

**DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE TRATAMIENTOS
EFECTUADOS EN EL PROGRAMA: "ACTIVIDAD CLINICA
INTEGRADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES" PROGRAMA E.P.S.
EN NAHUALA, SOLOLA Y SAN ANDRES ITZAPA,
CHIMALTENANGO 2,000. FACULTAD DE ODONTOLOGIA,
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA .**

TESIS PRESENTADA POR

OSCAR RUBEN CUELLAR GOMEZ

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE
LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA QUE
PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO PREVIO A OPTAR
AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2,002

DL
09
T(1640)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez
Vocal Tercero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán
Vocal Quinto:	Br. Roberto Wehncke Azrudia
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez
Vocal Segundo:	Dra. Mirna Oldemia Calderón
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García Salas
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por indicarme el camino correcto durante toda mi vida

A MIS PADRES: **Dora M. Mata**
Oscar O. Cuéllar
Por su apoyo incondicional

A MIS HERMANOS: En especial a Doris

A MIS AMIGOS: Billy Bickford y Luis Emilio por sus palabras de aliento en todos los momentos difíciles.

Y A TODAS LAS PERSONAS QUE NO MENCIONO Y QUE DE UNA U OTRA FORMA ESTUVIERON PRESENTES

TESIS QUE DEDICO

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

A MI ASESORA:

Dra. Mirna Calderón

A MIS CATEDRÁTICOS:

Dr. Sergio García Pilofía

Dra. Patricia Hernández

Dr. Oscar Toralla

Dr. José Manuel López Robledo

Por su apoyo incondicional

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:
“DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS EN EL PROGRAMA: “ACTIVIDAD CLÍNICA INTEGRADA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES”, PROGRAMA EPS, EN NAHUALÁ, SOLOLÁ Y SAN ANDRÉS ITZAPA, CHIMALTENANGO, 2000. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA”, conforme lo demandan los Estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Mirna Oldemia Calderón, así como también a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la realización del presente trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros de este Honorable Tribunal Examinador, me dirijo con toda consideración y respeto.

Gracias

INDICE

SUMARIO.....	
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	53
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	54
VARIABLES.....	55
METODOLOGÍA.....	60
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	64
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	91
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES.....	95
ANEXOS.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	101

SUMARIO

El presente estudio describe la calidad de los tratamientos realizados en el curso, actividad clínica integrada en niños y adolescentes del programa Ejercicio Profesional Supervisado, en las comunidades de Nahualá, Sololá y San Andrés Itzapa, Chimaltenango del año 2,000.

A los niños del programa que integran la muestra se les realizó el examen bucal correspondiente.

Se describe las características de los tratamientos para establecer si tienen o no deficiencias. Se elaboró cuadros, en donde se analizó los resultados que arrojó dicho estudio.

Se evidencia que los tratamientos son aceptables y que los odontólogos practicantes ponen en práctica los conocimientos y técnicas obtenidos durante su formación profesional y que es mínimo el margen de error encontrado en los tratamientos realizados por ellos.

INTRODUCCION

El último año del Pensum correspondiente a la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, constituye el programa de Ejercicio Profesional Supervisado que se lleva a cabo en el interior del país, con duración de 8 meses.

La presente investigación describe la calidad de los tratamientos efectuados en el curso Atención Integral a Escolares en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado en la comunidad de Nahualá, Sololá y San Andrés Itzapa, Chimaltenango, el cual es supervisado por docentes del Área de Odontología Socio Preventiva por lo cual este trabajo contribuirá con información valiosa que proporcionará elementos de juicio para la retroalimentación del proceso Enseñanza-Aprendizaje en la Facultad de Odontología y particularmente en las Areas de Odontología del Niño y del Adolescente y Odontología Socio Preventiva, como parte de un estudio realizado en diversas regiones del país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se lleva a cabo el programa de Atención Clínica Integral a Escolares que incluye observar alumnos de primero a sexto año primaria; En el mismo se efectúan los siguientes tratamientos: Exodoncias, Operatoria y tratamientos preventivos, los cuales fueron realizados por Odontólogos Practicantes del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, (Sexto año de la carrera de Cirujano Dentista) asignados a diferentes comunidades de la República de Guatemala.

Estos tratamientos fueron supervisados por docentes que pertenecen al Area de Odontología Socio Preventiva sin embargo durante las supervisiones no fue posible evaluar, por diversas razones, a la totalidad de escolares cuyo tratamiento fue terminado en cada programa.

Por lo tanto en este estudio se propuso describir la calidad de los tratamientos en el programa Atención Integral a Escolares en las diferentes comunidades de la República de Guatemala en donde se realizó el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2,000.

JUSTIFICACIÓN

Dentro del Pensum correspondiente a la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala se estableció que en el último año el Odontólogo Practicante realiza su práctica de Ejercicio Profesional Supervisado en el interior del país; llevando a la práctica los conocimientos, destrezas y criterios clínicos que formó durante los años de la carrera en la Facultad de Odontología.

En el período del programa Ejercicio Profesional Supervisado el odontólogo practicante se desarrolló, realizando tratamientos integrales en niños escolares sin la supervisión directa de un instructor (docente) como lo hizo en las actividades clínicas realizadas de Tercero a Quinto año de la carrera en la Facultad de Odontología. Dentro del programa Ejercicio Profesional Supervisado, se realizaron varias supervisiones por parte de los docentes del Area de Odontología Socio Preventiva evaluando una pequeña muestra representativa del total de pacientes escolares tratados, dejando fuera de observación (evaluación) a la mayoría.

De ahí que fue necesario obtener información relativa a la calidad de los tratamientos en el programa Ejercicio Profesional Supervisado, a través de un estudio que permitió OBSERVAR la calidad de los mismos, lo cual puede contribuir con información muy valiosa que proporciona elementos de juicio para una retroalimentación del proceso Enseñanza Aprendizaje en la Facultad de Odontología en general y particularmente en las áreas de Odontología del Niño y del Adolescente y Odontología Socio Preventiva.

MARCO TEORICO

La Facultad de Odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala, ha venido desarrollando diversas experiencias docentes de investigación y servicio en varias poblaciones guatemaltecas desde el año 1969, con el carácter imperativo de requisito curricular. Dentro de estas experiencias docentes y de servicio, se encuentra el programa Ejercicio Profesional Supervisado que realizan los estudiantes de 6to. año de la Facultad de Odontología de la Universidad San Carlos de Guatemala. A continuación se describirá lo relacionado con este programa.

**PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA,
UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA.**

ANTECEDENTES:

El nuevo currículum de la carrera de Cirujano Dentista, fue aprobado por el Consejo Superior Universitario, en el año 1965 y cobró vigencia en el ciclo académico 1966.

El programa en referencia se denomina Ejercicio Profesional Supervisado, y se realiza como en el Sexto Año de la carrera.

El nuevo currículum se estructuró de acuerdo con las siguientes teorías sobre el Ejercicio Profesional.

1. “El ejercicio de las profesiones de la salud comprende tanto aspectos individuales como colectivos, tomando en consideración el ambiente en el que se desarrolla el individuo”.

2. “Para ejercer adecuadamente las profesiones universitarias, es indispensable enfocar multidisciplinariamente los problemas pertinentes, relacionando la ciencia con la técnica.”.

Con base en estas concepciones teóricas, el currículum fue diseñado con diversas características, entre las que se destacan las llamadas “Experiencias Docentes con la Comunidad” y entre ellas el Ejercicio Profesional Supervisado. Las experiencias docentes con la comunidad, son aquellas actividades mediante las cuales los estudiantes abordan y resuelven problemas concretos (ejemplo, falta de salud oral de la comunidad).

En el Tercero, Cuarto y Quinto años están programadas las experiencias docentes con la comunidad, dirigidas por el Área Socio Preventiva de la Facultad. En estas prácticas se realizan diversas actividades como, aplicando técnicas de promoción y prevención de salud oral, así como atención odontológica a diversos grupos de escolares.

El Ejercicio Profesional Supervisado, constituye la fase culminante de estas experiencias docentes con la colectividad. Este aspecto del Currículum se puso en marcha a partir de 1969, cuando los estudiantes del nuevo plan de estudios llegaron al sexto año de la carrera.

DESARROLLO DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Los estudiantes del 6to. Año de la carrera, son asignados a diferentes poblaciones del país, en donde debe practicar la profesión durante un ciclo académico completo (8 meses), bajo supervisión periódica. Durante todo el ciclo, el estudiante tiene la obligación de residir en la población que le ha sido asignada.

En una actividad diseñada para el efecto, los estudiantes reciben información acerca de los requerimientos y normas del programa. Al iniciar el Ejercicio Profesional Supervisado, el estudiante deberá estar capacitado para prestar servicio de odontología general, odontología preventiva y salud pública, incluyendo investigación de problemas de la realidad nacional.

CONTENIDO DEL PROGRAMA

1. ACTIVIDAD CLINICA INTEGRADA:

El estudiante debe contribuir a resolver los problemas de salud bucal de la población, dando prioridad especialmente al grupo compuesto por niños, adolescentes y mujeres embarazadas. La atención otorgada a estos grupos es gratuita o a bajo costo.

