

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN CLÍNICA DENTAL DR. RUSSEL GROOVER EN EL CENTRO DE SALUD, LA UNIÓN,
ZACAPA, FEBRERO A OCTUBRE DE 2015

Presentado por:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ CHACÓN

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre 2015

INFORME FINAL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO
EN CLÍNICA DENTAL DR. RUSSEL GROOVER EN EL CENTRO DE SALUD, LA UNIÓN,
ZACAPA, FEBRERO A OCTUBRE DE 2015.

Presentado por:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ CHACÓN

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

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, noviembre 2015

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. Edwin Oswaldo López Díaz
Vocal Segundo:	Dr. Henry Giovanni Cheesman Mazariegos
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. José Rodrigo Morales Torres
Vocal Quinta:	Br. Stefanie Sofía Jurado Guilló
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. José Alberto Aguilar Contreras
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Quien desde el momento que nací ha estado en mi vida y ha guiado todos mis pasos y me ha permitido cumplir cada una de las metas que me he propuesto hasta el día de hoy.
- A Mis Padres: Rosa María Chacón y Bayron González que sin todo su apoyo y amor durante toda mi vida, no habría podido llegar a este momento. Este es otro triunfo suyo, son mi ejemplo a seguir. Gracias por todo. Los quiero.
- A Mi Tía y Abuelita: Gracias por todo su amor, compañía, todos sus cuidados durante toda mi vida. Son mi segunda madre. Gracias por guiarme siempre por el camino del bien y nunca dejarme caer en los momentos difíciles. Este triunfo también es de ustedes. Gracias. Las Quiero.
- A mis Abuelos: Gracias por toda su ayuda y apoyo durante todo este proceso. Siempre me guiaron por el camino correcto. No lo habría logrado sin ustedes.
- A mis Hermanos: Gracias por toda su ayuda y apoyo siempre.
- A mis Tíos y primos: Gracias por apoyo y consejos durante todo este camino.
- A mis Amigos: Gracias por su amistad, ayuda, compañía y cariño durante todo este tiempo. Son muy importantes para mí. Siempre pueden contar conmigo.
- A mis Profesores: Gracias por su amistad, enseñanzas y apoyo durante este proceso de formación como profesional.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la clínica dental del Centro de Salud, La Unión, Zacapa, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

ÍNDICE

Sumario.....	3
I. Actividades Comunitarias.....	5
1.1 Introducción.....	6
1.2 Planteamiento del Problema.....	7
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos	9
1.5 Metodología.....	10
1.6 Cronograma de Actividades.....	11
1.7 Recursos.....	13
1.8 Resultados.....	14
1.9 Limitaciones.....	15
1.10 Conclusiones.....	16
1.11 Recomendaciones.....	17
II. Prevención de Enfermedades Bucales.....	18
2.1 Introducción.....	19
2.2 Objetivos.....	20
2.3 Metas del Programa.....	20
2.4 Descripción del Programa.....	21
2.4.1 Subprograma de Enjuagues de Fluoruro al 0.2%.....	21
2.4.2 Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras.....	24
2.4.3 Subprograma de Educación en Salud.....	27
2.5 Análisis del Programa de Prevención.....	30
2.6 Conclusiones.....	31
2.7 Recomendaciones.....	32
III. Investigación Única.....	33
3.1 Introducción.....	34
3.2 Tipo de Estudio.....	34
3.3 Centros donde se realizó el estudio.....	34
3.4 Objetivos.....	35
3.5 Materiales y Métodos.....	35
3.6 Metodología.....	42

3.7 Trabajo de Campo.....	43
3.8 Estrategia de Análisis.....	44
3.9 Aspectos Éticos.....	44
3.10 Organización de Trabajo de Campo.....	45
3.11 Resultados.....	46
3.12 Conclusiones.....	56
3.13 Recomendaciones.....	57
IV. Actividad Clínica Integral.....	58
4.1 Introducción.....	59
4.2 Resultados.....	60
4.3 Conclusiones.....	69
4.4 Recomendaciones.....	70
V. Administración del Consultorio.....	71
5.1 Institución donde se realizó el EPS.....	72
5.2 Estructura Administrativa.....	72
5.3 Organigrama Administrativo.....	72
5.4 Infraestructura.....	73
5.5 Protocolo de Esterilización.....	73
5.6 Horario de Actividades.....	74
5.7 Capacitación al Personal Auxiliar.....	75
VI. Referencias Bibliográficas.....	80
VII. Anexos.....	82

SUMARIO

El presente Informe del Programa Ejercicio Profesional Supervisado realizado en la Clínica Dental “Dr. Russel Groover” del Centro de Salud en el municipio La Unión del departamento de Zacapa en el período de febrero a octubre de 2015, expone, explica y detalla todas las actividades realizadas, así como los resultados obtenidos de cada una de las mismas.

Este programa tiene como fin que el estudiante de sexto año ponga en práctica todas las habilidades y conocimientos, tanto teóricos como prácticos, aprendidos durante todos los años de la carrera de Cirujano Dentista en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Así como lograr una integración con la población y realizar mejoras en la comunidad.

Las actividades que se desarrollaron en este programa fueron las siguientes:

- **Actividades Comunitarias:** se realizó la mejora de la cancha deportiva en la Escuela Oficial Urbana Mixta de la aldea Chichipate. Esto se logró llevando a cabo la pintura de la cancha y porterías, la colocación de redes y la donación de balones para la práctica de los deportes fútbol y básquetbol. También como parte de este proyecto, se realizó la donación de juegos interactivos y educativos a los niños de nivel pre-primario, los cuales no tienen acceso a la cancha deportiva.
También se realizaron mejoras a la clínica dental, las cuales consistieron en la donación de un nuevo taburete para la unidad dental, la colocación de una nueva tapadera para el inodoro y la colocación de un nuevo calentador eléctrico de agua; también se colocó un nuevo botiquín médico y muebles para el almacenamiento de todos los materiales e insumos que se utilizaban en la clínica dental.
- **Prevención de Enfermedades Bucales:** este programa se llevó a cabo en 6 escuelas, 2 en el casco urbano y 4 en aldeas de La Unión, Zacapa.
 - En el subprograma de Enjuagues de Fluoruro al 0.2%, se logró beneficiar a un promedio de 690 niños cada mes; se realizaron un total de 11,966 enjuagues durante los ocho meses del EPS.
 - En el subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras se trataron mensualmente a 20 niños de diferentes grados, con un total de 161 niños beneficiados y un 1,130 sellantes de fosas y fisuras en los ocho meses de EPS.

- En el Subprograma de Educación en Salud, se realizaron 8 charlas mensuales tratando diferentes temas en relación a la prevención y educación en salud oral. En total se realizaron 64 charlas y se beneficiaron a 1200 niños, entre quienes se repartieron 300 kits de cepillo y pasta.
- Investigación Única: se recabó la información necesaria para llevar a cabo la investigación con título “Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 12 años en el Sector Público y su Relación con Variables Socio-económicas. Se tomó como muestra a 20 escolares, a quienes se les realizó una visita domiciliar y un examen clínico.
- Atención Clínica Integral: se atendió a niños escolares y a personas de la población en general durante los 8 meses de duración del programa EPS. En estos pacientes se realizó un total de 86 profilaxis dentales y aplicaciones tópicas de flúor, 866 sellantes de fosas y fisuras, 5 restauraciones de ionómero de vidrio, 57 tratamientos periodontales, 146 restauraciones de amalgama de plata, 628 restauraciones de resina compuesta, 8 pulpotomías, 9 coronas de acero y 404 extracciones dentales.
- Administración del Consultorio: Se planificó, organizó y desarrolló un programa de administración de la clínica dental. Así mismo, se capacitó a la persona que ejerció como asistente dental en el consultorio.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Mejoras en la cancha deportiva e Implementación de Juegos Interactivos en la Escuela Chichipate, Aldea Chichipate, La Unión, Zacapa.

1.1 Introducción

El Ejercicio Profesional Supervisado es un programa cuya finalidad busca que los futuros odontólogos puedan ayudar a una población determinada, no sólo en lo que se refiere a la salud bucal, prevención o tratamiento de enfermedades orales; sino que también tiene como objetivo ayudar a la población a que tenga un mejor estilo de vida y puedan salir poco a poco de la infinidad de dificultades y problemas que se viven día a día.

Durante las diferentes visitas a las escuelas y conversaciones con los directores y profesores de éstas, se pudo observar que la mayoría de escuelas no contaba con un ambiente adecuado para recibir clases, mucho menos para que los niños se pudieran recrear durante los períodos indicados de descanso. Por estas razones, el proyecto de ayuda comunitaria está enfocado en este aspecto.

Durante los 8 meses de EPS, se llevaron a cabo diferentes actividades: como la visita a las escuelas para conocer su situación y buscar problemas que se pudieran mejorar o solucionar por medio de este proyecto. Luego se informó a las diferentes organizaciones los objetivos y metas del proyecto, para poder gestionar ayuda y apoyo, ya fuera de personal o materiales, para poder iniciar y realizar las mejoras necesarias.

Para llevar a cabo todo este proceso se superaron diversas dificultades, que se presentan en los proyectos que buscan ayudar a poblaciones de escasos recursos.

1.2 Planteamiento del Problema

La recreación es un derecho de toda persona en nuestro país, ya que permite que las personas puedan compartir y disfrutar mientras realizan diferentes actividades deportivas y de diversos ámbitos recreativos. También es importante realizar actividades físicas constantemente, para mantener un estado óptimo de salud y no sufrir de enfermedades, y por ello, perder días de estudio o trabajo. (4)

Este proyecto consistió en mejorar la cancha deportiva, colocar redes a las porterías, pintar las líneas de la cancha y donar balones para poder practicar deportes como el fútbol. Todas estas mejoras se realizaron a través de la gestión en las diferentes organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, que brindaron la ayuda para llevarlo a cabo.

Gracias a este proyecto, los niños de esta escuela podrán divertirse de mejor manera durante los períodos de recreo e iniciar con actividades como torneos deportivos de fútbol, voleibol, etc., y así mejorar su estado físico y divertirse de una manera sana.

1.3 Justificación

En Guatemala, existen problemas en todos los ámbitos del sector público y privado. Estos problemas no están alejados de todo lo que respecta a la educación en cualquier nivel académico y en todos los rincones del país.

Para que la población estudiantil pueda salir adelante, tanto académica como profesionalmente, no solo es necesario contar con los recursos en materiales o infraestructura para recibir clases o laboratorios; sino que todo lo que respecta a la recreación. La práctica de deportes es sumamente importante para poder rendir de manera adecuada en el ámbito académico y poder disfrutar la vida estudiantil.

Estas son las razones por las que el proyecto se enfocó en ayudar a la Escuela Mixta “Chichipate” de la aldea Chichipate, del municipio de La Unión, Zacapa; donde se donaron juegos interactivos y educativos para los niños de nivel preprimaria y se mejoraron las condiciones de la cancha deportiva utilizada por los demás niños de la escuela.

1.4 Objetivos

Objetivo General:

- Mejorar la calidad de los períodos de recreación y de educación física en la Escuela Mixta “Chichipate” de la aldea Chichipate, del municipio de La Unión, Zacapa.

Objetivos Específicos:

- Colaborar con la aldea “Chichipate” para que los niños realicen más actividades deportivas.
- Implementar torneos deportivos que involucren a los niños de la comunidad en actividades deportivas de una manera periódica y positiva.
- Organizar mantenimiento periódico a la cancha deportiva, para que se mantenga en óptimas condiciones.
- Lograr algunas mejoras en el funcionamiento de la clínica dental, para poder brindar una mejor calidad en los tratamientos dentales.

1.5 Metodología

Para llevar a cabo este proyecto, luego de su autorización y aprobación, se redactaron cartas para realizar la gestión de recursos en las diferentes organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales.

Debido a que la respuesta fue negativa por parte de las organizaciones a las cuales se les solicitó ayuda, los gastos y gestiones se realizaron por cuenta propia del epesista.

Se inició con la compra de los diferentes materiales, como pintura, balones, redes, etc. Se contrató a un pintor de la comunidad para realizar los trabajos de ornato en la cancha deportiva. Luego se instalaron las redes y se donaron los balones y juegos interactivos.

Por último, se realizó la inauguración de la cancha y los niños de la escuela pudieron disfrutar de todas estas mejoras.

