

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
REALIZADO EN LA CLÍNICA DENTAL ACOGUA II, BARBERENA, SANTA ROSA  
GUATEMALA, FEBRERO – OCTUBRE DE 2015

Presentado por:

**GLADYS ALBERTINA JUÁREZ RAMÍREZ**

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, febrero de 2016

INFORME FINAL DEL PROGRAMA EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
REALIZADO EN LA CLÍNICA DENTAL ACOGUA II, BARBERENA, SANTA ROSA  
GUATEMALA, FEBRERO – OCTUBRE DE 2015

Presentado por:

**GLADYS ALBERTINA JUÁREZ RAMÍREZ**

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, febrero de 2016

## **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 Quinto:	Br. Stefani Sofía Jurado Guilló
Secretario General:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

## **TRIBUNAL QUE PRESIDÓ EL ACTO DE GRADUACIÓN:**

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal:	Dr. Juan Carlos Búcaro Gómez
Secretario General:	Dr. Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

## **Acto que dedico**

**A Dios y la Virgen María:** Por haberme permitido cumplir este sueño, por ser luz en mi vida, por poner buenas personas en mi camino, por darme siempre las fuerzas necesarias para seguir adelante estando lejos de casa.

**A mis padres:** Edgar y Gladys, por ser pilar importante en mi vida, por ser mi ejemplo a seguir, gracias a su esfuerzo, amor, comprensión y apoyo, ya que sin esas llamadas y consejos no hubiera sido posible, los amo. Hoy puedo decir lo logré.

**A mis hermanos:** Luisa Fernanda y Edgar Enrique, por su amor, apoyo y por cada palabra de aliento durante esta etapa, los amo, saben que son lo mejor de mi vida.

**A mis abuelos:** Herman (QEPD), Albertina, Adán (QEPD) y María, por ser ejemplo de vida, por su amor y cariño. Sé que nunca me has dejado Papi Mita, hoy estás aquí.

**A mis tíos:** Gracias por el apoyo y cariño brindado siempre. Sé que desde el cielo ves esto Tío Leonel.

**A mis primos:** Gracias por su cariño, apoyo y por estar siempre que los necesité, saben que los adoro como mis hermanos.

**A mis sobrinos:** Por llenar mi corazón de alegría, los amo.

**A mis amigos:** Gracias por cada momento de alegría, tristeza, enojo y estrés compartido, personas que hicieron de esta etapa la mejor de mi vida, gracias por su amistad sincera y estar siempre presentes. Y a mis amigos que han estado toda mi vida, gracias por todo.

**A mis catedráticos:** Por su amistad, enseñanzas y apoyo durante mi formación académica, especialmente al Dr. Gustavo Leal por ser mi guía durante tantos años, al Dr. Ricardo León, Dr. Gustavo De La Roca, Dr. Kenneth Pineda, Dr. Alfredo Unda, Dr. Guillermo Barreda, Dr. Byron Valenzuela, Dr. Alan Canoj, Dr. Juan Fernando Guerrero, Dr. Erick Cashaj, Dra. María Isabel Molina y Dra. Elena de Quiñónez.

**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 Barberena, Santa Rosa:**

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 dental de ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, 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

	<b>Pág.</b>
<b>Sumario</b> .....	4
<b>I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS</b> .....	6
1.1. Introducción .....	7
1.2. Justificación .....	8
1.3. Planteamiento del Problema.....	8
1.4. Metodología.....	8
1.5. Cronograma de actividades por mes.....	9
1.6. Objetivos Alcanzados .....	9
1.7. Limitaciones.....	10
1.8. Conclusiones.....	10
1.9. Recomendaciones.....	10
<b>II. PREVENCIÓN</b> .....	<b>11</b>
Resumen.....	12
2.1. Objetivos.....	13
2.2. Metas del subprograma de prevención de enfermedades bucales .....	14
2.3. Presentación de resultados .....	15
2.3.1. Sub-programa de barrido de sellantes de fosas y fisuras.....	15
2.3.2. Sub-programa de educación de salud bucal .....	17
2.4. Análisis del sub-programa de prevención de enfermedades bucales.....	20
2.5. Conclusiones .....	20
2.6. Recomendaciones.....	21
<b>III. INVESTIGACIÓN ÚNICA</b> .....	<b>22</b>
3.1. Introducción .....	23
3.2. Objetivo .....	24
3.3. Material y Métodos .....	24
3.3.1. Diseño del estudio.....	24
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	24
3.3.3. Tamaño y selección de las muestras.....	25

3.3.4. Variables principales de valoración .....	25
3.4. Criterios de recolección .....	25
3.4.1. Instrumentos de medición.....	25
3.4.2. Metodología de Campo .....	27
3.4.3. Trabajo de Campo .....	27
3.4.4. Estrategia de Análisis .....	28
3.4.5. Aspectos éticos .....	28
3.5. Marco Teórico .....	29
Epidemiología .....	29
Caries Dental .....	29
Epidemiología de la Caries Dental .....	29
Índice CPO-D.....	29
Método Graffar .....	30
3.6. Presentación de resultados .....	33
3.7. Conclusiones.....	39
3.8. Recomendaciones.....	39
<b>IV. ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL .....</b>	<b>40</b>
4.1. Presentación de resultados .....	42
4.2. Conclusiones.....	48
4.3. Recomendaciones.....	49
<b>V. ADMINISTRACIÓN DEL CONSULTORIO .....</b>	<b>50</b>
Descripción .....	51
5.1. Institución en donde se realizó el sub-programa .....	51
5.2. Nombre de la Coordinadora .....	51
5.3. Administración.....	51
5.4. Calendario de actividades clínicas .....	52
5.5. Mobiliario y equipo.....	52
5.6. Protocolo de desinfección y esterilización .....	53
5.7. Abastecimiento de materiales.....	55
5.8. Capacitación del personal auxiliar .....	55
5.8.1. Introducción.....	55



5.8.2. Descripción y análisis .....	56
Cronograma de Temas Impartidos .....	57
5.8.3. Conclusiones .....	58
5.8.4. Recomendaciones .....	58
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>VII. ANEXOS .....</b>	<b>62</b>

## I. SUMARIO

El presente informe final resume 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 realizó en la Clínica Odontológica Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala, Acogua II, Barberena, Santa Rosa, con una duración de ocho meses, el cual se llevó a cabo del 10 de febrero al 10 octubre del 2015. Se ejecutó con el objetivo de proporcionar atención odontológica integral a la población en general, enfocada en los escolares.

Los sub-programas desarrollados durante el EPS fueron: 1) Actividades comunitarias, 2) Actividades de prevención de enfermedades bucales, 3) Investigación única, 4) Actividad clínica integral en escolares, 5) Administración de consultorio.

**Actividades Comunitarias:** Se realizaron diferentes acciones con el fin primordial de recaudar fondos para poder mandar a todos los estudiantes de la Escuela Oficial Rural “Los Hornitos” a la excursión anual, para la ampliación de la cocina de la misma y para realizar mejoras en la clínica del centro.

**Prevención de Enfermedades Bucales:** el primer nivel de prevención consiste en Educación en Salud Bucal y se impartieron 86 charlas a escolares para cubrir en total a 2582 niños. En el segundo nivel de prevención se colocaron Sellantes de Fosas y Fisuras (SFF) a 153 escolares y se trabajó un total de 771 SFF en piezas dentales permanentes libres de caries. La población atendida pertenecía a la “Escuela República de Centroamérica” jornada matutina y a la “Escuela Los Hornitos”.

**Investigación Única del Ejercicio Profesional Supervisado:** se realizó un estudio denominado “Prevalencia de Caries Dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas”. La muestra fue de 20 niños de la Escuela República de Centroamérica, Barberena, Santa Rosa. En cada uno de los niños se realizó un examen clínico para detectar el índice de CPO y se llevaron a cabo visitas domiciliarias a los padres de familia para que

brindaran información acerca de diferentes aspectos para determinar su estado socioeconómico; y así, lograr asociarlas con las variables del estudio.

**Actividad Clínica Integrada:** se brindó atención dental integral a escolares de nivel pre-primario, primario y básico, y a población en general.

En los niños de edad escolar se trabajaron un total de 81 exámenes clínicos, 81 profilaxis bucales y aplicaciones tópicas de flúor, 3 tratamientos periodontales, 731 sellantes de fosas y fisuras, 4 restauraciones de Ionómero de vidrio, 14 restauraciones de amalgama, 424 restauraciones de resina compuesta, 1 corona de acero y 8 extracciones.

En la Atención Clínica a Población General se realizaron 97 exámenes clínicos, 12 tratamientos periodontales, 1 restauración de amalgama, 51 restauraciones de resina compuesta y 86 extracciones.

**Administración del Consultorio:** se planificó, organizó y desarrolló un sub-programa de Administración de la Clínica Dental en el que se incluyó la Capacitación de Personal Auxiliar, infraestructura de la clínica, protocolos de asepsia y esterilización, y la calendarización de actividades realizadas en la Clínica de ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa.

