

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Estrategia de intervención educativa para el desarrollo de conductas saludables en jóvenes con enfermedades gingivales.

AUTOR: Dra. Clessys Reyes Pomares.

CIEGO DE ÁVILA, 2017

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA**

TÍTULO: Estrategia de intervención educativa para el desarrollo de conductas saludables en jóvenes con enfermedades gingivales.

Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

AUTOR: Dra. Clessys Reyes Pomares. Residente de segundo año en Estomatología General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínica Estomatológica Docente Norte del municipio Morón.

TUTOR: MSc. Dra. Mara Isabel Morales Pardo. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Asistente. Entidad: Filial de Ciencias de la Salud. Arley Hernández Moreira”.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Clínica Estomatológica Docente Norte del municipio Morón.

CIEGO DE ÁVILA, 2017

Pensamiento

El trabajo educativo es cada vez más un trabajo de equipo, el cual mueve una pieza vital para la mejor formación del hombre.

R. Nassif

Dedicatoria

A mis familiares;

A mi esposo;

A mi mayor inspiración, mi madre.

Agradecimientos

Para la realización de este trabajo fue necesaria la colaboración de muchas personas, por lo que resulta un deber de gratitud dejar constancia de la ayuda recibida por aquellos que participaron en una u otra forma en la realización de este trabajo.

Sean mis palabras dirigidas:

A mi madre por su preocupación constante y ayuda incondicional en mi hogar.

A la Dra. Mara Isabel Morales Pardo por su gran ayuda para la confección de la tesis.

A la Dra. Sahily García Novoa por haberme brindado sus conocimientos.

A todos mis profesores que me ayudaron durante mi formación como especialista.

A todos mis familiares y amigos por haber depositado tanto cariño en mí y facilitarme parte de los materiales para la tesis. A todas gracias.

Índice

Resumen	Páginas
Introducción.....	1 - 7
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9 - 28
Método.....	29 - 38
Análisis y discusión de los resultados.....	39 - 47
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias Bibliográficas.....	50 - 56
Anexos	

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental del tipo antes y después dirigido a aplicar una estrategia educativa para elevar los conocimientos para la promoción, prevención y capacitación de estudiantes enfermos de gingivitis crónica del IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón en el periodo de septiembre del 2016 a mayo del 2017.

El universo del estudio estuvo constituido por los 523 estudiantes con edades comprendidas entre los 15 y 18 años. El tamaño de la muestra fue de 75 estudiantes. El grupo recibió instrucción de higiene oral mediante la charla y demostración, además se aplicaron diversas técnicas educativas con refuerzos de aprendizaje. Se tomó el Índice de Análisis de Higiene Bucal (I.A.H.B.) de Love y colaboradores, al iniciar el estudio y a los tres meses después de haber concluido las acciones preventivas. Los resultados mostraron que hubo mayor cantidad de afectados con gingivitis crónica del sexo masculino con un 66.7% que, del sexo femenino, la mayoría de los casos presentaron una higiene bucal deficiente al inicio de la investigación lo que representa el 86,7% y después de la estrategia educativa este índice disminuyó a un 8,0% considerablemente. El nivel de conocimiento de sobre gingivitis y salud bucal antes de aplicada la estrategia educativa era de un 86,7% y después de aplicada la misma disminuyo a un 8,0%. Las técnicas educativas participativas y atractivas aplicadas en nuestro trabajo influyeron favorablemente en el grupo de estudiantes del IPU Nguyen Van Troi estudiado, al estimular el interés de la población juvenil hacia la salud oral.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del complejo bucal han existido a lo largo de toda la historia en todos los lugares y son especialmente frecuentes en la actualidad. Es por eso que el conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica, su evaluación periódica permite conocer los logros alcanzados en la aplicación de programas de atención primaria y hacer los ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos y estrategias.

En Cuba, el mantenimiento de la salud del hombre es una de las tareas más importantes a llevar a cabo por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Es uno de los pocos países en el mundo que ha puesto a disposición de su población una serie de recursos humanos y materiales para satisfacer las necesidades de atención estomatológica, siempre crecientes. En los últimos años, se ha dado una extraordinaria importancia a la prevención de enfermedades, no sólo de aquellas causantes de la muerte sino, también de las que representan una amenaza para el bienestar, entre estas, las enfermedades de la cavidad bucal ya sean del diente, como de los tejidos de soporte¹. El Estomatólogo General Integral, como responsable de la salud bucal en la atención primaria, debe trabajar permanentemente en la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales en el individuo como ser social^{1, 2}.

La estomatología actual debe ser cada día más preventiva, utilizando para ello todas las técnicas y herramientas del pensar con la que cuenta todo profesional de la salud. La prevención como concepto básico debe aplicarse de forma integrada a todos los niveles de la atención estomatológica (primaria, secundaria y terciaria), de forma que pueda ser aplicada en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos que rodean y mantienen a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria e infecciosa¹. Cuando el proceso

inflamatorio solamente afecta a la encía libre se le denomina gingivitis. Si el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales, se produce destrucción del hueso y ligamento que sostienen los dientes. A este grado de destrucción lo denominamos periodontitis, la cual si no es tratada evoluciona y destruye todo el soporte del diente y con ello la movilidad y pérdida del diente³. La pérdida de inserción producida por la enfermedad periodontal es un fenómeno lento pero continuamente progresivo, produce como consecuencia bolsas periodontales, que no es más que una migración apical de la adherencia epitelial de la pérdida ósea de manera patológica. Este es un rasgo clínico importante de la enfermedad periodontal³. Desde el punto de vista epidemiológico se plantea que representan el segundo lugar en jerarquización de los problemas de salud bucal, por tal motivo si no es tratada a tiempo constituye la causa principal de pérdida dentaria privando así a muchas personas de todos los dientes antes de la vejez. ^{1, 2} Esto en la práctica se convierte en los siguientes problemas:

- 1- Una alta prevalencia de la enfermedad, en muchas ocasiones, no reversible espontáneamente, lo que da lugar a grandes necesidades de tratamiento.
- 2- Acumulación y agravamiento de las necesidades no tratadas y la consiguiente atención especializada con tratamientos complejos.

De las parodontopatías los procesos inflamatorios son los más comunes, y dentro de ellos la gingivitis crónica es la de mayor importancia epidemiológica por su alta frecuencia y reversibilidad, debido a que representa un estado inicial de la enfermedad gingival, y se produce en la mayoría de los casos por una mala higiene bucal con la consiguiente acumulación de placa, comportándose en nuestro país con una alta prevalencia y moderada severidad. ^{1, 4}

Según la Organización Mundial de la Salud, la placa es sin duda alguna el factor causal primario de las periodontopatías. La misma es capaz de provocar cambios significativos clínicos y radiográficos cuando no es controlada correctamente, la lesión provocada por ella en el tejido gingival puede extenderse a los tejidos profundos del parodonto de inserción con sus secuelas irreversibles. ^{5,6}

Actualmente la atención en Parodontología, como parte importante de la política de salud de nuestro país, tiene como aspecto primordial la prevención y debido a esto la Educación para la salud es un elemento esencial de todas sus acciones para así mantener una salud óptima.⁷

La O.M.S. define la Educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento, que conducen a una mejora de la salud, fomentando las conductas positivas de salud y cambiando los estilos de vida insanos. Su objetivo es conseguir que las personas estén bien informadas sobre los patrones de salud y enfermedad transmitiendo patrones culturales y tradicionales que incidan sobre la conducta humana. Esta se amplía en nuestra especialidad con el fin de elevar los conocimientos sobre salud bucal.¹

Siguiendo el ejemplo de ciudades y comunidades saludables en Europa y América del Norte, varios países latinoamericanos, incluyendo Cuba han acogido con entusiasmo una nueva estrategia en pro de la salud y el bienestar. Se trata del Movimiento de Municipios Saludables, fuente en los últimos años de numerosas iniciativas, cuya estrategia consiste en maximizar salud. Aspecto prioritario en el desarrollo de la estrategia lo constituye la Educación para la salud. Para ello se hace necesario que en primer lugar los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo más importante no es tratar las enfermedades sino fomentar la salud, lo que aunque está dentro de los programas curriculares no es comprendido ni ejecutado en su totalidad.^{8,9}

Muchos autores han realizado estudios sobre esta entidad clínica ya sea en Cuba o en otros países en sus trabajos. “Enfermedad periodontal inmunoinflamatorio crónica” realizado en el municipio Fomento en el año 2012, en sus resultados predomina el sexo femenino con 58.2% sobre el masculino con 41.8 % y se observa que la gingivitis fue la enfermedad periodontal que afecta más la población en estudio con un 69,9 %, alcanzando sus mayores valores en el grupo de edad de 5-9 años con valor de un 80 %.³

En otro trabajo sobre el tema titulado Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spíritus 2013 se obtiene que el sexo femenino predomina con 65.4% sobre el masculino en los pacientes con enfermedades periodontales, el mayor número de la muestra presenta gingivitis con un 71,2 %. La condición de sano se alcanza solo en un 2,9 %. El grado de higiene bucal de los pacientes según estado periodontal se comporta de la siguiente, forma el 73 % de pacientes que presentan gingivitis tienen deficiente higiene bucal y que el 100 % de los pacientes con periodontitis tienen higiene bucal deficiente debido al efecto directo de la placa dentobacteriana sobre el periodonto⁴.

En un estudio realizado en la Clínica Rubén Batista Rubio, Holguín titulado Enfermedad periodontal en pacientes atendidos en el Consultorio No. 23. Cacocum 2007-2008, el sexo femenino predomina en 52.9 % sobre el masculino .Prevalece en este estudio la gingivitis en 25 pacientes para un 24,5% con más predominio del grupo de edad de 35-59 años con 15 (14,7%) seguido de la gingivitis con formación de bolsas en 23 (22,5%) y con más afectación del grupo de edad de 35-59 años con 15 enfermos (14,7%).⁵

En La investigación realizada en La localidad de Vista Alegre de Santiago de Cuba en el año 2010, con el título Estado periodontal de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Vista Alegre reportan las féminas con (69,2 %) y la enfermedad periodontal más frecuente con 36,1 % la gingivitis, 94,4 % del total presentó una higiene bucal deficiente 88,9 %, cálculos y 77,8 %, empaquetamiento de alimentos, no mostraron el mayor porcentaje (hábito de fumar, bruxismo, diabetes mellitus y hábito de respirador bucal), influyen en el pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal, por lo que todo profesional debe tenerlos presentes. Solo hubo significación en la diabetes mellitus.⁶

En el estudio Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 con enfermedades periodontales en edad pediátrica se puede apreciar el cambio de estilos de vida de estos pacientes con la aplicación

de estrategias educativas teniendo un impacto positivo en los niños con diabetes mellitus tipo I ⁹ .

Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica "Raúl González Diego" es un estudio realizado en La Habana, de 336 adolescentes la mayor cantidad de ellos estaban afectados, para 57.1%, estando sanos el restante 42.9%. El mayor por ciento de los estudiantes tiene higiene bucal regular, en los que se destacan los adolescentes de 14-15 años¹¹.

En el resto del mundo también existen estudios relacionados con este tema ejemplo es: En el trabajo Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años realizado en el estado Carabobo de Venezuela, el 33,3 % presentaban gingivitis crónica y los varones predominan con 64%. La mala higiene bucal primó en la casuística (54,7 %) y el hábito de fumar con 42.7 % ⁷.

Cuba ha alcanzado importantes logros en el campo de la salud y constituye un reto consolidar avances, vencer amenazas, superar debilidades e innovar estrategias que permitan alcanzar un desarrollo integral que fomente una vida saludable. ¹².

En el sistema de salud cubano la conceptualización del fomento de la salud ha estado dirigido hacia dos dimensiones importantes: una dirigida a controlar los factores determinantes y otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual^{13, 14}.

