

00882

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL DE LA
POBLACION ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES SAN JOSE DE CALASANZ
Y LAURA VICUÑA DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA) EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO DE 2000 A 1 DE MARZO DE 2001.

MARTHA LUCIA CASTRO AMEZQUITA

NUBIA LUCIA LAITON ROA

MARIA CRISTINA OSORIO MARTINEZ

MARIA ANGELICA VANEGAS CASTIBLANCO

LIZ MARITZA VELANDIA MONCADA

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C

2001

27-7-01-2001

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL DE LA
POBLACION ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES SAN JOSE DE CALASANZ
Y LAURA VICUÑA DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA) EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO DE 2000 A 1 DE MARZO DE 2001.

MARTHA LUCIA CASTRO AMEZQUITA

NUBIA LUCIA LAITON ROA

MARIA CRISITINA OSORIO MARTINEZ

MARIA ANGELICA VANEGAS CASTIBLANCO

LIZ MARITZA VELANDIA MONCADA

Director Científico:

CARMENZA MACIAS

Odontóloga Especialista en Pediatría

Asesor Metodológico:

MARIA ALEJANDRA GONZALES

Odontóloga Maestría en Administración en Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C

2001

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL DE LA
POBLACION ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES SAN JOSE DE CALASANZ
Y LAURA VICUÑA DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA) EN EL
PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO DE 2000 A 1 DE MARZO DE 2001.

MARTHA LUCIA CASTRO AMEZQUITA

NUBIA LUCIA LAITON ROA

MARIA CRISITINA OSORIO MARTINEZ

MARIA ANGELICA VANEGAS CASTIBLANCO

LIZ MARITZA VELANDIA MONCADA

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al titulo de Odontólogo

Director Científico:

CARMENZA MACIAS

Odontóloga Especialista en Pediatría

Asesor Metodológico:

MARIA ALEJANDRA GONZALES

Odontóloga Maestría en Administración en Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO


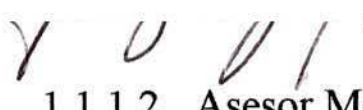
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C

2001

El trabajo de grado EVALUACIÓN DEL PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL DE LA POBLACION ESCOLAR DE LOS COLEGIOS OFICIALES SAN JOSE DE CALAZANS Y LAURA VICUÑA DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA) EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MAYO DE 2000 A 1 DE MARZO DE 2001, elaborado por MARTHA LUCIA CASTRO AMEZQUITA, NUBIA LUCIA LAITON ROA, MARIA CRISTINA OSORIO MARTINEZ, MARIA ANGELICA VANEGAS CASTIBLANCO, LIZ MARITZA VELANDIA MONCADA, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el titulo de Odontólogo.

1.1.1.1 Director Científico

 
1.1.1.2 Asesor Metodológico

1.1.1.3 Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública

Santafe de Bogotá, D.C

AGRADECIMIENTOS

A la doctora María Alejandra González por brindarnos sus conocimientos y orientarnos en la parte metodológica sin su colaboración no hubiese sido posible la realización de esta

A la doctora Carmenza Macias, por su gran interés en la investigación y su aporte intelectual que enriqueció nuestros conocimientos y amplió nuestras expectativas logrando la culminación de este trabajo.

Al Ingeniero Edwin Rodríguez, por su colaboración desinteresada, con la cual nos facilitó la realización de esta investigación.

DEDICATORIA

Si buscas alcanzar tus metas, si te levantas con mas fuerza cada vez que te tropiezas.

Si compartiendo lo que tienes logras llevar a la felicidad a otros y si en sus rostros puedes dibujar sonrisas

Comprenderás que cualquier esfuerzo es poco.

A Dios, por mi existencia, porque fortalece mi corazón en cada momento y es mi compañía incondicional.

A mis padres Jairo y Elisa, porque hicieron de mi sueño algo tangible y poderoso, enseñándome el escudo que te vuelve victorioso "El Saber"

A mis hermanas, Nancy, Deissy y Mónica presentes en todo momento apoyándome, brindándome siempre una sonrisa para continuar.

A Edwin, porque no se contento con repetir "Espero Tanto de Ti" sino se tomo la molestia de descubrir donde, cuando y como.

A mis amigos y conocidos, porque me enseñaron que los obstáculos son monstruos que aparecen cuando retiramos la mirada de nuestras metas.

Liz Maritza Velandia Moncada

A mis padres, por creer en mi,

apoyar mis decisiones haciendo que mis sueños se hicieran realidad.

A mis compañeros y amigos, que en los momentos difíciles de mi carrera estuvieron a mi lado brindándome su comprensión y apoyo para seguir adelante.

A mis hermanos, que entendieron el tiempo dedicado a mis estudios y se preocuparon por hacer por tratar de hacer las cosas fáciles aun cuando no lo eran.

Y a Dios, que durante toda la vida ha estado a mi lado, brindándome la fe

y la fortaleza necesarias para no desfallecer ante ningún obstáculo, pues sin el nada hubiese sido posible.

Nubia Lucia Laiton R.

*A Dios, porque fue la luz que ilumino mis días y mis noches.
A mis padres Pedro y Eva, por ser el motor de mis ilusiones,
por la confianza que depositaron en mi,
por su colaboración en los momentos mas inesperados.
A mis hermanos, Libardo y Pedro, por creer en mi y
por la colaboración que muchas veces me dieron.
A mi esposo Saúl, por el amor, paciencia y
apoyo que me brindo en cada amanecer y anochecer.
A mi hijo Nicolás, porque eres el sueño mas grande de mi vida,
la ilusión de mis mañanas, la esperanza de mi futuro...
porque eres lo que mas Amo.*

Marta Lucia Castro A.

*A mis padres, por su amor, comprensión y su inmenso sacrificio
para lograr la realización de uno de mis sueños.
A mis hermanos, Oscar, Yaneth y Alberto por su colaboración incondicional en
los momentos mas dificiles de mi vida.
A mis amigas, que aunque se encuentran lejos me recuerdan que hay que
esforzarse día a día para conseguir lo que anhelamos.
A Dios, por ofrecerme el privilegio de la vida con todas las cosas bellas que esta
encierra.*

Cristina Osorio M.

*A Dios, por ser la luz que guío mi camino
durante toda mi carrera y durante toda mi vida.
A mis Padres, Delio y Elisa, por brindarme su amor
y apoyo incondicional, ademas de enseñarme a caminar
por la vida sobre unas bases sólidas como lo es la confianza en mi misma.
A mis hermanos, Patricia, Paola y José Manuel, por ser
la fuerza que necesitaba en los momentos mas dificiles de mi carrera.*

Angélica Vanegas C.

TABLA DE CONTENIDO

1.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.1	PROBLEMA	5
1.2	JUSTIFICACIÓN	5
1.3	PROPOSITO	6
1.4	MARCO TEORICO	6
1.5	OBJETIVOS	24
1.5.1	OBJETIVO GENERAL	24
1.5.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
2.	METODO	26
2.1	TIPO DE ESTUDIO	26
2.2	OBJETO DE ESTUDIO	26
2.3	DEFINICIÓN DE VARIABLES.	26
2.4	PROCEDIMIENTO	29
2.5	ANALISIS ESTADÍSTICO	30
3.	RESULTADOS	31
4.	DISCUSION	72
5.	CONCLUSIONES	74
6.	RECOMENDACIONES	75
7.	ANEXOS	76
8.	BIBLIOGRAFIA	78

INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS 1961). La higiene oral, como estado de armonía o normalidad de la boca, es una de las partes más importantes dentro de las áreas de prevención ya que las causas que la alteran son eliminables.

En el que hacer del odontólogo es de vital importancia actuar de manera efectiva e inmediata con programas de prevención y promoción de salud oral, logrando identificar las principales causas de morbilidad oral; llevando a cabo prácticas y políticas para disminuir las tasas de incidencia de estas enfermedades.

La falta de educación en la salud oral con lleva al individuo a la aparición de la placa bacteriana; esta se ha descrito como agregados microbianos que se depositan en los dientes. De esta forma se tiene en cuenta que cuando son eficaces los medios preventivos, más rápido se tendrá un control general de la salud oral en la población.

Existen diferentes programas de salud oral, de aquí la importancia que tiene la realización de un estudio que revele las condiciones de salud de una región en particular para poder dar respuestas individuales de acuerdo a las condiciones y recursos de la población, el Programa Incremental en salud oral es un procedimiento de trabajo cuyo propósito es la cobertura completa en la atención odontológica en una población determinada, aplicándose a poblaciones escolares debido a que son agrupaciones

cerradas. Se evalúa inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control basándose en aspectos de prioridad como edad y riesgo patológico.

Este Programa Incremental se determina por índices como el índice de higiene oral (IHO), además para la medición y evaluación de caries dental se implementa el índice (COP), este es un índice sencillo y versátil permitiendo el establecimiento de comparaciones en la esfera internacional. El objetivo general del presente estudio es la evaluación del Programa Incremental en salud oral de la población escolar de los colegios oficiales Laura Vicuña y San José de Calasanz durante un periodo comprendido de Mayo de 2000 a Marzo del 2001.

Creando así programas preventivos y educativos que complementa el Programa Incremental produciendo así una perspectiva de difusión máxima de la cultura odontológica.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PROBLEMA

En el municipio de Chía (Cundinamarca), se implementó desde el año de 1999 un programa de prevención y promoción en salud oral el cual se desarrolla actualmente por los alumnos de décimo semestre del Colegio Universitario Colombiano con una proyección a 3 años.

Debido a la importancia de la asistencia clínica vista en la población de Chía (Cundinamarca), surge la necesidad de instaurar un Programa Incremental. Se tomaron todos los cursos de primaria de los colegios **Laura Vicuña y San José Calasanz**, esperando con el tiempo alcanzar una mayor cobertura a grados superiores y demás colegios oficiales del municipio de Chía (Cundinamarca).

¿Es necesario evaluar el Programa Incremental en salud oral de la población escolar de los colegios oficiales Laura Vicuña y San José de Calasanz del municipio de Chía (Cundinamarca)?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Es importante realizar la evaluación del Programa Incremental en salud oral, para reportar a la Secretaria de Salud del municipio de Chía (Cundinamarca), padres de los pacientes inscritos en el programa y el Colegio Universitario Colombiano, sobre el desarrollo de este programa y aplicar los correctivos necesarios.

1.3 PROPOSITO

Reportar los resultados que se hallan obtenido en el Programa Incremental, detectar las fallas y dificultades que se pueden presentar buscando el mejoramiento de dicho programa.

1.4 MARCO TEORICO

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS 1961). Esta definición nos permite establecer una noción de calidad en los diferentes estados de equilibrio del individuo con relación al medio en que vive. Entre el estado de salud ideal, que sería el máximo bienestar físico, mental y social y el grado máximo de desequilibrio en este bienestar que sería la incapacidad total, la vida puramente vegetativa, existe una inmensa gama de estadios intermedios. La ruptura completa del equilibrio entre el individuo y el medio supondría la muerte. La salud es un estado del individuo; no puede subsistir como salud parcial de los diversos órganos y sistemas.

No obstante y para los efectos prácticos, el concepto de salud parcial, salud oral en nuestro caso, sirve para identificar determinados objetivos en programas de salud con tal de que no se pierda de vista la limitación indicada a este concepto. La salud o higiene oral, como estado de armonía o normalidad de la boca, solo adquiere significación plena cuando es acompañada, en grado razonable por la salud general del individuo. (1) (Chávez, 1962).

La salud oral es una de las partes más importantes dentro de las áreas de prevención ya que las causas que la alteran son eliminables, las principales patologías son: caries dental y enfermedad periodontal, siendo evitables si se actúa en las edades donde se registra los más altos índices, los cuales están en la edad escolar entre los cinco y catorce años.

La caries dental y la enfermedad periodontal asociadas constituyen la primera causa de morbilidad en el mundo por lo tanto es responsabilidad de las entidades la preservación de la salud poniendo en practica planes y políticas para disminuir las tasas de incidencia de estas enfermedades. Es de vital importancia actuar de manera efectiva e inmediata con programas reales en la población escolar. (2) (Revelo, I.A. 1999).

Aunque no puede existir cierto grado de resistencia a la enfermedad, el factor dietético parece ser el más importante, sobre todo porque la frecuencia aumenta por el contacto con las comidas “civilizadas”. (3) (Shafer, 1951).

Algunas de las patologías más frecuentes en la cavidad oral son: La caries dental, la enfermedad periodontal y la acumulación de calculo dental. La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados del diente, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente. Es la enfermedad crónica del diente más frecuente en la raza humana; prácticamente no existen áreas geográficas en el mundo cuyos habitantes no muestren alguna prueba de caries dental. Afecta a personas de ambos sexos y de todas las razas, de todos los estratos socioeconómicos y todos los grupos de edad, (4) (Mellanby, 1934), examinando la literatura acerca de la caries que existían en las razas primitivas y

observando que la frecuencia era invariablemente menor que la del hombre moderno. Dicha frecuencia también fue observada por Silverstone, quien asoció los diferentes tipos de caries dental con la dieta. Por ejemplo, la caries de la zona radicular y cervical, aunque poco común, esta asociada a dieta abrasiva. En cambio la caries de zonas de retención de placa como fisuras, fosas, puntos de contacto interproximal asociada a dieta rica en carbohidratos es más frecuente.

Un nivel incrementado en la caries es el resultado ineludible de la adopción de una moderna dieta occidental. Las severas restricciones en la dieta en varios países durante la segunda guerra mundial fue acompañada por una disminución en la caries dental. La sacarosa y sus productos derivados son los que más inciden en el nivel de caries (5) (Silverstone, 1981).

Establecida la hipótesis: La caries dental es un proceso químico parasitario que consiste en dos etapas; primero la descalcificación del esmalte, que da como resultado su total destrucción y segundo descalcificación de la dentina como una etapa preliminar seguida por la disolución de los residuos reblandecidos. El ácido que afecta a esta descalcificación primaria se deriva de la fermentación de los almidones y de los azúcares que se almacenan en los centros retentivos de los dientes. (6) (W.D.Miller, 1882)

Desde su aparición esta teoría ha sido aceptada sin cambio por la mayoría de los investigadores. Se cree que los carbohidratos que se fermentan con rapidez son los responsables de la pérdida de la resistencia de los dientes a la caries.

Los carbohidratos cariogénicos son los de origen dietético, debido a que la saliva humana no contaminada por ellos, solo contiene cantidades mínimas sin importar el

nivel sanguíneo de azúcar. Los carbohidratos salivales se unen con las proteínas y otros compuestos y no están disponibles para la degradación microbiana. La cariogenicidad de un carbohidrato de la dieta varia con la frecuencia de la ingestión, la forma física, la composición química, la vía de administración y la presencia de otros constituyentes de la comida. Los carbohidratos sólidos pegajosos son los mayores productores de caries(3).

La falta de educación en la salud oral con lleva al individuo a la aparición de placa microbiana. La placa microbiana se describe como: agregados microbianos que se depositan en los dientes o en las estructuras bucales sólidas, diferentes a la materia alba. La diferencia clínica entre las dos estaría dada por la mayor adhesividad de la placa bacteriana. Estos acumulos de placa con llevan a la enfermedad de los tejidos blandos.

Se puede apreciar clínicamente la placa supragingival cuando ya ha alcanzado cierto espesor. Aparece como una placa blanda amarillenta sobre los dientes. Puede ser difícil su identificación cuando el acumulo es pequeño; Si es así se puede comprobar su existencia raspando el diente con un instrumento o utilizando soluciones reveladoras. Lo más frecuente es que la colonización del surco gingival y de la consiguiente formación de bolsas periodontales se inicia a partir de depósitos ya existentes de placa supragingival.

Se ha considerado que la dieta tiene una influencia marcada sobre la formación de la placa, dado que provee junto con la saliva nutrientes para los microorganismos (7) (Lindhe, 1986).

Existe un raro defecto genético llamado intolerancia hereditaria a la fructuosa en el cual el individuo no tolera la fructuosa o la sacarosa. Los individuos afectados por esta enfermedad tienen un bajo nivel de caries e inclusive están libres de ella (5).

La placa bacteriana puede sufrir un proceso de calcificación formando depósitos conocidos como calculo dental. Los calculos tienen un efecto perjudicial sobre los tejidos gingivales. Se les puede clasificar como: Supragingivales cuando son visibles sobre la corona clínica de los dientes, subgingivales si están ubicados hacia la zona apical del margen gingival.

El calculo en las bolsas periodontales es más profundo, suele ser difícil de observar clínicamente. Se le puede ver por medio de la separación del margen gingival con un chorro de agua o por sondeo cuando la bolsa es muy profunda (7).

La presencia del calculo esta estrechamente relacionada con la enfermedad periodontal. Sin embargo, datos epidemiológicos indican que la correlación entre placa y gingivitis es mucho más fuerte que la relación gingivitis-calculo (8) (Silness, 1984).

Se ha dicho que el efecto perjudicial del calculo se da por que lo constituye una superficie áspera, situación que propicia la retención de placa. Los acumulos de calculo dificultan la higiene oral diaria, originando cada vez, mayor acumulación de placa y haciendo que el nivel de destrucción del tejido de soporte sea mayor. En estas condiciones se incrementen la perdida de piezas dentarias. Lo anterior es una prueba mas sobre la importancia que tiene la educación en salud oral y la necesidad de ejecutar un plan de salud.

Una de las principales consecuencias del acumulo de placa y calculos es la denominada enfermedad periodontal, clínicamente se caracteriza por las alteraciones inflamatorias de la encía tales como: Tumefacción y enrojecimiento del margen gingival, bolsas migraciones de dientes, recesiones.

A partir de estudios epidemiológicos se ha visto, una estrecha relación entre la edad de la población, las condiciones de higiene oral, la frecuencia y gravedad de la afección(7).

Aparte de la edad y el avance de la civilización hay otros factores como: Hábitos alimenticios, raza, localización geográfica, sexo, genética y la influencia de tratamiento(5).

En estudios realizados entre 1977 y 1980, se encontró que la morbilidad oral en Colombia se ha modificado, ya que la severidad de la caries dental y de las periodontopatías ha descendido con respecto a la investigación Nacional de Morbilidad de 1965-66. El 97.1% de la población que se asea los dientes cumple las exigencias básicas para un hábito higiénico aceptable. El 70.3% de las personas lo hace entre dos y tres veces diarias, frecuencia que permite mantener una adecuada condición bucodental, siempre y cuando se ejecute una buena técnica de limpieza de las superficies dentales.

Además del cepillo o en lugar de este se encontró que el 5% de la población emplea otros elementos de higiene como seda dental, palillos e hilo común.

Lo anterior señala la importancia que tiene la realización de un estudio que revele las condiciones de salud de la región particular, para poder dar respuestas individuales de acuerdo con las condiciones y recursos de la población. (9) (Estudio Nacional de Salud bucal, 1999)

El índice de higiene oral (I.H.O) de Greene y Vermillion placa blanda y placa calcificada se determina con base en: Placa blanda (restos alimenticios-materia alba) y placa calcificada (calculos Supragingivales y subgingivales): La medición del índice de higiene oral simplificado se realiza midiendo únicamente en: Dientes permanentes, dientes completamente erupcionados, como mínimo 2 superficies y no se usa en los siguientes casos: Pacientes menores de 5 años, dientes con banda ortodóntica, erupción parcial de los dientes, gran destrucción de la superficie examinada, fracturas coronarias, presencia de prótesis, menos de dos superficies.

El método utilizado se hace examinando primero la placa blanda y segundo la placa calcificada. Se coloca el explorador en un ángulo de 45° de gingival hacia incisal u oclusal y del lado derecho-izquierdo-izquierdo-derecho, es decir en zig-zag. Se asignan puntajes de acuerdo a los siguientes criterios, para **Placa Blanda**: 0: Ausencia de placa, 1: menos de 1/3 gingival, 2: más de 1/3 gingival pero sin sobrepasar el 1/3 medio, 3: más de los 2/3 de la superficie examinada, 9: no aplicable. Y para **Placa Calcificada**, 0: ausencia de placa, 1: calculos Supragingivales por menos de 1/3 gingival, 2: más de 1/3 gingival sin sobrepasar el 1/3 medio supragingival, 3: calculos de más de 1/3 medio y una cadena de calculos Supragingivales, 9: no aplicables. Se examinan los siguientes dientes (superficies a examinar en paréntesis) 16 o 17 (V), 11 o 21 (V), 26 o 27 (V), 36 o 37(L), 31 o 41 (V), 46 o 47 (L). Datos que nos indican si existe o no una buena ¹²

higiene oral: **Placa blanda y/o calcificada:** Bueno 0.0-1.2, regular 0.7-1.8, malo 1.9-3.0. **Placa blanda + placa calcificada: índice H.O.S:** Bueno 0.0-1.2, regular 1.3-3.0, malo 3.1- 6.0. se suman los puntajes obtenidos y se dividen entre el número de dientes examinados. No se tiene en cuenta los números 9 (no aplicables). (2).

Para la **Medición y evaluación de Caries Dental** se implementa el **Índice C.O.P. (Cariados, Obturados, Perdidos)** de Klein, Palmer y Knutson 1937. Características del índice C.O.P. Es un índice para dentición permanente, se escribe siempre con letras mayúsculas, este índice puede referirse al diente (C.O.P-d), o a la superficie (C.O.P-s), es un índice sencillo y versátil, proporciona riqueza de datos al odontólogo o investigador, permite el establecimiento de comparaciones en la esfera internacional, es comprensible y confiable y los datos se obtienen en una forma rápida y objetiva.

