

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN LA CLÍNICA PARROQUIAL
SANTA CECILIA, ESTANZUELA, ZACAPA
GUATEMALA, FEBRERO – OCTUBRE DE 2015

Presentado por:

LORENA MARYANN MORALES MONZÓN

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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2015

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO REALIZADO EN LA CLÍNICA PARROQUIAL
SANTA CECILIA, ESTANZUELA, ZACAPA
GUATEMALA, FEBRERO – OCTUBRE DE 2015

Presentado por:

LORENA MARYANN MORALES MONZÓN

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

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, noviembre de 2015

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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

TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN:

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

Acto que dedico

- A Dios y la Virgen María:** Gracias padre y madre por haberme permitido cumplir este sueño, por ser luz en mi vida, por llevarme de la mano, y por darme siempre la fuerza necesaria para seguir adelante.
- A mis Padres:** Oscar y Lorena, por ser pilar importante en mi vida y porque gracias a su esfuerzo, amor, apoyo y comprensión, hoy puedo decir lo logré, sin ustedes no hubiera sido posible, los amo.
- A mis Hermanos:** Oscar, Carlos y Diego, por su apoyo, cariño y por cada palabra de aliento durante esta etapa, los quiero mucho.
- A mis abuelos:** Carlos, Trinis, Fidel y Chepita, por ser ejemplo de vida y lucha.
- A mis tíos y primos:** Gracias por el apoyo y cariño brindado siempre.
- A mis amigos:** Gracias por cada momento de alegría, tristeza, enojo, estrés y desvelo compartido, personas que hicieron de esta etapa la mejor, gracias por su amistad sincera y estar siempre presentes.
- A mis catedráticos:** Por su amistad, enseñanzas y apoyo durante mi formación académica, especialmente al Dr. Ricardo León, Dr. Erick Hernández, Dr. Ricardo Catalán, Dr. Juan Ignacio Asensio, Dr. Byron Valenzuela y Dr. Guillermo Barreda.
- A la Facultad de Odontología y a La Universidad de San Carlos de Guatemala:** Por ser mi casa de estudios y formarme como profesional
- A Estanzuela, Zacapa:** Por su gente, por su cariño y por permitirme desarrollar mi ejercicio profesional supervisado con éxito.

HONORABLE TRIBUNAL QUE PRESIDE EL ACTO DE GRADUACIÓN

Tengo el honor de someter a su consideración mi Informe Final del Programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, conforme lo demanda el Reglamento General de Evaluación y Promoción del Estudiante de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

ÍNDICE	1
Sumario	4
I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS.....	6
1.1 Introducción	7
1.2 Justificación	8
1.3 Descripción de la comunidad	8
1.4 Metodología	9
1.4.1 Cronograma de actividades por mes	9
1.5 Objetivos alcanzados	11
1.6 Conclusiones	11
1.7 Limitaciones	12
1.8 Recomendaciones	13
II. PREVENCIÓN	14
Resumen	15
2.1 Objetivos	16
2.1.1 General:	16
2.1.2 Específicos:	16
2.2 Metas del programa de prevención de enfermedades bucales	17
2.3 Presentación de resultados	18
2.3.1 Sub-programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%	18
2.3.2 Sub-programa de barrido de sellantes de fosas y fisuras	20
2.3.3 Sub-programa de educación en salud bucal	22
2.4 Análisis del programa de Enfermedades Bucales	24
2.5 Conclusiones	25
2.6 Recomendaciones	26

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA	27
3.1 Protocolo	28
3.2 Introducción	28
3.3 Objetivos	29
3.4 Diseño del Estudio	29
3.5 Criterios de inclusión y exclusión	29
3.5.1 Criterios de inclusión:	29
3.5.2 Criterios de exclusión:	29
3.6 Tamaño y selección de la muestra	30
3.6.1 Variables principales de valoración	30
3.7 Criterios de Recolección	30
3.7.1 Instrumentos de medición	30
3.8 Metodología	32
3.8.1 Aspectos éticos	34
3.9 Presentación de resultados	35
3.10 Conclusiones	41
3.11 Recomendaciones	41
IV. ATENCIÓN CLINICA INTEGRAL.....	42
4.1 Presentación de resultados	44
4.2 Conclusiones	52
4.3 Recomendaciones	53
V. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO.....	54
Descripción del componente administración del consultorio	55
5.1 Institución donde se realiza el subprograma	55
5.2 Datos del coordinador	55
5.3 Administración	55
5.4 Calendario de actividades clínicas.	56
5.5 Mobiliario y equipo	56

5.6 Protocolo de desinfección y esterilización	57
5.7 Abastecimientos de materiales dentales	59
5.8 Capacitación del personal auxiliar.....	59
5.8.1 Introducción	59
5.8.2 Descripción y análisis de la ejecución del programa.....	60
Cuadro de actividades del desarrollo del programa de capacitación del personal auxiliar en odontología	61
5.8.3 Conclusiones.....	64
5.8.4 Recomendaciones.....	64
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
VII. ANEXOS.....	67

Sumario

El presente trabajo de graduación da a conocer y detalla el informe final de las actividades realizadas durante el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el cual se llevó a cabo en la Clínica Parroquial Santa Cecilia, municipio de Estanzuela, departamento de Zacapa. El cual tuvo duración de ocho meses, de febrero a octubre de 2015.

Este programa tiene como objetivo que el estudiante de sexto grado de la carrera de Cirujano Dentista se integre a una comunidad para brindar atención odontológica integral y prevención de enfermedades bucales de formas gratuita, a escolares de nivel pre-primario y primario, ponga en práctica conocimientos y habilidades a través de los siguientes subprogramas: Actividades Comunitarias, Prevención de Enfermedades Bucles, Investigación Única, Actividad Clínica de Atención Integral a Pacientes Escolares y adultos, y Administración de Consultorio.

Para realizar el EPS se seleccionaron los siguientes centros educativos de nivel primario registrados en el Ministerio de Educación: Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Las Canchitas, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Guadalupe, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, Escuela Oficial Urbana para Varones “José Agapito Castañeda” y Escuela Oficial Urbana para Niñas, con un total de 888 niños participantes en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado.

Durante los ocho meses del Programa del Ejercicio Profesional Supervisado se llevaron a cabo diferentes actividades comunitarias, como el proyecto comunitario.

En el Programa de EPS de febrero a octubre de 2015, el proyecto se realizó en la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, el cual consistió en la colocación de basureros y pintura de las instalaciones de dicha escuela, así como la colocación del nombre, visión y misión de la misma. El proyecto social comunitario, fue realizado con el objetivo de brindar a la población estudiantil de dicho centro, un mejor ambiente para la realización de las

actividades escolares, así como para motivar a las personas del Barrio Santa Cecilia a participar en actividades que ayuden al desarrollo de su comunidad.

En el programa de Prevención de Enfermedades Bucales se impartieron 64 pláticas sobre educación en salud bucal (primer nivel de prevención) con un total de 1147 personas. Se realizaron enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% semanales (segundo nivel de prevención) a un total de 888 niños repartidos en las diferentes escuelas participantes del programa. Se realizó el barrido de sellantes de fosas y fisuras en piezas permanentes libres de caries, a 169 niños y niñas de edad escolar, se colocaron 1516 SFF.

En el programa de Investigación Única se seleccionaron 20 niños de 12 años de edad, con el objetivo de evaluar la “Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas”. Para dicho estudio, se realizaron las siguientes mediciones: índice de ICDAS, índice de CPO-D y estrato socioeconómico.

El Programa de Actividad Clínica Integral, se realizó con niños de edad escolar de las siguientes escuelas: Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Las Canchitas, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Guadalupe, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, Escuela Oficial Urbana para Varones “José Agapito Castañeda” y Escuela Oficial Urbana para Niñas. 71 niños comprendidos entre los 6 y 14 años de edad, recibieron atención odontológica integral y también formaron parte del programa de prevención. Durante el programa también se brindó atención odontológica a 37 pacientes de edad adulta. El total de tratamientos realizados fue de 108 exámenes clínicos, 103 profilaxis, 73 aplicaciones tópicas de flúor, 551 sellantes de fosas y fisuras, 24 tratamientos periodontales, 46 amalgamas, 539 resinas compuestas, 5 tratamientos de conductos radiculares y 73 extracciones dentales, formando un total de 1522 tratamientos realizados.

El Programa de Ejercicio Profesional Supervisado se concluyó de forma exitosa.

I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Título del proyecto

COLOCACIÓN DE BASUREROS Y PINTURA DE PAREDES EN ESCUELA OFICIAL URBANA MIXTA BARRIO SANTA CECILIA, ESTANZUELA, ZACAPA.

1.1 Introducción

Una “actividad comunitaria” se basa en la realización de un proyecto, que ayude a mejorar aspectos dentro de la comunidad, para contribuir a su desarrollo. La realización del proyecto comunitario durante el ejercicio profesional supervisado, es importante para crear un vínculo con la comunidad, de esa manera, lograr una mejor adaptación a la misma.

Para poder elegir el proyecto a realizar, se analizaron los distintos lugares de la comunidad que presentaban deficiencias, en este caso, la decisión de realizar el proyecto en el Barrio Santa Cecilia, se basó en el poco acceso que existe para el mismo, ya que es una parte del municipio alejada de la parte central, por lo que es más difícil que las autoridades atiendan las necesidades que se presentan, sean de pequeña o mayor magnitud.

Al platicar con las autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, se comentó que desde hace varios años han gestionado con la municipalidad un mantenimiento a las instalaciones de la escuela, ya que conforme el paso del tiempo, aspectos como la pintura, baños, limpieza, entre otros, se han deteriorado y los niños recibían clases en un ambiente poco agradable y con deficiencias. Otro problema que presentaban era que al momento de la municipalidad dar las instalaciones para que fueran utilizadas como escuela urbana, no le colocaron nombre, así como visión y misión, por lo que tenían problemas para que otras autoridades, así como la misma población, localizaran la escuela.

Por lo que se decidió realizar el proyecto en base a dichas necesidades. El proyecto se basó en pintar tanto las paredes como en colocar el nombre, visión y misión de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, así como la colocación de basureros en la misma, para que los 45 alumnos de la escuela recibieran clases en un ambiente más agradable y limpio.

1.2 Justificación

El Barrio Santa Cecilia cuenta con gente colaboradora y con ganas de mejorar sus condiciones de vida, sin embargo, no contaban con los recursos necesarios para realizar las mejoras a las instalaciones de la escuela. Las autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, lograron gestionar la construcción de una nueva instalación, pero la misma falta de recursos ha hecho que dicho proyecto aún no pueda concluirse. Durante el tiempo transcurrido, las instalaciones se han deteriorado cada vez más, y esto ha vuelto imposible lograr mantener en el mismo lugar alumnos de primaria y párvulos, quienes son los que asisten a la Escuela. Debido a esa situación, y a que cada año que pasa, son más padres de familia quienes muestran interés en que sus hijos reciban educación, las autoridades de la institución, se vieron en la necesidad de alquilar una propiedad situada al lado de la Escuela, que se encuentra en muy malas condiciones. Es por eso, que se quiere ayudar a Barrio Santa Cecilia, a que los niños reciban educación en un lugar más apto para ello, en mejores condiciones, y motivarlos a cuidar el lugar donde estudian.

