

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Filial Morón

Arley Hernández Moreira

Título: "Estrategia Educativa" "Mi sonrisa feliz"

Autora: Dra. Yudexy Soto Morales

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral.

Tutor: Dr. Elier Morales Moreira.

Especialista de primer grado en Cirugía Máxilo Facial.

Master en salud bucal comunitaria

Profesor asistente.

Asesor: Francisco Cepero Franco

Especialista de primer grado en Estomatología General Integral

Profesor asistente

Master en salud bucal comunitaria.

*Tesis para optar por el título de Máster en Atención
Comunitaria en Salud Bucal.*

Morón.

2010

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila

Filial Morón

Arley Hernández Moreira

Título: Intervención Educativa” Mi sonrisa feliz”

Autora: Dra. Yudexy Soto Morales

Tutor: Msc. Dr. Elier Morales Moreira.

Asesor: Msc. Dr. Francisco Cepero Franco

*Morón.
2010*

Páginas

Resumen	
Planteamiento del problema -----	1
Antecedentes -----	4
Fundamento teórico-----	7
Objetivos -----	14
Procedimientos-----	15
Resultado y discusión -----	20
Conclusiones -----	27
Recomendaciones -----	28
Referencias Bibliográficas -----	29
Anexos -----	35

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención en sistema y servicios de salud en pacientes diabéticos en edad pediátrica, con gingivitis crónica, en el Hospital General Docente Morón, en el período comprendido de enero a octubre del 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los mismos. Para la obtención de la información se realizó una encuesta, se determinó el nivel de afectación gingival y se realizó el control de placa dentobacteriana. Se confeccionó y ejecutó la estrategia propuesta y se midió su impacto al final de la intervención. Los datos fueron procesados de forma computarizada utilizando el paquete SPSS para Windows en tanto que para la validación estadística se empleó una prueba de Chi cuadrado. La estrategia de intervención educativa basada en actividades teóricas y el uso de medios de enseñanza elevó el nivel de información sobre salud bucal en la mayoría de los niños diabéticos, La eficiencia del control de la higiene bucal presentó un comportamiento evolutivo positivo, la mayoría de los pacientes se mantuvo sin gingivitis y tanto los pacientes como padres y/o tutores mostraron una buena percepción de las técnicas educativas utilizadas.

Palabras claves: Salud bucal, Diabetes Mellitus , Gingivitis crónica.

Planteamiento del problema práctico y científico:

En nuestro país, los niveles de salud alcanzados en estos 50 años han orientado el peso de las acciones desde la curación y rehabilitación hasta los grandes programas de prevención y control. Con este perfil de avance social y del sector salud, se dan condiciones *sui generis* para el desarrollo de la promoción. La existencia de una voluntad política del más alto nivel ha hecho que, siendo un país subdesarrollado del Tercer Mundo, podamos exhibir indicadores de salud de un país altamente desarrollado. (1)

Cuba constituye uno de los pilares fundamentales a escala internacional de cómo se desarrolla la política de promoción de salud, esto es debido a la existencia de un gobierno que tiene la premisa de elevar cada día más el nivel de salud de la población y una sociedad que participa activamente en las acciones de salud de los diferentes sectores que la integran. (2)

Hoy en día también la estomatología se proyecta hacia la conservación y el mejoramiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad con un enfoque promocional y preventivo, implementando la atención estomatológica integral a la población y logrando que los estomatólogos sean verdaderos líderes de las comunidades donde se desenvuelven, para despertar en ellas el interés por su propia salud bucal y así ayudar a formar futuras poblaciones sanas. (3, 4)

Nuestro Sistema Nacional de Salud ha definido su estrategia de trabajo con la creación de varios programas básicos de atención, en los que se realizan acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud y en los que los estomatólogos como integrantes del equipo de salud de la comunidad están en la obligación de contribuir a la conservación de la salud bucal de sus pacientes cumpliendo con los principios de la promoción y la prevención, ya que la salud buco dental es un componente de la salud general del hombre. Dentro de estos

programas se encuentra el Programa de Atención al menor de diecinueve años, que demuestra el interés y preocupación del estado cubano por preservar y mantener al niño y al adolescente cada vez más seguros durante su desarrollo. (5-7)

Investigaciones realizadas demuestran cada día más la relación existente entre las enfermedades sistémicas y las buco dentales, además del impacto de estas en la salud; lo que coincide con estudios realizados a los pacientes diabéticos en edad pediátrica, que demuestran una alta prevalencia de la enfermedad periodontal; así como la extrema severidad de su evolución, llegando a causar desdentamientos parciales y totales en estos, además en estas edades las personas son capaces de adaptarse fácilmente si logramos motivarlos a adquirir nuevos conocimientos y concejos de estética y de esta forma se le da vigencia a lo establecido en el Programa de Atención Estomatológica al menor de 19 años, de priorizar al niño con un enfoque preventivo y educativo. (8,9)

El impacto de acciones educativas en salud, tiene el propósito de lograr “calidad de vida”, a través de acciones que incrementen el nivel de información, mejoren los índices de higiene, y por tanto eleven los indicadores de salud. (10)

En nuestro país todos los niños en edad escolar reciben atención estomatológica a través del sistema incremental, el que se aplica mediante actividades educativas, preventivas y curativas, pero desafortunadamente no siempre se cumplen los requisitos de calidad en las actividades de Educación para la Salud efectuadas para los niños, que garanticen la modificación positiva de sus actitudes y conductas en relación con la salud bucal. Como consecuencia de esto un elevado número de niños tiene grandes vacíos en esta materia.

Los niños diabéticos, que constituyen un grupo de pacientes de riesgos, no están exentos de esta situación, especialmente los que padecen de gingivitis crónica.

Problema científico

¿Cómo elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los niños diabéticos que padecen de gingivitis?

Hipótesis: Al aplicar una estrategia educativa sobre temas de salud bucal en estos niños, se logrará elevar los niveles de conocimientos sobre la higiene bucal y el estado gingival, así como la percepción de estos pacientes y sus familiares sobre su problema de salud, eventos que se revierten en calidad de vida para el paciente diabético y en un aumento de los indicadores de salud.

Antecedentes:

La definición de salud y sus determinantes son aspectos centrales en el campo de la promoción de salud, y existe consenso en que el estado de salud de una población es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran. El concepto de Promoción de Salud está bien establecido y universalmente aceptado y consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un concepto positivo e integral que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud independientemente de que esté sano.

De acuerdo con lo anterior, se afirma que la promoción de salud interviene en la dimensión social de los determinantes de salud, que es una categoría integradora, intersectorial, y de participación social, por lo que rebasa las fronteras del sector salud y la competencia exclusiva del accionar médico. (11)

El término promoción de salud fue utilizado por primera vez por Henry E. Sigerist, en 1941, al plantearla como una de las grandes tareas de la medicina, a la vez que destaca la necesidad de la educación para la salud y la acción multifactorial para promover salud. Posteriormente en el año 1974, en el Informe Lalonde, entre las cinco estrategias que se plantearon estaba la de promoción de salud y se señaló además que estaba dirigida a cambiar estilos de vida. (2)

En la Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud celebrada en 1988 se reafirma la necesidad de impulsar acciones de promoción y ya en la Cuarta Conferencia Internacional (1997) que se realizó pasados 20 años de proclamarse la política de "Salud para todos" por la Organización Mundial de la

Salud (OMS) se planteó que la participación de la comunidad debe ser el centro de acción de las actividades de promoción y la toma de decisiones. (2)

En Cuba antes de 1959 no existían las acciones de promoción de salud. A partir de la década de los años 60 se hizo necesario la creación de un Sistema Único de Salud que garantizara un modelo de atención en el que se desarrollara el trabajo comunitario y se utilizaran las técnicas educativas para transformar los estilos de vida con la finalidad de mejorar las condiciones de vida, de salud y cumplir con los requisitos necesarios para elevar el nivel de salud. (2, 12,13)

En el año 1981, antes de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud se pone en marcha el Primer Programa de Promoción de Salud, luego en 1984 se crea el Centro Nacional de Educación para la Salud y en 1994 el Centro Nacional de Promoción de Salud. (2)

En nuestro país la promoción de salud y prevención de enfermedades se ha ejecutado por más de 4 décadas, con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derechos de todas las personas a la salud y al bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (14)

Es por esto que el Programa Nacional de Atención de la Estomatología General Integral a la población tiene entre los objetivos primarios además de realizar acciones curativas, disminuir la morbilidad de las enfermedades buco dentales mediante acciones de prevención en todos sus niveles. (14,15)