Criterios de clasificación: Se considera **cariado (C)** un diente cuando: Presenta una lesión clínicamente visible, la opacidad del esmalte indica caries subyacente, la extremidad del explorador penetra y se puede constatar tejido dentario reblandecido en el fondo, hay una restauración y se encuentra en el mismo diente uno de los criterios antes descritos. Se considera **obturado (O)** cuando: Presenta una o más obturaciones o restauraciones sin recidiva de caries, bien adaptadas, sin fracturas y con material definitivo. Un diente se considera **perdido (P)** cuando: Esta ausente de la cavidad oral después del periodo en que normalmente debería haber hecho su erupción, desde que exista razón segura de que fue extraído por causa dentaria; en este caso la simetría de la erupción de los dientes puede auxiliar en la decisión del examinador.

Aclaración de dudas: Se considera erupcionado un diente permanente o temporal, cuando cualquier porción de su corona clínica haya atravesado la fibra mucosa gingival, y puede ser tocada por el explorador. Cuando un diente permanente y uno temporal se encuentran ocupando un mismo espacio se anotara solo el permanente, cuando exista duda entre diente sano y cariado, se anotara sano; entre cariado y obturado, se anotara obturado y entre cariado y extracción indicada (perdido), cariado; no se consideran como atacados por caries dentaria los dientes que presentan: Obturaciones si la causa no es por caries, por ejemplo: Dientes con restauraciones motivadas por traumas, razones estéticas o protésicas o por agenesia congénita. (2).

Índice c.e.o: Este índice mide la caries en la dentición primaria o temporal. Fue propuesto por Gruebbel en 1994 se ignoraron los dientes faltantes, ya que la mayoría se exfolian en forma natural, **características del índice c.e.o:** Es un índice para dentición temporal o decidua, usa letras minúsculas, los usos del C.O.P. y c.e.o. son: Para prevalencia básica, para incidencia de las caries, para la historia natural de la enfermedad en experimentos con agentes preventivos.

Desventajas o limitaciones de los índices C.O.P. y c.e.o: Resulta más lento el hacer el examen en adultos, se usa para poblaciones occidentales y es posible que requiera modificaciones para grupos no occidentales, en adultos puede ser erróneo, pues los dientes a menudo se pierden por varias razones diferentes a caries; puede ser erróneo en niños a los cuales se les ha hecho: Extracciones por razones ortodónticas o se han colocado obturaciones preventivas. El componente cariado no distingue entre caries temprana y caries avanzada.

El Método de examen se realiza en cada pieza en las diferentes superficies de los dientes deben ser recorridas por el explorador hasta que llegue a un diagnóstico seguro (no se debe confiar solo en la vista), usando el explorador con una fuerza igual a la que se usa para escribir normalmente, se realiza en el orden (O,L,D,V,M) .(2)

Código de anotación: Espacio vacío, diente permanente cariado **C**, Diente permanente obturado **O**, diente permanente extraído **E**, diente permanente extracción indicada **EI**, diente permanente sano, diente temporal cariado **c**, diente temporal obturado **o**, diente temporal extraído **e**, diente temporal sano. En las **Instrucciones para examinadores:** Se iniciara el examen por el tercer molar superior derecho, después el segundo, luego el primer molar y así sucesivamente hasta llegar al tercer molar superior izquierdo; pasando luego al tercer molar inferior izquierdo y terminando el examen en el tercer molar inferior derecho.

El nivel general de prevalencia de caries dental a los doce años, lo clasifica la OMS en los siguientes grupos según **valores medios del índice C.O.P.** Muy Bajo: 0.0 – 1.1, Bajo: 1.2 – 2.6, Moderada: 2.7 – 4.4, Alta: 4.5 – 6.5, Muy Alta: mas de 6.6. siendo la meta de la OMS para el año 2000 un C.O.P. = 3.0. (2).

La **Matriz DOFA** ayuda a generar estrategias que contribuyen a la realización de un proceso, la constituye cuatro componentes: Debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas DOFA nos conduce a cuatro tipos de estrategias, FO: fortalezas y oportunidades, DO: Debilidades y oportunidades, FA: Fortalezas y amenazas, DA: Debilidades y amenazas. (10) (Ruiz, J. Col 1998)

La categoría “**perfil epidemiológico**” que expresa los elementos epidemiológicos, específicos de una clase, como consecuencia de sus condiciones de producción social y sus tendencias de transformación históricas, permiten clasificar las condiciones de salud-enfermedad de un conglomerado social bajo una perspectiva distinta a la visión de la clasificación internacional de enfermedades. (11) (Pastor, B. 1989).

En vista de la importancia de la asistencia clínica surge la necesidad de instaurar un **Programa Incremental**. El artículo de Porto Alegre Brasil, describe un sistema incremental en la población escolar. El sistema incremental es un procedimiento de trabajo cuyo propósito es la cobertura completa en la atención odontológica en una población determinada, evaluando inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control basándose en aspectos de prioridad como edad y riesgo patológico. Por lo cual este sistema actúa en acción horizontal por un **programa preventivo** con el que controla la incidencia de patologías y una acción vertical por medio de un **programa curativo** que ataca las patologías prevalentes haciéndose complementario un programa educativo (12) (Gómez, V.N.R.)

La Odontología Integral, se aplica donde el tratamiento clínico de la enfermedad está interrelacionado con la protección de tejidos orales sanos y la promoción de la salud general. Conociendo que cuando son eficaces los medios preventivos más rápido se tendrá un control general de la salud en la población. El sistema incremental se aplica a poblaciones escolares por el énfasis que le otorgan a la odontología y por ser agrupaciones cerradas. Se desarrolla el programa en un ciclo escolar o a doce meses cada ciclo encierra dos periodos: Periodo inicial del tratamiento y el periodo de

mantenimiento idealmente deben ser controles y se atienden después de terminado el tratamiento. (12)

El Programa Curativo, se identifica inicialmente la región al ser cubierta, se realiza una lista de colegios con el correspondiente número de alumnos y su localización.

Para la atención odontológica los escolares se dividen en tres grupos. **Grupo compulsorio**: Donde se encuentran los niños de menor edad (6,7,8 años) serán atendidos de forma prioritaria porque entre otros este grupo corresponde a los que llegan por primera vez a la atención odontológica y al colegio. El segundo **Grupo electivo** que incluye niños de mas o menos nueve años con una atención condicionada a la disponibilidad de recursos y el nivel de ataque de la caries dental. El tercero: **Grupo de mantenimiento** que comprende los niños atendidos anteriormente, los niños control(12).

En este programa se identifica la realidad epidemiológica y socioeconómica de la población a ser atendida. Por medio de la cual determina la prioridad de atención odontológica, los dientes permanentes son los causantes principales de morbilidad, siendo más preponderante la caries que ataca un 95% de la población. Teniendo en cuenta lo anterior se hará la atención prioritaria en los escolares de 6 a 14 años época que concuerda con la aparición de dientes permanentes y el mayor ataque de caries. Este periodo facilita el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y mayor eficacia en la prevención. El programa curativo en escolares esta dado basándose en encuestas de salud / enfermedad; mediante el índice C.O.P-D de Klein y Palmer, siendo de mayor importancia los componentes C y Ei. El desarrollo del trabajo continuo con una planificación basada generalmente en una ficha técnica que encabeza con la fecha de 17

inicio y terminación prevista de la actividad y el periodo de tiempo disponible, días y horas de trabajo se especifican aspectos referentes al grupo perteneciente como edad número de alumnos promedio de dientes a ser tratados, etc. La estructura del trabajo comprende una lista de alumnos con sus edades, turnos de clase, maestra, duración del tratamiento. Debe realizarse un informe mensual de las actividades realizadas, diariamente tanto en el Programa Incremental como en los servicios ocasionales de urgencia. (11).

Cada alumno inscrito en el Programa debe tener una ficha clínica con los datos personales y el tratamiento que recibieron en esta ficha se maneja abreviaciones y convenciones; para el desarrollo de este Programa es necesario optar con la presencia de personal auxiliar paralelo a un amplio régimen de distribución de funciones así como la utilización de equipos materiales y técnicas simplificadas. Los datos básicos son el número de alumnos dientes permanentes obturados y extraídos tratamientos iniciados y complementados, horas clínicas disponibles y gastos previstos y efectuados.

Como componente fundamental del Programa debe realizarse mensualmente la supervisión para ayudar a la dirección de programa y a nivel de ejecución la evaluación se realiza por medio de “indicadores de producción de servicios” (Indicadores básicos de productividad).

El primero es el índice de **Cobertura** que se mide a través del porcentaje de pacientes terminados en relación con el total de pacientes inscritos, el segundo el índice de concentración, mide el proceso mide el promedio de atenciones por tratamiento terminado. El tercero **índice de productividad directa** que promedia el número de tratamientos realizados por hora clínica, el cuarto es el **índice específico de eficacia** mide el porcentaje terminado con relación a tratamientos iniciados y el **índice de costos** mide el costo promedio por tratamiento terminado y por diente tratado (12)

El Programa Preventivo, Asociado al sistema incremental con una mayor cobertura y mínimo costo a través de procedimientos preventivos y del abastecimiento público; como fluorización del agua potable o también los enjuagues con (fluoruro de sodio (NaFl al 0.2%) semanales con 10 cc de solución durante 1 minuto, con la supervisión del profesor o un auxiliar de odontología, procedimientos que reducen la incidencia de caries en un 38% en alumnos que siguieron el programa hasta 5° de primaria. (13) (Horowitz, Col).

Para la aplicación tópica de flúor existen 2 técnicas, la técnica de knutson utiliza una solución de Fluoruro de sodio (NaFl) al 2% en 4 aplicaciones con una prevención del 40% de la enfermedad, la segunda es la técnica de Brudevold que emplea Flúor – Fosfato Acidulado (NaFPO) al año reduciendo en un 22% la incidencia de caries y por ultimo el cepillado con gel de Flúor – Fosfato – Acidulado (NaFPO) 5 veces al año disminuye en un 33% la incidencia de caries. (14) (Knutson, Col2).

El Control de placa bacteriana, se controla con un cepillado diario o de cada 48 horas, en los colegios se implementa bajo la supervisión de los profesores o de los estudiantes de la misma edad que se encuentren capacitados, el programa debe proporcionar idealmente: cepillos, seda, vasos y solución reveladora. El niño debe lavarse la boca después de aplicada la solución reveladora observando con un espejo el cepillado, se realiza sin usar dentífrico, tratando de remover toda la placa bacteriana y con la seda dental se complementa la higiene en superficies próximas y se observa nuevamente con el espejo los resultados obtenidos. Se incrementan los beneficios realizando una profilaxis cada 4 a 6 meses. (12)

El **Programa Educativo**, complementa el sistema incremental, produciendo una perspectiva de difusión máxima de la “cultura de odontología” para la población en un proceso de individualización de conocimientos y tecnología odontológica que permita realizar los cuidados necesarios con relación a su salud y ambiente social. Este programa además apoya directamente las actividades recuperadoras y de prevención. El Programa Incremental es un procedimiento de trabajo adecuado para afrontar problemas de salud oral en una población determinada. Los resultados de programas incrementales han demostrado que proporciona excelentes niveles de atención estomatológica caracterizados por el alto grado de satisfacción profesional que da a quien lo ejecuta y el estado de salud oral pasa a ser algo visible en la población. (12)

Chía (Cundinamarca) se constituye legalmente como municipio en el año de 1956. Esta situado al noreste de Bogotá, limita al norte con el municipio de Cajicá, al oriente con Sopo, al sur con la Calera, Usaquen y Suba al occidente con Cota, Tenjo y Tabio; Se encuentra situada a 27 kilómetros del norte de la capital. Tiene una superficie de 79.23 Km² y su temperatura es de 14 °C, de clima seco, sano y agradable, su altura es de 2.562 msnm, la población de Chía es una mezcla de raza blanca e indígena y en la actualidad están en el orden de 570.000 hab. Para su administración interna el municipio se divide en las siguientes veredas: Cerca de Piedra, Delicias, Fagua, Fonqueta, Fusca, La Balsa, Tiquiza, Samaria, Yerbabuena, además del sector urbano.

El municipio de Chía cuenta con el hospital de Chía, La Cruz Roja Colombiana seccional Cundinamarca y Santa fe de Bogotá, Clínica el Divino Niño, Clínica de Chía, Clínica San Juan de Dios, Clínica Reinoso; entre servicios privados y públicos. (15)

Los resultados de diagnóstico en salud oral de niños escolares de colegios oficiales del municipio de Chía fueron los siguientes: De los 37 colegios que se encontraron elaborando en el segundo semestre de 1999, se examinaron los niños de 25 colegios correspondientes a un 68% quedando excluidos 12 colegios en un 32%, por diversos inconvenientes. Respecto al género se examinaron un total de 3.218 niñas y 2311 niños con un porcentaje del 50%, la edad de los niños oscila entre 6.5 y 12.4 años para un promedio de 9.5 años, el número de dientes examinados fue de 69.918 de los cuales 51.689 fueron dientes permanentes sanos para un promedio de 11 dientes sanos por niño con relación a índice C.O.P. de Klein, Pálmer, Knutson, se encontró 5370 dientes estaban cariados, 2609 obturados y 872 perdidos para un total de dientes afectados de 8851 (C y P), y el índice C.O.P. fue de 1.9 que según la clasificación de la OMS (organización mundial de la salud) en valores promedio es bajo.

En la valoración de la placa bacteriana con el índice de O'Leary, se encontró que el porcentaje oscila entre 9.4% y 60.5% para un promedio de 25.6%. (2)

El colegio **Laura Vicuña**, fue fundado en 1909 por las salesianas del María Auxiliadora, más tarde las salesianas funcionaron en Chía como una escuela de niños en la que tenía granjas para que los muchachos trabajaran, pero con el tiempo se convirtió en una escuela de niñas y luego en 1982 se convirtió en un colegio mixto el cual funciona actualmente.

Laura Vicuña fue alumna de las hijas de María Auxiliadora en el colegio misión de Junín de los andes (Argentina) 1891-1904.

Actualmente consta de 268 alumnos en la jornada de la mañana y 230 en la jornada de la tarde, cada jornada presenta siete grados de primero a quinto, una profesora para cada curso, y un profesor de educación física; se encuentra ubicada actualmente en el municipio de Chía en la calle 12-131 centro (16) (Cifuentes, A 2000).

El colegio **San José De Calasanz** comenzó siendo Vicaria de Colombia la Madre María Jesús Jurado Romero, se compro la Finca Santafé el 10 de Agosto de 1963, situada al Norte de las afueras de Bogotá. Se hizo cargo de la casa la madre Piedad Sedano Gómez, el 9 de Octubre en compañía de la postulante María Felisa López. De manera sencilla pero elocuente se bendice la finca el 22 de Octubre por el Padre Pedro Turiel. El 6 de Noviembre el Obispo Buenaventura Jaúregui, dio el permiso para tener oratorio semipublico y firmó la aprobación eclesiástica, La Capilla fue inaugurada por el Padre Turiel, Provincia de Colombia el 29 de Diciembre de 1963.

Quien haya estado en la vereda altos de Yerbabuena de Chía puede comprender mejor la descripción de la belleza del lugar donde un día del año 1963 la Escuela Pía Femenina abrió una de sus casas que va siendo presente el carisma calasancio en América. Disfrutar un atardecer y un sitio para sentir muy cerca al Señor. Como llegó a conseguir la finca Santafé hay varias versiones: Paseos, visitas, ofrecimientos, lo que no es posible ahora por su revalorización. Hoy a cabo de 36 años se mantiene iguales, el estilo colonial los inmensos pinos los verdes prados los caminos empedrados, etc.

El 29 de Noviembre de 1963 se inauguro el noviciado Santa fe nombre que fue cambiado por San José de Calasanz todo gracias a la organización de la madre vicaria Madre Jesús Dorado, con el objetivo de dar a la vicaria de Colombia un noviciado, como superiora y maestra de novicias, la Madre Cecilia Moral. (17) (Moral, C 2000).

Fruto de este inmenso trabajo en el campo de la formación de esta casa ha sido la profesión de 45 profesas escolapias Colombianas y Puertorriqueños. Los primeros años ayudados por los Padres Escolapios que complementaban aspectos teológico Psicológicos y espirituales de las prenovicias y novicias.

El 10 de febrero de 1964 se abrió una escuela para los niños pobres de la vereda inicialmente fueron atendidos 40 por una profesora y una religiosa. El nombre de dicho plantel quedo establecido como **San José de Calasanz**, hacia mayo era de tal pobreza que a los niños se les proporcionaba alimento ropa y calzado, desde su fundación hasta 1965 fue creciendo notoriamente el número de alumnos y se tenía hasta el grado quinto. En 1996 debido a la reforma educativa y al interés de la comunidad religiosa se inicio sexto grado con proyección a noveno, para lo cual se tuvo que restaurar y construir una nueva planta física.

Actualmente se atiende a 356 alumnos entre preescolar y noveno con un total de 16 profesores nombrados por el Departamento de Cundinamarca y el Municipio de Chía. En tiempos anteriores la mayoría de los alumnos pertenecían a familias que vivían alrededor de la escuela en la Vereda Yerbabuena, con el paso de los años y el fenómeno del urbanismo sus antiguos propietarios vendieron dando lugar a lujosas urbanizaciones que contrataban familias emigrantes de otras regiones de Colombia como celadores empleados domésticos; y sus hijos aproximadamente son el 15% de nuestros alumnos; el 85% restante vienen de diferentes Veredas de Chía en buces contratados por los padres de familia.

Actualmente funciona un restaurante escolar a un precio módico auspiciado por bienestar familiar. La comunidad de madres tiene becas para los más necesitados, se ha

impartido formación folclórica participando en muchas actuaciones ínter-escolares y municipales.

Mención especial tiene la formación catequista ejercida por las religiosas y novicias.

Las Madres y algunas de las profesoras de la escuela en horas de la tarde bajo la dirección de la Madre Cecilia Moral se desplazan a las casas de los niños, educan y enseñan a las madres el aseo del hogar, cocina y balanceo de los alimentos y hasta anuncian su testimonio de fé para contribuir en la formación y crecimiento en Jesús(17).

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Programa Incremental en salud oral de la población escolar de los colegios oficiales **Laura Vicuña y San José de Calasanz** del municipio de Chía durante el periodo comprendido de Mayo de 2000 hasta Marzo 1 de 2001.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Evaluar de acuerdo a género y edad a los pacientes inscritos en el Programa Incremental de salud oral.
- ◆ Evaluar el promedio de citas de los tratamientos realizados en los pacientes inscritos en el Programa Incremental de salud oral.
- ◆ Evaluar el diligenciamiento de las historias clínicas, por parte de los estudiantes de odontología participantes en el Programa Incremental en salud oral de salud oral.
- ◆ Evaluar el proceso de caries por medio del índice C.O.P. en los pacientes inscritos en el Programa Incremental de salud oral

- ◆ Evaluar el impacto de la educación en higiene oral, por medio del índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S). en los pacientes inscritos al Programa Incremental de salud oral.
- ◆ Cuantificar el número de dientes permanentes sanos
- ◆ Cuantificar los tratamientos realizados como aplicación tópica de fluoruro, sellantes, operatoria, endodoncia y cirugía.
- ◆ Cuantificar los tratamientos terminados, controlados, en curso y abandonados
- ◆ Evaluar la satisfacción de los padres de familia de los pacientes inscritos al Programa Incremental en salud oral.
- ◆ Evaluar la satisfacción del estudiante de Odontología participante en el Programa Incremental en salud oral.
- ◆ Aplicar matriz DOFA; Para evaluación de la satisfacción de padres y estudiantes pertenecientes al Programa Incremental de salud oral.
- ◆ Formular estrategias para el mejoramiento del Programa Incremental en salud oral.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Según la clasificación epidemiológica el siguiente estudio es de tipo descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Constituido por 43 historias clínicas de individuos pertenecientes a la población de Chía que participaron en el Programa Incremental en salud oral de los colegios: San José de Calasanz y Laura Vicuña.

2.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Fueron tomadas de datos recolectados en las historias clínicas, del Colegio Universitario Colombiano sede Chía.

2.3.1 Para la evaluación de género, edad, y número de citas se tuvo en cuenta los datos obtenidos de las historias clínicas.

2.3.2 Diligenciamiento de historias clínicas;

En el cual los criterios de evaluación fueron: Bueno, Regular y Malo.

Se considero que el diligenciamiento de la historia clínica fue bueno cuando:

- ◆ La primera parte de la historia clínica correspondiente a la identificación del paciente esta totalmente diligenciada.
- ◆ Hay relación entre el odontograma, los diagnósticos y el plan de tratamiento.
- ◆ El procedimiento y la evolución del tratamiento están en completa relación

Se considero que el diligenciamiento de la historia clínica fue regular cuando:

- ◆ No se realizo control diario de placa bacteriana.
- ◆ No hubo relación entre el odontograma y los diagnósticos definitivos.

Se considero que el diligenciamiento de la historia clínica fue mala cuando:

- ◆ No hubo diligenciamiento de los diagnósticos definitivos.
- ◆ No existió relación entre el plan de tratamiento y la evolución del mismo.
- ◆ No se presento un buen diligenciamiento del odontograma
- ◆ El procedimiento no se realizó de acuerdo al plan de tratamiento

2.3.3 Grado de higiene oral; evaluado a través de índice de higiene oral de Greene y Vermillon placa blanda y teniendo en cuenta parámetros de puntaje y criterios.