1.6 Cronograma de Actividades

Mes	Actividad Realizada
Febrero	Se realizó una reunión con el director de la escuela para saber si el proyecto era viable y si se autorizaba llevarlo a cabo.
Marzo	Se redactaron y se enviaron las cartas a las instituciones, para informar y solicitar ayuda para la realización del proyecto comunitario. Las organizaciones a las cuales se les solicitó ayuda fueron: Banco de Desarrollo Rural S.A., Municipalidad La Unión, Zacapa, Asociación World Vision.
Abril	Se tenía planeado continuar con la gestión de los fondos para la realización del proyecto comunitario pero al momento de acudir a solicitar la respuesta de las cartas enviadas, ninguna institución tenía respuesta a la petición realizada. Un inconveniente que se presentó este mes fue que el espacio que se pensaba utilizar para la colocación de los juegos para los niños de nivel pre-primario fue utilizado para la construcción de otro salón para clases.
Mayo	En este mes, se acudió a las organizaciones a las cuales se había solicitado ayuda, pero la respuesta de todas estas fue negativa por diversos

	<p>motivos; por lo que los gastos de este proyecto correrían por propia del epesista. También este mes se realizó el presupuesto y se fijaron fechas para iniciar el proyecto.</p>
<p>Junio</p>	<p>Se realizó la pintura de las líneas de la cancha y de las porterías y marcos de la misma por parte de un pintor que se contrató. También se compraron los demás implementos (redes de portería de fútbol, redes de los aros de básquetbol, las pelotas de éstos y los juegos educativos para los niños de nivel pre primario).</p>
<p>Julio</p>	<p>Se terminó con el proyecto comunitario. Se colocaron las redes en las porterías de fútbol y en los aros de básquetbol así, como los balones respectivos para cada deporte.</p>
<p>Agosto</p>	<p>Se tenía planeado la realización de un torneo interescolar de fútbol y básquetbol, pero debido a las lluvias y a las fechas que coincidieron con actividades propias de la escuela no se pudo realizar. Solo se realizó la entrega de los juegos educativos pendientes a los niños de nivel preprimaria.</p>
<p>Septiembre</p>	<p>Se realizó la gestión para la compra e instalación del botiquín y los muebles de madera para la organización de los materiales que se utilizan en la clínica dental.</p>

1.7 Recursos

Humanos:

- Odontólogo Practicante en su EPS.
- Asistente Dental
- Pintor contratado
- Director de la Escuela

Materiales:

- Pintura
- Brochas
- Redes para las porterías
- Balones
- Juegos Interactivos y Educativos
- Taburete Dental
- Calentador Eléctrico
- Botiquín y Muebles de madera
- Tapadera plástica para inodoro
- Juegos de foamy educativos
- Otros

1.8 Resultados

Se logró que los niños de la Escuela Oficial Urbana Mixta “Chichipate” en La Unión, Zacapa; tuvieran un área deportiva con las condiciones adecuadas para la práctica de diferentes tipos de deportes. También que los niños de dicha escuela tuvieran las instalaciones adecuadas para la realización de torneos deportivos durante o después del período escolar.

Con la donación de los juegos educativos e interactivos, los niños de nivel pre-primario podrán aprender y divertirse al mismo tiempo.

También se logró la compra de un nuevo taburete dental, calentador eléctrico para la ducha del baño, una nueva tapadera para el inodoro, ya que los que se encontraban en la clínica estaban en pésimas condiciones. Así como la instalación de un botiquín más grande y en mejores condiciones para el almacenamiento de las medicinas y de muebles de madera para la organización de todos los insumos utilizados en la clínica.

1.9 Limitaciones

La limitación más sensible que se presentó al momento de planear y organizar todo lo relacionado con el proyecto comunitario, fue la falta de apoyo de las organizaciones a las cuales se les solicitó ayuda.

La falta de recursos económicos también fue importante al momento de llevar a cabo este proyecto, ya que se tenía contemplado realizar más cosas, como la donación de uniformes deportivos, más balones y la implementación de instalaciones necesarias para practicar voleibol, que es un deporte que a los habitantes de La Unión les gusta practicar, pero por la falta de instalaciones adecuadas no lo pueden practicar.

1.10 Conclusiones

- Las mejoras en la cancha deportiva de la Escuela Urbana Rural Mixta en la aldea Chichipate en La Unión, Zacapa; fueron de gran ayuda ya que todos los niños podrán practicar sus deportes favoritos de una manera adecuada. También representa un beneficio para el estado de salud, ya que el practicar deporte constantemente será de gran ayuda.
- Los juegos educativos interactivos donados a los niños de nivel pre-primario, ayudarán a los niños a distraerse de una manera sana y también podrán aprender de una manera divertida.
- Las mejoras en la clínica dental en el Centro de Salud en La Unión, Zacapa, serán de gran beneficio, ya que todas las actividades que se realizan se podrán llevar a cabo de una manera más ordenada y eficiente.

1.11 Recomendaciones

- Es importante que las actividades comunitarias se realicen en lugares de escasos recursos ya que ayudan a mejorar diversos tipos de problemas. La Universidad de San Carlos de Guatemala, debería de ayudar en la gestión para tramitar la solicitud de los recursos para realizar dichas actividades, ya que darían un peso extra y sería más fácil conseguir ayuda.
- Es necesario que antes del inicio del programa EPS, un técnico determinado por parte de la universidad realizara un chequeo y reparación de todos los problemas que se hayan encontrado, ya que es normal que con el paso del tiempo y el uso constante, las unidades dentales y demás equipo tenga fallas o necesite mantenimiento periódico.

II. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

1. Introducción

La Prevención en Salud Bucal tiene el propósito de mejorar la salud bucal de la población preescolar, de manera que se mantenga saludable y adquiera las herramientas necesarias para continuar esta condición. (5)

Durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) se realizaron diversos tipos de actividades, que tienen como objetivo la práctica de todo lo aprendido durante la carrera de cirujano dentista; así como la realización de actividades de ayuda, conocimiento e inmersión comunitaria.

Entre estas actividades, se encuentra el programa de Prevención de Enfermedades Bucales; el cual se subdivide en tres subprogramas, los cuales son: Enjuagues de Fluoruro de Sodio, Educación para la Salud Bucal y Sellantes de Fosas y Fisuras.

Todos estos subprogramas tienen como objetivo la prevención de enfermedades bucales como la caries dental, enfermedades periodontales (gingivitis, periodontitis, etc.), pérdida prematura de piezas dentales, tanto primarias como permanentes, entre otras. Esto se logra con la realización de charlas a los niños y sus padres, la colocación de sellantes de fosas y fisuras en dientes permanentes y enjuagatorios semanales de fluoruro de sodio al 0.2%.

Durante los ocho meses se realizaron sellantes de fosas y fisuras en un total de 161 niños de ambos sexos, 20 niños en cada mes; se colocó un total de 1,130 sellantes de fosas y fisuras.

Se realizaron enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% cada mes, con un promedio de 664 niños y 1,992 enjuagues mensuales.

Las charlas educativas se realizaron en seis escuelas del área urbana y rural. Cada charla mensual fue de un tema diferente, se impartieron en niños entre primero y sexto primaria. En promedio se abarcaron 140 niños mensuales de los diferentes grados y escuelas.

2.2 Objetivos

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los niños y adolescentes escolares de La Unión, Zacapa.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población de La Unión, Zacapa, por medio de:
 - a. Cepillo Dental.
 - b. Enjuagues con Fluoruro de Sodio.
 - c. Educación en Salud.
 - d. Sellantes de Fosas y Fisuras. (7)
- Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población. (7)
- Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales. (7)
- Evaluar el alcance de los objetivos propuestos. (7)

2.3 Metas del Programa de Prevención

- Dar enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2% semanalmente a 1,000 niños escolares de las diferentes escuelas de La Unión, Zacapa.
- Realizar actividades de educación en salud bucal y cubrir diferentes temas, con el objetivo de sensibilizar a escolares y maestros, y así promover una adecuada salud bucal.
- Realizar la colocación de sellantes de fosas y fisuras a 20 niños mensualmente, para evitar la aparición de caries dental y mejorar la salud de los escolares.

2.4 Descripción de los Componentes del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales

2.4.1 Subprograma Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2%

Metodología:

Con la ayuda de los monitores de cada escuela participante en el Programa de Enjuagatorios de Fluoruro, se pudieron llevar a cabo las actividades propuestas. Se les dio capacitación para aplicar los enjuagatorios a los niños. Según la cantidad de niños por escuela fue el número de pastillas mezcladas con la cantidad de agua exacta, para abarcar el número total de estudiantes.

La cantidad de enjuague que se le entregó a cada niño, semanalmente, fue de 5ml, por medio de vasitos con medidas exactas.

A cada niño se le entregó un vasito plástico pequeño que debían guardar y lavar para su posterior uso.

El enjuagatorio se repartía después de la refacción escolar y del cepillado dental.

El enjuagatorio de fluoruro de sodio al 0.2% debían mantenerlo en boca 3 minutos, como mínimo.

Después de realizar el enjuagatorio, los niños debían desechar por completo el enjuague, sin tragar el enjuague bucal. Luego, se les dio la instrucción de no enjuagarse la boca, ni comer o beber durante una hora, como mínimo.

Resultados

Tabla No.1

Número de niños beneficiados por escuela en el subprograma de enjuagues de flúor al 0.2%, en la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa. Febrero-October de 2015.

Escuela	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Promedio
EOUM José Martí Jornada Matutina	215	232	232	232	0	215	205	217	221.14
EOUM José Martí Jornada Vespertina	98	94	0	94	0	82	90	88	91
EORM El Chaguitillo	28	27	27	27	25	22	0	22	22.25
EORM Tres Pinos	74	74	74	74	68	63	85	87	74.87
EORM Chichipate	178	150	150	150	115	119	133	141	142
EORM El Volcancito	0	0	0	150	131	132	141	143	139.4
Totales	593	577	483	727	339	633	654	698	690.66

FUENTE: Informes mensuales del Programa de Prevención de enfermedades Bucales

Tabla No. 2

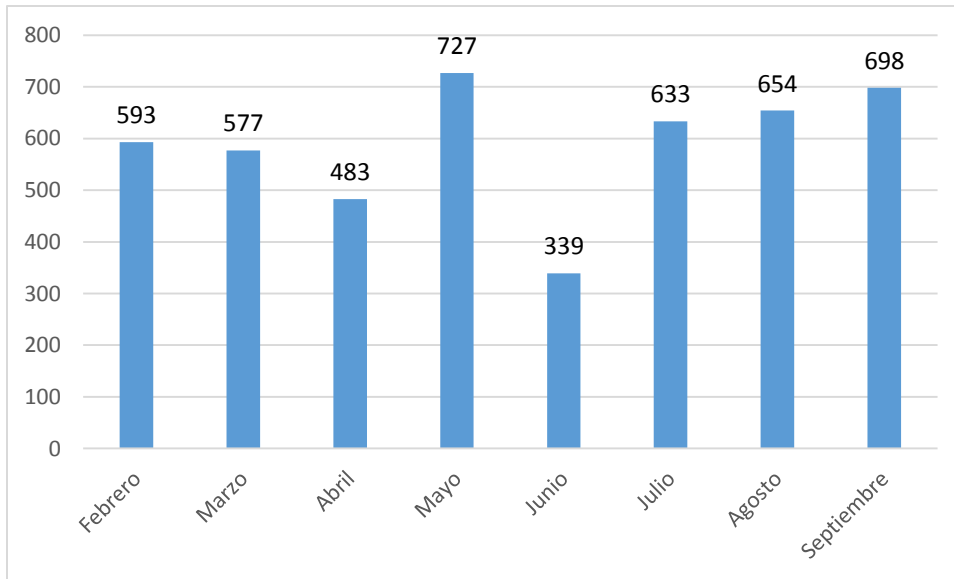
Número de niños beneficiados al mes en el subprograma de enjuagues de flúor al 0.2%, en la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa. Febrero-October de 2015.

<u>Mes</u>	<u>Número de niños mensuales</u>	<u>Enjuagues mensuales</u>
Febrero	593	1779
Marzo	577	1731
Abril	483	966
Mayo	727	2181
Junio	339	339
Julio	633	1266
Agosto	654	1308
Septiembre	698	1396

FUENTE: Informes mensuales del Programa de Prevención de enfermedades Bucales

Gráfica No. 1

Número de niños beneficiados al mes en el subprograma de enjuagues de flúor al 0.2%, en la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa. Febrero-Octubre de 2015.