Para lo que se hace necesario que los estomatólogos y el resto del equipo de salud comprendan que lo mas importante no es tratar a los enfermos sino fomentar la salud de las personas; que los individuos se sientan responsables de esta y que además se creen en las comunidades ambientes que promuevan la salud buco dental ya que esta es imprescindible para la salud total. (16)

Los resultados de algunos estudios internacionales como los de Greene y Massler y colaboradores entre otros demuestran que la gingivitis es el tipo más prevalente tanto en niños como en adultos; con cifras alarmantes superiores a un 80%. Greene detectó una franca inflamación gingival en más del 90% de los niños de Atlanta, y Massler que en Chicago el 65% de los niños suburbanos la padecían. (17,18,19)

En el mundo se calcula que más del 70%, de los jóvenes de 17 años de edad padecen alguna forma de la enfermedad periodontal, similar son las cifras en nuestro país, una alta prevalencia (75%) y moderada severidad. (19,20)

Los Doctores Irigoyen, Cepeda y Sánchez en su estudio realizado en escolares en el sur de Ciudad México planteó una estrecha relación entre la prevalencia e incidencia de la caries dental y las enfermedades parodontales con la mala práctica del hábito de higiene bucal, demostrando además su desconocimiento sobre los factores de riesgo de padecer de enfermedades bucales. (21)

El Dr. Romero González en su Estrategia educativa en salud bucal para niños en la escuela Clodomira Acosta en la provincia de Camagüey, obtuvo un aumento significativo del nivel de información después de aplicadas estrategias educativas donde desarrollaron un importante papel las técnicas educativas, afectivo-participativas y dinámicas grupales. Y se demostró que en estas edades se puede lograr cambios de conducta desarrollándose un programa educativo, caracterizado por una fuerte motivación e instrucción aplicada continuamente, de forma sistemática, para garantizar que se apliquen los conocimientos asimilados.(22)

En el trabajo realizado por el Dr. Ortega Maldonado en México sobre salud bucal en adolescentes se demostró un predominio de gingivitis grave en la población infantil y plantea que si se logra mejorar la higiene bucal, disminuye la incidencia de las patologías periodontales, pues existe un mayor control de la placa dentobacteriana, principal agente etiológico de estas patologías (19)

En el estudio realizado por los Doctores Muñoz Sánchez, Segura delgado y Vargas Hdez en niños diabéticos sobre higiene bucal según índice de placa dentobacteriana demostraban una estrecha relación con la presencia de gingivitis, demostrando además su vulnerabilidad a padecer la enfermedad y su tendencia a la severidad a medida que aumenta la edad en los mismos.(23)

Fundamento Teórico

La cavidad oral permite el acceso de una gran variedad de antígenos al interior de nuestro organismo, tanto al aparato digestivo como al respiratorio, en condiciones normales, estos antígenos no provocan enfermedades, pero, si ocurre un desequilibrio entre los microorganismos bucales y la respuesta del huésped, aparece la enfermedad oral. (24) Cuando se producen alteraciones de la fisiología de los tejidos que rodean y soportan los dientes aparecen las periodontopatías. (25)

Tradicionalmente, la enfermedad periodontal se define como todo proceso morboso que afecta a los tejidos que rodean o sostienen el diente, o sea, que modifican al periodonto. (17,26)

Se considera esta enfermedad como una infección del periodonto debido a su etiología microbiana, al establecimiento de la respuesta inmune y a la subsecuente destrucción tisular; y puede estar asociadas a bacterias patógenas específicas que colonizan y residen en el espacio subgingival, y además existe la posibilidad de que algunas bacterias puedan evadir los mecanismos de defensa e invadan los tejidos periodontales. (27,28)

La mayor parte de la destrucción del tejido se produce por mediadores pro-inflamatorios liberados por células del propio hospedero. Ya que las bacterias

patógenas y sus productos activan la respuesta inflamatoria en cada hospedero y que aunque defensiva, contribuye a la destrucción del tejido periodontal, pues la respuesta de estos a los microorganismos resulta de la difusión de productos inmunógenos dentro de los tejidos epiteliales a través de los tejidos de unión de la pared blanda del surco gingival y la bolsa periodontal. (29-32)

La enfermedad periodontal es considerada entre las más comunes del género humano; desde el punto de vista epidemiológico se plantea que representa el segundo lugar en orden de frecuencia entre las enfermedades bucales en el hombre y que un 70% de la población mundial está afectada por alguna forma de esta. Se cree que 900 millones de personas padecen enfermedad periodontal grave. (33) Comienza en edades tempranas, por tal motivo si no es tratada a tiempo a partir de los 35 años de edad constituye la causa principal de pérdida dentaria, lo que priva a muchas personas de todos los dientes antes de la vejez. Esto constituye un verdadero problema de salud pública que ocurre en pacientes cada vez más jóvenes. (18,31,33)

Los procesos inflamatorios son las manifestaciones más comunes de las periodontopatías y los más destructivos; de ellos la gingivitis crónica es el de mayor importancia epidemiológica por su alta frecuencia y morbilidad. (18,20)

La gingivitis o inflamación de la encía puede presentarse de dos formas, la edematosa, rojiza, con aumento de la vascularización y disminución o hasta desaparición de la queratina epitelial, de consistencia blanda, depresible, lisa y brillante; o la fibrosa, de color rosa coral más pálido que el normal por la disminución de la irrigación del corion y aumento de la queratinización epitelial, duro elástica debido a la fibrosis y a la proliferación epitelial. (17,26)

Internacionalmente se ha demostrado que la severidad de la gingivitis se incrementa con la edad, como indican los resultados de algunos estudios donde la severidad de esta es mayor en los niños mayores, que en los pequeños y además

que está fuertemente asociado a la frecuencia de la placa dentobacteriana, así como a los cálculos, que a su vez favorecen la retención de la misma, concluyendo que la placa es el factor causal primario capaz de producir importantes cambios no solamente clínicos sino hasta radiográficos.

Considerar la enfermedad parodontal como fundamentalmente de adultos no es correcto, para muchos autores esta es el resultado final de estados crónicos de larga evolución, iniciados durante la niñez, por lo que la gingivitis es considerada una forma inicial de la enfermedad periodontal que evoluciona fatalmente hacia la periodontitis, con su consecuente pérdida ósea alveolar, movimiento dental y finalmente pérdida de los dientes. (19,25,29,34)

En Cuba el número de casos afectados con esta enfermedad se comporta de la siguiente forma:

15 años –32,6%

18 años—33,5%

35—44 años—34,4%

55 y más—35,3% (33)

Esta es una dolencia multifactorial que incrementa su severidad en base a la combinación de factores de riesgo, y cursa desde la forma leve a la mas severa y agresiva, por lo que hay que tener en cuenta los factores de riesgo o condiciones propias del hospedero que provocan una mayor predisposición a la enfermedad o sea es una condición o dolencia anterior al evento que se esta analizando y se relaciona con la enfermedad investigada hasta puede ser la causa que contribuya a su aparición. (15,25,29,35-38)

Pueden ser locales o sistémicos y modificar el inicio y evolución de las periodontopatías. Por su naturaleza se categorizaron en químico físicos orgánicos sociales adquiridos ambientales y psicológicos, sobre estos últimos hay estudios

recientes en animales que indican que aceleran el proceso infeccioso por lo que contribuyen a aumentar la susceptibilidad a esta patología. (25,29,30,38)

El concepto de riesgo es un nuevo instrumento que ofrece la atención primaria de salud, para mejorar la eficacia del trabajo, al permitir establecer prioridades, predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud. En la cavidad oral las áreas de retención como restauraciones deficientes y malas posiciones dentarias los atascamientos alimentarios, iatrogenias y hábitos deformantes son considerados factores locales y como sistémicos podemos citar la nutrición, estrés, alteraciones hormonales, anomalías genéticas, el embarazo nivel de instrucción condiciones socioeconómicas y algunas enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus (DM), entre otras que se asocian al origen y evolución de las periodontopatías. (24,26,27,29,35,36,38)

La DM es considerada como uno de los factores de riesgo sistémico que más influye en el curso de esta patología, con manifestaciones orales muy características y variadas como: xantosis, nódulos xantomatozos, xerostomía, moniliasis, liquen plano, y la enfermedad periodontal. Los resultados de numerosos estudios evidencian una mayor susceptibilidad de estos pacientes a las periodontopatías, la cual cursa de forma más severa y progresa rápidamente si se compara con sujetos sanos. (16,39)