Criterios:

◆ **Placa blanda y placa calcificada.**

Bueno : 0.0 - 1.2

Regular : 0.7 - 1.8

Malo : 1.9 - 3.0

◆ **Índice de higiene oral simplificado**

Bueno : 0.0 - 1.2

Regular : 1.3 - 3.0

Malo : 3.1 - 6.0

2.3.4 Estado oral; se evaluó el estado de caries dental, dientes obturados y perdidos de dientes permanentes mediante el C.O.P.

Valores:

◆ **C.O.P.**

Muy bajo: 0.0 - 1.1

Bajo : 1.2 - 2.6

Moderado : 2.7 - 4.4

Alto : 4.7 - 6.5

Muy alto: 6.6 - más

2.3.5 Número de dientes permanentes sanos; permanentes; se contabilizo la existencia de dientes permanentes sanos que se encontraran erupcionados totalmente.

2.3.6 Para la identificación de los tratamientos de aplicación tópica de fluoruro, sellantes, operatoria, endodoncia y cirugía, se tuvo en cuenta la información consignada en la historia clínica realizada. Así como también la cuantificación de los tratamientos terminados, controlados, en curso y abandonados.

2.3.7 Satisfacción de usuario con el programa; se realizó mediante encuestas a padres de los pacientes inscritos del Programa Incremental en salud oral, así como también a los estudiantes de odontología participantes en el programa (anexo No 4)

2.3.8 Para identificar las estrategias para el mejoramiento del Programa Incremental se utilizó la matriz DOFA donde se buscó encontrar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de dicho Programa

2.4 PROCEDIMIENTO

Para la evaluación del Programa Incremental en salud oral, realizado en el municipio de Chía (Cundinamarca), en los Colegios Laura Vicuña y San José de Calasanz.

El estudio se basó en la recolección de datos de las historias clínicas ya realizadas anteriormente por el Programa Incremental de Chía (Cundinamarca) (Anexo 1), se tomaron 43 historias clínicas pertenecientes a los dos colegios. Al inicio de este programa se elaboró un manual para tomar los índices de higiene oral simplificado de Greene y Vermillon y el C.O.P.

Los criterios utilizados para determinar El I-COP fueron: dientes permanentes, dientes completamente erupcionados y como mínimo 2 superficies. Para el C.O.P. se tomaron criterios de clasificación: se considera cariado (C) un diente cuando: presenta una lesión clínicamente visible, la opacidad del esmalte indicando caries subyacente, la extremidad del explorador penetra y se puede constatar tejido dentario reblandecido en el fondo, hay restauraciones y se encuentra en el mismo diente uno de los criterios anteriormente descritos. Se considera obturado (O) cuando presenta una o más obturaciones o restauraciones sin recidiva de caries, bien adaptadas sin fracturas y con ²⁹

material definitivo. Un diente se considera perdido (P) cuando: esta ausente de la cavidad oral después del periodo en que normalmente debería haber hecho su erupción desde que exista razón segura de que fue extraído por causa dentaria. se calibraron los estudiantes de Octavo semestre del Colegio Universitario Colombiano, en el área de odontopediatria, para tener un criterio unificado del índice de higiene oral y C.O.P.(Anexo No 2).

Al transcurrir un periodo de un año que correspondió de Mayo del 2000 a Marzo 1 de 2001 se recogieron los datos de las historias clínicas, con base en estos datos recopilados teniendo en cuenta las variables anteriormente nombradas, continuamos con las encuestas a los padres de los pacientes inscritos en el Programa Incremental en salud oral, las cuales se hicieron telefónicamente y a los estudiantes del Colegio Universitario Colombiano participantes del Programa Incremental se hicieron personalmente hasta conformar la matriz DOFA.

2.5 ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una estadística descriptiva de medidas de tendencia central de tipo promedio para las siguientes variables: Edad, número de citas, índice de higiene oral, índice C.O.P. dientes permanentes sanos y sellantes; y de porcentaje para las siguientes variables: Genero, historia clínica, flúor, operatoria, endodoncia, exodoncia, tratamientos terminados, abandonados, en curso y control de tratamientos.

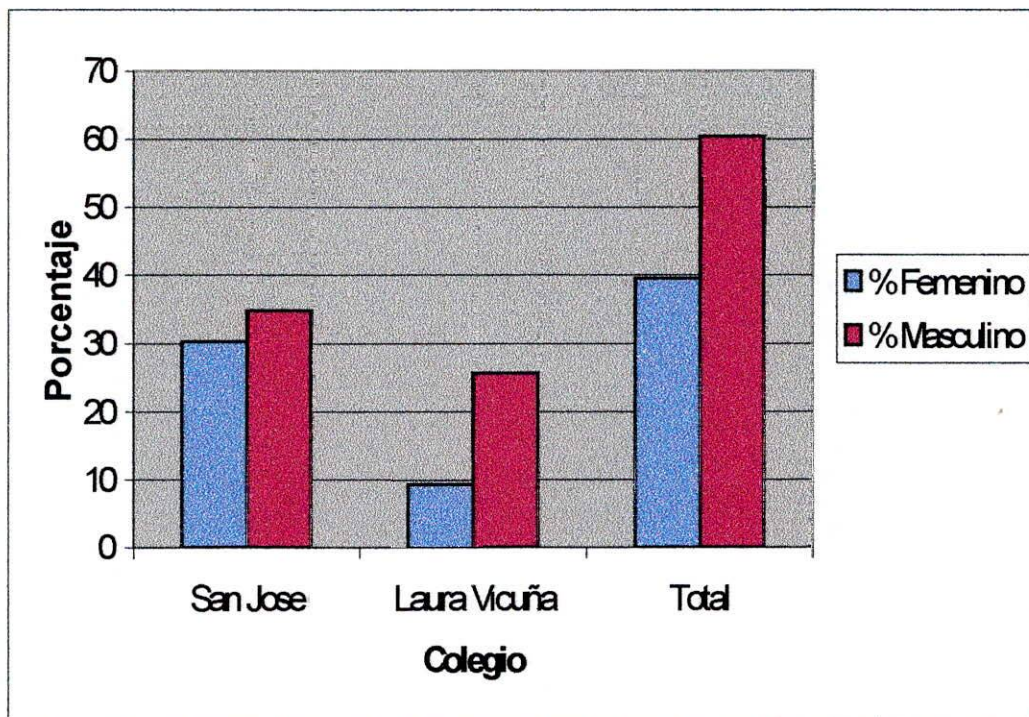
Se utilizaron tablas y gráficos de pastel e histogramas.

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos de 43 historias evaluadas hasta el 1 de marzo de 2001, 28 corresponden al Colegio San José de Calasanz y 15 al Colegio Laura Vicuña. Con respecto al género de un total de 28 historias del Colegio San José de Calazans; 13 pertenecen al género femenino, que corresponde a un 30.2% y 15 pertenecen al género masculino, que corresponde a un 34.8%. De un total de 15 historias del colegio Laura Vicuña, 4 pertenecen al género femenino, que corresponden al 9.3% y 11 pertenecen al género masculino, que corresponde a un 25.6%. Para un total de 17 del género femenino, que corresponde a un 39.5 % y 26 del género masculino que corresponde a un 60.4 %.

Colegio	Femenino	%	Masculino	%	Total Género	%
San José	13	30.2	15	34.8	28	65.2
Laura Vicuña	4	9.3	11	25.6	15	34.9
Total	17	39.53	26	60.47	43	100

Tabla 1. Porcentaje según género de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

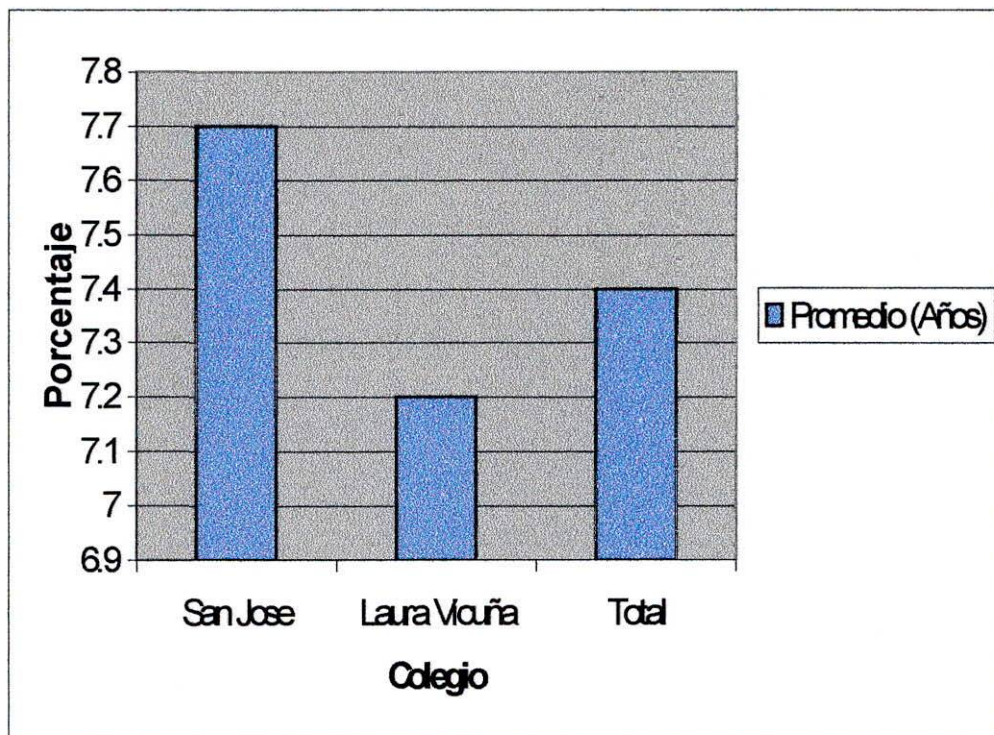


Gráfica 1. Porcentaje según género de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

En cuanto a la edad en el Colegio San José de Calasanz se presentó un promedio de edad de 7.7, y en el Colegio Laura Vicuña un promedio de edad de 7.2. Para un promedio total de 7.4

Colegio	N° de Pacientes	Edad Total	Promedio (Años)
San José	28	216	7.7
Laura Vicuña	15	109	7.2
Total	43	325	7.4

Tabla 2. Promedio según edad de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

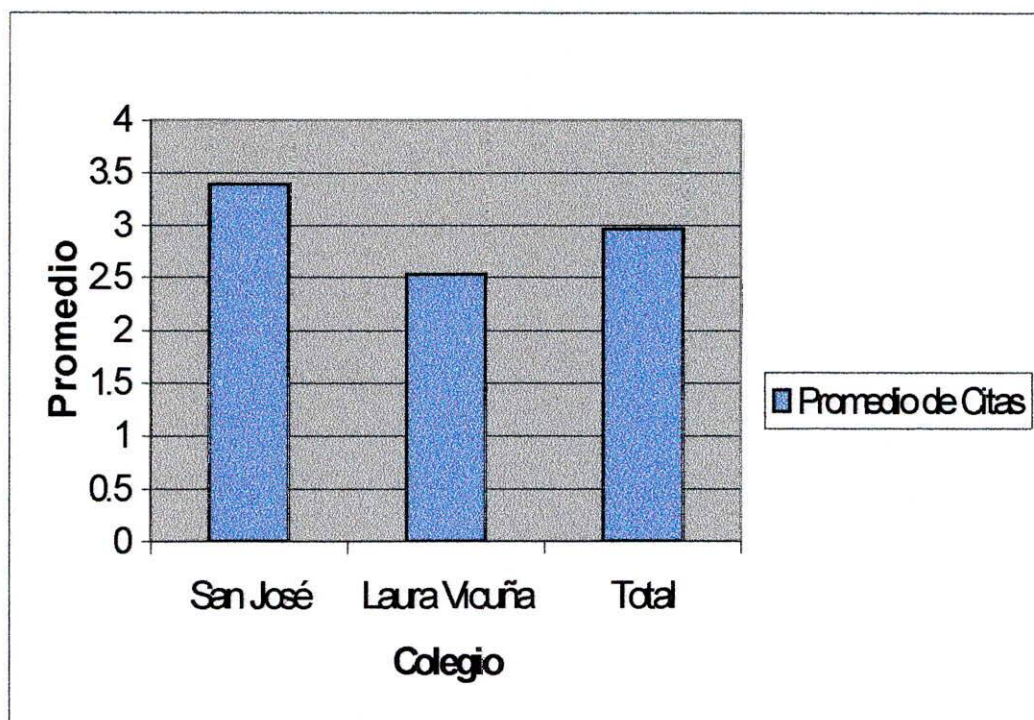


Gráfica 2. Promedio según edad de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

El promedio de citas en el Colegio San José de Calasanz fue de 3.39, y en el Colegio Laura Vicuña de 2.53. Para un promedio total de 2.96

Colegio	Total Citas	Promedio de Citas
San José	95	3.39
Laura Vicuña	38	2.53
Total	133	2.96

Tabla 3. Promedio de citas asistidas de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



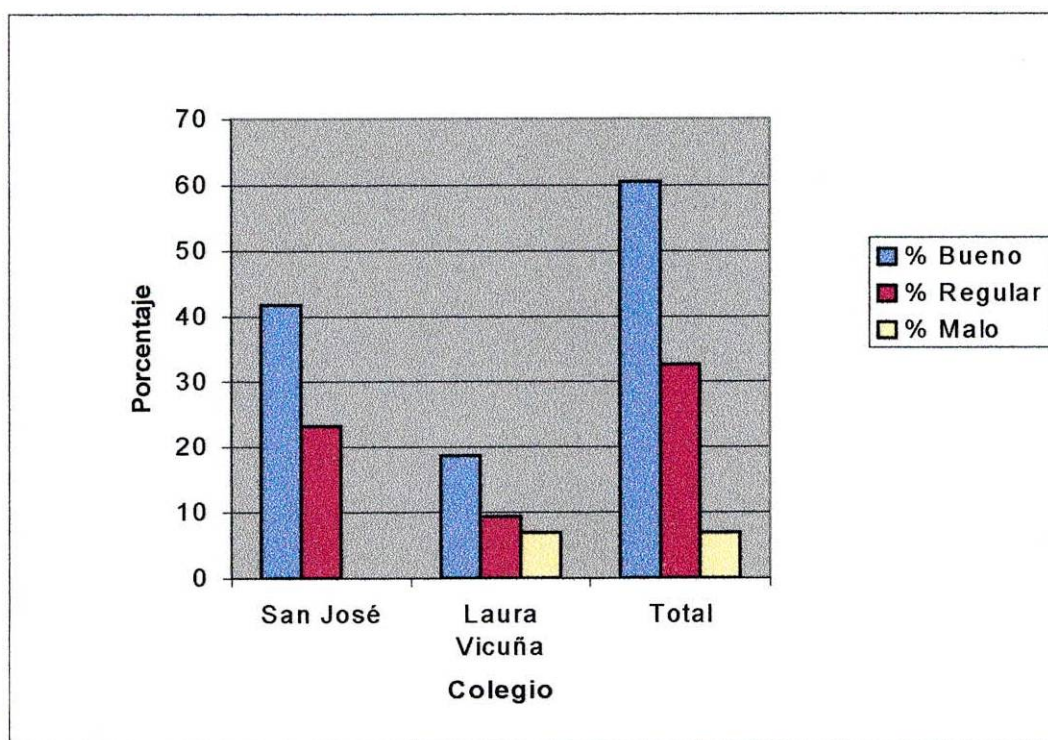
Gráfica 3. Promedio de citas asistidas de los pacientes inscritos en el programa incremental de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

En el diligenciamiento de Historia Clínica se encontró de un total de 28 historias clínicas del Colegio San José de Calasanz; se presentaron 18 historias clínicas bien diligenciadas, que corresponde a un 41.8%, 10 historias clínicas regulares en el diligenciamiento, que corresponde a un 23.2%, y ausencia de historias clínicas mal diligenciadas. El Colegio Laura Vicuña con un total de 15 historias clínicas, presento 8 historias clínicas bien diligenciadas, que corresponden a 18.6%, 4 historias clínicas regulares en el diligenciamiento, que corresponde a un 9.3%, y 3 historias clínicas mal diligenciadas, que corresponde a un 6.97%. Para un total de 26 historias clínicas bien diligenciadas, que corresponde a un 60.4%, 14 historias clínicas regulares en el diligenciamiento, que

corresponde a un 32.55%, y 3 historias clínicas mal diligenciadas, que corresponden a un 6.97 %.

Colegio	Bueno	%	Regular	%	Malo	%	Total	%
San José	18	41.8	10	23.2	0	0	28	65.1
L. Vicuña	8	18.6	4	9.2	3	6.9	15	34.8
Total	26	60.46	14	32.56	3	6.9	43	100

Tabla 4. Porcentaje del diligenciamiento de historias clínicas de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



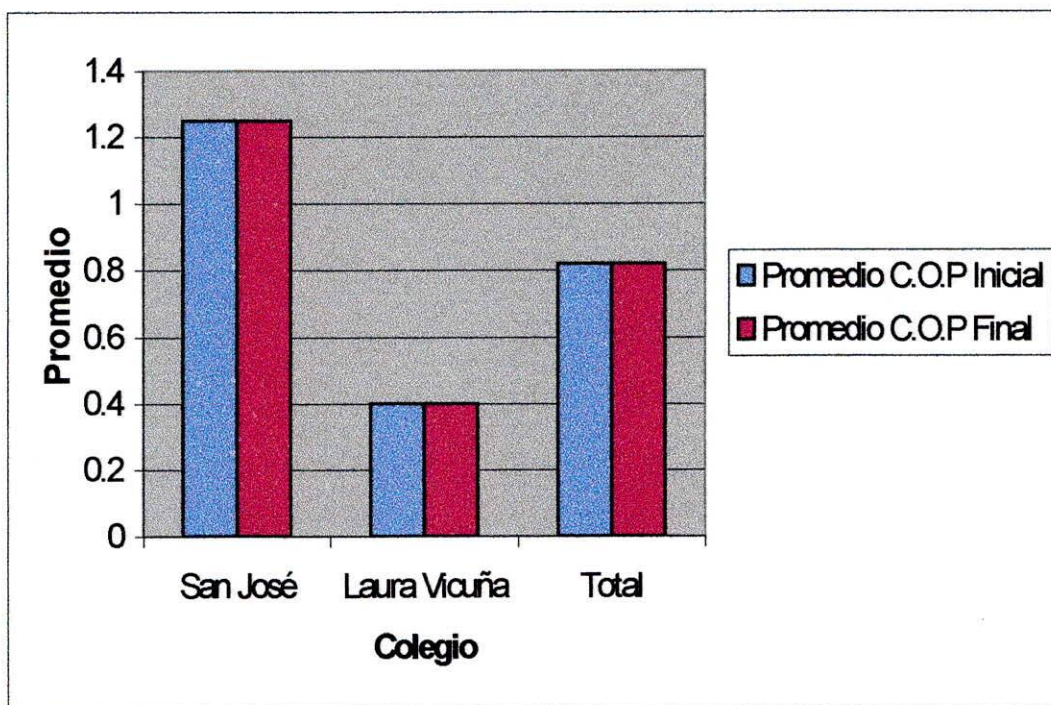
Gráfica 4. Porcentaje del diligenciamiento de historias clínicas de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los resultados de Índice C.O.P en el Colegio San José de Calasanz presento un índice inicial y final con un promedio de 1.25 que corresponde a un valor medio BAJO. El Colegio Laura Vicuña presentó un índice inicial y final con un promedio de 0.4 que

corresponde a un valor medio MUY BAJO. El índice inicial y final de C.O.P, no cambio, debido a que el tiempo de recolección de datos fue en menos de un mes. El promedio total de los dos colegios fue de 0.82. que equivale a un valor medio MUY BAJO.

Colegio	Total	Promedio C.O.P Inicial	Total	Promedio C.O.P Final
San José	34	1.25	34	1.25
L. Vicuña	7	0.4	7	0.4
Total	41	0.82	41	0.82

Tabla 5. Promedio del índice C.O.P inicial y final de los pacientes inscritos en el programa incremental en salud oral de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



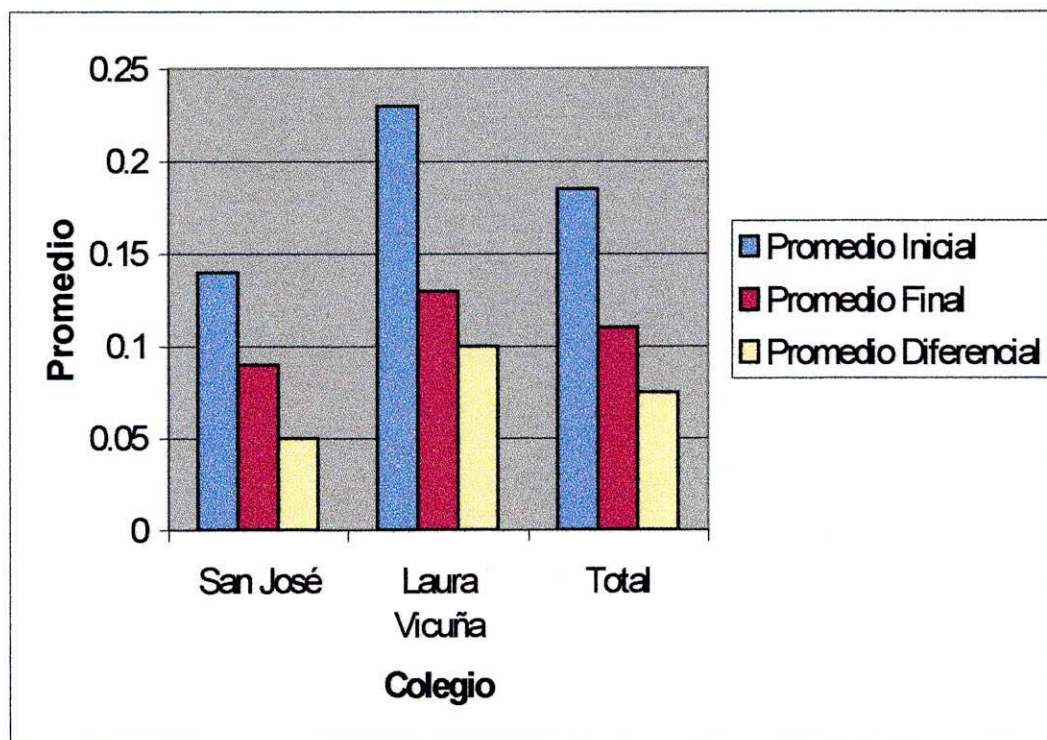
Gráfica 5. Promedio del índice C.O.P inicial y final de los pacientes inscritos en el programa incremental en salud oral de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

En cuanto al Índice de Higiene Oral Simplificado el Colegio San José de Calasanz presentó un Índice de Higiene Oral Inicial con un promedio de 0.14 y un Índice de Higiene Oral

final con un promedio de 0.09. una disminución de placa Bacteriana del 0.05 El Colegio Laura Vicuña presento un Índice de Higiene Oral Inicial con un promedio de 0.23 y un Índice de Higiene Oral final con un promedio de 0.13. Con una disminución de placa Bacteriana del 0.1. En total en los dos colegios se presento un promedio inicial de 0.185, final de 0.11 con una diferencia de 0.075.