## **I. ACTIVIDADES COMUNITARIAS**

**I.II Ampliación de la cocina con la creación de un sistema de ventilación adecuada (creación de ventanas) en la Escuela Los Hornitos, Barberena, Santa Rosa.**

## 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, y 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 los Hornitos en la escuela, se basó en el poco acceso que existe para el mismo, ya que es una parte del municipio alejada del área central, por lo que resulta 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 Los Hornitos 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. El proyecto planteado fue la ampliación de la cocina con la creación de un sistema de ventilación adecuada (creación de ventanas).

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

El principal problema en la cocina es la falta de ventilación donde las madres preparan la refacción, dado que el poyo en donde cocinan produce una acumulación de humo lo cual impide cocinar adecuadamente y a largo plazo podría provocar el desarrollo de problemas oculares y problemas en el sistema respiratorio.

## **1.3 PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La cocina presentaba un espacio reducido, en mal estado y sin la ventilación suficiente, lo que era causa de acumulación de humo en la misma, mientras se preparaba la refacción y esto ha afectado a las madres de familia. Dada esta situación, se identificó la necesidad de ampliarla y de crear un sistema de ventilación adecuado para que las madres de familia no se vieran afectadas.

## **1.4 METODOLOGÍA**

- Se organizó una reunión formal con autoridades de la Escuela Oficial Urbana Mixta Barrio Los Hornitos para plantearles la idea y recibir la autorización correspondiente para llevar a cabo el proyecto.
- Se realizó la gestión de recursos y contratación de personal para realizar el proyecto.
- Se elaboró y cotizó un presupuesto de materiales y de mano de obra.

## 1.5 CRONOGRAMA

<b>CRONOGRAMA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Febrero- Marzo	Durante el primer mes de EPS se realizó el diagnóstico de las necesidades de la escuela, se evaluó cuáles eran las más importantes y factibles de solventar.
Marzo-Abril	Reunión con padres de familia de dicha escuela para exponer el proyecto y pedir su colaboración.
Abril-Mayo	Gestión para financiar el proyecto.
Mayo-Junio	Gestión para financiar el proyecto
Junio-Julio	Contratación de personal.
Julio-Agosto	Construcción.
Agosto-Septiembre	Finalización del Proyecto.
Septiembre-October	Presentación de informe final.

## 1.6 OBJETIVOS ALCANZADOS

- Durante el tiempo que se trabajó en las mejoras físicas de la escuela se obtuvo la colaboración tanto de la directora, como de maestros y niños.
- Se localizó a la persona adecuada que brindara ayuda al proyecto planteado.
- Se realizó la ampliación de la cocina y se construyeron un total de 4 ventanas en la altura adecuada para que el humo no afectara de nuevo a las madres de familia que cocinan las refacciones escolares.

## **1.7 LIMITACIONES**

- Al ser la primera vez que llega epesista a Barberena, las personas no estaban acostumbradas y les resultaba difícil creer en el programa.
- Solo se podía trabajar en horario de la mañana.

## **1.8 CONCLUSIONES**

- A pesar de las dificultades se logró la realización del proyecto para el beneficio de las madres de familia que día a día llegan a hacer la refacción escolar.
- Con el proyecto realizado se logró eficacia en la cocina para que los alimentos pudieran estar a tiempo y las madres no se vieran afectadas con problemas a la hora de cocinar.
- Se logró que toda la escuela estuviera involucrada en el proyecto.

## **1.9 RECOMENDACIONES**

- Que el programa de EPS continúe en esta comunidad.



## **II. PREVENCIÓN**

## 2.1 RESUMEN

En el sub-programa de Prevención de Enfermedades Bucales se describen las actividades de Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras y las charlas de Educación en Salud Bucal, llevadas a cabo en las escuelas de “Los Hornitos” y la “Escuela República de Centroamérica” de Barberena, Santa Rosa.

En el subprograma de Barrido de Fosas y Fisuras se colocaron sellantes en piezas dentarias permanentes que no presentaban caries dental o con caries incipiente sin cavidad. Fueron seleccionados niños de los primeros tres grados de primaria de las escuelas “República de Centroamérica” y “Los Hornitos”, aunque se trabajaron varios niños de 5to y 6to primaria ya que eran candidatos ideales para la colocación de Sellantes de Fosas y Fisuras. En la Escuela República de Centroamérica, por ser el primer año en recibir estudiante de eps, no permitían sacar a los niños de la escuela sin que se presentara una nota firmada por los padres de familia o encargados. En la escuela “Los Hornitos” por estar retirada del casco urbano, se les programaba cita para que acudieran a la clínica y que en ésta se les colocaran los sellantes.

Con respecto al sub-programa de Enjuagatorios de Fluoruro de Sodio hubo un inconveniente que a inicio de año por parte de la Departamental de Educación de Santa Rosa, prohibieron que a los niños se les medicara dentro de la Escuela, debido a que a inicios de año, en San Pedro Sacatepéquez, varios niños se intoxicaron por mala administración de enjuagatorios de flúor.

Por parte del Área encargada de Prevención de la Facultad de Odontología se brindaron cartas como apoyo para pedir dicha autorización para realizar los buches de flúor; sin embargo, esta actividad no fue autorizada y no pudo llevarse a cabo en las escuelas.

El subprograma de Educación en Salud Bucal se realizó en cada aula de las escuelas República de Centro América y los Hornitos, por medio de charlas sobre salud, cada una con duración de 10 a 15 minutos. Se impartieron temas como: erupción dental de piezas primarias y permanentes, dieta sana, dientes sanos, caries, periodontitis, técnicas de cepillado y técnicas alternativas de cepillado, uso de cepillo e hilo dental y sustitutos del cepillo; siempre con el apoyo visual de mantas vinílicas.

## **2.2 OBJETIVOS**

- Establecer la importancia de la prevención de las enfermedades bucales, para beneficio de los niños y adolescentes escolares del lugar donde se desarrolló el programa E.P.S.
- Diseñar un programa de prevención de enfermedades bucales de acuerdo a las necesidades de la población donde se realizó el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, por medio de:
  - Cepillado Dental.
  - Enjuagues con Fluoruro de Sodio.
  - Educación en Salud.
  - Sellantes de Fosas y Fisuras.
- Aplicar las metodologías y técnicas más eficaces de prevención de enfermedades bucales para grupos de población.
- Comparar la efectividad de cada uno de los componentes de prevención de enfermedades bucales.
- Evaluar el alcance de los objetivos propuestos.

## **2.3 METAS DEL SUB-PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES**

### **2.3.1 Barrido de Sellantes de Fosas y Fisuras:**

- Se seleccionó a un grupo de escolares que presentaran piezas permanentes libres de caries y se organizó la atención de acuerdo a criterios de prioridad tales como: erupción dentaria, edad, sexo y grado.
- Mensualmente se realizó tratamiento a 20 niños como mínimo.
- Se informó sobre la importancia y función de los Sellantes de Fosas y Fisuras a los escolares, padres de familia y maestros de grado.

### **2.3.2 Educación de Salud Bucal:**

- Instruir a toda la población escolar por lo menos una vez al mes, para dar a conocer las enfermedades bucales más comunes y así poder prevenirlas, identificarlas y tratarlas.
- Mejorar los hábitos de higiene bucal en la población escolar y maestros por medio de las charlas en salud bucal.

## 2.4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 2.4.1 Sub-Programa Sellantes de Fosas Y Fisuras

#### Cuadro No 1

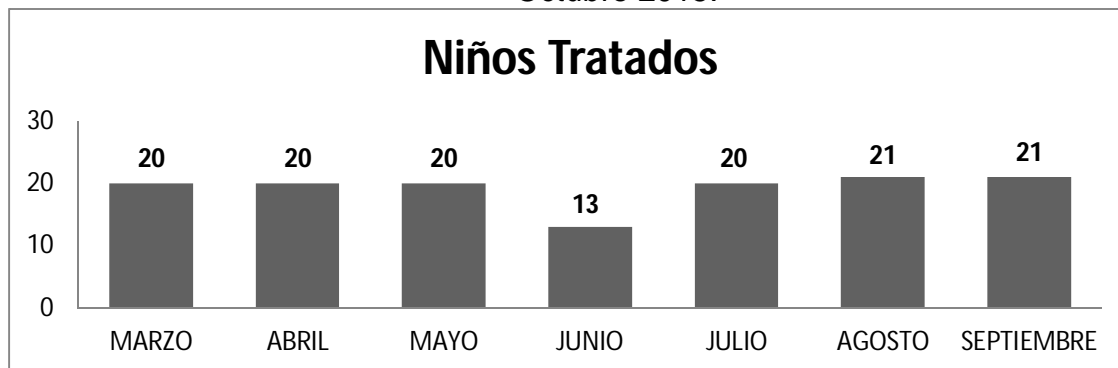
Número de niños tratados en el subprograma de sellantes de fosas y fisuras, mensualmente en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero- Octubre 2015.

MES	NIÑOS ATENDIDOS
MARZO	20
ABRIL	20
MAYO	20
JUNIO	13
JULIO	20
AGOSTO	21
SEPTIEMBRE	21
TOTAL	153

FUENTE: Datos del programa EPS 2015.

#### Gráfica 1

Número de niños tratados en el subprograma de sellantes de fosas y fisuras, mensualmente en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero- Octubre 2015.