La DM se está convirtiendo en una enfermedad juvenil, siendo la edad de los pacientes cada vez menor. (16,27) En nuestros días la diabetes tipo 1 en el niño, es considerada la enfermedad metabólica más importante y frecuente. Esta es una enfermedad auto inmune, que se origina cuando existe un defecto de la insulina, que puede radicar en su secreción, en su acción sobre los tejidos o en ambas cosas a la vez. Si existe déficit de secreción de insulina por las células betas de los islotes de Langerhans y una disminución de la actividad periférica de esta en las células dianas adiposas y musculares, la glucosa no puede penetrar las células y la persona sufrirá carencias nutricionales. (39-41)

Estudios realizados en Estados Unidos indican que existen máximos de presentación de esta enfermedad en dos grupos de edades, entre los 5-7 años de edad y en el momento de la pubertad, así como un aumento del número de casos cercano al 5% anual. En Europa la incidencia anual en pacientes menores de 15 años es de 3,6/100000 habitantes y en Cuba es de 2,9/100000 habitantes. En los últimos 5 años la tasa de prevalencia ha aumentado, en la actualidad en Cuba es de 20,4/100000 habitantes. (41-43)

La microangiopatía es una de las complicaciones crónicas más frecuente de la DM, la presencia de estas a nivel gingival, así como la predisposición del diabético a las infecciones, porque son pacientes inmunodeprimidos; sobre todo en aquellos que mantienen un mal control metabólico, constituye una posible explicación a la susceptibilidad del diabético a las periodontopatías. Se postula que los cambios en la permeabilidad vascular, pueden favorecer el desarrollo de infecciones por la flora bucal normal, aunque en etapas tempranas de la DM, antes de que los cambios estructurales sean evidentes, la hiperglucemia causa anomalías en el flujo sanguíneo y en la permeabilidad capilar de la micro circulación, así como una disfunción endotelial por aumento de la vaso dilatación; todo lo cual provoca cambios y daños en los vasos vasorum de los nervios periféricos, en los capilares de la retina, en los glomerulares, y en todos los capilares de la micro circulación de los demás tejidos orgánicos, es decir, se afecta en general la micro circulación. Además, existe una disminución de la quimiotaxis polimorfo nuclear y la síntesis de colágeno, lo que trae como consecuencia una inhibición de la respuesta al tratamiento, en ellos existe una menor capacidad de resistencia a las infecciones. (16,44)

En Atención Primaria de Salud (A.P.S) es importante el concepto de riesgo que tiene como finalidad accionar sobre la población en general o en forma específica en los grupos de alto riesgo, tendiente a controlar los factores de riesgo conocidos y vulnerables en un intento de disminuir la morbilidad y mortalidad, modificando positivamente el estado de salud de las poblaciones o grupos de estos para lo que

es preciso que en el análisis y estudio del proceso de salud-enfermedad se incorporen los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales que conforman el escenario donde se desarrollan los individuos y las comunidades pues se debe tener en cuenta que en este interactúan aspectos biológicos y sociales que se mediatizan por los modos y estilos de vida, los que podremos variar a través de la educación para la salud, eje principal de la promoción y prevención de salud, donde se combinan el aprendizaje y las experiencias, la Organización Mundial de la Salud la define como la actividad formativa y educativa dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable por parte del hombre ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud, esta promueve el análisis de condiciones de riesgo para la salud generando el compromiso individual y colectivo para mejorar la calidad de vida. (2, 3,15, 45)

Gran énfasis se hace en la actualidad para que las intervenciones en salud bucal sean evaluadas consecuentemente y puedan demostrar sus impactos, a mediano y a largo plazo. El impacto es la consecuencia de los efectos de un proyecto. Los impactos y efectos se refieren a las consecuencias planeadas o no previstas de un determinado proyecto; para ellos, los efectos generalmente se relacionan con el propósito mientras que los impactos se refieren al fin. Los autores sustentan el criterio de que el impacto como concepto es más amplio que el concepto de eficacia. El impacto social se refiere al cambio efectuado en la sociedad debido al producto de las investigaciones. (46,47)

El impacto puede verse como un cambio en el resultado de un proceso (producto). Este cambio también puede verse en la forma como se realiza el proceso o las prácticas que se utilizan y que dependen, en gran medida, de la persona o personas que las ejecutan. (48)

Los impactos "...son los logros derivados del desarrollo de un proyecto y que pueden observarse a corto, mediano o a largo plazo (este último después de año y medio)". Sin embargo en ocasiones se hace difícil la realización de estos trabajos

por la escasez de recursos, tiempo, o carecer de esquemas de evaluación apropiados. (49)

En el caso que nos ocupa tiene especial significado la evaluación del impacto ya que es importante que el diabético interiorice la importancia vital de cambios en el estilo de vida, sobre todo en estas edades pediátricas.

En Estomatología entendemos por impacto el cambio o conjunto de cambios duraderos que se producen en el estado de salud bucal de las personas, mejorando sus indicadores como resultado de la ejecución de acciones. (50)

El impacto de acciones educativas en salud, tiene como fin incrementar el nivel de información, mejorar índices de higiene, para elevar los indicadores de salud; todo dirigido a lograr "calidad de vida". (50)

La evaluación del impacto es un tema ampliamente tratado a escala nacional e internacional. Refiriéndose a la evaluación, varios autores están de acuerdo en manifestar que es un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados. La definición realizada por la ONU en 1984, expresa que la evaluación constituye el proceso en que se determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de las actividades en relación con los objetivos planteados para la realización de estas.

Según algunos autores el estudio de impacto permite determinar si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos se deben a la intervención. Su objetivo primordial es perfeccionar el trabajo realizado. (51)

Alcance comunitario de la intervención educativa en niños diabéticos con gingivitis crónica:

A través de evaluaciones sumativas o de proceso se demostraron resultados positivos después de aplicar una intervención educativa en niños diabéticos con gingivitis crónica, del municipio Morón, mediante el uso de técnicas afectivo participativas, que motivaron al grupo, enriquecieron y permitieron incrementar el nivel de conocimiento y adquirir o transformar hábitos y habilidades ; lo que se tradujo en una higiene bucal favorable para el estado de salud periodontal.

Objetivos

♦ Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en niños diabéticos con gingivitis en el municipio Morón.

♦ Objetivos Específicos:

1. Distribuir a los pacientes encuestados antes de la intervención según:
 - Nivel de información
 - Higiene bucal
 - Estado gingival.
2. Elaborar la estrategia de intervención según los problemas encontrados
3. Aplicar la estrategia de intervención.
4. Medir el impacto de la estrategia implementada.
5. Determinar la percepción de estos pacientes y sus familiares sobre la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida.

Procedimientos

Se realizó un estudio pre- experimental de intervención del tipo antes y después en sistema y servicios de salud en el Hospital General Docente de Morón, a los niños diabéticos que acudieron a la consulta de endocrinología durante el período comprendido de Enero a Octubre del 2010, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en niños diabéticos con gingivitis. Se le realizó el examen bucal a todos los pacientes comprendidos entre los 6 y 11 años que acudieron al servicio, donde por proximidad a la consulta de estomatología se examinaron en un sillón dental, utilizando un set de clasificación.

El universo de estudio estuvo constituido por 54 pacientes, y la muestra quedó conformada por 36 pacientes que estaban afectados con gingivitis, lo que representó el 66.66%, en correspondencia con los criterios de diagnóstico, de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- ❖ Pacientes entre 6 a 11 años diabéticos atendidos en el servicio de endocrinología diagnosticados con gingivitis.
- ❖ Estar de acuerdo a participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Pacientes que no estén entre las edades comprendidas en el estudio.
- ❖ Pacientes discapacitados físicos o mentales que no puedan participar en el estudio.
- ❖ Abandono voluntario del estudio.
- ❖ Por fallecimiento.
- ❖ Por traslado de domicilio a otra provincia.

Luego de expresarles a los pacientes y familiares que se mantendría estricta confidencialidad de los datos recogidos, opiniones y resultados personales obtenidos en este estudio, se plasmó la disposición de cooperar y participar en la investigación, a través de la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

Métodos

Métodos teóricos:

- a. Histórico lógico con una amplia revisión bibliográfica.
- b. El examen estomatológico y la observación de los pacientes estudiados mientras efectuaban su fisioterapia bucal, así como los resultados de índices epidemiológicos para medir la higiene bucal y el estado de salud gingival.
- c. Se aplicaron entrevistas estructuradas a los participantes para realizar un estudio comparativo del nivel de conocimientos sobre salud bucal y la relación de esta con la DM, antes y después de aplicada la estrategia.
- d. Se realizaron técnicas grupales, con el objetivo de brindar conocimientos necesarios sobre salud bucal y explorar la percepción del grupo de estudio con respecto a las expectativas, así como su percepción y la de sus familiares respecto a cómo ven la influencia de la estrategia pasado el tiempo.