Colegio	Total	Promedio Inicial	Total	Promedio Final	Promedio Diferencial
San José	3.68	0.14	1.58	0.09	0.05
Laura Vicuña	3.35	0.23	1.16	0.13	0.1
Total	7.03	0.185	2.74	0.11	0.075

Tabla 6. Promedio de índice de higiene oral inicial y final de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

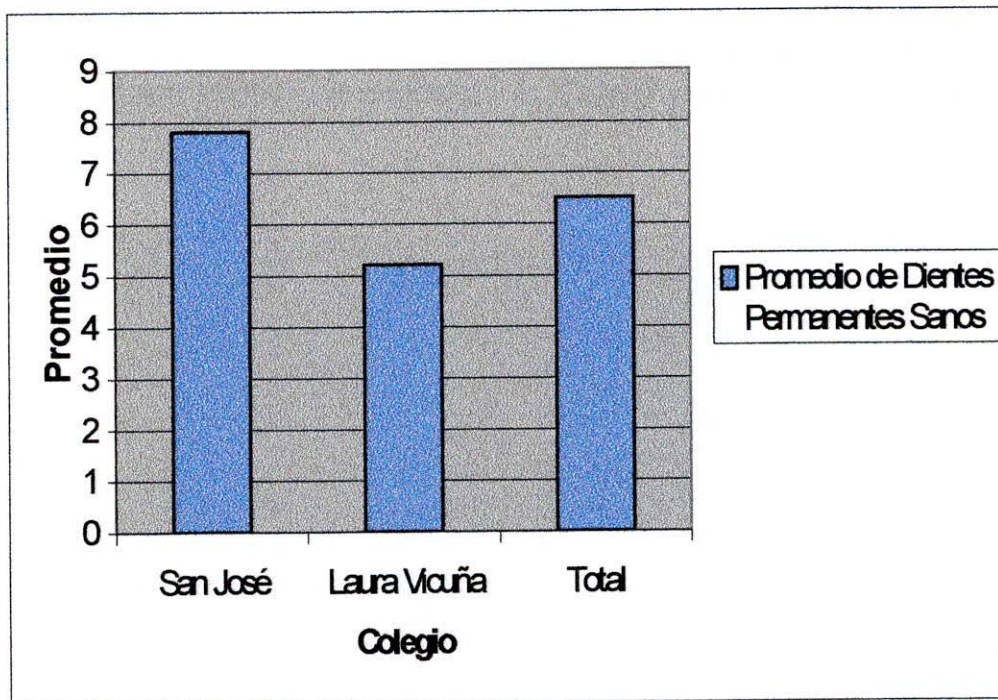


Gráfica 6. Promedio de índice de higiene oral inicial y final de los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Con respecto al número de dientes Permanentes Sanos: En el Colegio San José de Calasanz se presentó un total de 218 dientes permanentes sanos que corresponde a un promedio de 7.8 y en el Colegio Laura Vicuña se presentó un total de 78 dientes permanentes sanos que corresponde a un promedio de 5.2. Para un total de los dos colegios de 296 con un promedio de 6.5.

Colegio	Nº de Dientes Permanentes Sanos	Promedio de Dientes Permanentes Sanos
San José	218	7.8
Laura Vicuña	78	5.2
Total	296	6.5

Tabla 7. Promedio de número de dientes permanentes sanos en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

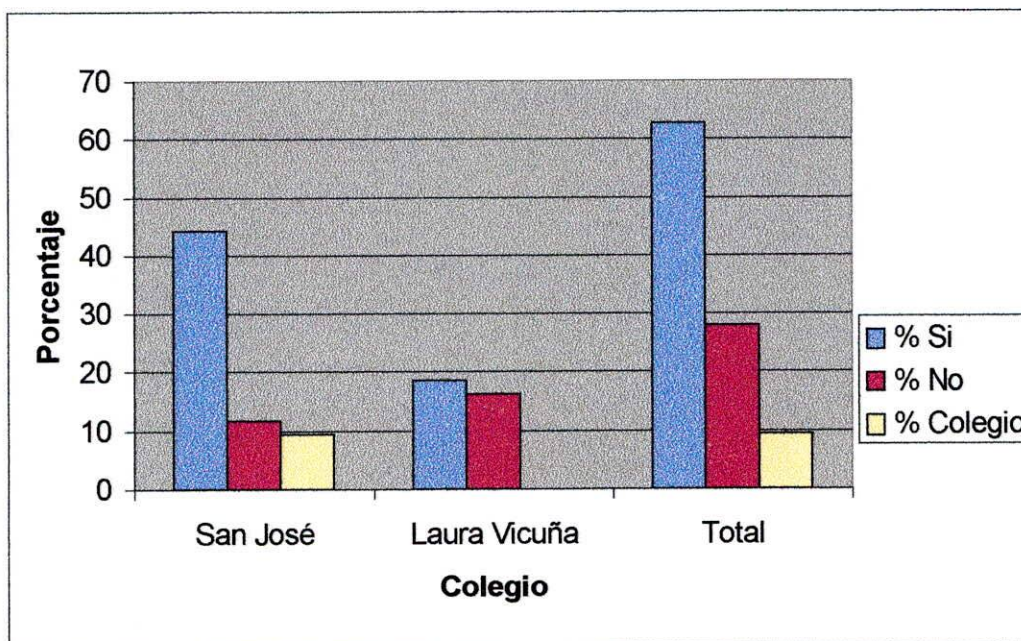


Gráfica 7. Promedio de número de dientes permanentes sanos en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Las aplicaciones tópicas de Fluoruro: En el colegio San José de Calasanz fueron 19 que corresponde a 44.19 %, 4 se les aplico en el colegio que corresponde a 9.3% y 5 no les aplicaron fluor, que corresponde al 11.62%. En el colegio Laura Vicuña a 8 pacientes se les aplico fluoruro tópico que corresponde a 18.6 %, ninguno fue aplicado en el colegio y no les aplicaron fluoruro a 7 que corresponde a 16.28%. Para un total de 27 pacientes que les aplicaron fluoruro, que corresponde a 62.79%, 4 pacientes les aplicaron fluoruro en el colegio, que corresponde a 9.3% y a 12 pacientes no se les aplico fluoruro que corresponde a 27.9%.

Colegio	Si	%	Colegio	%	No	%	Total	%
San José	19	44.19	4	9.3	5	11.62	28	65.11
Laura Vicuña	8	18.6	0	0	7	16.28	15	34.8
Total	27	62.79	4	9.3	12	27.9	43	100

Tabla 8. Porcentaje de aplicación de fluoruro tópico en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

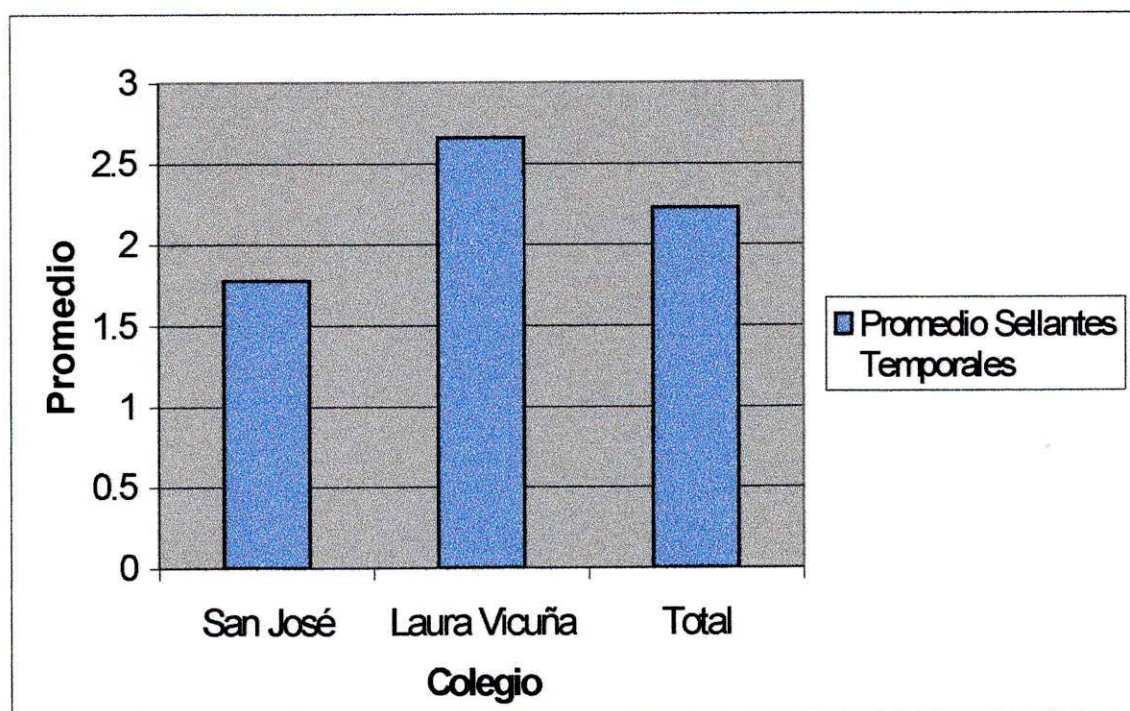


Gráfica 8. Porcentaje de aplicación de fluoruro tópico en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

En cuanto a la aplicación de sellantes en dientes temporales, en el Colegio San José de Calasanz se presentó un total de 50 sellantes con un promedio de 1.78. y en el Colegio Laura Vicuña se presentó un total de 40 sellantes con un promedio de 2.66. Para un total de 90 sellantes para ambos colegios que equivale a un promedio de 2.22 por paciente atendido.

Colegio	Total de Sellantes Temporales	Promedio Sellantes Temporales
San José	50	1.78
Laura Vicuña	40	2.66
Total	90	2.22

Tabla 9. Promedio sellantes en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

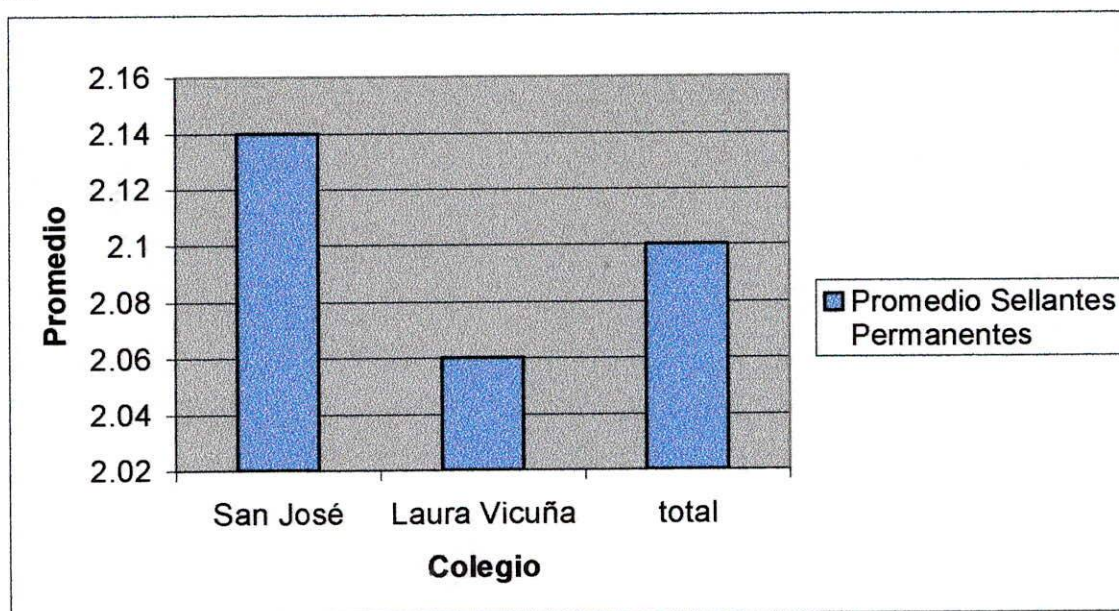


Gráfica 9. Promedio de sellantes en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los sellantes aplicados en dientes permanentes fueron, en el Colegio San José de Calasanz presento un total de 60 sellantes para un promedio de 2.14 y en el Colegio Laura Vicuña presento un total de 31 sellantes para un promedio de 2.0 con un total de 4.2 sellantes en ambos colegios que equivale a un promedio de 2.1 por paciente atendido.

Colegio	Total Sellantes Permanentes	Promedio Sellantes Permanentes
San José	60	2.14
Laura Vicuña	31	2.06
Total	91	2.1

Tabla 10. Promedio sellantes en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



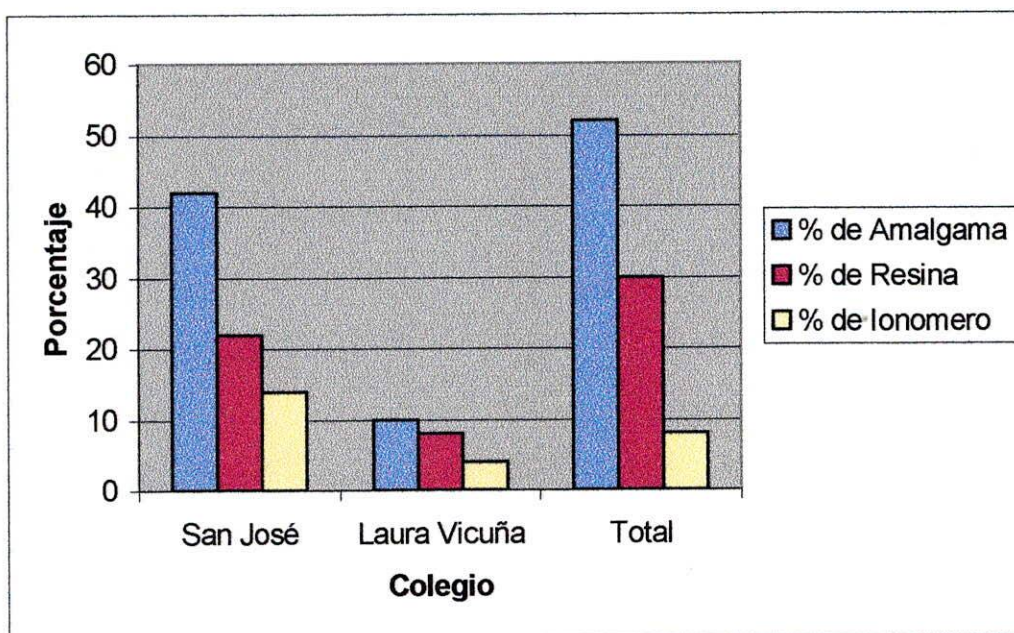
Gráfica 10. Promedio sellantes en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los tratamientos de operatoria realizados en dientes temporales, en el Colegio San José de Calasanz con un total de 39 dientes temporales obturados así; 21 Amalgamas corresponden

a un 42%. 11 Resinas de fotocurado que corresponden a un 22 %, y 7 Ionomeros de vidrio que corresponden a un 14%, en el colegio Laura Vicuña con un total de 11 dientes temporales obturados así; 5 amalgamas que corresponden a 10%, 4 resinas de fotocurado que corresponden a un 8%, 2 Ionomeros de vidrio que corresponde a 4%. En total se realizaron 26 amalgamas que corresponden a 52%, 15 resinas de fotocurado que corresponden a 30% y 9 Ionomeros de vidrio que corresponden a un 18.%

Colegio	Amalgama	%	Resina	%	Ionomero	%	Total	%
San José	21	42	11	22	7	14	39	78
Laura Vicuña	5	10	4	8	2	4	11	22
Total	26	52	15	30	9	18	50	100

Tabla 11. Porcentaje de operatoria en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

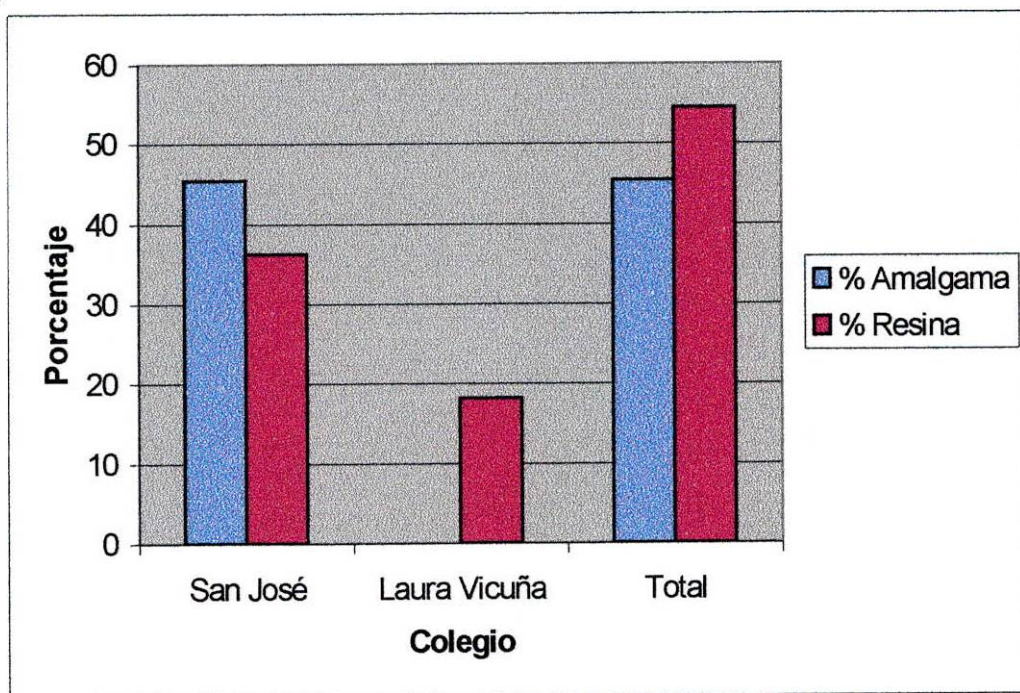


Gráfica 11. Porcentaje de operatoria en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los tratamientos de operatoria en dientes permanentes realizados fueron: El Colegio San José de Calasanz Tiene un total de 18 dientes permanentes obturados, 10 amalgamas corresponden a un 45.4%, 8 resinas de fotocurado que corresponden a un 36.3%. El colegio Laura Vicuña con un total de 4 dientes permanentes obturados, ninguna amalgama, 4 resinas de fotocurado que corresponden a un 18.1%. Para un total de 10 amalgamas que corresponde a un 45.4% y 12 resinas que corresponde a un 54.5%

Colegio	Amalgama	%	Resina	%	Total	%
San José	10	45.4	8	36.3	18	81.7
Laura Vicuña	0	0	4	18.1	4	18.1
Total	10	45.4	12	54.4	22	100

Tabla 12. Porcentaje de operatoria en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

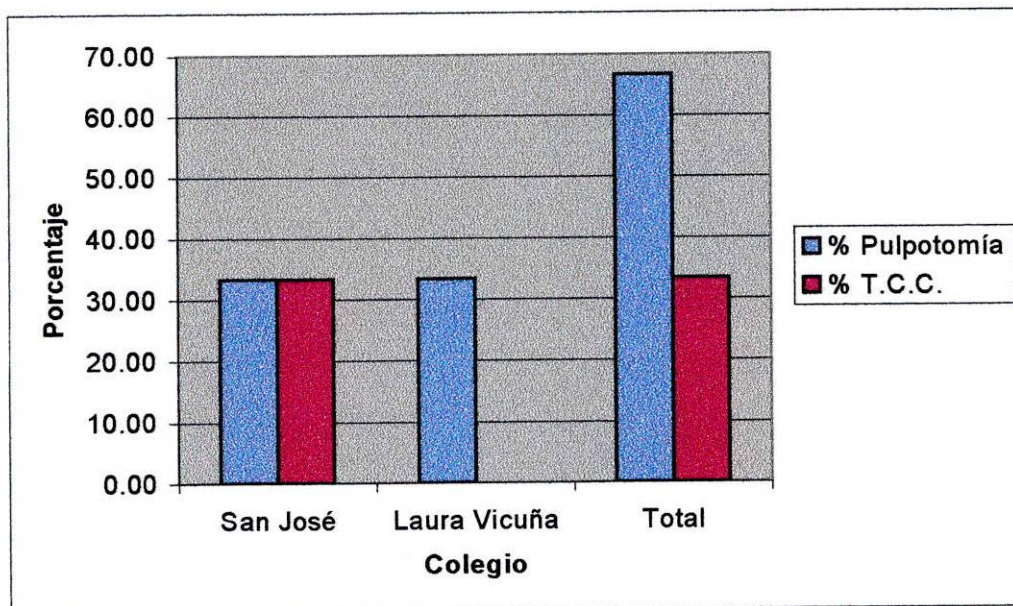


Gráfica 12. Porcentaje de operatoria en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los tratamientos endodónticos en dientes temporales fueron: En el Colegio San José de Calasanz Tiene un total de 2 que corresponden a 66.66%, distribuidos en 1 Pulpotomía, que corresponde a 33.33% y 1 Tratamiento Convencional de Conductos que corresponden a 33.33%. El colegio Laura Vicuña con un total de 1 que corresponden al 33.33%, de una 1 una Pulpotomía En total se realizaron 2 Pulpotomías que corresponden al 66.66% y 1 tratamiento de conducto que corresponde a un 33.33% para dar un total de 3 tratamientos endodónticos en dientes temporales correspondientes al 100%.