1.3 Descripción de la comunidad

Estanzuela es un municipio que pertenece al departamento de Zacapa, en la zona Oriente de la República de Guatemala. Su fundación, como hacienda, fue bajo la corona española en el año de 1769, el 11 de octubre de 1825 fue reconocida como Municipio.

El municipio de Estanzuela se encuentra a una altura de 195 mts. sobre el nivel del mar, a una distancia de 141 kms. de la ciudad capital y a 5 kms. de la cabecera departamental de Zacapa, sobre la ruta CA-10 que conduce hacia Esquipulas.

Está conformado por 4 aldeas (San Nicolás, Chispán, Guayabal y Tres pinos) y su cabecera municipal está conformada por 24 barrios y 7 colonias.

La población es ladina y se caracteriza por su hospitalidad, amabilidad y limpieza.

1.4 Metodología

-Se organizó una reunión formal con autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia para plantearles la idea y recibir autorización para llevar a cabo el proyecto.

-Se realizó la gestión de recursos y contratación de personal para realizar el proyecto.

-Con los recursos existentes se dio inicio al proyecto.

-Luego de cumplir los objetivos propuestos, se hizo la entrega oficial del proyecto a las autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, así como una actividad en donde se les habló de la importancia de la salud oral y se les hizo entrega de kits de higiene bucal a los 45 niños que asistieron a la misma.

1.4.1 Cronograma de actividades por mes

Cuadro No. 1

MES	ACTIVIDAD
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de las comunidades. Se evaluó cuáles eran las necesidades y deficiencias que presentaban y con base en eso se realizó la selección del proyecto.• Presentación del proyecto en el área de odontología socio-preventiva.
MARZO	<ul style="list-style-type: none">• Se realizó una reunión con las autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, para comentarles sobre el proyecto a realizar y pedir autorización para dar inicio al mismo.

ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del proyecto. • Gestión de recursos para la realización del proyecto.
MAYO	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de personal para pintar las instalaciones de la Escuela.
JUNIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de instalaciones en donde sería realizado el mismo proyecto social. • Realización de plantillas para la pintura del nombre de la Escuela, así como la visión y misión de la misma.
JULIO	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de colocación de rótulos en las paredes de las instalaciones
AGOSTO	<ul style="list-style-type: none"> • Finalización de la pintura de las instalaciones, así como la colocación de botes para basura.
SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega final del proyecto a autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia. • Se impartieron pláticas sobre higiene oral. • Se hizo entrega de kits de cepillos dentales a los 45 niños pertenecientes a la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia.

1.5 Objetivos alcanzados

- Con pintar las paredes, se logró el mejoramiento de las instalaciones que conforman la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia.
- La colocación tanto del nombre en la parte exterior de las instalaciones, como la visión y la misión, facilita la ubicación de la escuela y mantiene plasmada la responsabilidad que ésta tiene con la población.
- Al mejorar el aspecto de la escuela, se motivó al Barrio Santa Cecilia a mantener las instalaciones en buenas condiciones, para que de esa manera los niños puedan recibir clases en un ambiente agradable y limpio.
- Con la donación de botes para colocar la basura, se contribuyó a evitar la propagación de enfermedades, así como a mantener un mejor aspecto de las instalaciones.

1.6 Conclusiones

- La realización del proyecto fue un método más fácil de adaptación a la comunidad, el contribuir con la población, escuchar las necesidades de la misma, es una manera de que la gente crea en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado que se realiza año con año por parte de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el municipio de Estanzuela, Zacapa.
- Fue una manera de motivar a las personas del barrio Santa Cecilia a contribuir al desarrollo de su comunidad.

- El proyecto se realizó con base en el cronograma establecido al inicio del programa de Ejercicio Profesional Supervisado.
- Se logró brindar un mejor aspecto a las instalaciones de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, así como facilitar su ubicación al colocar el nombre de la misma.

1.7 Limitaciones

- La falta de actividades durante el ciclo escolar 2015, ya que eso retrasaba las reuniones con las autoridades responsables de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, para poder dar inicio al proyecto.
- La falta de cooperación y compromiso de las personas al momento de realizar gestiones.
- Una de las mayores limitaciones, fue el momento en el que la Directora de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, Estela Aldana, comentó que el Alcalde Julio César Girón, iba a mover la Escuela a nuevas instalaciones, y que las instalaciones en las que se encontraba en esos momentos las volvería “comedor solidario” lo que cambiaba el proyecto, ya que la municipalidad se encargaría de darle mantenimiento a dichas instalaciones. Las nuevas instalaciones de la Escuela, aún no estaban concluidas, por lo que se arregló con las autoridades, ayudar a terminar de pintar las paredes, nombre de la escuela, visión y misión en las mismas, así como la colocación de los botes para basura.

1.8 Recomendaciones

- Educar a los niños desde el hogar, en cuanto a valores y medidas que deberían tomar para mantener en buenas condiciones tanto las instalaciones de la escuela como el barrio en general, ya que ellos son parte importante de la población.
- Gestionar en la municipalidad el mantenimiento frecuente de las instalaciones, para evitar el deterioro de las mismas.
- Mayor participación del personal docente y administrativo en el cuidado de las instalaciones, así como también fomentar esos valores en los niños en los salones de clases.

II. PREVENCIÓN

Resumen

Cuando hablamos de prevención, nos referimos a cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de alguna afección o enfermedad (3), en este caso de la cavidad oral. Es un concepto poco practicado por la sociedad guatemalteca, la mayoría de personas asiste a una clínica dental en busca de tratamientos curativos y no preventivos, de asistir en busca de prevención, existiría una población con un menor índice de enfermedades de origen bucodental, y mejoraría así la calidad de vida (4).

Como contribución al desarrollo del país, la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, desarrolla el programa de prevención, el cual está dirigido al grupo poblacional más vulnerable: los niños en edad preescolar, escolar; adolescentes, embarazadas y adultos mayores.

El programa de prevención estuvo constituido por varias actividades llevadas a cabo durante el Ejercicio Profesional Supervisado, dichas actividades consistieron en:

- Entrega de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% a los niños de las distintas escuelas de la comunidad, a los grados comprendidos de primero a sexto primaria.
- Barrido de sellantes de fosas y fisuras en piezas permanentes a escolares.
- Impartición de charlas educativas sobre salud bucal a los escolares y población vulnerable.

El desarrollo de las actividades mencionadas anteriormente, tuvo como objetivo primordial, crear conciencia en la población guatemalteca acerca de los beneficios que tiene la prevención, mantener una buena higiene bucodental y las consecuencias que existen al no practicarla. Se buscó fomentar en la población desde edad temprana, para lograr resultados exitosos a futuro.

Muchas veces, durante el programa de EPS, se encuentra que parte de la población tiene poco interés por el tema de prevención, siendo éste un factor primordial, en el éxito o fracaso del desarrollo del programa. Por esto, se enfatizó en la importancia que tiene educar a las futuras generaciones en cuánto a caries dental, anatomía de la cavidad bucal, anatomía de las piezas dentarias, inflamación gingival, enfermedad periodontal, uso correcto del cepillo y

seda dental, uso de la pasta dental, sustitutos del cepillo dental, relación de azúcar con la caries dental, beneficios de los enjuagues con flúor, cronología de erupción y dieta balanceada. (6)

2.1 Objetivos

2.1.1 General:

- Por parte del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, establecer un programa de prevención de enfermedades bucales en la población del Municipio de Estandzuela, departamento de Zacapa, y fomentar la importancia del mismo.

2.1.2 Específicos:

- Proporcionar instrucciones de higiene oral como parte de la educación en salud bucal.
- Crear conciencia en la población, mediante los temas impartidos en las charlas de salud oral, y formar hábitos adecuados de higiene y prevención, entre otros.
- Realizar semanalmente enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% en escolares, un mínimo de 1000 niños.
- Reducir el índice de C.E.O. y C.P.O. en población escolar por medio de los enjuagues de fluoruro de sodio, en el Municipio de Estandzuela, departamento de Zacapa.
- Aplicación de sellante de fosas y fisuras en piezas permanentes sanas, de un grupo de escolares seleccionados aleatoriamente.
- Disminuir el índice de caries dental reportado en la población en general.

2.2 Metas del programa de Prevención de Enfermedades Bucales

- Cubrir un mínimo de 1,000 niños mensualmente con enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%, una vez por semana.
- Capacitar a los maestros de las escuelas e integrantes de salud bucal, sobre la forma correcta de preparar y aplicar los enjuagues.
- Disminuir el índice de caries dental en la población de Estanzuela, Zacapa.
- Realizar mensualmente el barrido de sellantes de fosas y fisuras en piezas permanentes libres de caries dental a 20 niños de edad escolar.
- Impartir mensualmente un mínimo de 8 charlas sobre salud bucal a la población vulnerable de la comunidad.
- Hacer conciencia en maestros y alumnos, sobre la importancia de la higiene oral y personal, así como la importancia de la prevención de las enfermedades.
- Explicar a la población la necesidad de practicar buenos hábitos de alimentación e higiene para mantener la salud oral.
- Estimular a padres de familia y docentes para que orienten a la población escolar con base en los temas impartidos.

2.3 Presentación de Resultados

2.3.1 Sub-programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%

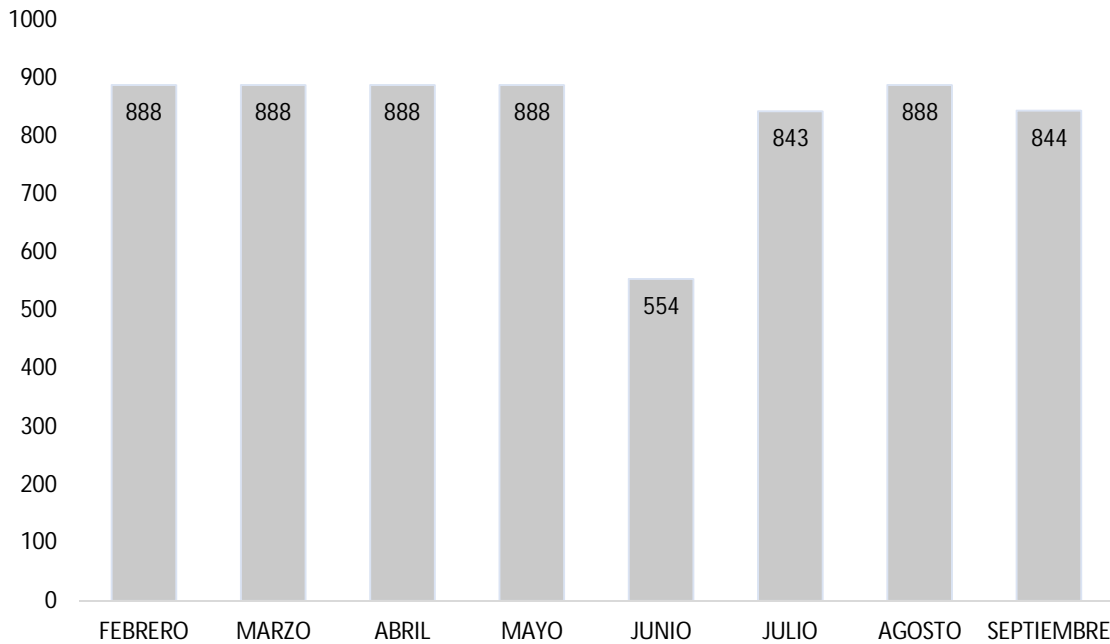
Cuadro No. 2

Número de niños atendidos mensualmente en el sub-programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% en el municipio de Estanzuela, Zacapa. Febrero-October 2015.

