

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA



Título: Intervención Educativa sobre Gingivostomatitis Herpética en Médicos Generales Integrales. Policlínico Centro “Antonio Maceo”.

Autora: Dra. Dayaris López Jiménez.

2014

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

Título: Intervención Educativa sobre Gingivostomatitis
Herpética en Médicos Generales Integrales.
Policlínico Centro “Antonio Maceo”.

Autora: Dra. Dayaris López Jiménez.

Doctora en Estomatología. Residente de Periodontología.

Clínica Estomatológica Docente.

Tutora: Dra. Madelys Delgado Zamora.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Especialista de Primer Grado en Periodontología.

Profesor Instructor.

Clínica Estomatológica Docente.

Asesora: MSc. Odalys Rodríguez Martín.

Especialista de Primer Grado en Bioestadística.

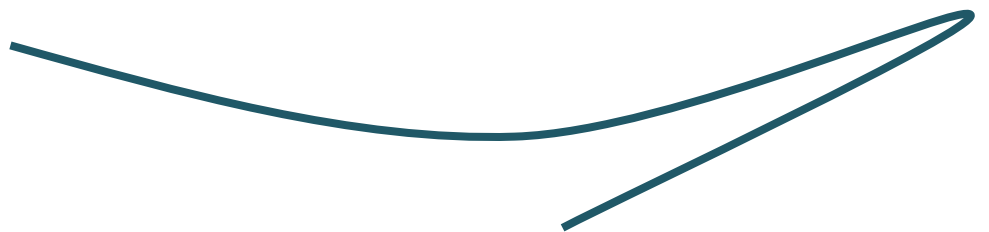
Profesor Asistente

Investigador Agregado

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN PERIODONCIA.

2014

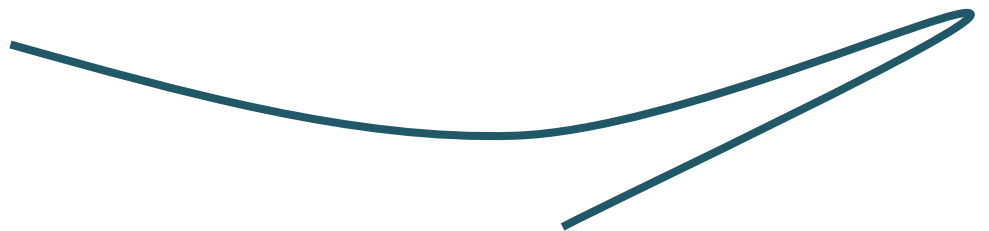
PENSAMIENTO



“La Revolución necesita que cada joven tenga en sí mismo un alto sentido de la responsabilidad...”

Fidel Castro Ruz.

AGRADECIMIENTOS



Son muchas las personas a las cuales debo agradecer el haber podido realizar este trabajo, y resulta difícil expresar en pocas palabras mi más sincero agradecimiento a todas ellas sin caer en el olvido.

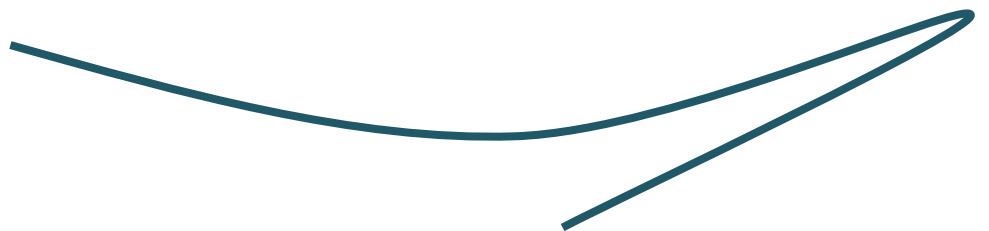
A mi familia, los que estamos unidos por la sangre y los que no, a todos mis buenos amigos y a mis compañeros.

