente el aspecto del área y creó un ambiente más limpio y agradable.

2. **Área intervenida:**

Se pintaron un total de aproximadamente 90 metros cuadrados de superficie, incluyendo paredes principales y áreas adyacentes con desgaste visible. También se realizó la limpieza y preparación previa del área antes de la aplicación de la pintura.

3. **Participación comunitaria:**

El proyecto contó con la colaboración de los docentes y padres de familia.

4. **Uso de recursos:**

Se utilizaron 3 cubetas de pintura de agua, brochas, rodillos, recipientes para pintura; gestionados por medio de fondos propios de la epesista.

5. **Impacto inmediato:**

Tras la finalización del proyecto, se observó una respuesta positiva por parte del personal escolar, estudiantes y padres de familia, quienes manifestaron satisfacción por las mejoras logradas en un área tan importante como la cocina, fundamental para el programa de alimentación escolar.

6. **Documentación:**

Se tomaron registros fotográficos del “antes y después” para evidenciar el impacto visual de la intervención.

Análisis y Evaluación del Proyecto de Actividad Comunitaria

Análisis

El proyecto de remozamiento de la cocina escolar en la Escuela Mario Méndez Montenegro, ubicado en Santa Apolonia, Chimaltenango, fue una intervención pertinente y necesaria, centrada en mejorar un espacio clave para la preparación de alimentos para los escolares. A través de un proceso bien planificado que incluyó diagnóstico participativo, gestión de recursos, coordinación con autoridades locales y ejecución técnica; se logró transformar el entorno físico de la cocina, y se favorecieron condiciones más higiénicas y funcionales.

La articulación entre el estudiante en Ejercicio Profesional Supervisado, la Municipalidad y la comunidad educativa evidenció un trabajo colaborativo efectivo. Además, el uso de recursos propios para la compra de pintura y materiales reflejó un alto grado de compromiso personal, y permitió cumplir con los objetivos propuestos a pesar de las limitaciones presupuestarias.

Evaluación

El proyecto tuvo un impacto positivo inmediato, reflejado en la mejora visual y funcional del área intervenida y en la satisfacción expresada por docentes, estudiantes y padres de familia. La participación activa de los actores comunitarios en la ejecución y la inauguración fortaleció el sentido de pertenencia y apropiación del espacio. Aunque el financiamiento fue limitado, se compensó con apoyo institucional y donaciones complementarias, lo que potenció los resultados. La experiencia también fue formativa a nivel profesional, al permitir el desarrollo de habilidades en gestión, liderazgo y trabajo comunitario. En conjunto, el proyecto logró cumplir sus objetivos con eficacia, y generó beneficios sostenibles para la comunidad escolar.

Anexos



Foto 1. Estado inicial de ampliación de cocina.



Foto 2. Proceso de ampliación de cocina.



Foto 3. Estado inicial del horno de la cocina.



Foto 4. Colocación de piso de la ampliación de cocina.



Foto 5 y 6. Entrega de donación de pintura, brochas, rodillos y recipiente de pintura.

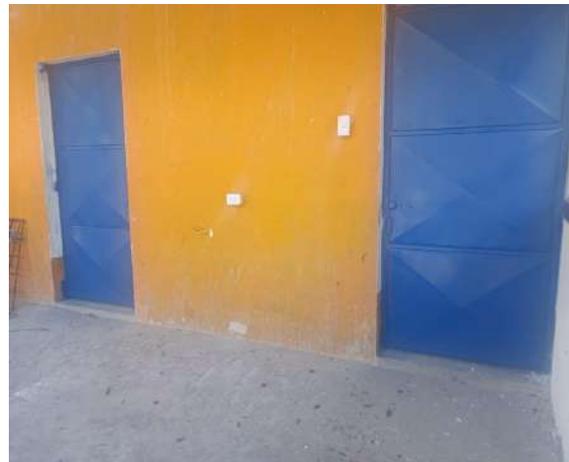


Foto 7 y 8. Obra terminada y colocación de puertas.



Foto 9. Pintando el exterior de la cocina con profesores y padres de familia.



Foto 10. Aplicación de pintura en la cocina con profesores.



Foto 11 y 12. Inauguración de remozamiento y ampliación de la cocina.



Foto 13. Palabras del Alcalde Municipal.



Foto 14. Proyecto inaugurado por alcalde y palabras por parte de estudiante de EPS.



Foto 15. Donación de utensilios de cocina y almuerzo de inauguración.



Foto 16. Reconocimiento por parte del claustro docente en agradecimiento al apoyo recibido.

Título

Pintura Exterior de la Clínica Dental Centro de Programas Alternativos, Santa María de Guadalupe 2025

Introducción

La optimización de las condiciones de trabajo es fundamental para mejorar tanto la calidad de la atención brindada como el bienestar del personal en cualquier entorno laboral. En el contexto de una clínica dental, la eficiencia operativa, la ergonomía y la bioseguridad son aspectos esenciales que deben ser cuidadosamente gestionados para garantizar no solo la satisfacción de los pacientes, sino también la salud y seguridad del equipo profesional.

Este proyecto tiene como objetivo principal la optimización de las condiciones de trabajo en la clínica dental, a través de la implementación de mejoras tanto en su infraestructura como en la organización de los recursos y procesos. Al mejorar estos aspectos, se busca crear un ambiente laboral más seguro, cómodo y eficiente, lo cual redundará en una atención de mayor calidad para los pacientes y en un entorno de trabajo más saludable para el personal.

En este proceso, se consideran factores como la actualización de equipos, la reorganización de los espacios, la mejora en los protocolos de higiene y bioseguridad. De esta manera, el proyecto pretende no solo mejorar las condiciones físicas de la clínica, sino también fortalecer la eficiencia de los procesos internos, así como promover la satisfacción y motivación de los profesionales de la salud dental.

Objetivos

Objetivo General

- Optimizar las condiciones de trabajo al implementar mejoras a la clínica dental.

Objetivos Específicos

- Evaluar las condiciones actuales de la clínica dental, identificar debilidades en infraestructura, flujo de trabajo, bioseguridad y disponibilidad de insumos.
- Diseñar e implementar mejoras funcionales en los espacios de trabajo clínico, priorizar la ergonomía, bioseguridad y organización del instrumental.
- Elaborar y colocar material informativo sobre normas de bioseguridad para reforzar la educación del personal y los pacientes.

Justificación

La calidad de los servicios odontológicos no solo depende del conocimiento técnico del profesional, sino también de las condiciones físicas, organizativas y funcionales del entorno en el que se brinda la atención. Una clínica dental que carece de una adecuada organización, limpieza, bio-seguridad o distribución del espacio puede afectar negativamente tanto el desempeño del personal como la experiencia del paciente.

En este sentido, la optimización de las condiciones de trabajo dentro de la clínica dental es una necesidad prioritaria. Mejorar la infraestructura, reorganizar los recursos, implementar normas de bioseguridad contribuye directamente a crear un ambiente laboral más eficiente, seguro y cómodo. Estas mejoras no solo benefician al personal de salud, reducen riesgos y facilitan el trabajo diario, sino que también impactan positivamente en la atención brindada a los usuarios, y elevan los estándares de calidad del servicio.

Además, el fortalecimiento de las condiciones de trabajo permite establecer un entorno más profesional y organizado, lo cual promueve una cultura de responsabilidad, orden y compromiso.

Por lo tanto, este proyecto se justifica en la necesidad de transformar la clínica dental en un espacio funcional y bien gestionado, que respalde tanto el bienestar del personal como la calidad de atención que reciben los pacientes.

Metodología

Este proyecto se desarrolló bajo un enfoque participativo y práctico, orientado a la mejora continua del entorno de trabajo en la clínica dental. La metodología utilizada se basó en una serie de etapas que permitieron identificar necesidades, planificar intervenciones específicas y ejecutar acciones concretas enfocadas en mejorar la infraestructura, organización y recursos de la clínica.

Fases del Proyecto

1. Diagnóstico situacional:

Se realizó una evaluación inicial del estado de la clínica dental, mediante observación directa y entrevistas informales con el personal. Esta fase permitió identificar las principales deficiencias en cuanto a organización del espacio, condiciones de limpieza, señalización de normas de bioseguridad y manejo de materiales.

2. Planificación de mejoras:

Con base en el diagnóstico, se realizaron intervenciones enfocadas en acciones específicas y realistas, de acuerdo con los recursos disponibles. Se priorizaron actividades como reorganización del mobiliario, señalización de normas de bioseguridad, limpieza profunda, colocación de afiches informativos y propuestas de implementación de un sistema digital para el control de pacientes.

3. Ejecución de acciones:

Se realizó la limpieza y reorganización del área clínica, se elaboró y colocó material visual para reforzar prácticas de bioseguridad.

4. Recursos utilizados:

El proyecto se apoyó en recursos materiales básicos como afiches, impresiones, material de limpieza, equipo de protección personal, y el uso de herramientas tecnológicas simples (como hojas de cálculo digitales) para proponer un sistema básico de control de pacientes.

Limitaciones

Espacio reducido dentro de la clínica dental:

El tamaño físico del área clínica dificultó la reorganización del mobiliario y la distribución óptima del equipo.

Tiempo restringido para la ejecución de actividades:

La disponibilidad de tiempo, tanto del personal como del estudiante en práctica, fue limitada debido a otras responsabilidades clínicas y académicas, lo que condicionó la velocidad y alcance de las mejoras.

Resultados

Mejora en la organización del espacio clínico:

Se realizó una reorganización del mobiliario y equipo, permitiendo un entorno más ordenado y funcional. Esto facilitó el acceso a los instrumentos y mejoró el flujo de atención clínica.

Reforzamiento de prácticas de bioseguridad:

Se colocaron afiches informativos en lugares estratégicos de la clínica, para recordar al personal y a los pacientes la importancia del lavado de manos, el uso de mascarilla y otras normas de higiene, lo cual generó mayor conciencia y cumplimiento de los protocolos.

Limpieza y adecuación del área clínica:

Se ejecutó una jornada de limpieza profunda, para mejorar la apariencia general de la clínica y reducir posibles focos de contaminación. Esta acción fue bien recibida por el personal ya que la clínica después de años fuera de servicio se encontraba empolvada y desordenada.

Propuesta de sistema digital de control de pacientes:

Se desarrolló una propuesta básica para llevar el registro de datos clínicos de manera digital, de los pacientes del programa de nutrición del centro, lo cual busca facilitar el seguimiento de tratamientos.

Impacto positivo en el ambiente de trabajo:

Como resultado general, se observó una mejora en el ambiente físico y organizativo de la clínica, lo cual contribuyó a un entorno más seguro, limpio y eficiente tanto para el personal como para los pacientes.

Anexos

ANTES



DESPUÉS



Foto 15. Fachada externa antes y después de pintarla.

ANTES



Foto 16. Fachada interna antes de decorarla

DESPUÉS



Foto 17. Fachada después de decorarla.



Foto 18. Área de esterilización ordenada.

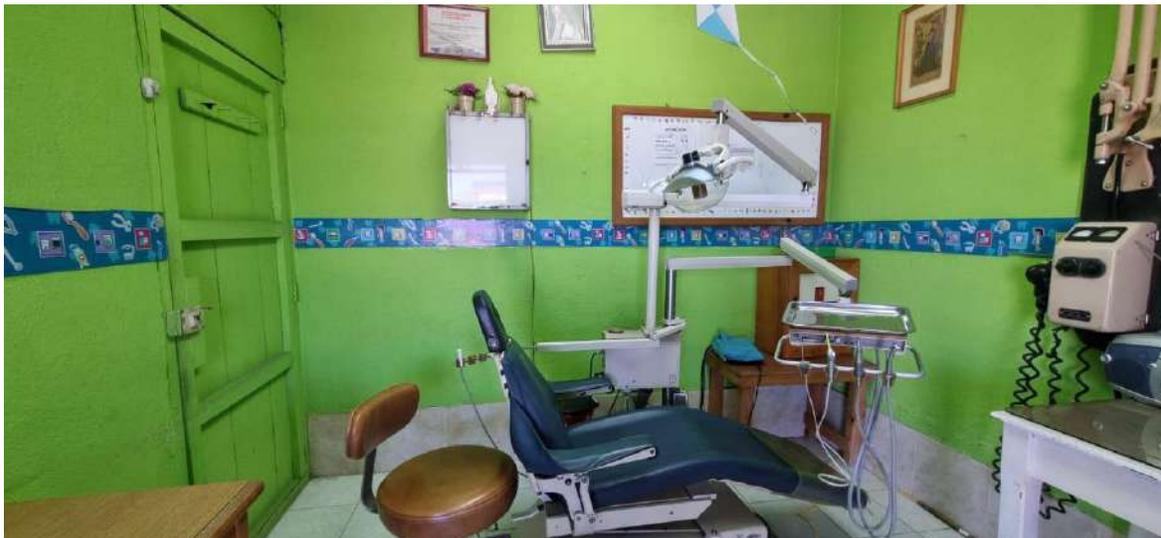


Foto 19. Clínica después de ordenar y decorar.