FUENTE: Tabla No. 2

Análisis de los resultados:

En el subprograma de enjuagatorios de fluoruro de sodio al 0.2%, se realizaron los enjuagues semanales en seis escuelas, fue la EOUM José Martí en jornadas matutina y vespertina la más beneficiada con el subprograma. Durante los ocho meses del EPS, el promedio de niños beneficiados mensualmente con este subprograma fue de 690 niños; fue el mes de mayo (727 niños) y el mes de septiembre (698 niños), los meses donde más niños recibieron los enjuagues de fluoruro al 0.2%. No se pudo llegar a la meta de 1,000 niños mensuales, debido a que en las escuelas más cercanas y de fácil acceso no contaban con dicha cantidad de niños.

2.4.2 Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras

Metodología

El protocolo que se realizó para la colocación de los sellantes de fosas y fisuras fue el siguiente:

1. Limpieza de la superficie oclusal. 2. Aislamiento absoluto o relativo del campo operatorio, con la ayuda de rollos de algodón y el eyector. 3. Aplicación del ácido ortofosfórico al 37.5% sobre la fisura de la pieza dental. 4. Lavado de la superficie con abundante agua durante 20 segundos. 5. Secado de la superficie con aire. 6. Aplicación del adhesivo. 7. Fotopolimerización del adhesivo durante 20 segundos, según especificaciones del fabricante. 8. Colocación del sellante solo dentro de la fisura. 9. Fotopolimerización del sellante durante 20-30 segundos. 10. Evaluación y ajuste oclusal del sellante.

Materiales o recursos necesarios:

- Listado de niños seleccionados para el programa.
- Kit de Sellantes de fosas y fisuras.
- Ácido ortofosfórico al 37.5%.
- Adhesivo.
- Lámpara de fotocurado.
- Materiales para el aislamiento del campo operatorio.

Resultados

Tabla No. 3

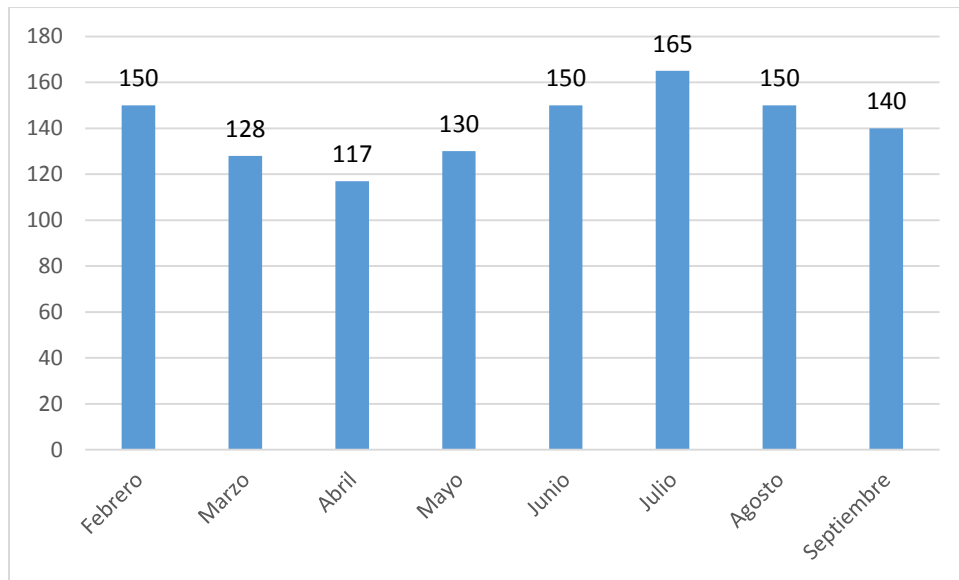
Número de niños tratados y de sellantes de fosas y fisuras realizados mensualmente en la Clínica Dental del Centro de Salud en La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015

Mes	Número de Niños	Numero de SFF
Febrero	21	150
Marzo	20	128
Abril	20	117
Mayo	20	130
Junio	20	150
Julio	20	165
Agosto	20	150
Septiembre	20	140
Totales	161	1130

FUENTE: Informes mensuales del Programa de Prevención de enfermedades Bucales

Gráfica No. 2

Número de SFF colocados al mes en el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras en la Clínica Dental del Centro de Salud en La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015



FUENTE: Tabla No. 3

Análisis de los resultados:

En el subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras, se tenía la meta de colocar SFF a 20 niños mensuales, la cual se logró realizar todos los meses con un total de 161 niños en todo el EPS. En estos niños se colocaron un total de 1130 SFF en todo el programa. Los meses donde más sellantes se colocaron fueron julio (165 SFF), febrero, junio y agosto (150 SFF).

2.4.3 Subprograma Educación en Salud Bucal

Metodología

Durante el subprograma de Educación en Salud Bucal, se realizaron mensualmente 8 charlas de salud bucal con diferentes temas relacionados con la prevención e información de todos los problemas y enfermedades que podemos llegar a desarrollar en nuestra cavidad oral.

Los temas que se impartieron fueron los siguientes:

- Erupción Dentaria
- Dieta Balanceada
- Importancia de Enjuagues de Flúor
- Anatomía Dental y Partes de la Boca
- Técnicas de Cepillado Dental
- Importancia de la Higiene Oral
- Métodos Alternativos de Higiene Oral
- Enfermedad Periodontal
- Caries Dental

Todas estas actividades de Salud Bucal se realizaron en las escuelas EOUM José Martí Jornadas Matutina y Vespertina, EORM El Chaguitillo, EORM Tres Pinos, EORM Chichipate y EORM El Volcancito.

Las actividades se realizaron con los niños y niñas de primero a sexto año primaria. El total de niños a los que se les impartieron las charlas durante el período de EPS fue de 1,200 niños y niñas de los grados mencionados.

Luego de impartir las charlas, se realizaban preguntas del tema y se premiaba con un kit de cepillo y pasta a cada niño que respondía correctamente. El total de niños beneficiados con estos kits fue de 300.

Colgate a principio del EPS entregó 144 kits de cepillo y pasta, los otros 156 kits que se entregaron fueron donados por la Asociación Canadiense CCAMRE. Todos los niños y maestros agradecieron todo este tipo de actividades, ya que contribuyó a mejorar la salud oral de los niños, así como a prevenir diferentes tipos de enfermedades orales; por estas razones siempre colaboraron con tiempo y espacio para realizar dichas actividades.

Tabla No.4

Número de Actividades de Educación en Salud Oral realizadas y niños beneficiados mensualmente en el Subprograma de Educación en Salud Bucal. La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Mes	Número de Actividades	Número de Niños
Febrero	8	181
Marzo	8	143
Abril	8	147
Mayo	8	147
Junio	8	151
Julio	8	131
Agosto	8	145
Septiembre	8	155
Total	64	1200

FUENTE: Informes mensuales del Programa de Prevención de enfermedades Bucales

2.5 Análisis del Programa de Prevención de Enfermedades

- **Metas Obtenidas:**

- En el Subprograma de Enjuagues de Flúor al 0.2%, no se pudo llegar a la meta de 1,000 niños mensuales por diversos motivos, pero sí se logró beneficiar a un promedio de 690 niños cada mes; con un total de 11,966 enjuagues durante los ocho meses del EPS.
- En el Subprograma de Sellantes de Fosas y Fisuras, se trataron mensualmente a 20 niños de los diferentes grados; se logró un total de 161 niños beneficiados y un total de 1,130 sellantes de fosas y fisuras en los 8 meses del EPS.
- En el Subprograma de Educación en Salud, se realizaron 8 charlas mensuales con diferentes temas en relación a la prevención y educación en salud oral. En total se realizaron 64 charlas y se beneficiaron a 1200 niños con estas charlas y a 300 niños con los kits de cepillos y pasta.

- **Número de Monitores:**

En los subprogramas de Enjuagues de Flúor al 0.2 % y de Charlas, participaron los directores de las escuelas, así como todos los maestros de los diferentes grados en todas las escuelas, con excepción de la EORM El Volcancito, la cual contaba con 4 monitores, los cuales fueron asesorados e instruidos en cómo entregar los enjuagues de flúor mensualmente.

- **Opinión de la Comunidad:**

La población de La Unión, Zacapa, está formada por personas muy agradecidas, las cuales al ser, la mayoría, de escasos recursos, siempre colaboran en todo tipo de actividades que brinden algún tipo de ayuda a grupos de la población. Todas las actividades del Programa de Prevención, fueron aceptadas y se obtuvo la colaboración necesaria para llevarlas a cabo.

2.6 Conclusiones

- El programa de prevención está dividido en tres sub-programas que son: Enjuagatorios de Fluoruro, Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras y Educación en Salud Bucal, los tres con distinta metodología pero buscaron el mismo objetivo: la prevención de enfermedades orales.
- A través de las charlas en educación de salud oral los niños llegaron a comprender la importancia de la prevención de enfermedades bucales.
- La comunidad colaboró con la realización de estas actividades, ya que benefician a la mayoría de niños que asisten a las escuelas.

2.7 Recomendaciones

- Continuar con todos los subprogramas de prevención de enfermedades orales en el Ejercicio Profesional Supervisado es muy importante, ya que las distintas comunidades guatemaltecas en especial las rurales tienen muy poco acceso a este tipo de programas.
- Incentivar y apoyar la ejecución de actividades no solo a escolares y maestros, sino también a padres de familia, para poder fortalecer los programas preventivos y así poder llegar a más personas.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas.

3.1 Introducción

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general definida como el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado dental, así como su vinculación con tejidos duros y blandos de la cavidad bucal. Es un componente significativo en la calidad de vida general de los individuos.

Es por eso que, como parte del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, se realiza una investigación dentro de cada comunidad; para conocer el estado de salud bucal de las personas que habitan en ella.

La investigación que se presenta a continuación, tuvo como objetivo conocer la prevalencia y el grado de progresión que presenta la caries dental en las piezas dentales permanente en los niños de 12 años en La Unión, Zacapa, seleccionados como muestra del estudio, en las escuelas de la comunidad. También pretendió determinar si existe relación con el estado socioeconómico de las familias de dichos niños.

3.2 Tipo de Estudio:

Estudio observacional transversal en el cual se midió la prevalencia de caries dental en escolares de 12 años atendidos por el programa EPS, así como el nivel socio-económico familiar y acceso a servicios de salud bucal. (8)

3.3 Centros en los que se realizó el estudio:

Escuela Oficial Urbana Mixta José Martí Jornada Matutina. La Unión, Zacapa, Guatemala 2015.

3.4 Objetivos del Estudio:

1. Determinar la prevalencia de caries dental a través del índice CPO-D. (8)
2. Establecer el número de piezas dentales cariadas, así como el estadio correspondiente a la clasificación internacional ICDAS. (8)
3. Estimar la asociación entre prevalencia de caries dental y nivel socio-económico de las familias de los escolares. (8)
4. Establecer la relación entre prevalencia de caries dental y acceso a servicios de salud bucal. (8)

3.5 Material y Métodos:

- **Diseño del Estudio:**
Estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística, buscó detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio. (8)
- **Criterios de Inclusión y Exclusión:**

Criterios de inclusión: cada sujeto de estudio debió cumplir los siguientes criterios de inclusión antes de ser seleccionado:

- Escolares de ambos sexos.
- Edad entre 12 años 0 meses y 12 años 11 meses 29 días.
- Inscritos en Escuelas Oficiales del Ministerio de Educación con recambio completo a dentición permanente. (8)

Criterios de exclusión: Los pacientes no deberán cumplir ninguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Haber recibido atención integral en el programa EPS en el año 2015 (8)
- **Tamaño y selección de la muestra:**

Se decidió evaluar a una muestra no probabilística de 20 escolares con 12 años de edad cumplidos en la Escuela Oficial Urbana Mixta José Martí, Jornada Matutina en La Unión, Zacapa, sin importar el grado en que se encontraran. Se consideró una prevalencia de caries dental en la población escolar del 95%.

