

Universidad
Mesoamericana
de Quetzaltenango



Informe final del ejercicio profesional supervisado, del centro de salud del distrito de salcaja, Quetzaltenango, agosto a noviembre del 2021.

Presentado por:

María José Mont Tobar

Al conferirle el título de Odontólogo

En el grado académico de Licenciada

Quetzaltenango 2021

“Este informe fue presentado por
María José Mont Tobar
Como informe previo a optar al
Grado de Licenciada en Estomatología”



GOBIERNO de
GUATEMALA
DR. ALEJANDRO GIANNATTI

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL



OF. 54 GPSS/DASQ-2021
Quetzaltenango 02-08-2021

A: Jefes de distrito
Quetzaltenango. La Esperanza. Salcajá. Olintepeque. San Mateo

Por medio de la presente los saludos y a la vez para informarles que los estudiantes EPS de la Universidad Mesoamericana división de ODONTOLOGIA que se describen a continuación, realizaran su practica para el presente semestre Agosto – enero 2022 solicitando dar el apoyo en el ejercicio profesional.

		Carné	
1	Juárez Pérez, Marco Antonio	201319002	Centro de Salud de La Esperanza
2	Macario Gómez, Ronny Maranatha	201119083	Centro de Salud de Cuiquilajá
3	Mont Tobar, María José	201319020	Centro de Salud de Salcajá
4	Ordoñez Alvarado, Pedro Otoniel	201019072	Puesto de Salud de Pacajá
5	Polanco López, Ángel Adolfo	201219009	Puesto de Salud de La Libertad
6	Racanchoj Ulin, Karen Rocío	201119007	Centro de Salud de Llanos del Pinal
7	Samayoa Martínez, Marjorie A	200919093	Centro de Salud de San Mateo

Atentamente

Dr. Oliver Martínez Castillo
Gerente de Provisión de servicios
DAS. Quetzaltenango





UNIVERSIDAD MESOAMERICANA QUETZALTENANGO
LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGIA
Coordinador de EPS
Dr. Sidney A. Velásquez C.
dr.velasquez@mesoamericana.edu.gt

Quetzaltenango, diciembre de 2021

Dra. Olga Sánchez
Decana Facultad de Odontología

Respetuosamente me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que al estudiante María José Mont Tobar, carné 201319020, se le han realizado las supervisiones correspondientes a su práctica clínica durante el período de agosto a noviembre del presente año, habiéndole encontrado en su lugar de trabajo el cual se encontraba limpio y ordenado, con la vestimenta correcta, en el horario asignado y atendiendo pacientes habiendo seguido el protocolo adecuado.

Sin otro en particular, muy agradecido.


Dr. Sidney A. Velásquez C.
Coordinador de EPS
Facultad de Odontología



Índice

Resumen

1. Marco Referencial.....	6
1.1 Monografía de la Comunidad.	6
1.2 Descripción del Centro de Salud de la Villa de Salcajá.....	14
1.2.1 Historia del centro de salud de Salcajá, Área de Salud de Quetzaltenango. .	14
1.2.2 Descripción del Centro de Salud de Salcajá.....	17
II Desarrollo del Programa	19
2.1 Prevención de Enfermedades Bucales.....	19
2.1.1 Profilaxis Dental	20
2.1.2 Sellantes de Fosas y Fisuras	21
2.2 Educación en Salud Oral	28
2.3 Atención clínica integral.....	29
2.3.1 Presentación de resultados.....	29
2.4 Administración de Consultorio	36
2.5 Capacitación al personal auxiliar	42
III Proyecto	43
3.1 Introducción.....	43
3.2 Justificación.....	43
3.3 Objetivos.....	43
3.4 Metodología.....	43
3.5 Cronograma de actividades.....	43
3.6 Recursos.....	44
3.7 Resultados.....	44
3.8 Limitantes	44
3.9 Análisis y evaluación del proyecto.....	44
IV. Cronograma de actividades	45
V. Referencias Bibliográficas.....	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
Anexos	47

Resumen

El siguiente informe presenta los resultados del ejercicio profesional supervisado en el centro de salud del municipio de Salcaja, Quetzaltenango realizado por mi persona estando a cargo del módulo de odontología, como también la monografía y descripción de dicho centro asistencial y el trabajo y proyecto realizado durante los meses de agosto a noviembre del presente año.

1. Marco Referencial

1.1 Monografía de la Comunidad.

El Municipio de Salcajá, se encuentra ubicado en el Nor-este del Departamento de Quetzaltenango, limita geográficamente: En el Norte con los Municipios de San Andrés Xecúl, San Cristóbal Totonicapán y Totonicapán, del Departamento de Totonicapán; al Este con el Municipio de Totonicapán, al Sur con el Municipio de Cantel de Quetzaltenango y al Oeste con el Municipio de Quetzaltenango y su Aldea, San José Chiquilajá. Su extensión territorial es de 12 Km² y está ubicado a 2332 MSNM. su clima es templado y frío, ya que se encuentra ubicado en el Altiplano Occidental del País, su topografía es plana con algunas colinas de mediano tamaño, su territorio está cruzado por el río Samalá, que parte en dos su área urbana y además tiene dos ríos de menor caudal el Cancojá al Noroeste de su territorio y el Río de los Zopilotes al sureste de su territorio los dos desembocan en el río Samalá. Sus vías de comunicación terrestre con los municipios de Quetzaltenango y San Cristóbal Totonicapán están constituidas por la carretera Interamericana CA -1 y se comunica con el Municipio de Totonicapán en su área rural y con San Andrés Xecúl, los Municipios de Cantel y Olintepeque y la Aldea San José Chiquilajá del Municipio de Quetzaltenango por medio de caminos de terracería transitables en todo tiempo. Cuenta con comunicación telefónica, alámbrica y celular, correos y un sistema de transporte público muy fluido de buses urbanos, extra-urbanos y taxis a cualquier lugar de la región. La comunidad cuenta con dos compañías de Televisión por Cable, además de un circuito cerrado de

divulgación dentro del Mercado Municipal de la localidad. La cabecera urbana de Salcajá, se encuentra cercana a su área rural, las comunidades no se encuentran a una distancia mayor de cuatro Kilómetros y en tiempo a pie, no mayor de hora y media a los centros de atención en salud, Pública y Privados de la población.

Su división política administrativa es la siguiente:

- Centro Urbano de la Población
- Aldea Santa Rita.
- Cantón Marroquín.
- Caserío El Tigre
- Casa Blanca.

El Centro Urbano de la población está dividido en zonas, pero aún persisten los Barrios como un rezago de carácter cultural, siendo los siguientes:

- Barrio La Cruz.
- Barrio San Luis.
- Barrio El Calvario.
- Colonia Nueva.
- Barrio San Jacinto.
- Barrio Nuevo.
- Barrio Casa Blanca.
- Barrio La Ciénaga.
- Barrio El Carmen.
- Curruchique.
- El Cangrejo de Oro.

El 75 % de su población pertenece a la etnia Ladina y el 25 % a la etnia Maya Quiche, que progresivamente se han ido integrando y el proceso de fusión étnica se ha dado favorablemente; su idioma predominante es el castellano, habiendo algunos sectores rurales donde aún se utiliza dentro de los hogares la lengua

Quiché. Para el año 2018, su población calculada es de 20768 habitantes, de los que un 48 % pertenecen al sexo masculino y un 52 % al sexo femenino, su pirámide de población como se puede apreciar en la presente memoria, está representada por una base ancha y un ápice pequeño, como en toda localidad en desarrollo. El analfabetismo predomina en el sexo femenino donde no solamente aparece en toda su pureza, si no que en un grave analfabetismo funcional que afecta a ambos sexos en alto grado de porcentaje de su población. Sin embargo, dentro de sus pobladores, han aparecido eminentes Profesionales, Artistas, Poetas, Escritores y hombres de una regia cultura que han dado lustre a su comunidad. Sus pobladores se concentran en el área Urbana predominantemente, que alberga aproximadamente el 64 % de su población, y su área Rural tiene al restante 36 % de la misma.

Población por ciclos de vida, sexo y total, año 2018.

Municipio de Salcajá, Área de Salud de Quetzaltenango.

Neonato 0-28	Lactante 28 a 1	Niñez 1 a 9	Adolescencia 10 a 19	Adulto 20 a 49	Adulto mayor 50 y mas	Total
96	185	2416	2330	3653	1143	9820
93	179	2412	2374	4421	1467	10949
189	364	4828	4704	8074	2610	20769

Fuente: Poblaciones Proyectadas, Departamento de Estadística, Dirección Área de Salud de Quetzaltenango, Instituto Nacional de Estadística 2018.