Tratamiento integral para niños y adolescentes. A los niños en edad escolar, que constituyen el principal grupo poblacional a tratar dentro del programa Ejercicio Profesional Supervisado, se les proporcionará el siguiente tratamiento: Examen clínico, educación en salud bucal, detartraje, profilaxis, aplicación de fluoruros, obturaciones de amalgama de plata, coronas de acero, pulpotomías, exodoncia, selladores de fosas y fisuras y cualquier otro tipo de tratamiento.

2. ADMINISTRACION DE CONSULTORIO ODONTOLOGICO.
3. EDUCACION A DISTANCIA.
4. SEMINARIOS REGIONALES.
5. ACTIVIDADES COMUNITARIAS:
6. CAPACITACION DE PERSONAL AUXILIAR EN ODONTOLOGIA.
7. ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE ENFERMEDADES BUCALES:
8. INVESTIGACION DIRIGIDA EN EL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO.

Actividad clínica integrada

Objetivos:

- 1) Que el estudiante aplique los conocimientos odontológicos teóricos y prácticos adquiridos durante su formación.
- 2) Que el estudiante demuestre que está en capacidad de ejercer la profesión odontológica, haciendo énfasis en la atención de grupos de población.

Metodología:

1. El estudiante deberá prestar servicios odontológicos a la población, con énfasis a los programas de niños, adolescentes y mujeres embarazadas.
2. El estudiante deberá resolver los casos clínicos que se le presenten, según sus conocimientos y capacidad, solicitando asesoría a sus profesores, en caso de ser necesario.

CAVIDADES CLASE I, II, III Y V PARA AMALGAMA

A continuación se desarrolla a grandes rasgos los pasos y formas correctas de llevar a cabo las distintas preparaciones y restauraciones que el Odontólogo Practicante lleva a cabo en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

TECNICA SECUENCIAL

1. IDENTIFICAR LAS LESIONES DE CARIES SUSCEPTIBLES DE SER TRATADAS MEDIANTE OBTURACIONES DE CLASE I, II, III, Y V.

2. APERTURA DE LA CAVIDAD

- a) Se utiliza una fresa FG330.
- b) Siempre utilizar instrumental Rotatorio, deberá usarse con irrigación.

3. DELIMITACION DE CONTORNOS

- a. Extenderse por todos los surcos y fisuras a ser posible. El contorno de la cavidad deberá ser redondeado respetando los rebordes marginales y, si quedan demasiado débiles extenderse en la preparación.

- b. Ampliar la cavidad en la zona de la caries llevando la caja hasta el tejido sano, en superficie.

4. REMOCION DE LA DENTINA CARIADA

Extirpe la dentina cariada con una cucharilla o con fresa de carburo de Tungsteno montadas en el contraángulo (CA).

5. TALLADO DE LA CAVIDAD

Montar la fresa 330 en la turbina y retocar la cavidad realizada de modo que el contorno sea lo más redondeado posible. El piso debe ser lo más plano posible, a excepción de la zona donde se ha debido profundizar por la caries.

5.1 FORMA DE RETENCION

Hacer las retenciones debajo de las cúspides, apoyando la fresa en las paredes laterales y axiales, manteniéndola paralela al eje axial del diente y abarcando tanto esmalte como dentina (desde el borde cavo superficial hasta el ángulo axio-pulpar).

De esta forma, y debido a la forma en cono invertido de la fresa, se conseguirá realizar paredes convergentes hacia oclusal a nivel de las cúspides.

5.2 FORMA DE RESISTENCIA

- a) No dejar esmalte sin soporte dentario.
- b) El ancho de la cavidad ha de ser como mínimo 1/4 de la distancia intercuspídea. Así, la cavidad será suficientemente ancha para poder condensar correctamente la amalgama.
- c) La inclinación mesiodistal de los bordes proximales de la preparación ha de ser paralela a las crestas marginales.

6. AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

Aislamiento absoluto con dique de goma o relativo con rollos de algodón y succión.

7. COLOCACION DE MATRIZ

Se utiliza para la obturación de Amalgama clase II y III, se realiza normalmente como para cualquier restauración.

8. DESINFECCION Y ACONDICIONAMIENTO DE LA DENTINA

- a) Limpiar la cavidad de los restos de dentina mediante el spray de jeringa.

- b) Secar la cavidad con el aire de la jeringa, procurando no acercarla demasiado a la cavidad, para que el aire no ejerza demasiada presión sobre los túbulos dentinarios tallados.

9. OBTURACION DE LA CAVIDAD

9.1 COLOCACION DE LA AMALGAMA

En todas las preparaciones cavitarias no importando la Clase, se procederá de la misma forma para su obturación:

- a) Se toma porción de amalgama y se coloca dentro de la preparación cavitaria, se condensa y nuevamente se procede a agregar otra porción de amalgama, hasta completar la obturación.

9.2 PREBUÑIDO, MODELADO Y BRUÑIDO

Prebruñido:

Mediante un bruñidor de bola gruesa (en su lado plano) apretar, con presión ligera en la capa superficial a medida que continúa todo el contorno de la cavidad.

De esta forma se condensará mejor la capa superficial, se retirará el exceso de mercurio y se facilitara el modelado.

Bruñido:

Con el bruñidor, proceder al bruñido de la misma cuando esta esté lo suficientemente dura, es decir que ya no se pueda cortar. Para ello, dirija el bruñidor desde la amalgama hacia el esmalte.

10. CONTROL DE LA OCLUSION

Tomar un papel de articular y comprobar que la articulación sea correcta y no haya puntos de contacto prematuros, ya que estos pueden causar fracturas posteriormente.

11. PULIDO

- a) Deje transcurrir como mínimo 24 horas de las operaciones anteriores.
- b) Tomar el contrángulo, colocar una fresa redonda de múltiples hojas y deslizarla sobre la superficie de amalgama.
- c) Colocar un cepillo en el contrángulo y aplicar una pasta abrasiva a toda la superficie de amalgama.
- d) Comprobar con un explorador que a nivel de todo el borde cavo superficial NO exista solución de continuidad entre el esmalte y la amalgama.
- e) Comprobar la oclusión correcta con el papel de articular.
- f) Finalizar bruñendo la obturación.

CRITERIOS PARA UN BUEN PULIDO DE AMALGAMA

Debe tener márgenes lisos, no debe tener gradas al pasar la punta del explorador sobre la superficie de la restauración.

1. Debe tener una superficie lisa y brillante.

2. La anatomía debe estar intacta, es decir, las fosas y rebordes deben estar presentes anatómicamente y proporcionalmente.

3. Interproximalmente, debe existir un buen contacto, y los accidentes oclusales, bucal y lingual deben tener contornos normales. Las amalgamas convencionales deben pasar 24 horas, antes de ser pulidas. De otra forma, el mercurio se extrae a la superficie, lo cual resulta en un incremento de la corrosión y debilidad de los márgenes y superficie.

Cada vez que se efectúe el pulido se debe tener cuidado con el sobrecalentamiento del diente y la restauración, ya que es peligroso para el órgano pulpar, así como de la salida del mercurio a la superficie.

CAVIDADES CLASE I, II, III, IV, V Y V PARA COMPOSITA

TÉCNICA SECUENCIAL

1.- Identificar las lesiones de caries susceptibles de ser tratadas mediante obturaciones de composita clase I, II, III, IV y V.

2.- APERTURA DE LAS CAVIDADES

Se utiliza una fresa 330 ó una redonda diamantada de alta velocidad con irrigación.

3.- DELIMITACIÓN DE CONTORNOS

Las cavidades para compositas son muy conservadoras, no siendo necesaria la extensión preventiva, salvo en pacientes de elevado riesgo de caries.

a. Amplíe la cavidad en la zona de la caries.

b. La extensión preventiva puede efectuarse por todos los surcos y fisuras en esmalte con una fresa de fisura (169L). No es necesario profundizar hasta la dentina, a excepción de sí ésta se halla infiltrada. El contorno de la cavidad deberá ser redondeado. Respete los rebordes marginales y, si quedan demasiado débiles, inclúyalos en las preparaciones.

4.- REMOCIÓN DE LA DENTINA CARIADA

Extirpe la dentina cariada con una cucharilla, o con fresas de acero montadas en el CA (Contra Angulo).

5.- TALLADO DE LAS CAVIDADES

- a. Se utiliza una fresa 330 o una fresa redonda diamantada en la turbina y retoque la cavidad realizada de modo que el contorno sea lo más redondeado posible.
- b. Eliminar el esmalte excesivamente socavado (sin soporte dentinario).
- c. Los ángulos internos de la cavidad deben de ser redondeados.

- d. La unión entre la cavidad de la zona de caries y la cavidad por prevención debe ser redondeada.
- e. Todas las paredes deben de ser ligeramente divergentes. Así, también se obtendrá un bisel del esmalte.
- f. Las zonas de esmalte sin suficiente dentina de soporte no se tallaran divergentes ya que si no se destruirá excesivo tejido sano. Interesa conservar la máxima estructura dentinaria sana. En esta situación se respetara el socavado dentinario y se biselará el esmalte.

6.- AISLAMIENTO DEL CAMPO OPERATORIO

El aislamiento debe ser absoluto con dique de goma en todas las preparaciones.

7.- COLOCACIÓN DE MATRIZ

Se utiliza para la obturación de compositas clases II y III, se realiza normalmente como para cualquier restauración.