- Variables Principales de Valoración:
 - Prevalencia de caries dental.
 - Estadio correspondiente a la clasificación internacional ICDAS.
 - Nivel socio-económico familiar.
 - Acceso a servicios de salud.
 - Género del escolar. (8)

- Criterios de Recolección:

Instrumentos de medición

Para la medición de las lesiones de caries dental, se utilizó el sistema de criterios ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System), el cual se caracteriza por combinar cantidad y calidad de las lesiones, permite establecer simultáneamente la prevalencia de la enfermedad, así como la necesidad de tratamiento de cada sujeto. Para el efecto, se procedió a realizar exámenes clínicos de la cavidad bucal en las instalaciones de la clínica dental sede del programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la USAC. (8)

Las condiciones de la evaluación fueron las siguientes:

Para la valoración de lesiones de caries los dientes debieron estar limpios de biofilm dental en todas las superficies. Para ello se recomendó el cepillado previo de las arcadas dentarias. Los cálculos no debieron ser removidos y la superficie dental cubierta por cálculo debió registrarse como sana a menos que existieran signos de caries dental bajo el cálculo.

Cada superficie dental debió ser examinada inicialmente húmeda. Se le pidió al sujeto que humedeciera el diente con saliva o se utilizó un rollo de algodón empapado en agua. Después de examinar la superficie dental húmeda, se secó por 5 minutos, con aire o con

algodón, y, para los registros de esmalte, se comparó la apariencia en seco con lo que era visible en húmedo.

Los criterios son descriptivos y están basados en la apariencia visual de cada superficie dental individual:

1. Marcar lo observado y no relacionar este registro con ninguna consideración de tratamiento.
2. En caso de encontrar dos tipos de lesión, clasificar la de mayor severidad.
3. En casos de duda en una lesión, asignar el código menos severo.
4. No intentar ejercer una sensación “pegajosa” (retentiva) de la sonda en ningún momento.
5. Usar una sonda de extremo redondo gentilmente, a través de la superficie dental y solamente para ayudarse en la apreciación visual de cualquier cambio en contorno o cavitación y para determinar si se encuentra en una zona de retención natural de biofilm dental. (8)

Los códigos y su descripción son:

- **Código 0:** No hay evidencia de caries, después de secado por 5 segundos.

Existen condiciones que se pueden presentar de forma similar a caries, estas incluyen defectos del desarrollo como hipoplasia, desgaste del diente, fluorosis, pigmentaciones intrínsecas o extrínsecas. Para diferenciar estas condiciones de caries hay que hacer un diagnóstico diferencial. (3)



- **Código1:** Primer cambio visual en el esmalte después de ser secado por 5 seg. restringido a fosas y fisuras. En las fosas y fisuras sin embargo debido a que el esmalte desmineralizado puede haber tomado pigmento, es posible ver lesiones oscuras decoloradas en superficies húmedas. Cuando la caries se extiende más allá de las fosas y fisuras es un cód. 2. (3)



- **Código 2:** Lesión de caries cuando está húmedo. Opacidad por caries (lesión de mancha blanca) o decoloración (lesión de mancha café) que es más amplia que la fisura o fosa natural y no consistente con el esmalte sano. La lesión puede ser mirada directamente. La lesión puede estar tocando el margen gingival o a menos de 1mm de éste. (3)



- **Código 3:** Ruptura localizada del esmalte, debida a caries sin dentina visible. En húmedo, lesiones opacas o decoloradas son aparentes. En seco, existe pérdida por caries de la estructura dental, pero no dentina. Explorador de punta redonda para confirmar micro cavitación.(3)



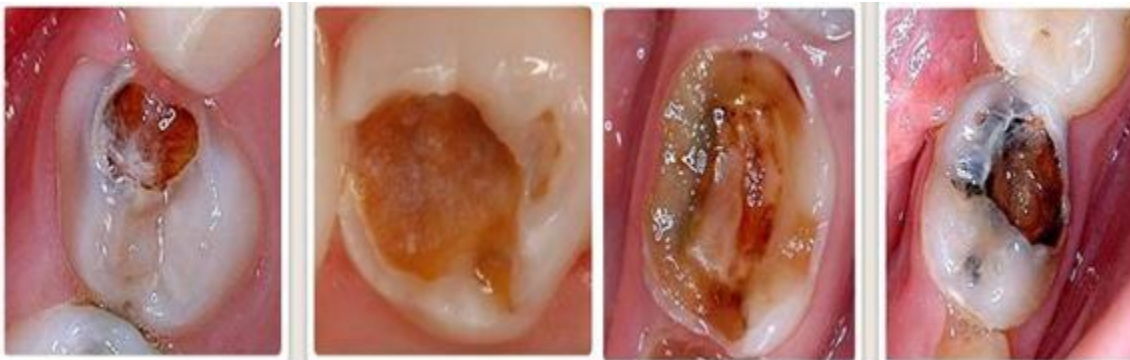
- **Código 4:** Sombra oscura subyacente de dentina. Sombra de dentina decolorada visible a través de esmalte intacto. Más notoria cuando la superficie está húmeda. En fosas y fisuras un código 4 es típicamente más profundo en dentina que un código 3. (3)



- **Código 5:** Cavidad detectable con dentina visible. Cavitación debido a caries en esmalte opaco o decolorado expone la dentina. Sin compromiso pulpar. Se extiende menos de la mitad de la superficie dental .Compromiso de menos de la mitad de la superficie dental. Se puede usar un explorador de punta roma.(3)



- **Código 6:** Cavidad detectable extensa con dentina visible. Cavidad extensa con dentina visible , involucra por lo menos la mitad de la superficie dental o la pulpa.(3)



- **Código 7:** Piezas dentales perdidas o indicadas para extracción por caries.
- **Código 8:** Piezas dentales obturadas por caries.
- **Código 9:** Piezas dentales perdidas por razones no cariogénicas.
- **Código 10:** Piezas dentales obturadas por razones no cariogénicas.

Para analizar el aspecto socio-económico de cada niño se utilizó el Método o Clasificación de Graffar, el cual consiste en un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. (2)

Los aspectos que se evalúan son los siguientes:

Profesión: Las familias se clasifican en cinco categorías según la profesión ejercida por el padre de la familia. Si la madre ejerce una profesión de nivel más elevado que la del padre de la familia, en ese caso servirá ella de base para la clasificación de la familia.

1º grado: Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, ingenieros, profesionales con títulos universitarios o de escuelas especiales y militares de alta patente.

2º grado: Jefes de secciones administrativas o de negocios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos y comerciantes.

3º grado: Ayudantes o aprendices técnicos, diseñadores, cajeros, oficiales de primera, capataces y maestros de obras.

4º grado: Operarios especializados con entrenamiento técnico completo (por ejemplo motoristas, policías, cocineros, etc.).

5º grado: Trabajadores manuales u operarios no especializados (por ejemplo: jornaleros, ayudantes de cocina, servicio de limpieza, etc.).

Nivel de instrucción: Las categorías, similares a las de la profesión, son las siguientes:

1º grado: Enseñanza universitaria o su equivalente (12 o más años de estudio). Por ejemplo, catedráticos y asistentes, doctores o licenciados, títulos universitarios o de escuelas superiores o especiales, diplomados, economistas, notarios, jueces, magistrados, agentes del Ministerio Público, militares da Academia.

2º grado: Enseñanza media o secundaria completa, técnica superior completa (10 a 11 años de estudio). Por ejemplo, técnicos y peritos.

3º grado: Enseñanza secundaria incompleta, técnica media (8 a 9 años de estudio). Por ejemplo, individuos con cursos técnicos, industriales o comerciales, militares de bajo rango o sin títulos académicos.

4º grado: Enseñanza primaria completa, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria).

5º grado: Enseñanza primaria de uno o dos años que saben leer o analfabetas.

Clasificación Social: La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios provee una clasificación final que corresponde a la clase social, conforme a la clasificación siguiente:

Estrato I: Familias cuya suma de puntos va de 5 a 9.

Estrato II: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 13.

Estrato III: Familias cuya suma de puntos va de 14 a 17.

Estrato IV: Familias cuya suma de puntos va de 18 a 21.

Estrato V: Familias cuya suma de puntos va de 22 a 25.

Todos estos aspectos fueron transcritos en una ficha especial, elaborada por profesores del Área de OSP de la Universidad de San Carlos de Guatemala, donde se recopilaron todos los datos y aspectos que requiere este método de investigación y análisis. (Ver Anexos).

3.6 Metodología de Campo:

1. Se determinó y seleccionó a los escolares de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se gestionó una reunión preparatoria con maestros y padres de familia para informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización y el consentimiento correspondiente.
3. Se acordó con cada padre de familia el día de la evaluación clínica y de la visita domiciliar.

4. Se realizaron los exámenes clínicos y las visitas domiciliarias según el calendario acordado.
5. Se realizó una revisión de la integridad de los datos en las boletas de investigación.
6. Se trasladaron los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de OSP.
7. Se elaboraron tablas y gráficas de los datos con su análisis respectivo.
8. Se entregó un informe según los lineamientos del Área de OSP.
9. Se entregaron las boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de OSP.

3.7 Trabajo de Campo

Los aspectos logísticos y administrativos fueron responsabilidad del estudiante EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ello incluyó la gestión ante las autoridades locales y ante las escuelas seleccionadas para contar con la autorización respectiva, reunión de información de los odontólogos practicantes con los padres de familia, maestros y alumnos para exponer los objetivos de la investigación. El trabajo de campo se llevó a cabo por estudiantes del Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes previo a la recolección de la información, recibieron capacitación sobre la aplicación de criterios ICDAS, así como una práctica clínica para la calibración y estandarización correspondientes.

La supervisión del trabajo de campo estuvo a cargo de los profesores del Área de OSP y de la estudiante EPS de Trabajo Social, quienes evaluaron el cumplimiento de las condiciones del examen clínico, así como de las visitas domiciliarias.

Personal: El equipo de investigación estuvo integrado por:

- 52 estudiantes de Odontología.
- 52 maestros coordinadores (1 por cada escuela).
- 14 profesores supervisores.

3.8 Estrategia de Análisis

Estructuración de Base de Datos: A fin de minimizar y corregir oportunamente eventuales errores de codificación o digitación, se diseñó la base de datos con las siguientes características:

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

Análisis:

1. Análisis descriptivo de las variables explorando la consistencia de los datos.
2. Cálculo de prevalencias ($p \pm 1.96E$).
3. Cálculo de OR (IC95%) para asociación entre prevalencia de caries y variables socio-económicas.
4. Análisis multivariado para estimar OR (IC95%), bajo control del efecto de confusión de las variables de tipo demográficas y socioeconómicas.

3.9 Aspectos éticos:

A todos los escolares participantes en la investigación se les solicitó su asentimiento verbal y el consentimiento informado de los padres o responsables. Se garantizó la confidencialidad de la información individual, la entrega oportuna de los resultados de la evaluación clínica, así como su inclusión como paciente integral en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

3.10 Organización de Trabajo de Campo

Plan de trabajo: Los componentes del plan de trabajo fueron los siguientes:

1. Discusión y aprobación del Plan de Investigación.
2. Gestión de autorizaciones ante autoridades locales.
3. Selección de la muestra.
4. Capacitación de equipo de investigación de campo.
5. Recolección de información.
6. Elaboración de Base de Datos.
7. Análisis de datos.
8. Elaboración de informe preliminar.
9. Elaboración de Informe Final.
10. Presentación de Resultados.

3.11 Presentación de Datos y Resultados:

Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas.

Tabla No. 5

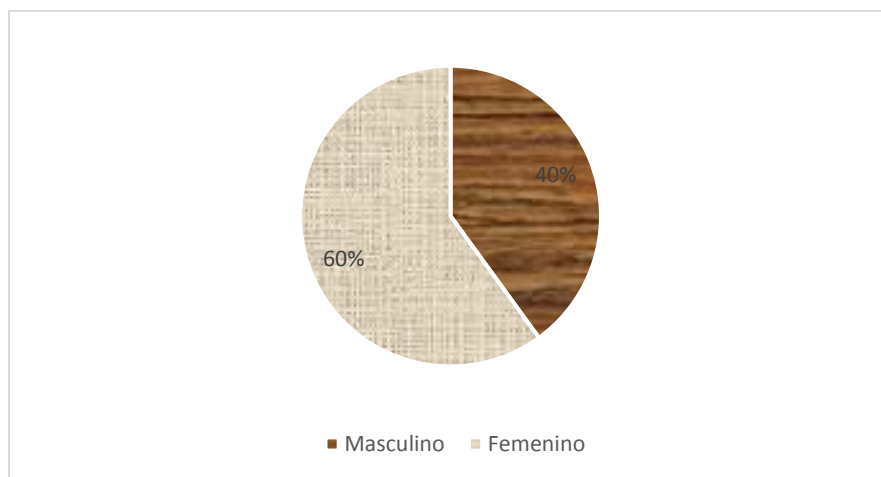
Distribución de la población de estudio según género.
La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015

Género	Cantidad	Porcentaje
Masculino	8	40%
Femenino	12	60%
Total	20	100%

FUENTE: Base de datos

Gráfica No. 3

Distribución de la población de estudio según sexo.
La Unión, Zacapa. Febrero – octubre 2015



FUENTE: Tabla No. 5

Interpretación Tabla No.5 y Gráfica No. 3: la muestra estuvo formada por una mayor cantidad de mujeres (60%), esto debido a que en la escuela de donde se seleccionaron los niños cuenta con una mayor asistencia de mujeres que de hombres.