MES / ESCUELA	EOU para varones "JAC"	EOU para niñas	EOUM Barrio Las Canchitas	EOUM Barrio Guadalupe	EOUM Barrio Santa Cecilia	TOTAL
FEBRERO	332	329	114	68	45	888
MARZO	332	329	114	68	45	888
ABRIL	332	329	114	68	45	888
MAYO	332	329	114	68	45	888
JUNIO	332	0	114	68	40	554
JULIO	332	329	114	68	0	843
AGOSTO	332	329	114	68	45	888
SEPTIEMBRE	325	320	99	60	40	844
TOTAL	2649	2294	897	536	305	6681
Promedio	331	287	112	67	38	835

Gráfica No. 1

Relación del número de niños atendidos mensualmente en el sub-programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% en el municipio de Estandzuela, Zacapa. Febrero-October 2015.



Interpretación de datos de Cuadro No. 2 y Gráfica No. 1

Los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% aplicados mensualmente fueron desde 554 a 888 niños, lo que representa un total de 6681 niños atendidos durante el programa Ejercicio Profesional Supervisado, en el período comprendido de febrero a septiembre del año 2015, con un promedio mensual de 835 niños.

2.3.2 Sub-programa de barrido de sellantes de fosas y fisuras

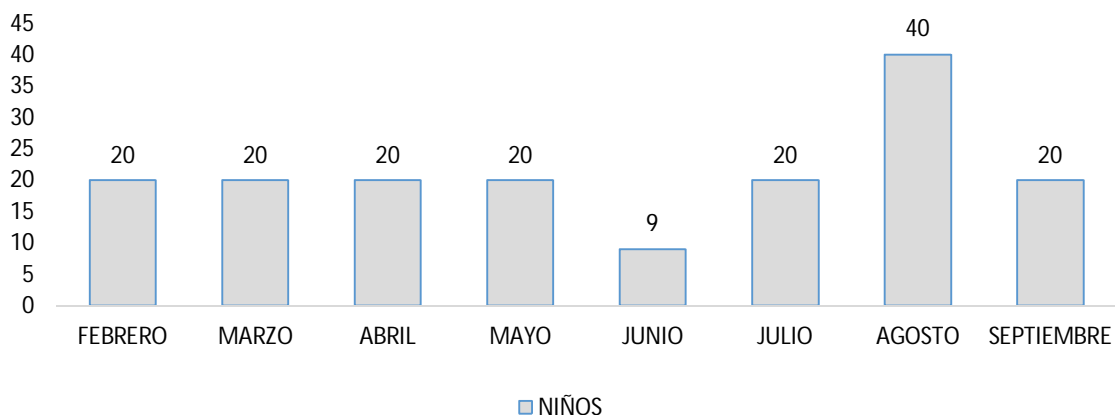
Cuadro No. 3

Número de niños tratados y sellantes de fosas y fisuras realizados mensualmente en la clínica parroquial Santa Cecilia, en Estanzuela, Zacapa. Febrero-October 2015.

MES	NIÑOS ATENDIDOS	TOTAL DE SFF REALIZADOS
FEBRERO	20	191
MARZO	20	211
ABRIL	20	171
MAYO	20	192
JUNIO	9	66
JULIO	20	171
AGOSTO	40	353
SEPTIEMBRE	20	161
TOTAL	169	1516
Promedio	21	190

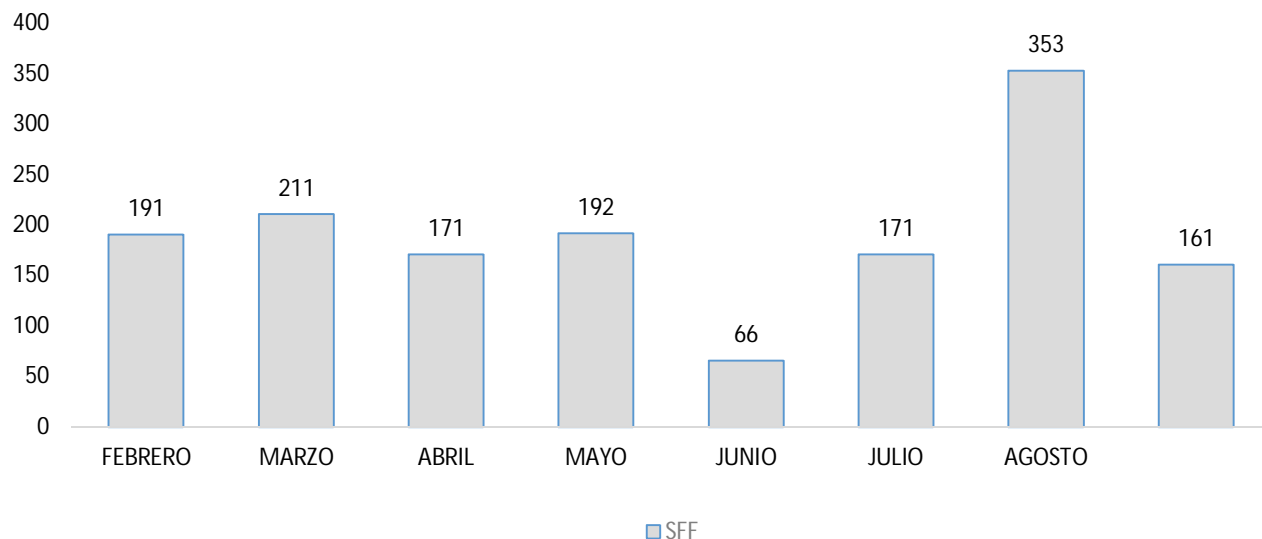
Gráfica No. 2

Relación del número de niños tratados mensualmente en el subprograma de sellantes de fosas y fisuras, en la clínica parroquial Santa Cecilia, en el municipio de Estanzuela, departamento de Zacapa. Febrero-Septiembre 2015.



Gráfica No. 3

Número de sellantes de fosas y fisuras realizados por cada mes de trabajo en clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa. Febrero-Septiembre 2015.



Interpretación de datos de Cuadro No. 3 y gráfica No. 2

Las aplicaciones de Sellantes de fosas y fisuras en niños fueron desde 9 hasta 40 niños, lo que representa un total de 169 niños atendidos durante el programa EPS. Con un promedio de 21 niños tratados mensualmente.

Interpretación de datos de Cuadro No. 3 y Gráfica No. 3

Las aplicaciones de SFF en niños fueron desde 66 hasta 353 SFF en niños, lo que representa un total de 1516 SFF en niños atendidos durante el programa EPS. Con un promedio de 190 SFF en niños tratados mensualmente.

2.3.3 Sub-programa de educación en salud bucal

Se realizaron un total de 64 actividades en Salud Bucal durante el programa EPS, se cubrió a 1147 personas. El promedio de actividades durante el programa Ejercicio Profesional Supervisado fue de 8 actividades en educación bucal. El promedio de personas mensualmente incluidas en las actividades es de 143. A continuación se muestran los temas impartidos mensualmente durante el subprograma de Educación en Salud Bucal.

Cuadro No. 4

MES	ACTIVIDAD	NÚMERO	PERSONAS	TEMAS
FEBRERO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	157	Cronología de erupción dentaria. Dieta balanceada.
MARZO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	200	Caries dental. Anatomía de cavidad oral.
ABRIL	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	96	Anatomía de piezas dentarias.
MAYO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	146	Uso correcto del cepillo y seda dental.
JUNIO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	129	Uso de la pasta dental. Sustitutos del cepillo dental.
JULIO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	145	Relación azúcar caries dental. Beneficio de los enjuagues con flúor.
AGOSTO	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	133	Inflamación gingival.

SEPTIEMBRE	Pláticas en Salud Bucal Entrega de Cepillos Dentales	8	141	Enfermedad periodontal.
TOTAL		64	1147	
PROMEDIO		8	143	

- **Entrega de kits de cepillo y pastas dentales**

Se entregaron 150 kits de higiene bucal, el kit incluía 2 cepillos dentales y una pasta dental. Se les hacía entrega a los niños luego de las charlas, momento en el cual se formulaban preguntas acerca del tema impartido, también se le hizo entrega de 1 kit a cada paciente escolar trabajado de manera integral durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado. De esa manera fueron 150 niños beneficiados con esta parte del sub-programa.

- **Colaboración de escolares, personal docente y administrativo**

En escolares el cambio era evidente en cuánto a reducción de índices de placa dento-bacteriana, mostraban interés por aprender temas nuevos y eran muy participativos en las charlas, incluso padres de familia comentaban los cambios que veían en casa, en cuánto a una correcta técnica de cepillado, así como el uso correcto del cepillo dental, entre otros. Por parte de los docentes y personal administrativo de las escuelas, la respuesta fue bastante positiva, siempre colaboraban tanto en las charlas de higiene oral como al momento de realizar los enjuagues de fluoruro de sodio, fomentaban los buenos hábitos de higiene oral a los niños y los motivaban a asistir a la clínica dental para prevención o para la realización de tratamientos dentales si fuera necesario. El número de personal docente y administrativo que participó durante el programa fue en promedio de 24 personas.

2.4 Análisis del programa de Enfermedades Bucales

Cuadro No. 5

MES	NÚMERO DE NIÑOS ENJUAGUES DE FLUORURO	SFF	ACTIVIDADES EDUCACIÓN EN SALUD BUCAL
FEBRERO	888	191	157
MARZO	888	211	200
ABRIL	888	171	96
MAYO	888	192	146
JUNIO	554	66	129
JULIO	843	171	145
AGOSTO	888	353	133
SEPTIEMBRE	844	161	141
TOTAL	6681	1516	1167
Promedio	835	190	143

Al inicio del programa se trazaron metas que se esperaba fueran alcanzadas durante el desarrollo del mismo, sin embargo, no se logró el cumplimiento a cabalidad de dichas metas. Una de ellas, realizar los enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2% a 1000 niños de edad escolar, ya que debido al problema que se dió este año en relación a la intoxicación de niños con pastillas de flúor en el departamento de Sacatepéquez, fue difícil involucrar a más escuelas en el programa y lograr así abarcar los 1000 niños. La mayoría de personal docente y administrativo desconfiaba de la capacidad del estudiante EPS para realizar los enjuagues. Por lo que el programa se realizó sólo con los 888 niños de las escuelas participantes. A eso también se sumó la irregularidad de actividades durante el ciclo escolar del presente año, lo que dificultó en algunos meses la realización del programa.

En el sub-programa de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras, en la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, se realizaron 1516 SFF en piezas permanentes libres de caries, con un promedio de 190 SFF realizados mensualmente, se benefició a 169 niños, con

un promedio de 21 niños mensualmente. Se alcanzó la meta propuesta al inicio del programa, y se realizó sin ninguna dificultad.

En el sub-programa de Educación en Salud Bucal, Estanzuela, Zacapa, se impartieron 64 charlas sobre higiene bucal con un promedio de 8 charlas mensuales, se benefició a 1147 niños de edad escolar, con un promedio de 143 niños mensualmente. Para el éxito de las actividades, fue de gran importancia la colaboración del personal docente, así como del administrativo, quienes facilitaron la realización de las mismas.