Métodos Empíricos:

- Matemáticos, con tablas de contingencia, estadística inferencial y prueba de hipótesis de proporciones (Se consideró un nivel de significación estadística de 0.05).

A la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio se le aplicó una encuesta estructurada por la investigadora, se quiso precisar la percepción de estos pacientes y sus familiares sobre la influencia ejercida por la estrategia en los

estilos de vida de los niños, por lo que se le agregaron acápite con esta finalidad a dicha entrevista, y quedó dividida en dos apartados. (Anexo #2).

Apartado I: Todos los acápite coincidentes con los de la entrevista estructurada sobre conocimientos de salud bucal.

Apartado II: Los referentes a la percepción de los pacientes sobre la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida.

Para determinar la percepción de los familiares sobre la influencia ejercida por la estrategia sobre los estilos de vida de los niños se les realizaron a los padres o tutores tres preguntas similares a las del apartado II explicado anteriormente. (Anexo #3)

A criterio del investigador se estableció una calificación cuantitativa y se confeccionó una escala de valores cualitativos, para evaluar el apartado I; y se estableció una evaluación cualitativa para el apartado II y para las preguntas realizadas a los mayores, definiéndola como una buena, regular o mala percepción, en cada caso. (Anexo # 4)

Se realizó la evaluación clínica para determinar la ausencia o presencia de gingivitis, y en los casos en que existía la misma se definió el grado de inflamación gingival de la forma siguiente: gingivitis leve, moderada y grave, según establece el índice Papilar-Marginal-Adherida (P.M.A) de Schour y Massler; el cual determina la prevalencia y gravedad de la gingivitis crónica. (Anexo # 5)

La higiene bucal de los niños se determinó según el índice de Análisis de Higiene Bucal (I.A.H) de Love y colaboradores. (Anexo # 6) Se les realizaron los controles de placa dentobacteriana, con tabletas de plac-dent, como sustancia reveladora. La evaluación se realizó según los valores establecidos.

Los resultados de los Índices de higiene bucal de Love y colaboradores, de enfermedad gingival P.M.A y los de la encuesta estructurada fueron recogidos en un formulario diseñado al efecto. (Anexo # 7)

Para las entrevistas y actividades grupales, así como la aplicación de los índices, se escogieron horarios apropiados, factibles para todos los interesados, haciéndolos coincidir con el día de la consulta diabetológica. Los participantes fueron agrupados en subgrupos para lograr mayor motivación, atención y cooperación del grupo de estudio, donde se les aplicaron las diferentes técnicas afectivo participativas de la estrategia de intervención (Anexo 8)

Selección de las variables:

Dentro del estudio se consideró como:

Variable independiente:

- Impacto de la estrategia educativa aplicada.

Variables dependientes:

- Información sobre salud bucal.
- Higiene bucal.
- Estado de salud gingival.
- Percepción de estos pacientes y sus familiares sobre la influencia en sus estilos de vida.

Para el cumplimiento de los objetivos previstos se realizó la siguiente operacionalización de las variables:

Variables	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Continua	6-8 9-11	Según edad biológica	Frecuencia, valores absolutos y %.
Nivel de información	Cualitativa Nominal Politómica	Bueno Regular Deficiente	Bueno de 34 a 39 puntos Regular de 28 a 33 puntos Mal menos de 28 puntos	Frecuencia, valores absolutos y %.
Higiene bucal	Cualitativa Nominal Politómica	Buena Regular Deficiente	Buena de 0 a 14% Regular de 14 a 20% Mal más de 20%	Índice I.A.H de Love y colaboradores
Salud gingival	Cualitativa Nominal Politómica	Sin gingivitis Gingivitis Leve Gingivitis Moderada Gingivitis Grave	Sin gingivitis: encía sana Gingivitis leve: predominio de 1 Gingivitis moderada: Predominio de 2. Gingivitis grave: Predominio de 3	Según el examen clínico bucal y el Índice P.M.A.
Percepción de las medidas educativas	Cualitativa Nominal Politómica	Buena Regular Mala	Buena: mucha importancia a la intervención. Regular: Poca importancia Mala: Sin importancia	Correspondió a los criterios marcados por los niños , padres y/o tutores en la

				entrevista
--	--	--	--	------------

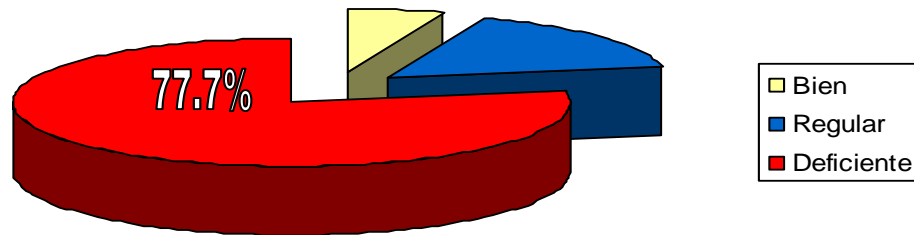
Métodos de recolección de la información:

Los datos fueron procesados en una computadora Pentium IV, se empleó el paquete estadístico SPSS para Windows, se realizó estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias en valores absolutos y por cientos, se confeccionaron tablas de contingencias según estadística inferencial y se utilizó una prueba de Chi cuadrado con una confiabilidad del 95 % y un nivel de significación de 0,05. Se consideró diferencia significativa $p < 0,05$.

Los resultados se recogieron en tablas para su mejor interpretación.

Análisis y Discusión de los resultados

Gráfico # 1 Distribución de los niños diabéticos según nivel de conocimientos sobre salud bucal antes de la intervención. Estrategia educativa “Mi sonrisa feliz”.Hospital General Docente Morón. Enero a Octubre 2010.



Fuente: Planilla recolección de datos

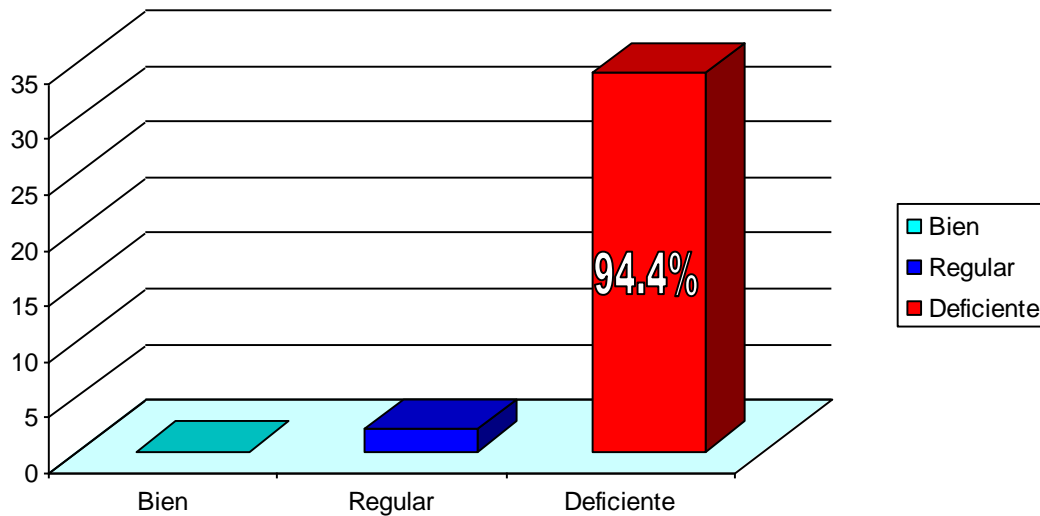
p=7,558e-09

Al aplicar la encuesta que mide el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los niños diabéticos se obtuvo que el 77.7 % de los pacientes encuestados fue evaluado de deficiente y solamente el 5.5 % de los niños conocían sobre los temas a los cuales se hace referencia en la encuesta.

Otros autores como Rodríguez Miró, Díaz del Mazo, Tomita, Romero González y Jodar Vega, obtuvieron resultados similares en sus estudios pues mostraron los niños conocimientos insuficientes en muy elevados por cientos (22,52)

Gráfico #2

Evaluación de la higiene bucal de los niños diabéticos antes de la intervención educativa .



Fuente: Planilla recolección de datos.