Tabla No. 6

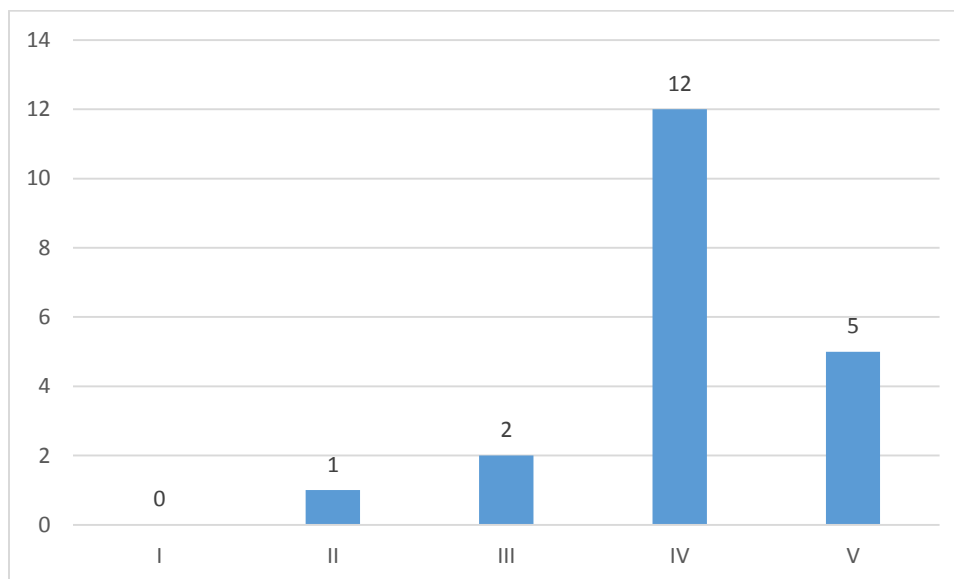
Distribución de la Población de Estudio según Estratos de Graffar
La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
I	0	0%
II	1	5%
III	2	10%
IV	12	60%
V	5	25%
Total	20	100%

FUENTE: Base de datos

Gráfica No. 4

Distribución de la Población de Estudio según Estratos de Graffar
La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 6

Interpretación Tabla No.6 y Gráfica No. 4: la mayoría de la población se encontraba clasificada dentro del estrato IV (60%) y la minoría dentro del estrato II (5%). Estos datos nos indicaron que la población en La Unión Zacapa no contara con los estudios, ni los ingresos o las condiciones de viviendas óptimas, es por eso que ningún individuo de la muestra se ubicó en el estrato I (0%).

Tabla No. 7

Distribución de la Población de Estudio según CPO-D.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

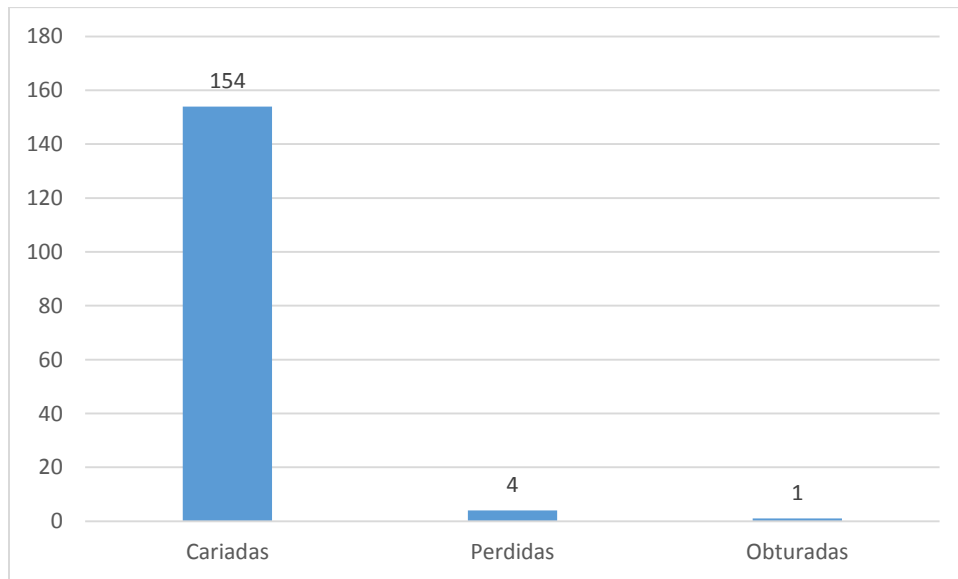
Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Cariadas	154	96.85%
Perdidas	4	2.52%
Obturadas	1	0.63%
Total	159	100%

FUENTE: Base de datos.

Gráfica No. 5

Distribución de la Población de Estudio según CPO-D.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: tabla No. 7

Interpretación de Tabla No. 7 y Gráfica No. 5: el índice CPO-D en la muestra tomada en La Unión, Zacapa, nos indica que la mayoría de piezas dentales evaluadas presentaban alguna lesión de caries dental (96.85%) en alguna de sus superficies. En cambio las perdidas (2.52%) y las obturadas (0.63%), casi no se presentaron en la evaluación realizada. Esto se debe a que las lesiones de caries no son lo suficientemente profundas para que se haya tenido que extraer o restaurar. También hay una gran cantidad de piezas cariadas porque la mayoría de la población no considera necesario asistir con el odontólogo o no tiene acceso a estos servicios.

Tabla No. 8

Distribución de la Población de Estudio por sexo según CPO-D Total.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

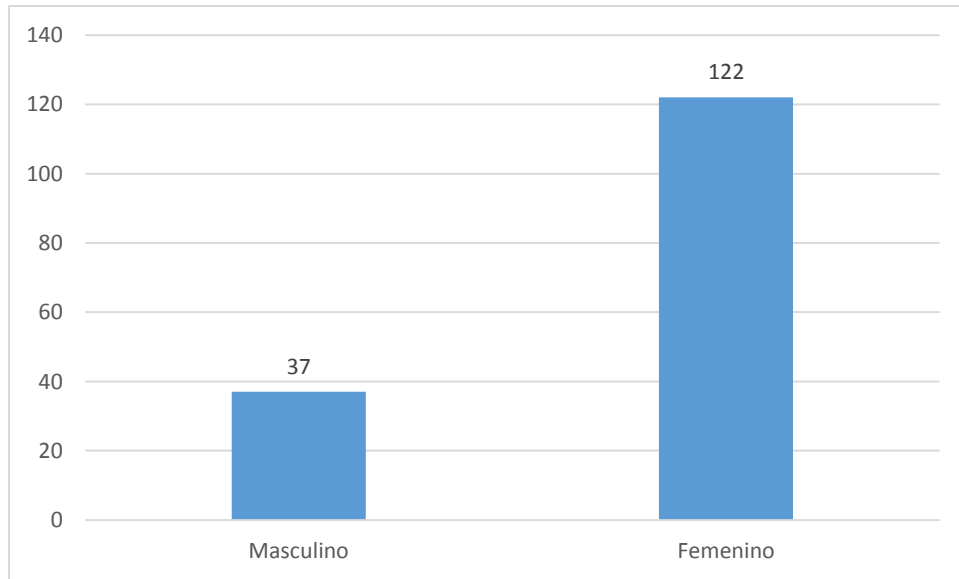
Sexo	CPO-D Total	Porcentaje
Masculino	37	23.27%
Femenino	122	76.73%
Total	159	100%

FUENTE: Base de datos.

Gráfica No. 6

Distribución de la Población de Estudio por sexo según CPO-D Total.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No.8

Interpretación Tabla No. 8 y Gráfica No. 6: La población femenina presentó un mayor CPO-D total (122), ya que presentaron más individuos en la muestra y también mayor cantidad de piezas afectadas por la caries dental.

Tabla No. 9

Distribución de Población de Estudio por sexo según Promedio de CPO-D.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

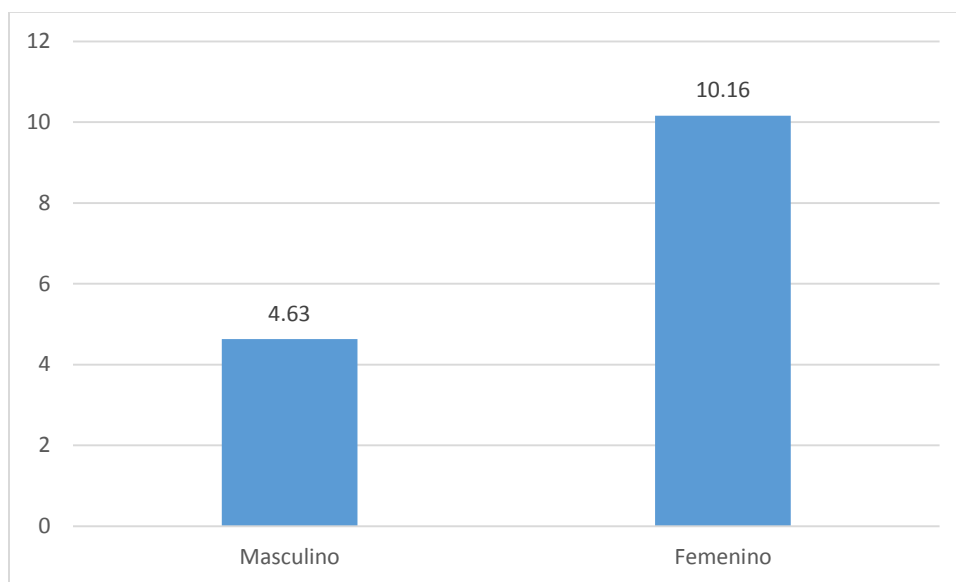
Sexo	Promedio
Masculino	4.63
Femenino	10.16

FUENTE: Base de datos

Gráfica No. 7

Distribución de Población de Estudio por sexo según Promedio de CPO-D.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No.9

Interpretación Tabla No. 9 y Gráfica No. 7: El promedio de CPO-D de la población masculina (4.63) fue menor al de la población femenina (10.16) esto nos indica que hubo una mayor prevalencia de piezas dentales con algún tipo de lesión de caries dental, pieza perdida o pieza con alguna restauración en la población femenina que fue evaluada.

Tabla No. 10

Distribución de la Población de Estudio por Estratos de Graffar según CPO-D Total.

La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

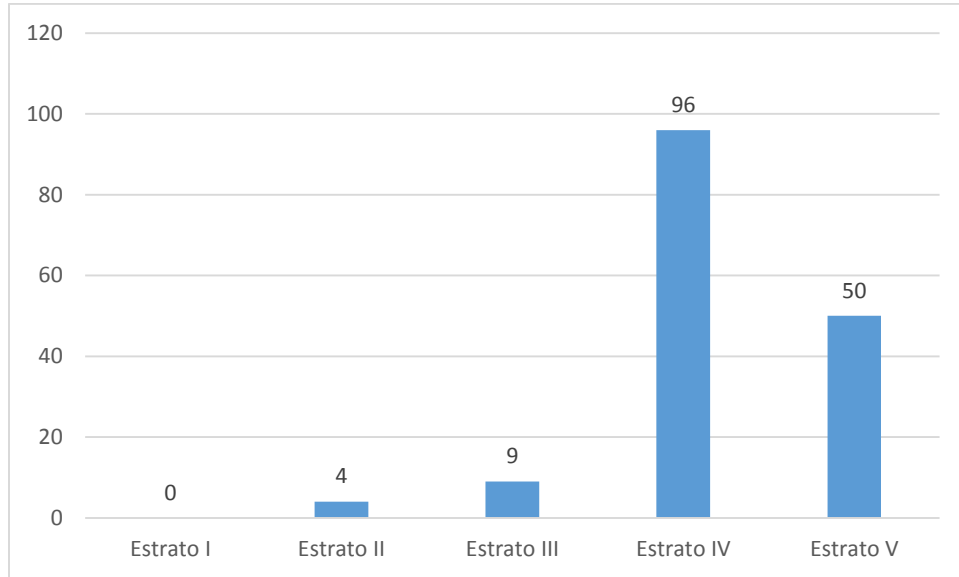
Estrato	CPO-D Total	Porcentaje
Estrato I	0	0%
Estrato II	4	2.51%
Estrato III	9	5.66%
Estrato IV	96	60.38%
Estrato V	50	31.44%
Total	159	100%

FUENTE: Base de datos.