8.- DESINFECCIÓN Y ACONDICIONAMIENTO DEL ESMALTE Y LA DENTINA.

La limpieza de los restos de dentina en las cavidades se realiza mediante agua con spray de la jeringa triple y después se seca con aire de la jeringa triple.

Grabado ácido de esmalte y dentina:

- a. Se recubre todo el esmalte y dentina con ácido ortofosfórico al 37%.
- b. Lave con aire y agua abundante.
- c. Secar ligeramente.

Utilización del sistema de adhesión

- a. Primero se aplica una capa de imprimador, y se fotopolimeriza.
- b. Segundo se aplica una capa de adhesivo, y se fotopolimeriza.

9.- OBTURACIÓN DE LAS CAVIDADES

- a. Se selecciona el color de la composita más adecuado.
- b. Colocar la composita del color adecuado, según técnica incremental; y cada una de las capas no excederá los 2mm. de espesor.
- c. La primera capa incremental debe colocarse exclusivamente en dentina.
- d. Cuando coloquemos la última capa se modelará la anatomía oclusal, con el instrumento plástico, antes de polimerizar.

9.1.- MODELADO

Se realiza con fresas de tungsteno de 12 hojas, bajo refrigeración. Se debe marcar toda la anatomía oclusal perdida.

10.- CONTROL DE LA OCLUSIÓN

Se toma un papel de articular y se comprueba que la articulación sea correcta y no hayan puntos de contacto prematuros; debido a que la oclusión es importante para evitar fracturas en las preparaciones, también

para evitar problemas en la articulación temporomandibular y problemas al mismo diente donde se ha realizado la preparación ya que podría dar problemas al ligamento periodontal y estructuras circunvecinas.

11.- PULIDO

Pulir la restauración con fresas de tungsteno de 24 hojas, fresas de diamante de grano fino o con gomas siliconadas.

CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

En 1950, Humphrey introdujo a la odontología infantil el uso de coronas preformadas o de acero inoxidable. Desde entonces, este recurso restaurativo es invaluable en el tratamiento de dientes primarios muy destruidos. En general, se les considera superiores a las restauraciones con amalgama que incluyan varias superficies; además proporcionan un período de uso clínico mayor al de las obturaciones clase II con amalgama de dos superficies.

Estas coronas se elaboran como cubierta metálica y con estructura anatómica preformada en tamaños diferentes, se recortan y contornean conforme sea necesario para su ajuste.

Tres tipos de coronas están disponibles:

- 1. Coronas con lados rectos.**
- 2. Coronas preajustadas.**
- 3. Coronas precontorneadas.**

INDICACIONES PARA USAR CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

1. Restauración de dientes primarios o permanentes jóvenes con lesiones cariosas extensas, se incluye a los primarios con caries en tres superficies o más, o donde la caries se extiende fuera de los ángulos línea anatómicos. Esta categoría incluye los primeros molares deciduos con lesiones interproximales mesiales, pues su aspecto morfológico causa un apoyo inadecuado para las restauraciones interproximales mesiales.
2. Restauración de dientes primarios o permanentes hipoplásicos.
3. Restauración de dientes temporales, luego de una pulpotomía o pulpectomía.
4. Restauración de dientes con anomalías hereditarias como dentinogénesis o amelogénesis imperfecta.
5. Restauraciones en personas discapacitadas u otras en quienes la higiene oral es muy deficiente y se anticipa el fracaso probable con otros materiales.

6. Como soporte para mantenedores de espacio o aparatos protésicos.
7. Restauración provisional de un diente fracturado.
8. Restauración de un primer molar temporal cuando deberá ser pilar de un aparato con extensión distal.

La corona de acero inoxidable se usa con más frecuencia para restaurar dientes cuando tienen caries amplias y soporte inadecuado para la retención de una restauración de amalgama.

PASOS EN LA PREPARACION Y COLOCACION DE CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Se analizará uno, el cual exige la reducción dentaria mínima.

- a. Se elimina la caries en la pieza a restaurar, tratando de eliminar el menor tejido posible; pero quitando toda la caries presente.
- b. Se desgasta Mesiodistalmente y Oclusogingival. Dejando intacto los lados Bucal y Lingual.
- c. Se redondean todos los lados, tratando de no dejar ningún Ángulo Línea.
- d. Después se procede a seleccionar la Corona de Acero.
- e. Luego procedemos a desgastar y a probar la corona para que se adapte de la mejor manera al diente.

- f. Después de dejar lo más adaptada posible la corona al diente se procede a revisar la oclusión.
- g. Luego de revisar la oclusión se procede a hacer el atersamiento y pulido antes del cementado.
- h. Se procede inmediatamente a lavar la corona y el diente, para el cementado de dicha corona. Después se procede a secar al diente y a la Corona de Acero con aire, teniendo el cuidado de no dejar residuos o desechos que interferirían con el cementado.
- i. Se cementa la Corona de Acero con Fosfato de zinc, Policarboxilato Ionómero de Vidrio. Luego del cementado es indispensable retirar todos los excesos de cemento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LAS CORONAS DE ACERO INOXIDABLE

Colocación de coronas contiguas.

Cuando se practica la técnica dental por cuadrantes, a menudo es preciso colocar coronas de acero inoxidable en dientes vecinos. La preparación dental y la selección de las coronas para colocar varias son similares a las descritas para las restauraciones individuales; sin embargo, es preciso analizar algunas áreas de interés.

1. Antes de comenzar la reducción oclusal del segundo diente se prepara por completo la correspondiente al primero. Cuando se reducen ambos, la tendencia es hacia la sobre reducción.
2. La reducción proximal insuficiente es un problema usual cuando se colocan coronas vecinas. Es necesario romper el contacto entre las superficies proximales contiguas, con lo cual se produce casi 1.5 mm de espacio a nivel gingival.

3. Es necesario recortar, contornear y preparar para la cementación de ambas coronas al mismo tiempo. Por lo regular, es mejor comenzar la colocación y cementación del diente más distal; sin embargo es muy importante la secuencia en que se colocan las coronas; para cementarlas debe seguirse el mismo orden que cuando se colocaron para el ajuste final. A veces, las coronas asientan con bastante facilidad en una secuencia de colocación y lo hacen con mayor dificultad cuando se modifica ésta.

Preparación de coronas en zonas con pérdida de espacio.

A menudo, cuando se pierde la estructura dental como resultado de la caries, acontece la pérdida de contacto y la migración de los dientes contiguos hacia el espacio ocupado, normalmente, por el diente por restaurar. Cuando sucede esto, la corona requerida para ajustar en la dimensión vestibulolingual debe ser muy amplia en sentido mesiodistal, para colocarla.

La corona seleccionada para ajustar en el espacio mesiodistal debe tener una circunferencia muy pequeña.

Se escoge la corona más grande, que ajuste sobre la convexidad mayor del diente; ésta se adapta a fin de disminuir el ancho mesiodistal. Dicho ajuste se realiza en las crestas marginales de la corona con las pinzas Howe de aplicación múltiple; se aprieta la corona para reducir su dimensión mesiodistal. Se recontornean de modo considerable las paredes proximales, la vestibular y lingual de la corona con las alicates núm. 137 o 114.

Si al colocarla todavía se enfrentan dificultades, quizá se requiera más reducción dentaria en las superficies vestibular y lingual, así como la selección de otra corona más pequeña.

SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Los sellantes de fosas y fisuras son materiales adhesivos que se colocan en las superficies de los dientes que posean fosas, hendiduras, fisuras o infructuosidades con el fin de sellar completamente estas regiones de las piezas dentarias y no permitir que ingresen bacterias y azúcares que son

fermentables por éstas, que produzcan ácido suficiente como para desmineralizar y producir una cavidad, ya que estas regiones no se pueden limpiar adecuadamente en la mayoría de los casos.

Las superficies de las caras oclusales de las piezas posteriores son las más susceptibles a la caries dental y de las que se consideran las menos beneficiadas por programas de flúor. Las hendiduras y fisuras oclusales tienen infinidad de formas variadas, pero en general son bastante angostas (menores de 0.1mm de ancho), irregulares, sinuosas en las que los alimentos y las bacterias que se alimentan de ellos se retienen de forma mecánica. La saliva, un agente protector contra la caries dental, no llega a esos lugares y tampoco se pueden limpiar por medios mecánicos porque no se alcanza el fondo de la hendidura.

Por ejemplo la punta de un explorador muy fino y afilado o una cerda de cepillo (sin mencionar el cepillo entero) poseen 0.2 de diámetro, lo suficiente grande para no entrar a una fisura. Adicionalmente el esmalte en la base de la fisura es muy delgado (0.2 mm o menos) por lo que la caries dental penetrará más fácilmente que en cualquier otra superficie del diente. Es por esto que se

dice que el cepillado dental por sí solo en general es ineficiente para disminuir la caries dental, ya que sólo en estas regiones en donde ocurre el mayor porcentaje de caries si no que por las razones antes expuestas, no se pueden limpiar.

EFFECTIVIDAD DE LOS SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS:

Los sellantes de fosas y fisuras (SFF) son altamente efectivos durante el tiempo que se encuentren adheridos al diente. Para medir su efectividad contra la caries dental es necesario medir dos factores:

- **RANGOS DE RETENCION:** se han realizado numerosos estudios en diferentes marcas y formulaciones de los SFF modernos y sus índices de retención completa varían dependiendo de la marca, técnica utilizada, etc..