Colegio	Pulpotomía	%	T.C.C.	%	Total	%
San José	1	33.33	1	33.33	2	66.66
Laura Vicuña	1	33.33	0	0	1	33.33
Total	2	66.66	1	33.33	3	100

Tabla 13. Porcentaje de endodoncias en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

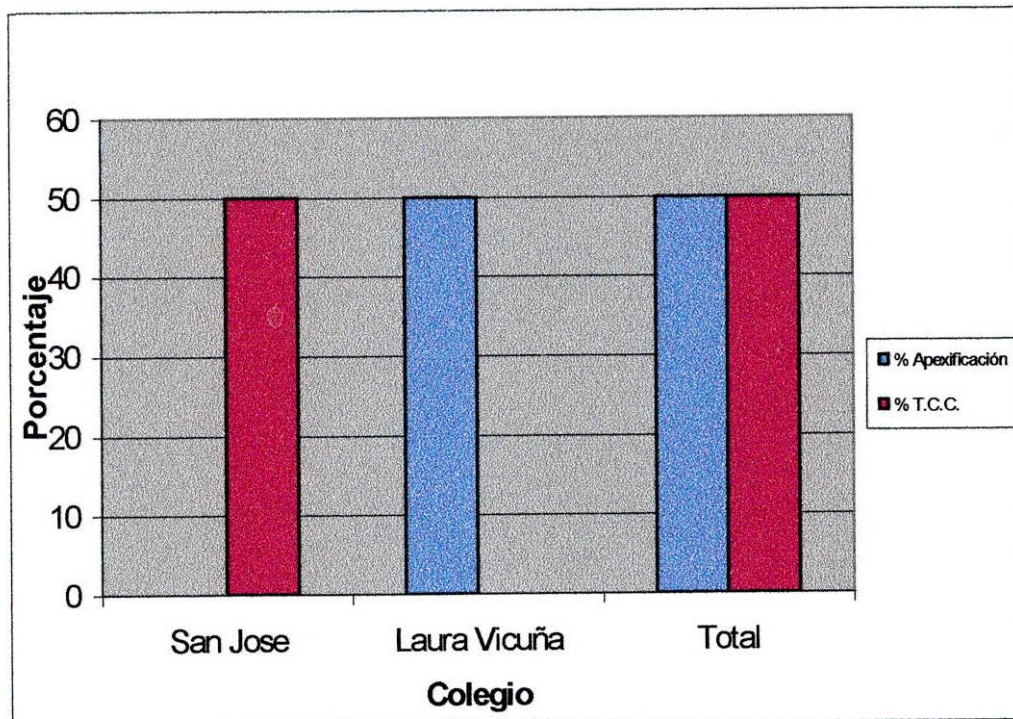


Gráfica 13. Porcentaje de endodoncias en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los tratamientos endodónticos en dientes permanentes fueron: En el Colegio San José de Calasanz 1 Tratamiento Convencional de Conductos que corresponden al 50%, y en el colegio Laura Vicuña 1 Apexificación que corresponden al 50%. para un total de 2 Tratamientos endodónticos en permanentes que corresponden al 100%

Colegio	Apexificación	%	T.C.C.	%	Total	%
San José	0	0	1	50	1	50
Laura Vicuña	1	50	0	0	1	50
Total	1	50	1	50	2	100

Tabla 14. Porcentaje de endodoncia en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



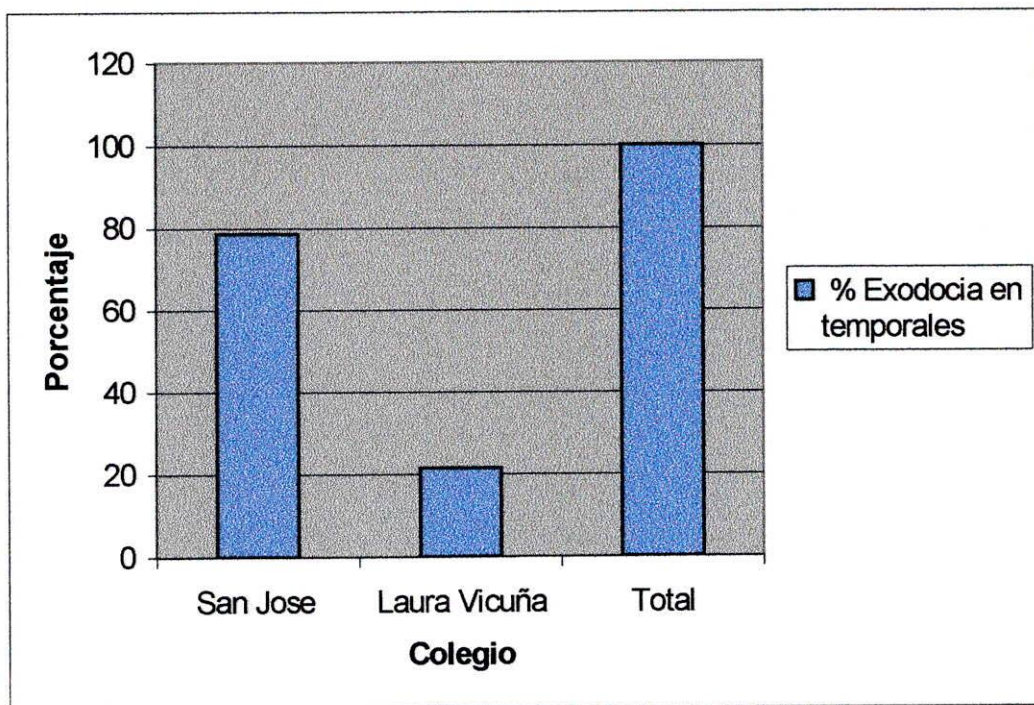
Gráfica 14. Porcentaje de endodoncia en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Cirugía Temporales: En el Colegio San José de Calasanz encontramos 11 tratamiento de exodoncia en temporales para un porcentaje de 78.57%. Y en el colegio Laura Vicuña de

los procedimientos quirúrgicos en dientes temporales encontramos 11 exodoncias del Colegio San José de Calasanz con un porcentaje de 78.57%, 3 exodoncias para el Colegio Laura Vicuña con un porcentaje de 21.42%. dando un total de 14 exodoncias en que corresponden al 100%

Colegio	Exodocia en temporales	%	total	%
San José	11	78.57	11	78.57
Laura Vicuña	3	21.42	3	21.42
Total	14	99.99	14	100

Tabla 15. Porcentaje de exodoncia en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

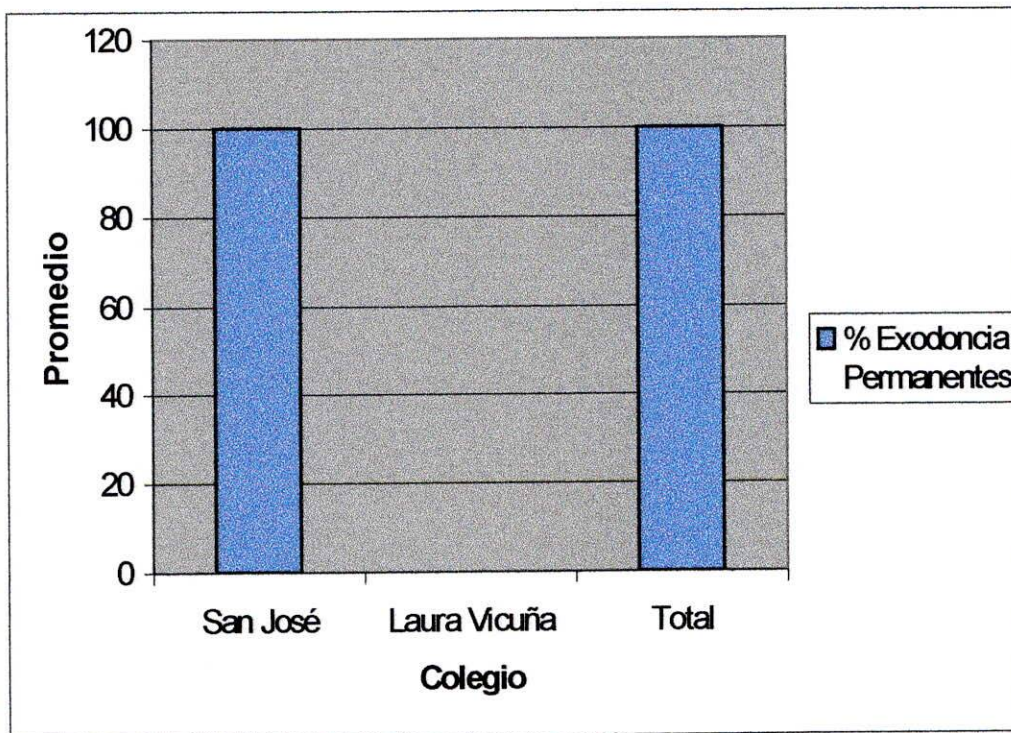


Gráfica 15. Porcentaje de exodoncia en dientes temporales en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los procedimientos quirúrgicos en dientes Permanentes: En el Colegio San José de Calasanz se realizaron 3 exodoncias para un porcentaje de 100%. Y en el colegio Laura Vicuña no se realizaron exodoncias.

Colegio	Exodoncia en permanentes	%	total	%
San José	3	100	3	100
Laura Vicuña	0	0	0	0
Total	3	100	3	100

Tabla 16. Porcentaje de exodoncia en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



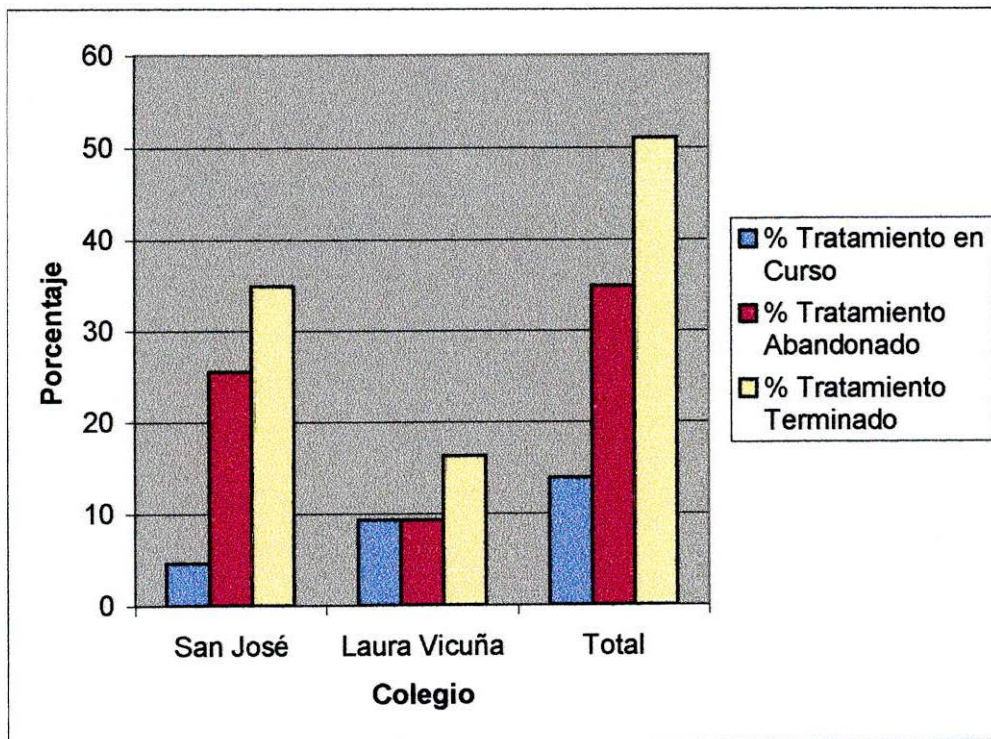
Gráfica 16. Porcentaje de exodoncia en dientes permanentes en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Tratamientos: De 43 Tratamientos realizados encontramos 28 del Colegio San José de Calasanz corresponde a 65.11% de los cuales 2 tratamientos están en curso, corresponde De

43 Historias clínicas diligenciadas encontramos 28 del Colegio San José de Calasanz que corresponden al 65.11%, de los cuales 2 tratamientos están en curso, corresponden a 4.65%, 11 tratamientos abandonados, corresponde a 25.58% y 15 tratamientos fueron terminados corresponden a 34.88%. Encontramos 15 historias clínicas diligenciadas en el Colegio Laura Vicuña corresponde a 34.8%, de los cuales 4 tratamientos están en curso, corresponde a 9.3%, 4 tratamientos están abandonados, corresponde a 9.3%, y 7 tratamientos fueron terminados, corresponden al 6.27%. Para un total de 6 tratamientos en curso, que corresponden a 13.95%, 15 tratamientos abandonados, corresponden a 34.88% y 22 tratamientos terminados, corresponden a 51.15%.

Colegio	T.T.O En Curso	%	T.T.O Abandonado	%	T.T.O Terminado	%	Total	%
San José	2	4.65	11	25.58	15	34.88	28	65.1
Laura Vicuña	4	9.3	4	9.3	7	16.27	15	34.8
Total	6	13.95	15	34.88	22	51.15	43	100

Tabla 17. Porcentaje de tratamientos en curso, abandonados y terminados en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

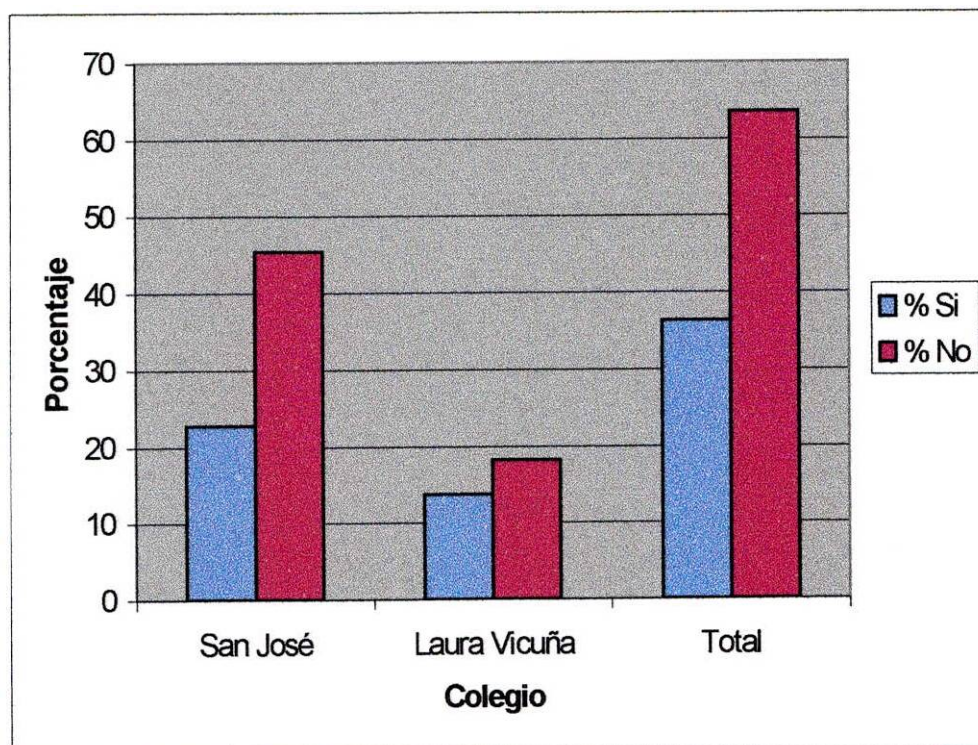


Gráfica 17. Porcentaje de tratamientos en curso, abandonados y terminados en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Se controlaron en el Colegio San José de Calasanz 5 tratamientos que corresponden a 22.7%, no se controlaron 10 tratamientos que corresponden al 45.4%. Con un total de 15 tratamientos terminados. En el colegio Laura Vicuña 3 tratamientos controlados corresponden a 13.6% y 4 tratamientos no controlados corresponden al 18.1%. Con un total de 7 tratamientos terminados. El total de controles realizados en controles realizados fueron 8 que corresponde a 36.3%, el total de controles no realizados en tratamientos terminados fueron 14 tratamientos que corresponde a 63.6%. El total de tratamientos controlados y no controlados fue de 22 que corresponden al 100%

Colegio	Si	%	No	%	Total	%
San José	5	22.7	10	45.4	15	68.1
Laura Vicuña	3	13.6	4	18.1	7	31.7
Total	8	36.3	14	63.6	22	100

Tabla 18. Porcentaje de control de tratamientos terminados en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001



Gráfica 18. Porcentaje de control de tratamientos terminados en los colegios San José de Calasanz y Laura Vicuña del municipio de Chía (Cundinamarca) a 1 de marzo de 2001

Los resultados de la encuesta a **Padres de familia** de los pacientes inscritos al programa incremental fueron encuestas realizadas telefónicamente para el estudio un total de 33 padres, 21 del colegio San José de Calasanz y 12 del Colegio Laura Vicuña. No se realizaron encuestas a todos los padres, porque hubo error en los números telefónicos consignados en las historias clínicas, no se encontró al acudiente o no respondían a la

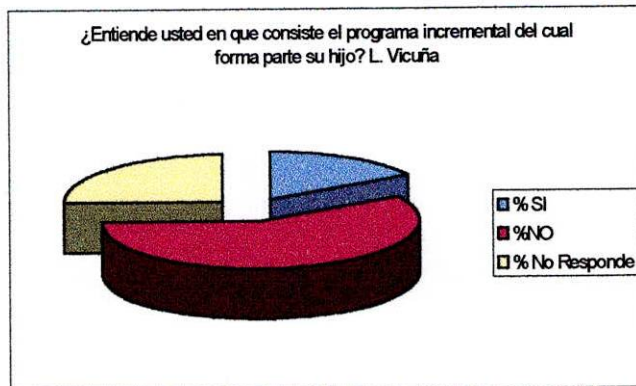
llamada, el padre de familia había llevado 2 o mas hijos al programa. Por lo cual solo se entrevisto una vez.

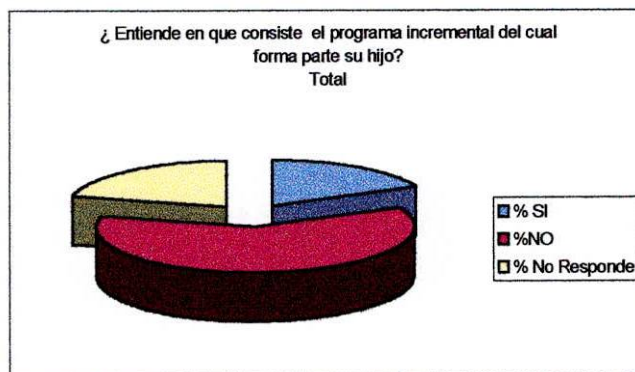
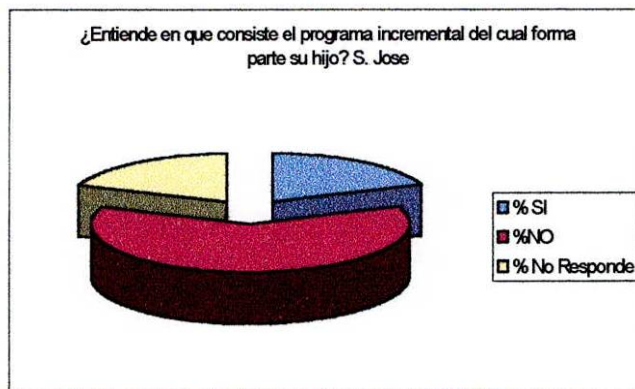
Pregunta 1. ¿ Entiende usted en que consiste el programa incremental del cual forma parte su hijo?

En el colegio Laura Vicuña 2 contestaron Si que corresponde al 6%, 7 contestaron No que corresponde al 21.2% y 3 No Respondieron que corresponde al 9%. En el colegio San José de Calasanz 4 contestaron Si que corresponde a 12.1%, 13 contestaron No que corresponde a 39.3% y 4 no respondieron que corresponde a 12.1%. Para un total de 6 respuestas afirmativas que equivale a 18.1%, 20 respuestas negativas que corresponden a 60.6%, y 7 no respondieron que corresponde a 21.2%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	2	6	7	21.2	3	9
S. José	4	12.1	13	39.3	4	12.1
Total	6	18.1	20	60.6	7	21.1

Tabla19. ¿ Entiende usted en que consiste el Programa Incremental del cual forma parte su hijo?