Gráfica No. 8

Distribución de la Población de Estudio por Estratos de Graffar según CPO-D Total.

La Unión, Zacapa. Febrero – octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 10

Interpretación de Tabla 10 y Gráfica No. 8: El Estrato No. IV fue el que presentó un CPO-D mayor (96) en comparación a los demás estratos. Esto se debe a que la población que pertenece a este estrato carece de las condiciones y los recursos necesarios para llevar una vida en óptimas condiciones; lo cual también afecta el ámbito de salud, impide que cumpla las medidas mínimas, tanto de prevención como de tratamiento de las lesiones de caries dental que puedan presentar. También este mayor índice de CPO-D se debe a que la población de este estrato fue mayor, en comparación a los demás.

3.12 Conclusiones

En la investigación “Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas” que se realizó con una muestra de 20 escolares de ambos sexos, que tuvieran 12 años cumplidos de la Escuela Oficial Urbana Mixta José Martí Jornada Matutina en La Unión, Zacapa del presente año; se pudo obtener los siguientes resultados:

La mayoría de la población de estudio es de sexo femenino con un 60% de la población, y un 40% de la población es masculina; esto debido a que hay mayor asistencia de niñas en la escuela de donde se obtuvo la muestra.

De la muestra de 20 estudiantes, un 60% pertenecen al Estrato IV, lo que nos indica que la mayoría de los padres de familia no cuentan con los estudios mínimos de primaria, no cuentan con un negocio propio o trabajan en el campo, y los ingresos son diarios, no cuentan con un ingreso mensual con el cual puedan presupuestar los gastos y costear la canasta básica mínima y las condiciones de las viviendas no son las óptimas, ya que carecen de alguno o varios de los servicios básicos necesarios para tener una condición de vida adecuada.

Al momento de analizar las tablas y gráficas con respecto al CPO-D, se pudo observar que la población de género femenino cuenta con un COP-D promedio de 10.16, en comparación al CPO-D promedio de la población de género masculino que es de 4.63.

Esta diferencia se debe a que hay mayor cantidad de población femenina en la muestra de estudio, lo que hace que el promedio de CPO-D sea mayor; pero también se debe, a que las evaluaciones de las piezas dentales por superficies de la población femenina también demostraron mayor cantidad de piezas afectadas por caries dental. Esto se debe a que, por lo observado en los ocho meses de EPS, la población femenina por diferentes cuestiones sociales y culturales, no muestra mucho interés en lo que respecta a la salud y cuidado de sus piezas dentales; la población masculina mostró más afluencia a la clínica dental en comparación a la femenina.

Por estas razones, al analizar la tabla y gráfica No.6, la población que forma parte del Estrato IV presenta un CPO-D más elevado (96 o 60.68%) en comparación con los demás Estratos, que mostraron niveles más bajos. Esto también se debe, como se mencionó anteriormente, a que la mayoría de la población de estudio pertenece a dicho Estrato.

Con estos resultados podemos inferir en que todas las variables socio-económicas tienen una relación directamente proporcional con el estado de salud bucal, ya que al tener los padres de familia menos nivel educacional, no contar con trabajo propio o ingresos mensuales, vivir en condiciones no adecuadas ni contar con los recursos mínimos, la población de estudio perteneciente a los estratos que presentan estas características presentaron al momento de la evaluación clínica, un mayor grado de afección en sus piezas dentales por la caries dental.

3.13 Recomendaciones

- La población de estudio que se seleccionó en esta ocasión, debería de ser la misma población año tras año, ya que esto permitiría tener un control más estricto y mejor seguimiento del estado de salud bucal de estas personas. Permitirá saber si después los tratamientos realizados e indicaciones dadas, mejoran o empeoran las lesiones presentes o si se manifiestan lesiones nuevas.
- Continuar con este tipo de investigaciones como parte de los Programas de Ejercicio Profesional Supervisado, ya que permiten al estudiante seguir en contacto con los métodos científicos, los procesos de investigación, las innovaciones o mejoras en los procesos o tratamientos que actualmente se realizan y poder conocer y estar más en contacto con la realidad del país.

IV. ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRAL

4.1 Introducción

Durante los 8 meses del Programa Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) realizados en la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa; el objetivo principal fue brindar una atención clínica integral a los niños escolares como a la población en general.

Los escolares para atención integral, en su mayoría, fueron evaluados y citados previamente en la escuela. Los otros niños eran pacientes que llegaban por su propia cuenta, para que fueran atendidos.

Los pacientes de Población en General, son pacientes de diversas edades, en su mayoría mayores de edad, que necesitaban algún tipo de tratamiento y acudían por cuenta propia a la clínica dental, donde eran atendidos.

4.2 Presentación e Interpretación de Resultados

Atención Clínica Integral en Escolares

Tabla No. 11

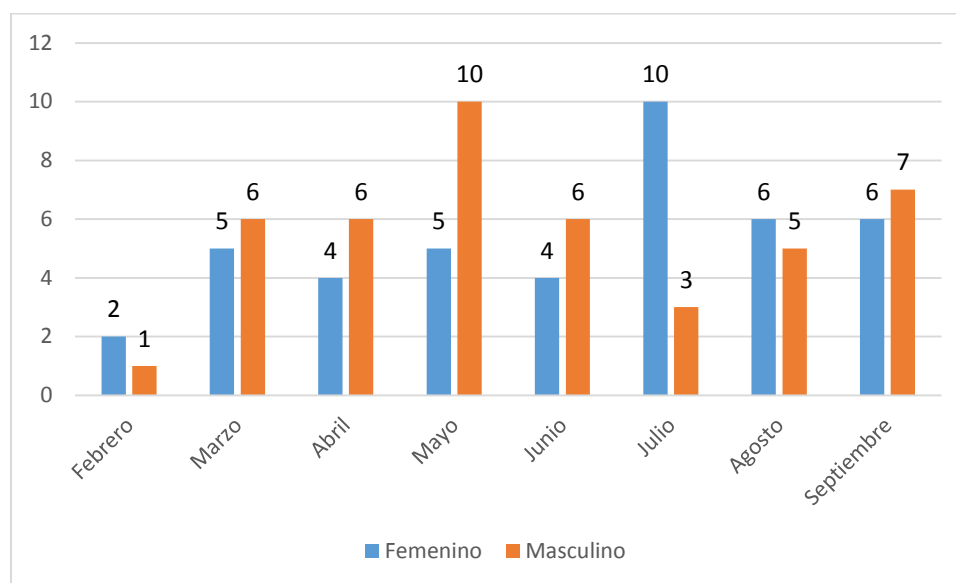
Número de Pacientes Escolares Atendidos Integralmente por género durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Mes	Femenino	Masculino	Total
Febrero	2	1	3
Marzo	5	6	11
Abril	4	6	10
Mayo	5	10	15
Junio	4	6	10
Julio	10	3	13
Agosto	6	5	11
Septiembre	6	7	13
Total	42	44	86

FUENTE: Datos obtenidos en Informes Mensuales

Gráfica No. 9

Número de Pacientes Escolares Atendidos Integralmente por género durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 11

Interpretación Tabla 11 y Gráfica No. 9:

Durante el EPS, se atendieron un total de 86 escolares integralmente, fueron la mayoría de género masculino. 44 de los escolares atendidos eran de género masculino y 42 de género femenino.

Tabla No. 12

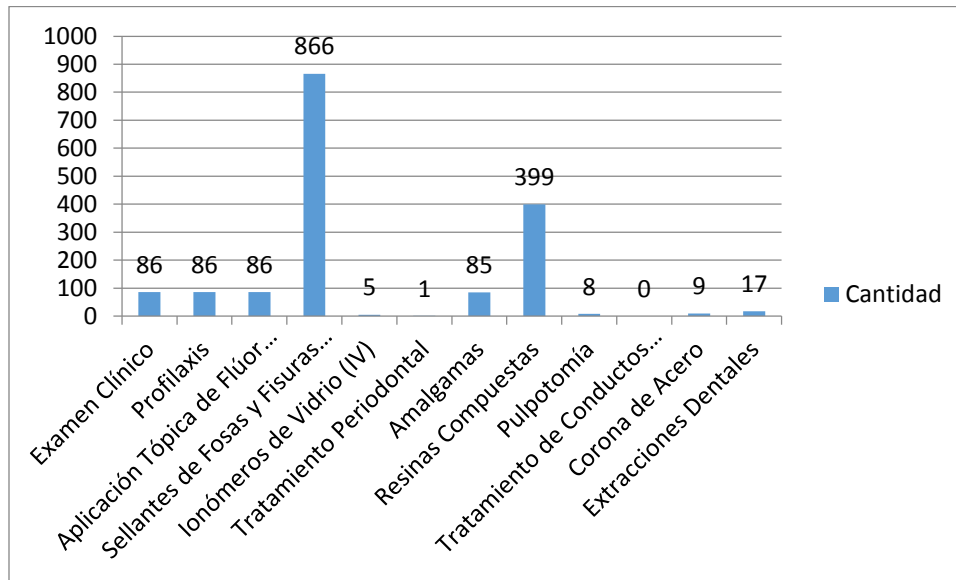
Total de Tratamientos realizados en escolares atendidos integralmente durante el EPS.
Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Pacientes Escolares Integrales	
Tratamiento	Cantidad
Examen Clínico	86
Profilaxis	86
Aplicación Tópica de Flúor (ATF)	86
Sellantes de Fosas y Fisuras (SFF)	866
Ionómeros de Vidrio (IV)	5
Tratamiento Periodontal	1
Amalgamas	85
Resinas Compuestas	399
Pulpotomía	8
Tratamiento de Conductos (TCR)	0
Corona de Acero	9
Extracciones Dentales	17

FUENTE: Datos obtenidos de informes mensuales

Gráfica No.10

Total de Tratamientos realizados en escolares atendidos integralmente durante el EPS.
Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 12.

Interpretación de Tabla 12 y Gráfica a No. 10:

Durante el EPS, los tratamientos que más se realizaron en los escolares atendidos integralmente, fueron los sellantes de fosas y fisuras (866) y las resinas compuestas (399). Los tratamientos que menos se realizaron fueron los Ionómeros de Vidrio (5), los Tratamientos Periodontales (1) y los Tratamientos de Conductos Radiculares (0).

Tabla No 13

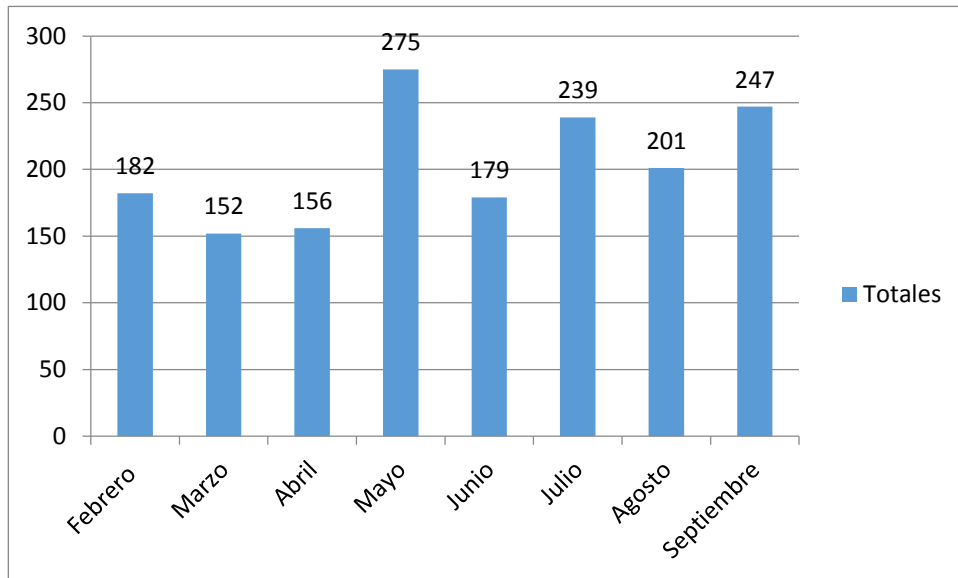
Total de Tratamientos realizados en escolares atendidos integralmente por mes durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Tratamiento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Examen Clínico	3	11	10	15	10	13	11	13	86
Profilaxis	3	11	10	15	10	13	11	13	86
ATF	3	11	10	15	10	13	11	13	86
SFF	150	55	67	133	73	126	114	136	866
IV	0	2	1	0	2	0	0	0	5
Trat. Perio.	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Amalgama	6	21	18	17	19	0	0	4	85
Resinas	14	33	35	72	46	72	54	68	399
Pulpotomía	1	4	1	2	0	0	0	0	8
TCR	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coronas	1	4	1	3	0	0	0	0	9
Extracciones Dentales	0	0	3	3	9	2	0	0	17
Totales	182	152	156	275	179	239	201	247	1,648

FUENTE: Datos obtenidos de informes mensuales.