2.5 Conclusiones

- La caries es una enfermedad multifactorial, que debe ser tratada al momento de su detección (7), es una de las afecciones más comunes en la población guatemalteca y es un factor determinante para la salud oral.
- Uno de los factores predominantes para el desarrollo de la caries dental, es la mala higiene oral de la población.
- Existe poco conocimiento en la comunidad acerca del programa de prevención que se realiza durante la práctica de Ejercicio Profesional Supervisado, y es la falta de educación en salud bucal, uno de los factores que impide reducir el índice de CPO y CEO de la población guatemalteca.
- El programa de prevención realizado en Estanzuela, Zacapa, fue muy bien aceptado por los distintos grupos de la comunidad, fue la población escolar la que mostró más interés por realizar cambios que les brindarían una mejor calidad de vida.
- Se enfatizó la importancia de crear hábitos de buena higiene bucal para prevenir la aparición de enfermedades de origen buco-dental.

2.6 Recomendaciones

- Mejorar los hábitos de higiene oral de manera que se desarrolle una mejor calidad de vida para todos los grupos que forman parte de la comunidad.
- Que el tema de prevención, sea impartido no solo por el estudiante EPS de la comunidad, sino también por personal docente de las escuelas, de manera que los niños estén en aprendizaje constante al respecto.
- Fomentar la buena alimentación y dieta balanceada, ya que una buena higiene oral no sólo consta de una correcta técnica de cepillado.
- Realizar otro tipo de actividades recreativas que promuevan la salud oral.
- Realizar actividades dirigidas a padres de familia, para que formen hábitos en los niños y que los ayuden a tener una mejor calidad de vida.

III. INVESTIGACIÓN ÚNICA

3.1 Protocolo

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

3.2 Introducción

Realizar una investigación en el área de ciencias de la salud es importante, ya que brinda a los profesionales el conocimiento y las evidencias que permiten trabajar en pro de mejorar la salud y calidad de vida del ser humano, establecer cuáles son los problemas más urgentes de atender y avanzar en la búsqueda de respuestas o soluciones a dichos problemas que afectan a la población.

Como parte del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, los estudiantes que cursan el sexto año de la carrera de Cirujano Dentista, forman parte de una investigación coordinada por el área de odontología socio-preventiva, realizada a lo largo de los 8 meses de duración del programa. Dicha investigación se realizó en una población de niños de 12 años de edad, en la que se buscaba relacionar la prevalencia de caries dental con variables socio-económicas. La recolección de datos se llevó a cabo en distintos departamentos del país, los cuales forman parte del programa de EPS. En este caso, se tomó una muestra de 20 escolares, pertenecientes a distintas escuelas públicas del municipio de Estanzuela, departamento de Zacapa.

Los resultados finales de la investigación, serán publicados por el área que coordina la investigación.

3.3 Objetivos

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

3.4 Diseño del estudio

Un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no probabilística que busca detectar posibles asociaciones entre las variables de estudio.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1 Criterios de inclusión

Cada sujeto de estudio cumplió con los siguientes criterios de inclusión:

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

3.5.2 Criterios de exclusión

- Haber recibido atención integral en el programa EPS en el año 2015.

3.6 Tamaño y selección de la muestra

Se evaluó a una muestra no probabilística de 20 escolares de la comunidad de Estanzuela, Zacapa, se consideró una prevalencia de caries dental en la población escolar del 95%, los escolares fueron seleccionados de las siguientes escuelas:

- Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Las Canchitas.
- Escuela Oficial Urbana para Varones “José Agapito Castañeda”.

3.6.1 Variables principales de valoración

- Prevalencia de caries dental.
- Estadio correspondiente a la clasificación internacional ICDAS.
- Nivel socio-económico familiar.
- Acceso a servicios de salud.
- Sexo del escolar.

3.7 Criterios de recolección

3.7.1 Instrumentos de medición

Para la medición del índice CPO-D y en particular para las lesiones de caries dental, se utilizó el sistema de criterios ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System) el cual se caracteriza por combinar cantidad y calidad de las lesiones, permite establecer simultáneamente la prevalencia de la enfermedad, así como la necesidad de tratamiento de cada sujeto. El sistema se basa en una serie de códigos:

0= Superficie dental sana. No hay evidencia de caries alguna después de la aspiración (durante 5 segundos). Superficies con defecto de desarrollo de esmalte, hipoplasias, fluorosis, en la superficie del diente y manchas extrínsecas o intrínsecas.

1= Primer cambio visual en el esmalte (opacidad de la lesión, lesión blanca o marrón), detectado tras la aspiración dentro del área de la fisura.

2= Cambio distintivo blanco o marrón en el esmalte, visto en seco (antes de la aspiración), se extiende más allá del área de la fisura.

3= Microcavitación. Localización de esmalte partido. No se aprecia dentina en la zona de la fisura. Puede usarse una sonda para confirmar la ruptura localizada.

4= Sombra oscura subyacente, semi-escondida de la dentina, con o sin localización de esmalte partido.

5= Cavity distintiva con dentina expuesta en la base de la misma.

6= Cavity extensa con dentina visible en la base y paredes de la cavity.

7= Piezas dentales perdidas o indicadas para extracción por caries.

8= Piezas dentales obturadas por caries.

9= Piezas dentales perdidas por razones no cariogénicas.

10= Piezas dentales obturadas por razones no cariogénicas.

Otro instrumento de medición fue el método Graffar. El Método Graffar utilizado para la estratificación social, fue creado por el profesor belga Marcel Graffar. Este método fue modificado para Venezuela por el Dr. Méndez- Castellano, la **clasificación de Graffar** es un esquema internacional para la agrupación de niños y adolescentes basada en el estudio de las características sociales de la familia, establece cinco criterios: **la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita**. La aplicación de éste método consiste en cambiar la denominación utilizada como “clase social” por el término “estrato social”, no por rechazo al término, sino porque éste no permitía analizar la diversa complejidad que la estratificación social presenta en las sociedades contemporáneas.

En la primera fase de la evaluación, se le atribuyó a cada familia observada, una puntuación para cada uno de los cinco criterios que la clasificación enumera y en una segunda fase de evaluación se obtuvo la escala que la familia ocupa en la sociedad basado en la suma de estas puntuaciones. Las familias con los estratos más altos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más bajos

La suma total de los puntos obtenidos en la clasificación de los cinco criterios, provee una clasificación final que corresponda a la clase social: (1)

Clase I: Familias cuya suma de puntos va de 4 a 6, población con las mejores condiciones de vida.

Clase II: Familias cuya suma de puntos va de 7 a 9, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.

Clase III: Familias cuya suma de puntos va de 10 a 12, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.

Clase IV: Familias cuya suma de puntos va de 13 a 26, es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.

Clase V: Familias cuya suma de puntos va de 17 a 20, es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

3.8 Metodología

Se gestionó una reunión preparatoria con maestros y padres de familia para solicitar informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización y el consentimiento correspondiente y acordar con cada padre de familia el día de la evaluación clínica y de la visita domiciliar.

Los días acordados, se realizaron exámenes clínicos de la cavidad bucal de los 20 escolares seleccionados, en las instalaciones de la clínica dental de la clínica parroquial Santa Cecilia, ubicada en Estanzuela, Zacapa, sede del programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la USAC.

Las condiciones de la evaluación utilizadas fueron las siguientes:

Para la valoración de lesiones de caries, los dientes se encontraban libres de biofilm dental en todas las superficies, lo que se logró con el cepillado previo de las arcadas dentarias. Si se presentaba una pieza con cálculos dentarios, se consideraba como sana, a menos que la pieza dental mostrara signos de caries. Cada superficie dental se examinó inicialmente húmeda. Luego se secaba por un período de 5 segundos, con aire o con un algodón. Se utilizó una sonda de extremo redondo, gentilmente a través de la superficie dental, para determinar si se encontraba alguna zona de retención natural de biofilm dental, en base al examen clínico, según la clasificación ICDAS se estableció un código por pieza dental.

Luego de haber realizado los exámenes clínicos a los 20 escolares seleccionados, con base en el cronograma establecido, se procedió a realizar las visitas domiciliarias con la ayuda de la ficha socioeconómica entregada por el Área de odontología socio-preventiva, método Graffar. (Ver anexos)

Se revisó la integridad de los datos en las boletas de investigación y se trasladaron los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de odontología socio-preventiva, para poder elaborar las tablas y gráficas de los datos con su análisis respectivo.

Cómo última parte del procedimiento, se entregó un informe según los lineamientos establecidos previo a la investigación, así como la entrega de boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de OSP.

El equipo de investigación estuvo integrado por, epesista de la comunidad, asistente dental, padres de familia, personal docente y administrativo de las escuelas.

3.8.1 Aspectos éticos

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

3.9 Presentación de Resultados

Cuadro No. 6

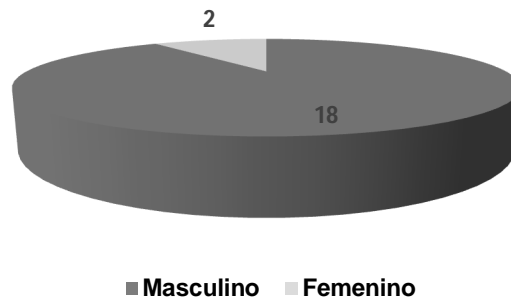
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio según sexo, Estanzuela, Zacapa. Período febrero-octubre, 2015

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	18	90%
FEMENINO	2	20%
TOTAL	20	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 4

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GÉNERO



Interpretación de datos de Cuadro No. 6 y Gráfica No. 4

De los 20 escolares seleccionados como población de estudio, 2 correspondían al sexo femenino, equivalente al 20% de la población seleccionada, mientras que 18 correspondían al sexo masculino, equivalente a un 90% de la población seleccionada, fue éste el sexo predominante en la investigación.

Cuadro No. 7

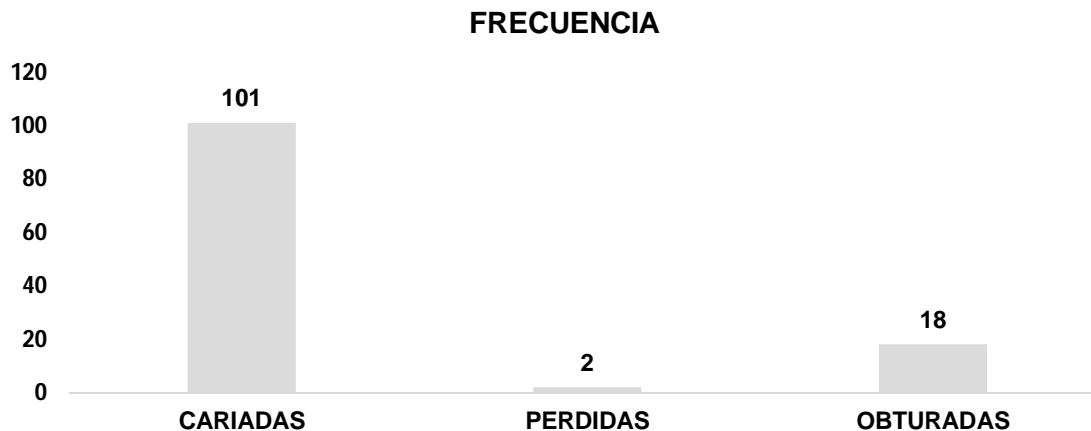
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio según CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIADAS	101	83%
PERDIDAS	2	2%
OBTURADAS	18	15%
TOTAL	121	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 5

Distribución de la población de estudio según CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 7 y Gráfica No. 5

Se realizó el CPO-D de cada escolar perteneciente a la población de estudio. Con base en los datos obtenidos, se encontró una cantidad de 101 piezas dentales cariadas, equivalentes al 83% de piezas dentales evaluadas, 2 piezas dentales perdidas, equivalentes al 2% de piezas dentales evaluadas y 18 piezas dentales obturadas, equivalentes al 15% de piezas dentales evaluadas, lo que dio como resultado, un CPO-D total de 121.