Identificar factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria. Asimismo, el reconocimiento de marcadores de riesgo puede ser extremadamente útil en la identificación de grupos bajo-alto riesgo, para la prevención secundaria, cuando están disponibles los medios de detección precoz y tratamiento inmediato.

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionada mente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud, por lo que la evaluación de un factor de riesgo será científicamente

aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés. Los estudios realizados a lo largo de estos años han demostrado la relación directa que existe entre la enfermedad y muchas variables sociales, tales como: ingresos económicos, profesión, alimentación, educación, higiene, hábitos tóxicos, etcétera, factores que se originan en la estructura socioeconómica, se interrelacionan, se potencializan y se distribuyen de forma diferente en las clases y grupos sociales. De aquí que el origen del proceso mórbido de la enfermedad no está en la biología en sí mismo, sino en las consecuencias del modo de producción y de consumo de la sociedad 7,11.

Se hace necesario tener una concepción integral del hombre para poder abordar el proceso salud-enfermedad y encontrar soluciones, no circunscribir el campo de atención a los servicios de salud y al hombre enfermo, sino ampliar su horizonte a la comunidad, considerarlo como un lugar de trabajo, donde se puede conocer realmente como se logra la salud y que elementos son capaces de producir la enfermedad. Las medidas de prevención y educación para la salud deben dirigirse hacia aquella parte de la sociedad que más lo necesite.

Por todo lo anterior se propone la aplicación de una estrategia educativa con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de la gingivitis crónica.

Justificación del problema científico

En el IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón predominan jóvenes en las edades comprendidas entre 15 a 18 años que presentan gingivitis crónica, por lo que se hace necesario el estudio en esta población de los factores de riesgo que provocan esta enfermedad así como la creación de una estrategia educativa para disminuir el riesgo a padecerla.

Por todas estas razones, se realiza la presente investigación por lo que se precisa el siguiente **problema científico** ¿Cómo contribuir a desarrollar conductas saludables en los jóvenes para evitar las enfermedades gingivales?

Hipótesis: Si se contribuye al desarrollo de las conductas saludables se logra disminuir los factores de riesgo de las enfermedades gingivales crónicas en los jóvenes

La **novedad científica** de este trabajo se manifiesta en la aplicación de una estrategia para la prevención de la gingivitis crónica por primera vez en las edades comprendidas entre 15 y 18 años en el IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón. Esta propuesta educativa puede ser aplicada por otros profesionales y extenderlas a otras escuelas y lugares del país, de ahí su **significación práctica**.

El **aporte científico** de la investigación radica en la elaboración de un sistema de acciones que por su carácter educativo, dinámico, interactivo y sistémico permita desarrollar acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimientos en los jóvenes de IPU Nguyen Van Troi del Municipio Morón.

El **aporte social** radica en que al aplicar la estrategia de intervención se puede elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los jóvenes en estudio y ello puede influir favorablemente en la modificación de su estilo de vida y por tanto en la calidad de vida.

El **aporte económico** consiste en que una vez detectadas las dificultades de estos jóvenes en cuanto al nivel de educación sobre salud bucodental y lograr modificaciones favorables se evitarían tratamientos posteriores que pudieran ser más costosos para los servicios de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general: Aplicar una estrategia educativa para el desarrollo de conductas saludables en los jóvenes con enfermedades gingivales en el IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón en el periodo de septiembre del 2016 a mayo del 2017.

Objetivos específicos

- 1- Distribuir los jóvenes afectados por gingivitis crónica según:
 - Edad
 - Sexo
- 2- Comparar los resultados antes y después de aplicada la estrategia educativa según:
 - Higiene bucal.
 - Presencia de factores de riesgo.
 - Nivel de conocimientos sobre enfermedades gingivales.
- 3- Distribuir los estudiantes según su opinión sobre la aplicación de la estrategia educativa.

MARCO TEÓRICO

Uno de los desafíos más importantes que tienen los Estados del mundo a través de sus gobiernos, y en especial aquellos países que están en proceso de desarrollo, es garantizar y mejorar el nivel de salud de sus pueblos. Tomando en cuenta las políticas de salud sustentadas en un concepto de atención integral, se estaría apoyando y dando fuerza al desarrollo de un trabajo que tendría como pilar fundamental a la Promoción de la Salud, con sus dos componentes básicos, la Educación para la Salud y la prevención específica de las enfermedades en sus tres niveles. De esta manera, se podrían lograr cambios significativos en la sociedad, ya que con un buen nivel de salud se tendrán seguramente, mayores posibilidades de consolidar un desarrollo en lo económico y lo social.

Actualmente existen opiniones diversas en relación a la efectividad de los programas que promueven la salud bucal. En varios estudios realizados a nivel mundial ^{8,12}, se concluye que, la aplicación de los programas de salud bucal muestra no tener un impacto significativo en la reducción de la caries dental pero pueden ser eficaces en el mejoramiento de los hábitos alimenticios, el uso adecuado de fluoruros tópicos y una mayor búsqueda de atención odontológica. Los jóvenes y sus padres deben ser observadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias, en esta tarea participan también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales

Por otra parte, estudios plantean que, los programas de salud bucal influyen significativamente sobre la prevalencia de caries dental y en la reducción de los índices de placa e inflamación gingival, además de ser un método eficaz y certero para obtener e incrementar los conocimientos sobre salud e higiene bucal.¹³

La enfermedad periodontal por ser heterogénea y multifactorial se hace difícil de evaluar por su variabilidad en cuanto a su proceso, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, edad de establecimiento, evolución, pronóstico, alternativas de terapia para su resolución o control.

El tratamiento de estas enfermedades consume importantes recursos humanos y materiales al sector salud, así como a otros sectores por las ausencias de los trabajadores a su puesto de trabajo debido a la frecuencia del tratamiento. En otros países al ser la atención estomatológica eminentemente privada y de alto costo se hace más difícil y costosa para los pacientes recibirla, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta de que a pesar de existir una tecnología capaz de promover salud y prevenir enfermedades, la estomatología continúa con la aplicación de una tecnología curativa, costosa y compleja. Existen evidencias de que el incremento de servicios estomatológicos especializados, de carácter predominantemente curativos, en la mayoría de los países, han sido incapaces de disminuir la alta prevalencia de las enfermedades gingivales y periodontales, generando necesidades ilimitadas de atención. Por otro lado, las medidas educativas y preventivas, generalmente se aplican en el contexto de la atención curativa empleando métodos tradicionales ya obsoletos.¹²

Epidemiología: Las enfermedades periodontales están catalogadas entre las más comunes del género humano. La gingivitis afecta aproximadamente al 80 % de los niños de edad escolar y más del 70 % de la población adulta ha padecido alguna de las enfermedades periodontales. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los cuarenta años¹³.

Desde el punto de vista epidemiológico, las enfermedades periodontales presentan una distribución universal, estudios al respecto indican una prevalencia entre el 60 y el 80 %, constituyen la causa de aproximadamente el 50 % de la mortalidad dentaria. Actualmente se sabe que la gingivitis es la enfermedad bucal de mayor prevalencia. La misma es diagnosticada prácticamente en el 100 % de los individuos dentados. La prevalencia de la enfermedad periodontal ha sido estimada hasta en un 70 % en adultos en los Estados Unidos, en Alemania los segmentos afectados llegan a ser de 3,6 a la edad de 35 a 44 años y de 2,6 segmentos en los de 65 a 74, mientras que Japón tiene 4,2 y 3,6 segmentos afectados respectivamente. Están muy asociadas a los estilos de vida y

condiciones socioeconómicas, constituyen la segunda causa de pérdida dentaria. En Cuba el 52 % del total estudiado tiene algún grado de afectación. El grupo de 35 a 44 años es el que mayor afectación presenta con un 74,5 %. En cuanto al sexo se destaca como más afectado el femenino con cifras de un 54 %.^{2.}

Es la gingivitis el tipo de enfermedad periodontal que se observa con más frecuencia en niños y adolescentes. Constituye un proceso inmunoinflamatorio reversible de los tejidos blandos que rodean al diente sin dañar los tejidos periodontales de soporte. La gravedad de la enfermedad va aumentando con la edad se asocia a deficiencias en la higiene bucal los cambios hormonales la pubertad.¹⁵

En la gingivitis crónica se han reconocido varios factores de riesgo. Hoy se atribuye el riesgo mayor al metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y a la microbiota del surco, a los factores que promueven la acumulación de placa dentobacteriana y la Diabetes Mellitus. Otros riesgos han sido implicados en la patogenicidad de la gingivitis crónica:

La placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituye el factor de riesgo más fuertemente asociado con el origen y la evolución ulterior de la gingivitis crónica perpetuándola en la medida que se mantenga el contacto de la encía con los acúmulos de placa y a su vez esta condición es el resultado de un hábito incorrecto de higiene bucal^{16,17}.

Es de considerar que en los niños cuando se establecen métodos efectivos de control de la placa la gingivitis crónica remite con rapidez.¹⁸

Se necesita tener en cuenta que el metabolismo microbiano y la microbiota del surco liberan metabolitos que actúan como antígenos que conducen a alteraciones inmunopatológicas. La susceptibilidad de la encía a este proceso salud enfermedad ocurre con frecuencia por convivir con la placa y otros factores de riesgo que propician su acumulación.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo, en el mundo existe una alta incidencia de personas fumadoras, que generalmente inician el hábito de fumar desde edades muy tempranas, especialmente en la adolescencia y la adultez temprana, en los cuales aparecen los efectos del tabaco con prontitud en las encías. Estudios recientes asocian el hábito de fumar con la enfermedad periodontal, y evidencian que las personas fumadoras tienen 2,7 veces más riesgo de enfermar que las no fumadoras. La cavidad bucal se afecta en toda su extensión, desde el primer contacto con el tabaco, lo que trae como resultado efectos negativos como halitosis, manchas extrínsecas de dientes y restauraciones, abrasión de superficies dentales, estomatitis nicotínica, estados preneoplásicos y enfermedad periodontales el hábito está fuertemente asociado a las gingivitis crónicas debido a que las manchas que sobre la superficie dentaria generan los productos de la combustión del tabaco eliminan la lisura del esmalte y esa superficie áspera aumenta la posibilidad de formación de placa. En los fumadores existe también la tendencia a disminuir el flujo salival que ejerce similar acción. Entre otras alteraciones imputadas al tabaquismo está la disminución de los títulos de anticuerpos séricos y de la respuesta de los linfocitos T, a pesar de lo citado anteriormente el papel del tabaquismo en la aparición de la gingivitis hoy en día es discutido, pues el mismo provoca liberación de sustancias que producen vasoconstricción, por lo que se plantea que para la gingivitis no es un factor importante, lo contrario para la periodontitis donde algunos lo han catalogado como el segundo factor de riesgo en importancia.¹⁷

La Diabetes Mellitus es otro factor de riesgo muy asociado a la gingivitis crónica, con aumento 2 ó 3 veces de susceptibilidad, ya que hace disminuir la quimiotaxis polimorfonuclear y la síntesis de colágeno que trae como consecuencia una inhibición de la respuesta al tratamiento. En los diabéticos existe una menor capacidad de resistencia a las infecciones.¹⁹

Son riesgo también una serie de factores que favorecen la formación de placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival, así como: el sarro, apiñamiento

dentario, restauraciones deficientes, respiración bucal, presencia de caries y contactos dentarios deficientes, entre otros.

Existen diferentes afecciones sistémicas como hemopatías, endocrinopatías, trastornos psicosomáticos, infección por VIH y estados funcionales en la mujer, que establecen condiciones biológicas en el hospedero favorables al agravamiento de cuadros preestablecidos de gingivitis crónico.¹⁷

Cuando se analizan los factores de riesgo la mayoría de los postulados hacen muy responsable a la microbiota del surco gingival ya mencionada, se ha planteado que la herencia es la responsable del 50% del riesgo de padecer Periodontitis grave. El desarrollo futuro del estudio de la genética en la Periodontitis abre un camino para la prevención y el tratamiento de estas enfermedades. Otro elemento importante son los factores sociales como la instrucción, el nivel de ingresos, la ocupación laboral, el funcionamiento familiar, el nivel de educación sanitaria y el acceso a los servicios de salud^{19,20}.