P=2,102 e-05

Analizando el comportamiento de la higiene bucal ,considerada clave en este tipo de paciente, podemos ver que el 94.4 % de estos niños no presentaban un correcto cepillado, dato corroborado al aplicar el índice de higiene de Love y colaboradores, pues presentaron un porcentaje elevado de superficies dentarias teñidas con la sustancia reveladora de placa , lo que indica las necesidades de aprendizaje de un buena práctica de cepillado , recordando que la placa dentobacteriana es la principal causa de gingivitis en los niños.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Ortega Maldonado, en su investigación, donde no existían niños con buena higiene bucal. (19)

Tabla #1

Evaluación del estado de salud gingival de los niños diabéticos.

Estado de salud gingival	Antes de la Intervención Educativa	
	No	%
Sin Gingivitis	-	-
Gingivitis Leve	5	13.3
Gingivitis Moderada	23	63.9
Gingivitis Grave	8	22.2
Total	36	100

Fuente: Planilla recolección de datos.

P=3,378 e-3

Después de haber analizado el comportamiento de la higiene bucal, la que fue deficiente en la mayoría de los infantes, podemos observar que tiene mucha relación con la presencia de gingivitis en estos niños, los que presentaron en mayor frecuencia gingivitis moderada, representados por el 63.9 %, seguidos del 22.2 % con gingivitis grave. Evento que demostró una vez más la necesidad imperiosa de una estrategia de intervención a estos pacientes.

Ortega Maldonado en su estudio realizado muestra también un predominio de gingivitis grave en su población (19).

Tabla #2

Nivel de conocimientos sobre salud bucal de los pacientes estudiados después de aplicada la intervención educativa.

Nivel de información	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bueno	2	5.5	31	86.1
Regular	6	16.7	5	13.9
Deficiente	28	77.7	–	–

Fuente: Planilla recolección de datos

p=7,558e-09

Al analizar el nivel de conocimientos de los niños después de aplicada la intervención educativa, se encontró diferencia estadística significativa entre los grupos ($p=7,558e-09$), se apreció que fue calificado de Bien un 86.1 % y no hubo calificaciones de Deficiente. Ambos resultados guardan diferencias significativas con relación al inicio, donde el 77.7 % mostraba conocimientos deficientes.

Debemos destacar que aunque se hayan reforzado temas importantes a través de la estrategia de intervención y de la comunicación cara a cara en consulta, y que se logró elevar los niveles de conocimientos es necesario realizar de forma continua acciones educativas en los pacientes con necesidades especiales, encaminadas a elevar el nivel de información sobre salud bucal, pues tener cierta cultura de salud les permite realizar un óptimo auto-cuidado. (53)

Estos resultados coinciden con los expuestos por autores como Rodríguez Miró, Díaz del Mazo, Tomita, Romero González y Jodar Vega, los que obtuvieron aumento significativo del nivel de información después de aplicadas estrategias

educativas donde desarrollaron un importante papel las técnicas educativas, afectivo-participativas y dinámicas grupales. (22,52,54)

Tabla # 3

Evaluación de la higiene bucal de los niños después de aplicada la intervención educativa

Higiene Bucal	Antes		Después	
	No	%	No	%
Bien	–	–	33	91.7
Regular	2	5.5	3	8.3
Deficiente	34	94.4	–	–

Fuente: Planilla recolección de datos.

P=2,102 e-05

Al analizar esta tabla se observó que la evaluación de la higiene bucal al pasar 6 meses de aplicada la estrategia educativa fue favorable respecto al inicio, con una diferencia estadística entre los valores obtenidos antes de aplicar la misma. Se obtuvo un 91.7 % de niños evaluados de Bien, resultado alentador pues ningún niño obtuvo esta evaluación al inicio del estudio. También constituyó motivo de satisfacción, que al principio el 34 % se encontraba en la categoría de deficiente y una vez aplicada la estrategia nadie conservó esta categoría. Esto demuestra que en estas edades se puede lograr cambios de conducta desarrollándose un programa educativo, caracterizado por una fuerte motivación e instrucción aplicada continuamente, de forma sistemática, para garantizar que se apliquen los conocimientos asimilados, resultados que coinciden con los obtenidos por Ortega Maldonado, en su investigación. (19)

Otros estudios de autores como Muñoz Sánchez, Shabeli y Pérez Navarro, demuestran, que una buena higiene bucal se alcanza y puede mantenerse

después de aplicadas estrategias educativas, con datos diferentes a los nuestros.
(23,55,56)

Tabla # 4

Evolución del estado de salud gingival de los niños diabéticos después de aplicada la intervención educativa.

Estado de salud gingival	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sin gingivitis	–	–	30	83.3
Gingivitis leve	5	13.3	4	11.1
Gingivitis moderada	23	63.9	2	5.6
Gingivitis grave	8	22.2	–	–

Fuente: Planilla recolección de datos.

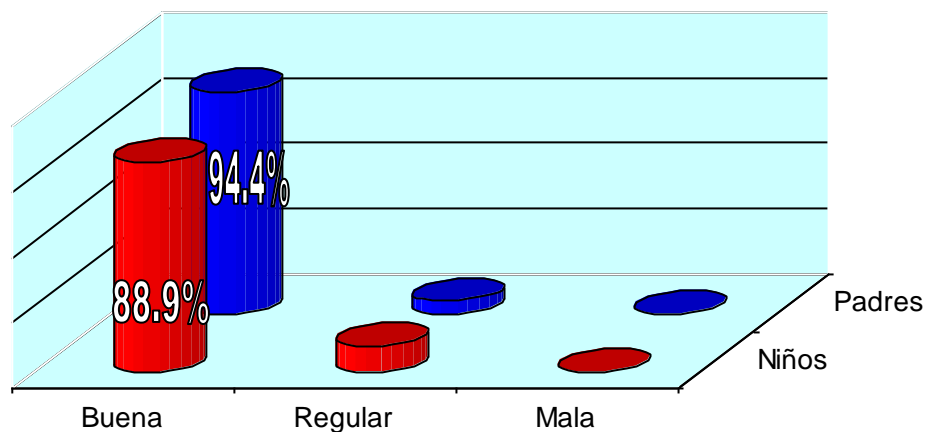
P=3,378 e-3

Al evaluar el estado de salud gingival de los pacientes estudiados, encontramos una dependencia estadística significativa de la evolución de la enfermedad con la aplicación de la estrategia educativa ($p=3,378 \text{ e-}3$). Al inicio existió un predominio de pacientes diagnosticados con gingivitis moderada y grave y después de pasados 6 meses de la intervención un 83.3% se diagnosticó sano, y solo dos con gingivitis moderada.

En numerosas investigaciones 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. (57) Ortega Maldonado plantea que si se logra mejorar la higiene bucal, disminuye la incidencia de las patologías periodontales, pues existe un mayor control de la placa dentobacteriana, principal agente etiológico de estas patologías. (19)

Gráfico #3

Percepción de los pacientes estudiados y sus padres y/o tutores por las medidas educativas.



Fuente: Planilla recolección de datos

Referente a la percepción de las medidas educativas por el grupo estudiado se observa que 32 pacientes presentaron una buena percepción a las acciones

educativas, para un 83.3%, mientras que en el 11.1 % restante fue regular, lo que unido al interés mostrado por la audiencia secundaria (padres y/o tutores), de los que un 94.4 % reflejó una buena percepción de esta estrategia, provocó que los resultados obtenidos una vez aplicada la misma, fueran positivos.

La autovaloración es de gran importancia en la evaluación debido a que influye en la autorregulación de la conducta y mediante ella el individuo compara su estado actual con el deseado. (19)

Podemos comparar nuestros resultados con estudios realizados por Arias Socarras, donde se analiza este aspecto y también han obtenido altos porcentos de percepción satisfactoria después de aplicadas intervenciones educativas. (49)

Conclusiones

- Al inicio del estudio la mayoría de los niños diabéticos con gingivitis presentaban un nivel de información sobre salud bucal y una higiene bucal deficientes, con un predominio en su parodonto de gingivitis grave y moderada.
- La estrategia de intervención y el empleo de técnicas educativas logró en la mayoría de los niños elevar el nivel de información sobre salud bucal de los mismos.
- La eficiencia del control de la higiene bucal presentó un comportamiento evolutivo positivo en la mayoría de los niños.
- La mayor frecuencia de los pacientes se diagnosticó sin gingivitis al final de la intervención.
- La mayoría del grupo, tanto pacientes como padres y/o tutores mostraron una buena percepción de las técnicas educativas utilizadas.