Fuente: Datos Obtenidos del Programa EPS.

#### Interpretación y Análisis (Cuadro no. 1 y Gráfica no. 1)

En el cuadro no. 1 se observa variación en cuanto a la cantidad de pacientes escolares atendidos por mes, ya que las actividades en las escuelas fueron irregulares. En la gráfica no. 1 se muestra la cantidad de niños atendidos mensualmente, el promedio de niños fue de 20. Junio fué el mes con el menor número de niños atendidos.

### Cuadro No. 2

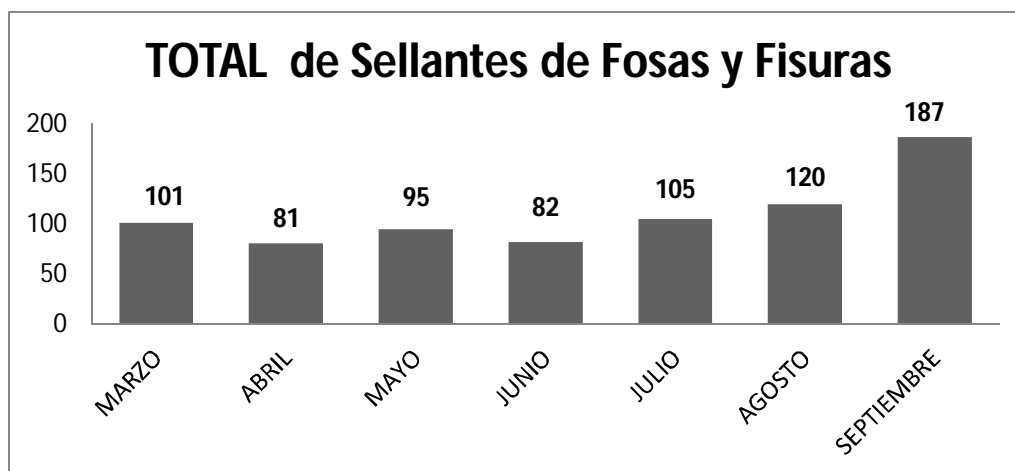
Número de sellantes de fosas y fisuras realizados por cada mes de trabajo en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero-October 2015.

MES	TOTAL SFF
MARZO	101
ABRIL	81
MAYO	95
JUNIO	82
JULIO	105
AGOSTO	120
SEPTIEMBRE	187
TOTAL	771

FUENTE: Datos del programa EPS 2015.

### Gráfica No. 2

Número de sellantes de fosas y fisuras realizados por cada mes de trabajo en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero-October 2015.



Fuente: Datos Obtenidos del Programa EPS.

### Interpretación y Análisis (Cuadro no. 2 y Gráfica no. 2)

Se observa una variación en cuanto a la cantidad de piezas dentales selladas por mes, se logró un promedio de 110 piezas dentales selladas al mes. Las piezas dentales que se sellaron con mayor frecuencia fueron las primeras molares superiores e inferiores.

## 2.4.2 Sub-Programa De Educación En Salud Bucal

**Cuadro No. 3**

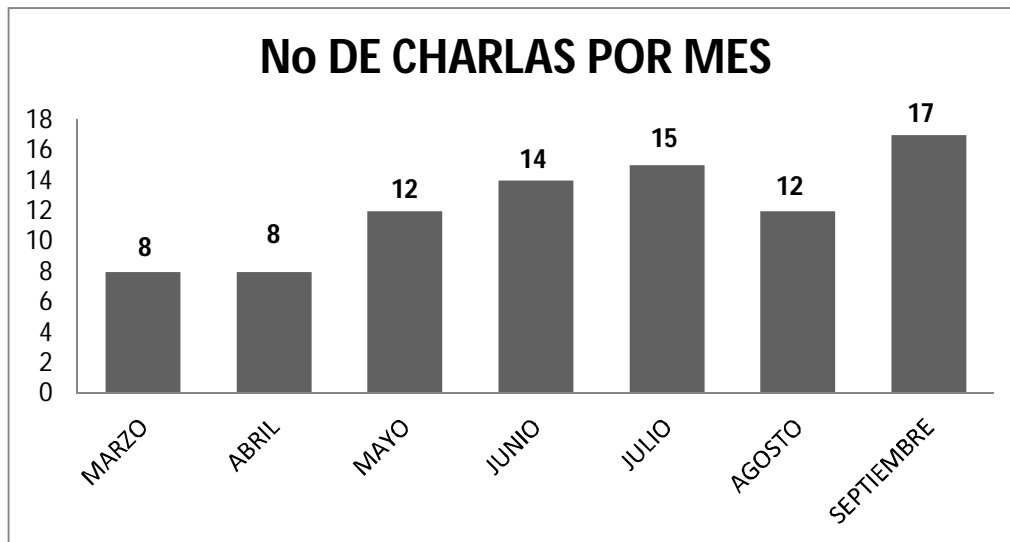
Número de charlas impartidas y alumnos atendidos cada mes en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero-October 2015.

<b>MES</b>	<b>No. DE CHARLAS POR MES</b>	<b>ALUMNOS ATENDIDOS</b>
<b>MARZO</b>	8	199
<b>ABRIL</b>	8	240
<b>MAYO</b>	12	383
<b>JUNIO</b>	14	395
<b>JULIO</b>	15	455
<b>AGOSTO</b>	12	367
<b>SEPTIEMBRE</b>	17	543
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>2582</b>

Fuente: Datos Obtenidos del Programa EPS.

**Gráfica No. 3**

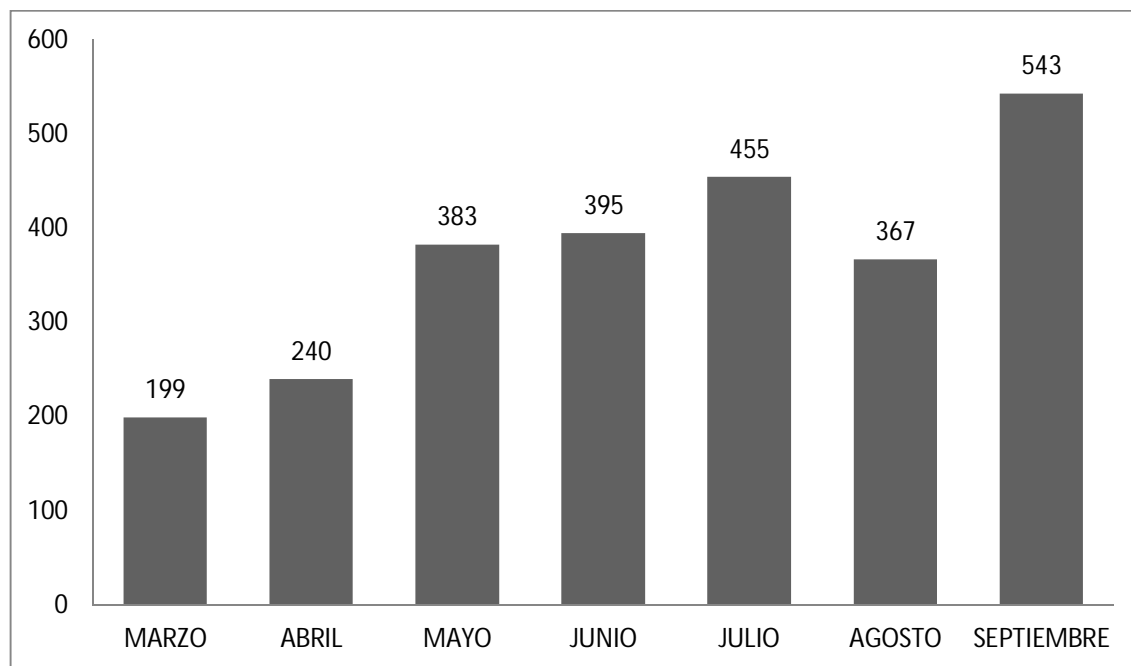
Número de charlas impartidas cada mes en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero-October 2015.



Fuente: Datos Obtenidos del Programa EPS.

#### Gráfica No. 4

Número de escolares cubiertos cada mes en la clínica dental ACOGUA II, en Barberena, Santa Rosa. Febrero-Octubre 2015.



Fuente: Datos Obtenidos del Programa EPS.

#### Análisis (Cuadro No. 3, Gráfica no. 3 y 4)

Se puede observar la cantidad de charlas y cantidad de escolares cubiertos por mes. Se puede observar la variación de niños cubiertos con respecto a las charlas de salud bucal, presentado los primeros meses un menor número de niños cubiertos. Se impartieron 86 charlas y se cubrieron 2582 escolares durante el E.P.S.



Los temas impartidos fueron los siguientes:

- Erupción dental de piezas primarias y permanentes.
- Dieta balanceada.
- Importancia de enjuagues de flúor.
- Anatomía dental y partes de la boca.
- Enfermedad periodontal
- Caries dental.
- Importancia de higiene bucal
- Técnicas de cepillado y técnicas alternativas de cepillado.
- Técnicas de cepillado, uso de cepillo e hilo dental y sustitutos del cepillo.