Debido a todos estos factores que incrementan el riesgo a padecer enfermedad periodontal existen grupos poblacionales sometidos a altos o bajo riesgo. La atención primaria se realiza por el EGB (estomatólogo general básico) y el especialista en EGI (estomatólogo general integral) está dirigida a todos los individuos que presenten o no enfermedad gingival o periodontal, a los cuales se les realizarán acciones de promoción, prevención y tratamientos que no sean de la competencia del Periodontólogo^{21,22,23}.

La prevención en salud, consiste en la aplicación de cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una enfermedad o afección e interrumpir o retardar su curso, una vez aparecida ésta, hasta conseguir su curación, aplicando medidas que contribuyan a la identificación, control y eliminación de enfermedades bucales en la población, mediante la identificación de los factores de riesgos que puedan causar daño a la salud, la planificación, organización y ejecución de las actividades de prevención y educación para la salud oral, en los individuos, familias y colectivos en la comunidad¹.

Acciones de Promoción de Salud están incluidas dentro de las que corresponden a toda la estomatología y tienen como propósito mantener al hombre sano a través de la modificación de estilos de vida que posibiliten disminuir o eliminar factores de riesgo^{24,25}.

Acciones de Prevención. Las acciones preventivas están dirigidas a detener el avance de las enfermedades periodontales o evitar su aparición en la población supuestamente sana o con riesgos e incluyen:

El control de la placa dentobacteriana como acción preventivo curativa que interesa a toda la Estomatología.²⁶

Diagnóstico y tratamiento precoz e interferencia en el avance de las enfermedades periodontales, la detección y eliminación de los posibles factores de riesgo (hábitos nocivos, caries, manifestaciones iatrogénicas de tratamientos estomatológicos etc.) y el detartraje en los pacientes que lo requieran^{27,28}.

Profilaxis Bucal.

Es el conjunto de acciones encaminadas a prevenir y limitar el daño de las periodontopatías mediante la eliminación de factores de riesgo relacionados directamente con los tejidos periodontales detectados en la anamnesis y el examen físico que incluyen la detección precoz del cáncer bucal (PDCB).

- Control de placa dentobacteriana debe ser realizado previo a todo tratamiento en atención primaria.
- Tartrectomía es la eliminación de todos los depósitos ya sean calcificados, blandos o manchas extrínsecas sobre las superficies dentarias, el pulido de estas y de las restauraciones. Será realizada previo a todo tratamiento con excepción de pacientes con enfermedades sistémicas como la leucemia y hemofilia.
- La detección de hábitos nocivos exigirá la ejecución de acciones para su modificación o eliminación.

- Se constatará la presencia de caries por exploración clínica y se procederá a su tratamiento.
- La respiración bucal será interconsultada con los especialistas correspondientes.
- Los tratamientos estomatológicos iatrogénicos serán corregidos.
- Se valorará la condición de riesgo de las fuerzas oclusales lesivas²⁹.

Procesos fisiológicos que ocurren durante una inflamación crónica.

La inflamación crónica es necesario estudiarla para comprender los procesos que se llevan a cabo en la gingivitis crónica, cuando los tejidos y las células son lesionados se produce una respuesta de resistencia activa inmediata denominada inflamación. La misma es considerada una respuesta funcional y de defensa que lleva implícitos una serie de mecanismos de adaptación fisiológica y morfológica que comprenden principalmente reacciones nerviosas, vasculares, humorales y celulares dentro del sitio lesionado. La inflamación lleva intrínseca la reparación, capacidad del organismo para concatenar las lesiones y reconstruir defectos una vez neutralizados los agentes patógenos. Es importante comprender que la inflamación de los tejidos periodontales es similar en muchos aspectos a las que ocurren en otras partes del cuerpo, pero existen diferencias significativas, esto en parte se debe a la anatomía del periodonto. Los hechos inflamatorios en el periodonto no son estereotipados, causado por un microorganismo o un producto microbiano que opera por un periodo relativamente corto.²⁰

La inflamación crónica está dada por reacciones vasculares exudativas cuya forma de inicio es variable pero que su curso es prolongado. Las características que corresponden a este proceso presentan rasgos anatomopatológicos que lo diferencian de los procesos inflamatorios agudos confiriéndoles individualidad.

La fase crónica se caracteriza principalmente por la producción de la inmunoglobulina por los linfocitos y plasmocitos cuya acción a través de diversos

mecanismos de inmunidad inespecíficas dan características diferentes al proceso teniendo todos ellos en común la persistencia del estímulo irritativo y la reacción antígeno anticuerpo.

La inflamación crónica es dirigida por estímulos inflamatorios que persisten semanas, meses e incluso años como duración en algunas infecciones continuadas y en reacciones inmunológicas que se autoperpetúan^{21, 22}.

La Gingivitis Crónica, suele presentarse como un cambio patológico único, primario a la aparición de otro proceso o sobreañadido a otras entidades patológicas como por ejemplo la hiperplasia gingival; se define como el proceso inflamatorio que afecta el periodonto de protección y altera las características normales de la encía. Constituye un proceso reversible.

Clasificación de la gingivitis.

Se clasifica de acuerdo a su localización, extensión y aspecto anatomoclínico

1. De acuerdo a su localización²¹.

- Localizada (si abarca un diente o grupo de dientes)
- Generalizada (si afecta a todos los dientes en la cavidad bucal)

2. De acuerdo a su extensión:

Puede afectar sólo a la encía marginal o papilar o extenderse desde la encía libre hasta la adherida. Por lo que se ha clasificado en:

- Gingivitis Papilar.
- Gingivitis Marginal.
- Gingivitis Difusa. (Cuando afecta la encía papilar, marginal y la adherida)

3. De acuerdo a su Aspecto Anatomoclínico: Se clasifica en:

- Gingivitis Edematosa.
- Gingivitis Fibrosa.
- Gingivitis Fibroedematosa.²⁰

Para esta clasificación se exige el conocimiento de las características normales de la encía en cuanto a color, consistencia, contorno, tamaño y textura superficial.

En esta afección la destrucción y la reparación ocurren simultáneamente. Esta interacción de destrucción y reparación afecta la apariencia clínica de la encía. Los dos primeros síntomas de la inflamación que preceden al establecimiento de la gingivitis son: El aumento del fluido gingival. Sangramiento gingival²¹.

El sangrado de la encía no es una característica normal, su presencia es un signo clínico muy valorativo de Gingivitis Crónica que adquiere una connotación especial para el diagnóstico diferencial. Cuando el epitelio del surco gingival se reduce y degenera no ofrece el mismo grado protector. Como los capilares se hayan ingurgitados y masa cerca de la superficie y el epitelio esta adelgazado y degenerado los estímulos por lo común inocuos causan ruptura de los capilares y sangramiento gingival. Hay alteraciones sistémicas en las cuales hay hemorragia gingival.²⁵

Algunos aspectos que son importantes tener en cuenta para llegar a un correcto diagnóstico, destacan el color de la encía, tamaño, consistencia, contorno, textura y posición.

El color de la encía normal se dice que es rosa coral; se debe a la irritación del tejido modificado por las capas epiteliales supra adyacentes, por ello, el color de la encía se torna más rojo cuando: Hay aumento de la irrigación, cuando la queratinización se reduce o desaparece. A su vez, el color es más pálido cuando: La irrigación se reduce (asociación con fibrosis del corion).La queratinización epitelial aumenta. Esto quiere decir que la inflamación crónica intensifica el color

rojo o rojo azulado debido a la proliferación vascular y la reducción de la queratinización por compresión epitelial ejercida por el tejido inflamado. La estasis venosa se suma como tono azulado. En su origen como un enrojecimiento ligero, los cambios de color pasan por diversos tonos de rojo, azul rojizo y azul oscuro a medida que aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios comienzan en las papilas interdetales y se extienden a la encía insertada²⁷.

El tamaño de la encía es importante tenerlo en cuenta para hacer un correcto diagnóstico, el mismo se corresponde a la forma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival.

La Consistencia de la encía es firme y resiliente, con excepción del margen libre movable, la encía adherida está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su contigüidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.³⁰

La gingivitis crónica es un conflicto entre cambios destructivos y reparativos, y la consistencia de la encía está determinada por el equilibrio relativo entre los dos. Durante la gingivitis el colágeno es sustituido por tejido inflamatorio por lo que se torna menos firme y más esponjosa, blanda y friable. Los cambios fibrosos producen una consistencia similar a la normal porque se produce un depósito excesivo de colágeno.

El contorno o forma de la encía varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en el Área de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual. La gingivitis marginal crónica causa una modificación en el contorno normal de los tejidos gingivales y se manifiesta como aumento de tamaño de la encía que es una característica clínica común de la enfermedad periodontal.

Los primeros cambios se observan como un engrosamiento del margen, en las etapas posteriores se inflaman las papilas interdetales y sobresalen por vestibular y lingual dando lugar a agrandamientos groseros de modo que el col se exagera, y se forma la llamada papila separada, finalmente se afectará toda la encía y tomará el aspecto de haber sido hinchada como un golpe. Debido a esto el margen toma una posición más coronaria³¹.

Los cambios del contorno gingival en su mayor parte se hallan relacionados con el agrandamiento gingival, pero tales cambios pueden producirse asimismo en otras circunstancias como es el caso de Grietas de Stillman y Festones de McCall. En cuanto a la textura, La encía presenta una superficie finamente lobulada, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada. La pérdida del punteado superficial es un signo temprano de gingivitis. En la inflamación crónica, la superficie es lisa y brillante, o firme y nodular, según el predominio de cambios exudativos o fibrosos ²¹.

La posición de la encía se refiere al nivel en que la encía marginal se une al diente. Los cambios en la posición es otro de los elementos que tenemos que tener en cuenta, para entender este es necesario saber conceptos importantes como es la posición real y aparente de la encía , la posición real de la encía está determinada por el nivel de la adherencia epitelial sobre el diente, mientras que la posición aparente es el nivel de la cresta marginal sobre la corona del diente, se produce en este último caso una migración del margen gingival en sentido coronario, esto da lugar a la aparición de la llamada bolsa virtual.

El aspecto anatomoclínico de la Gingivitis Crónica es representativo de los eventos que se suceden desde que el tejido gingival es agredido, emprende su defensa y consigue o no su recuperación. En la encía se produce la destrucción de sus estructuras cuando es agredida por el efecto nocivo que produce el metabolismo microbiano de la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival, pero simultáneamente existe una respuesta orgánica para reparar los daños hísticos producidos, que comienza inmediatamente al suceder la agresión y se extiende en curso de su evolución. Los extremos de este proceso de agresión y

defensa están representados por la destrucción de tejido por un lado y en el otro su reparación. El cuadro clínico edematoso identifica la destrucción y el fibroso la reparación.³¹

En realidad, encontrar aisladamente estos dos extremos no es lo más frecuente en la clínica, porque patogénicamente aparece un equilibrio entre los cambios destructivos y los reparativos que definen las manifestaciones del cuadro clínico de la Gingivitis Crónica Fibroedematosa.

Es de gran importancia dominar las características normales de los tejidos periodontales para poder conocer los cambios clínicos e histopatológicos que se producen en los diferentes procesos inflamatorios que tienen su asiento en estos tejidos.³²

El diagnóstico se establece por una correcta anamnesis y un minucioso examen físico, basados en las características clínicas de la encía, el sondaje y descartar la posibilidad de pérdida ósea mediante radiografías. Algunos autores opinan que es la hemorragia al sondeo, el signo específico que señala la inflamación gingival precoz.