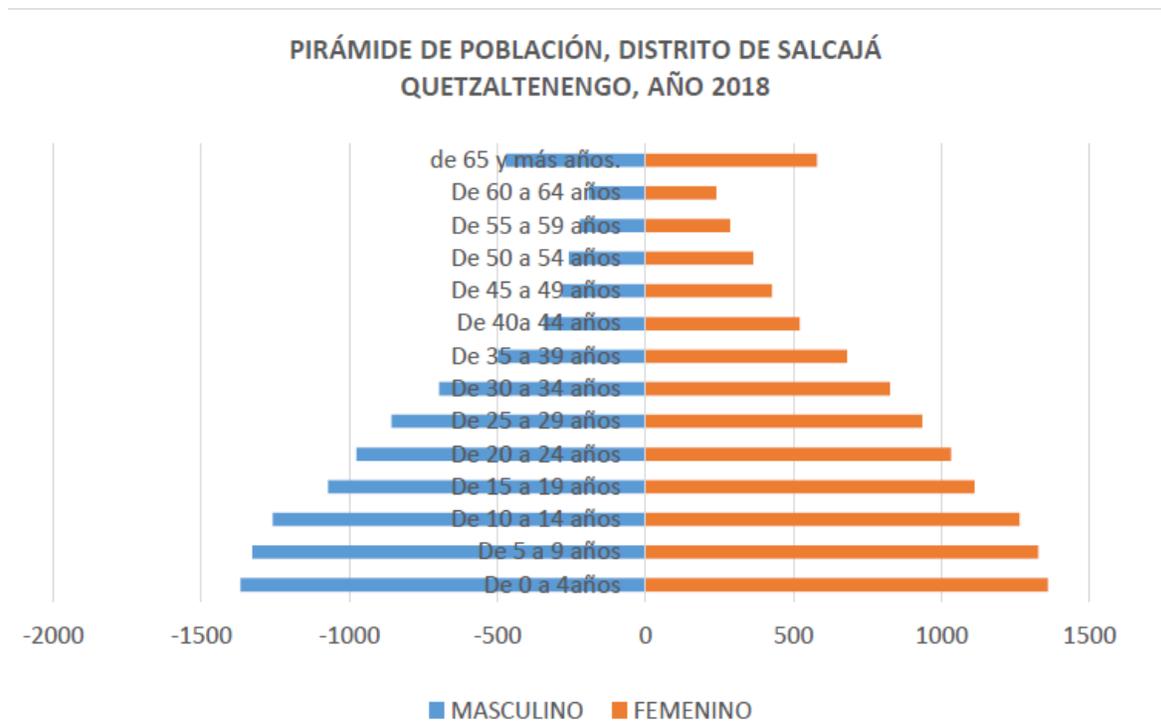
Distrito de salud de Salcajá Área de salud de Quetzaltenango, por grupos quinquenales

Grupo de edad	Masculino	femenino	Total
De 0 a 4 años	1360	1367	2727
De 5 a 9 años	1327	1327	2654
De 10 a 14 años	1263	1259	2522
De 15 a 19 años	1111	1071	2182
De 20 a 24 años	1032	976	2008
De 25 a 29 años	935	857	1792
De 30 a 34 años	825	697	1522
De 35 a 39 años	680	497	1177
De 40 a 44 años	521	344	865
De 45 a 49 años	428	282	710
De 50 a 54 años	363	258	621
De 55 a 59 años	286	221	507
De 60 a 64 años	239	192	431
De 65 a mas años	570	471	1050
Total	10949	9819	20768

Fuente: Poblaciones Proyectadas, Departamento de Estadística, Dirección Área de Salud de Quetzaltenango, Instituto Nacional de Estadística, Año 2018.

Principales indicadores vitales del municipio

<u>No.</u>	<u>CAUSA</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
1	Tasa Bruta de Mortalidad:	4.53 X 1000	4.67 X 1000
2	Tasa Bruta de Natalidad:	27.13 X 1000	9.10 X 1000
3	Tasa de Fertilidad	30.7 X 1000	26.40 X 1000
4	Mortalidad Neo natal:	0.0 X 1000	0.0 X 1000
5	Mortalidad peri natal:	3.7 X 1000	0.0 X 100
6	Mortalidad infantil:	5.63 X 1000	5.29 X 1000
7	Crecimiento Vegetativo	2.26 X 100	0.45 X 100



Fuente: Departamento de Estadística de la Dirección de Área de Salud de Quetzaltenango, Poblaciones para el Año 2018.

Perfil Socio Económico

La principal actividad económica de los pobladores es la producción artesanal de Tejidos Típicos, siguiéndole la agricultura, produciendo: Granos, frutas, legumbres, crianza de ganado menor, comercio, la fabricación industrial de correas para zapatos que abastece a toda Centro América y a actividades de panificación industrial en un pequeño número de pobladores. La riqueza económica de la localidad se encuentra mal distribuida, muy pocos con mucho poder económico y muchos con muy poco poder adquisitivo, lo que ha obligado a muchas personas de Salcajá, a optar por migrar en búsqueda de superar la problemática económica de la comunidad, calculándose que aproximadamente un 25 % de su población se mantiene en constante emigración e inmigración hacia y de los Estados Unidos de Norteamérica.

El fenómeno migratorio ha motivado problemas de carácter social, como es el del abandono escolar, el uso de las drogas lícitas e ilícitas en grupos de jóvenes, adquirir patrones culturales indeseables de las sociedades desarrolladas, la desintegración familiar y rebeldía en un alto porcentaje de la juventud.

Perfil Epidemiológico

Las enfermedades que más afectan a los pobladores del Distrito de Salud de Salcajá, se encuentran: Las infecciones respiratorias superiores, Las Infecciones del sistema urinario y bronconeumonías, Enfermedades transmitidas por alimentos y agua: diarreas; enfermedades de la piel por malos hábitos de higiene, el parasitismo intestinal, las ex parasitosis y la mal nutrición, afectando primordialmente a los niños menores de cinco años y a las mujeres en edad fértil, aunque éste último grupo es el que más demanda el servicio de salud. Otro de los problemas que se observan lo constituye la procreación temprana, los espacios ínter genésicos muy cortos que inciden en detrimento de la salud de la mujer y en el

descuido prematuro de los niños, que se ven afectados con problemas de salud que influyen en su crecimiento y desarrollo.

El grupo infantil se ve afectado por la baja escolaridad de los padres de familia, en los que sus patrones culturales que favorecen el apareamiento de problemas en la salud prevalecen y que dan origen al exo-parasitismo, parasitismo intestinal, desnutrición, y anemia, que inciden en el crecimiento pondo estatural y limitan el adecuado desarrollo intelectual de los niños, no científicamente cuantificada su limitación por el escaso recurso profesional y técnico con el que se cuenta.

La problemática de salud se ve influenciada por condiciones del medio ambiente, dentro del cual se pueden enumerar los siguientes factores: La carencia de un sistema eficiente de drenajes, ya que el existente en la comunidad, data de aproximadamente 30 años ya está siendo renovado, se cuenta con drenajes separados para aguas pluviales y servidas en algunos sectores, pero persiste el rebalse de los drenajes de aguas negras y grises, con la contaminación consiguiente de las calles y avenidas con excretas y desechos en periodos de lluvia.

Durante el verano el caudal del río disminuye incrementándose su contaminación, ya que en su recorrido recoge las aguas negras y grises de los municipios de Totonicapán, San Francisco El Alto, San Cristóbal Totonicapán y San Andrés Xecul, convirtiéndose en foco de proliferación de vectores, roedores e insectos nocivos para la salud. Se espera que con la observancia de la Ley de Protección y Conservación del Medio Ambiente y del Manejo adecuado de aguas residuales, dicho manto freático se espera que mejore su calidad y se evite la contaminación masiva del mismo.

Dicho caudal recorre el centro urbano de la población de Salcajá de norte a sur. El agua de consumo humano se distribuye por medio de un sistema que se ha estado renovando por sectores, con tramos elaborados de tubería HG y otros más recientes de P. V. C., sus fuentes de dotación de agua son pozos profundos, pero que en su manto acuífero se almacenan residuos de los tintes y químicos utilizados en la producción artesanal de tejidos típicos, forma de producción económica que constituye la principal fuente de ingresos de los pobladores de la comunidad.

En algunas oportunidades se observan en el agua materias en suspensión y turbidez marcada, sin embargo, los análisis bacteriológicos a los que se le ha sometido no evidencian crecimiento de Coliformes, dicho fenómeno probablemente sea debido a que en el proceso de tratamiento del hilo para la elaboración de los tejidos para las telas típicas, se utiliza el hipoclorito de calcio y sus residuos se desechan por el servicio de drenajes sin ningún tratamiento por lo que puede llegar al manto freático desinfectando su contenido.

El agua de consumo de los pobladores del Municipio de Salcajá se le da tratamiento con Cloro - gas para su purificación, no en todos sus sistemas pero sí en un 99 % de los mismos, por lo que se procurará que todos sean tratados en forma similar para su potabilización, gestionando dicha actividad ante las autoridades municipales de la localidad, parte de la comunidad de Santa Rita se abastece de agua de un Nacimiento acuífero de San Francisco El Alto de Totonicapán, que es administrado por un Comité de la comunidad que se opone a la cloración del preciado líquido.