Cuadro No. 8

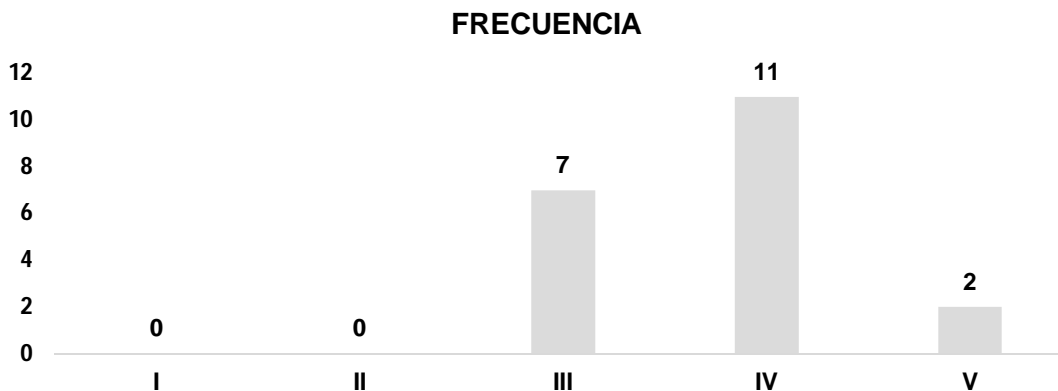
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio según estratos de Graffar, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	0	0
II	0	0
III	7	35%
IV	11	55%
V	2	10%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 6

Distribución de la población de estudio según estratos del método Graffar, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 8 y Gráfica No. 6

Con base en la población de estudio seleccionada, no se presentaron escolares pertenecientes a los estratos I y II del método Graffar. Se presentaron 7 escolares correspondientes al estrato III, 11 escolares correspondientes al estrato IV y 2 escolares correspondientes al estrato V. Fue el estrato IV al cual correspondieron la mayor cantidad de escolares pertenecientes a la población de estudio.

Cuadro No. 9

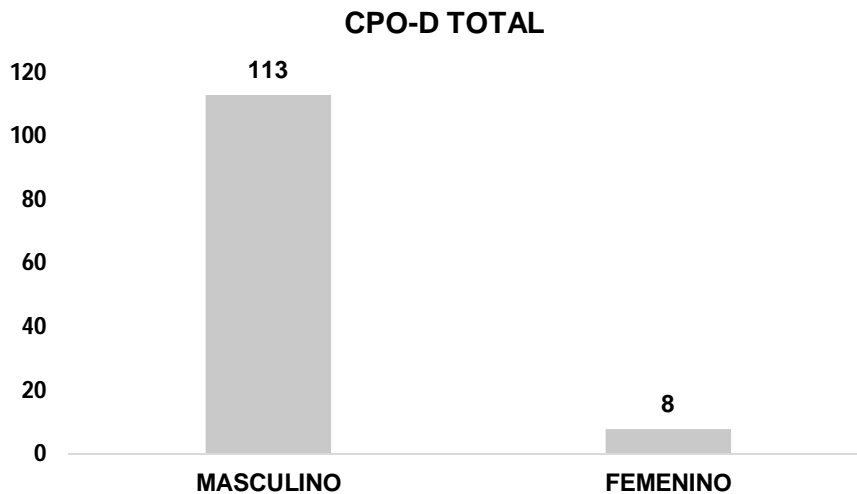
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por sexo según CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015

SEXO	CPO-D TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	113	93%
FEMENINO	8	7%
Total	121	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 7

Distribución de la población de estudio por sexo según CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 9 y Gráfica No. 7

En base a la población de estudio seleccionada, el sexo masculino obtuvo un CPO-D de 113, equivalente al 93% del CPO-D total, y el sexo femenino obtuvo un CPO-D de 8, equivalente al 7% del CPO-D total, se obtuvo como resultado un valor de CPO-D mayor para el sexo masculino, por ser el sexo predominante de la población de estudio seleccionada.

Cuadro No. 10

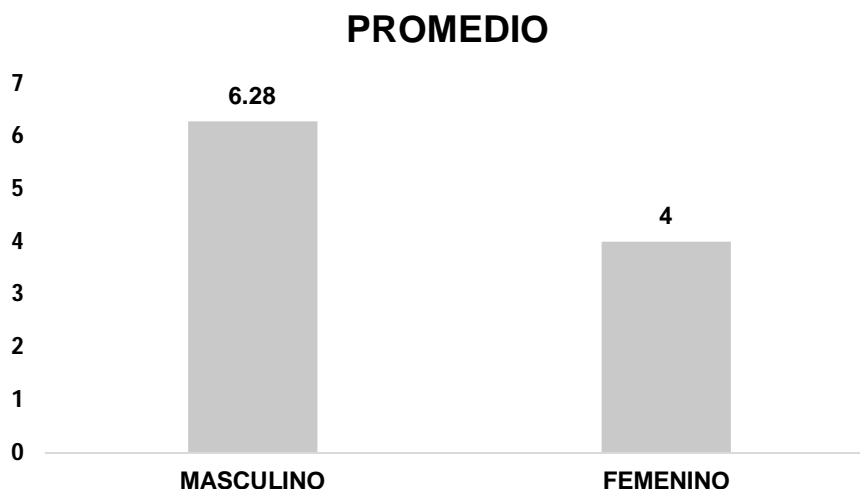
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por sexo según promedio de CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015

SEXO	CPO-D	PROMEDIO
MASCULINO	113	6.28
FEMENINO	8	4
Total	121	

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 8

Distribución de la población de estudio por sexo según promedio de CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 10 y Gráfica No. 8

Con base en los datos obtenidos del CPO-D, en relación al sexo de los escolares seleccionados, se estableció un promedio de 6.28 CPO-D por escolar perteneciente al sexo masculino, mientras que por escolar perteneciente al sexo femenino se estableció un promedio de 4 CPO-D. Se obtuvo como resultado, que los escolares pertenecientes al sexo masculino presentaron un promedio mayor de CPO-D que escolares del sexo femenino.

Cuadro No. 11

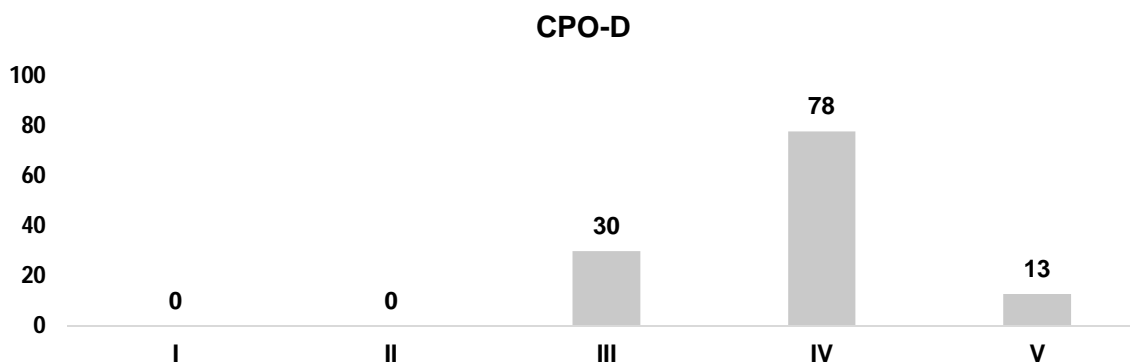
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por estrato de Graffar según CPO-D. Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015

ESTRATO	CPO-D	PORCENTAJE
I	0	0%
II	0	0%
III	30	25%
IV	78	64%
V	13	11%
Total	121	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

Gráfica No. 9

Distribución de la población de estudio por estrato de Graffar según CPO-D, Estanzuela, Zacapa, período febrero-octubre, 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 11 y Gráfica No. 9

Con base en los datos obtenidos de la relación del CPO-D con el estrato del método Graffar, se estableció que por falta de escolares pertenecientes a los estratos I y II, el CPO-D correspondiente a dichos estratos tiene un valor de 0. Para el estrato III existe un CPO-D de 30, para el estrato IV un CPO-D de 78 y para el estrato V un CPO-D DE 13. Fue el estrato IV el que contó con un mayor índice de CPO-D así como el que contó con mayor cantidad de escolares.

3.10 Conclusiones

- Se estableció una relación entre la prevalencia de caries dental y el nivel socio-económico de las familias de los escolares, entre mejor sea el estado socioeconómico de la familia del niño, menor prevalencia de caries posee.
- Se observó una mayor cantidad de piezas cariadas, que perdidas u obturadas, según índice CPO-D en pacientes escolares evaluados.
- La mayoría de familias de los pacientes escolares evaluados, contaban con accesos a servicios de salud, entre otros, razón por la cual no predominó el estrato socio-económico más alto según Graffar, perteneció a este estrato sólo un 10% de la población de estudio.

3.11 Recomendaciones

- Con base en los resultados obtenidos en cada comunidad, deberían implementarse medidas para reducir índices de CPO-D en la población.
- Continuar con investigaciones que demuestren la situación actual de la comunidad en relación a salud oral, para que el mismo programa de Ejercicio Profesional Supervisado ponga énfasis en las necesidades y deficiencias que se presenten.
- Que exista una guía para llevar a cabo la recolección de datos y presentación de resultados obtenidos de futuros estudios, para facilitar el manejo de la investigación.

IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL

El programa Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en la clínica parroquial Santa Cecilia, en el municipio de Estanzuela, departamento de Zacapa, durante el período de febrero a octubre 2015, tuvo como finalidad, brindar tratamiento odontológico a pacientes de edad escolar y pre-escolar de las escuelas de la comunidad de manera gratuita, y tratamiento a personas adultas en base a sus necesidades, como parte de la consulta externa.

El principal objetivo del desarrollo de dicha actividad clínica, fue contribuir a mejorar la salud oral de la población en general, desde la población vulnerable, en este caso población infantil, y de esa manera lograr reducir el alto índice de enfermedades de origen bucodental que afecta a la población actualmente.

Dentro de este programa se presentó el total de tratamientos odontológicos realizados durante los 8 meses del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, tanto en niños como adultos en la clínica parroquial Santa Cecilia, en el Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa en el período comprendido de febrero a septiembre del año en curso. Los tratamientos realizados dentro de dicho programa fueron: exámenes clínicos, profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor, restauraciones de amalgama, restauraciones de resina compuesta, extracciones dentales, pulpotomías, tratamientos periodontales, tratamiento de conductos radiculares y sellantes de fosas y fisuras. Las escuelas seleccionadas para realizar este subprograma fueron: Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Las Canchitas, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Guadalupe, Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Santa Cecilia, Escuela Oficial Urbana para Varones “José Agapito Castañeda” y Escuela Oficial Urbana para Niñas.