Si la inflamación es el único cambio patológico el pronóstico de la gingivitis crónica es favorable, en la medida que se logra una eficiente higiene bucal que impide la formación de placa dentobacteriana. Si está sobreañadida a cambios titulares de origen sistémicos como: trastornos nutricionales, hematológicos, hormonales, enfermedades debilitantes, etc. la salud gingival puede ser restaurada temporalmente, pero el pronóstico en estos casos está condicionado en el control o corrección de los factores sistémicos que intervienen.^{32,33}

La promoción y prevención son prioridades en el control epidemiológico de la gingivitis crónica por lo que se requiere recurrir a la Educación para la Salud individual, en grupos sociales y masivamente en toda la comunidad. La misma comprende una serie de actividades o procedimientos mediante los cuales se le transmite a la población los conocimientos necesarios para que conozcan los

problemas de salud y ayudarlos a solucionarlos. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se les explica a los pacientes sobre las causas que provocan su enfermedad, las consecuencias de no ser tratada.
- Motivarlos en el control de placa dentobacteriana.
- La importancia en la cooperaciones el cumplimiento de las orientaciones, orientaciones adecuadas en cada visita.
- Comprobar si se ha logrado modificar la conducta.
- Eliminar o controlar los posibles factores de riesgo según cada caso, y aplicar tratamientos según corresponda por ejemplo: corrección de maloclusiones, control médico terapéutico de afecciones sistémicas.²

Control de placa dentobacteriana.

El método mecánico es el más importante y ofrece resultados satisfactorios cuando se hace de manera regular y enérgica. Está dado por el cepillado dento gingival sistemático y minucioso que se complementa por otros medios como el hilo dental, cepillos interdetales entre otros.

En cuanto al cepillado es importante tener en cuenta, y tipos de cepillos, tiempo de cepillado, frecuencia de cepillado.

A parte del método mecánico del control de placa dentobacteriana se destaca el método químico. Los pacientes que carecen del grado de motivación requerido o de la destreza manual necesaria seguirán sufriendo un deterioro progresivo y necesitarán del control químico de la placa el cual es una ayuda útil para la eliminación mecánica de la misma, que se lleva a cabo a través de la aplicación de diferentes antisépticos.³³

La Tartrectomía es el procedimiento mediante el cual se elimina el sarro supra e infragingival, la PDB, depósitos blandos (materia alba), las pigmentaciones e incluye el pulido de las superficies dentarias. Se indica en los casos donde exista sarro y pigmentaciones extrínsecas, en pacientes sanos como enfermos periodontalmente, previo a todo tratamiento estomatológico para mejorar el estatus microbiológico de la cavidad bucal (atención primaria) por último en la fase de mantenimiento del paciente tratado en atención secundaria.

Precauciones: Procesos periodontales agudos . Estados generales que comprometan la resistencia orgánica o favorezcan sangramiento de difícil control (pacientes hemofílicos, alteraciones cardiacas como prótesis valvulares) etc·

Complicaciones: Lesiones de los tejidos blandos, Hiperestesia dentinaria (al eliminar la capa de cemento tan delgada que se presenta en la zona cervical del diente).^{34,35}

Los medicamentos en el tratamiento de la gingivitis crónica están indicados en:

1. Control de la placa dentobacteriana:
2. Gingivitis crónica edematosa o Fibroedematosa.
3. Pacientes portadores de cualquier tipo de gingivitis crónica que tengan contraindicaciones del tratamiento quirúrgico. Entre ellos podemos citar: Trastornos hemáticos, diabéticos descompensados, enfermedades cardiovasculares limitantes, psicópatas, ancianos, pacientes con tratamiento de anticoagulantes y gestantes entre el 5to y 9no mes.
4. Como coadyuvante del tratamiento quirúrgico.

Dentro de la gama de medicamentos que se utilizan se destacan.

Antisépticos: Son agentes químicos o medicamentosos que actúan sobre los tejidos vivos inhibiendo el crecimiento bacteriano o destruyendo los microorganismos presentes sobre los tejidos.

- Bisguanidas como la clorhexidina.
- Sustancias oxigenantes.
- Listerine.
- Sanguinarina o VIADENT.
- Compuestos fenólicos.
- Fluoruros²¹.

Digluconato de clorhexidina: Es una bisguanida, su mecanismo de acción está dado porque se une a las glucoproteínas de la película adquirida impidiendo así la colonización bacteriana. Actúa sobre los microorganismos de la placa interactuando con los grupos cargados negativamente en la pared de la bacteria, lo que permite el aumento de la permeabilidad, que el medicamento penetre dentro del citoplasma y produzca la muerte bacteriana. Tiene como característica farmacocinética la propiedad llamada sustantividad, propiedad que incluye la adhesión, duración de la retención y de la actividad antimicrobiana.

Aplicación clínica de la clorhexidina:

Control de placa supragingival: se indica como colutorio, pero también se puede administrar en spray, irrigaciones supragingivales, componentes de dentífricos, etc.

Se ha demostrado que enjuagatorios durante 1min/ 2 veces al día con 10 ml de solución al 0.2 % pueden prevenir completamente la deposición de la placa y la inflamación gingival³⁵.

Como coadyuvante del control de la microbiota subgingival. Aquí se encuentran las irrigaciones subgingival, irrigación ultrasónica, se ha planteado por algunos investigadores su dudosa eficacia al tener en cuenta el poco tiempo del medicamento a nivel del surco gingival, dado esto por diferentes factores como por

ejemplo el reemplazo del fluido gingival, el medicamento esta poco tiempo en dicho lugar etc., es por eso que en la actualidad se ha diseñado los llamados sistemas de liberación lenta, por ejemplo en este caso tendríamos las tiras de acrílico embebidas en clorhexidina. Ejemplo: gluconato de clorhexidina 0,2% Clorhidrato de clorhexidina: Se indican colutorios durante 1 minuto 2 veces al día.

Oralgene tabletas de 5 mg compuesto por: Clorhidrato de clorhexidina

Xilitol, Sorbitol: se le indica al paciente disolver el comprimido en la boca.

Los Fluoruros son un antiséptico muy potente cuyo mecanismo de acción se basa en: Inhibición de la adherencia bacteriana a la superficie del esmalte. Agente bacteriostático, inhibe la síntesis de carbohidratos de reserva y la glucólisis anaerobia. Confiere mayor existencia al esmalte ante la disolución acida de los microorganismos de la placa dentobacteriana²¹. Forma de presentación: tabletas. Se diluyen 2 tabletas en un litro de agua hervida, en envase plástico, no cristal porque reacciona con la sílice del vidrio, se indican dos buches diarios por una semana. Se puede utilizar como irrigaciones subgingival de fluoruro estagnoso³¹.

Sustancias oxigenantes.

Dentro de este grupo se encuentran, el peróxido de hidrogeno. Ambos pertenecen al grupo de los oxidantes, cuya acción antimicrobiana se logra a través de la liberación de oxígeno. Tiene efectos específicos sobre los microorganismos grampositivos, espiroquetas y anaerobios en general. Las sustancias oxigenantes tienen una acción antiséptica sobre la mucosa por atacar a microorganismos anaerobios, estas sustancias se combinan con los grupos sulfidrilos libres de las enzimas bacterianas uniéndolos y formando los puentes disulfuro, de estas manera las inactivan. Como se indican en forma de enjuagatorios se logra que además de la acción antiséptica, se obtenga un efecto de arrastre mecánico.

El perborato de sodio se expende en forma de papelillos de 2g cada uno. Se indica al paciente que disuelva un papelillo en dos dedos de agua hervida y tibia

preferentemente manteniendo la solución un minuto en la boca y después escupir. Deben realizarse 3 ó 4 enjuagatorios diarios de 5 a 7 días.

El peróxido de hidrógeno (H_2O_2). Se indica utilizando partes iguales del fármaco y de agua, realizando enjuagatorio de igual forma que el perborato de sodio. El peróxido de hidrógeno puede utilizarse como estíptico aplicándose puro en caso de un sangramiento localizado de causa traumática²⁰.

Soluciones fenoladas.

Los compuestos fenólicos de acción antiséptica actúan aumentando la permeabilidad de la membrana celular de las bacterias, permiten la pérdida de enzimas y otros productos indispensables para la vida de las bacterias. Actúan sobre las formas vegetativas de los gérmenes, sin embargo no actúan sobre los virus, ni sobre las bacterias esporuladas. En solución acuosa al 0,2%; es bacteriostático y es la forma que con más frecuencia se emplea.

Como enjuague se emplea el fenosalil. Se prepara a partes iguales de agua hervida con el medicamento se realizan 3 enjuagatorios al día de 1 minuto de duración.

Sanguinarina: Constituye un extracto alcaloide obtenido de la planta sanguinaria, su mecanismo de acción esta dado porque altera la superficie de la célula lo que reduce la agregación y adhesión de microorganismos. Se indica dos buchadas, en la mañana y en la noche de 10 ml cada uno por 30 segundos.

Listerine: Antiséptico compuesto por: alcohol, timol, eucalipto, salicilato de metilo, mentol, y ácido benzoico. Su mecanismo de acción está dado por alterar la pared celular y provoca lisis bacteriana, tiene poca sustentividad. Se indica buches o enjuagues de 20 ml, durante 20 segundos 2 veces al día.²

Es importante destacar que ningún antiséptico se puede usar por periodos indefinidos, pues ellos pueden llegar a alterar el sistema ecológico bucal, y esto

conllevaría al crecimiento de microorganismos oportunistas como es el caso de los hongos.

Astringente: son usados en el caso de presentarse una gingivitis edematosa o fibroedematosa. Son medicamentos que aplicados sobre la piel o mucosa provocan una precipitación o coagulación superficial de las proteínas, y una reducción o condensación de la superficie sobre la que actúan. Los astringentes por tener su acción sólo sobre la superficie, no provocan muerte celular. Cuando un astringente es aplicado sobre un tejido edematoso puede reducir el volumen del mismo. Pueden ser de tipo metálicos u orgánicos.³¹

El sulfato de cobre, cloruro de zinc y el fenol a bajas, concentraciones son ejemplos de astringentes usados con más frecuencia en Periodoncia. El sulfato de cobre se aplica en concentraciones de 0,5 a 2%. Se presenta en forma de una sal gruesa de color azul-verdoso que debe ser triturado en un mortero antes de su aplicación para convertirla en una sal fina que pueda ser colocada dentro del surco gingival con un aplicador, previo aislamiento del campo. Se mantiene el medicamento durante 3 minutos en la zona repitiendo la aplicación al menos cada 7 días. Cuando se administre por un período prolongado de tiempo puede manchar de verde los dientes.

Cáusticos: usados en la gingivitis edematosa o Fibroedematosa. Son aquellos medicamentos que producen muerte celular en los tejidos vivos, forman escaras o regiones circunscritas de tejido necrótico capaces de separarse del resto, se le han denominado también escarióticos. Su mecanismo de acción esta dado porque los mismos logran precipitar proteínas de las capas más profundas ya que tienen una acción penetrante. Eliminan las células enfermas por necrosis tisular que producen, estimulan la cicatrización por esa acción irritante.

Citostáticos: Son drogas de origen natural o sintético que afectan la actividad mitótica, tanto de las células normales como las tumorales. El citostático usado en periodontología es la podofilina. Es una resina de color amarillo verdoso que se utiliza generalmente en combinación con el ácido tricloroacético. Su uso más

frecuente es como coadyuvante en el tratamiento quirúrgico, donde exista proliferación celular postoperatoria, aplicándose de igual forma que este último.³⁶

Metronidazol: Aunque esta droga en su forma más clásica es un agente anti trichomónico puede ser utilizado en variados campos. Su propiedad más interesante desde el punto de vista de la clínica dental, es su acción específica contra un gran grupo de bacterias anaerobias, ya que estas bacterias cada día se hacen más responsables de la enfermedad periodontal. Existen dos importantes concepciones con respecto a la acción del Metronidazol que lo diferencian de otros antibióticos. Desde el punto de vista microbiano al Metronidazol elimina los anaerobios patógenos y no molesta la flora aeróbica comensal protectora. La segunda mayor ventaja es que no parece desarrollar resistencia a la droga entre los anaerobios.