Sin embargo los promedios de retención completa después de un año se encuentran en el orden del 85% o mejores, y luego de cinco años al menos el 50%. Además estudios con o sin profilaxis han demostrado que este paso

no es necesario ya que no incide estadísticamente en una diferencia de retención. Es más importante controlar la humedad y el grabado para tener éxito en la retención.

- **DISMINUCION DE CARIES DE LOS SFF:** la disminución de caries dental en un SFF bien colocado es de 100% en superficies oclusales. Aun si el sellante clínicamente desaparece. Al analizar microscópicamente siempre queda dentro de la fisura porciones de SFF, que siguen protegiendo a la superficie de subsecuentes ataques, siempre y cuando no hubiera habido contaminación inicial con saliva, que hubiera sido responsable que se cayera el SFF.

Las investigaciones recientes han aportado información suficiente para comprender mejor el inicio y progreso de una lesión en las superficies oclusales lo cual permite ser más crítico en la selección de los casos que realmente justifican su colocación.

En salud pública por los costos, no se debe incorporar esta técnica como un procedimiento de rutina a menos que demuestre que el costo es verdaderamente bajo.

Los sellantes de fosas y fisuras deben ser colocados después de una cuidadosa evaluación y diagnóstico de la situación clínica.

Segundos molares deciduos en oclusión (niños de cuatro y medio años en adelante) primeros molares permanentes en oclusión (niños de 7 años y más) segundos molares permanentes en oclusión (preadolescentes, 12 años en adelante) en pacientes libres de caries se recomienda no usar SFF.

Recordar que a las edades arriba mencionadas ya los molares llevan en boca más de un año, y que el período crítico para el desarrollo de la caries dental en superficies oclusales es desde su aparición en boca hasta hacer contacto con una pieza antagonista, un año aproximadamente. En términos generales la determinación para colocar SFF en superficies sanas debe ser precedida por la evaluación de los siguientes factores:

- Estado de erupción del diente.
- Higiene oral del paciente.

- Historia previa de actividad a la caries dental y número de dientes cariados al momento del examen.
- Hábitos dietéticos especialmente en el consumo de azúcares entre comidas.
- Cooperación del paciente.
- Morfología y características anatómicas del sistema de fisuras, presencia de fisuras accesorias y defectos oclusales.

- Fisuras amplias, poco profundas no requieren de sellantes.

Los primeros y segundos molares permanentes son los dientes que requieren de sellantes con mayor frecuencia, luego los segundos molares deciduos. El cingulo pronunciado de centrales y laterales permanentes en pacientes con mala higiene oral debe ser manejados clínicamente como una fisura que requiere sellantes. Especialmente por costos en programas de salud pública no se debe colocar sellantes en las fisuras oclusales de los primeros y segundos bicúspides.

El período crítico para la colocación de los SFF es entre la aparición de molares en boca hasta su oclusión con su antagonista, un año en promedio; sin embargo, en algunos programas de prevención en los países escandinavos a los niños que llegan a esta edad crítica los revisan cada tres meses y durante esta revisión realizan una profilaxis profesional.

De esa manera mantienen controlado el acumulo de las biomasas bacterianas, haciendo innecesaria la colocación de SFF en todos los casos.

La economía en costo en esta medida ha permitido ampliar la cobertura de los programas preventivos.

Molares con superficies oclusales sanas pero con múltiples lesiones proximales no deben ser sellados.

Los molares deciduos presentes en niños de tres años de edad y menos, atendidos bajo anestesia general por caries o síndrome de biberón deben ser sellados.

CARACTERISTICAS QUE DEBE POSEER UN SELLANTE DE FOSAS Y FISURAS:

- Biocompatibilidad.
- Fácil manipulación.
- Buena penetración evidenciada por baja viscosidad y baja tensión superficial.
- Estabilidad dimensional y química.
- Adecuadas propiedades físicas y mecánicas.
- Acción cariostática.
- Permanencia dentro de la fisura.
- Insolubilidad.
- Preferencialmente coloreado, lo cual permite control adecuado.
- Baja contracción de polimerización.

FLÚOR

El siguiente contenido se incluye en este documento, porque el Odontólogo Practicante del programa de Ejercicio Profesional Supervisado lleva a cabo un programa de fluorización en las escuelas donde se encuentra realizando su Ejercicio Profesional Supervisado.

SUPLEMENTACIÓN DE FLÚOR:

Los suplementos de flúor son agentes cariostáticos altamente efectivos. Cuando no existe agua potable fluorizada disponible, los recién nacidos y niños deberán recibir flúor a través de suplementos dietéticos. Varios vehículos se han sugerido y examinando, incluyendo entre otros a: Leche, jugo de frutas, pan y sal.

El tratamiento a base de fluoruros es aún la piedra angular de cualquier programa de prevención contra caries. Los dentífricos que contienen fluoruros (0.4% de fluoruro estano, 0.76% monofluorofosfato sódico ó

0.22% de fluoruro sódico)se recomienda ampliamente y por otra parte no cuesta más que la mayoría de las otras pastas dentífricas.

Este tipo de productos corresponde a la única forma de fluoruro tópico que no requiere prescripción médica para su venta, y en consecuencia constituye el tipo de dentífrico de mayor venta, ya que solo en el mercado de los Estados Unidos equivale al 70% de los dentífricos empleados. Su uso regular llega a reducir la aparición de la caries hasta en un 20%.

Otros métodos personales de aplicación para la liberación de fluoruros tópicos incluyen artículos cuya venta requiere prescripción médica y entre ellos pueden citarse los enjuagues bucales con soluciones de fluoruros y aplicación de gel de fluoruros en los dientes. Un diario enjuague bucal con una solución de fluoruro sódico al 0.05% practicado en casa durante un minuto es al mismo tiempo practico y eficaz, ya que reduce significativamente el deterioro dental hasta en un 50%.

Para los niños que se encuentran en edad de dentición mixta existe en el mercado aplicaciones desechables, pero para los adultos cuya dentición es permanente el uso de aplicadores hechos sobre medida permite que ajuste más exacto, aunque su precio es elevado.

La administración sistémica de flúor en forma de gotas, tabletas o pastillas pueden reducir en forma muy notable el deterioro de los dientes cuando estos complementos se toman en forma regular desde el nacimiento hasta aproximadamente una edad de 14 años. La dosis diaria que se recomienda para niños que habitan en lugares con menos del 0.3ppm (partes por millón) de fluoruros en el suministro de agua es la siguiente:

- Hasta los dos años de edad: de 0.2 a 0.3 mg. De fluoruro.
- De dos a tres años de edad: 0.5 mg de fluoruro
- De tres en adelante: 1.0 mg de fluoruro.

Cuando la concentración de fluoruro que existe en el agua es de 0.3 a 0.7 ppm el suplemento de fluoruro debe reducirse de manera proporcional y cuando la concentración de fluoruro es de 0.7 ppm. O aún mayor, no se requiere ningún suplemento.

En el caso de niños de poca edad se recomienda el uso de suplemento por medio de gotas mientras que si los niños tienen más edad es preferible que tomen unas pastillas o tabletas y que las chupen, las mastiquen y las muevan de un lado a otro de la boca antes de tragarla con el fin de obtener beneficios tanto tópicos como sistémicos.

Los suplementos de fluoruro de uso personal pueden reducir en forma apreciable el deterioro de los dientes en niños cuyos padres se interesan suficientemente en la salud dental como para mantener el tratamiento en forma regular por años. Desafortunadamente existen numerosos registros que prueban una disminución considerable de la ingestión diaria de dichos suplementos en el caso de muchos niños. Otra alternativa que también existe es la posibilidad de que en la escuela exista una supervisión de la toma de tabletas de fluoruro.

AGENTES DE FLÚOR

Colutorios de flúor:

Soluciones saborizadas que contienen fluoruro sódico entre 0.5% y el 0.2% junto con agentes antiplaca de distintos grados de eficacia.

El colutorio sin diluir se usa para enjuagar la boca diaria (0.05%) o semanalmente (0.2%) después se escupe. El flúor tópico convierte parte de la hidroxiapatita de la superficie en flúorapatita ácido resistente.

Geles de flúor:

Geles de distintas viscosidades elaboradas por adición de agentes engrosantes de hidroxialquicelulosa o soluciones saborizadas de fluorofosfato acidulado (APF) o fluoruro estañoso al 0.4%.

El gel se aplica a toda la dentadura de una sola vez empleando dos cubetas flexibles especiales que contienen el gel. El tiempo de exposición es de 4 a 5 minutos seguido de un lapso de tiempo en que debe evitarse el enjuague.

El gel de flúor estañoso es para uso domiciliario y debe aplicarse con un

cepillo dental seco sobre las superficies de los dientes. Debe evitarse el enjuague durante 30 minutos.

Algunos geles son muy fluidos y otros más gelatinosos. Todos muestran comportamientos pseudoplásticos es decir parecen menos viscosos cuando se deprimen.

Esto significa que fluyen fácilmente alrededor de los tejidos cuando se retiran.