Para el manejo de las basuras, putrescibles y no putrescibles, se cuenta con un tren de aseo eficiente a nivel de la Cabecera Municipal, pero no se cuenta con un sistema adecuado de disposición final de desechos y su tratamiento, trasladándose a los barrancos y hondonadas, creando el problema de la contaminación con materias en descomposición y sus lixiviados, generándose el apareamiento, de roedores, insectos y concentración de perros callejeros que generan un serio problema para su control y dificultan el control de posibles focos rábicos que afortunadamente no han aparecido durante los últimos años.

Otro de los problemas de salud del Municipio, es el generado por las malas instalaciones del Rastro de Ganado Mayor y Menor, que no permite el manejo adecuado de las carnes de consumo, agregándose al mismo, el no contar con un delegado del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, que por Ley es el Encargado de velar el buen manejo del destace de los animales de consumo. Se tiene en proyecto la construcción del Rastro de Ganado mayor y menor, en una ubicación adecuada y con las medidas sanitarias necesarias para evitar la

contaminación del medio ambiente y las carnes de consumo humano, actualmente se encuentra sin operar el rastro existente.



Fuente: Centro de Salud de Salcajá

1.2 Descripción del Centro de Salud de la Villa de Salcajá

1.2.1 Historia del centro de salud de Salcajá, Área de Salud de Quetzaltenango. Reseña Histórica

En la década de 1970, el Municipio de Salcajá, carecía aún de un servicio Público de Salud y por inquietud del entonces del Reverendo Padre José Van Dongen, se instaló una Clínica Parroquial en el local ocupado en la actualidad por EL Colegio y la Escuela de Niños Trabajadores de CEIPA, en la 3ª. Avenida 0-03, de la zona 4, Barrio el Carmen de la Cabecera Municipal de Salcajá. Debido a que la señora Enfermera Profesional Carmen Letona de Ovalle, debería cumplir con un compromiso de servicio con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, durante el mes de mayo del 1972, se le propuso que atendiera las necesidades de salud de la comunidad, en un Puesto de Salud que funcionaría adscrito a la Clínica

Parroquial en su misma planta física, con bienes separados, a lo que la señora de Ovalle aceptó, iniciando su función.

Fue en tiempo del Doctor Roquelino Recinos Méndez, como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social que se obtuvo el primer logro en la atención de Salud Pública de Salcajá y fungía como Alcalde Municipal de Salcajá, el Licenciado Don Juan José Gramajo. Debido a que la señora Enfermera Carmen Letona de Ovalle ocupaba una Plaza de Auxiliar de Enfermería, siendo Enfermera Profesional, se consideró un recurso humano sub utilizado, por lo que se le promovió para laborar en la Jefatura de Área de Salud de Quetzaltenango y el Cargo de atender las necesidades de salud de Salcajá se transfirió a la Señora Auxiliar de Enfermería Olga Mérida de Sánchez, pero para obtener la categoría de Puesto de Salud, fue necesario que la Municipalidad de Salcajá, encontrara un local en el que funcionara independientemente a la Clínica Parroquial, el que fue proporcionado en los dos cuartos pequeños que existen en la parte baja de la torre del reloj del parque de San Luis que se encontraba sin mobiliario, por lo que la Municipalidad prestó un escritorio grande, de madera muy antiguo que utilizaba el despacho del señor Alcalde Municipal, un tablón que servía como banca y dos sillas sustraídas del inventario de bienes del Centro de Salud de Zunil, allí funcionó hasta el año 1975, cuando por gestiones de la señora Enfermera Carmen Letona de Ovalle, se promovió ante la Jefatura de Área de Salud y ante las Autoridades Municipales de Salcajá, que se elevara la categoría del servicio a Centro de Salud, gestión que efectuó nuevamente el señor Alcalde Municipal, el Licenciado Don Juan José Gramajo, petición que fue escuchada por el Doctor Oscar De León Anléu quién fungía como Jefe del Área de Salud de Quetzaltenango y el Doctor Enio Bethancourt Fioravanti, (QEPD), como Jefe de la Región VI de Salud, siendo elevado el Municipio como Cabecera de Distrito de Salud, con la obligación de atender los Municipios de Salcajá, Cantel, Olinstepeque y San Francisco La Unión; a todo esto, la Clínica Parroquial había colapsado y no prestaba ya servicio de Atención Médica, por lo que con acuerdos con el Padre José Van Dongen, el Centro de Salud ocupó nuevamente el edificio que sirvió a la Clínica Parroquial, en el Barrio El Carmen e inició su nueva etapa de servicio con una cantidad muy limitada de mobiliario, bienes

y medicamentos, los que paulatinamente fueron siendo proporcionados por la comunidad, el Ministerio de Salud y las diferentes Corporaciones Municipales. El Centro de Salud de la Villa de Salcajá, fue denominado por la población como Centro de Salud “Dr. Werner Ovalle López”, ilustre hijo de Salcajá, que se distinguió como Médico y Maestro de las letras en la rama de la Poesía, teniéndose la intención de gestionar ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, acceder a que sea denominado así, para satisfacer la demanda popular y rendirle homenaje a los hijos pródigos de éste Municipio. El Centro de Salud funcionó en el local antes citado, bajo la Dirección del Doctor Víctor Antonio Mota Flores, (QEPD), hasta el año de 1983, cuando dejó el cargo para asumir la Dirección de la Carrera de Medicina en el Centro Universitario de Occidente, cuando el Dr. Omar R. Fortuny Ruano, inició labores en el Centro de Salud por traslado del Área de Salud de Sololá. Se iniciaron gestiones para la construcción de un Centro de Salud Tipo “A”, y como ya había funcionado un Servicio de Educación y Recuperación Nutricional en Salcajá, anexo al Centro de Salud, se pretendía integrar dicha construcción dentro del mismo servicio y además se tenía la idea de tener una guardería para los niños Pre escolares y entregarlos a la Escuela con todas sus inmunizaciones y buenos hábitos higiénicos y nutricionales; idealmente, el Centro de Salud desconcentraría la atención de partos del Hospital Regional de Occidente y se pretendía que el servicio de atención de partos estuviera en manos de las señoras Comadronas Adiestradas Tradicionales, debidamente capacitadas y con los equipos y normas de asepsia de los servicios de Salud, aunque cobraran sus honorarios normales. Esto garantizaría disminuir los riesgos de los partos en malas condiciones de higiene, con equipo no adecuado y favorecería la salud Neonatal y Materna. Al plantearle el proyecto al señor Director General de Servicios de Salud, el Doctor Luis Ángel Paz Cojulún, manifestó: “Salcajá quiere su Maternidad, su Servicio de Educación y Recuperación Nutricional y su Guardería, estando a 9 kilómetros de un Hospital Regional de referencia y a 5 minutos de una atención adecuada de una emergencia, decime: “¿Qué me dejás para Cabricán?”, desde luego para llegar a Cabricán en 1983, con las dificultades viales que se tenían y aún con los problemas de seguridad que sufrían los poblados con el enfrentamiento armado de baja intensidad en el que

se debatían las fuerzas armadas regulares de la nación y el movimiento guerrillero, el argumento no soportaba ningún alegato, por lo que se aceptó la ejecución de un Centro de Salud Tipo “B”, el que se construyó en un solar proporcionado por la Municipalidad de Salcajá a orillas del Río Samalá, ubicado en la 0 Avenida, 0-70 de la zona 01, del Municipio de Salcajá, en el que funciona desde el 28 de Octubre de 1999, hasta el día de hoy, se nos favoreció con equiparnos el Centro de Salud en tiempos de fungir como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social el Ingeniero Marco Tulio Sosa, siendo Presidente de la República el Licenciado Álvaro Arzú Irigoyen, las autoridades del Área de Salud: La directora de Área de Salud, Doctora Anabela Aragón y el Jefe Administrativo el Licenciado Lizardo López Gramajo.

1.2.2 Descripción del Centro de Salud de Salcajá

El centro de salud de la Villa de Salcajá, actualmente a la fecha es considerado un centro Tipo B dentro de la escala de locaciones y clasificaciones del Área de Salud a nivel nacional; es por eso que en este centro de Salud está capacitado, para la atención de las siguientes personas:

- Consulta Médica, Odontológica.
- Psicológica Integral a pacientes de diversas edades (Niños-as, Adultos y Adultos de la 3 edad.
- Área de Hipodermia (Colocación y Remoción de Suturas, Colocación y Remoción de Métodos de Planificación Familiar).
- Recepción y Procesamiento de Muestras de diferentes exámenes clínicos.
- Control de Vacunación a pacientes pediátricos de diferentes edades.
- Trámites de Documentos de Salud (Tarjeta de Salud y Licencia Sanitaria).
- Trámites de Documentos de Alimentos (Tarjeta de Manipulación de Alimentos.
- Traslado de Pacientes en ambulancia a un Centro Asistencial Tipo A, CAP u Hospital Regional más cercano.