Se reporta en la literatura que cuando se administra una tableta cada 8 horas existe una disminución del sangramiento gingival. Está contraindicado en pacientes con discrasias sanguíneas agudas, o en pacientes con lesiones activas del sistema nervioso central, en pacientes con defectos valvulares del corazón o con válvulas protésicas y en mujeres embarazadas, particularmente en el primer trimestre.³³

A manera de resumen podemos decir que las indicaciones de los medicamentos en el tratamiento de la gingivitis crónica son: Para el control de placa dentobacteriana, en casos que se presente una gingivitis crónica edematosa o fibroedematosa, con vistas a reducir el edema. Es importante señalar que el uso de los mismos no debe ser en la primera consulta, es necesario primero realizar controles de placa, motivar al paciente con un buen cepillado dentogingival, realizar Tartrectomía, y después de un tiempo si vemos que no ha evolucionado como esperamos pues decidimos el uso de los mismos con este fin.^{35,36,37}

El láser constituye la amplificación de luz por estimulación de las radiaciones. El mismo tiene los llamados efectos primarios y secundarios que son los que posibilitan los efectos terapéuticos. Los efectos primarios son, bioenergético,

bioeléctrico, bioquímicos y bioestimulante, los secundarios están dados por el estímulo de la microcirculación y el efecto sobre el trofismo local, lo que provoca efectos terapéuticos como: antiinflamatorio, analgésico, o regeneración tisular, hemostático³². La radiación láser de baja potencia actúa en la multiplicación celular, la regeneración de fibras colágenas y elásticas, la neoformación de vasos y la reepitelización del tejido efecto antiinflamatorio³⁸.

Existen otras técnicas y procedimientos terapéuticos que también pueden ser indicados en el caso de una gingivitis crónica como:

1. Fitoterapia: Colutorios con Caléndula, Llantén mayor, Manzanilla o Romerillo. Crema de Llantén mayor o crema de Manzanilla todas estas presentaciones se indican 3 veces al día durante 7 días.³⁹

2. Acupuntura:

➤ E-2, E-44, Id-18, Vg-26, Pc-6, Ig-4.

3. Propóleos: se presenta como tintura al 5 y 10%. Se indica colutorios después del cepillado, durante 7 días mientras que al 10% suele aplicarse sobre la superficie de dientes con hiperestesia dentinaria³¹⁻³².

4. Homeopatía: Se indica previa repertorización del paciente⁴⁰.

MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental del tipo antes y después dirigido a aplicar la estrategia educativa para elevar los conocimientos para la promoción, prevención y capacitación de estudiantes enfermos de gingivitis crónica del IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón en el periodo de septiembre del 2016 a mayo del 2017.

Diseño Metodológico:

El estudio fue realizado en IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón del municipio Morón, donde se aplicó una estrategia educativa para elevar los conocimientos sobre gingivitis crónica para la promoción, prevención y capacitación de estos estudiantes.

Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por la totalidad de los estudiantes de dicha institución, y la muestra de estudio estuvo conformada por los estudiantes enfermos de gingivitis crónica.

Los padres o tutores dieron su consentimiento para la participación de su hijo en la investigación (Anexo 1), debiendo cumplir con los siguientes Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de Inclusión.

- Estudiantes que sus padres estuvieron de acuerdo con su participación en la investigación.
- De ambos sexos.

Criterios de Exclusión.

- Estudiantes que sus padres no estuvieron de acuerdo con su participación en la investigación.
- Estudiantes que causaron baja de la escuela en el periodo de comienzo la investigación.
- Estudiantes que ingresaron posteriormente al inicio del estudio.
- Estudiantes que estuvieran embarazadas.

Métodos.

Para realizar la investigación se aplicó como método general, el Método filosófico general dialéctico materialista que constituye la vía científica más certera para la búsqueda de conocimientos y la dirección de la acción, ya que permite penetrar en la esencia de los fenómenos y determinar las vías de su desarrollo. Presentar evidencias concretas del mundo material o sus representaciones es importante, así como servir de guía o formación de conceptos, leyes, que permiten la extrapolación de resultados obtenidos hasta lo posible y derivar generalidades, ayudar a establecer el ciclo de ascensión de lo abstracto a lo concreto. La respuesta para la investigación científica esencial, como cualquier otro proceso consciente, sólo es posible a través del enfoque dialéctico y es allí donde el resto de los métodos teóricos tiene sus limitaciones.

En las investigaciones de las ciencias de la salud desempeñan un papel fundamental los métodos, considerando necesarios los siguientes:

Métodos teóricos. Los métodos teóricos permiten profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades esenciales de la afección patológica en estudio. Ellos posibilitan la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados.

Diferentes métodos teóricos:

- El de análisis histórico y lógico.
- El análisis y la síntesis.
- La inducción y la deducción.

El histórico – lógico, el método histórico estudia la trayectoria real de los fenómenos en el de cursar de la historia. El método lógico investiga las leyes generales del funcionamiento y desarrollo de los fenómenos, ambos métodos se complementan y están íntimamente vinculados. Estos métodos permiten unir el estudio de la estructura del objeto de investigación y la concepción de su historia,

parte de una revisión exhaustiva de la toda la evolución en el tiempo que han tenido los estudios sobre la gingivitis crónica y las vías o métodos de prevenir la presencia de los factores de riesgo relacionados con su desarrollo proponiendo una estrategia de intervención educativa estomatológica en los estudiantes del IPU para contribuir a mejorar su calidad de vida. El método lógico, para poder inferir en la prevalencia, incidencia, y factores de riesgos de la gingivitis crónica, debe basarse en los datos que le proporciona el método histórico es decir la evolución de la misma, de manera que no constituya un simple razonamiento especulativo.

El análisis y la síntesis son dos procesos cognoscitivos que cumplen funciones muy importantes en la investigación científica donde: el análisis es una operación intelectual que posibilita descomponer mentalmente la realidad en sus partes y cualidades, mientras que la síntesis establece la unidad entre las partes y reconstruye el todo. Análisis y síntesis constituyen un par dialéctico, que tienen una base objetiva en la realidad. Se infiere a que si se eliminan o minimizan los factores de riesgos que deben estar presentes en cada individuo para el desarrollo de la gingivitis crónica, disminuirá la presencia de la misma.

La Inducción y la deducción, en la actividad científica la inducción y la deducción se complementan entre sí: a través de la inducción se llega a determinar generalizaciones, leyes empíricas, las que constituyen puntos de partida para definir o confirmar formulaciones teóricas. La complementación mutua entre estos procedimientos nos puede proporcionar un conocimiento verdadero de la realidad. De dichas formulaciones teóricas se deducen nuevas conclusiones lógicas, en la investigación con el proyecto de intervención, donde se les brindó a los adolescentes todas las herramientas del saber sobre la gingivitis crónica y forma de prevenirlas con técnicas afectivas participativas que le fueran de su agrado para mayor interpretación, el cual se aplicó a los estudiantes del IPU. **Métodos empíricos:** Partiendo de la observación para iniciar la investigación y que estuvo presente todo el tiempo, acompañada de métodos, procedimientos y técnicas de recolección de datos, permiten la obtención y elaboración de los datos empíricos y

el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizan los fenómenos; se utilizaron dichos métodos para realizar la confección y aplicación de un formulario para la recolección de datos, que permitieron obtener directamente de los encuestados todos los elementos necesarios para evaluar su nivel de conocimientos sobre la gingivitis crónica y otros elementos relacionados con la higiene bucal, tabaquismo

Selección de las variables.

Para dar respuesta a los objetivos se estudiaron las siguientes variables:

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa Continua	15 años 16 años 17 años 18 años	Según años cumplidos	Frecuencias Absolutas y relativas
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Frecuencias Absolutas y relativas
Pacientes afectados con gingivitis crónica	Cualitativa Nominal Politómica	Afectados con gingivitis	Presencia de los signos y síntomas de la gingivitis , aumento de tamaño de la encía , cambios de color , sangrado ante el cepillado dental , cambio en el	Frecuencias Absolutas y relativas

			contorno referido por el estomatólogo en la HCI (Anexo 3) Ausencia de signos de inflamación y cambios de la encía según examen en HCI (Anexo 3)	
Evaluar higiene bucal de los estudiantes enfermos	Cualitativa Nominal Politómica	Higiene bucal	Según Índice de Higiene Bucal de Love (Anexo 6)	Frecuencias Absolutas y relativas

Factores de riesgos presentes en los jóvenes en estudio	Cualitativa Nominal Politómica	Higiene bucal		Frecuencias absoluta y relativas
		Hábito de fumar	Según Índice de Higiene Bucal de Love (Anexo 6) Si refiere en el interrogatorio o en el instrumento de recolección de información que fuma (Anexo 3).	
		Apiñamiento	Si presenta apiñamiento en el examen bucal el cual es descrito en HCl. (Anexo 3)	
		Aparatología fija	Si en el momento de el examen se observa aparatología Fija o lo usó (Anexo 3)	
		Diabetes Mellitus	Si refiere ser diabético (Anexo 3)	

Nivel de conocimiento de los jóvenes antes y después de la intervención	Cualitativa Nominal dicotómica	Satisfactorio No satisfactorio	Si obtiene un puntaje de 50 a 60 puntos se considera un nivel de conocimiento sobre gingivitis crónica y factores de riesgos de esta afección satisfactorio (Anexo 5) Si obtiene menos de 50 puntos usted tiene un nivel de conocimientos no satisfactorio Ver (anexo 5) (clave de calificación).	Frecuencias Absolutas y relativas
Opinión sobre la estrategia educativa de los estudiantes.	Cualitativa ordinal	Bueno Regular Malo No sé	Según resultados que se encuentren en el instrumento de recolectar información aplicado al finalizar el proyecto (Anexo 4)	Frecuencias absolutas y relativas

Procedimiento.

Se realizó la coordinación con la Dirección Municipal de Educación y los directivos del IPU Nguyen Van Troi del municipio Morón con el objetivo de la planificación de la investigación, se acordó la hora más propicia para los estudiantes y los días que iba a ocupar ese estudio.(Anexo 2)

Se destinó un local en el centro de estudios y se realizó un examen bucal para diagnosticar los afectados con gingivitis, los cuales se trasladaron a la Clínica Estomatológica Norte, del municipio Morón, donde se realizó un examen profundo utilizando espejo explorador, pinza de algodón y sonda periodontal, se aclaró que estos estudiantes se les realizó el ingreso para su tratamiento en atención primaria con la confección de Historia Clínica Individual (Anexo 3) y las diferentes sesiones de tratamiento donde los pacientes enfermos pasaron a sanos con riesgo .

La intervención se realizó en cinco sesiones de trabajo con una duración de 15 a 40 minutos, Se determinó el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los estudiantes a través de un instrumento para recolección de la información (Anexo 3, 4 y 5), confeccionado por la investigadora.

La higiene bucal referida por el paciente en cuanto a forma y frecuencia se corroboró según el Índice de Higiene Bucal de Love (Anexo 6). Se diagnosticó el apiñamiento dentario, y el uso de tabacos a través de formulario de recolección de información. Para conocer la aceptación que tuvo el proyecto se aplicó el Instrumento para recolectar información sobre la aceptación por los estudiantes del proyecto de intervención educativa (Anexo 4).

Descripción de la estrategia educativa.

En la etapa inicial se realizó contacto con educación municipal y los directivos de la escuela con el objetivo de analizar la disposición de estas personas en colaborar con dicha investigación, se explicó cómo era el estudio y qué beneficios traería para la salud de estos adolescentes. Se concretó fechas, horas y posibilidades para ellos.