2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Descripción

Durante los ocho meses del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), se llevaron a cabo actividades clínicas y educativas dirigidas a la promoción de la salud bucal en la Escuela Mario Méndez Montenegro, con una población escolar de 671 estudiantes. Se impartieron 110 charlas de educación en salud bucal, enfocadas en la prevención de enfermedades bucales, dirigidas a estudiantes desde nivel preparatoria hasta sexto grado, así como a padres de familia del programa de nutrición del Centro de Programas Alternativos Santa María de Guadalupe.

Los temas abordados incluyeron higiene oral, caries dental, enfermedades periodontales, uso adecuado del cepillo y del hilo dental, alimentación saludable y etapas del desarrollo dental. Para facilitar la comprensión, se utilizaron recursos visuales como mantas vinílicas, videos y presentaciones, adaptados para niños y adultos con dificultad en la lectura.

En el marco del subprograma de sellantes de fosas y fisuras, se atendió a 74 niños, se priorizó la profilaxis, aplicación de barniz fluorado al 5% y colocación de sellantes en piezas dentales sanas. Esta acción se diseñó para reducir el riesgo de caries en la población infantil, especialmente ante la falta de tabletas de flúor en la clínica.

Además, se reforzaron los hábitos de higiene oral mediante la implementación de una práctica escolar de cepillado dental después del recreo. También se elaboró y colocó un afiche informativo sobre normas de bioseguridad en la clínica dental, como estrategia educativa complementaria.

Metas

- Aplicar barniz fluorado a al menos 12 escolares por mes, con el objetivo de reducir la incidencia de caries en la población infantil de la escuela y proteger el desarrollo bucodental de los niños.

- Atender a un mínimo de 12 niños por mes dentro del subprograma de sellantes de fosas y fisuras, y asegurar que al menos cuatro piezas dentales permanentes estén libres de caries en cada niño atendido.
- Impartir al menos ocho actividades educativas mensuales en salud bucal, para sensibilizar a los estudiantes y sus familias sobre la importancia de la higiene oral y el desarrollo de hábitos saludables.
- Implementar la práctica de cepillado dental diario en la escuela, motivar a los niños a llevar su cepillo de dientes y pasta dental, lo que contribuirá a la prevención de enfermedades bucales desde el entorno escolar.

❖ **Sellantes de Fosas y Fisuras**

Metodología Utilizada

Se desarrolló un subprograma de barrido de sellantes de fosas y fisuras en la Escuela Mario Méndez Montenegro, en Santa Apolonia. La intervención incluyó:

- Evaluación clínica de escolares para identificar dientes permanentes sanos.
- Profilaxis previa a la colocación del sellante.
- Aplicación del sellante de fosas y fisuras en superficies oclusales de primeras molares permanentes principalmente.
- También se atendió a niños del programa de nutrición del Centro Santa María de Guadalupe.

Metas Establecidas

- Atender mínimo 20 escolares por mes.
- Proteger al menos 4 dientes permanentes sanos por escolar con sellantes.
- Reducir la incidencia de caries en escolares mediante barrido de sellantes.

Resultados Obtenidos

Tabla 3

INDICADOR	RESULTADO
Escolares a los que se le colocaron sellantes	74 escolares
Pacientes integrales tratados con sellantes	45 escolares
Total estimado de escolares con SFF aplicados	119 Escolares

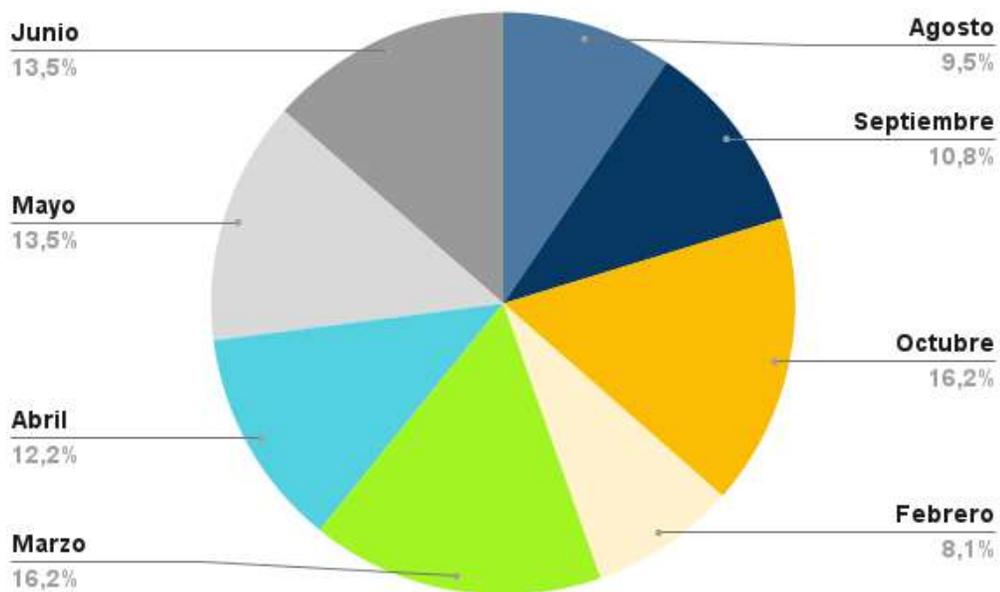
Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales.

Análisis

- Se logró la colocación de sellantes de fosas fisuras, entre 12 a 15 niños por mes.
- La atención se realizó en condiciones controladas y con protocolos de bioseguridad.
- El programa tuvo un impacto directo en la prevención primaria de caries en escolares.

Gráfica 1.

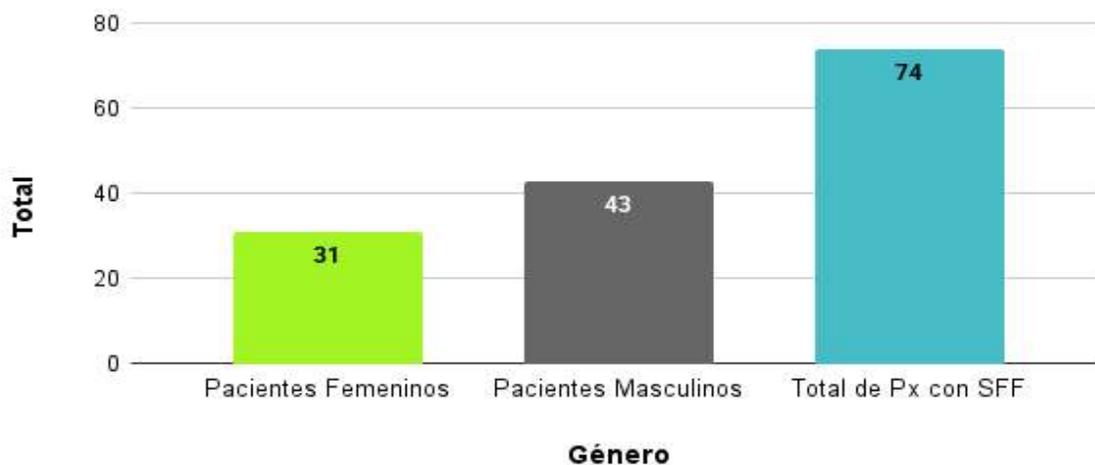
Porcentaje de Escolares Atendidos Mensualmente Como Parte del Subprograma Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, en la Clínica de Odontología. Santa Apolonia, Chimaltenango 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Gráfica 2.

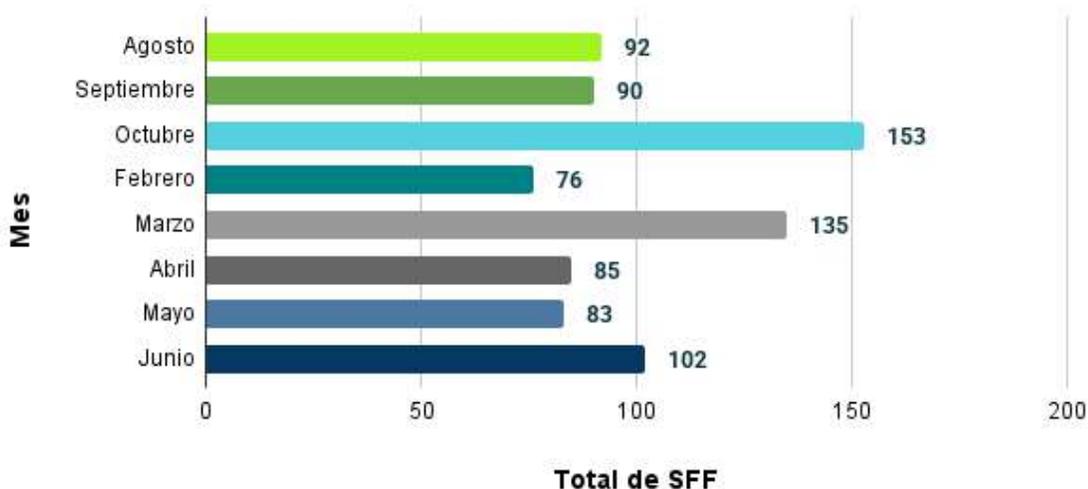
Producción Clínica por Género en 8 Meses — Subprograma de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, Santa Apolonia, Chimaltenango 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Gráfica 3.

Número de Sellantes de Fosas y Fisuras Realizados Mensualmente. Clínica Dental Santa Apolonia 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Análisis: El total de sellantes de fosas y fisuras (SFF) aplicados fue de 181 piezas en escolares atendidos de manera integral, y 816 piezas en escolares del programa de barrido de SFF, lo que evidencia una intervención significativa en prevención.

Fotografías



Foto 20 y 21. Antes y después de colocación de SFF en P. 3 y 14.



Foto 22 y 23. Antes y después de colocación de SFF en P. 19 y 30.



Foto 24 y 25. Antes y después de colocación de SFF en P. 5.5 y 6.5.

❖ Educación para la Salud Bucal

Metodología Utilizada

Se realizaron actividades educativas mensuales con enfoque preventivo en salud bucal, dirigidas a niños, adolescentes, padres de familia y otros grupos de interés. En total, se brindaron acciones de educación en salud bucal a 671 escolares y 35 padres de familia, para fortalecer la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades orales.

Las actividades incluyeron:

- Uso de mantas vinílicas, videos, diapositivas y afiches informativos.
- Adaptación de lenguaje visual y accesible para públicos con baja alfabetización.
- Promoción del cepillado en la escuela después del recreo, con cepillo y pasta dental personal.

Metas Establecidas

- Realizar mínimo 8 actividades educativas por mes.
- Alcanzar a todos los niveles escolares de la institución.
- Involucrar a padres de familia y grupos comunitarios.

Resultados Obtenidos

Tabla 4.