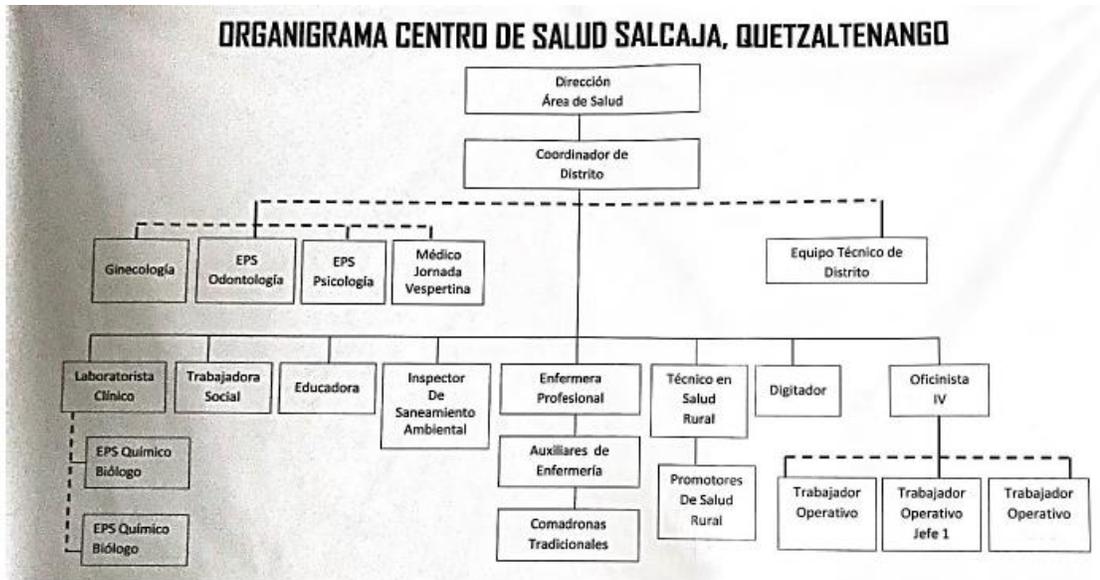


Figura 1. Organigrama del Centro de Salud de Salcajá, Quetzaltenango

Fuente: Centro de Salud de Salcajá

Croquis del Centro de Salud de la Villa de Salcajá

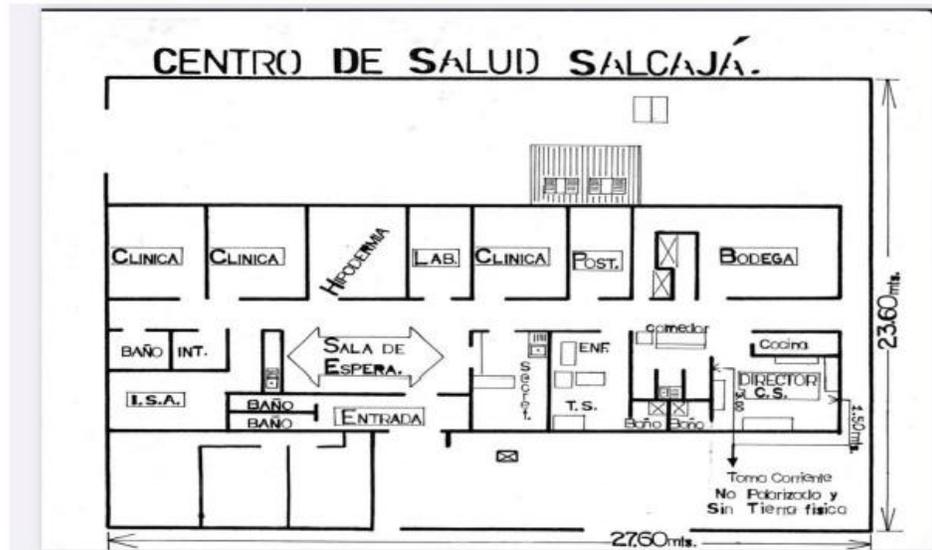


Figura 2: Croquis del Centro de Salud de Salcajá

Fuente: Centro de Salud de Salcajá

Plano Físico del Centro de Salud de la Villa de Salcajá



Figura 3: Plano Físico del Centro de Salud de Salcajá

Fuente: Centro de Salud de Salcajá

II Desarrollo del Programa

2.1 Prevención de Enfermedades Bucales

La boca juega un papel importante en la salud general y la calidad de vida de las personas. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal; la boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, pues al masticar fragmenta los alimentos, los mezcla con la saliva, sustancia rica en lipasa lingual, amilasa-alfa salival y mucinas que facilitan la deglución y comienzan con el proceso de digestión de los alimentos, fragmentando los ácidos grasos.

La saliva también contiene inmunoglobulina (Ig) A, que es la primera línea de defensa del sistema inmune contra el ataque de virus y bacterias; ésta es acompañada por lisozima y lactoferrina, que ayudan al control bacteriano, entre otras sustancias. La saliva también participa en la fonación, lubricando y facilitando los movimientos labiales y de la lengua. La cavidad bucal permite comer, hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca

pueden limitar el desempeño escolar, laboral, social y en el hogar; así como dar lugar a la pérdida de miles de horas de trabajo y escolares anualmente, de ahí que el impacto psicosocial de los problemas bucales pueda afectar la calidad de vida de las personas.

El Ejercicio profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad Mesoamericana de Quetzaltenango es un programa que forma parte De las experiencias académicas en las poblaciones y dentro de sus principales propósitos se encuentra la prevención de enfermedades bucales a través del desarrollo de actividades clínicas.

2.1.1 Profilaxis Dental

¿Qué es la profilaxis dental?

Es el procedimiento de higiene dental cuyo objetivo es limpiar las superficies dentarias retirando el sarro dental o placa calcificada que se encuentra adherido y acumulado en aquellas zonas de los dientes que no son accesibles para el cepillo dental.

¿Por qué es necesaria la profilaxis dental?

En los niños, en la edad de dentición primaria y mixta, es importante realizar revisiones odontológicas y profilaxis dental ya que los dientes de leche también pueden tener caries y afectar al germen del diente definitivo, que se esté formando para sustituir al diente deciduo. Es importante detectar a tiempo si un niño tiene tendencia a caries, en primer lugar, para tratarlo, y, también, para corregir los hábitos alimenticios o de higiene oral incorrectos que pueden afectar la salud oral del niño.

¿Cuál es el procedimiento para una profilaxis dental?

La profilaxis dental es un tratamiento que no requiere de anestesia en niños, pero en adultos puede ser necesaria si el paciente padece de hipersensibilidad dental.

Se debe eliminar mediante la remoción mecánica o ultrasónica el cálculo y sarro dental y terminaremos eliminando las tinciones mediante un cepillo profiláctico y pasta de pulido dental.

2.1.2 Sellantes de Fosas y Fisuras

¿Qué son los sellantes de fosas y fisuras?

Es el procedimiento mediante el cual a través de sustancias adhesivas se produce el cierre de las fosas y fisuras de las superficies dentarias como método de prevención.

Los sellantes de fosas y fisuras tienen 3 efectos preventivos importantes:

1. obturan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos.
2. suprimen el hábitat de los estreptococos mutans y otros microorganismos.
3. facilita la limpieza de las fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental y la masticación.

¿Cuál es el procedimiento para realizar sellantes de fosas y fisuras?

El factor principal a tener en cuenta para la aplicación de un sellador es el diagnóstico del estado de salud de las fosas y fisuras que se pretenden cerrar.

La técnica es simple y económica. La retención del sellador es variable y depende de varios factores: profundidad de los surcos, técnica utilizada, tipo de material, atrición, etc. Se la puede estimar en un promedio de 4 a 6 años. No obstante, aunque se caiga parte del sellador, no siempre se produce caries en estos elementos dentarios.

En relación a la técnica de colocación de sellantes, la condición más importante para lograr la adhesión es un aislamiento adecuado y un grabado satisfactorio. En caso de detectar fisuras con anatomías muy estrechas, se puede realizar una

pequeña ameloplastia con fresa redonda $\frac{1}{2}$ para aumentar la superficie de grabado ácido. Existen diferentes materiales para ser utilizados como sellantes, tales como: cianocrilatos, policarboxilatos, poliuretanos, diacrilatos, dimetacrilatos de uretano, sellantes convencionales, sellantes convencionales con flúor, vidrios ionoméricos (utilizados como sellante tienen el beneficio adicional de liberación de fluoruro a partir del material restaurador) y resinas híbridas o fluidas (son una opción adecuada cuando la preparación ultraconservadora tiene dimensiones cavitarias que exceden las indicaciones de un sellador convencional). Siempre se prefiere el uso de materiales fotocurados por favorecer la velocidad del procedimiento. Sin embargo, debido a las variaciones que existen entre los materiales, es muy importante seguir las instrucciones del fabricante de acuerdo al sellante que se vaya a utilizar. A veces la lesión amerita que se realice un procedimiento de ameloplastia consiste en modificar levemente la superficie del esmalte con fines preventivos, terapéuticos o mixtos. La técnica es la siguiente: leve desgaste de la superficie del esmalte con una piedra de diamante de forma biconvexa (forma de bala o barril) o con una fresa multihoja de 12 hojas (forma de llama) a mediana velocidad, hasta que el esmalte subyacente esté liso y firme, no rugoso.