Gráfica No. 11

Total de Tratamientos realizados en escolares atendidos integralmente por mes durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No.13

Interpretación Tabla No. 13 y Gráfica No. 11:

Durante el EPS, los meses donde más escolares se atendieron integralmente fueron mayo y julio, y los meses donde menos se atendió fueron febrero y abril; esto debido a todas las actividades, como semana santa y evaluaciones semestrales, que se llevaron a cabo en las escuelas mensualmente.

Actividad Clínica Integral en Población General

Tabla No. 14

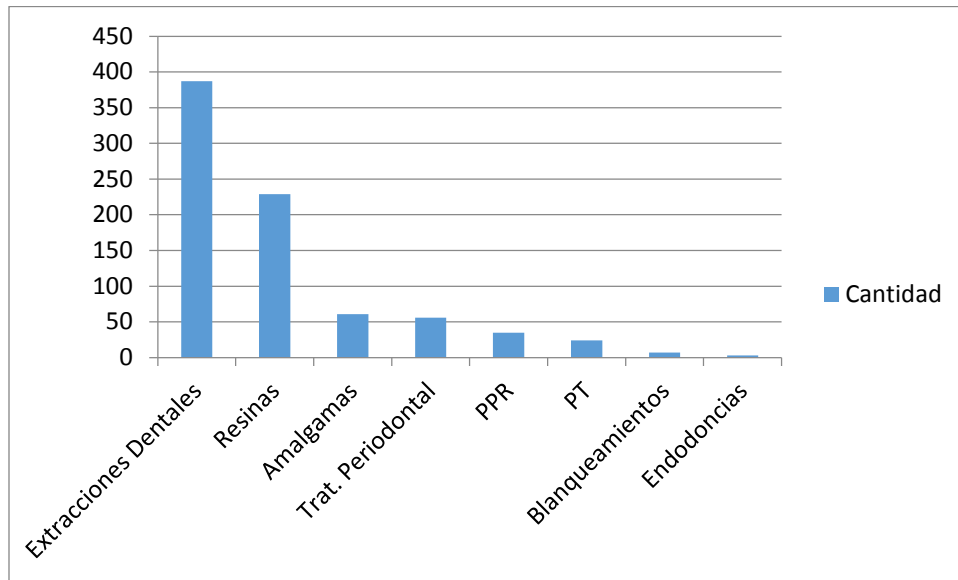
Total de Tratamientos realizados en Población General durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Población General	
Tratamientos	Cantidad
Extracciones Dentales	387
Resinas	229
Amalgamas	61
Trat. Periodontal	56
PPR	35
PT	24
Blanqueamientos	7
Endodoncias	3

FUENTE: Datos obtenidos de informes mensuales.

Gráfica No. 12

Total de Tratamientos realizados en Población General durante el EPS. Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 14

Interpretación de Tabla 14 y Gráfica No. 12:

Durante el EPS, se atendió a todos los pacientes de la población en general que llegaron a la clínica dental. Los tratamientos que más se realizaron fueron las exodoncias (387) y las resinas (229); los que menos se realizaron fueron los blanqueamientos (7) y las endodoncias (3).

Tabla No.15

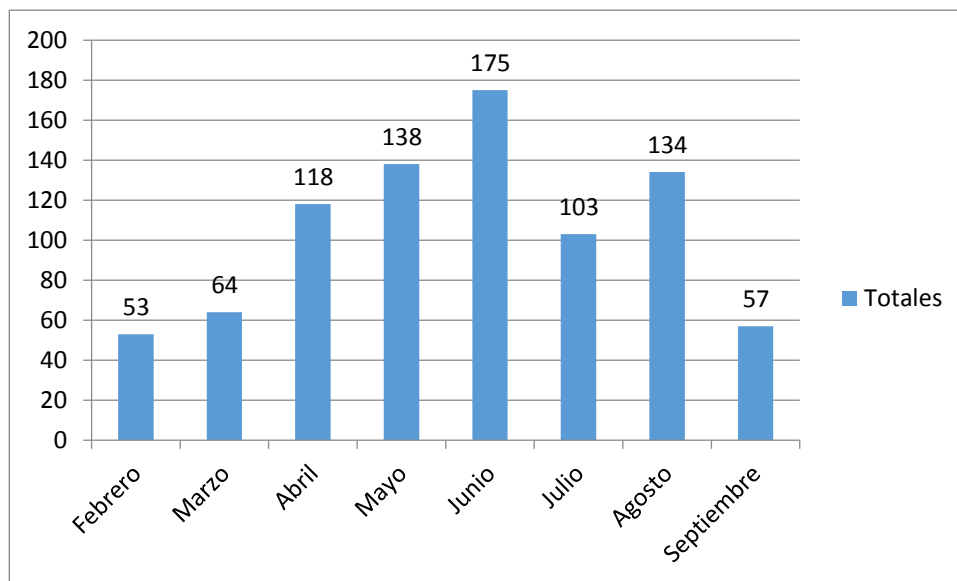
Total de Tratamientos realizados en Población General mensualmente durante el EPS.
Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.

Tratamiento	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Extracciones Dentales	28	36	72	69	87	38	82	15	387
Resina	14	8	15	35	58	43	33	23	229
Amalgama	7	9	13	12	5	6	5	4	61
Tx Periodontal	2	4	8	11	15	7	5	4	56
PPR	1	4	4	3	5	6	5	7	35
PT	1	2	4	5	3	2	3	4	24
Blanqueamiento	0	0	1	3	2	0	1	0	7
Endodoncias	0	1	1	0	0	1	0	0	3
Totales	53	64	118	138	175	103	134	57	842

FUENTE: Datos obtenidos de informes mensuales.

Gráfica No. 13

Total de Tratamientos realizados en Población General mensualmente durante el EPS.
Clínica Dental del Centro de Salud La Unión, Zacapa. Febrero – Octubre 2015.



FUENTE: Tabla No. 15

Interpretación Tabla 15 y Gráfica No. 13:

Los meses donde más pacientes de la población en general se presentaron a la clínica dental fueron mayo y julio; y los meses donde menos asistencia hubo fueron febrero y septiembre. Estas variaciones en la asistencia se debieron a que muchas de las personas que se presentaban a la clínica son de bajos recursos y depende de los cultivos y trabajos de cada temporada.

4.3 Conclusiones

Se atendió un total de 86 pacientes integralmente, fueron los de género masculino a los que más tratamientos se les realizaron.

Los tratamientos que más frecuentemente se realizaron en los pacientes integrales fueron los sellantes de fosas y fisuras y las resinas compuestas. Esto se debe a que la mayoría de niños estaban entre las edades de 11 a 14 años, en los grados de quinto y sexto primaria. Estos niños ya tenían varios años de participar en los programas de prevención con los programas EPS anteriores, por lo que la prevalencia de caries había disminuido considerablemente.

Con respecto a los pacientes de la población en general, los tratamientos que más se realizaron fueron las extracciones dentales y resinas compuestas. Esto se debe a que, por cuestiones culturales y económicas, prefieren que se les realice una extracción a una endodoncia o algún otro tratamiento más conservador. También la cantidad de prótesis realizadas fue alta, debido a la situación antes mencionada.

4.4 Recomendaciones

- Continuar con el programa de atención integral tanto para pacientes escolares, como para los de población en general, ya que definitivamente es de gran beneficio para las diferentes comunidades en donde se realizan.
- Establecer un mejor contacto entre las autoridades de la Facultad de Odontología y de cada comunidad, esto con el fin de que ambas partes estén totalmente enteradas de cómo se llevará a cabo el programa dentro de la comunidad.
- Establecer un programa de mantenimiento para el equipo e instalaciones de la clínica y que este sea dado regularmente.
- Proporcionar más insumos y materiales de parte de la Facultad de Odontología hacia los odontólogos practicantes, ya que al contar con tan pocos materiales, la cantidad de pacientes que se atiende es muy baja.

V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO

5.1 Institución donde se realizó El Programa De Ejercicio Profesional Supervisado

El Programa de Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en la Clínica Dental “Dr. Russel Groover” del Centro de Salud de La Unión, Zacapa. Dicha clínica está administrada por la Asociación Canadiense CCAMRE, la Municipalidad de La Unión, Zacapa y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

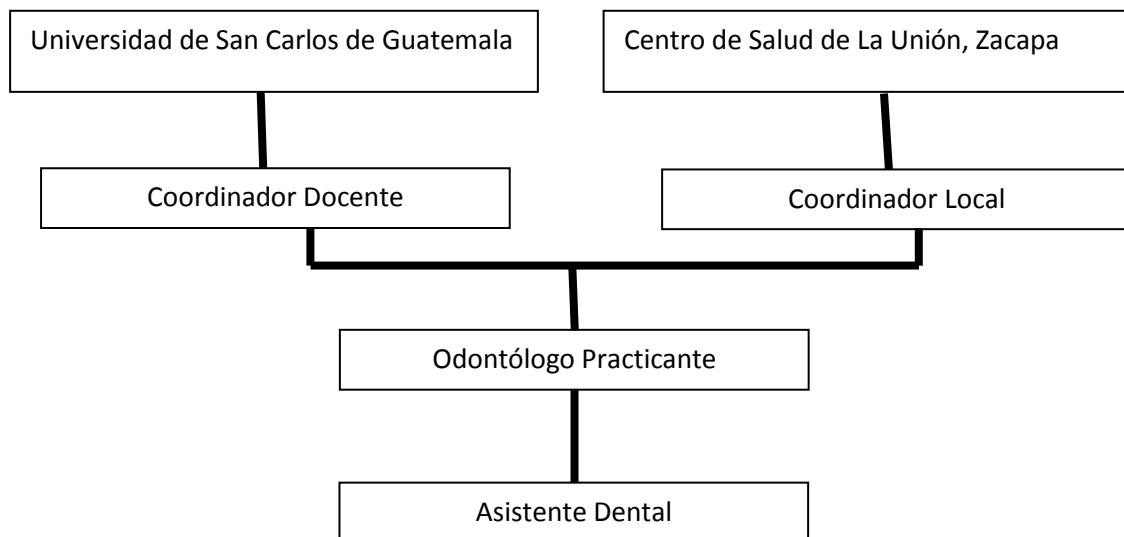
La Coordinadora Local es la Dra. Mayra Yohana Ayala, quien es la Directora del Centro de Salud.

5.2 Estructura Administrativa

En la Clínica Dental laboran una asistente dental y un Odontólogo Practicante de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Los gastos de electricidad, agua y sueldo de la asistente son costeados por la Municipalidad de La Unión, Zacapa.

Los materiales dentales son donados y costeados por la Asociación Canadiense CCAMRE, la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Odontólogo Practicante.

5.3 Organigrama de la Institución:



5.4 Infraestructura

La Clínica Dental cuenta con una sala de espera, la clínica dental propiamente dicha, cuarto para toma de radiografías, cuarto para revelado, almacenamiento y desinfección de instrumentos y un baño.