En una segunda etapa se elaboró y se aplicó la estrategia educativa en la fecha y hora fijada. La reunión se realizó con todas las personas que pertenecen a estas instituciones, se explicó todo lo referido a la estrategia la cual se aplicó por sesiones, conforme al plan de actividades (Anexo 7); se utilizaron técnicas participativas, charlas educativas, proyección de fotos en computadoras laptops que se llevó para tal efecto, se enfatizó en los métodos de prevención de los factores de riesgo que propician la aparición de la entidad en estudio.

En la etapa de intervención se explicó la necesidad de la encuesta como instrumento de recoger la información (Anexo 3 y 4). Se utilizaron técnicas afectivas participativas para motivar a los adolescentes en la participación de la estrategia. (Anexo 7).

Se evaluó el conocimiento adquirido por los adolescentes a través de un formulario (Anexo 5), para ver el cambio de actitudes de esta edad con respecto a la gingivitis y factores de riesgo que propician la misma así como nivel de conocimiento de salud bucal e impacto del proyecto en ellos (Anexo 4).

Evaluación.

Se realizó a través de todo el proceso de intervención, con la participación del total de los adolescentes, personal estomatológico, con la observación al final de cada sesión y las actividades indicadas para verificar si el objetivo se había cumplido.

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal se aplicó nuevamente el instrumento de recolectar la información (Anexo 5) regidos por la clave de este anexo y se aplicó el índice de Love y col (Anexo 6), con el fin de evaluar los cambios positivos de su higiene bucal y la comprobación visual de los mismos. Los resultados se evaluaron con el cumplimiento de los objetivos para recolectar la información (encuesta) al final del proyecto (Anexos 4) y a través del control de placa dentobacteriana, mediante el índice de Love para medir eficacia del cepillado dental. (Anexo6).

Estas actividades además de ser evaluativas sirvieron para confirmar y afianzar los conocimientos impartidos.

Métodos estadísticos.

Cumplen una función relevante ya que contribuyeron a determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos empíricos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos.

Para cumplir los objetivos, las variables se introdujeron en una base de datos, se resumió la información calculando porcentajes.

Se utilizó una PC Pentium IV con ambiente XP y los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.5.

Los software que se emplearon fueron Microsoft Word, Microsoft Excel, Epiinfo. Los resultados obtenidos se expresaron en forma tabular para facilitar su análisis y comprensión.

Ética del estudio:

Por ser esta una investigación que incluye seres humanos la misma se realiza de acuerdo a los cuatro principios de la Bioética Médica: el respeto a la persona (autonomía y consentimiento informado), la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia, los pacientes en edades pediátricas entraron en la investigación a voluntad de los padres o tutores y los mayores según voluntad propia a través de su consentimiento escrito, se les explicó en qué consistía la investigación y su importancia para la salud bucal (Anexo 1).

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad y sexo. Estrategia educativa encaminada a disminuir los factores de riesgo de la gingivitis en los jóvenes del IPU Nguyen Van Troi.

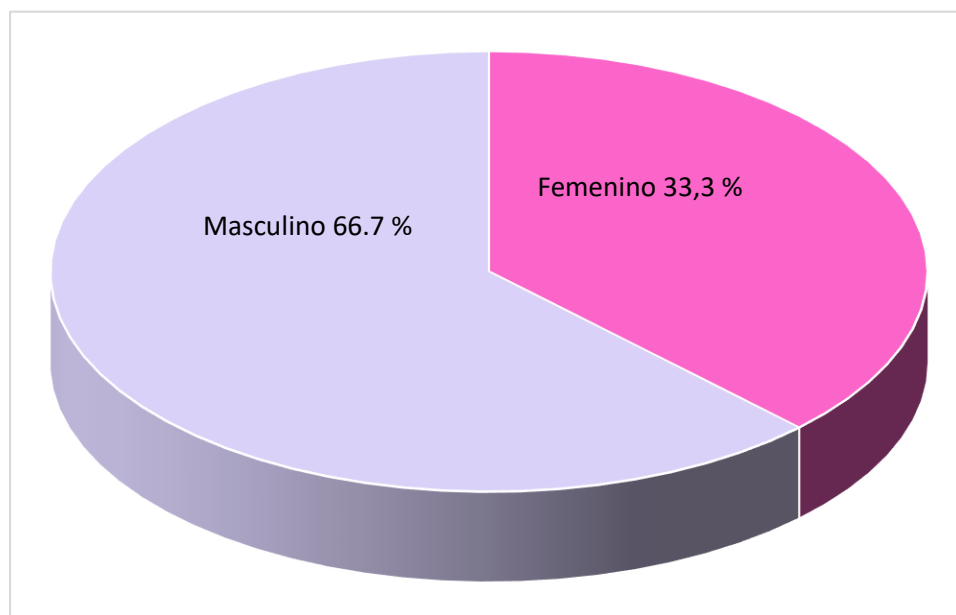
Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
15 años	5	6.7	13	17.3	18	24.0
16 años	10	13.3	20	26.7	30	40.0
17 años	8	10.7	10	13.3	18	24.0
18 años	2	2.7	7	9.3	9	12.0
Total	25	33.3	50	66.7	75	100

Fuente. Encuesta

En la tabla 1 se observó que el sexo masculino predominó en 66.7% sobre el femenino con un 33.3% y la edad que prevaleció fue la de 16 años con un 40.0 %, en la matrícula del centro existe mayor cantidad de estudiantes del sexo femenino en esta edad. Resultados similares se encuentran en el estudio realizado en el Área Norte. Sancti Spíritus⁴, el sexo masculino predomina con un valor de 62.7 % sobre el femenino, otro estudio con similares resultados es el titulado “Estado periodontal de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Vista Alegre, Santiago de Cuba”⁶, Se observa una primacía del sexo masculino

con 28 pacientes, para 77,8 %. Esta investigación difiere del estudio⁸ realizado en el estado venezolano de Carabobo, para valorar los principales factores de riesgo que influyeron en la aparición de gingivitis crónica en 75 adolescentes, donde en esta investigación predomina el sexo femenino con 64.0%.

Gráfico No 1 Distribución de la muestra según pacientes afectados con gingivitis según sexo



Fuente. Encuesta

En el gráfico No 1 se observó que el sexo masculino es el más afectado representando un 66.7% y las femeninas con 33.3%. Estos resultados se deben a que los sexos masculinos son menos cuidadosos de su higiene en este caso bucal y tiene hábitos tóxicos como el hábito de fumar. Resultados similares se pueden encontrar en el estudio realizado por Pérez Barrero BR, Sánchez Zapata R, Godín Gener M, Sánchez Garrido AV, Gan CarderoB⁶ en la Clínica Estomatológica Vista Alegre” donde reportan el 69.2 % de los masculinos con gingivitis. Estos resultados difieren de otros autores¹¹ que reportan las femeninas con gingivitis con un 64.0% sobre los masculinos.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes según higiene bucal antes y después de la estrategia educativa.

Higiene bucal	Muestra	
Antes de la estrategia		
	No	%
Eficiente	10	13,3
Deficiente	65	86,7
Total	75	100
Después de la estrategia		
Eficiente	69	92,0
Deficiente	6	8,0
Total	75	100

Fuente. Encuesta

La tabla 3 mostró la distribución de la muestra según higiene bucal antes y después de aplicada la estrategia educativa, donde se observó que antes de la estrategia un 86,7% de los estudiantes tenían una higiene bucal deficiente y después de aplicar la estrategia educativa hubo un significativo cambio en los estilos de vida con un resultado de 92,0% de los pacientes presentaron una higiene bucal eficiente. Estos resultados coinciden con la investigación "Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 en edad pediátrica"⁹ Inicialmente se obtiene en este estudio de intervención que sólo el 3.7 % de los niños y adolescentes tienen una higiene bucal evaluada de bien. Después de pasados 18 meses se logra alcanzar este resultado en el 33.3 %. En varias investigaciones^{12,13}, se demuestra que la acumulación de placa dentobacteriana por deficiente higiene bucal está fuertemente asociada con la gingivitis, por lo que esta se comporta como un importante factor de riesgo. Se

conoce que la higiene bucal es la clave para el éxito del tratamiento de la gingivitis, muchos de los fracasos en el control de esta se atribuyen a la higiene oral deficiente. Se ha demostrado que los pacientes con este indicador deficiente tienen mucha más probabilidad de padecer la enfermedad periodontal a cualquier edad. Este resultado que se obtiene en esa investigación no coincide con este estudio ya que solo en semanas se reportó un cambio significativo de la higiene bucal, pues de 13.3 % con higiene bucal eficiente antes de la estrategia educativa, se elevó a 92.0% después de aplicada, son satisfactorios cambios que se produjeron solo en semanas.

Tabla 4. Distribución de la muestra según presencia de factores de riesgos antes y después de aplicada la estrategia educativa.

FACTORES DE RIESGO	n =			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Higiene bucal inadecuada	65	86,7	6	8,0
Tabaquismo	15	20,0	7	9,3
Apiñamiento	12	16,0	12	16,0
Aparatología fija	7	9,3	7	9,3
Diabetes mellitus	0	0	0	0

Fuente. Encuesta

Cuando se analizaron los factores de riesgo presentes en los jóvenes en estudio (Tabla 4), se observó que en la higiene bucal y el tabaquismo se logró modificar la conducta después de aplicada la estrategia educativa por lo que al finalizar la estrategia solo el 8,0 % permaneció con higiene bucal deficiente y solo el 9,3 % continuó con el hábito del tabaquismo. Resultados similares se obtienen por otros autores¹⁰ ya que logran mejorar y controlar los factores de riesgos en los pacientes de la investigación. Se considera que el aprecio expresado por los jóvenes, favoreció que los resultados obtenidos fueran positivos e influyeran en los estilos de vida de estos pacientes al implementar la estrategia.

Tabla 5. Nivel de conocimiento de salud sobre gingivitis y salud bucal antes y después de aplicada la estrategia educativa.

Nivel de conocimientos de salud sobre gingivitis crónica.	Muestra =	
	No	%
Antes de aplicar la estrategia educativa		
Satisfactorio	10	13,3
No satisfactorio	65	86,7
Total	75	100
Después de aplicada la estrategia educativa		
Satisfactorio	69	92,2
No satisfactorio	6	8,0
Total	75	100

Fuente. Encuesta

En la tabla 5 se reportó un predominio antes de aplicada la estrategia de un nivel de conocimientos en los pacientes en estudio no satisfactorio con 86,7% y después de aplicada la estrategia educativa se elevó el nivel de conocimiento con un predominio del satisfactorio con 92,2% solo quedó un 8.0 %de jóvenes con nivel de conocimiento no satisfactorio. En los estudios realizados, en 2009, Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta ER Vidal²⁷ se muestra un aumento significativo del nivel de información después de aplicada estrategia educativa.

El papel más importante lo juegan las técnicas educativas, afectivo-participativas y dinámicas grupales en la aplicación de actividades de promoción y prevención. En edades jóvenes es más fácil cambiar estilos de vida y se logran obtener buenos resultados y cambios significativos en la salud bucal.

La estrategia educativa permitió la comprensión de muchos términos de salud que los estudiantes no conocían y que después de aplicada ya lo dominaban.

Tabla 6. Distribución de la muestra según opinión de la estrategia educativa.

Opinión de los estudiantes sobre la estrategia educativa	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No	%
	No	%	No	%		
Bueno	22	29,3	45	60,0	67	89,3
Regular	3	4,0	3	4,0	6	8,0
Malo	0	0	1	1,3	1	1,3
No sé	0	0	1	1,3	1	1,3
Total	25	33,3	50	66,7	75	100

Fuente. Encuesta

La tabla 6 refleja que el 89,3 % de los estudiantes consideraron que la estrategia educativa fue buena , un 8,0 % que fue regular, 1,3 % que fue mala y un 1,3 % que no sabe, es decir no tiene opinión acerca de la aceptación o no sobre la estrategia educativa, resultados que coinciden con el estudio titulado “Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 en edad pediátrica”⁹ reportan que la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida de los niños fue evaluada de buena en el 88 % de ellos. El impacto, como expresión del efecto de una acción, permitió juzgar el mérito de la actividad que posibilitó conocer los procesos aplicados, su comprensión y redefinición si fuera necesario, se evidencia que la estrategia tuvo un impacto positivo, pues propició la autovaloración, influyó en la autorregulación de la conducta de los jóvenes del IPU Nguyen Van Troi.