Se brindó tratamiento dental en forma integral a 71 escolares de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6 a 14 años, de pre-primaria a sexto grado de primaria. Se realizaron 71 exámenes clínicos, 71 profilaxis bucal, 71 aplicación tópica de flúor, 551 sellantes de fosas y fisuras, 8 obturaciones de ionómero de vidrio, 3 tratamientos periodontales, 29 restauraciones de amalgama, 492 restauraciones de resina compuesta, 1 pulpotomía y 26 extracciones dentales.

En el grupo de población general, se atendieron a 37 pacientes de edad adulta, en ellos se realizaron 37 exámenes clínicos, 32 profilaxis bucal, 2 aplicación tópica de flúor, 24

tratamientos periodontales, 17 restauraciones de amalgama, 47 restauraciones de resina, 5 tratamientos de conductos radiculares y 47 extracciones dentales.

4.1 Presentación de Resultados

Cuadro No. 12

Frecuencia de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica Parroquial Santa Cecilia, en Estanzuela, Zacapa, febrero-octubre, 2015

MES	PROF/ATF	SFF	AM	RC	EXT	TOTAL
MARZO	11	91	2	70	6	180
ABRIL	12	98	1	77	5	193
MAYO	13	105	8	96	1	223
JUNIO	7	55	3	38	0	103
JULIO	9	79	1	77	2	168
AGOSTO	6	41	5	59	2	113
SEPTIEMBRE	13	82	9	75	10	189
TOTAL	71	551	29	492	26	1169
Promedio						167

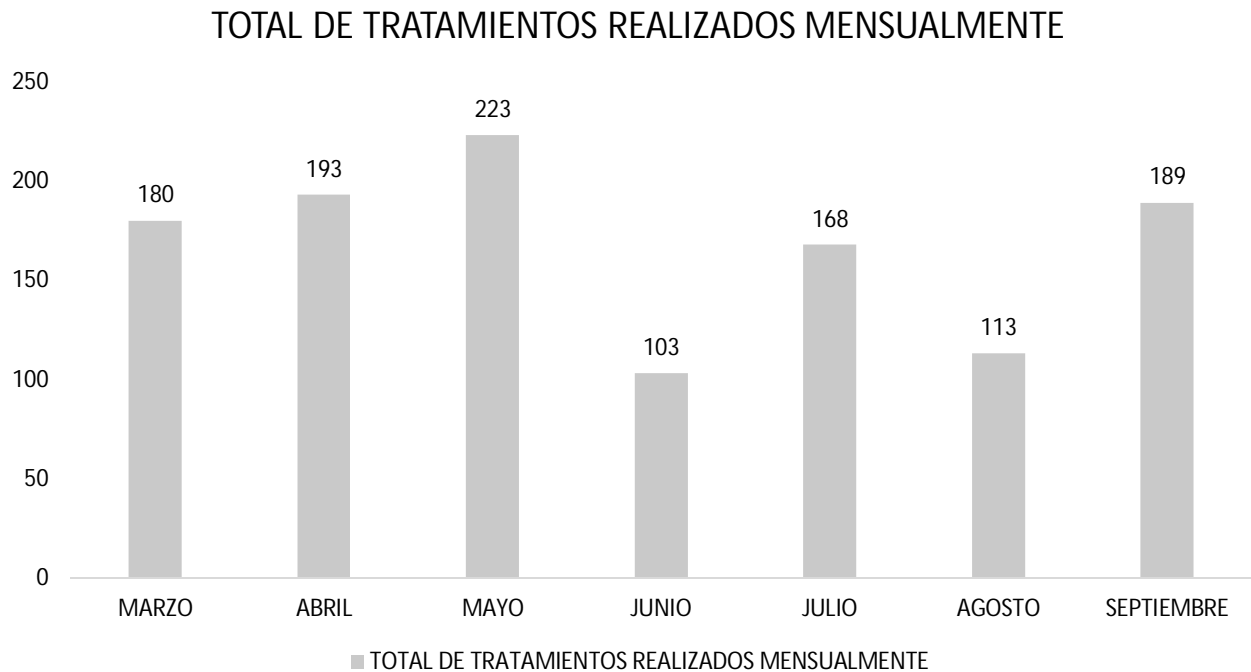
Fuente: datos obtenidos en la población de estudio.

PROF.= profilaxis ATF= aplicación tópica de flúor AM= amalgama RC= resina compuesta

EXT= extracciones dentales

Gráfica No. 10

Total de los principales tratamientos realizados mensualmente en pacientes integrales escolares en Clínica Parroquial Santa Cecilia, en Estanzuela, Zacapa. Febrero-octubre 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 12 y Gráfica No. 10

Durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado se realizaron 1,169 tratamientos dentales con un promedio de 167 por mes.

Cuadro No. 13

Total de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa. Febrero-octubre 2015

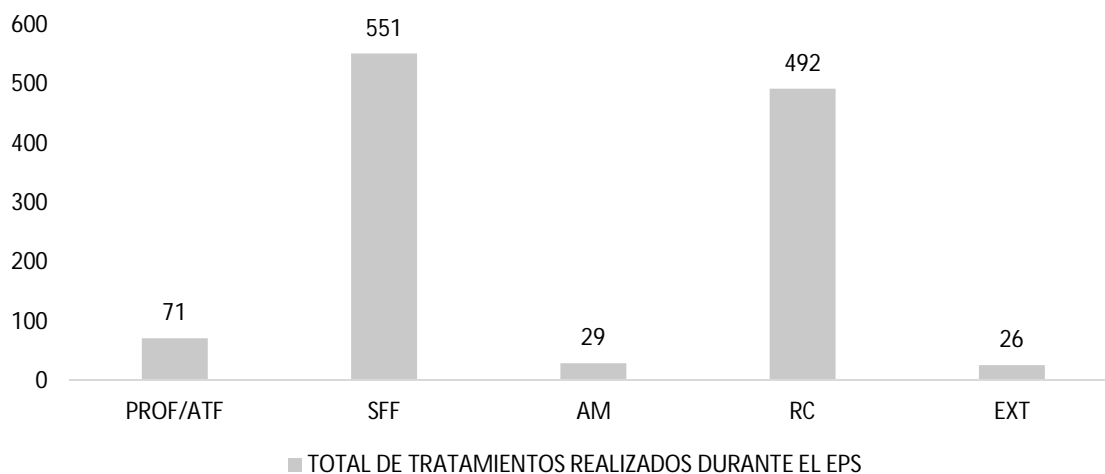
TX	PROF/ATF	SFF	AM	RC	EXT	TOTAL
TOTAL	71	551	29	492	26	1169

Fuente: datos obtenidos en la población de estudio.

PROF= profilaxis ATF= aplicación tópica de flúor Am= amalgama R.C.= resina compuesta
EXT= extracciones dentales

Gráfica No. 11

Total de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa. Febrero-octubre 2015



Interpretación de datos de Cuadro No. 13 y Gráfica No. 11

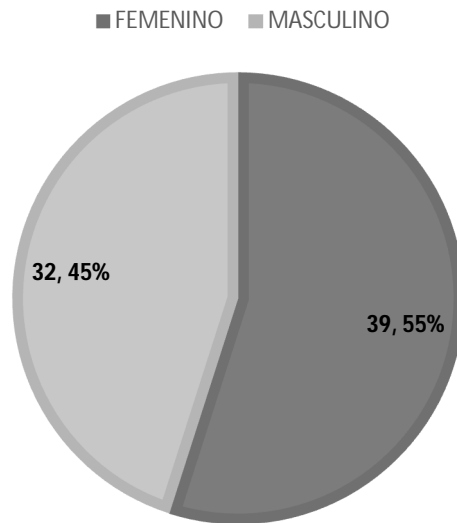
El tratamiento que con más frecuencia se realizó en la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, fue el de sellante de fosas y fisuras, fue éste un tratamiento preventivo, con el que se cumplió con el objetivo primordial del programa EPS: la prevención de enfermedades de origen buco-dental, seguido por las resinas compuestas, que son un tratamiento restaurador, que tiene la finalidad de mantener las piezas, ya sean primarias o permanentes en boca la mayor cantidad de tiempo posible, de la misma manera permitirle al paciente contar con una buena salud oral, y eliminan cualquier foco de infección que pueda ser causante de alguna enfermedad (caries dental, enfermedad periodontal, etc.).

Cuadro No. 14

Distribución de los pacientes escolares y pre-escolares en porcentajes, según el género en Clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa. Febrero-septiembre 2015

SEXO	NÚMERO
FEMENINO	39
MASCULINO	32
TOTAL	71

Gráfica No. 12



Fuente: datos obtenidos en la población de estudio.

Interpretación de datos de Cuadro No. 14 y Gráfica No. 12

Existe una diferencia poco significativa de géneros de pacientes que asistieron a la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, en el período febrero-septiembre, 2015, predominó el género femenino por un 7%, ya que de género femenino se atendieron 39 pacientes, mientras que de género masculino se atendieron 32 pacientes.

Los niño(a)s atendidos integralmente en la clínica, fueron seleccionados de manera aleatoria, con base en las necesidades de cada uno, o al interés de cada uno por ser atendidos, por lo que se trató de brindar atención de manera equitativa a ambos géneros, y se tomó en cuenta quienes presentaban mayor cantidad de problemas en cavidad oral.

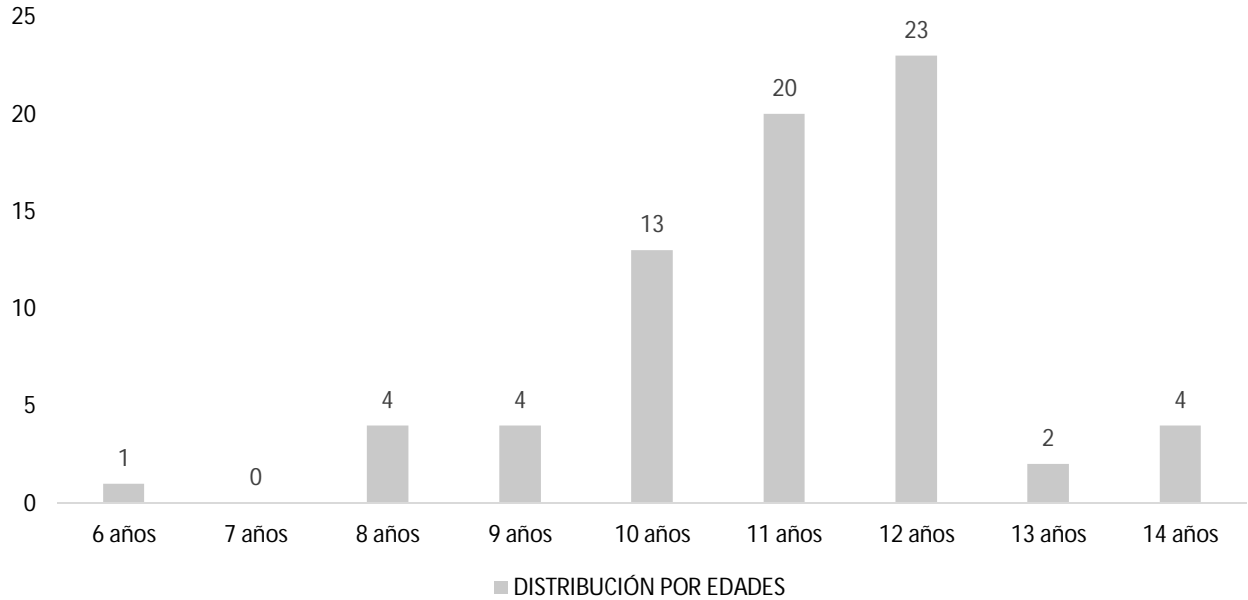
Cuadro No. 15

Distribución de pacientes escolares y preescolares según la edad, atendidos en Clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa. Febrero-septiembre, 2015

EDAD	NÚMERO
6	1
7	0
8	4
9	4
10	13
11	20
12	23
13	2
14	4

Gráfica No. 13

DISTRIBUCIÓN POR EDADES



Interpretación de datos de Cuadro No. 15 y Gráfica No. 13

En base a las edades de los pacientes atendidos en la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, en el período febrero-septiembre, 2015, se atendió una mayoría de niños comprendidos en la edad de 12 años: el 32% de los pacientes atendidos integralmente durante el año. La atención que se le dio a los pacientes, fue prioritaria para los niños comprendidos entre los 10 y 12 años, edades en donde se encuentran en recambio de piezas dentarias, y se puede efectuar la mayor cantidad de tratamientos preventivos.