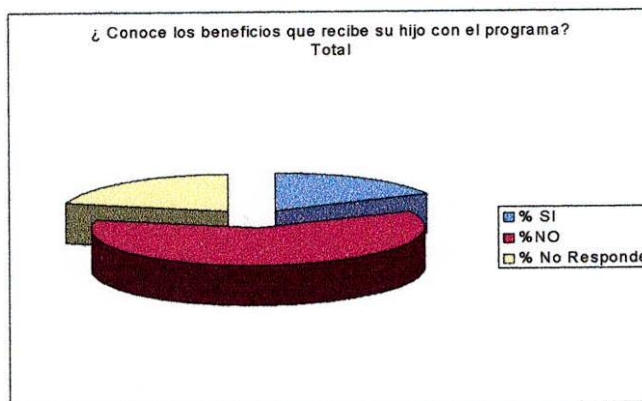
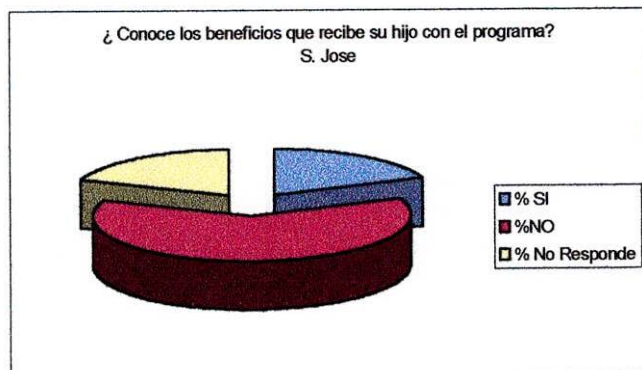
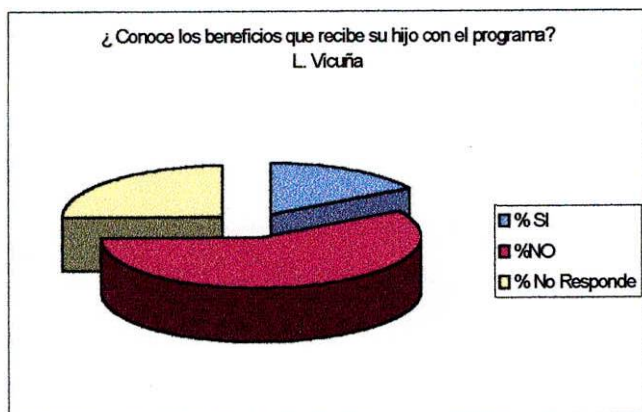
Gráfica 19. ¿ Entiende usted en que consiste el Programa Incremental del cual forma parte su hijo?

Pregunta 2. ¿ Conoce los beneficios que recibe su hijo con este programa?

En el colegio Laura Vicuña 2 contestaron Si que corresponde al 6%, 7 contestaron No que corresponde al 21.2% y 3 No Respondieron que corresponde al 9% En el colegio San José de Calasanz 4 contestaron Si que corresponde a 12.1%, 13 contestaron No que corresponde a 39.3% y 4 no respondieron que corresponde a 12.1%. para un total de 6 respuestas afirmativas que equivale a 18.1%, 20 respuestas negativas que corresponden a 60.6%, y 7 no respondieron que corresponde a 21.2%

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	2	6	7	21.2	3	9
S. José	4	12.1	13	39.3	4	12.1
Total	6	18.1	20	60.6	7	21.2

Tabla 20. ¿ Conoce los beneficios que recibe su hijo con este programa?



Gráfica 20. ¿ Conoce los beneficios que recibe su hijo con este programa?

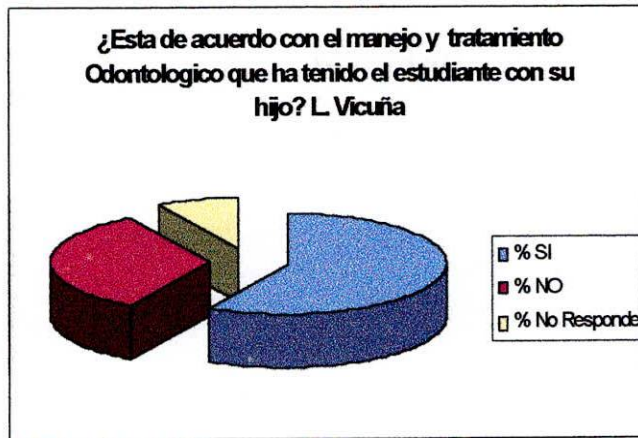
Pregunta 3. ¿Esta de acuerdo con el manejo y tratamiento odontológico que ha tenido por parte del estudiante con su hijo?

En el colegio Laura Vicuña 7 contestaron Si que corresponde al 21.1%, 4 contestaron No que corresponde al 12.1% y 1 No Respondieron que corresponde al 3% En el colegio San José de Calasanz 15 contestaron Si que corresponde a 45.4%, 4 contestaron No que corresponde a 12.1% y 2 no respondieron que corresponde a 6%. Para un total de 22 respuestas afirmativas que equivale a 66.6%, 8 respuestas negativas que corresponden a 24.2%, y 3 no respondieron que corresponde a 9%.

Colegio	SI	%I	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	7	21.1	4	12.1	1	3
S. José	15	45.4	4	12.1	2	6
Total	22	66.6	8	24.2	3	9

Tabla 21 ¿Esta de acuerdo con el manejo y tratamiento odontológico que ha tenido por parte del estudiante con su hijo?





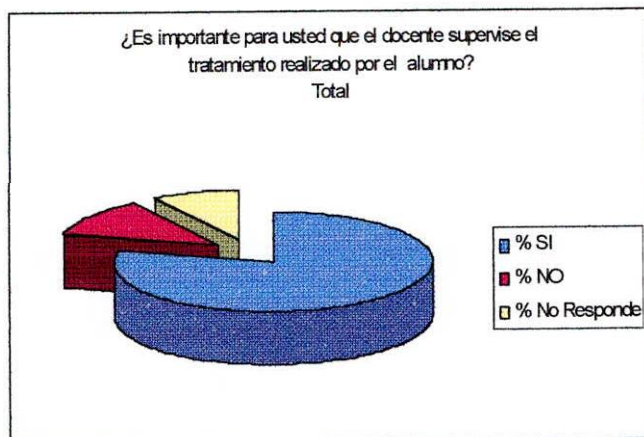
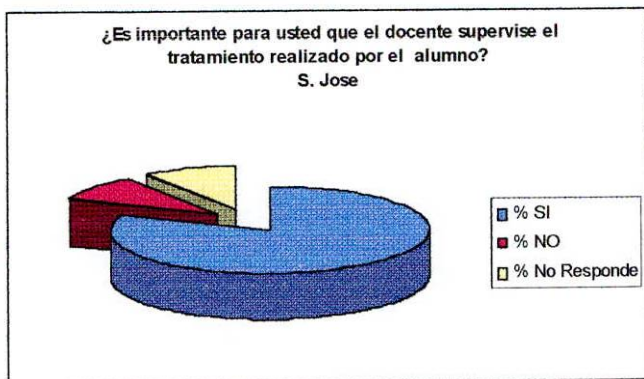
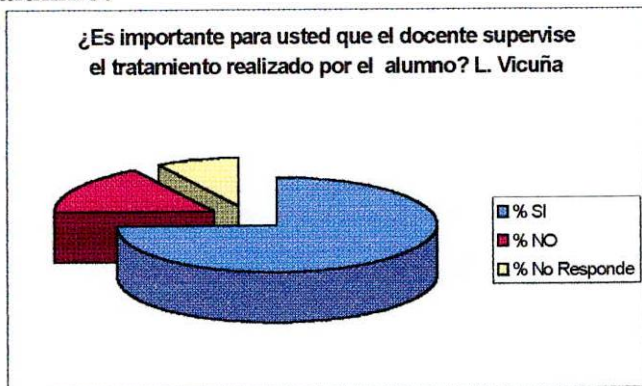
Gráfica 21. ¿Esta de acuerdo con el manejo y tratamiento odontológico que ha tenido por parte del estudiante con su hijo?

Pregunta 4. ¿Es importante para usted que el docente supervise los tratamientos realizados por el alumno?

En el colegio Laura Vicuña 9 contestaron Si que corresponde al 27.2%, 2 contestaron No que corresponde al 6% y 1 No Respondieron que corresponde al 3% En el colegio San José de Calasanz 17 contestaron Si que corresponde a 51.5 % 2 contestaron No que corresponde al 6 % y 2 No Respondieron que corresponde al 6%. Para un total de 26 respuestas afirmativas que equivale a 78.7%, 4 respuestas negativas que corresponden al 12.2%, y 3 no respondieron que corresponde al 9%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	9	27.2	2	6	1	3
S. José	17	51.5	2	6	2	6
Total	26	78.7	4	12.2	3	9

Tabla 22. ¿Es importante para usted que el docente supervise los tratamientos realizados por el alumno?



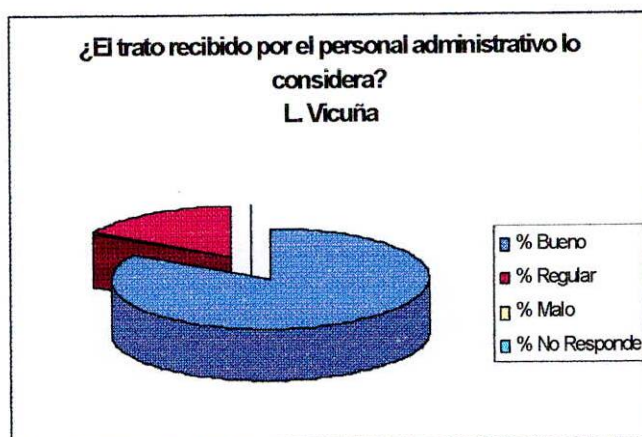
Gráfica 22. ¿Es importante para usted que el docente supervise los tratamientos realizados por el alumno?

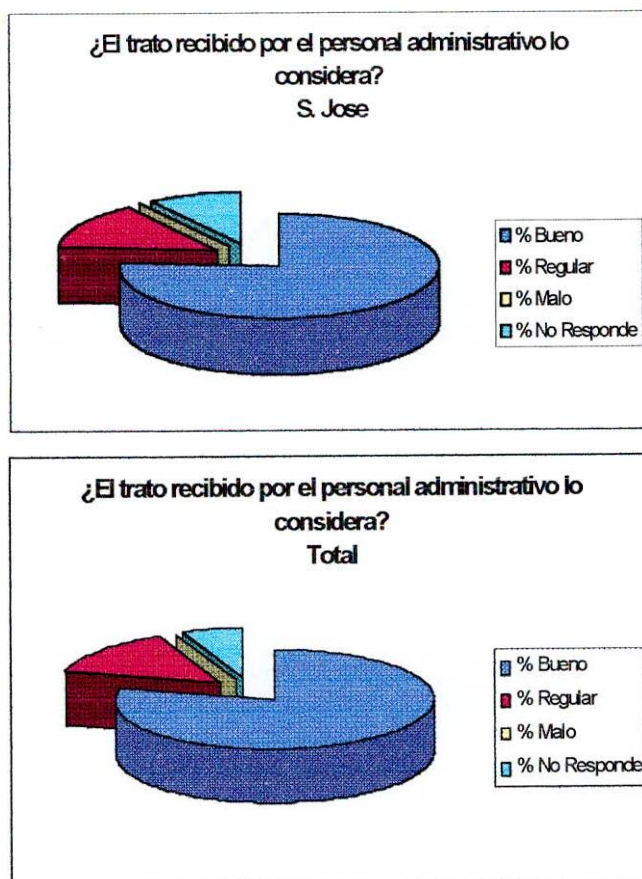
Pregunta 5. ¿El trato recibido por el personal administrativo que labora en la clínica (secretarias, auxiliares, celador) Lo Considera?

En el colegio Laura Vicuña contestaron 10 que el trato era bueno que corresponde al 30.3%, 2 contestaron que el trato era regular que corresponde al 6% y ninguno contestó que el trato era malo y todos Respondieron. En el colegio San José de Calasanz contestaron 16 que el trato era bueno que corresponde al 48.4%, 3 contestaron que el trato era regular que corresponde al 9% y ninguno contestó que el trato era malo y 2 no respondieron que equivale al 6%. En total 26 contestaron que el trato era bueno que corresponde a 78.7%, 5 contestaron que el trato era malo que corresponde al 15.1% ninguno contesto que el trato es malo y 2 no respondieron que corresponde al 6%.

Colegio	Bien	%	Regular	%	Mal	%	No Responde	%
L. Vicuña	10	30.3	2	6	0	0	0	0
S. José	16	48.4	3	9	0	0	2	6
Total	26	78.7	5	15.1	0	0	2	6

Tabla 23. ¿El trato recibido por el personal administrativo que labora en la clínica (secretarias, auxiliares, celador) lo considera?





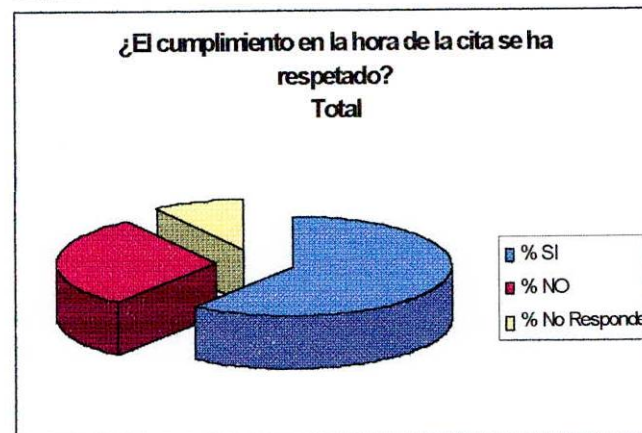
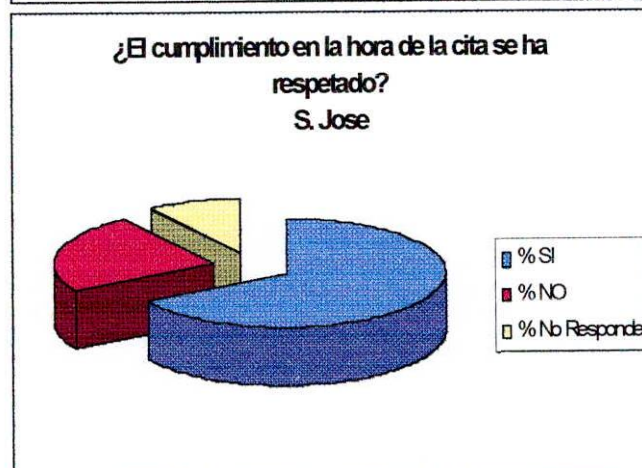
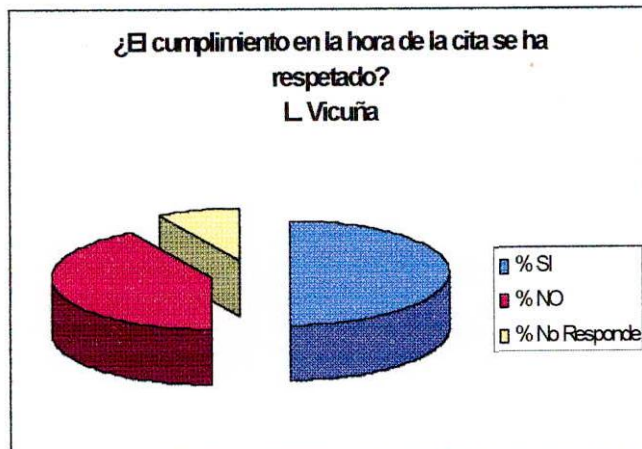
Gráfica 23. ¿El trato recibido por el personal administrativo que labora en la clínica (secretarias, auxiliares, celador) lo considera?

Pregunta 6. ¿El cumplimiento en la hora de la cita se ha respetado?

En el colegio Laura Vicuña 6 contestaron Si que corresponde al 18.1%, 5 contestaron No que corresponde al 15.1% y 1 No Respondió que corresponde al 3% En el colegio San José de Calasanz 14 contestaron Si que corresponde a 42.4% 5 contestaron No que corresponde al 15.1 % y 2 No Respondieron que corresponde al 6%. Para un total de 20 respuestas afirmativas que equivale a 60%, 10 respuestas negativas que corresponden al 30%, y 3 no respondieron que corresponde al 9%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	6	18.1	5	15.1	1	3
S. José	14	42.4	5	15.1	2	6
Total	20	60	10	30	3	9

Tabla 24. ¿El cumplimiento en la hora de la cita se ha respetado?



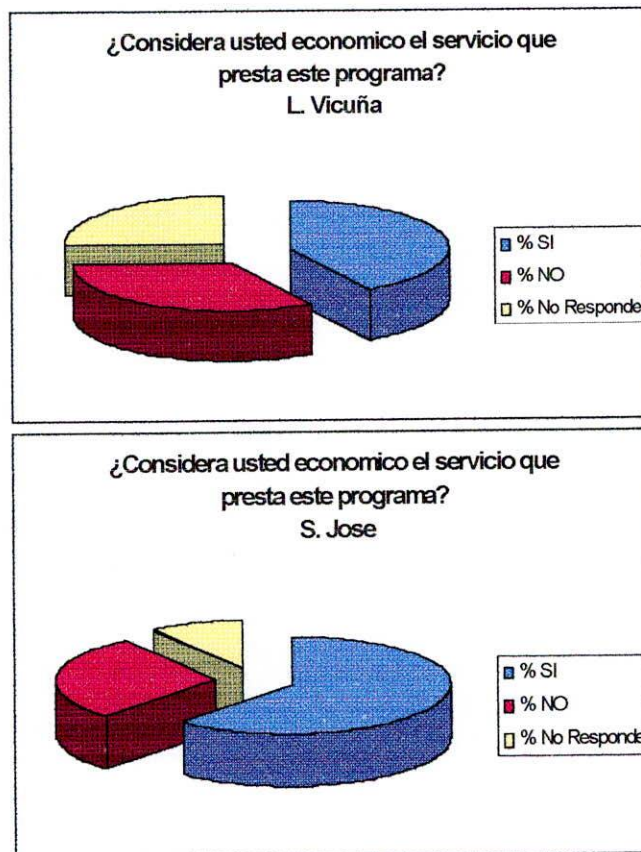
Gráfica 24. ¿El cumplimiento en la hora de la cita se ha respetado?

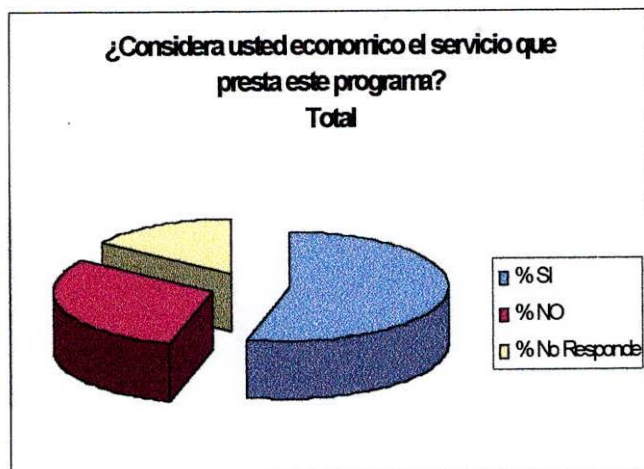
Pregunta 7. ¿Considera usted económico el servicio Odontológico que presta este programa?

En el colegio Laura Vicuña 5 contestaron Si que corresponde al 15.1%, 4 contestaron No que corresponde al 12.1% y 3 No Respondieron que corresponde al 9% En el colegio San José de Calasanz 13 contestaron Si que corresponde a 39.3% 6 contestaron No que corresponde al 18.1 % y 2 No Respondieron que corresponde al 6%. Para un total de 18 respuestas afirmativas que equivale a 54.5%, 10 respuestas negativas que corresponden al 30.3%, y 5 no respondieron que corresponde al 15.1%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	5	15.1	4	12.1	3	9
S. José	13	39.3	6	18.1	2	6
Total	18	54.5	10	30.3	5	15.1

Tabla 25. ¿Considera usted económico el servicio odontológico que presta este programa?