Recomendaciones

Por la gran importancia que entraña la salud del individuo, el colectivo y la comunidad y por contar con un arma efectiva como es la Educación para la Salud, recomendamos:

- Continuar el trabajo educativo con estos niños diabéticos para poder validar el impacto de una estrategia a largo plazo.
- Extender y aplicar esta investigación a los niños con otras patologías de base de interés estomatológico para hacer más eficiente la labor preventiva.

Referencias Bibliográficas

1Cuba. Ministerio de Educación. Programa director de promoción y educación para la salud en el sistema nacional de educación. La Habana: MES; 2003.p.50-8.

2Reyes Sigarreta M, Garrido García RJ. Promoción de salud. En: Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de salud pública 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 547-53.

3Alejandro, Romero M I. Coordinación de grupos: miradas múltiples. La Habana: Editorial Caminos; 2003. p. 7-25.

4Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2009. p.3-5.

5 Del Puerto Quintana C, Rodríguez Álvarez P, Trujillo Mera M, Licea Reina A, Aguilar Valdés J, Bacallao J L, et al. Ambiente escolar y sus efectos sobre la salud. En su: Higiene. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.180-1.

6La prevención es la mejor inversión en salud para no perder en enfermedad [en internet].2010[citado 18 de may 2010] :[aprox.14 p.] disponible en:
<http://www.infomedia.com.ar/ifo.Médica/número13/la%20prevención%20es.Htm>

7Rodríguez Chala HE, López Santana M. El embarazo. Su relación con la salud bucal. Rev. Cubana Estomatol [en internet]. 2009 [citado 21 jul 2010]; 40(2): [aprox.16p.]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est_09203.htm

8-¿Hay una relación entre mi salud bucal y mi salud general? ¿Cómo debe cambiar mi salud bucal a través de la vida? [en internet]. 2010 [citado 8 de ago 2010]: [aprox.5p.]. disponible en:
<http://www.colgate.Com/cp/oralcare.Class/oralhealthcenter/oralhealthcenter.jsp>

9 Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C. Atención estomatológica a niños y adolescentes. Rev Cub Estomatol [en Internet]. 2010 [citado 4 sep 2010];40(1):[aprox.7p.].disponibleen:

<http://bus.sld.cu/revistas/est/vol40103/est08/03.htm>.

10 Latorre EM. El adolescente y su educación en la sociedad actual: un problema de comunicación [en internet]. 2009 [citado 24 sept 2010]: [aprox. 20 p.].disponibleen:

<http://www.monografias.com/trabajos10/eladoles/eladoles.shtml?monosearch>

11 Toledo Curbelo GJ. Salud pública como ciencia integradora y multidisciplinaria. En su: Fundamentos de salud Pública 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p.15-20.

12 Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Análisis de la situación de salud en las comunidades. Componente bucal: una guía para su ejecución. Ciudad de la Habana. MINSAP; 1998.p.3-4,17-9.

13 Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En su: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p.195-6,219-23, 493-514, 521-36.

14 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población [en prensa]; 2009.p.5.

15 Carvajal Rodríguez C, Castellanos Simona B, Cortés alfaro A, Gonzáles Hernández A, Rodríguez Meno GM, Sanabrias Ramos G et al. Educación para la salud en la escuela. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000. p. 10-1.

16-¿Hay una relación entre mi salud bucal y mi salud general? ¿Cómo debe cambiar mi salud bucal a través de la vida? [en internet]. 2010 [citado 8 de ago 2010]: [aprox.5p.]. disponible en:

<http://www.colgate.Com/cp/oralcare.Class/oralhealthcenter/oralhealthcenter.jsp>

17 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estomatología. Temas de Periodoncia. T1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991. p. 35-52.

- 18** Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de periodoncia. 5ª ed. España: Editorial Médica-Panamericana; 1996. p. 65-7.
- 19** Ortega Maldonado M, Mota Sanhua V, López Vivanco JC. Estado de salud bucal en adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Pública [serie en internet]. 2007 [citado 11 julio 2010]; 9(3): [aprox. 25 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300006
- 20** Becerra Troya M. Generalidades de Salud pública. Problema de salud en estomatología. La Habana: CNICM; 1973: 3-5.
- 21** Irigoyen ME, Zepeda MA, Sánchez L, Molver N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México: estudio de seguimiento longitudinal. Rev ADM 2001; 58(3):99-104.
- 22** Romero González CM. Estrategia educativa en salud bucal para niños, madres y maestros de la escuela “Clodomira Acosta” [trabajo para optar por el título de especialista de Primer grado en Estomatología General Integral]. 2007. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología: Camagüey.
- 23** Muñoz Sánchez S, Segura Delgado D, Vargas Hernández PB, Vázquez Ruiz S, Vega Contreras V, Villaseca Godínez I. Investigación en niños de 6 a 12 años diabéticos sobre higiene bucal analizando índice de placa dentobacteriana [en internet]. 2005 [citado 24 nov 2010]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVI/contenido/indice_cartel_archivos/TRAB%20COMPL%20COLOQ%20CARTEL/HTML/19.htm
- 24** Paz Casanova L, Triana Cué M, Reinoso Usamertiaga T, Ramírez Aguilera J. Estudio Inmunológico de la enfermedad periodontal. Rev Cub Estomatol. 1992; 29(2): 107-115.
- 25** Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, estado de Rió Grande do Sul, Brasil. Epidemiol Serv Saúde [serie en internet]. 2009 [citado 24 jun 2010]; 15(4):

[aprox. 24 p.]. Disponible en:
<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n4/pdf/v15n4a04.pdf>

26 Carrazana F A. Periodontología clínica de Glickman. 6ª ed. México: Nueva Editorial Panamericana; 1986. p. 325-55.

27 Mellado Valero A, Ferrer García JC, Herrera Ballester A, Labaig Rueda C. . Effects of diabetes on the osseointegration of dental implants. Rev Esp Cardiol. 2006; 59 (12): 1331-4.

28 Enfermedades Periodontales[en internet].2010 [citado 18 de sept 2010]: [aprox.6p.].Disponible en:
<http://www.Odontomarket.com>

29-Ríos Borrás M. Asociación entre estados emocionales y dolencias periodontales. Rev do Post-Graduacao. Facultad Odontol Sao Paulo. 2004; 2(4): 33-45.

30 Garrigó Andrew M I. Enfermedades Periodontales. Enfoque comunitario. RCOE. 2004; 9(3): 340.

31 Chiappe V. Enfermedades gingivales en niños y adolescentes. Bol Asoc Argent Odontol P Niños. 2006; 35(2): 26-9.

32 Rodríguez Hernández O. Encías Sanas. Vida Sana. Gac Dental. 2005; 155:193.

33 Delgado Méndez I, Rodríguez Calzadillas A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana. 1995. Rev Cub Estomatol. 1999; 36(2): 11-4.

34 Carrillo Martínez J. Estudio Epidemiológico de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden a la Facultad de Estomatología de la UASLP 2000; 52(6): 205-13002.

35 Catanzaro O, Dziubecki D, Lauria LC, Ceron CM, Rodriguez RR.Diabetes and its effects on dental pulp. Intern Med.2007; 46(2):101-3

36 Martínez Téllez I. Factores de Riesgo de la Enfermedad Periodontal. Investigaciones de la Facultad Odontológica. 2002; 40(2): 14 – 7.

37 Gamboa Pena MB. Propuesta de estrategia educativa para controlar factores de riesgo en adolescentes con gingivitis crónica edematosa [trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral]. 2007. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología. Policlínico Comunitario Docente “Ignacio Agramonte y Loynaz: Camagüey

38 Suárez R. García R. Resultados de la extensión del programa de educación en diabetes a la atención primaria de salud en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Endocrinol. [online]. 2009, vol.16, no.2 [citado 10 Febrero 2010], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-97962005000200008&lng=es&nrm=iso>.

39 Mshelia DS, Akinosun OM, Abbiyesuku FM. Effect of increased patient-physician contact time and health education in achieving diabetes mellitus management objectives in a resource-poor environment. Singapore Med J. 2007; 48(1):69-73.

40 Casanueva E. Diabetes Mellitus y nutrición: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 369-88

41 De La Torre Montejo E. Pediatría-Endocrinología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 8.

42 Karaya KMV et al. Pronóstico de prevalencia en Estados Unidos para el 2050. Diabetes care. 2006; 29(9) 2116-4.

43 Diaz O. Comportamiento epidemiológico de la Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años de edad. Rev Cub Endocrinol. 2006; 13(2):175-91.

44 Larsen Reed P, Kranenberg H, Melmed S, Kennet Polousky S. Williams text book of Endocrinology. 10ª ed. USA: Elsevira Scence; 2007. p. 1510-13.