Durante los meses en que se desarrolló el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se entregaron cepillos y pastas a todos los niños cuyo tratamiento integral fue concluido. También fueron entregados como obsequio a los niños que contestaban correctamente durante las charlas en educación en salud bucal en las escuelas del municipio de Barberena, Santa Rosa. Además, se entregaron cepillos dentales a los estudiantes de 4to primaria de la Escuela Los Hornitos ya que fueron los niños más colaboradores en todo el año.

Al ser la primera experiencia para ambas escuelas, recibieron las charlas de una manera muy agradecida tanto los niños como maestros y padres de familia.

## **2.5 ANÁLISIS DEL SUB-PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES EN SU CONJUNTO**

La ejecución del Sub-Programa de Prevención tuvo un impacto positivo en la salud oral de los escolares de la comunidad de Barberena, Santa Rosa, ya que tuvo una buena cobertura y les proporcionó educación y cuidados para una higiene bucal adecuada; además, se priorizó en mantener sus piezas dentales sanas y libres de caries.

Las charlas de salud bucal se realizaron en cada una de las aulas de las escuelas que participaron en dicho programa. Se brindó a los niños información de manera sencilla de comprender, y de la misma manera se motivó a ponerla en práctica y a lograr que transmitan la información al resto de su familia.

La realización de barrido de sellantes de fosas y fisuras fue de gran beneficio para los niños, ya que podrán mantener sus piezas permanentes libres de caries. Se llevó a cabo en niños de 1ero a 3er primaria, aunque se trabajaron varios niños de 6to y 5to primaria ya que eran candidatos ideales para la colocación de sellantes de fosas y fisuras. Se motivó a cada uno de ellos a mantener su boca sana y a visitar regularmente a su dentista. Fue muy grata la participación de los maestros y padres de familia que colaboraron para su realización.

## **2.6 CONCLUSIONES**

- Se estableció la importancia en la prevención de las enfermedades bucales en los niños escolares de la comunidad.
- Se motivó a la población a prevenir las enfermedades que afectan la cavidad oral a través de charlas de educación en salud bucal
- Se logró hacer conciencia en los niños sobre la importancia de lavarse adecuadamente los dientes por medio de prácticas programadas por aula.

## **2. 7 RECOMENDACIONES**

- Continuar con el programa de prevención en la población, ya que es de gran beneficio para ellos y sus familias.
- Instar a los directores y profesores a participar en las actividades realizadas y así lograr más incidencia en la población escolar.
- Lograr una mejor alianza con la Municipalidad de Barberena y mejorar el contrato con ACOGUA II, para que se apoye con recursos para la parte clínica, y así poder cubrir a una mayor población, beneficiándola con tratamientos gratuitos.

### **III. INVESTIGACIÓN ÚNICA**

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

## **3.1 INTRODUCCIÓN**

Realizar una investigación en el área de ciencias de la salud es importante, ya que brinda a los profesionales de la salud 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 determinada 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 Barberena, departamento de Santa Rosa.

## **3.2 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.

## **3.3 MATERIAL Y MÉTODOS**

### **3.3.1 Diseño del estudio**

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

### **3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **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.

#### **Criterios de exclusión**

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

### **3.3.3 Tamaño y selección de la muestra**

Se evaluó a una muestra no probabilística de 20 escolares de la comunidad de Barberena, Santa Rosa. Se consideró una prevalencia de caries dental en la población escolar del 96%.

### **3.3.4 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.

## **3.4 Criterios de recolección**

### **3.4.1 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=** Cavidad distintiva con dentina expuesta en la base de la misma.

**6=** Cavidad extensa con dentina visible en la base y paredes de la cavidad.

**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.

Para la medición del estado socioeconómico de escolares se utilizó el método Graffar. (Ver anexo 7.3).



### **3.4.2 Metodología de Campo:**

1. Se determinó y seleccionó a los escolares de la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se gestionó reuniones preparatorias con maestros y padres de familia para solicitar informar sobre los objetivos de la investigación y obtener la autorización y el consentimiento correspondiente.
3. Se acordó con cada padre de familia el día de la evaluación clínica y de la visita domiciliar.
4. Se realizaron los exámenes clínicos y las visitas domiciliarias según el calendario acordado.
5. Se revisaron la integridad de los datos en las boletas de investigación.
6. Se trasladó los datos a la hoja electrónica proporcionada por el Área de OSP.
7. Elaboración de tablas y gráficas de los datos con su análisis respectivo.
8. Entrega de un informe según los lineamientos del Área de OSP.
9. Entrega de las boletas de investigación y la base de datos electrónica al Área de OSP.

### **3.4.3 Trabajo de Campo**

Los aspectos logísticos y administrativos serán responsabilidad del estudiante EPS de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Ello incluye la gestión ante las autoridades locales y ante las escuelas seleccionadas para contar con la autorización respectiva, reunión de información de los odontólogos practicantes con los padres de familia, maestros y alumnos exponiendo los objetivos de la investigación.

El trabajo de campo se llevó a cabo por estudiantes del Programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

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

### **3.4.4 Estrategia de Análisis**

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

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

La escuela elegida fue:

**ESCUELA OFICIAL URBANA MIXTA REPÚBLICA DE CENTRO AMÉRICA**

### **3.4.5 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.

### **3.5 MARCO TEÓRICO**

#### **PREVALENCIA DE CARIES DENTAL EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DEL SECTOR PÚBLICO Y SU RELACION CON VARIABLES SOCIO-ECONÓMICAS**

Según la OMS existe la idea de que la caries dental ha dejado de ser un problema en los países desarrollados, cuando en realidad afecta a entre el 60% y el 90% de la población escolar y a la gran mayoría de los adultos. La caries dental es también la enfermedad bucodental más frecuente, y representa un importante desafío para la salud pública. (1)

#### **Epidemiología:**

Es una disciplina científica que estudia los determinantes sociales y los factores de riesgos asociados con el proceso salud-enfermedad en las poblaciones humanas. (10)

#### **Caries Dental:**

Es una enfermedad en cuya causalidad intervienen múltiples variables, directa o indirectamente relacionadas entre sí. (1,11)

#### **Epidemiología de la Caries Dental:**

Está relacionada con el estudio y distribución de los múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad en relación con la caries dental y sus factores de riesgo en los grupos humanos. (1,11)

#### **Índice CPO-D:**

Es el más utilizado y difundido de los indicadores de caries dental, pues esencialmente refleja la experiencia y prevalencia de caries dental (tanto presente como pasada) en la dentición permanente y que fuera desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. (12)

Se registra para cada individuo y toma en cuenta específicamente las 28 piezas dentarias permanentes, sin contar las terceras molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos. El índice CPO-D considera la historia de la patología en el individuo, ya que en su registro se incluyen datos sobre:

- C: las piezas dentarias con lesión activa y clínicamente evidente (cariadas)
- P: las piezas dentarias extraídas, perdidas por caries dental y aquellas que están indicadas para una extracción (e).
- O: las piezas que ya recibieron tratamiento para la caries dental (obturadas).

Sistema internacional de detección y diagnóstico de caries dental (ICDAS):

Sistema consensuado en Baltimore, Maryland, USA 2005, para la práctica clínica, la investigación y desarrollo de programas de salud pública. Método visual para la detección de caris, en fases tempranas y para la detección de la gravedad y el nivel de actividad de la misma. (11)

### **Método Graffar:**

En pediatría, 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, la profesión del padre, el nivel de instrucción, las fuentes de ingreso familiar, la comodidad del alojamiento y el aspecto de la zona donde la familia habita. Los criterios fueron establecidos en Bruselas, Bélgica por el profesor Graffar como un indicador de los diversos niveles de bienestar de un grupo social. (3)

Consiste en una estratificación de la población a partir de cuatro variables, las cuales identifican cinco estratos. Las variables son:

#### **1. Profesión del jefe de familia**

1er grado: Profesión universitaria.

2do grado: Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.

3er grado: Negocio propio, pequeños comerciantes

4to grado: obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)

5to grado: obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (Sin primaria completa)

## **2. Nivel de instrucción de la madre**

1er grado: Enseñanza universitaria o su equivalente.

2do grado: Enseñanza del nivel diversificado, técnica superior completa.

3er grado: Enseñanza nivel básico.

4to grado: Enseñanza primaria completa.

5to grado: Analfabetas.

## **3. Principal fuente de ingreso de la familia**

1er grado: Fortuna heredada o adquirida

2do grado: Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.

3er grado: sueldo mensual

4to grado: salario semanal, por día o por hora.

5to grado: donaciones de origen público o privado.

## **4. Condiciones de vivienda:**

1er grado: vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.

2do grado: viviendas con óptimas sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.

3er grado: viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos

4to grado: Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.

5to grado: rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Los estratos que se identifican con este método son:

**ESTRATO I:** Población con las mejores condiciones de vida.

**ESTRATO II:** Buenos niveles de vida.

**ESTRATO III:** población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas, además de desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar los beneficios culturales.

**ESTRATO IV:** es la población que se denomina pobreza relativa, porque no alcanza los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.