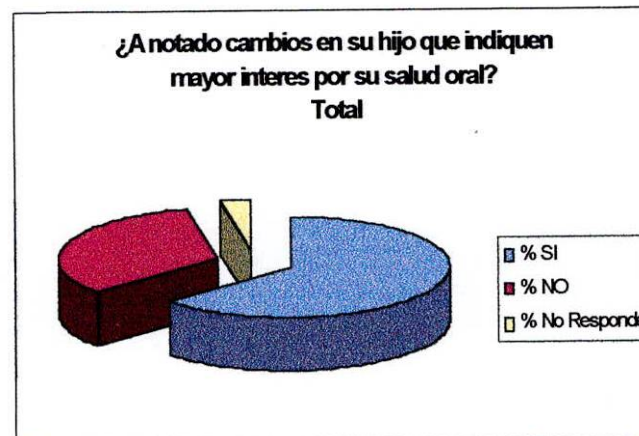
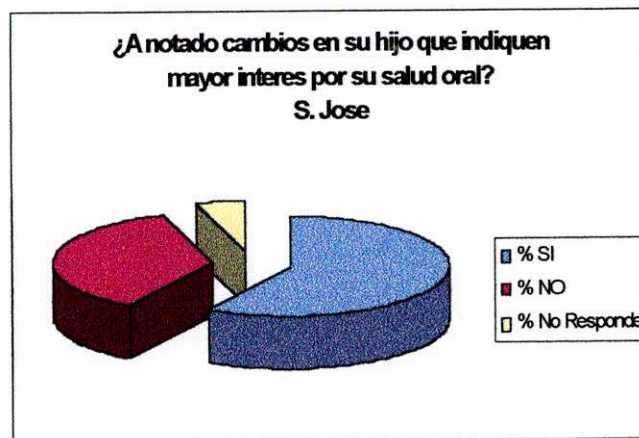
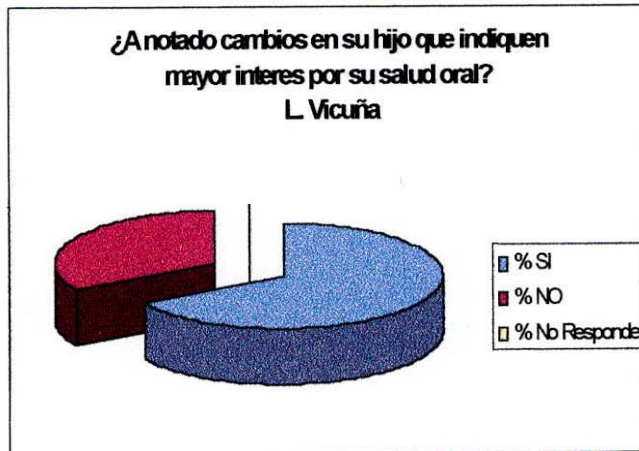
Gráfica 25 ¿Considera usted económico el servicio odontológico que presta este programa?

Pregunta 8. ¿Ha notado cambios en su hijo que indiquen mayor interés por su salud oral?

En el colegio Laura Vicuña 8 contestaron Si que corresponde al 24.2%, 4 contestaron No que corresponde al 12.1% y todos respondieron. En el colegio San José de Calasanz 13 contestaron Si que corresponde a 34.3%, 7 contestaron No que corresponde al 21.2 y 1 no respondió que corresponde al 3%. En total 21 respuestas afirmativas que equivale a 63.6%. Estas personas manifestaron que sus hijos han mejorado en el cepillado y en una mayor motivación a la asistencia de citas odontológicas, 11 respuestas negativas que corresponden al 33.3%, y 1 no respondió que corresponde a 3%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	8	24.2	4	12.1	0	0
S. José	13	34.3	7	21.1	1	3
Total	21	63.6	11	33.3	1	3

Tabla 26. ¿A notado cambios en su hijo que indiquen mayor interés por su salud oral?



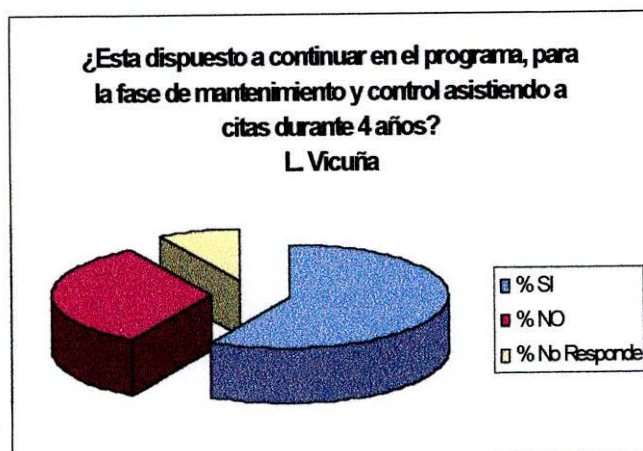
Gráfica 26. ¿A notado cambios en su hijo que indiquen mayor interés por su salud oral?

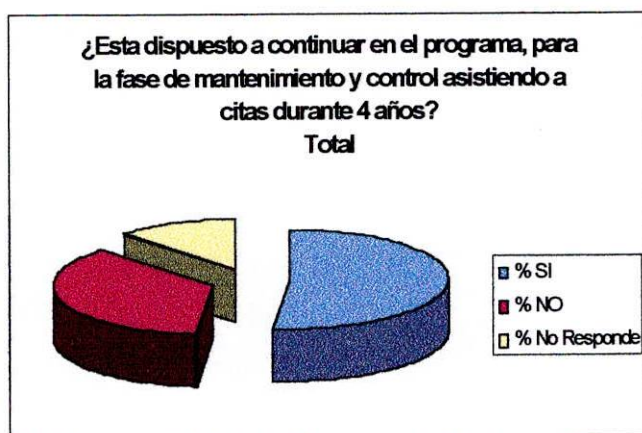
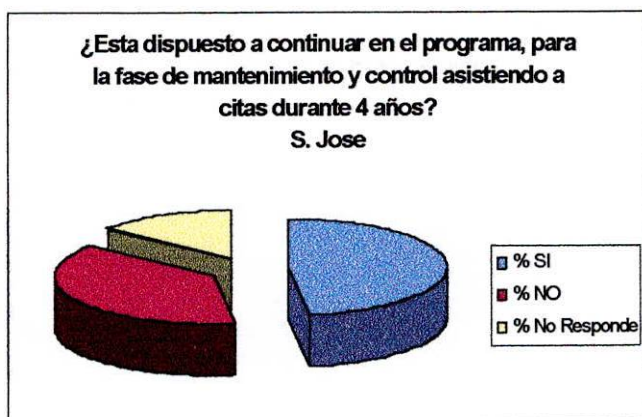
Pregunta 9. ¿Esta dispuesto a continuar en el programa, para la fase de mantenimiento y control, aún cuando el tratamiento odontológico allá terminado, asistiendo a citas periódicas durante 4 años?

En el colegio Laura Vicuña 7 contestaron Si que corresponde al 21.2%, 4 contestaron No que corresponde al 12.1% y 1 No Respondió que corresponde al 3%. En el colegio San José de Calasanz 10 contestaron Si que corresponde a 30.3%, 8 contestaron No que corresponde al 24.2% y 3 no respondió que corresponde al 9%. En total 17 respuestas afirmativas que corresponde a 51.5%, 12 respuestas negativas que corresponden al 36.3%, y 4 no respondió que corresponde a 12.1%.

Colegio	SI	%	NO	%	No Responde	%
L. Vicuña	7	21.2	4	12.1	1	3
S. José	10	30.3	8	24.2	3	9
Total	17	51.5	12	36.3	4	12.1

Tabla 27. ¿Esta dispuesto a continuar en el programa, para la fase de mantenimiento y control, aún cuando el tratamiento odontológico allá terminado, asistiendo a citas periódicas durante 4 años?





Gráfica 27. ¿Esta dispuesto a continuar en el programa, para la fase de mantenimiento y control, aún cuando el tratamiento odontológico allá terminado, asistiendo a citas periódicas durante 4 años?

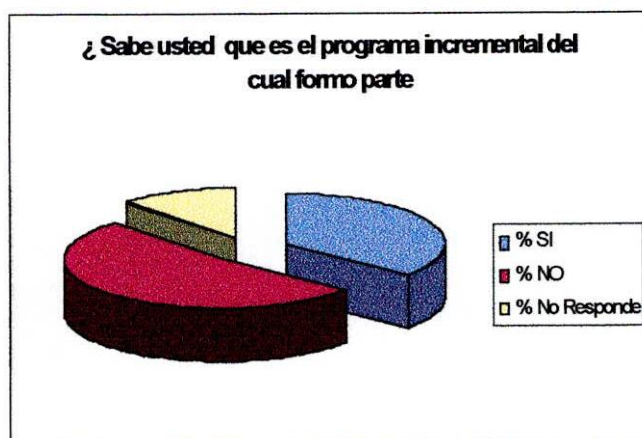
Resultados obtenidos por encuestas realizadas a **estudiantes** pertenecientes al programa incremental. Hasta el día 1 de marzo 38 alumnos habían participado en el programa, de los cuales solo fueron encuestados 25, los restantes 13 no se encuestaron porque: Algunos se graduaron en el segundo semestre del 200, otros aplazaron semestre o se retiraron o anotaron errado el código en la historia y no dieron e nombres ni apellidos completos.

Pregunta 1. ¿Sabe usted que es el programa incremental del cual formo parte?

9 estudiantes contestaron Si que corresponde a un 36%, 13 estudiantes contestaron No que corresponde al 52% y 3 estudiantes No Respondieron que corresponde a 12 %.

SI	%	NO	%	No Responde	%	Total	%
9	36	13	52	3	12	25	100

Tabla 28. ¿Sabe usted que es el Programa Incremental del cual formo parte?



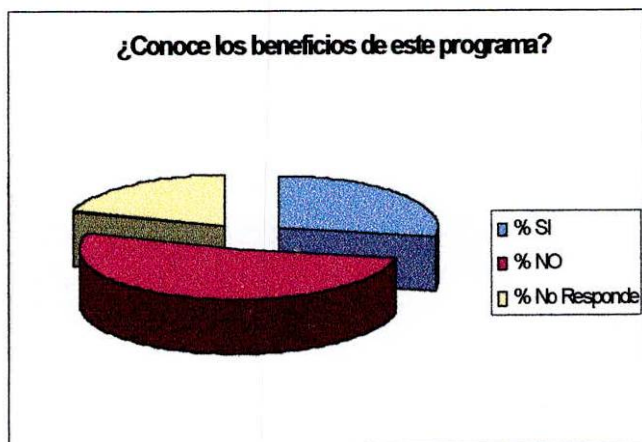
Gráfica 28. ¿Sabe usted que es el Programa Incremental del cual formo parte?

Pregunta 2. ¿Conoce los beneficios de este programa?

7 estudiantes contestaron Si que corresponde a un 28%, 13 estudiantes contestaron No que corresponde al 52% y 5 estudiantes No Respondieron que corresponde a 20%.

SI	%	NO	%	No Responde	%	Total	%
7	28	13	52	5	20	25	100

Tabla 29. ¿Conoce los beneficios de este programa?



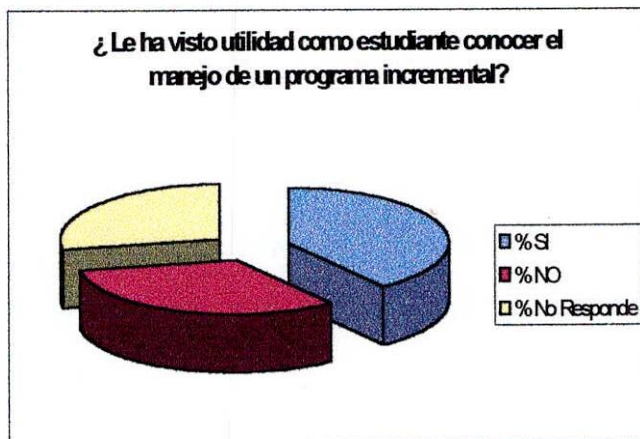
Gráfica 29. ¿Conoce Los Beneficios De Este Programa?

Pregunta 3. ¿Le ha visto utilidad como estudiante conocer el manejo de un programa incremental?

10 estudiantes contestaron Si que corresponde a un 40 % manifestando que este programa les servirá para un próximo rural, por economía, y mayor control de los pacientes. 8 estudiantes contestaron No que corresponde al 32% y 7 estudiantes No Respondieron que corresponde a 28%.

SI	%	NO	%	No Responde	%	Total	%
10	40	8	32	7	28	25	100

Tabla 30 ¿Le ha visto utilidad como estudiante conocer el manejo de un programa incremental?



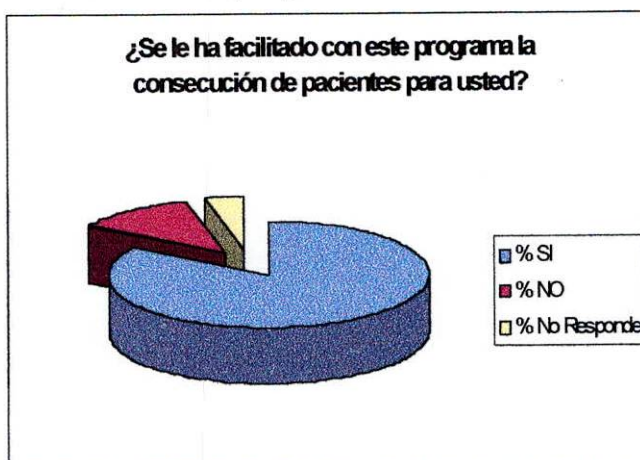
Gráfica 30. ¿Le ha visto utilidad como estudiante conocer el manejo de un Programa Incremental?

Pregunta 4. ¿Se ha facilitado con este programa la consecución de pacientes para usted?

21 estudiantes contestaron Si que corresponde a un 84%, 3 estudiantes contestaron No que corresponde al 12% y 1 estudiante No Respondió que corresponde a 4%.

SI	%	NO	%	No Responde	%	Total	%
21	84	3	12	1	4	25	100

Tabla 31. ¿Se ha facilitado con este programa la consecución de pacientes para usted?



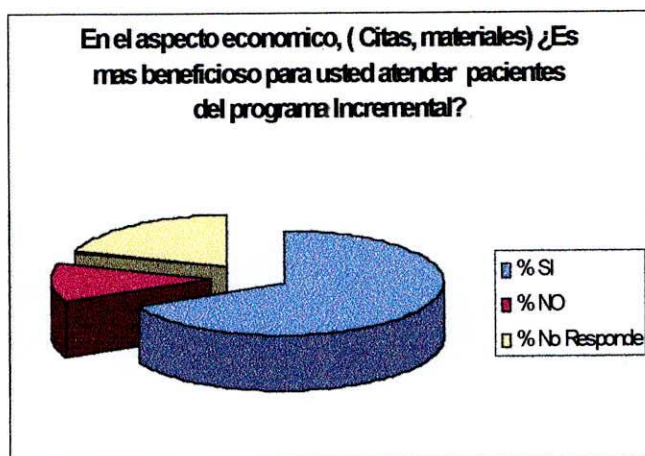
Gráfica 31. ¿Se ha facilitado con este programa la consecución de pacientes para usted?

Pregunta 5. ¿En el aspecto económico (citas, materiales) es mas beneficioso atender pacientes del programa incremental?

17 estudiantes contestaron Si que corresponde a un 68%, 3 estudiantes contestaron No que corresponde al 12% y 5 estudiantes No Respondieron que corresponde a 20%.

SI	%	NO	%	No Responde	%	Total	%
17	68	3	12	5	20	25	100

Tabla 32. ¿En el aspecto económico (citas, materiales) es mas beneficioso atender pacientes del programa incremental?



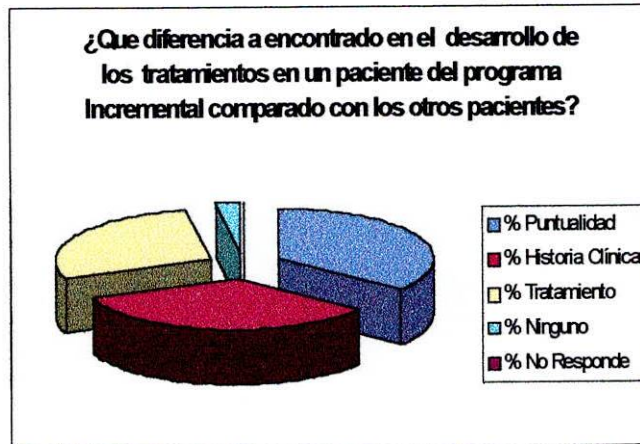
Gráfica 32. ¿En el aspecto económico (citas, materiales) es mas beneficioso atender pacientes del programa incremental?

Pregunta 6. ¿Qué diferencia ha encontrado en el desarrollo de los tratamientos en un paciente del programa Incremental comparado con los otros pacientes?

14 estudiantes contestaron puntualidad que corresponde a un 56%, 13 estudiantes contestaron Historia clínica que corresponde al 52% 11 estudiantes contestaron tratamiento que corresponde a 44% y 1 persona no encontró diferencia corresponde al 4%. Todos contestaron.

Puntualidad	%	Historia Clínica	%	Tratamiento	%	Ninguno	%	No Responde	%	Total
14	56	13	52	11	44	1	4	0	0	25

Tabla 33. ¿Qué diferencia ha encontrado en el desarrollo de los tratamientos en un paciente del programa incremental comparado con los otros pacientes?



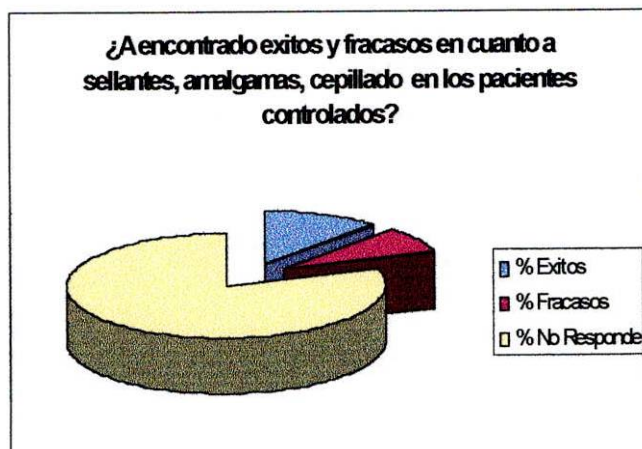
Gráfica 33. ¿Qué diferencia ha encontrado en el desarrollo de los tratamientos en un paciente del programa incremental comparado con los otros pacientes?

Pregunta 7. ¿A encontrado éxitos o fracasos en cuanto sellantes, amalgamas, resinas, cepillado, etc, en los pacientes controlados?

5 estudiantes contestaron éxitos que corresponde a un 20%, 2 estudiantes contestaron fracasos que corresponde al 8% y 13 estudiantes No Respondieron que corresponde a 52%. La mayoría de estudiantes no controlaron a sus pacientes por lo cual no podían responder a esta pregunta.

Exitos	%	Fracasos	%	No Responde	%	Total	%
3	12	2	8	20	80	25	100

Tabla 34. ¿A encontrado éxitos o fracasos en cuanto sellantes, amalgamas, resinas, cepillado, etc, en los pacientes controlados?



Gráfica 34. ¿A encontrado éxitos o fracasos en cuanto sellantes, amalgamas, resinas, cepillado, etc, en los paciente controlados?

De las encuestas realizadas a los padres de los pacientes inscritos en el programa incremental se identifico la matriz **DOFA** la cual arrojó los siguientes datos. Las **debilidades** que se encontraron fueron, falta de conocimiento de los estudiantes sobre el programa incremental en salud oral, deficiencia en el diligenciamiento de historias clínicas por parte de los estudiantes debido a que no valoran su importancia, desinformación en autoridades y población del municipio de Chía acerca del programa, falta de una mayor motivación por parte de los estudiantes y docentes hacia los padres de familia para la asistencia a los controles. Entre las **oportunidades** se observo que la infraestructura que brinda la universidad es adecuada para la asistencia de pacientes hay presencia de personal capacitado para la realización de este programa. Las **fortalezas** fueron: facilidad en la consecución de pacientes a la clínica adscrita sede Chía, disminución de costos en la realización de tratamientos tanto para pacientes como estudiantes, agilidad en el diligenciamiento de la historia clínica, mayor rendimiento en la realización del tratamiento,

buena satisfacción del paciente por el trato recibido por el personal de la clínica, las **amenazas** que se establecieron fueron falta de colaboración por parte de las directivas de los colegios hacia el programa, falta de coordinación entre las instituciones participantes en el programa incremental en salud oral.

Con base en los resultados obtenidos se puede sugerir las siguientes **estrategias**: utilizar medios de comunicación del municipio de Chía (Cundinamarca) como emisora, cartelera, periódico y televisores; Para divulgación del programa incremental, elaboración de una cartilla guía que ilustre los cuidados orales necesarios en niños entre 6 – 12 años de edad. Realizar conferencias informativas a las directivas de las instituciones involucradas en el programa incremental. Socializar la información del programa incremental en toda la comunidad del Colegio Universitario Colombiano. Acordar citas de control con el paciente una vez terminado el tratamiento.

4. DISCUSION

Después de analizar los resultados obtenidos se encontró mayor asistencia de pacientes de género masculino en edad promedio de siete años, siendo esta edad importante para iniciar un programa de salud oral, debido al inicio de la dentición mixta y encontraron en el rango de edad en donde se registran los mas altos índices de gingivitis y caries dental, constituyendo estas la primera causa de morbilidad oral en el mundo, razón por la cual es importante desarrollar programas dirigidos a esta población.

Se encontró también que el índice COP, arrojó resultados entre bajo y muy bajo lo cual es favorable teniendo en cuenta que la meta de la OMS para el año 2000 fue de 3.0 que corresponde a moderado.

La anterior situación esta acorde con el índice de higiene oral bueno que predomina para el grupo de edad en cuestión, debido a las campanas de salud oral realizadas a nivel escolar en el municipio.

Con respecto al número de dientes permanentes sanos encontramos un promedio de 6.5 de dientes sanos por niño teniendo esta una relación directa con la edad promedio de los pacientes que inician su recambio dentario.

La aplicación tópica de fluoruro se realizo en mas del 95% y los demás fueron cubiertos en su colegio, siendo esta una buena meta.