45 Faisal MJ, Vila VG. La educación como punto de partida inicial en la prevención [monografía en internet]. Corrientes (Argentina): Universidad Nacional del Nordeste; 2010. (Comunicaciones científicas y tecnológicas. Resumen: M-036) [citado 9 marzo 2010]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/3-Medicina/M-036.pdf>

46 Guzmán M. Metodología de evaluación de impacto. Santiago de Chile: División de Control de Gestión [en Internet]. 2010 [citado 30 abril 2010]; 15 (1):[aprox.7p.]. disponible en:

http://www.dipres.cl/control_gestion/evaluacion_impacto/metodologia_impacto.pdf

47 Fernández Polcuch E. La medición del impacto social de la ciencia y la tecnología. [en Internet]. 2010[citado 30 sep2010];3 (4) :[aprox.4p.]. disponible en: <http://www.redhucyt.oas.org/ricyt/interior/biblioteca/polcuch.pdf>

48 Liberta Bonilla BE. Impacto, impacto social y evaluación del impacto . Acimed . [en Internet]. 2007[citado 30 sep2010]; 15(3) :[aprox.3p.]. disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_3_07/aci05307.htm

49 Arias Socarrás D. Impacto de un programa de capacitación sobre salud bucal en educadores de niños con retraso mental [trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral]. 2007. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología: Camagüey.

50 Aimar C, Cabrini F, Carlino P, Coscarelli ME, Di Nápoli C, Mauro MJ; et al. Percepción, impacto y perspectiva de salud bucal en adolescentes de 14 a 17 años. Bol Asoc Argent Odontol P Niños. 2006; 35(4):27-30.

51 Abdala E. Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. Montevideo: CINTERFOR; [serie en internet]. 2009. [citado 11 may 2010]; 25 (2): [aprox. 20 p.]. disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/man_eva/index.htm

52 Díaz del Mazo L, Ferrer González S, García Díaz R de la C, Duarte Escalante A. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del Reparto Sueño. Medisan [serie en internet]. 2009 [citado 24 jun 2010]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.scu.sld.cu/cinfo/seriadas/son01201.htm>

53 Grocholewicz K. The effect of selected prophylactic educational programs in oral hygiene, periodontitis and caries in school children during 4 years observations. Am Cacad Med. 1999; 265-83.

54 Jodar Vega D. Estrategia educativa con adolescentes que padecen caries dental [trabajo para optar por el título de especialista de Primer grado en Estomatología General Integral]. 2003. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Facultad de Estomatología: Camagüey.

55 Pérez Navarro N, Andrea León C. Educación para la salud. Clínica Estomatológica “Orlando Corvo”, Melena del Sur, La Habana. El mural de mami y papi. Rev Cubana Estomatol [serie en internet]. 2010 [citado 20 jun 2010]; 40(1): [aprox. 13 p.]. disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_1_03/est10103.htm

56-Sabelli M, Doño R, Arrigó D, Macucho M. Una experiencia de trabajo comunitario desde el punto de vista de los actores participantes. Bol Asoc Argent Odontol P Niños. 2004; 33 (2): 27-32.

57 Duque de Estrada Riverón, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, Riverón Herrera F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad periodontal en niños. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.rev cub estomatol. 2003; 40(1).

ANEXO # 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo _____

Estoy conforme a participar en la investigación.

Se me ha explicado en detalle los objetivos de dicho trabajo, donde se emplearán técnicas educativas y afectivo-participativas; de forma voluntaria me incluyo en el estudio, y para que así conste firmo la presente:

Firma del niño

Nombre del Padre o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Dra. Yudexy Soto Morales

Firma del Investigador

ANEXO # 2

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

Apartado I:

1- ¿Qué entiendes por salud bucal? (Marcar sólo una respuesta en cada pregunta).

- Tener los dientes sin caries.
- Tener encías rojas con dientes sanos.
- Tener encías rosadas con dientes sanos.
- No sé.

2- Consideras que mantener tu boca sana es:

- Importante.
- Muy Importante.
- Poco importante.
- No es importante.

3- ¿Cómo realizas la limpieza de tu boca?

- Con el cepillo dental.
- Solo con enjuagues.
- con Cepillo e hilo dental y enjuagues.
- Otras

¿Cuáles?

4- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

- Una vez.
- Dos veces.

_____ Tres veces.

_____ Cuatro veces.

_____ Ninguna.

5- ¿De qué forma cepillas tus dientes?

_____ Vertical.

_____ Horizontal.

_____ De cualquier forma.

6- Si durante el cepillado te sangra la encía. ¿Qué harías?

_____ Dejar de cepillarme por un tiempo.

_____ Cepillarme menos y más suave.

_____ Continúo cepillándome.

_____ Continúo cepillándome y visito al estomatólogo.

7-¿Cada qué tiempo se cambia el cepillo dental?

_____ Cada 3 meses.

_____ Al año.

_____ Cuando esté deteriorado.

8- ¿Tienes alguna información sobre la enfermedad de la encía?

_____ Si.

_____ Muy poca.

_____ Ninguna.

9-¿Crees que pueda evitarse la enfermedad de la encía?

_____ Sí.

_____ No.

_____ No sé.

10- ¿Consideras importante acudir al estomatólogo?

- Sí.
 No.
 No sé.

11- ¿Cuándo acudes a la consulta del estomatólogo?

- Cuando tengo molestias.
 Cada 6 meses.
 Una vez al año.
 No acudo.

12- ¿Crees que la Diabetes influya en la enfermedad de la encía?

- Sí.
 No.
 No sé.

13- ¿Si mejoras el control de la Diabetes mejorará la enfermedad de la encía?

- Sí.
 No.
 No sé.

Apartado II:

14- ¿Consideras importante haber recibido la información educativa que se te brindó durante esta actividad?

- Importante.
 Alguna importancia.
 Ninguna importancia.

15- ¿Crees que haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes influyó en la manera de cuidar tu boca?

- Sí.

_____ No.

_____ No sé.

16. ¿Tienes en cuenta en tu vida diaria los métodos preventivos que te enseñamos?

_____ Siempre.

_____ A veces.

_____ Nunca.

ANEXO # 3

Percepción de los padres o tutores sobre la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida de sus hijos:

1-¿Cómo consideras que haya sido para tu hijo recibir la información educativa que se le brindó durante esta actividad?

_____ Importante.

_____ Medianamente importante.

-----Sin importancia.

2-¿Crees que haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes ha influido en la manera en que tu hijo cuida su boca?

_____ Sí.

_____ No.

_____ No sé.

3- ¿Has percibido si tu hijo tiene en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que le enseñamos?

_____ Siempre.

_____ A veces.

_____ Nunca.

ANEXO # 4

INSTRUCTIVO

CLAVE DE CALIFICACIÓN.

Apartado I:

Se dio un valor del 1 al 3 según la respuesta, teniendo en cuenta que:

3- Bien.

2- Regular.

1- Mal.

Al sumar todos los puntos correspondientes a los posibles 13 incisos calificados de bien se comprobó que se puede alcanzar un valor máximo de 39 puntos; si a este valor se le halla el 70% se puede determinar la categoría de aprobado y establecer los siguientes criterios para la calificación final:

B..... de 34 a 39 puntos.

R..... de 28 a 33 puntos.

M..... menos de 28 puntos.

Apartado II:

Se analizó la percepción sobre la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida de los niños de la forma siguiente:

-Buena percepción: Los que dieron importancia a recibir información, consideran que haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes influyó en la manera de cuidar su boca, y tienen siempre en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

-Regular percepción: Los que dieron solo alguna importancia a recibir información, no saben si haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes influyó en la manera de cuidar su boca y solo a veces tienen en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

-Mala percepción: Los que no le dieron importancia a recibir información, no consideran que haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes influyó en la manera de cuidar su boca y nunca tienen en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

Se analizó la percepción de los padres o tutores sobre la influencia ejercida por la estrategia en los estilos de vida de sus niños de la forma siguiente:

-Buena percepción: Los que consideraron importante que sus hijos recibieran esta información, sí creyeron que la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes ha influido en la manera en que estos cuidan su boca, y percibieron que ellos siempre, o en algunos casos a veces tienen en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

-Regular percepción: Los que consideraron medianamente importante que sus hijos recibieran esta información, no saben si la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes haya influido en la manera en que estos cuidan su boca y percibieron que ellos solo a veces, y en algunos casos nunca tienen en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

-Mala percepción: Los que consideraron sin importancia que sus hijos recibieran esta información, no creyeron que la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad de las encías y su relación con la Diabetes haya influido en la manera en que estos cuidan su boca y percibieron que ellos nunca tienen en cuenta en su vida diaria los métodos preventivos que les enseñamos.