**ESTRATO V:** es la población en pobreza crítica, son las personas que no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Interpretación por estratos:

ESTRATO	PUNTAJE
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

Propósitos de la Aplicación del método:

- Asociar las variables biológicas y socioeconómicas que presentan la población atendida.
- En términos médicos, se considera como una descripción epidemiológica (comportamiento de enfermedades) de las patologías bucodentales de la población, según su nivel socioeconómico.

### 3.6 Presentación de Resultados

**Cuadro No. 4**

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, Barberena, Santa Rosa. Período febrero-octubre, 2015

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	10	50%
<b>Femenino</b>	10	50%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos de la población de estudio

**Gráfica No. 5**



**Fuente:** Datos obtenidos de la población de estudio

#### **Interpretación de datos de Cuadro No. 4 y Gráfica No. 5**

De los 20 escolares seleccionados como población de estudio, 10 correspondían al sexo femenino, equivalente al 50% de la población seleccionada y 10 correspondían al sexo masculino, equivalente a un 50% de la población seleccionada, se logró un grupo equilibrado en cuanto a género.

### Cuadro No. 5

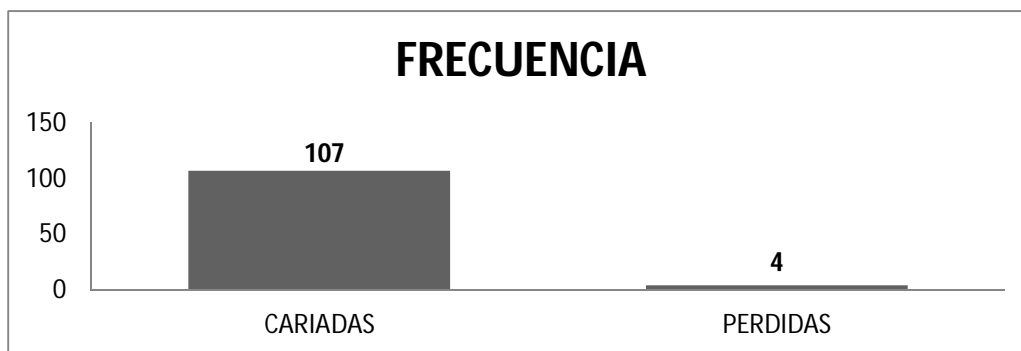
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio según CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARIADAS	107	96%
PERDIDAS	4	4%
OBTURADAS	0	0%
TOTAL	111	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Gráfica 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 CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015



Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

**Interpretación de datos de Cuadro No. 5 y Gráfica No. 6:** 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 98 piezas dentales cariadas, equivalentes al 96% de piezas dentales evaluadas, 4 piezas dentales perdidas, equivalentes al 4% de piezas dentales evaluadas y 0 piezas dentales obturadas, equivalentes al 0% de piezas dentales evaluadas, lo que dio como resultado, un CPO-D total de 102.



### Cuadro No. 6

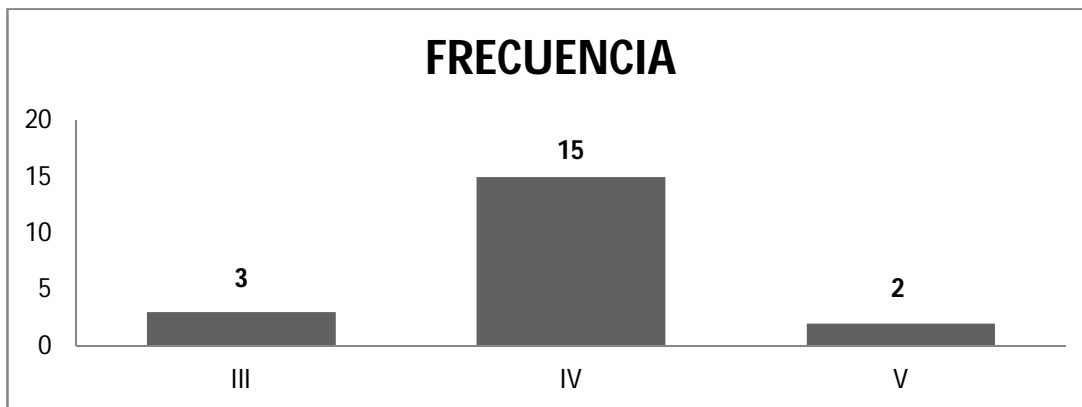
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio según estratos de Graffar, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I	0	0
II	0	0
III	3	15%
IV	15	75%
V	2	10%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Gráfica No. 7

Distribución de la población de estudio según estratos del método Graffar, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015



Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Interpretación de datos de Cuadro No. 6 y Gráfica No. 7

Con base en la población de estudio seleccionada, Se presentaron 3 escolares correspondientes al estrato III, 15 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. 7

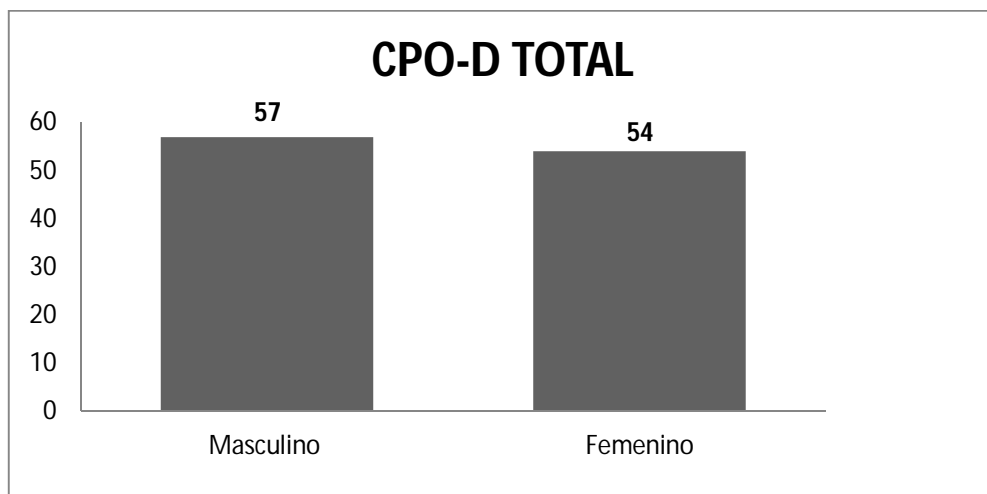
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por sexo según CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015

SEXO	CPO-D TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	57	51%
FEMENINO	54	49%
Total	111	100%

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Gráfica No. 8

Distribución de la población de estudio por sexo según CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015



Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Interpretación de datos de Cuadro No. 7 y Gráfica No. 8

En base a la población de estudio seleccionada, el sexo masculino obtuvo un CPO-D de 57, equivalente al 51% del CPO-D total, y el sexo femenino obtuvo un CPO-D de 54, equivalente al 49% del CPO-D total, se puede observar que ligeramente la población masculina representó un mayor CPO-D.

### Cuadro No. 8

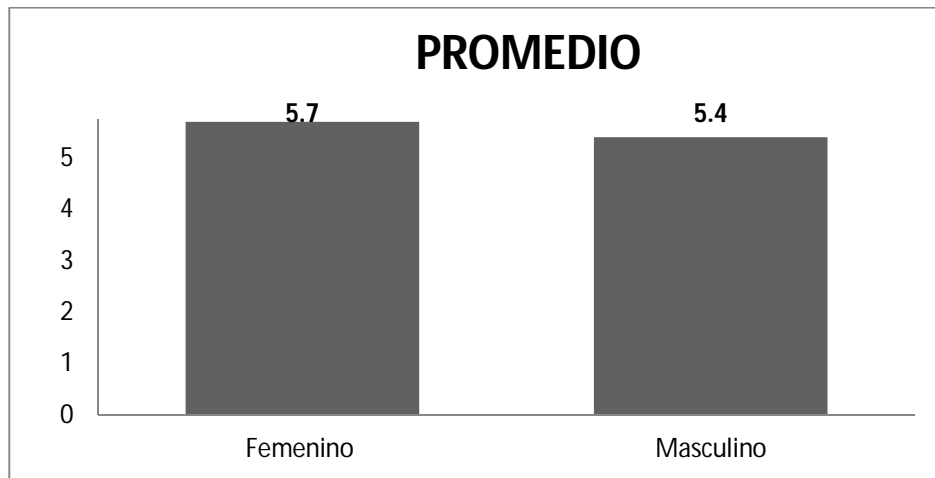
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por sexo según promedio de CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015

SEXO	CPO-D	PROMEDIO
MASCULINO	57	5.7
FEMENINO	54	5.4
Total	111	

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Gráfica No. 9

Distribución de la población de estudio por sexo según promedio de CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015



Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Interpretación de datos de Cuadro No. 8 y Gráfica No. 9

Con base en los datos obtenidos del CPO-D, en relación al sexo de los escolares seleccionados, se estableció un promedio de 5.7 CPO-D por escolar perteneciente al sexo masculino, mientras que por escolar perteneciente al sexo femenino se estableció un promedio de 5.4 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.9