GRUPO BENEFICIADO	No. DE EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL	FRECUENCIA PROMEDIO
Escolares (671 alumnos en total)	100	12-13 charlas/mes
Padres del programa nutricional (35)	10	1 charla/mes
Total general	110	13-14 charlas/mes

Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales. ÉNFASIS EN TOTAL NIÑOS 671

Temas Desarrollados

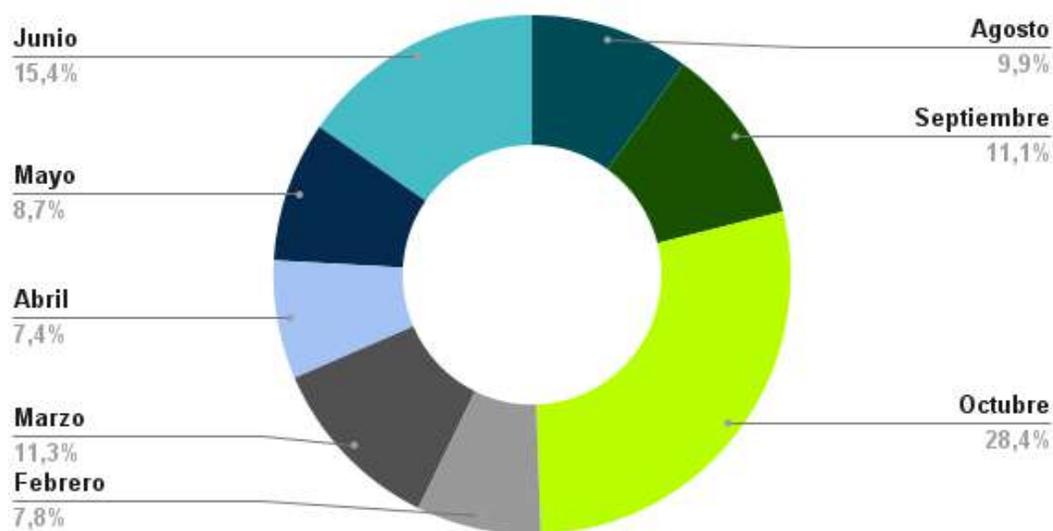
- Anatomía dental y bucal.
- Gingivitis y Periodontitis.
- Caries Dental (etapas y prevención).
- Técnica de cepillado y Uso de hilo dental.
- Cantidad correcta de pasta dental y sustitutos.
- Consumo de azúcares y sus consecuencias.
- Normas de bioseguridad.

Material Elaborado

- Afiche informativo sobre normas de bioseguridad en clínica dental.
- Videos y presentaciones digitales adaptadas.
- Mantas vinílicas.

Gráfica 4.

Porcentaje de Estudiantes que Recibieron Educación en Salud Bucal Mensualmente en Escuela Mario Méndez Montenegro, Santa Apolonia 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Análisis

- El alto número de actividades superó la meta establecida.
- El enfoque educativo favoreció cambios de conducta sostenibles en escolares y familias.
- La participación activa de los docentes y la continuidad mensual permitieron reforzar hábitos saludables.

Fotografías



Foto 26 y 27. Charlas a Cuarto C y Segundo B, tema: Azúcares y Caries Dental.



Foto 28 y 29. Charlas a padres de familia del programa de nutrición.



Foto 30 y 31. Propuesta de llevar cepillos a la escuela y demostrando técnica de cepillado.

❖ Aplicación Tópica de Flúor

Metodología Utilizada

Debido a la falta de pastillas de flúor en la clínica, no se aplicó flúor de sodio al 0.2% como estaba planificado inicialmente. En su lugar, se implementó:

- Aplicación tópica de barniz fluorado al 5% luego de una profilaxis.
- Este procedimiento fue parte de la atención integral y prevención en escolares.
- Se priorizó a pacientes escolares en edades de 8 años y que presentaran la primeras molares permanentes.

Metas Establecidas

- Aplicar barniz fluorado a escolares del programa de sellantes de fosas y fisuras por mes.
- Aplicar barniz fluorado a escolares de la clínica integral por mes.
- Aplicación de barniz a pacientes escolares de población en general.
- Reforzar el tratamiento preventivo junto a la colocación de sellantes.

Resultados Obtenidos

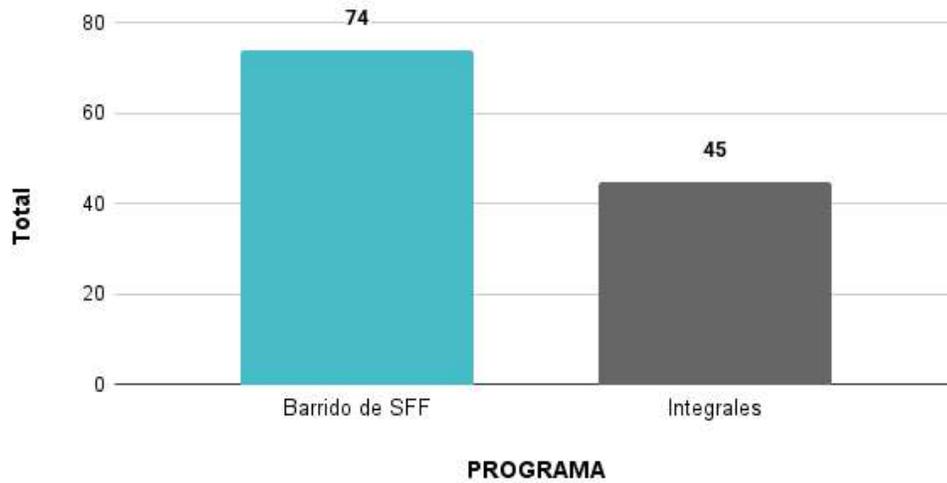
Tabla 5

INDICADOR	RESULTADO
Niños atendidos con aplicación de barniz fluorado	74 (SFF) 45 (Integrales)
Frecuencia promedio	14 escolares/mes

Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Gráfica 5.

Producción de Pacientes en el Subprograma Barrido de SFF por Programa en Santa Apolonia 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

Análisis

- La sustitución del flúor en pastilla por barniz fluorado fue adecuada y efectiva.
- Se le realizaron SFF a 74 pacientes del programa de barrido de SFF y de los 55 pacientes escolares integrales, se trabajaron 45 pacientes con SFF.
- Esta estrategia permitió continuar con la prevención de caries de manera efectiva.

Fotografías

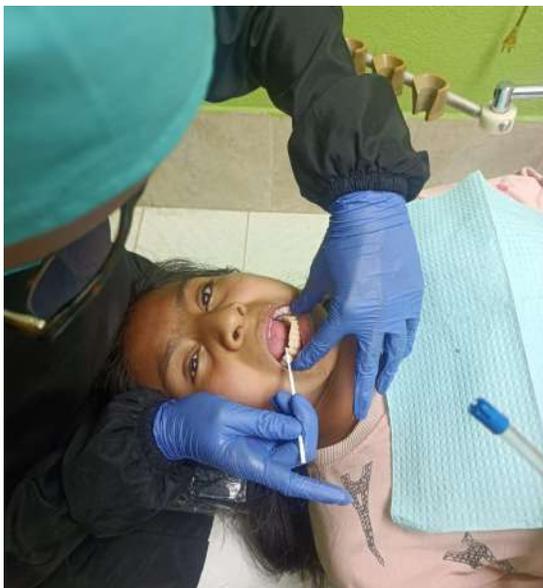


Foto 32, 33 y 34. Aplicación de barniz fluorado a paciente escolar integral terminada.

3. INVESTIGACIÓN ÚNICA DEL PROGRAMA EPS

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL Y SU RELACIÓN CON VARIABLES NUTRICIONALES TALLA / EDAD, EN ESCOLARES DEL NIVEL PRIMARIO DE LA ESCUELA MARIO MÉNDEZ MONTENEGRO DEL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO, AGOSTO 2024 - JUNIO 2025

Introducción

La caries dental, o enfermedad de caries, es la afección de salud bucal más prevalente a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se estima que afecta a más del 90% de la población mundial. La caries se produce cuando las bacterias en la boca convierten los azúcares en ácidos, que erosionan el esmalte dental. Es una enfermedad multifactorial, prevenible, crónica, dependiente de una dieta rica en azúcares (1).

La desnutrición es una enfermedad multifactorial que puede tener un inicio temprano durante la vida intrauterina o la infancia, o puede ocurrir durante la vida de un individuo como resultado de una mala nutrición. La desnutrición parece tener múltiples efectos en los tejidos orales y el posterior desarrollo de la enfermedad oral. La desnutrición proteico-energética (DPE) se ha asociado con la hipoplasia del esmalte. La DPE y la deficiencia de vitamina A también se asocian con la atrofia de las glándulas salivales, que posteriormente reduce la defensa de la cavidad oral contra las infecciones y su capacidad para amortiguar los ácidos de la placa (2,6).

Muchos estudios han observado una asociación entre la desnutrición infantil temprana y la hipoplasia del esmalte en los dientes primarios utilizando varios diseños de estudio (3,7,8).

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de caries dental y analizar su relación con variables nutricionales, en particular la talla y la edad, en escolares de nivel primario del sector público.

Justificación

El conocimiento sobre la magnitud y distribución de la caries dental en la población guatemalteca permite abordar su prevención y tratamiento tanto desde el punto de vista clínico como epidemiológico, especialmente en grupos vulnerables como la población escolar del sector público. La información aportada por esta investigación brindará evidencia científica que fundamente el diseño de planes, programas y políticas de salud bucal a nivel individual y colectivo, así como los planes de estudio de las instituciones formadoras de recursos humanos.

Objetivos

En la población incluida en el estudio:

1. Medir la prevalencia de caries dental a través del índice CPO-D total.
2. Medir variables nutricionales talla / edad.
3. Estimar la relación entre los indicadores epidemiológicos de caries dental con las variables nutricionales.
4. Caracterizar a la muestra de estudio según sexo y edad.

Diseño del Estudio y Tamaño de la Muestra

Estudio observacional, transversal, en una muestra no probabilística de 50 escolares, 10 por cada edad de 6 a 10 años, 5 de cada sexo, que aceptaron voluntariamente su participación en el estudio.

MARCO TEÓRICO

Caries Dental

Según la Organización Mundial de la Salud, la caries dental es un importante problema de salud pública a nivel mundial y la enfermedad no transmisible (ENT) más extendida, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar la padecen (1). Además, es la afección más prevalente, según el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades de 2015, ocupa el primer lugar en caries de dientes permanentes (2300 millones de personas) y el duodécimo en dientes temporales (560 millones de niños), según la OMS [1].

La caries dental es una infección oportunista causada por bacterias (en presencia de azúcares), que se presenta en la mayoría de las personas con diferentes niveles de riesgo, en lugar de ser solo una lesión cariosa. La caries dental sin tratar puede tener consecuencias sistémicas que incluyen dolor, infección, hinchazón que requiere hospitalizaciones de emergencia y extracciones dentales bajo anestesia general (3).

Es una enfermedad multifactorial, prevenible, crónica, dependiente de una dieta rica en azúcares. La caries dental afecta tanto a la dentición temporal como a la permanente.

Factores asociados a la caries dental:

- Dieta cariogénica.
- Alto nivel de estreptococos y lactobacilos.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Defectos del esmalte.
- Flujo salival escaso.
- Deficiente higiene oral.
- Ausencia de flúor en los dentífricos.
- Apiñamiento dental.
- Baja capacidad buffer de la saliva.
- Restauraciones defectuosas. (5)

El conocimiento de los factores relacionados con la aparición de la caries dental resulta necesario debido a lo extendido que se observa este problema de salud entre la población infantil.

Múltiples investigaciones han demostrado la asociación de diferentes estados de la caries y factores bioquímicos, ambientales, físicos, microbianos, sociodemográficos y de comportamiento. Así la enfermedad involucra la interacción en el tiempo de una superficie dental susceptible, bacterias cariogénicas y la disponibilidad de una fuente de carbohidratos fermentables, especialmente la sacarosa. Todos estos factores pueden controlarse con una detección temprana por parte del personal sanitario y un abordaje rápido de la situación que los causa.

La caries dental puede presentarse en diferentes grados. Es importante informar de los criterios diagnósticos para su detección temprana. La clasificación seleccionada es ICDAS. Se trata de una clasificación mundial que está diseñada por un conjunto de criterios y códigos unificados, con diagnósticos principalmente visuales, basados en las características de los dientes limpios y secos.

El ICDAS presenta un 85% de sensibilidad y una especificidad del 90% para detectar caries en dentición temporal y permanente. Su fiabilidad ha sido considerada como alta (4), con un coeficiente de kappa de 0,80, demostrando su excelente precisión y análisis significativo comparado con otros métodos como el radiográfico. Gracias a la detección temprana se logra reducir la prevalencia de caries en los diferentes grupos de población especialmente en niños con dentición mixta, donde se afectan los primeros molares permanentes.

Desnutrición y Caries Dental

Según la OMS: “La nutrición es la ciencia de los alimentos y su relación con la salud” y “la malnutrición es el desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y energía y la demanda del cuerpo para asegurar el crecimiento, el mantenimiento y las funciones específicas” (2). Se ocupa principalmente del papel que desempeñan los nutrientes en el crecimiento, el desarrollo y el mantenimiento del cuerpo.