Conclusiones.

La edad que más pacientes aportó fue la de 16 años y el sexo que predominó en la muestra fue el masculino.

De la muestra el sexo masculino es el más afectado por la gingivitis crónica.

Antes de aplicar la estrategia predominó la higiene bucal deficiente y después de la estrategia predominó la higiene bucal eficiente.

Hubo un cambio significativo en los factores de riesgos y estilos de vida de estos jóvenes después de la estrategia ya que mejoró la higiene bucal y disminuyó el hábito de fumar.

El nivel de conocimiento sobre salud bucal y gingivitis que predominó antes de aplicar la estrategia educativa fue no satisfactorio y después de la estrategia el nivel de conocimiento que predominó fue satisfactorio.

Más de la mitad de los estudiantes opinaron que la estrategia educativa fue buena.

Recomendaciones

Ampliar la aplicación de esta estrategia en todos los niveles de enseñanza media superior

Continuar el estudio de esta afección clínica así como los medios para controlarla, tratarla y erradicarla de la población joven mediante el aumento de la promoción, prevención y motivación de salud, así como el diagnóstico y tratamiento precoz.

Referencias bibliográficas.

1. Sosa Rosales MC, Marín Quintero ME, Méndez Piña A, Guillaume Ramírez V, Criado M, Echarry Cano O, et al. Indicadores epidemiológicos. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2003.p.517-57 [en línea]. [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/ guías estomatol/cap4.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/guías%20estomatol/cap4.pdf).(consultado 11 de abril de 2012)
2. Colectivo de autores. Enfermedades Gingivales y Periodontales En Guías Prácticas Clínicas de Ciudad de La Habana; 2003. [en línea]. [http://aps.sld.cu/bvs/materiales/ guías estomatol/cap4.pdf](http://aps.sld.cu/bvs/materiales/guías%20estomatol/cap4.pdf) .(consultado 11 de abril de 2012)
3. Cruz Hernández I, Rubio Ríos G, Torres López MC .Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Municipio Fomento. 2010. Trabajo original. Clínica Estomatológica Provincia Sancti Spíritus. Gaceta Médica Espirituana 2013; 15(1)
4. Rubio Rios G, Cruz Hernández I, Torres López MC. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spíritus 2010.Clínica Estomatológica Provincial Sancti Spíritus. Trabajo original. Gaceta Médica Espirituana 2013; 15(1)
5. Quevedo Aliaga JL, Negreira Leon S, Rojas Escobar RM. Enfermedad periodontal en pacientes atendidos en el Consultorio No. 23 de la Clínica Rubén Batista Rubio. Cacocum 2007-2008. Correo Científico Médico de Holguín 2010;13(4).consultado (17 de abril 2013).
6. Pérez Barrero BR , Sánchez Zapata R, Gondín Gener M, Sánchez Garrido AV Gan Cardero B. Estado periodontal de pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Vista Alegre. Artículo original, *versión* ISSN 1029-3019 MEDISAN vol.16 no.4 Santiago de Cuba abr. 2012). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol16_4_12/san06109.htm. (consultado 20 de abril 2013)

7. Pérez Barrero BR, Duharte Garbey C, Perdomo Estrada C, Ferrer Mustelier A, Caldero B: Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años ARTÍCULO ORIGINAL MEDISAN vol.15 no.9 Santiago de Cuba set. 2011 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san06109.htm. consulta: 14 abril 2013].
8. Pérez Hernández LY, de Armas Cándano A, Fuentes Ayala E, Rosell Puentes F, Urrutia Díaz D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados: Policlínico "Pedro Borrás", Pinar del Río ISSN: 1561-3194. Rev. de Ciencias Médicas. abril 2011; 15(2): Aprobado: 10 de abril de 2011. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>. (consulta: 14 abril 2013].
9. Mendiola Betancourt BM, Fernández Franch N, Gutiérrez Macías AM, Machado Temes ME, Torres Romo UR, Manso Armas JR. Impacto de una estrategia educativa estomatológica dirigida a pacientes diabéticos tipo 1 en edad pediátrica. Artículos originales. Revista Archivo Médico de Camagüey .versión ISSN 1025-0255 AMC vol.15 no.5 Camagüey sep.-oct. 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_5/san06109.htm. amc@finlay.cmw.sld.cu (consultado 5 abril 2013)
10. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm>[consulta: 14 abril 2013].
11. Mayán Reina G, de Beche Rimbau E, Sosa Rodríguez I, Parejo Maden Morales Morán L. Gingivitis crónica y la higiene bucal en adolescentes de la secundaria básica "Raúl González Diego" Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Rev. haban cienc méd vol.11 no.4 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2012 versión ISSN 1729-519X Aprobado: 19 de Julio de 2012.
12. Campaña Proenza OV, Ilisástigui Ortueta ZT, Rodríguez Calzadilla A. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Rev Cubana Estomatol. [Internet] 2002

39(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est05302.htm [consultado 5 abr 2010];

13. Seijo Machado M, Bosch Pons MM, Castillo Betancourt EM, Espino Otero S, Quiñones Betancourt A. Higiene bucal y tabaquismo como factores de riesgo de enfermedad periodontal. Medisur. [Internet] 2009 7(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/625/823> [citado 24 abr 2010].
14. ¿Por qué fuman los jóvenes? <<http://www.elalmanaque.com/Medicina/farma25.htm>> [consulta: 3 marzo 2011].
15. Iglesias Berlanga GE, Iglesias Berlanga IJ, Pérez Báez N, González *Iglesias A*. Estado periodontal en adultos del Área Cangre del municipio de Güines. Artículo original. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2012; 18 (1), disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>. [Consulta: 27 enero 2012].
16. Terapias periodontales. <http://www.cipo.cl/terapia_periodontal.html> [consulta: 21 enero 2011].
17. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2007 44(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est05107.html [citado 5 abr 2010];
18. Las enfermedades periodontales en los niños. <<http://www.salud.com/salud-dental/las-enfermedades-periodontales-los-ninos.asp>> [consulta: 3 marzo 2011].
19. Juárez R, Chahin Julio R, Vizcaya M, Arduña El. Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos. Rev Cubana Estomatol [serie en Internet]. 2007 44(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext & pid=S0034-75072007000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-75072007000200004) & lng=es. consultado 5 de abril 2013.

20. Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006
21. Hernández Castellanos Y, Olivera García ML. Enfermedad parodontal y propuesta de un método educativo sanitario en un grupo de escolares. Rev Cubana Estomatol. 2007; 44(2):32-9.
22. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Méd Electrón. [serie en Internet]. 2011 33(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revistamedica/ano2011/vol12011/tema08.htm>, (consultado 15 de abril 2013)
23. Liberta Bonilla BE. Impacto, impacto social y evaluación del impacto. Acimed [serie en Internet]. 2007 15(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15307/htm> [consultado 7 dic 2010].
24. Felipe Torres S, Armas Portela L, Quiñónez ME, Valencia Fernández V, Rodríguez Valdés L. Relación entre nivel de conocimientos sobre higiene bucal y la salud gingival en la adolescencia. En: Memorias del Congreso Internacional de Estomatología 2005. [En CD-Room]. 2005.ISBN. 95
25. Hambrone L, Bassit Macedo S, Cardoso Ramalho F, Trevizani Filho E. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. Ciênc. saúde coletiva 2015; 15(2).
26. Ganzo de Castro Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. Cad. Saúde Pública. 2015; 25 (3).
27. Cruz Morales R, Caballero López D, Limonta Vidal ER. Nivel cognoscitivo sobre higiene bucal y gingivitis crónica en niños. Colegio "Presidente Kennedy". Venezuela. 2006. Rev Méd Electr 2009; 31(4). <<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n4/spu07409.pdf>> [consulta: 20 febrero 2011].

28. Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez, González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Matanzas:CPHE. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2006 44(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_1_06/hie01106.htm. (consultado 10 de abril 2013)
29. Martínez Abreu J, Chapelín Arencibia Y, Peña Ruiz T. Oleozón en el tratamiento de la gingivitis crónica edematosa. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2006; 28(6). Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema05.htm>[consulta:10 de abril 2013.]
30. Cruz Morales R, Caballero López D, Martínez Brito I. Problemas sociales relacionados con el estado de salud periodontal de la población infantil urbano-marginal venezolana. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Sep-Oct [;33(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol5%202011/tema13.htm>. citado: fecha de 10 de marzo 2013]
31. Dreke Hernández S, Peña Ruiz T, Martínez Abreu Y, Delgado Ramos A. Láser Helio-Neón en el tratamiento de la Gingivitis Crónica. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en URL:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema9.htm> [consulta:12 febrero 2013]
32. Peña Ruiz T, Delgado Ramos A, Martínez Abreu I. Nociones actuales sobre la flora microbiana del surco gingival. Rev Cubana de Estomatol [periódica en línea]. 2007, 44(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072007000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es [consultada 19 Jul 2011]

33. Rodríguez Calzadilla A. Vigilancia y evaluación de la salud: método de observación y control. Revista Cubana de Estomatología [periódica en línea]. 1995 ; 32(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_1_95/est01195.htm [consultado 15 abril 2013]
34. Méndez González JA, Pérez Rodríguez OJ, Fors López MM. Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico “Ángel A. Aballí”. Rev Cubana Estomatol [periódica en línea]. 2007 ;44(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200002&lng=es&nrm=iso [consultado 18 Mar 2011].
35. Remy H, Blanchaert IR. Ischemia heart disease. Oral Surg Oral Med, Oral Photol, Oral Radiol [periódica en línea]. 1999 Mar;87(3). Disponible en: <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ymoe/article/S1079-2104%2899%2970209-X/abstract> [consultado 11 de enero 2011.].
36. Rodríguez CA. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Revista Cubana de Estomatología [periódica en línea].1997 [.];34(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75071997000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es consultado 18 de marzo2012
37. Recatero MA. La prevención de la salud dental. Disponible en:<http://www.estomatologiaholistica.es/recursos/Articulos/La%20prevencion%20de%20la%20salud%20dental.pdf>[consultado 17 Ene 2010].
38. Chung Fernández AM, Márquez Zaragoza L ·Hernández Borroto CE Relación de la gingivitis crónica con algunas afecciones del sistema osteomioarticular según holograma del microsistema de dientes alemán . artículo original .MEDISAN vol.17 no.1 Santiago de Cuba ene. 2013.
39. Hernández Marín CA, González Fortes B, Yero Mier I, Rivadeneira Obregón AM .Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Área Norte Sancti Spíritus. 2010.Clínica Estomatológica Provincial. Sancti Spíritus.Trabajo original. Gaceta Médica Espirituana 2013; 15(1).

40. Guerra Betancourt R M, Guerra Betancour K, Palomino Carmenate E, Guerra Miranda J, Rodríguez Nieves M, Santiesteban Castro JL. Utilización de la *Pluchea carolinensis* en la gingivitis crónica edematosa. *Correo Científico Médico Holguín*, Vol 17, No 1 (2013) disponible en: publicaciones@cpicm.hlg.sld.cu. Consultado 18 de abril 2013.

Anexo 1: Carta de consentimiento informado.

Yo: _____ padre del
estudiante _____ estoy de acuerdo a
participar (ambos) en la investigación: "Estrategia de intervención educativa
para el desarrollo de conductas saludables en jóvenes con enfermedades
gingivales".

Me han explicado que mi hijo puede quedar incluido en un grupo de pacientes
que serán tratados con diferentes técnicas educativas.

Me han comunicado los objetivos y procedimientos del estudio, así como que la
participación es absolutamente voluntaria.