A la Dra. Mabel Rodríguez Nieves por ser mi ejemplo, apoyo y guía en todo momento.

A mis profes la Dra. Madelys Delgado Zamora. y MSc. Odalys Rodríguez Martín, por sus valiosas orientaciones, conocimientos y apoyo en todo momento.

A todos muchas gracias

DEDICATORIA



A mi mamá, a ella le debo mi existencia y perseverancia; por enseñarme andar, crecer, transitar firme y llegar a ser hoy la persona que soy y me imaginé.

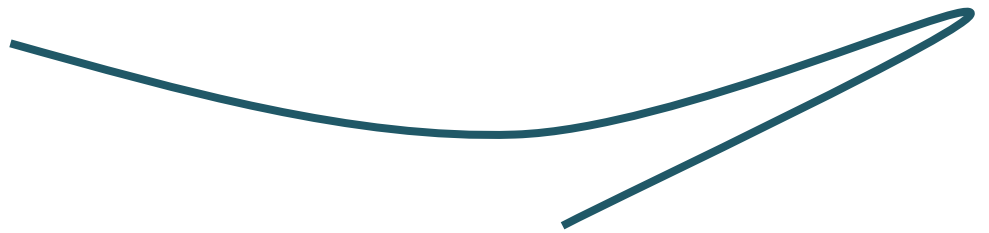
A mi papá, Nadiesda, mis hermanas y mi prima Yaimi que me apoyan siempre.

A toda la familia, porque ven en mí un ejemplo a seguir y me alientan a continuar.

A mis amigos verdaderos, los que están cerca y lejos, pero los recordaré siempre porque existir en mi vida ha sido parte de mí.

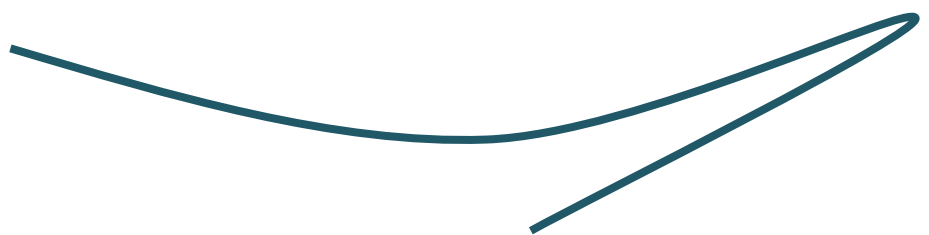
A todos.

RESUMEN



Se realizó un estudio de intervención educativa cuasiexperimental antes-después para evaluar el nivel de información sobre la Gingivoestomatitis Herpética en los médicos de la familia pertenecientes al Policlínico Centro “Antonio Maceo”, del municipio Ciego de Ávila, en el período comprendido entre septiembre 2012 - septiembre 2014. El universo estuvo constituido por 90 médicos y la muestra quedó conformada por 37 galenos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Se realizó una encuesta validada por criterio de expertos para identificar necesidades de aprendizaje relacionadas con el tema investigado, con su respectiva escala valorativa. Se aplicó un programa educativo basado en los resultados de dicha encuesta y se repitió la misma para evaluar la Intervención Educativa. Se recogieron como variables: categoría docente, años de graduados, labor en que se desempeñan y el nivel de información sobre el tema antes y después de la intervención, las cuales fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente. El programa fue evaluado de manera satisfactoria ya que se logró modificar el conocimiento de los médicos para así brindar mejor atención a los pacientes pediátricos durante la práctica diaria, casi la totalidad fueron evaluados de bien luego de aplicada la intervención, y la aceptación de los mismos respecto al programa fue catalogada como buena, generando así un impacto positivo en los galenos.