La desnutrición es una enfermedad multifactorial que puede tener un inicio temprano durante la vida intrauterina o la infancia, o puede ocurrir durante la vida de un individuo como resultado de una mala nutrición. La desnutrición parece tener múltiples efectos en los tejidos orales y el posterior desarrollo de la enfermedad oral. Afecta el desarrollo de la cavidad oral y la progresión de las enfermedades orales a través de una homeostasis tisular alterada, una resistencia reducida a las biopelículas microbianas y una capacidad reducida de reparación tisular (6,7). Las deficiencias de vitamina D y vitamina A y la desnutrición proteico-energética (DPE) se han asociado con la hipoplasia del esmalte. La DPE y la deficiencia de vitamina A también se asocian con la atrofia de las glándulas salivales, que posteriormente reduce la defensa de la cavidad oral contra las infecciones y su capacidad para amortiguar los ácidos de la placa (2,7).

En un estudio, Sweeney et al., encontraron que la hipoplasia lineal de los incisivos maxilares primarios estaba asociada con episodios infecciosos que ocurrieron temprano en la vida y con niveles bajos de vitamina A sérica (7). Asimismo, Infante y Gillespie observaron una fuerte correlación entre el grado de hipoplasia lineal del esmalte y la experiencia de caries en los dientes primarios de niños guatemaltecos desnutridos (8). Muchos estudios han observado una asociación entre la desnutrición infantil temprana y la hipoplasia del esmalte en los dientes primarios utilizando varios diseños de estudio (7).

En tres estudios transversales, se infirió que la malnutrición en niños no solo puede causar un retraso en la erupción y exfoliación dental, sino que también pareció hacer que los dientes deciduos fueran más susceptibles a un ataque de caries más adelante en la vida (7). Otro estudio de cohorte retrospectivo sugirió la evidencia de una asociación entre los patrones de exfoliación/erupción dental y una insuficiencia nutricional (retraso del crecimiento) a lo largo de la infancia. Este estudio observó un retraso en la exfoliación de la dentición primaria y en la erupción de la dentición permanente. Un estudio longitudinal similar sugirió una relación causa-efecto entre la malnutrición temprana y el aumento de caries dental. Varios estudios en India también informaron una asociación significativa entre un estado nutricional deficiente y un retraso en la erupción dental (7). Se puede concluir, sobre la base de estos estudios, que la malnutrición causó un desarrollo dental retrasado, afectó la distribución por edad de las caries dentales y resultó en un aumento de la experiencia de caries.

Talla

La talla en medicina se refiere a la estatura de un individuo, medida desde los pies hasta la coronilla. Es una de las manifestaciones básicas del crecimiento y desarrollo humano, y es un indicador vital en la evaluación de la salud y el bienestar de los niños y adolescentes. La medición precisa de la talla es fundamental para la identificación de trastornos del crecimiento y desarrollo (5), y para la monitorización de la progresión de estas condiciones.

La talla de un individuo es determinada por una compleja interacción de factores genéticos, nutricionales y hormonales. Los trastornos que pueden afectar a la talla incluyen las deficiencias nutricionales, las enfermedades crónicas, los trastornos genéticos y las alteraciones endocrinas (9).

En pediatría, se utilizan las curvas de crecimiento para evaluar la talla de un niño en relación con sus iguales del mismo sexo y edad. Estas curvas, a menudo llamadas percentiles de crecimiento, pueden ayudar a los médicos a identificar las tendencias de crecimiento y a detectar cualquier desviación de la normalidad. Un cambio significativo en el percentil de crecimiento de un niño puede ser el primer signo de un problema de salud subyacente que requiera evaluación y tratamiento (10).

Indicadores antropométricos: Son medidas del cuerpo humano utilizadas para evaluar el estado nutricional, especialmente en niños.

En el caso de la desnutrición, los principales indicadores son:

1. Peso para la edad (P/E)
2. Talla para la edad (T/E)
3. Peso para la talla (P/T)
4. Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)
5. Perímetro braquial (MUAC)

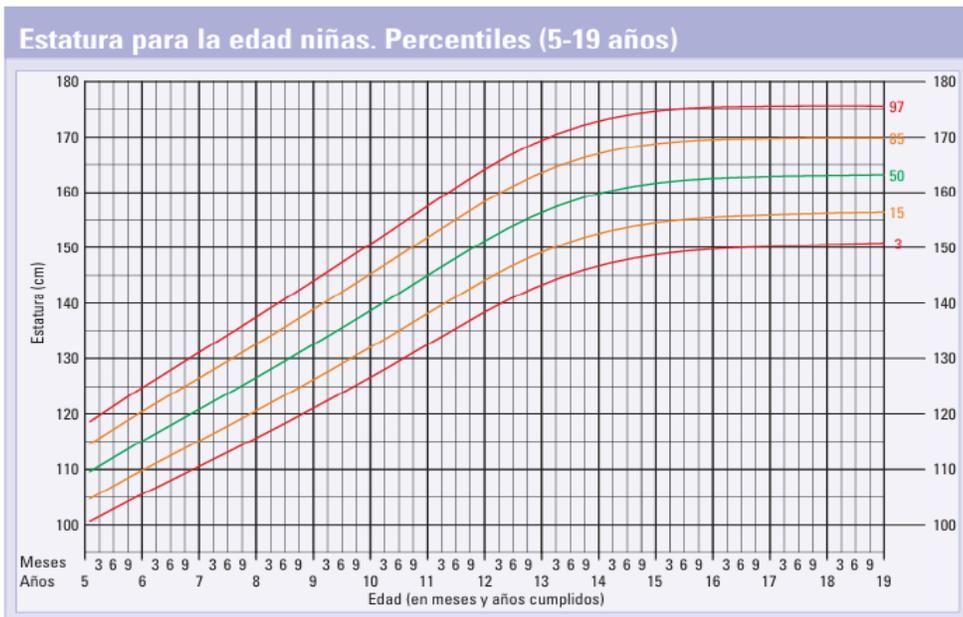
Patrones de crecimiento: Son referencias que describen cómo deben crecer los niños y niñas sanos en condiciones óptimas. Se utilizan para evaluar el desarrollo físico infantil y detectar problemas nutricionales, como la desnutrición o el sobrepeso. Se presentan como

curvas de referencia que muestran cómo evoluciona el crecimiento de niños y niñas según su edad y sexo. Los más utilizados actualmente son los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006, estas se basan en datos de niños y niñas de diferentes países que crecieron en condiciones óptimas y son aplicables a nivel mundial, independientemente del origen étnico o entorno socioeconómico [10].



Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Fuente: OMS



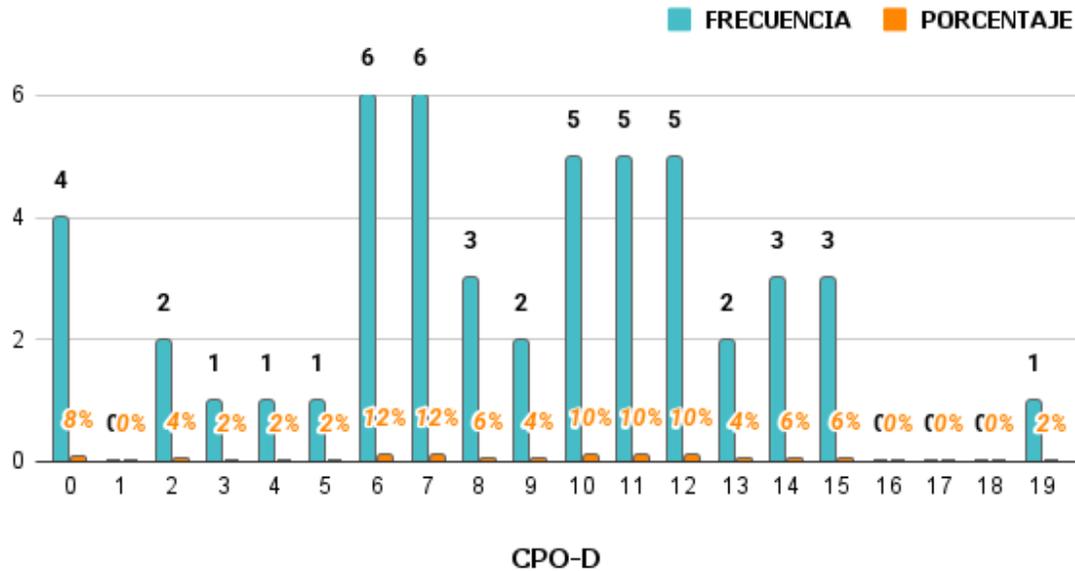
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Fuente: OMS

Presentación de Resultados

Gráfica 6

Prevalencia de Caries Dental CPO-D en la Escuela Mario Méndez Montenegro. Santa Apolonia, Chimaltenango 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de estudio

Análisis: El 12% de los niños evaluados presentaron un índice de CPO-D de 6 y 7. El 8% no presentó historia de caries dental, mientras que el 2% presentó un CPO-D de 19 y fue el indicador de caries más alto.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos del Índice CPO – D en Escuela Mario Méndez Montenegro. Santa Apolonia, Chimaltenango 2025

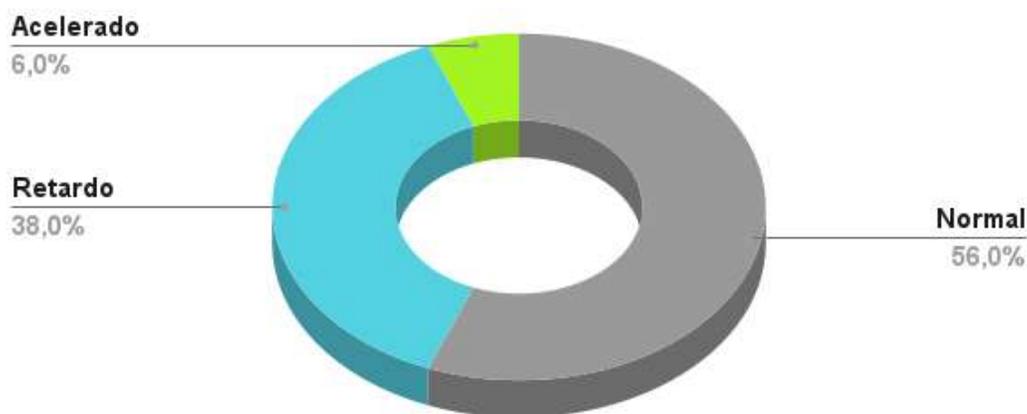
TOTAL	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
50	0	19	8.66	4.42

Fuente: Elaboración propia con datos de estudio

Análisis: Más del 66% de los escolares evaluados presentaron un valor de CPO-D entre 4.24 y 13.08.

Gráfica 7

**Patrones de Crecimiento en Estatura (%), por Edad (6 a 10 años),
Escuela Mario Méndez Montenegro, Santa Apolonia, 2025"**



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

Análisis: Del total de escolares evaluados, 28 estudiantes (56%) presentaron un patrón de crecimiento normal, lo que indica que más de la mitad de la muestra refleja un desarrollo de estatura adecuado conforme a los estándares establecidos por la OMS. Sin embargo, 19 estudiantes (38%) presentan un retardo en el crecimiento, lo cual es un dato preocupante, ya que refleja un porcentaje significativo de niños con talla por debajo de lo esperado para su edad, posiblemente relacionado con factores como desnutrición crónica, enfermedades persistentes o condiciones socioeconómicas desfavorables. Por otro lado, solo 3 estudiantes (6%) muestran un crecimiento acelerado, lo que, aunque representa una minoría, requiere seguimiento para descartar posibles condiciones hormonales o genéticas.

Tabla 7

Prevalencia de Índice de CPO-D y su relación con la variable talla de niños y niñas de 6 a 10 años en Escuela Mario Méndez Montenegro. Santa Apolonia, Chimaltenango 2025.