Por tanto, al firmar este documento autorizo que nos incluyan en esta
investigación.

Se firma la presente junto con el médico que me ha dado las explicaciones.

A los ____ días del mes de _____ de 20__.

Firma del Padre

Firma del médico

Anexo 2: Carta de consentimiento informado.

Yo: _____ director del IPU “Nguyen Van Troi” estoy de acuerdo en que nuestra institución pueda participar en la investigación: "Estrategia de intervención educativa para el desarrollo de conductas saludables en jóvenes con enfermedades gingivales".

Nos han explicado que trabajarán con estudiantes de la escuela, donde estarán presentes los profesores guías de cada grupo los cuales están dispuestos en colaborar en el estudio y se formará un grupo de pacientes que serán tratados con diferentes técnicas educativas.

Nos han comunicado los objetivos y procedimientos del estudio, así como que la participación es absolutamente voluntaria.

Por tanto, al firmar este documento autorizo que nos incluyan en esta investigación.

Se firma la presente junto con el médico que me ha dado las explicaciones.

A los ____ días del mes de _____ de 20__.

Firma del Director

Firma del médico

Anexo 3: Historia Clínica Estomatológica

Datos de historia Clínica Individual

Fecha:

Unidad:

Nombre y Apellido:

Dirección:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Motivo de consulta:

Historia de la enfermedad actual:

Antecedentes patológicos: (Personal y Familiar), Hemorrágicos, reacción a medicamentos, enfermedades sistémicas.

Hábitos: Cepillado, succión digital, onicofagia, lengua protráctil, bruxismo, tabaquismo, alcohol, café y otros.

Examen Bucal: Señalar afecciones en todo el complejo bucal, tejidos blandos, duros y glándulas.

Examen Físico General: Piel, mucosas, hábitos externos.

Examen del PDCB:

Dentigrama:

Clasificación epidemiológica:

Plan de tratamiento:

Evolución y tratamiento: Con fecha del día que se realiza la historia clínica.

Anexo 4: Cuestionario.

Instructivo para la planilla de recolección de datos

1. No. de Orden: se anotó el número de orden.
2. Nombre y Apellidos: anotar el nombre y apellido del entrevistado.
3. Grupo de edad: marcar con una x de acuerdo a su edad en años cumplidos en el grupo que pertenezca.
4. Sexo: marcar con una x de acuerdo al sexo que pertenece.

F____ M____

5. Higiene bucal: Marcar con X según corresponda de acuerdo con el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Deficiente: Cuando el valor sea superior al 20 %.

Buena: Cuando el valor de las superficies coloreadas esté entre el 14 y el 20 %.

6. Factores de riesgo: marcar con una x el factor de riesgo que presente según corresponda.

Higiene Bucal____

Hábito de fumar____

Apiñamiento____

Aparatología fija____

Diabetes Mellitus____

7. Nivel de conocimiento antes y después de la intervención: marcar con una x de acuerdo a su nivel de conocimiento.

Satisfactoria____

No satisfactoria____

8. Opinión sobre la estrategia educativa: marcar con una x según su la opinión sobre la estrategia educativa.

Buena____

Mala____

Regular____

No sé____

Anexo 5

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCO – DENTAL.

Encuestador: _____

Fecha: _____

Municipio: _____

Datos Generales:

Nombre: _____

Dirección: _____

Edad: _____

Actitudes, Conocimientos, Expectativas y Creencias:

1. Acostumbra usted a Cepillarse los Dientes:

Si___ No___

2. Cuantas veces al día:

Ninguna___ 1 vez___ 2 veces___ 3 veces___ 4 veces___

3. De qué forma se cepilla:

De forma horizontal___ De forma vertical___ De las dos formas___

4. Para limpiar sus dientes, usa usted algo diferente al Cepillado:

Si___ No___ En caso de responder afirmativamente. Cuál: _____

5 Cree usted que las personas deben visitar al Estomatólogo:

Si___ No___

6. Cada que tiempo usted lo visitaría:

___ Una vez al año

___ Cada 2 años

___ Cuando me duele algo

___ No sabe

7. Cuando usted fue por última vez al Estomatólogo ¿Por qué lo visitó?

Revisión -----

Limpieza Dental -----

Le lastimaba algo -----

Tenía Dolor -----

Para hacerse una Obturación -----
Para realizarse una Extracción -----
Por tener mal aliento -----
No Sabe -----

8. Que cree usted que pueda haber hecho una persona para evitar perder los dientes.

Conocer cómo cuidar sus dientes -----
Revisarse periódicamente para detectar enfermedad -----
Cepillarse bien los dientes -----
Usar hilo dental -----
Usar pastas con fluoruro -----
No comer demasiados dulces -----
Cepillarse después de cada comida -----
Usar Flúor -----

9. Por qué cree usted que a una persona le sangran las encías.

Por qué no se cepilla -----
Por qué se le movían los dientes -----
Por qué tenía enfermos los dientes -----
Por qué come cosas muy duras -----
Por qué no visita al dentista -----
Por la edad -----

10. Como usted cree que una persona que le sangran las encías pueda evitarlo.

Conocer cómo cuidarse -----
Revisarse periódicamente para detectar enfermedades -----
Cepillarse bien los dientes -----
Usar hilo dental -----
usando medicamentos -----
Comiendo alimentos blandos -----
Cepillarse después de cada comida -----

Evaluación:

1. a) 5 ptos
b) 0 ptos
2. a) 1 ptos
b) 1 ptos
c) 1 ptos
d) 3 ptos
e) 5 ptos
3. a) 0 ptos
b) 5 ptos
c) 1ptos
4. a) 5 ptos
b) 0 ptos
5. a) 5 ptos
b) 0 ptos
6. a) 5 ptos
b) 1 ptos
c) 1 ptos
d) 0 ptos
7. a) 5 ptos
b) 1 ptos
c) 1 ptos
d) 1 ptos
e) 1 ptos
f) 1 ptos
g) 1 ptos
h) 1 ptos

8. a) 5 ptos
b) 0 ptos
9. a) 3 ptos
b) 3ptos
c) 3 ptos
d) 3ptos
e) 3 ptos
f) 3 ptos
g) 3 ptos
h) 3 ptos
10. a) 2 ptos
b) 1 ptos
c) 1 ptos
d) 0 ptos
e) 2 ptos
f) 1 ptos
11. a) 3 ptos
b) 3ptos
c) 3 ptos
d) 3 ptos
e) 2 ptos
f) 1 ptos
g) 3 ptos
12. a) 5 ptos
b) 0 ptos

Evaluación:

Aceptable: de 50 - 60 puntos.

No aceptable: menos de 50 puntos.

Anexo 6: Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Inicialmente se realizarán todas las coordinaciones pertinentes con el médico de la familia de los consultorios a los cuales pertenecen las embarazadas en estudio y el Centro Municipal de Educación para la Salud.

Luego se realizará el control de la placa dentobacterina según el Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y colaboradores para determinar el grado de higiene bucal mediante la eficiencia del cepillado. Se revelará la placa dentobacteriana aplicando como sustancia reveladora el placdent, mostrándoles las zonas coloreadas que se corresponden con las áreas de mala higiene bucal, luego se calculará el índice según lo establecido, evaluando la higiene bucal de buena o deficiente.

Criterios de evaluación para la higiene bucal

Índice de Análisis de Higiene Bucal de Love y col.

Se utilizará una sustancia reveladora de placa dentobacteriana (Placdent), lo cual reduce grandemente la subjetividad del observador, tomando como unidad a examinar la superficie total de cada cara del diente.

Se calificará:

0: si la superficie está limpia.

1: si la superficie está sucia.

Método para su realización:

1. Uso de un agente revelador adecuado.
2. Con la ayuda de un espejo bucal valoramos todas las superficies según los criterios establecidos sobre las cuales aparecían las áreas coloreadas. No se tienen en cuenta las superficies oclusales.
3. Se cuenta el número de superficies que mostraban coloración y anoto el resultado total de los puntos obtenidos.
4. Para obtener el IAHB se divide el total de puntos obtenidos entre el total de superficies examinadas.

Al multiplicarse el resultado del IAHB por 100 se obtuvo el % de placa de cada paciente.

Nota: los terceros molares no se incluyen en este análisis.

Como medio de garantizar que todos los dientes presentes fueron examinados, es aconsejable marcar los dientes ausentes en una línea horizontal y con un círculo en el medio del cuadrado para indicar un diente limpio.

Se considera que el paciente tiene una higiene bucal eficiente cuando el valor de las superficies coloreadas está entre el 0 y el 20%.

$$\text{IAHB} = \frac{\text{No de superficies manchadas}}{\text{No de superficies examinadas}} \times 100$$

Anexo 7 Plan de Actividades

"RODA"

I.-Objetivo: Promover y reflexión.

II.- Desarrollo:

- Se introduce el tema a tratar y se pide al grupo subdividirse en 4 pequeños grupos (6 -- 8 miembros).
- Cada grupo reflexionará sobre uno de estos cuatro aspectos:
- Realidad - Oportunidades - Debilidades - Amenazas.

Realidad: Condición existente en el interior del sistema de salud que favorece o no el logro de los objetivos trazados.

Oportunidades: Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema de salud y que de utilizarse, puede favorecer el logro de los objetivos trazados.

Debilidades: Condición existente en el interior del sistema de salud, que de no controlarse, pueden actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.

Amenazas: Condición existente en el contexto donde se desarrolla el sistema salud y que de no enfrentarse, puede actuar oponiéndose al logro de los objetivos trazados.

Juego didáctico: "El Parodontochi"

Instructivo.

I.- Objetivo: Ejecutar para consolidar conocimientos sobre higiene bucal.

II.- Materiales: Tableros, dados, tarjetas con ejercicios (rojos, azules, verdes y amarillos).

Este juego se ha basado en uno muy conocido por nuestros adolescentes llamado "Parchís" y se ha utilizado con excelentes resultados.

III.- Desarrollo:

- Se juega entre 4 ú 8 adolescentes, 1 ó 2 por cada color.
- La salida se discute con un dado, correspondiendo iniciar los tiros a quien saque el número mayor.
- El Primero en salir lanza los dados y corriendo su ficha tantos espacios como hayan indicado los dados, toma una tarjeta del mismo color del espacio donde se detuvo y leerá su contenido.
- Después dará la respuesta.
- Todos estarán atentos para decidir si es correcta la respuesta, si no lo es, debe volver al lugar donde estaba anteriormente. Después entrega los dados al jugador de su derecha.
- Si la ficha se detiene en un espacio blanco, entonces debe tomar una tarjeta que se llama REFLEXIÓN, que no es una pregunta, sino una información interesante.
- Ganará aquel jugador que primero llega a la meta después de haber vencido los "obstáculos" que se presenten en el juego.
- Es importante que el coordinador no permita que queden dudas.
- Sobre la respuesta errada o respondida en parte, debe promover una reflexión colectiva.

Juego didáctico: "El Dominó"

Instructivo.

Este material está elaborado para que a la vez que desarrolles un juego tan entretenido como el dominó, vallas también adquiriendo algunos conocimientos sobre "salud bucal".

Reglas del juego:

- Deben jugar como mínimo 5 personas.
- El juego consta de 20 fichas. El coordinador del juego comienza con el doble uno y hará la pregunta correspondiente que deberá responder quien tenga la ficha uno blanco quien a su vez hará la pregunta que tenga en su ficha para así sucesivamente responder.
- Cuando la ficha tenga a la derecha la puntuación correspondiente al dominó entonces la próxima ficha a colocar es el doble que está de acuerdo con dicha puntuación. Por ejemplo:
- El jugador que le corresponde colocar el doble tiene que leer la información y hacer lo que allí se le solicite.
- Esta secuencia de colocar las fichas se repite hasta que se concluya y así se van desarrollando todos los temas importantes.
- Antes de colocar la ficha en la mesa, debe leerse con voz clara la respuesta, pregunta o mensaje, según corresponda.