Estas restauraciones con instrumentación mínima poseen una finalidad terapéutica y una preventiva, simultáneamente. La mini lesión se limpia y/o excava con el instrumental más pequeño posible y luego se obtura con un composite por medio de técnica adhesiva. Para el resto de la superficie del surco se utiliza un sellador. El material a utilizar debe ser capaz de fluir penetrando en el surco, la fisura o la fosa. Para ello es obviamente necesario un líquido con condiciones tales que le permitan penetrar en un espacio semejante a un tubo capilar. Una vez que el líquido ha llenado el espacio es fundamental que se transforme en un sólido ya que debe quedar (lo ideal sería en forma permanente) en él y en contacto con el medio bucal. Según Simonsen, Dennison y Cueto, las condiciones de un sellador deben ser: biocompatibilidad, fácil manipulación, tiempo de fraguado que permita un manejo cómodo, capacidad de retención sin manipulación irreversible del esmalte, buena penetración en el surco, estabilidad dimensional y deseable acción cariostática. Actualmente existen dos formas de presentación o tipos de selladores de fosas y

fisuras comercialmente disponibles, los curados químicamente y los fotocurados. Los clínicos prefieren el sellante fotocurado visible porque éste requiere menor tiempo de curado, el tiempo de curado puede ser controlado por el clínico y el procedimiento puede ser integrado con el comportamiento del paciente. No se necesita ninguna mezcla, el riesgo de incorporar burbujas de aire es disminuido. Sin embargo, los datos sobre la eficacia de los sellantes fotocurados visibles no parecen estar impresos y algunos registros han mostrado falta de confianza clínica con respecto a la retención a largo plazo de los sellantes.

Unos pueden ser polimerizados sólo con los componentes que se incluyen en su composición: son los autopolimerizables, auto curables o de activación química. Otros necesitan de un dispositivo generador de luz para poder ser polimerizados: son los fotopolimerizables, fotocurables o de activación lumínica (con luz). El polímero o copolímero resultante de la reacción es transparente o translúcido. Si bien puede ser útil para visualizar los tejidos dentarios vecinos al sellador, torna difícil al profesional la detección de la presencia del sellador y su eventual pérdida o deterioro. Por eso es frecuente encontrar selladores que incluyen en la composición pigmentos (en general óxidos que refractan la luz o parte de ella) que otorgan al material un color (por ejemplo: blanco o amarillo). En algunos casos la sustancia incorporada busca además producir un cierto mejoramiento mecánico (refuerzo. Además, algunos productos comercializados incluyen compuestos de flúor. Estos, en contacto con el medio bucal, liberan ión fluoruro con el que se trata de complementar la acción de sellado con la que produce ese ión sobre los procesos microbianos desmineralizantes involucrados en el proceso caries.

Para que el sellador sea exitoso, el líquido debe penetrar en la fisura y quedar en ella una vez que llega a estado sólido. Para que la penetración se produzca, la fisura (el espacio capilar) debe también reunir una serie de condiciones. Debe generarse además algún mecanismo que posibilite la adhesión entre el sellador y el diente (el esmalte en este caso). Ello no sólo para que el material no se desprenda sino también para que no quede ninguna solución de continuidad (brecha) entre él y el diente que posibilite el ingreso de microorganismos (filtración marginal). Se deben

tomar, entonces, los recaudos necesarios para lograr este objetivo y permitir así que el sellado de la fisura sea exitoso.

El líquido orgánico que entra en la formulación de un sellador está constituido por moléculas. Las uniones entre éstas son de tipo secundario y relativamente débiles. Por esto la tensión superficial se reduce y el líquido puede ser atraído por una superficie, puede “mojarla” al alcanzar ángulos de contacto (o de humectación) cercanos a cero grados. Puede, por ello, esperarse que entre en contacto íntimo con el esmalte de la fisura y así lograr adhesión. La técnica debe apuntar a la preparación de las superficies de la fisura (superficie de esmalte) para favorecer y posibilitar el contacto al que se puede aspirar, lograr llenarla con el material y obtener adhesión.

El conocimiento de la estructura del esmalte dentario brinda los indicios necesarios para el análisis de la forma de lograr estos últimos objetivos. La fluoración de las aguas de consumo ha sido altamente efectiva en la prevención de la caries de las superficies lisas, sin embargo, no es efectiva para la caries de fosas y fisuras, aproximadamente, el 90% de las lesiones cariosas ocurren en las fosas y fisuras de premolares y molares. Los sellantes de fosas y fisuras son el tratamiento caries-preventivo más efectivo que se le puede proporcionar al paciente.

No obstante, el efecto del flúor sobre caries de superficies lisas combinado con el uso rutinario y agresivo de sellantes contra la caries de fosas y fisuras, que tienen el potencial de erradicar la caries en niños, adolescentes y adultos, los sellantes siguen siendo subutilizados y diversos estudios en niños y adolescentes muestran una presencia mínima o una falta completa de sellantes en los dientes posteriores. El uso de los sellantes es aún más limitado en adultos. Esta subutilización de los sellantes es difícil de explicar. Una de las objeciones a los sellantes es la posibilidad que ellos podrían ser colocados inadvertidamente sobre caries incipientes, las cuales podrían luego progresar sin ser detectada debajo del sellante y poner en peligro la pulpa.

Según Mertz-Fairhurst (1992) en una Conferencia del National Institute of Health/National Institute for Dental Research sobre los sellantes, se evidenció que

el “peligro” de sellar caries indetectable puede actualmente tener un efecto benéfico sobre la detección del proceso carioso. Miller, hace aproximadamente un siglo y Keyes varias décadas atrás, describieron que la etiología de la caries consistía de tres grupos de factores interactuando (aunque hoy en día se sabe que son más factores los que interactúan): Huésped susceptible, Microflora cariogénica y el Sustrato disponible dentro de la cavidad oral. Este sustrato está influenciado por la dieta del huésped. Los sellantes forman una barrera física entre el huésped y la microflora cariogénica y los nutrientes (hidratos de carbono) en el ambiente oral. La microflora cariogénica no sobrevive y así la lesión sellada no progresará. Los sellantes de fosas y fisuras han demostrado ser eficaces no sólo en prevenir la caries antes de que empiece, sino también deteniendo el progreso de caries en sus fases más tempranas. Cuando se desarrollaron los sellantes de fosas y fisuras en los años sesenta, muchos odontólogos opinaban que estos sellarían caries dentro de las fisuras, lo que permitiría el desarrollo desenfrenado de bacterias debajo del sellante; sin embargo, una investigación realizada por Micik, en 1972, demostró que la progresión de la caries dentro de la estructura del diente se inhibía si se utilizaba un sellante. En ese mismo año Handelman corroboró esta investigación, él utilizó un número pequeño de dientes con cavidades, unos los selló y otros los dejó abiertos, los dientes con sellante se abrieron un mes después y se evaluaron, encontrándose que los dientes con sellantes tenían menos bacterias viables que los no sellados.

Mientras en este estudio se daba una mirada sobre la efectividad a corto plazo de los sellantes, empezó a surgir la verdadera prueba de durabilidad en estudios a largo plazo realizados en los años 70^{7,12}. En esta época los investigadores examinaron los dientes haciendo un conteo de bacterias, utilizando dientes con sellantes y abriéndolos al 1ero, 2do, 4to, 6to y 12avo meses⁷. Estas muestras demostraron una reducción viable de los microorganismos dentro de las primeras dos semanas siguientes a la colocación del sellante y una reducción gradual en el conteo bacteriano durante los siguientes dos años. Este estudio tranquilizó las

preocupaciones relativas a que los sellantes de fosas y fisuras sellarían debajo de ellos la caries y que permitirían el crecimiento desenfrenado de la misma.

Simonsen (1988) concluyó que cuando los sellantes de fosas y fisuras eran aplicados tempranamente, el odontólogo podría acercarse a un 100% de protección del diente contra la caries. Otro estudio realizado en la Universidad Federal de Santa Catarina en Brasil, corroboró la ausencia de caries en el 100% de los casos que colocaron sellantes, aun cuando algunos se desprendieron. Es conveniente destacar que todos los pacientes utilizaban además pastas dentales con flúor. Asimismo, Ripa (1986), dedujo que una sola aplicación del sellador conseguía reducir la caries en un 80% al cabo de 1 año y un 70% a los 2 años. También en estudios clínicos actuales se ha demostrado que la aplicación de los sellantes de fosas y fisuras son un método efectivo para el mantenimiento de la integridad marginal de las restauraciones de amalgama y para la prevención de la caries recurrente.

Charbeneau y Dennison comprobaron en pacientes de cinco a ocho años de edad un 72% de retención al cabo de 5 años y un 36,5% al cabo de 10 años. Ripa (1986) en uno de sus estudios encontró que la retención era de 80% al cabo de 1 año, 60% a los 2 años y 42% a los 5 años¹². Le Bell y Forsten abren las fisuras con una piedra de diamante fina de 0,8 mm para mejorar la retención del sellador en niños. Otros autores usan distintas técnicas de apertura de los surcos para realizar su diagnóstico y favorecer la penetración del sellador. Los materiales más utilizados para el sellado de fosas y fisuras son las resinas aplicadas mediante técnica adhesiva.