La presencia de iones fosfato en una solución de ph 4, previene la disolución del fosfato del esmalte y controla la cantidad de fluoruro que penetra en el esmalte para formar flúorapatita cálcica que vuelve el esmalte superficial más resistente a la caries. (9)

PLACA BACTERIANA

Las enfermedades bucales de mayor frecuencia en la población guatemalteca son la caries dental y la enfermedad periodontal. Aunque la caries afecta a las piezas dentales en sí mismas y la enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte de los dientes, ambas entidades tienen a la placa bacteriana como agente etiológico. Lo anterior está suficientemente comprobado en numerosas investigaciones realizadas durante muchos años. (2)

El término de placa bacteriana se emplea universalmente para describir la asociación de bacterias en la superficie dentaria. La formación de la placa bacteriana comienza con la adhesión y formación de bacterias individuales sobre la superficie de los dientes. La placa consta fundamentalmente de microorganismos proliferantes y un dispersado de células epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adherente. (2)

La placa bacteriana se divide en:

A. PLACA MICROBACTERIANA:

Formación de un depósito blando de origen bacteriano sobre las superficies de los dientes y otras estructuras en la cavidad bucal. (2)

Está conformada por una población muy densa de microorganismos bucales, polisacáridos extracelulares (glucano y levano), productos del metabolismo de éstos y glucoproteínas.

Es un ecosistema dinámico adhesivo y gelatinoso que da a la superficie del esmalte una apariencia mate. Cuando la placa alcanza cierto espesor, aparece entonces, como una capa blanca - amarillenta, sobre todo en los márgenes gingivales de los dientes, llamada **materia alba**. (4)

B. PELICULA ADQUIRIDA DEL ESMALTE:

Es una capa membranosa amorfa, con un grosor que varía de 0.1 a 0.3 milimicras. El factor esencial para la formación de la película adquirida del esmalte, es la presencia de saliva y las bacterias de la flora normal de la boca (Streptococos mutans, peptoestreptococos, lacto bacilos y actinomicas) que envuelve ciertos mecanismos para la adhesión, particularmente, los relacionados con las características de las superficies, entre las que tenemos; una especificidad superficial asociado con polímeros, cargas de superficie, bandas de hidrógeno, iónicas e hidrofóbicas. (4)

C. PLACA MADURA:

Después del primer día de crecimiento de placa, la flora se torna más compleja. Al aumentar el espesor de la placa dentogingival, el medio cambia.

Lo cual favorece a los microorganismos anaeróbicos, y es en este momento cuando puede multiplicarse una cantidad creciente de bacilos gram-negativos, en especial las capas más profundas próximas del diente. Las condiciones modificadas de crecimiento pueden ser influidas por la formación concomitante generada de la encía, con lo que se produce un acentuado aumento en el flujo de exudado gingival que contiene una cantidad de factores de crecimiento no obtenibles fácilmente de la saliva. También provee una nutrición adicional, la simbiosis microbiana, la muerte y destrucción (lisis) de los microorganismos de la placa. (4)

RELACION DE LA ANATOMIA DENTAL CON LA FORMACION DE LA PLACA

La corona del diente tiene cinco superficies que dan diferentes posibilidades de mantener la flora bacteriana que puede transformarse en cariogénica y/o periodontopática.

La superficie lisa de los aspectos bucal, labial, lingual, mesial y distal del diente son los más expuestos a la formación de placa microbiana, las cuales podrían cariarse en situaciones extremas tales como las relacionadas con xerostomía (bajo nivel del fluido salivar) o un excesivo contacto con sustratos fermentables, tales como los que pueden ocurrir en el síndrome de caries de biberón.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Con el nombre de enfermedad periodontal se conoce diversas condiciones patológicas caracterizadas por la producción de inflamación y/o destrucción del periodonto, es decir, los tejidos gingivales los tejidos conectivos periodontarios y el hueso de soporte de los maxilares. La enfermedad periodontal es causada por bacterias que se nutren de partículas de alimentos en descomposición, formando una sustancia incolora y viscosa denominada: **placa.**

La enfermedad periodontal se divide en:

1. GINGIVITIS:

En donde hay inflamación de tejido gingival hemorragia gingival, cambios de color en la encía, cambios de la consistencia y en la textura superficial de la encía.

2. PERIODONTITIS:

Presencia de bolsas que se forman por la migración hacia el ápice de la inserción epitelial dando lugar a la formación de una hendidura patológica localizada entre el diente y el epitelio degenerado del surco gingival, hay varios grados de ulceración, supuración, pérdida de fibras gingivales y periodontales, hay fibrosis gingival, fibrosis de los espacios medulares, retracción gingival, pérdida ósea, movilidad dental, formación de diastemas, migración de piezas dentales, traumatismo oclusal secundario y cambios de color, contorno, forma, sangramiento del surco y varios grados de hiperplasia gingival. (2,3)

MÉTODO DE LIMPIEZA

TECNICA DE STILLMAN MODIFICADA:

Se coloca un cepillo entre medianamente duro y duro de dos o tres hileras, con los extremos de las cerdas apoyados en la zona cervical de los dientes y sobre la encía adyacente, hacia apical en ángulo agudo respecto al eje mayor de los dientes. La presión se aplica lateralmente contra el margen gingival para producir isquemia perceptible. El cepillo se activa con 20 movimientos cortos de hacia atrás hacia adelante y se desplaza en dirección coronaria sobre la encía insertada, el margen gingival y la superficie del diente. Este movimiento se repite en todas las superficies dentales.

La superficie oclusal de molares y premolares se limpia colocando las cerdas perpendicularmente al plano oclusal y penetrando en profundidad en los surcos y espacios ínter proximales. La técnica es recomendable para limpiar zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular, así como para prevenir la destrucción por abrasión de los tejidos.

INDICE PERIODONTAL

El índice de Placa Bacteriana (IPB), es el que mas se utiliza en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, este mismo se utilizó para desarrollar esta investigación.

Se examina los dientes ya seleccionados para el efecto, de las cuatro caras que consta cada diente, identificamos cuales presentan placa posteriormente se obtiene el porcentaje de las caras que presentan placa y/o las que no presentan dando así el Índice de Placa Bacteriana.

OBJETIVO GENERAL

Retroalimentar el programa Ejercicio Profesional Supervisado mediante la información que se obtenga de la investigación sobre la calidad del tratamiento integral efectuado por los Odontólogos Practicantes a escolares de primero a sexto grado de primaria en los programas de Ejercicio Profesional Supervisado iniciados en el 2,000.

OBJETIVO ESPECIFICO

Observar y describir la calidad de los tratamientos integrales efectuados por los odontólogos practicantes a pacientes del programa: “Atención Integral a Escolares” del Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

VARIABLES

- **Edad:** Se define como el tiempo que una persona o animal ha vivido desde su nacimiento, comprende cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana: la infancia, la edad adulta que sucede a la adolescencia, edad avanzada que comprende la vejez.

Indicador: Respuesta o información que refiere el escolar.

- **Sexo:** El sexo es una condición humana que distingue al macho y la hembra, en los seres humanos. Término adjetivo especificador de masculino y femenino.

Indicador: Observación por el investigador.

- Calidad de los tratamientos efectuados en obturaciones de amalgama y resinas, Coronas y Sellantes de Fosas y Fisuras

a. Obturaciones de amalgama/resina.

- Anatomía de las restauraciones de la amalgama/resina

Indicador: Observación por el investigador, vertientes y surcos sigan la anatomía de la pieza dental.

- Deficiencia marginal de la amalgama/resina

Indicador: Que el explorador no se desplace libremente sobre la superficie marginal de la pieza restaurada.

- Puntos de contacto deficientes en restauraciones de amalgama/resinas

Indicador: El hilo dental se desgarró o pasa libremente entre la restauración y la pieza vecina.

- Puntos de contacto prematuros en restauraciones de amalgama/resina

Indicador: Marcas dejadas por el papel de articular entre pieza dental restaurada y pieza dental oponente.

- Pulido de restauraciones de amalgama/resina.

Indicador: Al pasar el explorador haya una continuidad entre la amalgama/resina y el esmalte de la pieza restaurada y observarse brillante y lisa.

- Fractura de la amalgama/resina

Indicador: Al pasar el explorador se pierde la continuidad del material restaurador.

- Sobreobtención de amalgama /resina.

Indicador: No existe superficie continua entre esmalte y amalgama/resina.

b. Sellante de Fosas y Fisuras

- Deficiencia Marginal del Sellante de Fosas y Fisuras.

Indicador: El explorador no se desplaza libremente sobre la superficie de la restauración.

- Puntos de contacto prematuros en áreas con Sellante de Fosas y Fisuras.

Indicador: Papel de articular

c. Coronas de Acero

- Puntos de contacto en Coronas de Acero

Indicador: Hilo dental se desgarrar o pasa libremente entre la corona de acero y la pieza vecina.

- Puntos de contacto Prematuros

Indicador: Observación de la oclusión por el investigador.

- Adaptación marginal de la corona

Indicador: Isquemia en encía marginal

- Cementado de la corona

Indicador: Desplazamiento o movilidad de la corona al paso del explorador.

d. Índice de Placa Bacteriana

- Indicador: Que el porcentaje de placa bacteriana presente en boca sea mayor del 20%.