Cuadro No. 16

Total de tratamientos realizados en pacientes adultos en la Clínica Parroquial Santa Cecilia, en el Estanzuela, Zacapa. Febrero-septiembre, 2015

TRATAMIENTO	NÚMERO
EXAMEN CLÍNICO	37
PROFILAXIS	32
ATF	2
TX PERIODONTAL	24
AM	17
RC	47
TCR	5
EXT	47
TOTAL	211
Promedio	26

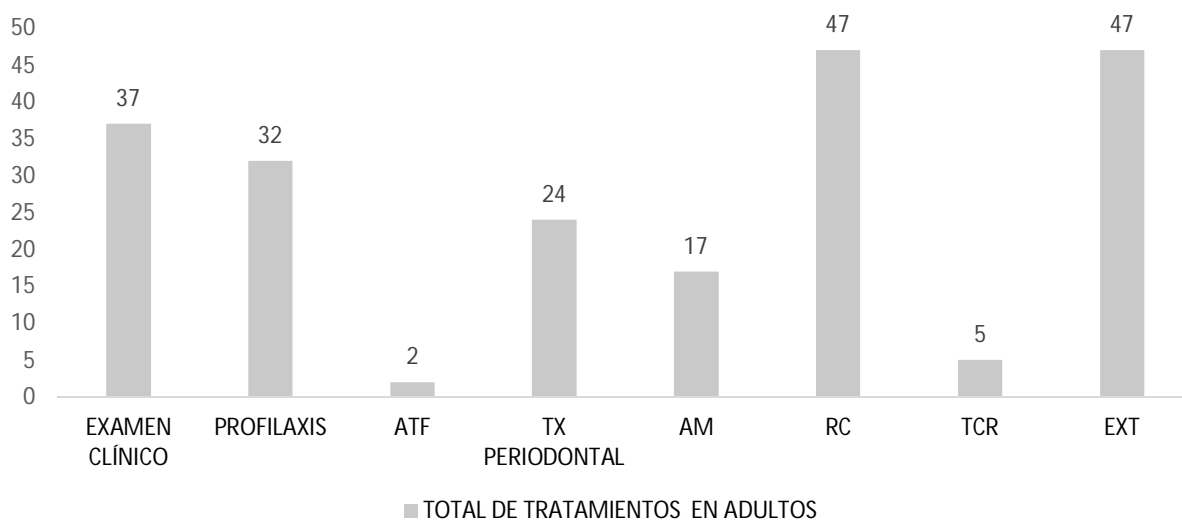
Fuente: datos obtenidos en la población de estudio.

ATF= aplicación tópica de flúor AM= amalgama R.C.= resina compuesta

TCR= Tratamiento de conductos radiculares. EXT= extracciones dentales

Gráfica No. 14

TOTAL DE TRATAMIENTOS EN ADULTOS



Interpretación de datos de Cuadro No. 16 y Gráfica No. 14

Durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se realizaron un total de 211 tratamientos odontológicos en 37 pacientes adultos pertenecientes a la población de Estanzuela, Zacapa. Se alcanzó un promedio de 26 tratamientos por mes, durante el período de febrero a septiembre, 2015.

4.2 Conclusiones

- Se atendieron un total de 71 pacientes integrales escolares en el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.
- Se realizó un total de 1169 tratamientos dentales en pacientes integrales escolares con el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.
- El procedimiento dental que por mayoría fue realizado en pacientes integrales escolares fue el de Sellante de Fosas y Fisuras, con un total de 551 con el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.
- En población adulta, se realizó un total de 211 tratamientos odontológicos en 37 pacientes, con el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.
- Los procedimientos dentales que por mayoría fueron realizados en pacientes adultos fueron la resina compuesta con un total de 47 resinas compuestas realizadas, y la extracción dental con un total de 47 exodoncias realizadas con el programa Ejercicio

Profesional Supervisado de la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.

- Las cifras correspondientes a tratamientos odontológicos realizados y pacientes integralmente atendidos, fueron alcanzadas gracias a la colaboración de padres de familia y personal docente y administrativo de las escuelas para que los pacientes asistieran a la clínica parroquial Santa Cecilia, Municipio de Estanzuela, Departamento de Zacapa.
- Gracias a la realización de tratamientos odontológicos durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se vieron beneficiados, con una mejoría en la salud oral, gran parte de la población de Estanzuela, Zacapa.

4.3 Recomendaciones

- Llevar el programa de Ejercicio Profesional Supervisado a aldeas que forman parte de la comunidad y que necesitan atención odontológica.
- Gestionar ayuda por parte de las autoridades municipales, para realizar mejoras al lugar de EPS.
- Mejorar la relación con grupos líderes de la comunidad, para efectuar mayor cantidad de actividades que beneficien a la misma.
- Lograr involucrar a más escuelas en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, para que una mayor parte de la población sea beneficiada con el mismo.

V. ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIO

Descripción del componente administración del consultorio

5.1 Institución donde se realizó el subprograma

El programa de Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en la Clínica Parroquial Santa Cecilia, en el municipio de Estandzuela, departamento de Zacapa.

Estandzuela es un municipio que pertenece al departamento de Zacapa, en la zona Oriente de la República de Guatemala. El municipio de Estandzuela se encuentra a una altura de 195 mts. sobre el nivel del mar, a una distancia de 141 kms. de la ciudad capital y a 5 kms. de la cabecera departamental de Zacapa, sobre la ruta CA-10 que conduce hacia Esquipulas. Está conformado por 4 aldeas (San Nicolás, Chispán, Guayabal y Tres pinos) y su cabecera municipal está conformada por 24 barrios y 7 colonias. La población es ladina.

5.2 Datos del coordinador

Padre Vittorino Gonella

5.3 Administración

La clínica parroquial Santa Cecilia tiene como objetivo brindar atención odontológica a la comunidad de Estandzuela, Zacapa, y de esa manera contribuir con la salud oral de la población.

Gastos como agua y recolección de basura son absorbidos por la parroquia Santa Cecilia, mientras que gastos como materiales dentales, personal auxiliar, luz de la clínica así como el mantenimiento de la misma, son pagados por la Universidad de San Carlos y por los odontólogos practicantes, que realizan el EPS en dicha institución.

5.4 Calendario de actividades clínicas

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00am 1:00pm	Atención clínica integral a pacientes escolares	Atención clínica integral a pacientes escolares	Enjuagues de fluoruro a escolares y educación en salud bucal	Atención clínica integral a pacientes escolares	Atención clínica integral a pacientes escolares
1:00pm- 2:00pm	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
2:00pm- 4:00pm	Atención clínica niños y adultos	Atención clínica niños y adultos	Atención clínica niños y adultos	Atención clínica niños y adultos	Atención clínica niños y adultos

5.5 Mobiliario y equipo

Las instalaciones de la clínica se encuentran en el interior de la parroquia Santa Cecilia, las instalaciones se encuentran en buen estado, la pintura y decoración fueron cambiadas durante este período por lo que se encuentran en perfectas condiciones. La clínica contaba únicamente con instrumental de exodoncia (fórceps y elevadores), demás instrumental fue llevado por el odontólogo practicante.

Entre el equipo que posee la clínica dental se puede mencionar:

- Sillón dental marca Belmont, buen estado.
- Aparato de rayos X marca Siemens, buen estado.
- Autoclave marca Wayne, buen estado.
- Caja reveladora de radiografías.
- Dos ventiladores, uno de techo y otro de pedestal, buen estado.

Entre el mobiliario que posee la clínica dental podemos mencionar:

- Un escritorio de madera, buen estado.
- Un taburete dental café, buen estado.
- Una silla negra, buen estado.
- Dos sillas plásticas, buen estado.
- Tres mesas de madera, buen estado.
- Un lavamanos, buen estado.
- Un lavatrastos, buen estado.
- Un mueble gavetero, buen estado.
- Una caja de metal para instrumentos, buen estado.

El instrumental fue aportado por el odontólogo practicante.

5.6 Protocolo de desinfección y esterilización

Para lograr un control en la propagación de cualquier tipo de enfermedad en la clínica dental, se debe llevar a cabo un estricto proceso de desinfección y asepsia de cada área de la misma, así como seguir un protocolo de esterilización para los instrumentos y equipo que se utilizan en los diferentes procesos odontológicos, quirúrgicos y no quirúrgicos.

Es de vital importancia, que tanto odontólogo como asistente, conozcan y practiquen dichos protocolos, para evitar la contaminación cruzada (mediante material o equipo contaminado). Al ser procedimientos que tienen relación con cavidad oral, es más probable que la contaminación se extienda hacia otras personas que reciben o prestan algún servicio en la clínica, al seguir los distintos protocolos, se reduce el riesgo de contaminación.

En la clínica parroquial Santa Cecilia, Estanzuela, Zacapa, el proceso de desinfección de las distintas áreas se llevó a cabo de la siguiente manera: Antes de iniciar cualquier procedimiento con algún paciente, la asistente debía retirar la bandeja de instrumentos utilizados con el paciente anterior, limpiar el área donde se encontraba la bandeja y

desinfectar sillón dental, lámpara, carrito y piezas de mano. De la misma manera, entre pacientes, limpiar todas las superficies que hayan o no tenido algún contacto físico con material o instrumental odontológico, para asegurar una buena desinfección del área y tratar de eliminar la mayor cantidad de gérmenes causantes de infecciones o enfermedades.

Parte del protocolo era también, utilizar las distintas barreras de protección, durante y después de la atención a algún paciente (guantes, mascarilla, gorro, lentes protectores).