El mobiliario de Clínica Dental consta de:

- Un escritorio en buen estado
- 4 muebles de madera para almacenamiento de insumos
- Dos archivos metálicos
- Una silla de escritorio
- Un lavamanos
- Un lavatrastos

El equipo dental de la Clínica consta de:

- Una unidad dental en buen estado
- 4 lámparas en mal estado
- Un taburete dental en buen estado
- Dos compresores en buen estado
- Un amalgamador en buen estado
- Un cavitron en buen estado
- Un aparato de rayos x en buen estado
- Un esterilizador de calor seco en buen estado
- Una unidad portátil en buen estado
- Un generador eléctrico en buen estado

5.5 Protocolo de Asepsia y Esterilización

La desinfección y esterilización en la clínica dental es el proceso por el cual se eliminan patógenos responsables de enfermedades contagiosas presentes en los instrumentos odontológicos. Es necesario que exista este protocolo en toda clínica dental ya que evita la

diseminación de enfermedades en los pacientes que asisten a la clínica dental y el personal que labora en la misma. (6)

En la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa después de utilizar un instrumento se lavaban con jabón y un cepillo para eliminar restos grandes, luego para la desinfección de los instrumentos se utilizaba una solución de glutaraldehído al 2%. Para que esta solución cumpla su acción de esterilización se debían dejar los instrumentos sumergidos durante 8 a 10 horas. Por último todos los instrumentos eran secados y colocados en el autoclave de calor seco por una hora para una esterilización completa.

Al inicio de cada día de actividad se realizó el barrido y trapeado con desinfectante de todas las áreas de la clínica, así como la desinfección del sillón dental, la lámpara y el brazo donde se colocaba la bandeja y las piezas de mano. Se cambiaron los protectores de la jeringa triple, cabezal del sillón dental y los sujetadores de la lámpara todos los días.

Tanto el odontólogo practicante como la asistente utilizaron guantes, mascarilla, filipina, lentes y gorro como barreras de protección al atender a cada paciente que se presentó a la clínica.

5.6 Horario de Actividades

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00-10:00	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES	EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL	ATENCIÓN A EMBARAZADAS	ATENCIÓN A ESCOLARES
10:00-13:00	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES	PROGRAMA DE PREVENCIÓN	ATENCIÓN A ESCOLARES	ATENCIÓN A ESCOLARES
13:00-14:00	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO	ALMUERZO
14:00-16:00	ATENCIÓN A ESCOLARES Y ADULTOS	ATENCIÓN A ESCOLARES Y ADULTOS	ATENCIÓN A ESCOLARES Y ADULTOS	ATENCIÓN A ESCOLARES Y ADULTOS	ATENCIÓN A ESCOLARES Y ADULTOS

5.7 Capacitación Personal Auxiliar

5.7.1 Introducción

Como parte del programa del Ejercicio Profesional Supervisado se exige la contratación de personal auxiliar y su consiguiente capacitación por medio de un manual operativo, que se implementó este año, para lograr un desempeño óptimo en la clínica dental.

En la clínica hay muchas actividades que se realizaron a parte de la atención propiamente del paciente. Para que el tiempo de trabajo en la clínica fuera más eficiente y se pueda atender un mayor número de pacientes, era necesaria la ayuda y colaboración del personal auxiliar, para que desarrolle todas las tareas.

Es importante delegar ciertas actividades por parte del odontólogo al personal auxiliar para poder optimizar el tiempo de trabajo. Así mismo, es esencial que el personal auxiliar aprenda conocimientos básicos de la odontología para una mejor interacción con el odontólogo, así como que posea ciertas cualidades necesarias para realizar las tareas que se le asignen.

Durante el desarrollo del programa se logró impartir y enseñar a la asistente dental, sobre diferentes temas en los cuales se logró el aprendizaje, participación e integración de la asistente a todas las actividades que se realizaron dentro y fuera de la clínica dental. Como parte de dicho proceso se le entregó un manual con todos los temas que se evaluarían semanalmente durante los ocho meses del EPS. Las evaluaciones de cada tema de igual manera se realizaron semanalmente.

5.7.2 Justificación

Para un mejor desempeño en la clínica es necesaria una buena selección del personal auxiliar, que posea las cualidades necesarias para realizar las tareas que se le asignen. El personal auxiliar debe aprender conocimientos básicos de la odontología para una mejor interacción con el Odontólogo. Es importante la delegación de actividades por parte del Odontólogo para optimizar el tiempo de trabajo en la clínica dental. (1)

5.7.3 Objetivos

- Aprender a seleccionar y capacitar adecuadamente al personal auxiliar de la clínica dental.
- Optimizar el tiempo de trabajo en la clínica dental mediante la delegación de tareas al personal auxiliar.
- Enseñar al personal auxiliar conocimientos básicos de Odontología para el buen desempeño de sus tareas.
- Comprobar, por medio de exámenes el nivel de conocimiento obtenido durante las capacitaciones.

5.7.4 Descripción y Análisis del Programa

En la Clínica Dental del Centro de Salud de La Unión, Zacapa, se contó con la ayuda de Teresa Castillo, ella es maestra contratada por la Municipalidad para que desempeñe su labor como asistente dental. Este fue su segundo año de trabajo.

La manera de evaluar el desempeño y capacidad de la asistente consistió en la entrega de un manual con todos los temas que se evaluarían en los 8 meses de duración del EPS; entregado el manual se explicó a la asistente que sería evaluada semanalmente con un tema determinado. Las evaluaciones podían ser de respuesta directa o cualquier otra forma que se presentara en el manual. Todas las evaluaciones eran claras y precisas con los temas establecidos.

Luego de que la asistente realizara la evaluación, se prosiguió a calificar, con una nota sobre 100 puntos, y a resolver cualquier duda o respuesta errónea que se presentara. En este aspecto, la asistente ya tenía amplio conocimiento de los temas, debido a que al ser su segundo año, eran pocos los aspectos a mejorar en cada evaluación.

Durante los ocho meses, se realizaron todas las actividades, tanto clínicas como administrativas de manera correcta.

La implementación de un manual para la capacitación del asistente dental, permitió que el proceso de aprendizaje fuera más ordenado, fácil y pudiera brindar mejores resultados; ya que los temas fueron los mismos para todos, lo que permite que el asistente sepa lo básico y necesario de la odontología y le permitirá en un futuro, aprender y manejar temas más específicos, y así desarrollar otro tipo de funciones.

5.7.5 Temas Cubiertos y Notas en las Evaluaciones Realizadas

Febrero:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Funciones del asistente	75/100 pts.
2da	Limpieza de Instrumentos	66/100 pts.
3ra	Equipo Dental	100/100 pts.

Marzo:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Jeringa Dental	100/100 pts.
2da	Instrumental de Exodoncia	100/100 pts.
3ra	Transferencia de Instrumentos	100/100 pts.

Abril:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Prevención de Enfermedades	100/100 pts.
2da	Cepillado Dental	75/100 pts.
3era	Alternativas de Higiene Dental	100/100 pts.

Mayo:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Fluoruro de Sodio	100/100 pts.
2da	Morfología Dental	100/100 pts.
3era	Placa Dentobacteriana	100/100 pts.
4ta	Caries Dental	65/100 pts.

Junio:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Enfermedad Periodontal	100/100 pts.
2da	Resinas Compuestas	95/100 pts.
	Instrumentos para Resina	75/100 pts.
3ra	Sellantes de Fosas y Fisuras	100/100 pts.
4ta	Amalgama Dental	100/100 pts.

Julio:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Profilaxis Dental	100/100 pts.
2da	Tratamiento Periodontal	100/100 pts.
3era	Ionómero de Vidrio	100/100 pts.
4ta	Hidróxido de Calcio	100/100 pts.

Agosto:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Óxido de Zinc y Eugenol	100/100 pts.
2da	Acrílico	100/100 pts.
3ra	Materiales de Impresión	100/100 pts.
4ta	Yesos	100/100 pts.

Septiembre:

Semana	Tema	Nota Evaluación
1era	Nomenclatura Dental	100/100 pts.

5.7.6 Conclusiones

- La implementación del Manual de Asistente Dental facilitó el aprendizaje y capacitación de todo lo básico que deben conocer los asistentes dentales, así como se mejoró el rendimiento de todas las actividades que se realizan durante el EPS.
- La experiencia este año fue positiva con esta nueva manera de evaluar al asistente dental, ya que fue más fácil el aprendizaje y la resolución de todas las dudas que se presentaron.
- El diploma que se entregó al final de este programa de capacitación al asistente dental, fue una gran herramienta ya que incentivó al asistente a tomar en serio el manual y las evaluaciones.

5.7.7 Recomendaciones

- Seguir con este tipo de mejoras, como el manual de asistente dental, ya que eso permitió que el aprendizaje fuera más completo, ordenado y sencillo y se obtuvieran mejores resultados.
- Se debería de actualizar el manual de asistente dental, año con año, con las innovaciones o mejoras que surjan en los diferentes ámbitos de la Odontología.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Asistente dental.** (2009). (en línea). México: Consultado el 20 de Oct. de 2015. Disponible en. [http://www.articulosinformativos.com.mx/As_istente Dental-a854156.htm1](http://www.articulosinformativos.com.mx/As_istente_Dental-a854156.htm1)
2. Carneiro Muziotti, F. M., Bosch Román, V. E. y Rodríguez Izquierdo, M. (2001). **Efectos de la intervención nutricional sobre las variables antropométricas, la ingesta y las concentraciones de lípidos y lipoproteínas del plasma en niños con dislipidemia.** (en línea). Ecuador: Consultado el 20 de Oct. de 2015. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4064/1/MED198.pdf>
3. ICDAS Fundation (International Caries Detection and Assesement System). (2012). **Protocolo ICDAS.** (en línea). Estados Unidos: Consultado el 19 de Oct. de 2015. Disponible en: www.icdas.org/courses/spanish/course/nav.html
4. **Informes sobre los Sistemas Nacionales de Cultura** (2004). (en línea). Guatemala: Consultado el 19 de Oct. de 2015. Disponible en:
<http://www.oei.es/cultura2/Guatemala/12a.htm>
5. **Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal en Niños y Niñas Preescolares** (2007). (en línea). Chile: Consultado el 19 de Oct. de 2015. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/01/Programa-de-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares-2007.pdf>

6. **Protocolo de esterilización.** (2010). (en línea). s.l.: Consultado el 20 de octubre de 2014. Disponible en:
<http://www.clinicadentalolivares.es/resources/PROTOCOLO+DE+ESTERILIZACION.pdf>.
7. Universidad de San Carlos de Guatemala (2015). **Manual operativo del programa Ejercicio Profesional Supervisado EPS.** Guatemala: Facultad de Odontología. p.p.13.
8. Villagrán Colón, E. (2015). **Protocolo investigación única EPS 2015. Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas.** Guatemala: USAC, Facultad de Odontología, Área de OSP. p.p.2-10.

VII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
 Facultad de Odontología
 Área de Odontología Socio Preventiva
 Programa de Ejercicio Profesional Supervisado

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO A PACIENTES INTEGRALES DEL PROGRAMA DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO 2015

I. DATOS GENERALES:

Comunidad: _____
 Nombre del entrevistador: _____
 Nombre de/la escolar: _____
 Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Escolaridad: _____
 Nombre del Establecimiento Educativo: _____
 Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____
 Dirección del domicilio: _____

II. OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:

PUNTEO	ITEMS
1	PROFESIÓN UNIVERSITARIA, Ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria
2	Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado) Bachilleres, Maestros, Perito Contador, Secretarías Medianos comerciantes o productores como: Taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.
3	Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.
4	Trabajadores con primaria completa albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa) TRABAJADORES CON PRIMARIA COMPLETA.
5	Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.

III. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

1	Educación universitaria
2	Nivel Diversificado, Secretarías, Maestra, Bachiller, Perito Contadora, etc.
3	Nivel Básico
4	Nivel Primaria
5	Analfabeta

IV. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA:

1	Fortuna heredada o adquirida
2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
3	Sueldo mensual
4	Salario semanal, por día, por hora.
5	Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1.	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2.	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios
3.	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
4.	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5.	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

IX. SALUD BUCAL:

¿Durante el año pasado, asistió usted o algún miembro de su familia al servicio de salud bucal?

Si _____ No _____

¿Marque con una X los tipos de tratamientos que le hicieron?

Extracciones	Refillenos	Limpieza	Placas o Puentes

Enjuagues de Fluoruro de Sodio al 0.2%



Educación en Salud Bucal



Proyecto Comunitario

Antes



Después



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

IMPRÍMASE

Vo. Bo.

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

Secretario Académico

Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos de Guatemala



El contenido de este Informe Final de EPS es única y exclusivamente responsabilidad del autor:



Diego Alejandro González Chacón