ÍNDICE



Introducción.....	1
Objetivos.....	4
Marco teórico.....	5
Diseño Metodológico.....	13
Análisis y discusión de los resultados.....	18
Conclusiones.....	24
Recomendaciones.....	25
Referencias bibliográficas.....	26

INTRODUCCIÓN



Las enfermedades de las estructuras orales son de las más antiguas y comunes del ser humano y han sido reconocidas en casi todas las culturas como la de los babilonios, asirios, egipcios, chinos y en el antiguo Perú. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a las enfermedades bucales desde épocas pre-históricas. Documentos antiguos revelan el conocimiento de la enfermedad, así como la necesidad de su tratamiento (1).

La salud bucal es un componente importante de la salud general del individuo y por lo tanto, su alteración repercute en el bienestar, funcionamiento y calidad de vida de las personas. Sin embargo, a pesar de los avances en la odontología, las enfermedades bucales continúan siendo un gran problema de salud a nivel mundial, tanto por su magnitud, como por el impacto que genera de forma general en la población (2).

La atención Estomatológica es una de las estrategias priorizadas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. Entre las funciones del Servicio de Estomatología está brindar atención de urgencia de forma continua (3). Las urgencias estomatológicas son problemas agudos que en ocasiones pueden tener un peligro inmediato y potencialmente afectar los índices vitales del organismo, no precisan de hospitalización y tienen como síntoma principal el dolor. Es importante saber que el concepto de urgencia se materializa cuando coincide una necesidad de asistencia en un plazo breve para prevenir un posible daño (4). Las enfermedades bucodentales que pueden conducir a una urgencia estomatológica tienen generalmente una alta prevalencia en la población mundial y están entre las cinco primeras causas de demanda de atención en los servicios de salud (5,6).

En Periodoncia se conocen como urgencias aquellas afecciones que por las molestias que ocasionan al paciente o sus posibles complicaciones sistémicas requieren de la atención inmediata del profesional (7,8). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha expuesto que representan un problema de salud de alcance mundial que afecta con mayor frecuencia a los países más pobres (9,10).

Estos procesos inflamatorios agudos del periodonto constituyen un grupo de enfermedades de aparición repentina y duración relativamente breve, caracterizadas por dolor, hinchazón difusa y ablandamiento, esfacelación con partículas escamosas grisáceas de desechos adheridas a la superficie erosionada y formación de vesículas. Dentro de las mismas se encuentran: Gingivitis Ulcero Necrotizante Aguda (GUNA), Gingivoestomatitis Herpética Aguda (GEHA), Estomatitis Aftosa, Absceso Gingival y Periodontal; también están relacionadas como urgencias: las gingivorragias profusas, las complicaciones post-operatoria de la cirugía periodontal y la hiperestesia dentinaria (1, 6,7).

De estas afecciones haremos referencia a la Gingivoestomatitis Herpética. Esta es una enfermedad viral causada por el Virus Herpes Simple tipo 1 que se adquiere en la primera infancia (7,8). Esta patología aparece mayormente en lactantes y niños menores de 6 años. Expertos plantean que la mayor incidencia de los casos es en pacientes menores de 3 años con un comportamiento hasta el 70%, y con menor frecuencia en adolescentes y adultos (11). En cuanto al sexo, se ha evidenciado un predominio de la Gingivoestomatitis Herpética en el sexo femenino. Estos resultados coinciden con los de algunos autores que detectaron una prevalencia de esta enfermedad del 55.6% en el mismo sexo y de un 44.4% en el sexo masculino (12). Otros plantean que ésta afecta a ambos sexo por igual, aunque se aprecia que el sexo femenino es el más susceptible (11,12).

La prevalencia mostrada referente a la Gingivitis Herpética Aguda, comparativamente son similares a los visualizados por un estudio realizado por Rojo Toledano, en el que identificaron una manifestación de incidencia del 28% del total de las urgencias (12), otros autores en sus pronósticos preventivos plantean que aproximadamente el 70% de la población en el mundo occidental son afectados en algún momento por el Virus Herpes Simple tipo I, y que las infecciones orales causadas por el mismo son frecuentes incluso entre la población saludable (13).