ANEXO # 5

ÍNDICE PMA DE SCHOUR Y MASSLER PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD DE LA GINGIVITIS CRÓNICA.

- Mide grado de gingivitis crónica.
- Para la realización de este índice se precisa el uso de un espejo, la luz de la lámpara y un sillón dental.
- Se examina el tejido gingival mesiovestibular que se divide en tres partes:
 1. Papilar (la papila interdientaria).
 2. Marginal (la encía libre que rodea la corona del diente cerca del cuello).
 3. Adherida (la encía que cubre al hueso de soporte).
- Se le otorga un puntaje a cada diente según la zona inflamada:
 0. Ausencia inflamatoria en las tres zonas observadas.
 1. Cambios inflamatorios en la encía papilar.
 2. Cambios inflamatorios en la encía papilar y marginal.
 3. Cambios inflamatorios en las tres zonas.

La escala de severidad en cada diente acorde con los cambios inflamatorios es la siguiente:

Gingivitis leve.....1

Gingivitis moderada.....2

Gingivitis grave.....3

El índice individual se obtiene a través de la suma del valor asignado a cada diente y la evaluación de la severidad de la gingivitis está dada por los cambios inflamatorios que predominen:

Gingivitis leve..... predomínio de 1

Gingivitis moderada..... predominio de 2

Gingivitis grave..... predominio de 3

ANEXO # 6

ÍNDICE DE ANÁLISIS E HIGIENE DE LOVE Y COLABORADORES.

- Mide la presencia de PDB en todos los dientes presentes.
- Para la realización de este índice se precisa el uso de compuestos revelantes (tabletas o solución).
- Se utiliza la ficha recomendada que permita 4 ó 5 evaluaciones sucesivas. En estas fichas cada diente está dividido en cuatro sectores que corresponden a la superficie mesial, distal, vestibular y lingual.
- Una vez que se aplica el compuesto revelante, se examina la boca y se anota en la ficha las superficies que tienen placa que corresponden con las teñidas.
- El puntaje final se determina contando las superficies que tienen placa y se divide este número entre la cantidad total de superficies presentes en la boca (se considera que cada diente tiene 4 superficies) y se multiplica por 100.
- La evaluación se hace según la escala de valores establecidos.

Buena – 0-14%.

Regular – 15-20%.

Deficiente - + 20%

ANEXO # 7

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de orden:

Nombre y apellidos:

HC:

Edad:

Sexo:

Fecha:

1.- Índice de Higiene Bucal de Love y Colaboradores.

I.H.B. de Love y colaboradores.	Antes de la intervención educativa	Después la intervención educativa.
Buena		
Regular		
Deficiente		

2.- Nivel de información sobre la salud bucal.

Información sobre la salud bucal.	Antes de la intervención educativa.	Después de la intervención educativa.
Bien		
Regular		
Mal		

3- Evaluación del estado gingival.

Estado de salud gingival	Antes de la intervención educativa	Después de la intervención educativa
Gingivitis crónica		
Sin gingivitis		
Gingivitis leve		
Gingivitis moderada		
Gingivitis grave		

4- Percepción de los pacientes estudiados respecto a la Estrategia Educativa.

	Percepción de las medidas Educativas.					
	Buena		Regular		Mala	
	No	%	No	%	No	%
Niños y adolescentes diabéticos						
Padres o tutores						

ANEXO #8

Estrategia de intervención educativa.

Título: “Mi sonrisa Feliz”

Objetivo general: Elevar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los niños diabéticos de 6 a 11 años que padecen de gingivitis del Hospital General Docente del municipio Morón.

.Esta estrategia consta con actividades teórico-prácticas, diferentes técnicas afectivo-participativas y diversos medios de enseñanza, todo acorde con la edad y las características del grupo para instruir los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias.

Con ella se pretende lograr la motivación de estos niños para adquirir los conocimientos teóricos y prácticos que le permitan el mejoramiento o mantenimiento de su salud bucal.

Actividad 1

Tema I: Importancia de la higiene bucal.

Contenido: 1.1- Forma y frecuencia del cepillado gingivodental.

1.2- Uso de los medios auxiliares del cepillado.

1.3- Importancia de mantener una buena higiene bucal.

Tiempo: 1 hora.

Objetivo: Demostrar la técnica correcta del cepillado gingivodental y el uso adecuado de sus medios auxiliares.

Forma: Clase taller.

Técnica afectivo participativa: Dental baseball

Medios: Láminas, taipodont, cepillo y medios auxiliares del cepillado, tablero como campo de pelota y tarjetas

Preguntas de comprobación:

1. Mencione el objetivo del cepillado gingivodentario.
2. ¿Cuántas veces al día debes realizar el mismo?
3. Demuestre la forma en que debes realizar dicho cepillado.
4. Menciona los medios auxiliares del cepillado estudiados en clase.
5. Explica con tus palabras la importancia que le confieres a una correcta higiene bucal.

Actividad 2

Tema III: Enfermedades de los dientes y las encías.

Contenido: 3.1- Caries dental.

3.2- Periodontopatías.

3.3- Importancia de las visitas al estomatólogo.

Tiempo: 2 horas.

Objetivos: Explicar aspectos generales de la caries dental y las periodontopatías.

Forma: Conferencia.

Técnica afectivo participativa: Cero o cruz.

Medios: Láminas , fotos, tarjetas con interrogantes.

Preguntas de comprobación:

1. Identifique las enfermedades bucales estudiadas en clase.
2. Explica con tus palabras: ¿Qué es la caries dental?
3. ¿Cómo puedes evitar que te sangren las encías?
4. ¿Crees correcto visitar al estomatólogo solo cuando te duele un diente?
Argumente.

Actividad 3

Tema IV: Factores de riesgo de enfermedades bucales.

Contenido: 4.1- Placa dentobacteriana.

4.2- Dieta cariogénica.

4.3-Diabetes Mellitus.

Tiempo: 2 horas

Objetivo: Explicar aspectos generales de la placa dentobacteriana, la dieta cariogénica y la diabetes mellitus.

Forma: Clase teórico-práctica.

Técnica afectivo participativa: La liga del saber

Medios: láminas, sustancias reveladoras de placa dentobacteriana, modelos de registro de hidratos de carbono en la dieta (método de las 24 horas).

Preguntas de comprobación:

1. ¿Qué es la placa dentobacteriana?
2. Menciona las enfermedades que produce en tu boca.
3. Explique la forma más eficaz para eliminarla.
4. Cite ejemplos de alimentos cariogénicos.
5. ¿Cómo influye la diabetes en la salud de tus encías?

Actividad 4

Confección de mural “Boca sana vida sana”

Tiempo: 3 horas.

Técnica: Trabajo en grupo.

Medios: Cartulina, recortes de revistas, propagandas, plumones, lápices de colores, acuarela, tijera y pegamento.

Actividad 5

Confección de marcadores y adornos con mensajes estomatológicos.

Tiempo: 3 horas.

Técnica: Trabajo en grupo.

Medios: Cartulina, plumones, lápices de colores, acuarela, tijera y pegamento

Técnicas afectivo participativas:

1- Dental baseball.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tablero como campo de pelota y tarjetas.

Desarrollo:

- ❖ Se divide al grupo en dos equipos y se decide el orden al bate.
- ❖ Cada jugador seleccionará una tarjeta, si responde correctamente pasará a la base siguiente y puede impulsar al jugador embasado que lo antecede, si no, se decretará out. A los 3 out pasará a responder el otro equipo.
- ❖ Ganará el equipo que más carreras logre anotar.

2- Cero o cruz.

Objetivo: Ejercitación.

Materiales: Tarjetas con interrogantes.

Desarrollo:

- ❖ Se divide el grupo en dos equipos, a cada equipo se le realiza una pregunta alternativamente que debe responder, si lo hace correctamente tiene derecho a colocar en una de las 9 cuadrículas en que se divide un cuadro dibujado en la pizarra, el símbolo que haya seleccionado al iniciar el juego (0) ó (X).
- ❖ El ganador será quién pueda colocar primero su símbolo consecutivamente 3 veces en una misma dirección (vertical, horizontal o diagonal).

3- La liga del saber.

Objetivo: Evaluar un tema.

Desarrollo:

- ❖ Se simula un concurso transmitido por televisión.
- ❖ Se establecen nombres para cada equipo que se forme.
- ❖ Se realizan preguntas y gana el equipo que responda correctamente más preguntas.