METODOLOGÍA

Se utilizó el método de calibración intercomparativo, para unificar criterios con los cuales se realizó la descripción de calidad de tratamientos, con ayuda de profesores del área de Odontología Socio Preventiva.

Se contactó al Odontólogo Practicante que se encontraba en la comunidad respectiva realizando el Ejercicio Profesional Supervisado y se pidió su colaboración para uso de la clínica.

Población y muestra:

Se obtuvo una lista de las comunidades que corresponden al programa de Ejercicio Profesional Supervisado de 2,000, se asignó un número a cada una exceptuando, la del departamento de PETÉN (debido a poca factibilidad), de las cuales se eligió 20. Por medio de una tabla de números aleatorios (A3), se asignó al azar 2 comunidades a cada estudiante.

Se procedió a revisar fichas clínicas de pacientes niños y adolescentes tratados integralmente en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de 2,000.

Procedimiento:

Se contactó a los niños por medio de una visita domiciliaria, en la cual se le informó a la persona responsable del niño, sobre el estudio a realizar, pidiendo su colaboración en cuanto a la asistencia para la realización del examen clínico.

Posteriormente se realizó el examen clínico de la cavidad oral, en la clínica sede del programa Ejercicio Profesional Supervisado de cada comunidad, para describir la calidad de los tratamientos realizados, de acuerdo con los criterios establecidos para “evaluar la calidad de los tratamientos clínicos” en el normativo del programa Ejercicio Profesional Supervisado (guía de supervisión) los cuales son:

Criterios para evaluar obturaciones de amalgama /resina:

- Caries
- Falta de punto de contacto
- Fracturas
- Puntos de contacto deficientes
- Deficiencias marginales
- Sin anatomía
- Excesos marcados
- Cualquier otro defecto de forma o contorno
- Mal pulida o sin pulir
- Ninguna deficiencia

Criterios para evaluar coronas de acero:

- Oclusión prematura
- Márgenes sobre extendidos
- Márgenes deficientes
- Selección inadecuada de la corona
- Corona seleccionada, adaptada y cementada correctamente
- Puntos de contacto interproximales

Se tabuló los datos recabados (A1) y se presentaron en cuadros estadísticos.

Se analizó e interpretó la información correspondiente a cada comunidad y posteriormente se realizará el análisis comparativo de la información de todas las comunidades.

PRESENTACION DE RESULTADOS

**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
REGION NO.1
NAHUALA, SOLOLA**

CUADRO NO. 1

Distribución de la población examinada en la comunidad de Nahualá, Sololá
Según EDAD Y SEXO, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Sexo	Edad	Masculino		Femenino		Total	
		No. Casos	%	No. Casos	%	No. Casos	%
	10 años o menos	0	0	0	0	0	0
	11	5	23	2	9	7	32
	12	5	23	8	36	13	59
	13	2	9	0	0	2	9
	14	0	0	0	0	0	0
	15 o más	0	0	0	0	0	0
Total		12	55	10	45	22	100

Interpretación

El cuadro indica el número de pacientes examinados clínicamente en la comunidad de Nahuala, Solola. Del total de pacientes examinados no hubo diferencia significativas entre el Sexo masculino y femenino.

CUADRO NO. 2

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de Nahualá, Sololá
Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S.
Año 2,000

RESTAURACIONES	Deficientes		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest	%	No. Rest	%
Amalgama	28	17	61	38	89	55
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0
S.F.F.	18	11	54	34	72	45
Total	46	28	115	72	162	100

Interpretación

Obsérvese que de el total de tratamientos examinados el 45% corresponde a Sellantes de Fosas y Fisuras; y 55% Corresponde a Restauraciones de Amalgama y Resina Compuesta.

El porcentaje de tratamientos deficientes es menor al de los tratamientos adecuados.

En los cuadros siguientes se definirá con mayor especificación las deficiencias encontradas en los tratamientos examinados.

CUADRO NO. 3
 Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
 Nahualá, Sololá,
 Con DEFICIENCIA MARGINAL, Programa Odontología del Niño
 y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	15	17	8	9	23	26	66	74	89	100
Resina C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	15	17	8	9	23	26	66	74	89	100

Interpretación

Se puede observar en las Restauraciones de Amalgama, las que presentaron Deficiencia Marginal fueron las obturaciones de Amalgama Clase I y Clase II de los tratamientos examinados; representando un mínimo porcentaje del total de Tratamientos examinados.

CUADRO NO. 4
Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
Nahualá, Sololá,
Que presentan SUB-OBTURACION, Programa Odontología del
Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	18	20	3	3	21	23	68	77	89	100
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	18	20	3	3	21	23	68	77	11	100

Interpretación

Obsérvese que el porcentaje encontrado con Deficiencia en el Obturado es bajo en comparación a la cantidad total de tratamientos realizados en Obturaciones de Amalgama.

No se encontró esta deficiencia en las restauraciones Clase III, IV, V, VI y Resinas Compuestas.

CUADRO NO. 5
Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
Nahualá, Sololá,
Con SOBRE-OBTURACION, Programa Odontología del Niño y del
Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	1	1	1	1	88	88	89	100
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	1	1	88	88	89	100

Interpretación

Obsérvese que es mínimo el porcentaje (1%) de Restauraciones de Amalgama con Sobre-Obturbación con respecto al total de los tratamientos examinados.

No se encontró esta deficiencia en las restauraciones Clase II, III, IV, V y Resinas Compuestas.

CUADRO NO. 6
Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
Nahualá, Sololá,
Con FRACTURA, Programa Odontología del Niño y del
Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	0	0	89	100
Resina Compuesta	0	0	0	0
Total	0	0	89	100

Interpretación

No se encontró Restauraciones que presentaran Fractura en los tratamientos examinados.

CUADRO NO. 7

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
Nahualá, Sololá,

Con PUNTO DE CONTACTO DEFICIENTE, Programa
Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	2	2	2	2	87	98	89	100
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	2	2	2	87	98	89	100

Interpretación

Obsérvese que las restauraciones que en un mínimo porcentaje (1%) presentaron Punto de Contacto Deficiente son las obturaciones Clase II

CUADRO NO. 8

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de Nahualá, Sololá,
Con PUNTO DE CONTACTO PREMATURO, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	1	1	0	1	1	1	88	99	89	100
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	0	1	1	1	88	99	89	100

Interpretación

Obsérvese que las deficiencias de Puntos de Contacto Prematuros en el 100% de las restauraciones examinadas, ya que todas las restauraciones que se examinaron solo el 1% presentaron dicha deficiencia. Siendo este un porcentaje mínimo.

CUADRO NO. 9

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
Nahualá, Sololá,
Con ANATOMIA DEFICIENTE, Programa Odontología del Niño y
del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		III		Sub- Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	63	71	3	3	0	0	66	74	23	26	89	100
Resina C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	63	71	3	3	0	0	66	74	23	26	89	100

Interpretación

Obsérvese que el número de Restauraciones con Anatomía Deficiente es de 66% siendo uno de los hallazgos más frecuentes encontrados al examinar clínicamente las Restauraciones de Amalgama. Y las Restauraciones que mayor deficiencia en Anatomía presentaron fueron las Restauraciones de Amalgama Clase I. Siendo el 71%.

CUADRO NO. 10
 Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de
 Nahualá, Sololá,
 Con PULIDO DEFICIENTE, Programa Odontología del Niño y del
 Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		III		Sub- Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	35	39	5	6	0	0	40	44	49	56	89	100
Resina C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	35	39	5	6	0	0	40	44	49	56	89	100

Interpretación

Obsérvese que el Pulido de las Restauraciones es otra de las deficiencias que más frecuente se encontró en las Restauraciones examinadas; siendo estas un 44% encontradas en la Clase I y II de amalgama.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
REGION No. II
SAN ANDRES, ITZAPA
CHIMALTENANGO

CUADRO NO. 11

Distribución de la población examinada en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Según EDAD Y SEXO, Programa Odontología del Niño y del

Sexo	Edad	Masculino		Femenino		Total	
		No. Casos	%	No. Casos	%	No. Casos	%
	10 años o menos	5	20	7	28	12	48
	11	1	4	2	8	3	12
	12	2	8	2	8	4	16
	13	4	16	1	4	5	20
	14	0	0	0	0	0	0
	15 o más	0	0	1	4	1	4
Total		12	48	13	52	25	100

Interpretación:

El cuadro indica el número de pacientes examinados clínicamente en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango. Del total de pacientes examinados no hubo diferencia significativas entre el Sexo masculino y femenino.

CUADRO NO. 12

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango
Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

RESTAURACIONES	Deficientes		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest	%	No. Rest	%
Amalgama	54	17	103	33	157	50
Resina Compuesta	34	11	1	1	35	12
S.F.F.	39	13	81	26	120	38
Total	127	41	185	59	312	100

Interpretación

Obsérvese que de el total de tratamientos examinados el 38% corresponde a Sellantes de Fosas y Fisuras; y 62% Corresponde a Restauraciones de Amalgama y Resina Compuesta.

Obsérvese que el número de Restauraciones deficientes es menor al de los tratamientos adecuados.

En los cuadros siguientes se definirá con mayor especificación las deficiencias encontradas en los tratamientos examinados.