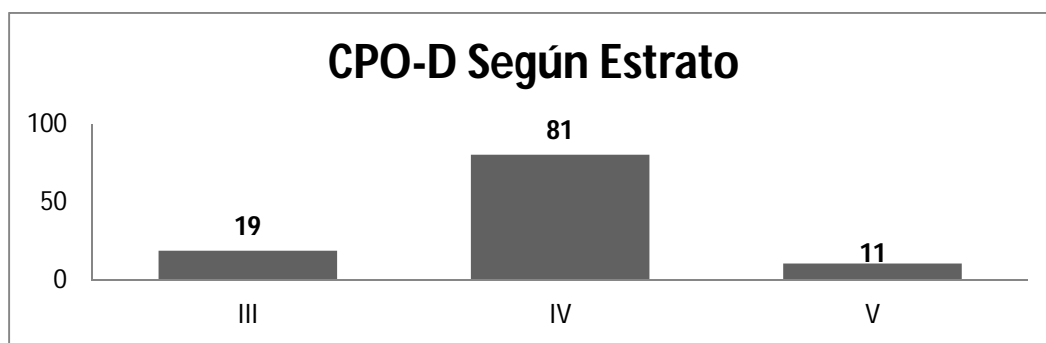
Prevalencia de caries dental en escolares de 12 años del sector público y su relación con variables socio-económicas. Distribución de la población de estudio por estrato de Graffar según CPO-D. Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015

ESTRATO	CPO-D	PORCENTAJE
I	0	0%
II	0	0%
III	19	17%
IV	81	73%
V	11	10%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### Gráfica No. 10

Distribución de la población de estudio por estrato de Graffar según CPO-D, Barberena, Santa Rosa, período febrero-octubre, 2015



Fuente: Datos obtenidos de la población de estudio

### 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, para el estrato III se registró un CPO-D de 19, para el estrato IV un CPO-D de 81 y para el estrato V un CPO-D DE 11. Fue el estrato IV el que contó con un mayor índice de CPO-D así como el que contó con mayor cantidad de escolares.

### **3.7 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, pérdidas u obturadas, según índice CPO-D en pacientes escolares evaluados.
- El 10% de la población de estudio pertenece al estrato social de pobreza crítica, no están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

### **3.8 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 Odontológica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, durante el período de febrero a octubre 2015, tuvo como finalidad, brindar tratamiento odontológico a pacientes de edad 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 Ejercicio Profesional Supervisado, tanto en niños como adultos en la clínica ACOGUA II, en el período comprendido de febrero a octubre de 2015. Los tratamientos realizados dentro de dicho programa fueron: exámenes clínicos, profilaxis y aplicaciones tópicas de flúor, restauraciones de amalgama, restauraciones de resina compuesta, restauraciones de ionómero vidrio, coronas de acero, extracciones dentales y sellantes de fosas y fisuras. Las escuelas seleccionadas para realizar este subprograma fueron: Escuela Oficial Urbana Mixta República de Centroamérica y Escuela Oficial Barrio Los Hornitos.

Se brindó tratamiento dental en forma integral a 81 escolares, se realizó un total de 81 exámenes clínicos, 81 profilaxis bucales y aplicaciones tópicas de flúor, 3 tratamientos periodontales, 731 sellantes de fosas y fisuras, 4 restauraciones de ionómero de vidrio, 14 restauraciones de amalgama, 424 restauraciones de resina compuesta, 1 corona de acero y 8 extracciones.

En el grupo de población general, se atendieron a 97 adultos, se realizaron 97 exámenes clínicos, 12 tratamientos periodontales, 1 restauración de amalgama, 51 restauraciones de resina compuesta y 86 extracciones.

## 4.1 Presentación de Resultados

**Cuadro No. 10**

Frecuencia de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-octubre, 2015

<b>MES</b>	<b>PROF/ATF</b>	<b>SFF</b>	<b>TxP</b>	<b>IV</b>	<b>CA</b>	<b>AM</b>	<b>RC</b>	<b>EXT</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MARZO</b>	5	24	2	4	0	8	18	2	63
<b>ABRIL</b>	13	129	0	0	0	8	69	0	215
<b>MAYO</b>	13	118	0	0	0	0	69	0	200
<b>JUNIO</b>	8	74	1	0	1	2	41	1	128
<b>JULIO</b>	13	115	0	0	0	0	79	1	208
<b>AGOSTO</b>	14	120	0	0	0	0	74	4	212
<b>SEPTIEMBRE</b>	15	151	0	0	0	0	74	0	240
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>731</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>424</b>	<b>8</b>	<b>1266</b>
<b>Promedio</b>									<b>181</b>

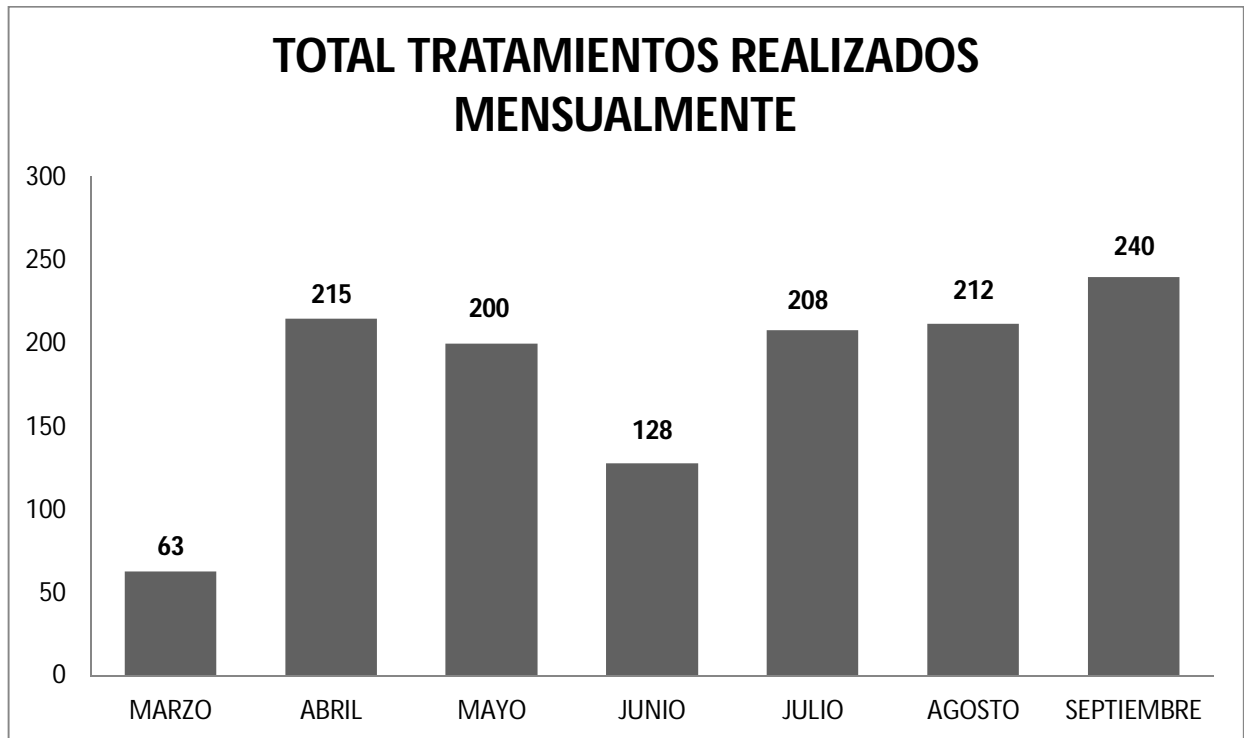
**Fuente:** datos obtenidos en la población atendida.

PROF.= profilaxis ATF= aplicación tópica de flúor TxP= tratamiento periodontal IV= restauración de ionómero de vidrio CA= corona de acero AM= amalgama RC= resina compuesta EXT= extracciones dentales



### Gráfica No. 11

Frecuencia de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-octubre, 2015



**Fuente:** datos obtenidos en la población atendida.

#### Interpretación de datos de Cuadro No. 10 y Gráfica No. 11

Durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado se realizaron 1,266 tratamientos dentales con un promedio de 181 por mes.