Algunos tipos de cementos de ionomero de vidrio también han sido utilizados como selladores, con la ventaja de una excelente adhesión al diente sin necesidad de realizar grabado ácido y la liberación constante de fluoruros, aunque tienen una menor retención por su menor profundidad de penetración, debido a su viscosidad y sufren mayor atrición o desgaste durante la masticación.

Una aplicación del sellante debe permanecer intacta por un largo período de tiempo. Si el sellado completo no es obtenido o el sellante se pierde, aún en un área

pequeña, el potencial para que el sellante actúe como un agente anticariogénico está en peligro. La continua filtración incrementa el potencial para la caries. Se ha demostrado frecuentemente que el factor más importante en el éxito de la retención de un sellante es el grabado del esmalte sin contaminación con la humedad. Una superficie de grabado limpia permite la micro penetración de los sellantes resultando en una adhesión suficiente para soportar la contracción por polimerización junto con la contracción térmica y el stress de expansión. Un agente de secado (UltraSeal XT, Ultradent Products, Inc., South Jordan, UT) ha sido recientemente diseñado en orden de minimizar o erradicar, cualquier humedad en las fosas y fisuras de los dientes previo a la aplicación del sellante^{7,21}. Este utiliza una aplicación de alcohol basada en un agente de secado (PrimaDry, Ultradent Products, Inc., Salt Lake City, UT) que elimina cualquier humedad de la superficie del esmalte. Otro producto (Quickseal, Chameleon Dental Products, Kansas City, KS) está en el mercado como un sellante sin enjuague. Este sistema de sellante utiliza 2.5% de ácido nítrico con N-fenilglicina como un agente de grabado sin el paso de enlace del agua. Berry y colaboradores han demostrado que el primer acidificado exhibe una fuerza de unión similar a la del ácido fosfórico.

Estudios de corto plazo de los cementos de vidrio ionomérico convencionales utilizados como sellantes han demostrado a menudo altas pérdidas del material de las fosas y fisuras oclusales, pero usualmente sin un incremento concomitante en la caries, posiblemente porque el esmalte ingiere flúor a partir de este cemento. Las esperadas mejoras en la adhesión clínica en los cementos de vidrio ionomérico modificado con resina al esmalte no se han dado y las propiedades mecánicas de los cementos son obviamente insuficientes para soportar las fuerzas oclusales de la masticación. También se ha especulado que “los pobres porcentajes de retención reportados en los sellantes de vidrio ionómero pueden ser una función de la interfase permeable del material de vidrio ionomérico y el esmalte”. Muchos de los estudios que están en un rango de 6 meses hasta un seguimiento de 5 años han reportado caries menores, caries similares o más caries con los cementos de vidrio ionomérico que con las resinas cuando los utilizaron como sellantes de fosas y

fisura. Siguiendo a la pérdida temprana de la retención de los cementos, está el potencial para un mayor porcentaje de caries en un período de largo plazo.

2.2 Educación en Salud Oral

¿Qué es la salud bucodental?

Se puede definir como la ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

Objetivos del Programa de Prevención de Enfermedades Bucles

- Disminuir los altos índices de enfermedades bucales en el país de Guatemala.
- Mantener la continuidad del Programa y que este sea cumplido para beneficiar a la población guatemalteca.
- Realizar las actividades de prevención de la mejor manera para favorecer a cada persona que se tomó en cuenta en dicho programa.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales adecuado y que cumpla con las necesidades de la comunidad.
- utilizar enjuagues de fluoruro de sodio 0.2% charlas de educación en salud bucal, y sellantes de fosas y fisuras.
- Tomar experiencia, con base en la realidad del interior del país de Guatemala, para saber a lo que se va a enfrentar en la vida profesional y de alguna manera ayudar a la población necesitada.
- Evaluar la efectividad del programa durante el Ejercicio Profesional Supervisado y buscar así mismo mejorarlo.

Metas del Programa de Prevención de Enfermedades Bucales

- Crear hábitos de higiene oral adecuados en los padres y niños del programa para prevención de las enfermedades bucales.
- Aplicar el programa de manera adecuada y eficaz.
- Brindar atención de calidad a la población.
- Proporcionar información adecuada a través de charlas sobre salud oral y prevención tanto a la comunidad como al personal que labora en el centro asistencial.



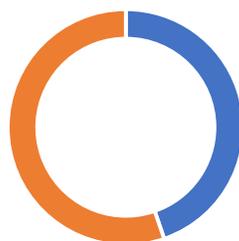
Fotografías de charlas impartidas a padres de familia del programa, como también a los pacientes atendidos en el centro asistencial. Fotos tomadas por María José Mont.

2.3 Atención clínica integral

2.3.1 Presentación de resultados

Número de Tratamientos	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Total
Niñas terminadas	5	4	7	5	21
Niños termiandos	2	2	5	8	17

atencion integral de pacientes pediatricos



■ niños ■ niñas ■ ■

Figura no. 4 pacientes pediátricos atendidos durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

Número de Niñas	5	4	7	5	21
De 8 años	2	1	2	3	8
De 9 años	1	1	2		4
De 10 años			1	2	3
De 11 años			2		2
De 12 años		1			1
De 13 años					
Otros	2	1			3

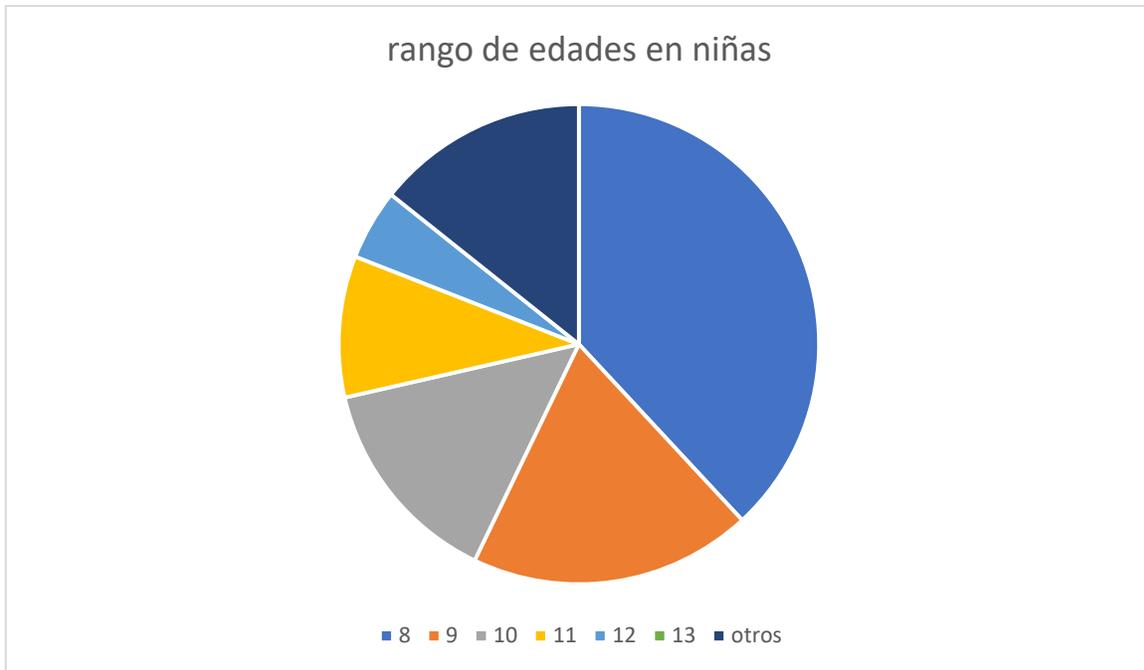


Figura no. 5 rango de edades de las niñas atendidas en el centro de salud de salcaja durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

Número de Niños	2	2	5	8	17
De 8 años			2	3	5
De 9 años	1	1	1	2	5
De 10 años		1	2		3
De 11 años				3	3
De 12 años					
De 13 años					
Otros	1				