CUADRO NO. 13

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Adrés Itzapa, Chimaltenango.
Con DEFICIENCIA MARGINAL, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		III		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	12	6	5	3	0	0	17	9	140	73	157	82
Resina C.	0	0	0	0	28	14	28	14	7	4	35	18
Total	12	6	5	3	28	14	45	23	147	77	192	100

Interpretación

Se puede observar en las Restauraciones de Amalgama, las que presentaron Deficiencia Marginal fueron las obturaciones de Amalgama Clase I y Clase II, y las de Resina Compuesta Clase III sumando estas el 18% del total de los tratamientos examinados; representando un gran porcentaje del total de resinas examinadas que fueron 35.

CUADRO NO. 14

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Que presentan SUB-OBTURACION, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	45	29	45	29	112	58	157	82
Resina Compuesta	1	3	1	3	34	18	35	18
Total	46	24	46	24	146	76	192	100

Interpretación

Obsérvese que el porcentaje encontrado con Deficiencia en el Obturado es casi la mitad en comparación a la cantidad total de tratamientos realizados en Obturaciones de Amalgama por lo que si es significativo decir que este tipo de deficiencia es común a la hora de elaborar amalgamss

No se encontró esta deficiencia en las restauraciones Clase II, III, IV, V, VI y Resinas Compuestas.

CUADRO NO. 15

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Con SOBRE-OBTURACION, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	7	4	7	4	150	78	157	82
Resina Compuesta	0	0	0	0	35	18	35	18
Total	7	4	7	4	185	96	192	100

Interpretación

Obsérvese que es mínimo el porcentaje (4%) de Restauraciones de Amalgama con Sobre-Obturación con respecto al total de los tratamientos examinados.

No se encontró esta deficiencia en las restauraciones Clase II, III, IV, V, VI y Resinas Compuestas.

CUADRO NO. 16

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Con FRACTURA, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest	%	No. Rest	%	No. Rest	%	No. Rest	%
Amalgama	0	0	0	0	157	82	157	82
Resina Compuesta	0	0	0	0	35	18	35	18
Total	0	0	0	0	192	100	192	100

Interpretación

No se encontró Restauraciones que presentaran Fractura en los tratamientos examinados.

CUADRO NO. 17

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Con PUNTO DE CONTACTO DEFICIENTE, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest	%	No. Rest	%	No. Rest	%	No. Rest	%
Amalgama	18	10	18	10	139	72	157	82
Resina Compuesta	0	0	0	0	35	18	35	18
Total	18	10	18	10	174	90	192	100

Interpretación

Obsérvese que las restauraciones que en un porcentaje (10%) presentaron Punto de Contacto Deficiente son las obturaciones Clase II.

CUADRO NO. 18

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San
Andrés Itzapa, Chimaltenango,
Con PUNTO DE CONTACTO PREMATURO, Programa
Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	7	4	0	0	7	4	150	78	157	82
Resina Compuesta	0	0	0	0	0	0	35	18	35	18
Total	7	4	0	0	7	4	185	96	192	100

Interpretación

Obsérvese que las deficiencias de Puntos de Contacto Prematuros en el 100% , solo el 4% presento dicha deficiencia. Siendo este un porcentaje mínimo.

CUADRO NO. 19

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Con ANATOMIA DEFICIENTE, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		III		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	51	33	10	6	0	0	61	32	96	50	157	82
Resina C.	0	0	0	0	0	0	0	0	35	18	35	18
Total	51	33	10	6	0	0	61	32	131	68	192	100

Interpretación:

Obsérvese que el número de Restauraciones con Anatomía Deficiente es de 61, siendo uno de los hallazgos más frecuentes encontrados al examinar clínicamente las Restauraciones de Amalgama. Y las Restauraciones que mayor deficiencia en Anatomía presentaron fueron las Restauraciones de Amalgama Clase I. representando el 33% del total. En las Resinas compuestas no se encontró el problema.

CUADRO NO. 20

Distribución de Restauraciones examinadas en la comunidad de San Andrés Itzapa, Chimaltenango, Con PULIDO DEFICIENTE, Programa Odontología del Niño y del Adolescente, E.P.S. Año 2,000

Clase	I		II		III		Sub-Total		Adecuadas		Total	
	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%	No. Rest.	%
Amalgama	32	20	4	3	0	0	36	19	121	63	157	82
Resina C.	0	0	0	0	28	14	28	14	7	4	35	18
Total	32	20	4	3	28	14	64	33	128	67	192	100

Interpretación

Obsérvese que el Pulido de las Restauraciones es otra de las deficiencias que se encontró en varias de las Restauraciones examinadas; siendo estas un 19% encontradas en la Clase I y II de amalgama del total de los tratamientos examinados y en un porcentaje muy similar a las resinas compuestas.

**PRESENTACION DE RESULTADOS
CUADRO COMPARATIVO
REGION No I
NAHUALA, SOLOLA
Y
REGION No. II
SAN ANDRÉS ITZAPA,
CHIMALTENANGO**

CUADRO COMPARATIVO
No. 21
San Andrés Itzapa – Nahualá, Sololá

RESTAURACIONES	REGION I				TOTAL	
	DEFICIENTES		ADECUADAS			
		%		%		%
AMALGAMA	54	17	103	33	157	50
RESINA COMPUESTA	34	11	1	0	35	11
S.F.F	39	13	81	26	120	39
TOTAL	127	41	185	59	312	100

REGION II					
DEFICIENTES		ADECUADAS		TOTAL	
	%		%		%
28	17	61	38	89	55
0	0	0	0	0	0
18	11	54	34	72	45
46	29	115	71	161	100

Interpretación: Obsérvese que del total de tratamientos hechos por los E.P.S de ambas regiones el 50% corresponde a tratamientos de amalgamas, con lo cual es valido decir que la mitad de los tratamientos de un E.P.S en promedio son tratamientos de amalgamas de plata. También es interesante observar que poco menos de la mitad es tratamiento preventivo como lo son sellantes de fosas y fisuras, y las resinas compuestas se registraron en un menor porcentaje por lo que podemos decir que los tratamientos de estética los realiza el E.P.S en menor cantidad.

**PRESENTACION DE RESULTADOS
CUADROS FINALES
REGION I NAHUALA, SOLOLA Y
REGION II SAN ANDRÉS ITZAPA,
CHIMALTENANGO**

CUADRO No. 22

Desempeño del EPS de región I contra un patrón de comparación (desempeño) 60/40

	O	E	O-E	O-E-0.5	(O-E-0.5) ²	((O-E-0.5) ²)/E
AD	185	187.2	-2.2	-2.7	7.29	0.04
DEF	127	124.8	2.2	1.7	2.89	0.02
	312	312			χ^2_o	0.06
					χ^2_t	3.84
					GL	1
					p	0.05

Interpretación: El desempeño del EPS de la región I es adecuado según la proporción teórica de 60/40 establecida según los parámetros de la Facultad de Odontología de la USAC (Dra. Mirna Calderón, comunicación personal 2002), ya que el resultado no difiere estadísticamente de las proporciones (desempeño) esperado de un EPS. Por lo que podemos decir que la calidad de los tratamientos realizados por el EPS de la región I es aceptable.

CUADRO No. 2

Desempeño del EPS de región II contra un patrón de comparación (desempeño) 60/40

	O	E	O-E	O-E-0.5	(O-E-0.5) ²	((O-E-0.5) ²)/E
AD	115	96.6	18.4	17.9	320.41	3.32
DEF	46	64.4	-18.4	-18.9	357.21	5.55
	161	161			χ^2_o	8.86
					χ^2_t	3.84
					GL	1
					P	0.05

Interpretación: El desempeño del EPS de la región II es adecuado según la proporción teórica de 60/40 establecida según los parámetros de la Facultad de Odontología de la USAC (Dra. Mirna Calderón, comunicación personal 2002), ya que el resultado no difiere estadísticamente de las proporciones (desempeño) esperado de un EPS. Por lo que podemos decir que la calidad de los tratamientos realizados por el EPS de la región II es aceptable.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El estudio examinó los tratamientos realizados a 47 pacientes del programa Actividad Clínica integrada en niños y adolescentes del programa Ejercicio Profesional Supervisado. El 71 % de los tratamientos tienen características clínicas que los califica como adecuados para la Region II y en un 29% deficientes para la misma región, mientras que en la Region I el 59% fueron adecuados y el 41 % deficientes por lo que se aplica la prueba de CHI CUADRADO (χ^2) y se demuestra que esta detecta que estadísticamente la CALIDAD DE TRATAMIENTOS de un estudiante del programa EPS es ADECUADO según los parámetros establecidos por la facultad de Odontología de la USAC en un 60/40 (Dra. Mirna Calderón comunicación personal 2002).