El consultorio del médico de la familia es innegablemente el primer nivel de acceso de todo paciente aquejado de algún malestar, y las madres de los infantes afectados acuden por lo general a estos locales antes que a los estomatólogos, en un gran número de estos infantes se ha observado que los tratamientos indicados no han

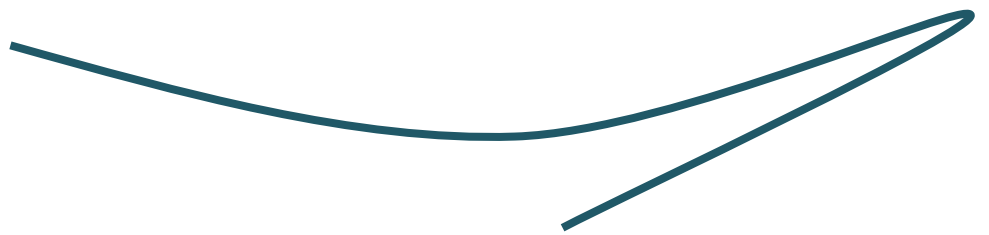
sido eficaces, donde se ha demorado la fase curativa en unos y en otros se han exacerbado las lesiones herpéticas, lo que ha hecho que el cuadro clínico se agrave. Esto no solo constituye un problema para el paciente, sino que causa la angustia de los padres por lo que pensamos que si se capacita al personal médico para diagnosticar y tratar de manera correcta patologías bucales como la Gingivoestomatitis Herpética mejorará la calidad en la atención al niño (14,15).

La ignorancia que existe de la etiología, tratamiento y evolución de la Gingivoestomatitis Herpética por parte de los Médicos de Familia, ha repercutido en una pobre educación sanitaria, de ahí la necesidad de instaurar programas educativos con vistas a disminuir la prevalencia de las enfermedades bucales (16). La educación sanitaria es importante porque permite informar, motivar y fortalecer a los afectados y a sus familiares para controlar, prevenir o retardar las complicaciones de esta patología. Por ello, para responder a las necesidades se están incorporando las actividades educativas a los programas de salud (2).

En ocasiones el desconocimiento de esta enfermedad hace que no se le preste la adecuada atención a los signos y síntomas en los inicios de la afección provocando su avance, lo cual repercute desfavorablemente en la salud del individuo (16). Si no conocemos cuales son los verdaderos problemas poco podremos trabajar para eliminarlos, es importante reconocer los síntomas o efectos ya que estos responden a una causa que debemos identificar y concientizar las necesidades de eliminar o cambiar para entonces actuar; muchas veces la solución está al alcance de nuestras manos (17).

Por lo anterior expuesto con esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente Hipótesis Científica: Si se instruye de forma integral a los médicos especialistas de MGI sobre el tema de Gingivoestomatitis Herpética a través de una intervención educativa, se logrará evaluar los conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad y mejorar la calidad de la atención al paciente.

OBJETIVOS



General:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre la Gingivoestomatitis Herpética en los médicos especialistas de MGI pertenecientes al Policlínico Centro “Antonio Maceo”, del municipio Ciego de Ávila en el período comprendido de septiembre 2012 al septiembre 2014.

Específicos:

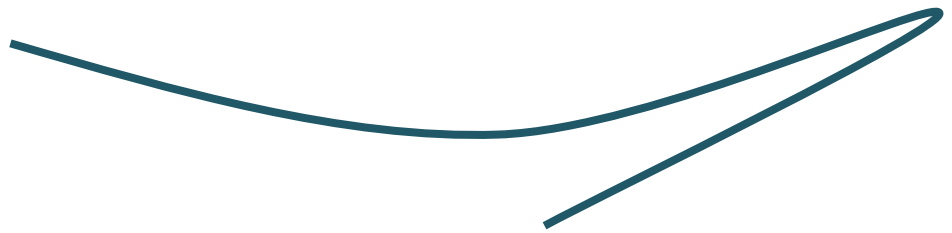
1. Caracterizar la población de estudio según:

- Categoría docente.
- Años de graduados.
- Labor en que se desempeñan.

2. Evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales sobre la Gingivoestomatitis Herpética antes y después de la intervención educativa.

3. Evaluar el resultado del programa de intervención educativa.

MARCO TEÓRICO



La Gingivostomatitis Herpética (GEH) es una de las afecciones periodontales agudas que requieren de atención urgente. A nuestras consultas es frecuente que acudan niños acompañados por sus madres presentando los signos y síntomas más comunes de esta enfermedad como sangramiento y dolor en los tejidos gingivales, lesiones ulcerosas en diferentes áreas de la cavidad bucal y en ocasiones en la cara, que muchas veces constituyen episodios de irritabilidad de mayor o menor duración e intensidad (1).

Es ocasionada por el Virus Herpes Simple tipo I, este virus es una de las infecciones más comunes en el ser humano; el cual es el único reservorio. Se estima que un 80% de la población mundial presenta anticuerpos frente a este virus (18). La familia del herpes virus comprende una gran variedad de virus de los cuales solo cinco son patógenos para el hombre (8):

- Alfa virus: VHS tipo 1 (afecta cara, labios y cavidad bucal); VHS tipo 2 (afecta genitales).
- Virus varicela zoster (VZ).
- Beta herpes virus.
- Citomegalovirus (CMV).
- Epstein Barr (EB).

El herpes virus afecta los tejidos derivados del ectodermo (dermatotrópicos) aunque también es neurotrópico ya que tiene predilección por el sistema nervioso central (8). Después del contagio con el virus y transcurrido el periodo de incubación de aproximadamente 21 días, puede presentarse dos tipos de manifestaciones clínicas:

- *Infeción primaria:* que ocurre al primer contacto con el virus en aquellas personas que no tienen anticuerpos y aparece como un cuadro florido de manifestaciones orales, frecuente en niños entre 2 y 6 años.
- *Infeción recurrente:* después que ha pasado la infección primaria que suele durar 15 días aproximadamente, el virus se localiza en los ganglios trigeminales donde estará en un estado de latencia hasta que diversos

estímulos reactivadores sean capaces de provocar la aparición de lesiones recurrentes de variables frecuencias. Es llamado Herpes Simple recidivante recurrente o secundario (8).

El Herpes Simple (HS) es una enfermedad infecciosa causada por este virus; se caracteriza por la aparición de vesículas sobre una base eritematosa, que tiene predilección por la cara, la mucosa bucal, labial y las uniones mucocutáneas. La duración total de la enfermedad es de 10 a 14 días (13, 17,19).

El virus del HS se manifiesta en la cavidad bucal como Gingivostomatitis Herpética; esta infección es la más común en esta virosis; las lesiones que inciden menos que el tipo primario, están limitadas al paladar y la encía, no hay linfomegalia y no son tan dolorosas las ulceraciones. Situaciones tales como: fiebre, trastornos gastrointestinales, trauma y la exposición al sol, predisponen su aparición (20). El herpes primario es la forma más frecuente de la primoinfección, aunque esta es habitualmente asintomática. La infección viral varía en gravedad; desde inaparente hasta llegar a ser muy intensa (13, 20,21).

La causa múltiple de la salud y de la enfermedad corresponde al concepto de multicausalidad de todos los fenómenos biológicos. Ninguna enfermedad es producida por una causa única, por cuanto siempre hay circunstancias concomitantes que favorecen el fenómeno. En este sentido se distinguen tres grupos de factores interactuando entre sí, a lo que se denomina "triada ecológica", distribuidos de la siguiente forma: agente causal, factores del huésped y factores ambientales, todos modificados por el factor tiempo (22).