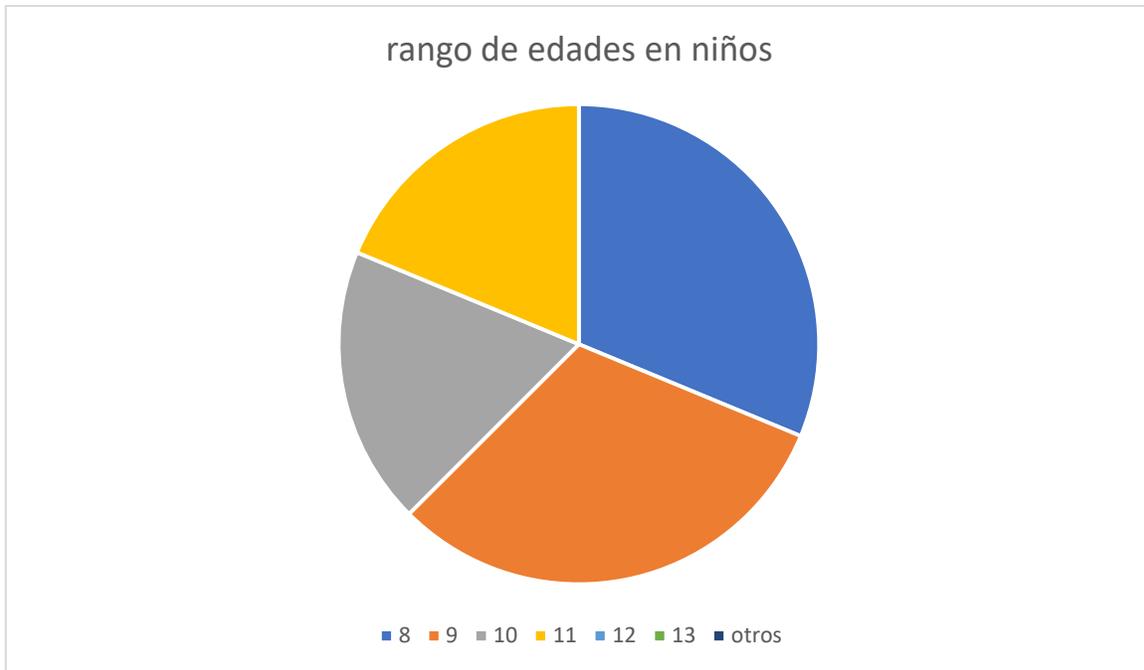


Figura no. 6 rango de edades de los niños trabajados en el centro de salud de salcaja durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

Extracciones Primarias	1	4	7	10	22
Centrales Superiores				2	2
Centrales Inferiores					
Laterales Superiores					
Laterales Inferiores					
Caninos Superiores					
Caninos Inferiores				2	2
Primeras molares superiores	1	2	3	1	7
Primeras molares inferiores		2	3	3	8
Segunda molares superiores			1	2	3
Segunda molar inferior					
Otras					



Figura No, 7 extracciones primarias realizadas en el centro de salud durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

Obturacion de Am o Rc	21	17	28	25	91
Clase I	11	4	8	10	33
Clase III	8	8			16
Clase V					
Clase I complex					
Clase II MO-OD	2	5	6	8	21
Clase II MOD			8	6	14
Clase II MOD+B o L			3	1	4
Clase II MO-OD +B o LB y/o L			3		3

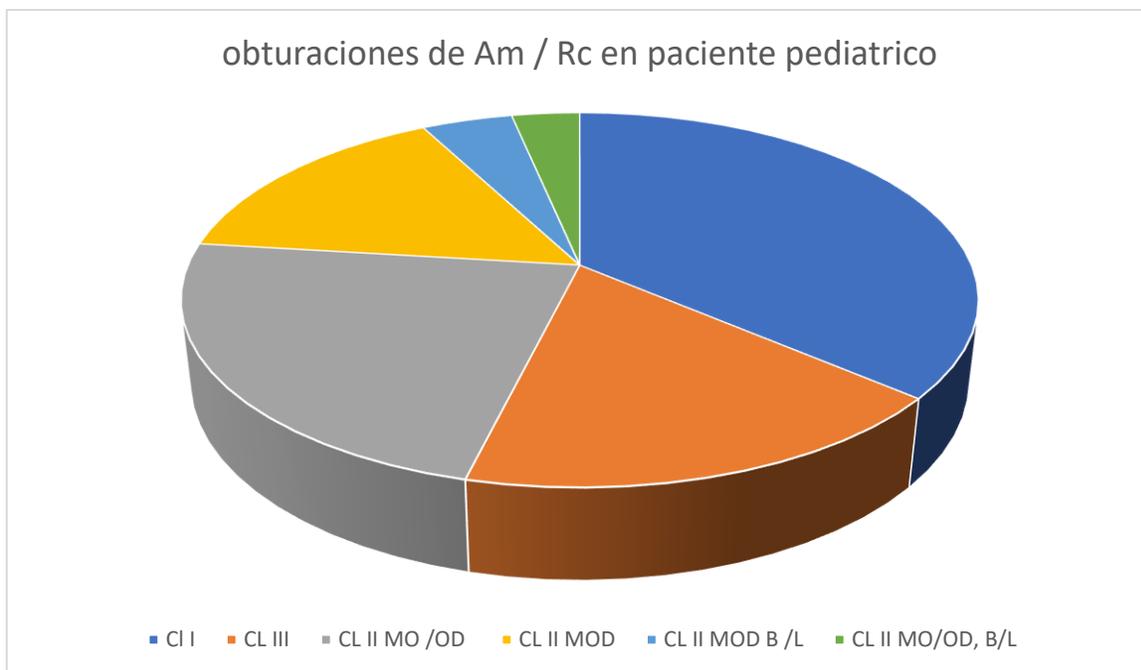
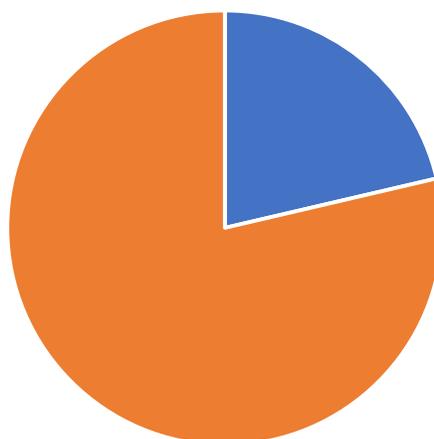


Figura no. 8 restauraciones de Amalga o resina trabajadas en pacientes pediátricos en el centro de salud en los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

profilaxis y fluor en niños	7	6	12	13	38
Sellantes de fosas y fisuras	52	28	32	28	140

profilaxis, fluor y sellantes de fosas y fisuras en px
pediatricos



■ profilaxis y aplicación de fluor ■ sellantes de fosas y fisuras ■ ■

Figura no. 9 profilaxis, Aplicación de flúor y sellantes de fosas y fisuras trabajadas en el centro de salud durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

Profilaxis adultos	3	4	10	8	25
Extracciones permanentes	2	12	6	8	28
Primeras molares superiores	1	3			4
Primeras molares inferiores	1	3		3	7
Otras		6	6	5	17
Resinas	12	29	32	25	98
clase I y II	1	13	18	15	47
Clase III	11	7	10	5	33
Clase VI			4	2	6
otras		9		3	11



Figura no. 10 tratamientos realizados en pacientes adultos en el centro de salud durante los meses de agosto a noviembre del 2021.

Fuente: informes de EPS.

2.4 Administración de Consultorio

Debido a que el servicio profesional supervisado se realizó durante la pandemia de SARS Covid-19 se utilizó un protocolo de prevención para disminuir el riesgo de contagio de la enfermedad.

¿Qué es el covid-19?

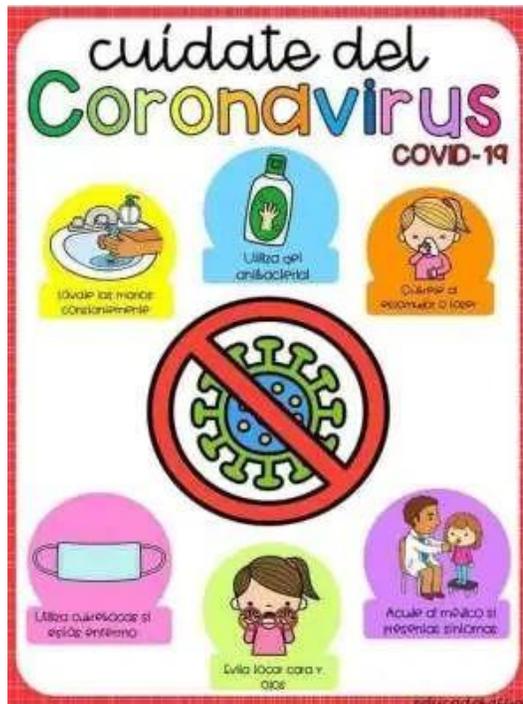
La enfermedad causada por el SarsCov-2 llamada COVID-19, fue descubierta el pasado diciembre de 2019 en Wuhan, China y declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020. En Guatemala fue confirmado el primer caso el 13 de marzo de 2020. Ese mismo mes se lanzó por

parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el Plan para la prevención, contención y respuesta a casos de Coronavirus (Covid-19) en Guatemala.

Esta nueva enfermedad ha llevado a generar conocimiento científico sobre este virus rápidamente, rastreando su propagación y virulencia. La Organización Mundial de la Salud ha establecido una serie de recomendaciones para evitar el Riesgo de contagio basado en la vía de transmisión del virus. Según la evidencia científica, hasta el momento se conoce que se propaga de persona a persona por medio de gotículas, aerosoles y contacto físico. La infección se puede establecer a través de la exposición a las mucosas de ojos, nariz y boca es una enfermedad altamente contagiosa que ha representado una emergencia sanitaria y una crisis de salud pública en muchos países afectados de los cinco continentes.