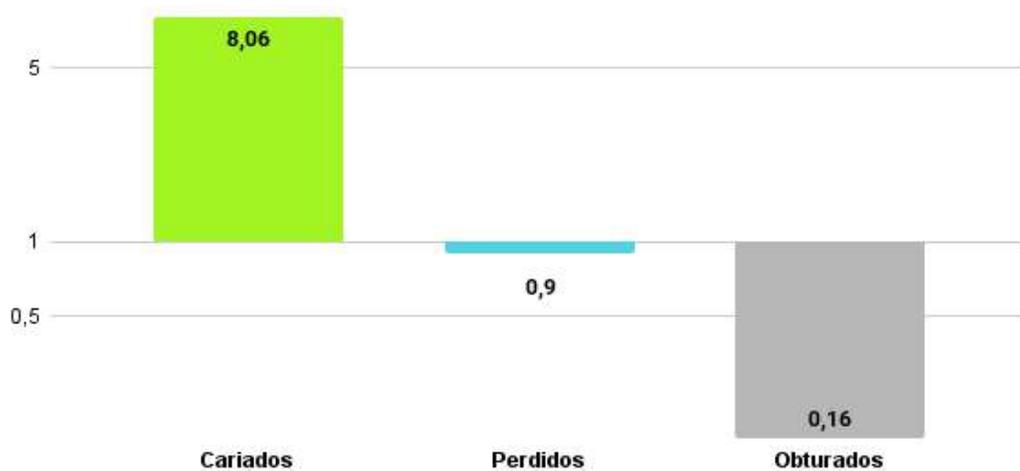
	NORMAL	RETARDO	ACELERADO
CPO-D total	238 (53.8%)	170 (38.5%)	34 (7.7%)

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

Análisis: El 53.8% del total de caries corresponde a los niños con talla normal, lo cual refleja que, aunque su promedio individual de caries puede ser más bajo, al ser el grupo más numeroso (28 niños), concentran la mayor cantidad total de CPO-D. Por su parte, los niños con talla en retardo representan el 38.5% del total de caries, un porcentaje elevado si se considera que solo son 19 estudiantes, lo que sugiere una carga importante de caries posiblemente asociada a condiciones de desnutrición. Finalmente, los niños con talla acelerada, aunque son únicamente 3, aportan el 7.7% del total de CPO-D, con un promedio individual más alto (11.3).

Gráfica 8

Promedio de Piezas Cariadas, Perdidas y Obturadas de Escolares de Escuela Mario Méndez Montenegro, Santa Apolonia 2025



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio.

Análisis: Los resultados muestran que el promedio de piezas cariadas en los escolares de la Escuela Mario Méndez Montenegro es de $\bar{x} = 8,06$, lo que indica una alta presencia de caries activas en esta población infantil y sugiere una deficiente prevención y control de la caries dental. El promedio de dientes perdidos es de 0,9, lo que implica que, en promedio, casi un diente ha sido extraído por caries por cada niño; aunque este valor es menor que el de piezas cariadas, aún es significativo para una población infantil. Por último, el promedio de dientes obturados es de apenas 0,16, lo cual refleja una baja cobertura de tratamiento odontológico, lo que indica que, a pesar de la alta presencia de caries, muy pocos niños han recibido un tratamiento restaurativo adecuado.

Discusión de Resultados

En este estudio se encontró una alta prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 10 años de la Escuela Mario Méndez Montenegro, con un índice CPO-D promedio de \bar{x} = 8.66, lo que confirma la persistencia de la caries como un importante problema de salud pública en esta población. Este valor es superior a los promedios reportados en otras investigaciones a nivel regional y nacional, lo que indica una mayor carga de enfermedad en esta comunidad. La presencia de un 12% de escolares con índices de CPO-D entre 6 y 7, y un 2% con índices máximos (CPO-D = 19), señala la existencia de casos severos que requieren atención prioritaria.

La alta prevalencia de caries activa, reflejada en un promedio de 8.06 piezas cariadas por niño, y el bajo número de piezas obturadas (0.16), evidencian una deficiente cobertura de tratamiento odontológico en este grupo. Esto puede estar relacionado con limitaciones en el acceso a servicios de salud dental, la falta de programas de prevención efectivos, o desconocimiento por parte de la población escolar y sus familias sobre la importancia del cuidado bucal.

En cuanto a las variables nutricionales, se observó que el 38% de los niños presentaban un retraso en el crecimiento (talla para la edad), lo que sugiere la presencia de desnutrición crónica o factores asociados a condiciones socioeconómicas adversas. La relación entre talla y caries indica que los niños con retraso en el crecimiento representan el 38.5% del total de caries, a pesar de ser un grupo menor en número, lo que sugiere una posible asociación entre la desnutrición y una mayor susceptibilidad a la caries dental. Este hallazgo coincide con estudios previos que han reportado que la desnutrición proteico-energética y las deficiencias nutricionales afectan el desarrollo del esmalte dental y la función de las glándulas salivales, reduciendo las defensas naturales contra la caries.

Por otro lado, los niños con talla acelerada, aunque en menor número, mostraron un promedio individual más alto de caries (11.3), lo que puede indicar que factores nutricionales excesivos, como dietas altas en azúcares, también contribuyen al desarrollo de caries. Este resultado enfatiza que tanto la desnutrición como la malnutrición (exceso o desequilibrio nutricional) pueden ser factores de riesgo para la enfermedad cariosa.

La predominancia de caries en niños con talla normal (53.8% del total de caries) se debe probablemente a que este es el grupo mayoritario en la muestra, pero no descarta la importancia del estado nutricional en la salud bucal. Esto señala que la prevención y el control de la caries deben enfocarse en toda la población escolar, con particular atención a los grupos vulnerables.

En comparación con el estudio “Escuelas saludables, Índice de ceo-d y CPO-d” realizado en Colcapirhua, Cochabamba, Bolivia, donde se reportó un índice CPO-D promedio de 2.7 en escolares de 6 a 11 años, los resultados del presente estudio en Guatemala evidencian una diferencia significativa. El índice CPO-D promedio encontrado en los escolares guatemaltecos fue de 8.66, lo que indica que la severidad de caries en esta población es aproximadamente tres veces mayor que en la población boliviana. Esta diferencia significativa resalta la necesidad de abordar de manera integral los factores asociados, como las condiciones nutricionales y el acceso a servicios odontológicos, para mejorar la salud bucal en los niños guatemaltecos (11).

Finalmente, la baja proporción de dientes obturados refleja una falta de intervención odontológica oportuna, que podría estar ligada a barreras de acceso, falta de programas de salud bucal en escuelas públicas o bajo nivel de conciencia familiar sobre la importancia del tratamiento temprano. Esta situación aumenta el riesgo de complicaciones asociadas a la caries, como infecciones, dolor y afectación del desarrollo general del niño.

Conclusiones

- La prevalencia de caries dental en los escolares de la Escuela Mario Méndez Montenegro es alta, con un índice CPO-D promedio de $\bar{x}= 8.66$ y una desviación estándar de $\sigma= 4.42$ lo que indica una significativa carga de enfermedad bucal en esta población.
- Existe un bajo nivel de tratamiento restaurativo, evidenciado por el bajo promedio de dientes obturados (0.16), lo que refleja una deficiente cobertura de atención odontológica en los niños estudiados.
- Un porcentaje considerable de escolares (38%) presenta retraso en el crecimiento estatural (talla para la edad), lo que sugiere la presencia de desnutrición crónica en esta comunidad.
- Se observa una asociación entre el retraso en la talla y una mayor carga de caries, ya que los niños con retardo en el crecimiento concentran un porcentaje importante del total de caries, lo que coincide con la evidencia de que la desnutrición afecta la salud bucal y la resistencia a la caries.
- Los niños con talla acelerada, aunque en menor número, presentan un promedio individual más alto de caries, lo que indica que tanto la desnutrición como la malnutrición pueden influir en el desarrollo de caries dental.
- La combinación de altos índices de caries con un bajo acceso a tratamientos dentales y la presencia de alteraciones en el crecimiento resaltan la necesidad de implementar programas integrales de salud bucal y nutricional en la población escolar del sector público.

Recomendaciones

- Se recomienda realizar estudios futuros con muestras más amplias y representativas a nivel municipal, departamental o nacional, para obtener datos más generalizables y robustos que reflejen la realidad de la salud bucal infantil en diferentes contextos socioculturales y geográficos.
- Se sugiere incorporar más indicadores nutricionales, además de talla / edad, como peso / edad, peso / talla e índice de masa corporal (IMC), que permitan una evaluación más precisa del estado nutricional y su relación con la caries dental.
- Finalmente se recomienda replicar esta investigación en otras regiones del país, tanto urbanas como rurales, para identificar patrones regionales de salud bucal y nutrición infantil, lo cual permitirá diseñar intervenciones más focalizadas.

FOTOGRAFÍAS



Foto 35, 36. Toma de talla a escolares de 6 y 7 años de edad.



Foto 37. Escolares en sala de espera para toma de CPO-D.

4. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

Descripción de la Producción Clínica

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) realizado en la comunidad de Santa Apolonia, Chimaltenango, se prestó atención odontológica a pacientes cuyas edades oscilaron entre los 3 y 75 años. La participación del estudiante en esta etapa académica permitió la aplicación de conocimientos teóricos y prácticos en un entorno comunitario, contribuyendo de forma significativa a la mejora de la salud bucal de una población con acceso limitado a servicios odontológicos.

La producción clínica se llevó a cabo en la Clínica Dental del Centro de Programas Alternativos, Santa María de Guadalupe. Los servicios fueron dirigidos principalmente a niños y niñas de la Escuela Mario Méndez Montenegro de dicha localidad, así como a personas de comunidades aledañas y escuelas cercanas. Las intervenciones clínicas se enfocaron en la atención preventiva y restaurativa, se brindaron tratamientos oportunos de acuerdo con las necesidades detectadas en cada paciente.

Dentro de los procedimientos realizados con mayor frecuencia se encuentran la aplicación de sellantes de fosas y fisuras en piezas dentales permanentes, restauraciones con resina y amalgama en piezas afectadas por caries, colocación de coronas de acero inoxidable en dentición temporal, y tratamientos pulpares en dientes con compromiso pulpar.

A lo largo del proceso, se priorizó la promoción de la salud oral y la educación en prácticas adecuadas de higiene oral, con el objetivo de generar conciencia en la población sobre la importancia del autocuidado dental desde edades tempranas; y así, reducir la prevalencia de enfermedades bucales en el mediano y largo plazo.

Resumen de Tratamientos

Tabla 8

Distribución de Tratamientos Odontológicos Realizados en Niños y Adultos Según Tipo de Procedimiento			
PROCEDIMIENTO	No. Px Integrales	No. Px Barrido SFF	Total
Examen Clínico	137	74	211
Profilaxis Bucal	24	74	98
Aplicación Tópica de Flúor	45	74	119
Sellante de Fosas y Fisuras	181	816	997
Obturación de Ionómero de Vidrio	6	0	6
Tratamiento Periodontal	22	3	25
Obturación de Amalgama	45	3	48
Obturación de Resina	175	12	187
Pulpotomía	11	0	11
T.C.R	0	0	0
Corona de Acero	2	0	2
Exodoncia	97	0	97
Total	745	1,056	1802

Fuente: Elaboración propia con datos de reportes finales

Tabla 9

Distribución de Pacientes Atendidos Según Sexo en Clínica Integral	
GÉNERO	No.
Femeninos	117 (55.4%)
Masculinos	94 (44.5%)
Total	211

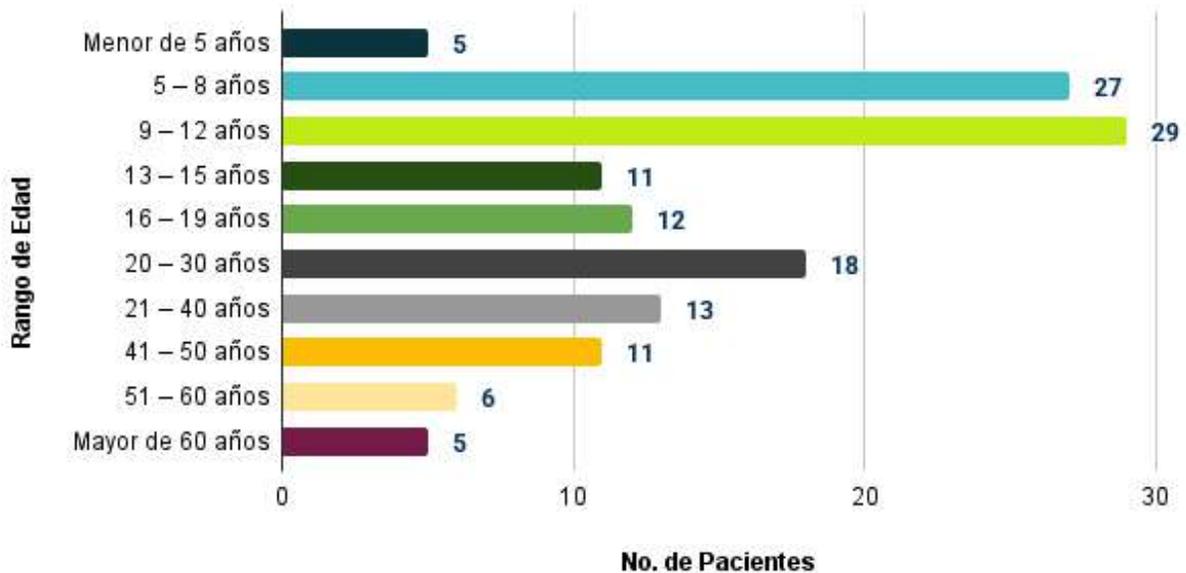
Fuente: Elaboración propia con datos de reportes finales

Análisis: De los 211 pacientes atendidos en la clínica dental, 61 corresponden a escolares integrales, 76 a adultos integrales y 74 a pacientes del programa de barrido de sellantes de fosas y fisuras. Del total, 117 fueron del sexo femenino y 94 del sexo masculino.