En cuanto en al número de citas requeridas para terminar un tratamiento, los estudiantes lograron terminar tratamientos en un promedio de 3 citas, siendo esto beneficioso para padres de pacientes si tenemos en cuenta el poco tiempo del que disponen para llevar a

sus hijos a la cita y para los estudiantes de odontología ya que aumenta su rendimiento en la clínica. El control de estos tratamientos terminados no ha sido el esperado, esto muestra la necesidad de insistir en la importancia del mismo, acordando la cita para este el mismo día de la terminación del tratamiento. Si logramos que esto mejore, el éxito de este programa será indiscutiblemente bueno en su culminación.

5. CONCLUSIONES

- ◆ La falta de coordinación e información entre las directivas pertenecientes al Programa Incremental y las instituciones involucradas del municipio dificultan el desarrollo óptimo del mismo.
- ◆ Se encontró que el Programa Incremental en salud oral mejora las condiciones de higiene oral debido al énfasis que se realiza en cuanto a promoción y prevención en salud.
- ◆ Se determinó que es de vital importancia la atención a la población escolar, en el intervalo de edad de 6 a 12 años puesto que esta edad coincide con la aparición de dientes permanentes y se presenta un mayor riesgo de caries dental.
- ◆ La población escolar de los colegios oficiales evaluados en el municipio de Chía tiene un índice COP bajo, favorable según lo esperado por la OMS para el año 2000.

6. RECOMENDACIONES

- ◆ Realizar una mayor comunicación y divulgación de la información sobre los programas de salud que se adelantan por parte del CUC para el municipio de Chía.
- ◆ Insistir en las personas involucradas en el Programa Incremental en salud oral acerca de la importancia que tiene el control de los tratamientos, así como el buen diligenciamiento de las historias clínicas para lograr una mayor optimización en las futuras evaluaciones.

7. ANEXOS

Para efectos de este estudio se realizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos.

◆ ANEXO N° 1

Historia Clínica Extramural Chía, Programa Incremental. Colegio Universitario Colombiano

◆ ANEXO N° 2

Manual instructivo de calibración para el Índice de Higiene Oral y C.O.P

◆ ANEXO N° 3

Registro de Historias Clínicas de los colegios inscritos en el Programa Incremental en salud oral del Municipio de Chía (Cundinamarca).

Formato que se utilizo para condensar datos obtenidos de historias clínicas pertenecientes al programa y hallazgos clínicos obtenidos de la cavidad oral y sus respectivos.

◆ ANEXO N°4

Encuesta dirigida a los padres de familia de los pacientes inscritos en el Programa Incremental en salud oral del Municipio de Chía (Cundinamarca).

Está se utilizo para tabular a 33 Padres de Familia, de los cuales sus hijos son pertenecientes al Programa Incremental en salud oral, y a quienes se les realizo una serie de preguntas para evaluar la satisfacción del usuario.

◆ ANEXO N° 5

Encuesta dirigida a los estudiantes participantes en el Programa Incremental en salud oral del Municipio de Chía (Cundinamarca).

Esta se utilizó para evaluar el grado de satisfacción de 25 estudiantes pertenecientes al Programa Incremental en salud oral, a los que se le realizó una serie de preguntas para determinar estrategias a seguir para el mejoramiento de dicho programa.

BIBLIOGRAFIA

- (1) CHAVEZ, Mariom. Odontología sanitaria, publicaciones científicas. Organización panamericana de la salud número 63. Año de 1962.
- (16) CIFUENTES, A Alicia, Reseña histórica Colegio Laura Vicuña. Chía, Marzo 2000
- (9) ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL, 1999
- (12) GOMEZ, Víctor, Pitroni Luis C, VERNEY Paulo. "Sistema incremental", atención Odontológica para escolares, Porto Alegre Brasil. Fecha no referenciada NR.
- (13) HOROWITZ. COL 2. (Bravo Paéz)
- (15) HURTADO, M. Julio Cesar, Chía ciudad de la luna, el nuevo siglo Bogotá, 30 de mayo de 1998. Pag, 24
- (14) KNUTSON . JW. An evaluation of the efectiveness as a caries control measure of the topical aplication of solution of fluourides in K.A. easlik Ed dental caries mecanism and present control technics as evaluated at the university of Michigan stiguis c.v 1948.
- (7) LINDHE. JAN. Periodontologia clínica. Editorial medica panamericana, Buenos Aires 1986.
- (4) MELLANBY, M. Efficct of diet, on the resistance of teeth to caries, proc. R. Soc. med. 3:74, 1923.
- (6) MILLER, W.D, microorganis of the human mooth philadelphia s.s white publishing company 1890.

- (17) MORAL CECILIA Reseña histórica del Colegio San José de Calasanz. Chía. 2000
- (11) PASTOR B. Economía de la salud. Editorial Mc. Braw. Hill Interamericana.
Madrid 1989.
- (2) REVELO, Inés A. Manual de Epidemiología Oral, Colegio Odontológico
Colombiano 1998, pags 15-29
- (10) RUIZ. L Jaime, Col. Auditoria en salud para una gestión eficiente 1998.
- (3) SHAFER, W.G. Tratado de Patología Bucal, sección II cuarta edición. Mexico, 9
editorial panamericana año 1989
- (8) SILNEES. J, and LOE. H. Periodontal disease in pregnancy II correlation betacuen
oral, hygiene and periodontal. Condition acta odontologica scandinava
22:121, 1964.
- (5) SILVERSTONE, L. M. The effects of fluoride in there mineralization of enamel.
Caries and caries-like lesions in vitre, 1. Pub, health dent 42:41.1982

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
CLÍNICA EXTRAMURAL CHLA

PROGRAMA INCREMENTAL

No. H.C Programa _____

HISTORIA CLÍNICA # _____

FECHA _____

ALUMNO _____ CODIGO _____

DOCENTE _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____

CONCENTRACION ESCOLAR _____

DIRECCION _____ CURSO _____ TELF _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

ACUDIENTE _____

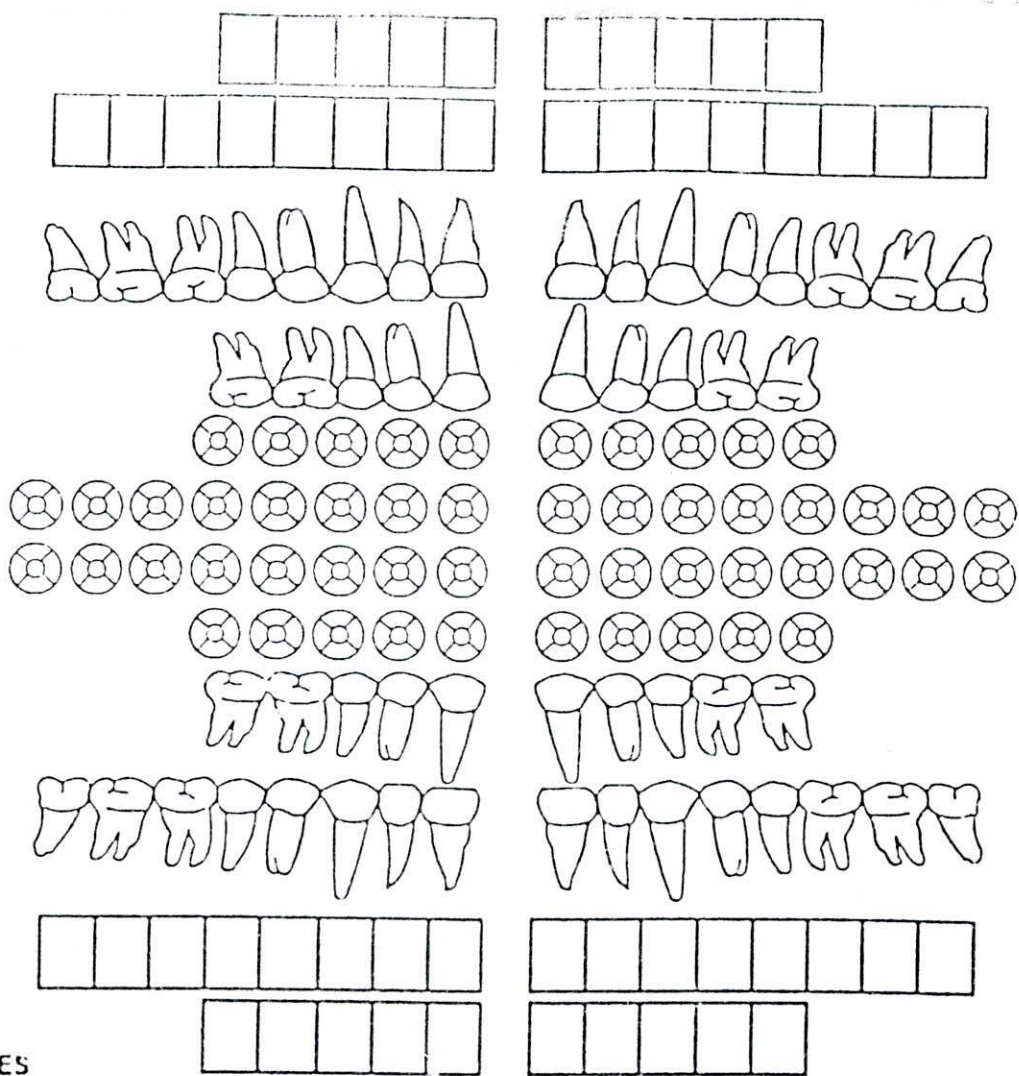
ANTECEDENTES DE SALUD

ANTECEDENTES DE SALUD FAMILIARES

HISTORIA DE DIETA	PRIMER DIA	SEGUNDO DIA	TERCER DIA
DESAYUNO			
MEDIAS NUEVES			
ALMUERZO			
ONCES			
CENA			
ANTES DE ACOSTARSE			

MOMENTOS DE AZUCAR _____

DIAGNOSTICO DE DIETA _____



CONVENCIONES

Azul : Tratamientos presentes bien realizados
 Azul rodeado de Rojo : Caries recurrente
 Amarillo : Caries no cavitada Mancha blanca
 Lesión apical o de furca
 Fístula
 Polipo Pulper
 Pulpotomía

Negro - Diente Ausente Diente en erupción
 Rojo : Caries cavitada patologías
 Trat. malrealizados
 Hipoplasias - Hipocalcificaciones _____
 Fractura (según dirección) _____
 Endodoncia

Tratamientos requeridos :

S : Sellante
 CR. Corona en Resina
 P. Pulpotomía
 EI. Exodoncia Indicada

RP. Resina Preventiva
 A. Amalgama
 TC. Tratamiento Conductos

R. Resina
 CA. Corona en Acero
 AP. Apexificación.

TEJIDO PULPAR _____

HABITOS _____

EXAMEN CRANEO-MANDIBULAR _____

TEJIDOS Blandos _____

PER DONTO _____

CONTROL DIARIO DE PLACA BACTERIANA

fecha															
16-56															
11-51															
26-65															
36-75															
31-71															
46-85															
X															
%															

EXAMEN RADIOGRAFICO

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

PLAN DE TRATAMIENTO

INDICE COP

C _____

O _____

P _____

ICOP _____

I HOS

Porcentaje _____

Promedio _____

DIENTES PERMANENTES SANOS _____

ANEXO No. 2
MANUAL INSTRUCTIVO DE CALIBRACION PARA EL INDICE DE HIGENE
ORALY C.O. P.

INDICE DE HIGIENE ORAL (I.H.O.)

Greene y Vermillon Placa blanda y placa calcificada

Se determina con base en:

Placa blanda (restos alimenticios-materia alba)

Placa calcificada (cálculos supragingivales y subgingivales)

Medición: El índice simplificado se mide únicamente en:

1. Dientes permanentes.
2. Dientes completamente erupcionados.
3. Como mínimo 2 superficies

No se usa en los siguientes casos:

1. Pacientes menores de 5 años.
2. Dientes con banda ortodóntica
3. Erupción parcial de los dientes
4. Gran destrucción de la superficie a examinar
5. Fracturas coronarias
6. Presencia de prótesis
7. Menos de dos superficies.

Métodos: Se examina primero la placa blanda y segundo placa calcificada.

Modo: Se coloca el explorador en un ángulo de 45° de gingival hacia incisal u oclusal y del lado derecho-izquierdo-izquierdo-derecho, es decir en zig-zag. Se asignan puntajes de acuerdo a los siguientes criterios:

Para placa blanda

Puntaje	Criterio
0	Ausencia de placa
1	Menos de un 1/3 gingival
2	Más de 1/3 gingival pero sin sobrepasar el 1/3 medio
3	Más de los 2/3 de la superficie examinada
9	No aplicable

Para placa calcificada

Puntaje	Criterio
0	Ausencia de placa.
1	Cálculos supragingivales por menos de 1/3 gingival.
2	Más de 1/3 gingival sin sobrepasar el 1/3 medio supragingival, algunos cálculos separados en subgingival.
3	Cálculos de más de 1/3 medio y una cadena de cálculos supragingivales.
9	No aplicable

Se examinan los siguientes dientes (superficies a examinar en paréntesis)

Los dientes entre paréntesis sustitutos en caso de faltar el contiguo					
(17)	16(V)	11(V)	(21)	26(V)	(27)
(47)	46(L)	(41)	(31)(V)	36(L)	(37)

Datos que nos indican si existe o no una buena higiene oral:

Placa blanda y/o calcificada:

- Bueno 0.0-1.2
- Regular 0.7-1.8
- Malo 1.9-3.0

Placa blanda + Placa calcificada = Índice H.O..S.

- Bueno 0.0-1.2
- Regular 1.3-3.0
- Malo 3.1-6.0

Se suman los puntajes obtenidos y se dividen entre el número de dientes examinados. No se tiene en cuenta los números 9 (no aplicables)

Ejemplo:

Placa Blanda	1	9	2
	(17)16	(21)11	(27)26
Placa Calcificada	0	9	1

3	9	2
(47)46	(41)31	(37)36
1	9	3

$$\text{Placa blanda} = \frac{\text{puntaje - obtenido}}{\text{No. - dientes - examinados}} = \frac{1+2+3+2}{4} = \frac{8}{4} = 2$$

$$\text{Placa calcificada} = \frac{1+1+3}{3} = \frac{5}{3} = 1.6$$

Indice de higiene oral = $2+1.6=3.6 \implies$ Mala

- 0 = Ningún tratamiento (código 0)
- I = Mejora en la higiene oral personal (código 1)
- II = I + detartraje y alisado radicular
- III = I + II + tratamiento complejo (código 4)

Medición y Evaluación de Caries Dental (Klein, Palmer y Knutson 1937)

Índice C.O.P. (Cariados, Obturados, Perdidos)

Características del índice C.O.P.:

1. Es un índice para dentición permanente.
2. Se escribe siempre con letras mayúsculas
3. El índice C.O.P. puede referirse al diente (C.O.P.-D)
4. El índice C.O.P. puede referirse a la superficie (C.O.P.-S).
5. Es un índice sencillo y versátil.
6. Proporciona riqueza de datos al Odontólogo o investigador.
7. Permite el establecimiento de comparaciones en la esfera internacional.
8. Es comprensible y confiable
9. Los datos se obtienen en una forma rápida y objetiva.

Criterios de clasificación:

Se considera cariado (C) un diente cuando:

1. Presenta una lesión clínicamente visible.
2. La opacidad del esmalte indica caries subyacentes.
3. La extremidad del explorador penetra y se puede constatar tejido dentario reblandecido en el fondo.
4. Hay restauración y se encuentra en el mismo diente uno de los criterios antes descritos.

Se considera como obturado (O) cuando:

1. Presenta una o más obturaciones o restauraciones sin recidiva de caries, bien adaptadas, sin fracturas y con material definitivo.

Un diente se considera perdido(P) cuando:

Esta ausente de la cavidad oral después del periodo en que normalmente debería haber hecho su erupción, desde que exista razón segura de que fue extraído por causa dentaria. En este caso la simetría de la erupción de los dientes puede auxiliar en la decisión del examinador.

Aclaración de dudas:

Se considera erupcionado, un diente permanente o temporal, cuando cualquier porción de su corona clínica haya atravesado la fibra mucosa gingival, y puede ser tocada por el explorador.

Cuando un diente permanente y uno temporal se encuentran ocupando un mismo espacio se anotara solo el permanente.

Cuando exista duda entre diente sano y cariado, se anotara sano; entre cariado y obturado, se anotara obturado, y cariado y extracción indicada (perdido), cariado.

No se consideran como atacados por caries dentaría los dientes que presentan:

Obtura si la causa no es caries, por ejemplo:

Dientes con restauraciones motivadas por traumas, razones estéticas o protésicas.

Perdidos por razones traumáticas, ortodónticas, estéticas o protésicas o por ageneia congénita.

Índice c.e.o.:

Este índice mide las caries en la dentición primaria o temporal. Lo propuso Gruebbel en 1994 se ignoraron los dientes faltantes, ya que la mayoría se exfolian en forma natural.

Características del índice c.e.o.:

- a. Índice para dentición temporal o decidua.
- b. Usa letras minúsculas.

Uso del C.O.P. Y c.e.o.:

- a. Para prevalencia básica
- b. Para incidencia de las caries.
- c. Para la historia natural de la enfermedad.
- d. En experimentos con agentes preventivos.

Desventajas o limitaciones de los índices C.O.P. y c.e.o.:

- a. Resulta mas lento el hacer examen en adultos.
- b. Se usa para poblaciones occidentales y es posible que requiera modificaciones para grupos no occidentales.
- c. En adultos puede ser erróneo, pues los dientes a menudo se pierden por varias razones diferentes a caries.
- d. Puede ser erróneo en niños a los cuales se les ha hecho:
 - Extracciones por razones ortodónticas o
 - Se han colocado obturaciones preventivas.

e. El componente cariado no distingue entre caries temprana y caries avanzada.

Método de examen:

En cada pieza las diferentes superficies de los dientes deben ser recorridas por el explorador hasta que se llegue a un diagnóstico seguro (no se debe confiar solo en la vista). Usando el explorador con una fuerza igual a la que se usa para escribir normalmente en el orden (O.L.D.V.M.)

Código de anotación:

0	Espacio vacío	
1	Diente permanente cariado	C
2	Diente permanente obturado	O
3	Diente permanente extraído	E
4	Diente permanente extracción indicada	EI
5	Diente permanente sano	
6	Diente temporal cariado	c
7	Diente temporal obturado	o
8	Diente temporal extraído indicado	e
9	Diente temporal sano	

Instrucciones para examinadores:

Se iniciara el examen por el tercer molar superior derecho; después el segundo, luego el primer molar y así sucesivamente hasta llegar al tercer molar superior izquierdo; pasando luego al tercer molar inferior izquierdo y terminando el examen en el tercer molar inferior derecho.

El nivel general de prevalencia de caries dental a los 12 años, lo clasifica la OMS en los siguientes grupos según valores medios del índice C.O.P.

Muy Bajo	0.0-1.1
Baja	1.2-2.6
Moderada	2.7-4.4
Alta	4.5-6.5
Muy Alta	mas de 6.6

Meta OMS para el año 2000: COP=3

ANEXO No 4

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS PACIENTES PERTENECIENTES
AL PROGRAMA INCREMENTAL DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA)

- 1- ¿ Entiende usted en que consiste el programa incremental del cual forma parte su hijo?
 Si
 No
 No responde
- 2- ¿ Conoce los beneficios que recibe su hijo con este programa?
 Si
 No
 No responde
- 3- ¿ Esta de acuerdo con el manejo y tratamiento odontológico que ha tenido por parte del estudiante con su hijo?
 Si
 No
 No responde
- 4- ¿ Es importante para usted que el docente supervise los tratamientos realizados por el alumno? Si
 No
 No responde
- 5- ¿ El trato recibido por el personal administrativo que labora en la clínica (secretaria, auxiliares, celador) lo considera?
 Bueno
 Regular
 Malo
 No responde
- 6- ¿ El cumplimiento en la hora de la cita se ha respetado?
 Si
 No
 No responde
- 7- ¿ Considera usted económico el servicio Odontológico que presta este programa?
 Si
 No
 No responde
- 8- ¿ Ha notado cambios en su hijo que indique mayor interés por su salud oral?
 Si, en que ha mejorado _____
 No
 No responde
- 9- ¿ Esta dispuesto a continuar en el programa; para le fase de mantenimiento y control, aun cuando el tratamiento odontológico allá terminado asistiendo a citas periódicas de control durante cuatro años.
 Si
 No
 No responde

ANEXO No 5

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ESTUDIANTES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA INCREMENTAL DEL MUNICIPIO DE CHIA (CUNDINAMARCA)

- 1- ¿ Sabe usted que es el programa incremental del cual forma parte?
- Si
 - No
 - No responde
- 2- ¿ Conoce los beneficios de este programa?
- Si
 - No
 - No responde
- 3- ¿Le ha visto utilidad como estudiante conocer el manejo de un programa incremental?
- Si
 - No
 - No responde

Si su respuesta es afirmativa enumere 2 aspectos:

- 4- ¿Se ha facilitado con este programa la consecución de pacientes para usted?
- Si
 - No
 - No responde
- 5- En el aspecto económico (citas, materiales) ¿Es más beneficioso para usted atender pacientes del programa incremental?
- Si
 - No
 - No responde
- 6- ¿ Que diferencias ha encontrado en el desarrollo de los tratamientos en un paciente del programa incremental comparado con los otros pacientes?
- Puntualidad
 - Historia clínica
 - Ninguna
 - No responde
- 7- ¿Ha encontrado éxitos o/y fracasos en cuanto a sellantes, amalgamas, cepillado en los pacientes controlados? (enumere 2 de cada uno)
- Exitos _____
 - Fracasos _____
 - No responde