### Cuadro No. 11

Total de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa. Febrero-octubre 2015

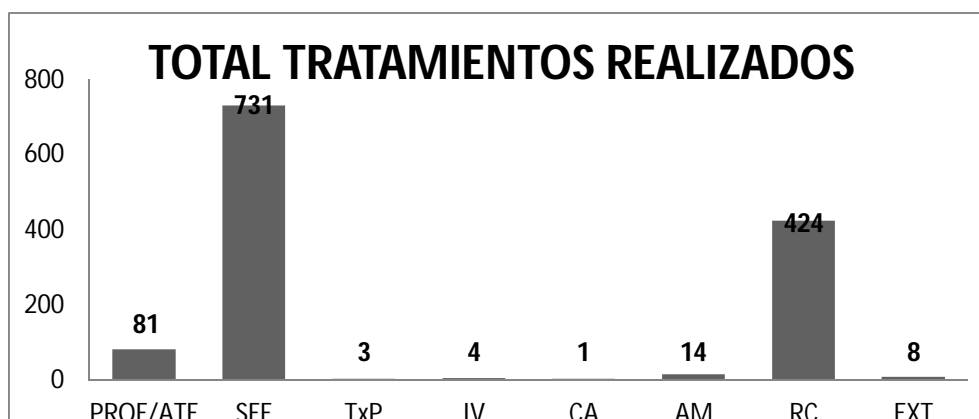
<b>TX</b>	<b>PROF/ATF</b>	<b>SFF</b>	<b>TxP</b>	<b>IV</b>	<b>CA</b>	<b>AM</b>	<b>RC</b>	<b>EXT</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>731</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>424</b>	<b>8</b>	<b>1266</b>

Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

PROF.= profilaxis ATF= aplicación tópica de flúor TxP= tratamiento periodontal IV= restauración de ionómero de vidrio CA= corona de acero AM= amalgama RC= resina compuesta EXT= extracciones dentales

### Gráfica No. 12

Total de los principales tratamientos realizados en pacientes integrales escolares en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa. Febrero-octubre 2015



Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

### Interpretación de datos de Cuadro No. 11 y Gráfica No. 12

El tratamiento que con más frecuencia se realizó en la clínica ACOGUA II, fue el de sellantes 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. Las resinas compuestas, como tratamiento restaurador tienen 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 eliminar cualquier foco de infección que pueda ser causante de alguna enfermedad (caries dental, enfermedad periodontal, etc.).

### Cuadro No. 12

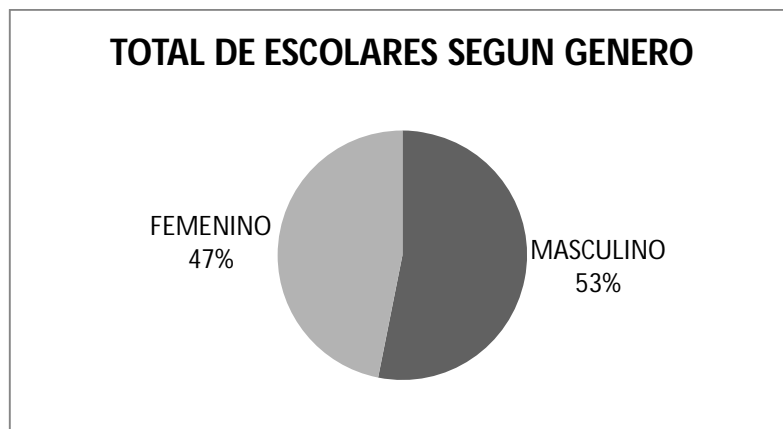
Distribución de los pacientes escolares, según el género en clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-septiembre 2015

SEXO	NÚMERO
FEMENINO	38
MASCULINO	43
TOTAL	81

Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

### Gráfica No. 13

Distribución en porcentajes de los pacientes escolares, según el género en clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-septiembre 2015



Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

### Interpretación de datos de Cuadro No. 12 y Gráfica No. 13

Existe una diferencia poco significativa en cuanto al género en los pacientes que asistieron a la clínica ACOGUA II, en el período febrero-septiembre, 2015. Predominó el género masculino por un 6%.

Los niños y niñas 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 a quienes presentaban mayor cantidad de problemas en cavidad oral.

### Cuadro No. 13

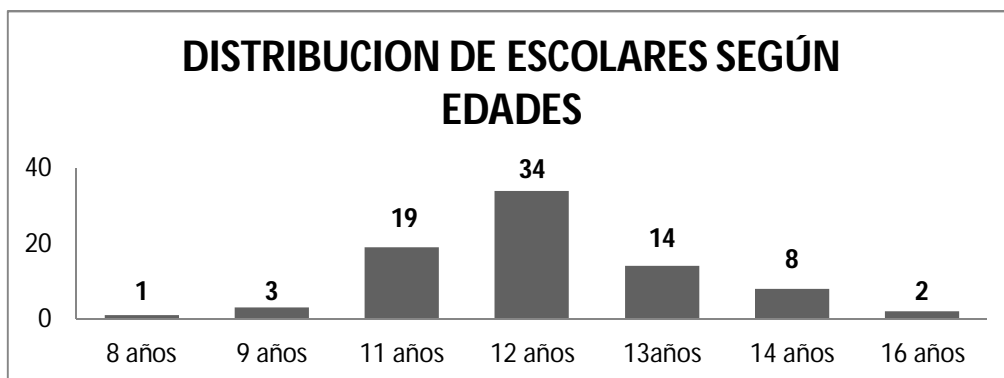
Distribución de pacientes escolares según la edad, atendidos en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-septiembre, 2015.

EDAD	NÚMERO
8	1
9	3
10	0
11	19
12	34
13	14
14	8
15	0
16	2

Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

### Gráfica No.14

Distribución de pacientes escolares según la edad, atendidos en Clínica ACOGUA II, Barberena, Santa Rosa, febrero-septiembre, 2015.



Fuente: datos obtenidos en la población atendida.

### Interpretación de datos de Cuadro No. 13 y Gráfica No. 14

Con base en las edades de los pacientes atendidos en la clínica ACOGUA II, en el período febrero-septiembre, 2015, se atendió una mayoría de niños comprendidos en la edad de 12 años: el 42% 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 11 y 13 años, edades en donde se encontraban en recambio de piezas dentarias y se podía efectuar la mayor cantidad de tratamientos preventivos.

### Cuadro no. 14

Total de tratamientos realizados en pacientes adultos en la Clínica ACOGUA II,  
Barberena, Santa Rosa. Febrero-septiembre, 2015

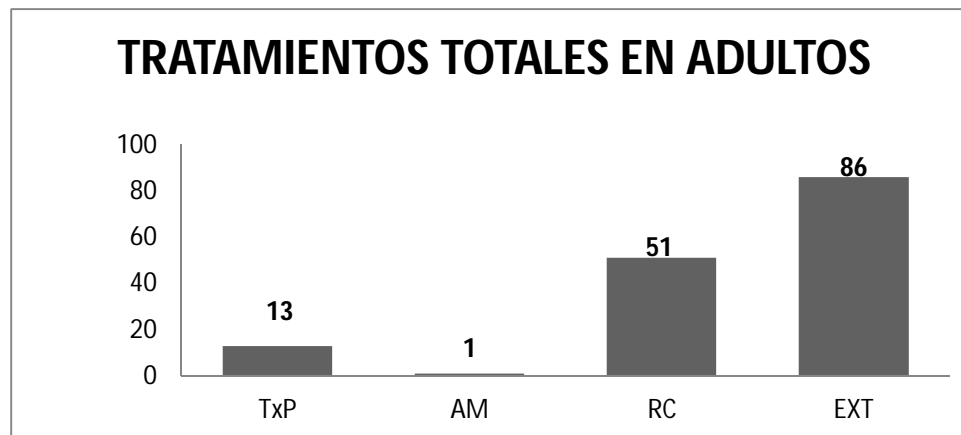
TRATAMIENTO	TOTAL
TxP	13
AM	1
RC	51
EXT	86
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>

Fuente: datos obtenidos en la población de atendida.

TxP= tratamiento periodontal AM= amalgama RC= resina compuesta

EXT= extracciones dentales

### Gráfica No. 15



Fuente: datos obtenidos en la población de atendida.

### Interpretación de datos de Cuadro No. 14 y Gráfica No. 15

Durante el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, se realizaron un total de 151 tratamientos odontológicos en 97 pacientes adultos pertenecientes a la población de Barberena, Santa Rosa. Se alcanzó un promedio de 18 tratamientos por mes, durante el período de febrero a septiembre, 2015.

## 4.2 Conclusiones

- Se atendieron un total de 81 pacientes integrales escolares.
- Se realizó un total de 1266 tratamientos dentales en pacientes integrales escolares.
- El procedimiento dental que por mayoría fue realizado en pacientes integrales escolares fue el de Sellantes de Fosas y Fisuras, con un total de 731 con el programa Ejercicio Profesional Supervisado de la Clínica ACOGUA II, Municipio de Barberena, Departamento de Santa Rosa.
- En población adulta, se realizó un total de 211 tratamientos odontológicos en 97 pacientes. Los procedimientos dentales que por mayoría fueron realizados en pacientes adultos fueron las extracciones dentales con un total de 86 exodoncias, restauraciones de resina compuesta con un total de 51.
- Las cifras correspondientes a tratamientos odontológicos realizados y pacientes escolares integralmente atendidos, fueron alcanzadas gracias a la colaboración de padres de familia, personal docente y administrativo de las escuelas para que los pacientes asistieran a la clínica.
- 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 Barberena, Santa Rosa.

### 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 los encargados del centro 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 ACOGUA II, en el Municipio de Barberena, Departamento Santa Rosa.

El Municipio de Barberena, se localiza en la región central del departamento de Santa Rosa, sobre la carretera Interamericana CA-1, a 54 kilómetros de distancia de la ciudad capital y a 9.5 kilómetros de la cabecera departamental, Cuilapa. Colinda al norte con Santa Cruz Naranjo (Santa Rosa) y Fraijanes (Guatemala), al sur con Pueblo Nuevo Viñas (Santa Rosa) y Villa Canales (Guatemala), al este con Nueva Santa Rosa y Cuilapa (Santa Rosa) y al oeste con Pueblo Nuevo Viñas (Santa Rosa) y Villa Canales (Guatemala). El municipio de Barberena tiene una cabecera municipal con el mismo nombre, 11 aldeas, 3 caseríos, 2 parcelamientos y 48 fincas registradas.