Resultados y Análisis

Gráfica 9

No. de Pacientes Según Rango de Edad, Santa Apolonia 2025



Fuente: Elaboración propia con datos de reportes finales

De los 137 pacientes integrales atendidos, la distribución por rangos de edad evidencia que la mayor concentración de pacientes trabajados se encontró en el grupo de 9 a 12 años, con 29 personas, lo que representa el 2.2% del total. Le sigue de cerca el grupo de 5 a 8 años, con 27 pacientes (19.7%), y luego el grupo de 20 a 30 años, con 18 pacientes (13.1%). Estas cifras reflejan una alta demanda de atención en la población infantil y juvenil, coherente con el enfoque preventivo del programa y la atención prioritaria a escolares.

Los grupos de adolescentes entre 13 y 15 años y 16 a 19 años también mostraron una participación importante, con 11 (8.0%) y 12 (8.8%), un total de 23 pacientes, y confirmaron la necesidad de mantener la atención en etapas de desarrollo crítico para la salud bucal.

En cuanto a la población adulta con un total de 76 pacientes, se atendieron 13 personas entre 21 y 40 años (9.5%), 11 entre 41 y 50 años (8.0%), y 6 entre 51 y 60 años (4.4%). Por último, los pacientes mayores de 60 años representaron solo el 3.6%, mientras que los menores de 5 años fueron 5 pacientes, equivalente al 3.6% del total.

Este comportamiento sugiere que la mayor parte de los servicios se dirigieron a niños en edad escolar y adolescentes, en concordancia con los objetivos del EPS de fortalecer la prevención en etapas tempranas. La menor participación de adultos mayores podría deberse a factores como limitaciones físicas, baja cobertura o priorización de atención infantil por parte del programa.

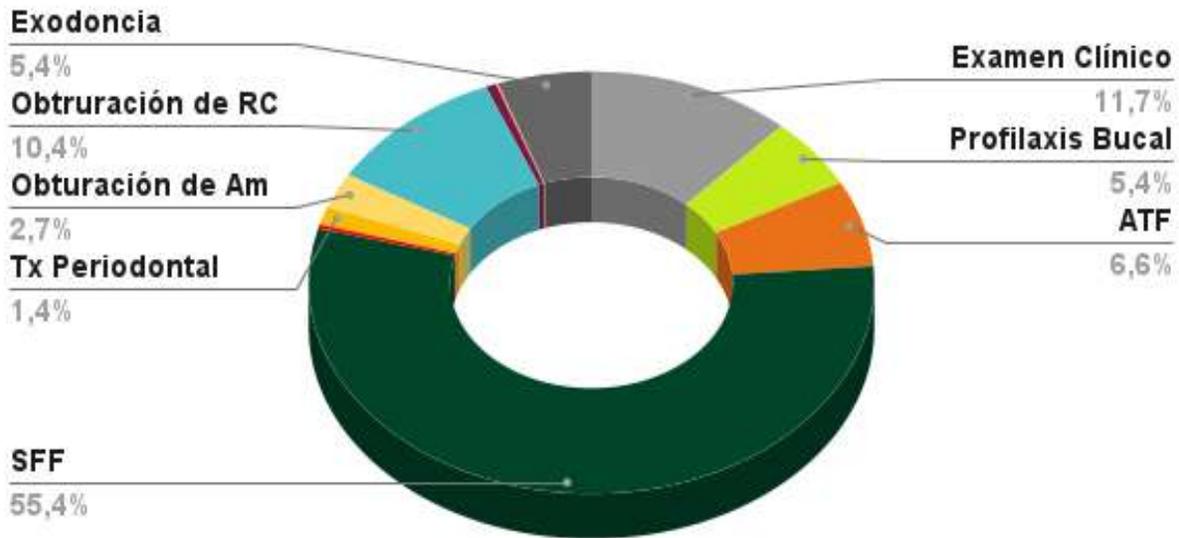
Tabla 10

Rango de Edad	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Menor de 5 años	5	3.6%
5 – 8 años	27	19.7%
9 – 12 años	29	21.2%
13 – 15 años	11	8.0%
16 – 19 años	12	8.8%
20 – 30 años	18	13.1%
21 – 40 años	13	9.5%
41 – 50 años	11	8.0%
51 – 60 años	6	4.4%
Mayor de 60 años	5	3.6%
Total	137	100%

Fuente: Elaboración con datos obtenidos en informes finales

Gráfica 10

Distribución de Tratamientos Odontológicos Realizados en Niños y Adultos Según Tipo de Procedimiento/Total



Fuente: Elaboración propia con datos de reportes finales

De los 1,801 tratamientos realizados entre pacientes integrales y pacientes de barrido de sellantes, el procedimiento más frecuente fue la colocación de sellantes de fosas y fisuras, que representó el 55.4% del total. Este resultado destaca el enfoque preventivo del programa, especialmente en pacientes pediátricos. Muy cerca en frecuencia, las obturaciones con resina ocuparon el 10.4%, reflejando una alta necesidad de atención restaurativa por caries.

Los exámenes clínicos representaron el 11.7%, e indicaron la importancia del diagnóstico inicial para orientar los tratamientos. Las extracciones dentales fueron el 5.4%, lo que evidencia la presencia de casos con daño avanzado que no podían ser restaurados.

Otros tratamientos con menor porcentaje incluyeron obturaciones con amalgama (2.7%), aplicación de flúor (6.6%), y profilaxis bucal (5.4%), todos con un componente preventivo y de control. Procedimientos más especializados como pulpotomías (0.6%), coronas de acero (0.1%), y obturaciones con ionómero de vidrio (0.3%) se realizaron en menor cantidad, posiblemente por las características clínicas de los pacientes o por limitaciones de tiempo y recursos.

No se realizaron tratamientos de conductos radiculares, lo cual es coherente con el enfoque primario-preventivo del programa y las limitaciones del entorno rural.

Este análisis porcentual confirma que el programa priorizó tratamientos preventivos y restaurativos básicos, y cumplió con los objetivos del EPS de mejorar la salud bucal en comunidades con difícil acceso a servicios odontológicos.

Conclusiones

1. Durante el desarrollo del programa se logró la atención de un total de 211 pacientes, lo que evidencia un alcance significativo en las distintas estrategias implementadas. De este total, 74 escolares fueron atendidos en el marco del barrido de sellantes, 45 escolares recibieron atención integral, y 76 adultos pertenecían a la población de adultos. Asimismo, 11 pacientes participaron únicamente en la etapa de examen clínico. Estos resultados reflejan una cobertura amplia y diversificada, coherente con los objetivos del programa, orientados a la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud bucal en distintas etapas de la vida.
2. La mayor parte de los pacientes atendidos pertenecían a los grupos etarios de 5 a 12 años, y representaron más del 42% del total. Esto demuestra que el programa logró su objetivo de priorizar la atención preventiva y restaurativa en escolares, etapa clave para establecer hábitos de higiene oral y prevenir enfermedades bucales a largo plazo.
3. El procedimiento más realizado fue la colocación de sellantes de fosas y fisuras (55.4%), seguido de obturaciones de resina (10.4%) y exámenes clínicos (11.7%). Esto evidencia una orientación clara hacia la prevención de caries y el diagnóstico temprano, elementos fundamentales en contextos de atención primaria.
4. Solo un 3.6% de los pacientes fueron mayores de 60 años, lo que sugiere posibles barreras de acceso para esta población, como movilidad reducida, escaso acompañamiento o poca priorización en campañas escolares.
5. Se atendió a un mayor número de pacientes del sexo femenino (55.4%), lo que podría reflejar una mayor disposición o acceso a la atención en este grupo.

Recomendaciones

1. Dado el alto porcentaje de escolares atendidos, se recomienda continuar e intensificar las charlas educativas y dinámicas comunitarias sobre higiene bucal, técnicas de cepillado y alimentación saludable.
2. Se sugiere incorporar estrategias de alcance comunitario específicas para adultos mayores, jornadas móviles o campañas integradas con medicina general.
3. Aunque se logró una cobertura moderada en adolescentes, es importante seguir trabajando en esta etapa clave del desarrollo, donde se forman o consolidan hábitos que pueden impactar la salud bucal futura.
4. Para ofrecer una atención más integral, se recomienda gestionar recursos por parte de la Universidad que permitan realizar con mayor frecuencia tratamientos como pulpotomías, coronas y terapias pulpares completas.
5. Es importante informar al centro de atención que el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado está dirigido principalmente a la población infantil, especialmente a escolares. Sin embargo, en la práctica se ha solicitado la atención a toda la comunidad, incluyendo adultos y trabajadores del centro. Por ello, se recomienda establecer una comunicación clara sobre los alcances reales del programa, para evitar desvíos de enfoque que puedan comprometer la cobertura y calidad de la atención destinada a los niños.

5. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO

❖ Descripción del Centro

CENTRO DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS SANTA MARÍA DE GUADALUPE

Es una organización dirigida por Hermanas Escolares de San Francisco en Guatemala, sirve de enlace para llevar diferentes alternativas de apoyo social a la niñez y juventud vulnerable en Guatemala.

Visión: Promover programas de apoyo social para la niñez y juventud necesitada en Guatemala, creando alianzas estratégicas de acuerdo a los cambios globales.

Misión: Ser un centro que implemente programas de apoyo social incluyentes en beneficio de la niñez y la juventud necesitada en Guatemala, brindando atención personalizada para mejorar las condiciones de vida.

Programas que ejecuta: Programa de educación y desarrollo para mujeres, Programa de nutrición y Programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

Lugar de ubicación: Calle Real, zona 1 Santa Apolonia, Chimaltenango.

Coordinador Local de EPS: Hermana Argelina Marroquín.

Población que beneficia: Niñez y juventud vulnerable.

Coordinador Local: Hermana Argelina Marroquín.

Organigrama



Fuente: Elaboración propia con datos del centro

Infraestructura de la Clínica

La Clínica Dental del Centro de Programas Alternativos Santa María de Guadalupe, se encuentra dividida en dos espacios funcionales. Uno de ellos está destinado exclusivamente al proceso de esterilización del instrumental y al revelado de radiografías. El segundo espacio corresponde al área clínica propiamente dicha, donde se realizan los procedimientos odontológicos y se brinda atención directa a los pacientes. Esta distribución permite una mejor organización del flujo de trabajo y contribuye al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad.