Es interesante resaltar que la mitad de los trabajos que realiza un estudiante del programa E.P.S en su practica diaria corresponde a tratamientos de amalgama de plata, por lo que es importante estar bien capacitados para poder realizar con éxito dichos tratamientos que son de gran demanda en las comunidades que cubre el programa de E.P.S de la Universidad de San Carlos; así mismo es importante ver que un poco menos de la mitad de todos esos tratamientos que como estudiante realizamos corresponde a Sellantes de Fosas y Fisuras por lo que dichos tratamientos deben ser efectuados por los odontólogos practicantes con gran destreza y efectividad ya que estos en unión con las amalgamas son componentes de la Odontología Preventiva y Restaurativa, así como un importante punto en el programa, ya que forman

un aspecto básico en la formación del odontólogo practicante y en la promoción de Salud Bucal para Colectividades.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de los tratamientos realizados en el programa de Atención Integral a Niños Escolares y Adolescentes del Ejercicio Profesional Supervisado, se deduce que:

- 1) Los tratamientos evaluados presentan características clínicas que permiten calificarlos como tratamientos adecuados, tanto en tratamientos preventivos (Sellantes de Fosas y Fisuras) como en tratamientos restaurativos (Operatoria).
- 2) Por las deficiencias encontradas en la Anatomía y el Pulido de restauraciones de Amalgama de plata, es necesario se reduzcan estas deficiencias puesto que son fácilmente corregibles.
- 3) Los Sellantes de Fosas y Fisuras examinados en un alto porcentaje se encontraron aceptables ayudando de esta manera a una acción preventiva eficiente que a mediano y a largo plazo ayuda a disminuir la prevalencia e incidencia de caries dental.

RECOMENDACIONES

1. **Que los resultados obtenidos se tomen en cuenta para retroalimentar el proceso enseñanza-aprendizaje en las áreas de Odontología del Niño y del Adolescente y Odontología Socio Preventiva.**
2. **Es necesario promover el control sobre la calidad de los materiales dentales que se emplean en los programas del Ejercicio Profesional Supervisado a fin de minimizar las deficiencias en los tratamientos restaurativos y preventivos, que no dependen de la habilidad del operador sino de las características de éstos.**
3. **Que los estudiantes que realizan del Ejercicio Profesional Supervisado, se desempeñen con la calidad profesional que la Facultad de Odontología les demanda.**

ANEXOS

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA CLINICA

COMUNIDAD: En el espacio en blanco se procedió a colocar la comunidad y departamento que se evaluó

REGION GEOGRAFICA: En el espacio en blanco se colocó el nombre de la región en la cual se realizó el estudio.

FECHA: En el espacio en blanco se colocó la fecha en la cual se realizó el tratamiento.

NOMBRE DEL EXAMINADOR: En el espacio en blanco se procedió a colocar el nombre de la persona que realizó el examen clínico.

DATOS GENERALES:

Nombre: En el espacio en blanco se colocó el nombre del paciente a examinar.

Edad: En el espacio en blanco se colocó la edad del paciente.

Sexo: Se colocó el genero del paciente con una X sobre las iniciales F ó M.

La Ficha para la registro de datos, consta de un odontograma al lado izquierdo, y una casilla con especificaciones de las restauraciones más frecuentes realizadas en el Ejercicio Profesional Supervisado con las posibles deficiencias a evaluar; en el lado derecho.

El Odontograma del lado izquierdo, consta de una gráfica de las 32 piezas dentales, con todas sus caras (Mesial, Distal, Oclusal, Palatal y Bucal) y casillas con 6 divisiones numeradas para cada pieza dentaria utilizando la nomenclatura Universal.

La Casilla ubicada al lado derecho, Menciona las cuatro restauraciones más frecuentes realizadas en el Programa Ejercicio Profesional Supervisado, estas son: Amalgama, Resinas Compuestas, Coronas de Acero y Sellantes de Fosas y Fisuras.

Para la restauración de amalgama se evaluaron los siguientes hallazgos clínicos:

- Si fue adecuada se anotó la letra A
- Si estuvo ausente la amalgama se anotó el número 1.
- Si presentó deficiencia marginal se anotó el número 2.
- Si se encontró Sub- obturada se anotó el número 3.
- Si se encontró sobre-obturada, se anotó el número 4.
- Si se encontró fracturada se anotó el número 5.
- Si presentó Punto de Contacto Deficiente se anotó el número 6.
- Si presentó Punto de Contacto Prematuro se anotó el número 7.
- Si presentó Anatomía deficiente se anotó el número 8.
- Si presentó Pulido Deficiente se anotó el número 9.

Para la restauración de Resina Compuesta se evaluaron los siguientes hallazgos clínicos:

- Si fue adecuada se anotó la letra A
- Si estuvo ausente la Resina se anotó el número 10.
- Si presentó deficiencia marginal se anotó el número 11.
- Si se encontró Sub-obturada se anotó el número 12.
- Si se encontró sobre-obturada, se anotó el número 13.
- Si se encontró fracturada se anotó el número 14.
- Si presentó Punto de Contacto Deficiente se anotó el número 15.
- Si presentó Punto de Contacto Prematuro se anotó el número 16.
- Si presentó Anatomía deficiente se anotó el número 17.
- Si presentó Pulido Deficiente se anotó el número 18.

Para la Restauración de Coronas de Acero se evaluaron los siguientes hallazgos clínicos:

- Si estuvo adecuada se anotó la letra A.
- Si estuvo ausente se anotó el número 19.
- Si se fue cementada inadecuadamente se anotó el número 20.
- Si presentó deficiencia marginal se anotó el número 21.
- Si presentó Punto de Contacto Deficiente, se anotó el número 22.
- Si presentó Oclusión Deficiente se anotó el número 23.

Para la Restauración de Sellantes de Fosas y Fisuras solo se evaluaron dos hallazgos clínicos:

- Si se encontraba Presente y Adecuada se anotó el número 24.
- Si se encontraba Ausente o con Deficiencia se anotó el número 25.

Dado los lineamientos anteriores se procedió a dibujar en el Odontograma con lapicero azul, la restauración que fue evaluada y en las casillas para cada pieza se anotó la abreviación de la restauración evaluada y el número que le correspondía de

las deficiencias o tratamientos adecuados que se encontraban numerados en la casilla del lado derecho.

Placa Bacteriana: Se efectuó control de placa bacteriana colocando en el espacio en blanco el porcentaje encontrado y se marcó con una "X" sobre "Si", si el porcentaje fue menor de 20. Y una "X" sobre "NO" si fue mayor que 20.

Observaciones: Se anotó en el espacio en blanco cualquier comentario o sugerencia que se tuvo con el trabajo que fue llevado a cabo.

El contenido de esta tesis es única y exclusivamente
Responsabilidad del autor

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oscar Rubén Cuellar Gómez', is written over two horizontal lines. The signature is stylized and cursive.

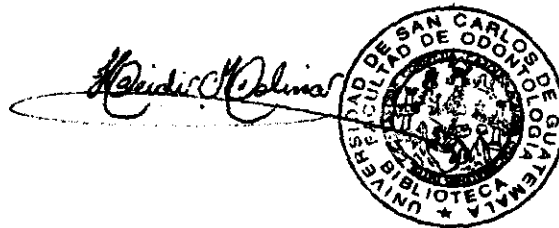
OSCAR RUBÉN CUELLAR GÓMEZ

BIBLIOGRAFIA

1. Bernetti, James P., Bon B. Bayton.--Inserción, tallado y pulido de restauraciones de amalgama ; trad. por Edwin E. Milian Rojas.--St. Louis : Dental Hygiene.-- 1,979.-- Vol.2 Cap. 2. (Revista Guatemalteca de Estomatología)
2. Burnet, George W.-- Microbiología y enfermedades infecciosas / George W. Burnet, Henry W. Sherp, George Schulser ; trad. por Ester Sánchez Lozano.-- Mexico : Editorial Limusa, 1986.--Vol. 2 pp. 235-465.
3. Carranza, Fermin A.-- Periodontología clínica de Glickman / Fermin A. Carranza ; trad. por Laura Elías Urdapilleta, Enriqueta Cerón Rossains.-- 7ª . ed.-- México: Interamericana Mc Graw Hill, 1,990.--pp235-240
4. Fagiani Torres, Julio.-- Agentes químicos para el control de la placa dentobacteriana.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de odontología, Area Médico Quirúrgica.pp. 40-42 (documento No.4)
5. Gonzáles, My C. López A.-- Placa microbiana, placa bacteriana o placa dental y su relación con la enfermedad periodontal y la caries dental.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Depto. de Educación Odontológica, s.f. pp. 8
6. Mcdonald, Ralph E.-- Odontología pediátrica y del adolescente ; trad. por Jorge Frydman.-- 5a ed.-- Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana 1,993 pp. 398-402
7. Odontología especialidades. operatoria dental 428. En: Internet.
[http://uvd/odontología salud y estética.com](http://uvd/odontología%20salud%20y%20estética.com). especialidades operatoria dental/
14 de Agosto de 2000
8. Pinkham. J.R. -- Odontoloía pediátrica / J.R. Pinkham ; trad. Por Jose Antonio Ramos Tercero.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1,991.-- pp. 253-257, 437-466.



9. Papol Oliva, Axel.-- Metodos de entrega de fluoruros.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, 2,000. pp. 1-12
10. Sellantes de fosas y fisuras.-- Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico, 1998.-- pp.1-12
11. Principios básicos de operatoria dental 428. En: Internet.
<http://uvd/operatoria/pb.htm/> 14 de agosto del 2,000.
12. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Odontología, Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (Normativo. Área de Odontología Socio Preventiva).-- 2000.-- pp. 1-59
13. Alder Henry L.—Introduction to Probability and Statistics. – USA, University of California W.H Freeman and Company, 1996. Second Edition. Pp. 164-165



14 NOV 2002