### **5.2 Nombre de la coordinadora**

Flory Aguilar de González

### **5.3 Administración**

La clínica ACOGUA II tiene como objetivo brindar atención odontológica a la comunidad de Barberena, y de esa manera contribuir con la salud oral de la población.

Gastos como agua, luz, mantenimiento de la clínica y recolección de basura son absorbidos por la Asociación de Caficultores de Oriente, mientras que gastos como materiales dentales 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

	<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIERCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>
8:30 A 13:00	Barrido de SFF a niños de las escuelas	Actividad Clínica Integrada para Pacientes Integrales de las escuelas	Charlas de Salud Bucal en las Escuelas	Actividad Clínica Integrada para Pacientes Integrales de las escuelas	Barrido de SFF a niños de las escuelas
13:00 A 14:00	Tiempo de almuerzo	Tiempo de almuerzo	Tiempo de almuerzo	Tiempo de almuerzo	Tiempo de almuerzo
14:00 A 17:00	Programa Individual de ACOGUA	Programa Individual de ACOGUA	Programa Individual de ACOGUA	Programa Individual de ACOGUA	Programa Individual de ACOGUA

## 5.5 Mobiliario y equipo

Las instalaciones de la clínica se encuentran en el Centro Asistencial ACOGUA II y las mismas se encuentran en buen estado. Al llegar a la clínica se percató que poseen la mayoría del instrumental de mano, así que no fue necesario llevar instrumental.

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

- Sillón dental, buen estado.
- Una escupidera, buen estado.
- Un esterilizador a base de calor, en buen estado.
- Un taburete dental, buen estado.
- Lámpara dental, buen estado.
- Carrito, en buen estado.

- Lámpara de fotocurado, buen estado
- Un cavitron, buen estado.
- Amalgamador, en mal estado.
- Aparato de rayos X, buen estado.
- Instrumental odontológico, en buen estado.

Entre el mobiliario que posee la clínica dental podemos mencionar:

- Un escritorio, buen estado.
- Una silla, buen estado.
- Un lavatrastos, buen estado.
- Tres muebles gaveteros, buen estado.

## **5.6 Protocolo de desinfección y esterilización**

Para lograr un control y evitar 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.(8)

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 dental de ACOGUA II, 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 hubieran 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 glutaraldehído (Glutarfar) durante 20 minutos.
- Se volvían a lavar con abundante agua para eliminar restos de glutaraldehído o alguna otra sustancia.
- Se secaban adecuadamente para evitar corrosión antes de introducirlos en el autoclave.

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 mensualmente al estudiante de la facultad de odontología que desarrolló el programa de Ejercicio Profesional Supervisado, una bolsa de materiales que 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. (6)

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 esto 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 y que 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 (6), 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 a 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. (6)

## Cronograma de Temas Impartidos

<b>MES</b>	<b>SEMANA</b>	<b>TEMA</b>
<b>FEBRERO</b>	Del 9 al 13	Funciones de la Asistente
	Del 16 al 20	Limpieza de Instrumentos
	Del 23 al 27	Equipo Dental
<b>Marzo</b>	Del 16 al 20	Jeringa Dental
	Del 23 al 27	Instrumental de Exodoncia
	Del 31 al 3	Transferencia de Instrumentos
<b>Abril</b>	Del 20 al 24	Prevención
	Del 27 al 1	Cepillado Dental
	Del 4 al 7	Alternativas de Higiene Dental
<b>Mayo</b>	De 11 al 15	Fluoruro e Sodio
	Del 18 al 22	Morfología Dental
	Del 25 al 29	Placa Dentobacteriana
	De 1 al 5	Caries Dental
<b>Junio</b>	Del 15 al 19	Enfermedad Periodontal
	Del 22 al 26	Resina Compuesta
	Del 29 al 3	Sellantes de Fosas y Fisuras
	Del 6 al 9	Amalgama Dental
<b>Julio</b>	Del 20 al 24	Profilaxis
	Del 27 al 31	Ionómero de Vidrio
	Del 3 al 7	Hidróxido de Calcio
<b>Agosto</b>	Del 10 al 14	Óxido de Zinc y Eugenol
	Del 17 al 21	Acrílico
	Del 24 al 28	Material de Impresión
	Del 31 al 4	Yesos
<b>Septiembre</b>	Del 21 al 25	Nomenclatura

### **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**

- Tratar temas administrativos, en donde el personal auxiliar pueda comprender de mejor manera esa área de la odontología.
- Que el personal auxiliar siempre forme parte de la comunidad, ya que puede llegar a ser un pilar importante en el desarrollo del programa.



## **VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. **Caries Dental según la OMS** (2007), USA: Consultado 15 de Agosto de 2013. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.
2. Carneiro Muziotti, F. M.; Bosch Román, V. y Rodríguez, 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**. Brasil: Consultado el 21 de octubre de 2015. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n\\_de\\_Graffar](https://es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci%C3%B3n_de_Graffar)
3. **Clasificación de Graffar**. (2001), Guatemala: Consultado 28 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://odonto5.files.wordpress.com/2012/07/5-ficha-e-instructivo-metodo-graffar.pdf>
4. Friedentathal, M. (1975). **La asistente dental en la técnica de cuatro manos**. Brasil: Editorial Panamericana. p.p.64-66.
5. 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.
6. **Manual de la asistente dental**. (2015). Guatemala: Facultad de Odontología. p.p. 20-50.
7. **Manual operativo del Programa Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S.** (2015) Guatemala: Facultad de Odontología. p.p. 9-19.
8. **Protocolo de esterilización**. (2010). Chile: Consultado el 25 de junio de 2014. Disponible en:  
<http://www.clinicadentalolivares.es/resources/PROTOCOLO+DE+ESTERILIZACION.pdf>.



Vo. P. 30 -

*Alcides C. Ojeda*

12-02-2016.

9. **Odontopediatría en atención primaria.** (2012). España: Consultado el 21 de octubre de 2015. Disponible en:  
<https://books.google.com.gt/books?id=XLYFNIRwsvQC&pg=PA148&dq=resinas+en+odontopediatria&hl=es&sa=X&ei=dtuhVfOdJtbhoASFz5igAQ&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=resinas%20en%20odontopediatria&f=false>
10. 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.
11. Seif, T. (1997). **Cariología; prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental,** Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. 350p.
12. Sosa, M. (2012) **Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades.** Cuba: Consultado 23 de julio de 2013. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>



No. 20.

*Haidee Medina*

12-02-2016.

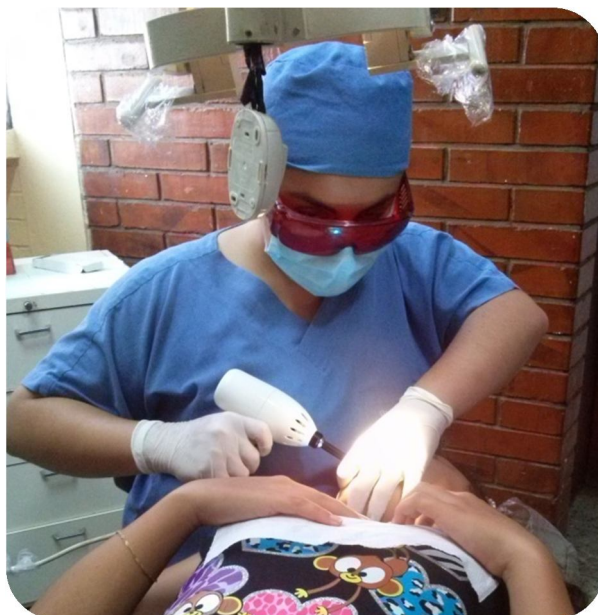
## **VII. ANEXOS**

**7.1 Proyecto Comunitario**



## 7.2 Prevención

### 7.2.1 Sub-programa de Sellantes de Fosas y Fisuras



**7.2.2 Sub-programa de Educación en Salud Bucal**



## 7.3 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, PROFESIÓN 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:	
<b>SUMA TOTAL</b>	

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	4-6	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

El contenido de este informe es única y exclusivamente responsabilidad de la autora.

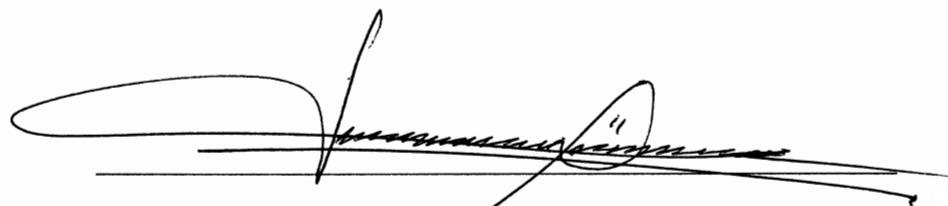


---

Gladys Albertina Juárez Ramírez

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

Vo.Bo



Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

Secretario Académico

Facultad de Odontología