Una vez realizada la desinfección de las distintas áreas, se procedía a realizar la esterilización de instrumentos de la siguiente manera:

- Se llevaban los instrumentos al lavadero, para lavarlos y tratar de remover la mayor cantidad de residuos adheridos.
- Se sumergían en una solución de glutaraldeido (Glutfar) durante 20 minutos.
- Se volvían a lavar con abundante agua para eliminar restos de glutaraldeido o alguna otra sustancia.
- Se secaban adecuadamente para evitar corrosión antes de introducirlos en el autoclave.
- Luego se colocaban en el autoclave, la clínica cuenta con un esterilizador de calor seco, acero inoxidable, los instrumentos deben colocarse empacados dentro de una bolsa para esterilizar, y luego dejar dentro del autoclave por un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Otro aspecto importante para la desinfección del área de trabajo y para el personal es el lavado constante de manos, con un jabón antibacterial. De la misma manera, evitar el uso de toallas de mano, porque podría ser un vehículo para el transporte de microorganismos: es recomendable el uso de toallas de papel, que se deben descartar inmediatamente después de su uso.

Depositar los desechos tóxicos y material punzocortante en los recipientes adecuados, y asegurarse que no exista acumulación de basura, para evitar cualquier medio de contaminación dentro de la clínica y lograr un ambiente adecuado para cualquier tipo de procedimiento.

5.7 Abastecimientos de materiales dentales

La Universidad de San Carlos de Guatemala, proporcionó al estudiante de la facultad de odontología que desarrolló el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, una bolsa de materiales mensual la cual contenía: papel mayordomo, anestesia local, agujas, rollos de algodón, cápsulas de amalgama y pastillas de flúor.

Los demás materiales utilizados durante la práctica clínica, fueron proporcionados por el odontólogo practicante.

5.8 Capacitación del personal auxiliar

5.8.1 Introducción

En la odontología es importante contar con un equipo de trabajo que se identifique entre sí en distintos aspectos, parte importante de ese equipo es el personal auxiliar, en este caso la asistente dental. Es quien permite que el odontólogo desempeñe su trabajo sin complicaciones o demoras, es parte importante del éxito del tratamiento que el operador le brinde al paciente. (5)

Fue necesaria la preparación de la asistente dental para que desempeñara su trabajo de una manera ética y profesional, la comunicación con el operador, facilitó el tiempo de trabajo, sin disminuir la calidad del tratamiento odontológico, y eso se logró mediante la técnica de odontología cuatro manos.

Las actualizaciones científicas para el personal auxiliar, técnico, administrativo y operativo, así como mantener valores y principios, fueron esenciales para el crecimiento profesional y personal.

5.8.2 Descripción y análisis de la ejecución del programa

El programa de capacitación de personal auxiliar consistió en seleccionar a una persona de la comunidad para que aprendiera y desempeñara la labor de asistente dental, aplicara conocimientos y tecnología a través de una metodología fundamentada en la práctica.

Como instrumento para el desarrollo del programa se utilizó el Manual para Capacitación de Personal Auxiliar del Ejercicio Profesional Supervisado, el cual fue entregado a la asistente al inicio de la práctica como una guía para el desempeño de su trabajo, así como para conocer los distintos instrumentos, materiales, técnicas, entre otros, que la ayudarían a realizar una mejor labor.

Semanalmente se asignaba un tema que ella debía estudiar, practicar en la clínica y resolver dudas, si en caso surgieran. Al finalizar la semana se realizaba una evaluación respecto al tema correspondiente. Mensualmente fueron asignados 4 temas, al finalizar el mes, se procedía a realizar un repaso general de los temas comprendidos, para evitar dejar dudas sin resolver.

El trabajo realizado por la asistente dental, fue un reflejo de la capacitación recibida en el transcurso del año. Fue importante que para desempeñar ese tipo de trabajos, existieran guías que ayudaran a mantener un constante aprendizaje y que sirvieran de base para resolver dudas durante el desarrollo de la capacitación.

Al tener una asistente eficaz, el operador redujo la carga de estrés clínico, se tomó la libertad de delegar funciones sencillas, como vaciar un modelo, revelar una radiografía, etc., y al cumplir con éxito la técnica de odontología cuatro manos, recibió el beneficio físico de disminuir movimientos de tensión a los músculos esqueléticos.

La capacitación del personal auxiliar en la clínica dental, no solo se basó en el estudio del Manual, ésta iba complementada con la experiencia y el contacto con pacientes, materiales, técnicas e instrumentos, de esa manera se reafirmó todo lo aprendido teóricamente y se facilitó la comprensión de los temas tratados durante el año. (2)

Cuadro de actividades del desarrollo del programa de capacitación del personal auxiliar en odontología

Mes: Febrero

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1 ^a .	Funciones de la asistente dental.
2 ^a .	Limpieza, esterilización de instrumentos y manejo de desechos tóxicos.
3 ^a .	Equipo de uso dental
4 ^a .	Equipo de uso dental

Mes: Marzo

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1 ^a .	Jeringa dental
2 ^a .	Instrumental de exodoncia
3 ^a .	Transferencia de instrumentos
4 ^a .	Prevención

Mes: Abril

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1 ^a .	Técnica de cepillado dental
2 ^a .	Alternativas para la higiene dental
3 ^a .	Fluoruro de sodio
4 ^a .	Alternativas de higiene bucal.

Mes: Mayo

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1 ^a .	Placa dento-bacteriana
2 ^a .	Caries dental
3 ^a .	Enfermedad periodontal
4 ^a .	Resinas compuestas

Mes: Junio

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1 ^a .	Sellantes de fosas y fisuras
2 ^a .	Resinas compuestas
3 ^a .	Amalgama dental
4 ^a .	Profilaxis y ionómero de vidrio

Mes: Julio

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1^a.	Hidróxido de calcio
2^a.	Óxido de zinc y eugenol
3^a.	Acrílicos
4^a.	Materiales de impresión

Mes: Agosto

SEMANA	TEMAS IMPARTIDOS
1^a.	yesos
2^a.	yesos
3^a.	nomenclatura
4^a.	nomenclatura

Para el mes de septiembre ya se habían cubierto todos los temas contenidos en el manual, por lo que se decidió realizar un repaso general de los mismos. Fueron los temas de acrílicos y nomenclatura los de mayor énfasis, debido a la dificultad de comprensión que presentaron.

5.8.3 Conclusiones

- Se logró la capacitación de una persona sin experiencia, para desarrollar el trabajo como personal auxiliar de odontología.
- Se pudo brindar una mejor atención clínica al paciente mediante la colaboración de personal auxiliar capacitado.
- Se disminuyó el tiempo de trabajo, sin reducir la calidad de los tratamientos realizados por el operador.
- Se desarrolló una buena comunicación asistente – operador.
- Una persona capacitada y con habilidades para desempeñar bien su trabajo, ayudó a crear un equipo de trabajo completo y eficaz.

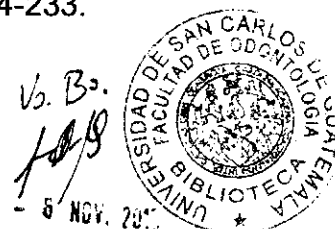
5.8.4 Recomendaciones

- Llevar un orden correlativo en cuanto a los temas del Manual para Capacitación de Personal Auxiliar del Ejercicio Profesional Supervisado.
- Tratar temas administrativos, en dónde el personal auxiliar pueda comprender de mejor manera esa parte de la odontología.
- Realizar evaluaciones más precisas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍAS

1. Carneiro Muziotti, F. M.; Bosch Roman, V. y Rodriguez, M. (2001). **Efectos de la intervención nutricional sobre las variables antropométricas, la ingesta y las concentraciones de lípidos y lipoproteínas del plasma en niños con dislipidemia.** (en línea). Brasil: Consultado el 21 de Oct. 2015. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n_de_Graffar
2. Friedentathal, M. (1975). **La asistente dental en la técnica de cuatro manos.** Brasil: Editorial Panamericana. p.p.64-66.
3. Harris, N.O.; y García Godoy, F. (2005). **Odontología preventiva primaria.** Trad. María Garduño Ávila. 2ª. ed. México: El Manual Moderno. p.p. 180-343.
4. **Odontopediatría en atención primaria.** (2012). (en línea). España: Consultado el 21 de Oct. 2015. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?id=XLYFNIRwsvQC&pg=PA148&dq=resinas+en+odontopediatría&hl=es&sa=X&ei=dtuhVfOdJtbhoASFz5jgAQ&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=resinas%20en%20odontopediatría&f=false>
5. Universidad de San Carlos de Guatemala. **Manual de la asistente dental.** (2015). Guatemala: Facultad de Odontología. p.p. 20-50.
6. _____. (2015). **Manual operativo del programa Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S.** Guatemala: Facultad de Odontología. p.p. 9-19.
7. Vallejos A.; Pontigo A.; y Espinoza J. (2006). **Caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad en Novolato.** México: Editorial Biomédica. p.p. 26, 224-233.



VII. ANEXOS

Ficha socioeconómica para investigación única

Boleta No. _____

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

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

I. DATOS GENERALES:

Comunidad _____
 Nombre del entrevistador: _____
 Nombre del/la escolar: _____
 Edad: _____ Sexo: M__ F__ Escolaridad: _____
 Nombre del Establecimiento Educativo: _____
 Nombre del Padre, Madre o Encargado: _____
 Dirección del domicilio: _____

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

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

III. NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:

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

IV. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA:

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

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

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

VI. **PUNTUACIÓN:** coloque las puntuaciones que marcó con una X en la columna "puntaje", y sume el total.

RUBROS.	PUNTAJE
OCUPACION, PROFESION U OFICIO DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA:	
NIVEL EDUCACIONAL DE LA MADRE:	
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS A LA FAMILIA	
CONDICIONES DE LA VIVIENDA:	
SUMA TOTAL	

VII. Ubique a la familia en el estrato correspondiente de acuerdo a la escala que a continuación se detalla:

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO	DESCRIPCION DEL ESTRATO.
I	4-8	Población con las mejores condiciones de vida.
II	7-9	Buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
III	10-12	Población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
IV	13-16	Es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
V	17-20	Es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

VIII. Análisis e interpretación de la situación socio-económica de la familia:

IX. SALUD BUCAL:

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

Sí _____ No _____

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

Extracciones	Rellenos	Limpieza	Placas o Puentes

Proyecto Comunitario



Prevención

Sub-programa de enjuagues de fluoruro de sodio al 0.2%



Sub-programa educación en salud bucal



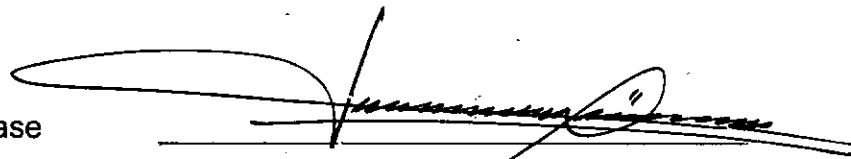
Sub-programa barrido de sellantes de fosas y fisuras





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

Vo. Bo. Imprimase



Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

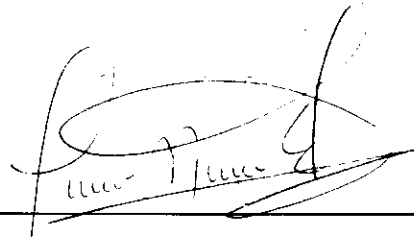
Secretario Academico

Facultad de Odontología

Universidad de San Carlos de Guatemala



El contenido de éste Informe Final de EPS es única y exclusiva responsabilidad de la autora.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lorena Maryann Morales Monzón', is written over a solid horizontal line.

Lorena Maryann Morales Monzón.