Para evitar la propagación de la COVID-19, se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Mantén una distancia de seguridad con otras personas (de 1 metro como mínimo), aunque no parezca que estén enfermas.
- Utiliza mascarilla en público, especialmente en interiores o cuando no sea posible mantener el distanciamiento físico.
- Prioriza los espacios abiertos y con buena ventilación en lugar de los espacios cerrados. Si estás en interiores, abre una ventana.
- Lávate las manos con frecuencia. Usa agua y jabón o un desinfectante de manos a base de alcohol.
- Vacúnate cuando sea tu turno. Sigue las directrices sobre vacunación de las autoridades locales.
- Cuando tosas o estornudes, cúbrete la nariz y la boca con el codo flexionado o con un pañuelo.
- Si no te encuentras bien, quédate en casa.



¿Por qué es importante utilizar mascarilla?

Las mascarillas son una barrera simple para ayudar a evitar que sus gotitas respiratorias lleguen a otras personas. Hay estudios que demuestran que las mascarillas reducen la dispersión de las gotitas cuando cubren la zona de la nariz y la boca. Debería usar mascarilla, incluso si no se siente enfermo.

¿Cuál es la importancia del lavado adecuado de manos?

Lavarse las manos previene enfermedades y la propagación de infecciones a otras personas. Lavarse las manos con jabón elimina los microbios de las manos. Esto ayuda a prevenir infecciones por los siguientes motivos: Con frecuencia, las personas se tocan los ojos, la nariz y la boca sin darse cuenta.

Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la Organización Mundial de la Salud son:

- Mojarse las manos
- Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano

- Frotar las palmas entre si
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa
- Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuagar las manos.
- Secarlas con una toalla de un solo uso.
- cerrar el grifo con la toalla.



Protocolos de bioseguridad ante el covid-19 en odontología

- Barreras de protección, desinfección y limpieza de superficies.

- Utilizar toallas húmedas para desinfectar las superficies y unidades dentales.
- Lavado de manos adecuada entre cada paciente por parte del operador.
- Dispensador de jabon, alcohol en gel y papel desechable.

Equipo

- Termómetro digital.
- Bandeja para desinfección de zapatos (pediluvio).
- Dispensador alcohol en gel, accionado con el pie, de preferencia.
- Oxímetro.

Insumos

- Alcohol Gel al 70% como mínimo.
- Mascarillas (uso hospitalario o clínico).
- Guantes.
- Gorros desechables.
- Batas desechables.
- Cubre zapatos desechables.
- Pantallas faciales protectoras.
- Solución anti-bacterial para desinfección de zapatos.

Previo a dar una cita es importante:

1. Desinfectar y proteger todos los equipos y superficie
2. Planificar de antemano en la medida de lo posible, lo que se le vaya a realizar alpaciente, así como preparar el equipo de protección personal (EPP) necesario.
3. No tener a la vista material o instrumental que no se vaya a utilizar. Tenerlos adecuadamente guardados para evitar posible contaminación cruzada.

4. Limitar al máximo los aparatos que no se vayan a utilizar y material encima de los muebles para facilitar la posterior limpieza y desinfección de superficies.
5. Deben estar desinfectados todos los equipos y superficies.
6. Cubrir con papel film o plástico, pantallas, teclados, lámpara de fotocurado.
7. Mantener una correcta desinfección del consultorio sin dañar equipos sensibles a productos químicos corrosivos, este procedimiento se debe hacer entre paciente y paciente.

Desechos de EPP y material contaminado

Los EPP y demás material contaminado desechable deben colocarse en un basurero con tapadera, accionado con pedal y con bolsa plástica roja. Rocíar hipoclorito de sodio al 0,1% o peróxido de hidrógeno al 1% en el bote de la basura para descontaminar los residuos. Aquellos EPP que vayan a ser reutilizados deben desinfectarse y tratarse debidamente antes de su almacenamiento. El método deberá estar validado para asegurar que la reutilización del EPP no compromete su eficacia protectora. Esterilización del material El SARS-COV-2 no resiste altas temperaturas por lo que las técnicas de esterilización deben ser las habituales, con autoclave.

Resumen de “Prácticas para la prevención de enfermedades en entornos odontológicos:



Expectativas básicas para la **atención segura**”

2.5 Capacitación al personal auxiliar

Descripción de la ejecución del programa

La capacitación se llevó a cabo a través de charlas impartidas al personal sobre temas de importancia acerca de la salud bucodental y atención del paciente odontológico.

La evaluación era llevada a cabo al finalizar cada tema realizando preguntas y resolviendo dudas.

Temas impartidos

- **Importancia de la salud dental.**
- **Técnica correcta de cepillado dental.**
- **Enfermedades dentales comunes.**
- **Caries.**
- **Consejos para mantener encías y dientes sanos.**

III Proyecto

Proyecto de mejora al módulo odontológico y centro asistencial del municipio de salcaja.

3.1 Introducción

en el siguiente trabajo se presenta el proyecto realizado durante el ejercicio profesional supervisado en el centro de salud de salcaja, Quetzaltenango al observar las necesidades del módulo odontológico y de dicho centro.

El proyecto consistió en la adquisición de dos estanterías para poder aprovechar el espacio tanto en el módulo odontológico como en centro de salud para poder atender de manera más eficiente a los pacientes en un ambiente más limpio y ordenado.

3.2 Justificación

Al evaluar las necesidades del centro de salud y del módulo odontológico se decidió realizar un implemento en el inmobiliario para mejorar la calidad de atención a los pacientes de la comunidad como también ayudar al orden y limpieza de dicho centro.

3.3 Objetivos

- Promover el orden, limpieza y aspecto del módulo de odontología.
- Construir un ambiente agradable para los pacientes atendidos en dicho centro.
- Mejorar el funcionamiento del módulo de odontología.
- Aprovechar de mejor manera el espacio en dicho centro.

3.4 Metodología

El proyecto se llevó a cabo evaluando las condiciones y necesidades en el centro de salud del municipio de salcaja para poder aportar un proyecto que fuera significativo para dicho establecimiento por lo que se entregaron 2 estanterías para uso del mismo.

3.5 Cronograma de actividades

Agosto	Conocimiento del módulo odontológico.
---------------	---------------------------------------

Septiembre	Limpieza y reacondicionamiento.
Octubre	Adquisición de 2 estanterías.
Noviembre	Ubicar ambas estanterías en los sitios requeridos.

3.6 Recursos

A (albandar, 2000)l realizar el proyecto se contaba con la autorización del director del centro de salud de salcaja como también con el apoyo del personal para la limpieza y ubicación de las estanterías para el uso del centro asistencial.

3.7 Resultados

El modulo odontológico del centro de salud se encuentra en muy buen estado, pero dicho centro tiene problemas de papeleo y poco espacio funcional por lo cual el orden y limpieza se hacía difícil. se buscó aprovechar el espacio para mejorar estos aspectos y que el lugar fuera más agradable, limpio y ordenado al momento de atender a los pacientes esto se pudo lograr con el proyecto realizado.

3.8 Limitantes

No se encontraron limitantes en la realización del proyecto ya que se contaba con el apoyo del personal de dicho centro asistencial como también con la posibilidad de adquirir el inmobiliario necesario.

3.9 Análisis y evaluación del proyecto

Al momento de evaluar las necesidades del puesto de salud se determinó que la falta de espacio era un problema para el mismo ya que no se contaba con espacios

funcionales para mantener el orden en el centro asistencial el objetivo del proyecto fue mejorar la funcionalidad de las áreas y se logró con la adquisición de 2 estanterías que permitirán orden y limpieza.

IV. Cronograma de actividades

Hora	Lunes	martes	miércoles	jueves	Viernes
7am / 8 am	Atención odontológica pediátrica				
8am /9 am	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica primaria	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica primaria
9 am/10 am	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica pediátrica	Atención odontológica primaria
10 am / 11 am	refacción	refacción	refacción	refacción	refacción
11 am / 12 pm	Atención del adulto mayor				
12 pm / 13 pm	Atención adultos	Atención adultos	Atención adultos	Atención mujer embarazada	Atención mujer embarazada

Cabe mencionar que al no tener pacientes embarazadas se trabajaba odontopediatria y odontología general.

V Referencias Bibliograficas

AL., A. O. (2003). En *GENETIC VARIATIONS* .

AL., C. T. (1990). the community periodontal index of treatment needs .

albandar, j. a. (2000). *EPIDEMIOLOGY OF PERIODONTAL DISEASES* .

gilbert, G. e. (2007). validity of self reported periodontal status in dental care .

lizaranzu, N. e. (2005). estudio descriptivo de conocimientos y habitos de salud bucodental .

noguerol, B. s. (1990). caries actual .

Anexos



Fotografías que muestran el antes y el después de reacomodar y limpiar el módulo odontológico, también se adquirió un basurero nuevo ya que con el que se contaba estaba en mal estado. (Fotos tomadas por María José Mont.)



Fotografías de las estanterías del proyecto realizado en el centro asistencial.

(Fotos tomadas por María José Mont)



Realización de profilaxis, aplicación de flúor y amalgamas durante la práctica odontológica.
(Fotografías tomadas por María José Mont.)



extracción dental de pieza 2 realizada durante la práctica clínica.

(Fotografías tomadas por Maria Jose Mont.)



Cambio de restauración de RC clase III M fracturada y pigmentada en pieza 8 realizada en la práctica clínica. (Fotografía tomada por María José Mont.)