El centro cuenta con dos lugares separados y se encuentra distribuido de la siguiente manera:

- CENTRO 1:

- Nivel 1

- Clínica Dental
 - Recursos Humanos
 - Salón de usos múltiples
 - Taller de zapatería
 - Taller de carpintería
 - Biblioteca
 - Lavandería
 - Casa 1
 - Casa 2
 - Cocina
 - Casa 3
 - Basureros según normas de reciclaje
 - Clínica Médica

- CENTRO 2:

- Nivel 2

- Casa 1
 - Casa 2
 - Casa 3
 - Cocina
 - Casa 3

Mobiliario y Equipo Odontológico

- Sillón dental
- Una unidad dental
- Una lámpara dental
- Taburete
- Equipo de rayos X de pared

- 2 Lámparas de fotocurado eléctricas
- Amalgamador eléctrico
- Autoclave tipo olla eléctrica
- Caja de revelado
- Localizador de ápice
- Instrumental para operatoria, kits básicos, exodoncias
- Dos jeringas aspiradoras
- Compresor dental
- Un calentador de anestesia
- Escritorio de madera, banco y silla
- Sillas de espera
- Lavamanos
- Gabinetes dentales: uno con siete gavetas y tres puertas de color blanco, un gabinete aéreo de cuatro puertas y otro gabinete aéreo de dos puertas.
- Archivero metálico de tres gavetas

Este mobiliario permite una organización adecuada del espacio clínico y facilita la ejecución de procedimientos preventivos y restaurativos. Todos se encuentran en buen funcionamiento.

Protocolo de Asepsia y Esterilización

Para garantizar la seguridad del paciente, personal auxiliar y odontólogo se siguen normas estrictas de higiene antes, durante y después de la atención clínica:

1. Limpieza del entorno clínico

Antes de recibir a cada paciente, se realiza la desinfección de la unidad dental antes y después de cada atención, piezas de mano, mobiliario y áreas comunes.

2. Preparación del profesional

El odontólogo y su personal auxiliar deben utilizar barreras de protección como guantes, mascarilla, gorro quirúrgico, bata y lentes de protección, para minimizar así el riesgo de exposición a fluidos corporales y aerosoles.

3. Manejo del instrumental

- *Selección y recolección:* al finalizar la atención, se limpian las bandejas y se separan adecuadamente los desechos; los materiales cortopunzantes se depositan en su recipiente, y el resto en recipientes para desechos bioinfecciosos. Los instrumentos son trasladados al área de limpieza con las barreras de protección.
- *Lavado y descontaminación:* se realiza de manera manual con jabón y cepillo, eliminando cualquier residuo biológico.
- *Secado, clasificación y empaque:* se seca con toallas de papel el instrumental y se colocan en bolsas de esterilización debidamente selladas.
- *Esterilización:* Se introducen en el autoclave, siguiendo las instrucciones del fabricante.
- *Almacenamiento:* Tras la esterilización y secado, se verifica el correcto sellado de cada paquete antes de almacenarlos para su uso posterior.

4. Manejo de desechos

Todo material contaminado con fluidos, afilado o corto punzante se deposita en contenedores seguros debidamente rotulados con símbolos de riesgo biológico (guardián), para prevenir accidentes y proteger al personal encargado del manejo de residuos.

Abastecimiento de Materiales Dentales

El abastecimiento de insumos dentales está a cargo del Centro de Programas Alternativos, el cual provee materiales en cantidades limitadas, lo que en ocasiones dificulta la prestación de una atención clínica adecuada. Cuando hay escasez, el odontólogo debe elaborar una lista de necesidades, que es enviada al área de contabilidad, para poder autorizar el dinero en efectivo. Luego el odontólogo practicante se encarga de la compra de los insumos.

Horario de Atención

Tabla 11



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Odontología
Ejercicio Profesional Supervisado



HORARIO DE ATENCIÓN					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 - 8:30 AM	Limpieza del área				
8:30 - 10:30 AM	Atención Clínica Integral				
10:30 - 12:30 PM	Atención Clínica Integral	Atención Clínica Integral	Atención Clínica Integral	Atención Clínica Integral	Capacitación Asistente
12:30 - 13:30 PM	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
14:00 - 17:00 PM	Atención Pacientes Integrales y SFF				
17:00 - 17:30 PM	Limpieza del área y Esterilización				

Fuente: Elaboración propia

❖ Capacitación de Personal Auxiliar

Descripción

En el contexto del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), la figura del asistente dental desempeñó un papel fundamental para el funcionamiento eficiente, seguro y organizado de la clínica odontológica ubicada en el Centro de Programas Alternativos de Santa Apolonia, Chimaltenango. Sus funciones abarcaron tanto el ámbito administrativo, organizando los recursos y actividades de la clínica, como el área clínica, donde colaboró activamente en la preparación del área operatoria, manejo de instrumental y acompañamiento del paciente durante los procedimientos.

Contar con un asistente dental capacitado facilitó la atención clínica diaria, optimizó los tiempos de trabajo y fortaleció el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, impactando positivamente en la calidad del servicio brindado a la comunidad.

Metodología y Forma de Evaluación

Durante el desarrollo del EPS se brindó capacitación teórica y práctica a dos asistentes dentales: Carmen García y Juana Cun. La formación se llevó a cabo a lo largo de ocho meses, distribuidos entre ambas colaboradoras.

Carmen García desempeñó el rol de personal auxiliar durante los meses de agosto a octubre 2024. Ella contaba con más de 20 años de experiencia como asistente dental en este Centro, lo cual facilitó su integración al trabajo clínico. Su participación fue de gran apoyo durante la primera etapa del programa.

Por otro lado, Juana Cun inició su proceso de formación en el mes de febrero de 2025 y finalizó en junio, coincidiendo con el cierre del EPS. A diferencia de su predecesora, no contaba con experiencia ni conocimientos previos en el área odontológica, por lo que fue necesario iniciar su capacitación desde los fundamentos básicos. A lo largo de estos cinco meses, se le instruyó en los temas esenciales para el desempeño como asistente dental, combinando teoría, práctica clínica y apoyo visual para reforzar el aprendizaje.

Durante su primer mes (febrero) se abordaron los temas que se impartieron en los meses anteriores, por lo que la asistente debía estudiar por su cuenta; posteriormente se realizaba una retroalimentación en conjunto y se aplicaban los conocimientos adquiridos durante las actividades clínicas. En el primer mes activo de la asistente se entregaron dos temas para cumplir con la planificación establecida.

Dado que en la clínica no se realizaban todos los procedimientos de rehabilitación oral, algunos contenidos se reforzaron mediante ayudas audiovisuales que facilitaron la comprensión teórica.

La evaluación del proceso formativo se llevó a cabo al final de cada mes mediante una prueba escrita, basada en los contenidos desarrollados.

Temas Impartidos

A lo largo del proceso, se impartieron los siguientes temas:

- Funciones del asistente dental y limpieza de instrumentos.
- Desechos tóxicos y equipo dental.
- Fluoruros de uso tópico.
- Instrumental básico de operatoria.
- Instrumental básico de cirugía y exodoncia.
- Materiales de impresión.
- Instrumental de periodoncia.
- Tipos de yesos en odontología.

Análisis de resultados en relación a los conocimientos y habilidades alcanzadas

Tabla 12.

Temas impartidos durante el desarrollo del EPS		
Mes	Tema	Nota Obtenida
septiembre 2024	Funciones del asistente dental y limpieza de instrumentos.	100
septiembre 2024	Desechos tóxicos y equipo dental.	100
octubre 2024	Fluoruros de uso tópico.	100
febrero 2025	Instrumental básico de operatoria.	100
marzo 2025	Instrumental básico de cirugía y exodoncia.	100
abril 2025	Materiales de impresión.	100
mayo 2025	Instrumental de periodoncia.	100
junio 2025	Tipos de yesos en odontología.	100

Fuente: Elaboración propia con datos de informes mensuales

La capacitación brindada a lo largo del EPS fortaleció considerablemente la operatividad clínica, y mejoró la asistencia diaria durante los procedimientos odontológicos. Asimismo, permitió que el asistente dental desarrollara seguridad, autonomía y compromiso en sus

funciones. Este proceso formativo sentó una base sólida de conocimientos que podrá seguir ampliándose a través de futuras experiencias en el campo de la salud.

Fotografías



Foto 38, 39, 40 y 41. Esterilizando y realizando la prueba del mes.

6. SEMINARIOS REGIONALES Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

Descripción del proceso de Educación a Distancia

La formación continua es un componente fundamental en la práctica odontológica moderna, ya que permite al profesional mantenerse actualizado, adquirir nuevas técnicas y ofrecer tratamientos más seguros y respaldados por la evidencia científica. Más allá del perfeccionamiento de habilidades, este proceso garantiza una atención más eficaz y de calidad para los pacientes.

En el marco del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), se implementa un módulo de Educación a Distancia, cuyo propósito es ampliar los conocimientos del estudiante en diversas áreas de la odontología. Esta modalidad se desarrolla por medio de foros virtuales, en los cuales se propone un tema específico y se fomenta la participación activa mediante el intercambio de ideas, comentarios y debates entre los estudiantes, promoviendo así un aprendizaje colaborativo.

Adicionalmente, se incluye la lectura de artículos científicos relacionados con los temas propuestos. Como parte de la dinámica, cada estudiante debe elaborar una síntesis individual donde se destaquen los puntos clave del contenido leído, con el objetivo de fortalecer la comprensión y el análisis crítico de la información.

Cuadro Resumen

Tabla 13

Tema de artículos científicos para desarrollar la educación continua en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado EPS		
AÑO	MES	TEMA
2024	Agosto	La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública.
	Septiembre	Herramientas Actuales para el Diagnóstico, Manejo y Control de la Caries.
	Octubre	Luxación intrusiva en dentición primaria.
2025	Febrero	Hipomineralización Molar Incisivo. Actualización de las pautas diagnósticas y terapéuticas.
	Marzo	Microabrasión e infiltración como alternativa de tratamiento para Fluorosis Dental severa.
	Abril	Comunicación bucosinusal en molar superior.
	Mayo	Alternativas terapéuticas de osteonecrosis maxilar asociada a medicamentos (ONMAM).
	Junio	Principales Criterios de Diagnóstico de la Nueva Clasificación de Enfermedades y Condiciones Periodontales.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos mensualmente

CARCINOMA MANDIBULAR INVASIVO

Kateryn Fabiola Morales Cortez

Resumen

Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, quien consultó por dolor mandibular persistente. Las radiografías realizadas en el Hospital Roosevelt revelaron una lesión destructiva, siendo referido al área de oncología, donde se confirmó un carcinoma mandibular mediante biopsia. La evolución fue agresiva, con pérdida de tejido óseo, piezas dentales y piel submandibular. El tratamiento incluyó cirugía radical y radioterapia, con complicaciones postoperatorias significativas. Actualmente, el paciente se encuentra en control clínico, sin evidencia de recaída. El caso subraya la importancia del diagnóstico temprano en lesiones orales y el manejo multidisciplinario, especialmente en pacientes con comorbilidades crónicas.

Palabras clave: Cáncer mandibular, carcinoma oral, diabetes mellitus, cirugía maxilofacial, radioterapia.

Introducción

El cáncer mandibular, aunque menos prevalente que otros tipos de cáncer oral, representa una entidad clínicamente desafiante debido a su proximidad a estructuras vitales y su tendencia a diagnosticarse en etapas avanzadas. El carcinoma de células escamosas es la forma histológica más común, con factores de riesgo que incluyen edad avanzada, tabaquismo, alcoholismo y enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus (1,3). Esta última puede alterar la respuesta

inflamatoria e inmunológica, afectando la evolución y recuperación. Este reporte expone un caso de carcinoma mandibular con evolución agresiva, complicaciones quirúrgicas y recuperación lenta, en un paciente con comorbilidad metabólica significativa.

Presentación del caso

Paciente: masculino de 72 años de edad, con antecedentes médicos de diabetes mellitus tipo 2 controlada, acude a la clínica dental para la retirada de restos de

sutura. Durante la anamnesis, refiere haber sido sometido previamente a una biopsia de una lesión localizada en la mandíbula. Informa que, tras la confirmación del diagnóstico, se le realizó la extirpación quirúrgica de un tumor maligno mandibular, así como un raspado óseo complementario.

Motivo de consulta: Paciente refiere dolor mandibular, acompañado de la aparición de un crecimiento anómalo de tejido en la región correspondiente a piezas dentales, lo que lo motivó a asistir a consulta médica.

Diagnóstico

Radiografías panorámicas y faciales: realizadas en el Hospital Roosevelt, mostraron áreas de destrucción ósea en el cuerpo mandibular derecho.

Derivación a oncología: por sospecha de neoplasia maligna.

Biopsia incisional: confirmó un carcinoma, con destrucción de hueso, pérdida de varias piezas dentales y compromiso de tejidos blandos submandibulares.

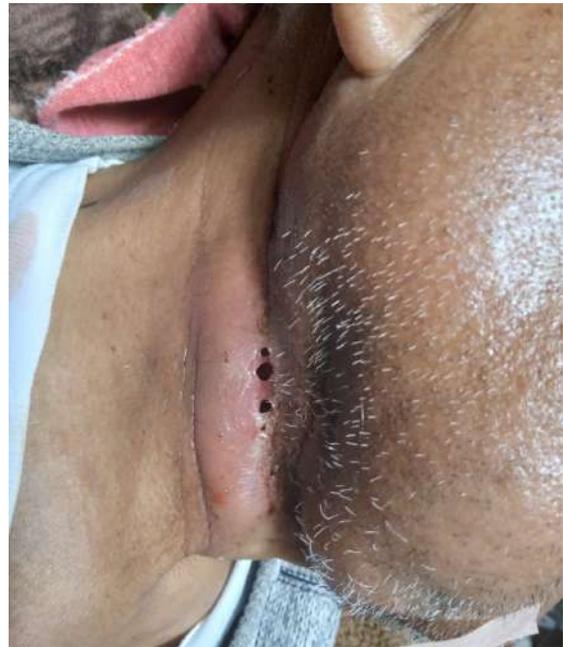


Foto 42. Separación de herida, al retirar puntos de sutura



Foto 43. Herida cicatrizada.

Tratamiento

El abordaje fue quirúrgico, con resección amplia del tejido tumoral y estructuras comprometidas, limpiezas de la herida, seguida de tratamiento con radioterapia.

El postoperatorio fue complejo: el paciente presentó separación de la herida quirúrgica, lo que retrasó la cicatrización.

Durante la recuperación, su alimentación fue exclusivamente líquida debido a las limitaciones funcionales orales.

Seguimiento

Refiere que, a la fecha, el paciente se encuentra clínicamente estable, acude a sus chequeos regulares y no presenta signos de recurrencia local ni metástasis. Su evolución post tratamiento ha sido positiva, aunque continúa con limitaciones en su función masticatoria y movilidad mandibular.



Foto 44. Proceso de cicatrización



Foto 45. Proceso de cicatrización

Discusión

El diagnóstico tardío del cáncer mandibular en este caso condicionó una evolución clínica rápida y agresiva. La diabetes probablemente contribuyó a la mala cicatrización postquirúrgica y al aumento del riesgo de complicaciones. Este caso evidencia cómo el dolor facial inespecífico puede enmascarar patologías malignas en sus primeras etapas, especialmente en adultos mayores.

La literatura destaca la relevancia del diagnóstico precoz mediante exámenes radiográficos en atención primaria, y el valor de la derivación oportuna a especialistas. Abordaje multidisciplinario (cirujanos maxilofaciales, oncólogos, endocrinólogos y personal de rehabilitación) fue clave para la recuperación funcional y sistémica del paciente.

Conclusiones

Este caso subraya la importancia de considerar el cáncer mandibular como diagnóstico diferencial en pacientes mayores que presenten dolor facial persistente, aun sin lesiones visibles. En personas con diabetes mellitus, la atención debe ser aún más rigurosa por el riesgo de evolución rápida y complicaciones postoperatorias.

El diagnóstico temprano y el tratamiento coordinado entre especialidades siguen siendo fundamentales para mejorar los resultados clínicos.

Comentario

La implementación de la Educación a Distancia dentro del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) representa una herramienta valiosa para fortalecer la formación continua del estudiante de odontología. A través de foros virtuales y la lectura crítica de artículos científicos, se promueve un aprendizaje activo, reflexivo y colaborativo, lo cual es esencial para enfrentar los retos de la práctica clínica actual.

El cuadro temático demuestra una planificación pertinente, aborda temas relevantes como la salud pública bucal, diagnósticos actuales y alternativas terapéuticas innovadoras. Además, el caso clínico presentado destaca la importancia del diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario, especialmente en pacientes con comorbilidades. En conjunto, estas estrategias educativas contribuyen a formar profesionales más preparados y conscientes del impacto integral de su labor.

V. CONCLUSIONES

1. Se logró una cobertura significativa en actividades preventivas y educativas; se alcanzó a más de 761 escolares y 35 padres de familia mediante 110 actividades en salud bucal, y se reforzó la importancia de la promoción comunitaria en el control de enfermedades orales.
2. La intervención física en la cocina escolar, gestionada con fondos propios y participación comunitaria, evidenció que pequeñas acciones pueden tener un gran impacto en el entorno y percepción de la salud escolar.
3. El estudio sobre prevalencia de caries reveló un índice CPO-D promedio de $\bar{x}=8.66$ en escolares, con una desviación estándar de $\sigma= 4.42$, lo que evidencia una carga de enfermedad bucal significativamente elevada y muy por encima del promedio regional. Estos hallazgos muestran una clara asociación con condiciones nutricionales desfavorables, y subrayan la urgencia de intervenciones orientadas a la mejora de la salud bucodental y del estado nutricional infantil.
4. Se atendieron 1,801 tratamientos, con énfasis en sellantes, obturaciones y exámenes clínicos; y se cumplió con los objetivos de atención primaria preventiva en comunidades rurales con limitado acceso a servicios especializados.
5. La experiencia del EPS permitió fortalecer habilidades clínicas, comunicación con pacientes, manejo de recursos limitados y sensibilidad social; además contribuyó a la formación integral del futuro profesional odontólogo.

VI. RECOMENDACIONES

1. **Para futuras cohortes de EPS:** Reforzar la planificación de actividades educativas con materiales didácticos adaptados a la población infantil, así como integrar metodologías participativas con estudiantes y docentes.
2. **Para el Ministerio de Salud y Educación:** Promover la incorporación permanente de programas de salud bucal escolar con enfoque nutricional, dada la clara asociación entre desnutrición y caries dental encontrada en esta población.
3. **Para la comunidad y autoridades locales:** Fomentar el mantenimiento de las mejoras realizadas y continuar con actividades de seguimiento en salud bucal, idealmente con el apoyo de centros de educación y organizaciones locales.
4. **A nivel institucional:** Considerar la creación de alianzas intersectoriales que permitan mayor disponibilidad de insumos odontológicos y ampliación de cobertura para tratamientos restaurativos y preventivos en comunidades rurales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Caries dental en el mundo: estadísticas y datos clave. Ginebra: OMS; 2022. [Citado 16 de jul del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
2. Organización Mundial de la Salud. Malnutrition in children. Ginebra: OMS; 2024. [Citado 16 de jul del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children>
3. Gugnani N, Pandit IK, Srivastava N, Gupta M, Sharma M. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): a new concept. Int J Clin Pediatr Dent. [Internet]. 2010. [Citado 17 de julio del 2025]; 4(2):93–100. DOI: [10.5005/jp-journals-10005-1089](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1089)
4. Moynihan PJ, Kelly SA. Effect on caries of restricting sugars intake: systematic review to inform WHO guidelines. J Dent Res. [Internet]. 2014. [Citado 18 de julio del 2025]; 93(1):8–18. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3872848/>
5. Manna I. Crecimiento, desarrollo y madurez en niños y adolescentes: relación con el deporte y la actividad física. Am J Sports Sci Med. [Internet]. 2014. [citado el 24 julio 2025]; 2(5A):48-50. Disponible en: <https://pubs.sciepub.com/ajssm/2/5A/11/index.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. Curvas de crecimiento infantil: patrones de referencia de la OMS. Washington, D.C.: OPS; 2006. p. 1-48.
7. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO; 2006. p. 1-5.


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



8. Orellana Aguilar W, Herbas Gonzales MJ, Calizaya Cartagena TC, Mamani Rosas AM. Escuelas saludables, índice de CPOD y ceo-d. Rev Cient Salud UNITEPC. [Internet]. 2022. [citado el 19 jul 2025]; 9(2):38-45. DOI: <https://doi.org/10.36716/unitepc.v9i2.121>
9. Cárdenas-Serres C, Ginés-García B, Almeida-Parra F, Acero-Sanz JJ. Carcinoma primario intraóseo de mandíbula: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral Maxilofac. [Internet]. 2022. [citado el 10 de julio 2025]; 44(3):122-125. DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2022.1395/2022>
10. Mukherji SK, Isaacs DL, Creager A, Shockley W, Weissler M, Armao D. CT detection of mandibular invasion by squamous cell carcinoma of the oral cavity. AJR Am J Roentgenol. [Internet]. 2001. [citado el 10 de Julio 2025]; 177(1):237–43. DOI: <https://doi.org/10.2214/ajr.177.1.1770237>.
11. Rivera C. Essentials of oral cancer. Int J Clin Exp Pathol. 2015; 8(9):11884–94.

Vo. Bo. 29/07/2025


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



VIII. ANEXOS



CENTRO DE PINTURAS
 DISTRIBUIDORA DE PINTURAS S.A.
 12 CALLE 4-77 ZONA 9 GUATEMALA, GUATEMALA
 TEL. 2362-5068/2362-5020
 **4210-8781**
 NIT: 40218007

DOCUMENTO TRIBUTARIO ELECTRONICO

Factura Electrónica
 Serie: 04FFE4FB
 No.: 3412411869

DIA MES AÑO

Nombre:

Dirección: CIUDAD

CANTIDAD	DESCRIPCION	P. UNIT	VALOR
3	03131-05 BLACK PREMIUM LATEX AMARILLO ANTIGUO CUBETA	Q 289.99	Q 869.97
1	2790-05 LATEX BLANCO CUBETA	Q 289.99	Q 289.99
1	03131-01 BLACK PREMIUM LATEX AMARILLO ANTIGUO GALON	Q 0.01	Q 0.01
1	03116-01 BLACK PREMIUM LATEX BEIGE GALON	Q 0.01	Q 0.01
2	0074 KIT DE CORONA APLICACION STANDAR	Q 0.01	Q 0.02
1	0209 BROCHA ELITE PRO 4"	Q 30.00	Q 30.00

Sujeto a pagos trimestrales ISR

TOTAL EN LETRAS: UN MIL CIENTO NOVENTA QUETZALES EXACTOS

Descuento Total: Q 0.00

Total: Q 1,190.00

Número de Autorización: 04FFE4FB-CB65-45DD-AB9F-A3FCF1B9EBA0

Fecha de Certificación: 2024-11-04T14:18:18-06:00

CERTIFICADOR: INFILE, S.A.
 NIT: 12521337



Fuente: Kateryn Fabiola Morales Cortez

Descripción: Factura de compra de pintura y utensilios.

BIOSEGURIDAD EN LA CLINICA DENTAL

¡Atención!

BIOSEGURIDAD

Se define como el conjunto de medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos.

EQUIPO DE PROTECCIÓN

Odontólogo y Personal Auxiliar

- Lavado de manos
- Ropa Protectora: bata o filipina, gorro
- Guantes
- Protección ocular: gafas y careta
- Protección respiratoria: mascarilla

ESTERILIZACIÓN

Procedimientos que garantizan la disminución o eliminación de microorganismos. La eliminación de los agentes patógenos es fundamental para interrumpir la cadena de transmisión.

Pasos para esterilizar:

- Lavar
- Remojar
- Secar
- Empacar
- Esterilización en humedo o seco

CONSULTORIO DENTAL

- Paredes, techos, pisos lios, faciles de limpiar
- Superficies de trabajo impermeables, resistentes a desinfectantes, solventes organicos, etc.
- Espacios de almacenamiento para material, asi evitar el acumulo en superficies de trabajo.
- Protección de equipo, unidad dental.

RESIDUOS

- Descartar agujas, bisturís y cualquier objeto punzo cortante en el guardian.
- Descartar gasas, servilletas, guantes, mascarillas, gorros y batas descartables en bolsas rojas.

IMPORTANTE

El ambiente y las prácticas odontológicas representan un alto riesgo, para la transmisión de agentes patógenos, por lo que se deben seguir protocolos de prevención y protección, para pacientes, personal auxiliar y profesionales.

ELABORÓ: KATERYN MORALES CORTEZ - EPS 2024

Fuente: Kateryn Fabiola Morales Cortez

Descripción: protocolo de desinfección y esterilización usado en la clínica odontológica del Centro de Programas Alternativos.

El contenido del presente informe es única y exclusivamente responsabilidad del autor.

Kateryn Fabiola Morales Cortez

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

Vo. Bo.



Dr. Edwin Ernesto Milian Rojas
SECRETARIO ACADÉMICO
Facultad de Odontología
Universidad de San Carlos de Guatemala