Se define como factor de riesgo la característica o atributo detectable en un individuo o población que de estar presente aumenta la probabilidad de desarrollar una determinada enfermedad (2).

Los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad pueden ser:

- Presencia del Virus Herpes Simple Tipo 1.
- Infecciones Bacterianas asociadas como Neumonía, Meningitis, Gripe y enfermedades debilitantes y febriles.

- Estrés.
- Contacto con pacientes que presentan infección herpética de la cavidad Bucal (23).

En la patogenia de la GEH se involucran mecanismos de naturaleza inmunológica. Las enfermedades herpéticas son, por lo general, recurrentes, debido a la persistencia latente del virus integrado en el genoma de las células del huésped (14). Hasta hace alrededor de 10 años, existía la opinión generalizada entre los estomatólogos de que no aparecían recurrencias, debido a la presunta presencia de inmunidad frente al virus. Sin embargo, recientemente son cada vez mayores los reportes de enfermedad recurrente producida por el Virus Herpes Simple tipo I, condicionadas estas recurrencias por múltiples factores, que generalmente coinciden con una alteración transitoria del estado inmunológico del huésped (14).

La Gingivoestomatitis Herpética es una enfermedad infectocontagiosa. El virus generalmente se transmite por contacto directo con saliva o secreciones infectadas; al besarse, o al compartir utensilios de comer. Aunque la persona que trasmite el virus puede tener un herpes labial y en la mayoría de los casos no presentan síntoma alguno. La enfermedad suele comenzar de 2 a 12 días después de la exposición con el virus (24,25).

Se inicia generalmente con síntomas de malestar general, anorexia, fiebre entre 38° y 40° C y adenopatías submandibulares bilaterales (8). Esta enfermedad se caracteriza por presentarse como una lesión difusa eritematosa y brillante de la encía y mucosa adyacente, con variables grados de edema y hemorragia gingival, con formación de vesículas circunscritas esféricas grises que se localizan en la encía, mucosa bucal, paladar blando, faringe, mucosa sublingual y lengua.

Aproximadamente a las 24 horas estas vesículas se rompen y dejan úlceras pequeñas dolorosas con un borde rojo, elevado a modo de halo y una porción central hundida, amarillenta o blanco grisáceas. Ocasionalmente puede aparecer sin vesículas evidentes. Consiste entonces en una coloración eritematosa brillante y difusa de la encía, con agrandamiento de la misma y tendencia al sangramiento. En los casos más graves, tienen erosiones y úlceras en toda la boca, desde los labios,

lengua y carrillos hasta la parte posterior de la garganta. Las encías están generalmente inflamadas y enrojecidas y pueden sangrar fácilmente (8, 17, 21, 24,26).

Los niños suelen tener dolor intenso en la boca y dificultad para tragar y generalmente dura de 4 a 7 días. Están irritables durante el día y no descansan bien por la noche. También es frecuente la falta de apetito, dolor de cabeza y halitosis. Los ganglios del cuello pueden estar inflamados y dolorosos. Cuando el virus se extiende a través de la saliva o las manos a otras partes del cuerpo, las lesiones, pequeñas úlceras o pequeñas ampollas, pueden aparecer en la cara e incluso en las manos (27).

Las ulceraciones circunscritas a la GEH que se originan de la rotura de las vesículas presentan una porción central de inflamación aguda con ulceraciones y diferentes grados de exudado purulento, rodeado de una zona rica en vasos ingurgitados. El cuadro microscópico de las vesículas se caracteriza por edema intra y extra celular con degeneración de las células epiteliales. El citoplasma celular es claro, la membrana y el núcleo de las células resaltan en relieve. Más tarde, el núcleo degenera, pierde su afinidad tintorial y por último se desintegra. La formación de las vesículas es la consecuencia de la fragmentación de células epiteliales degeneradas (8, 17, 21, 24, 26).

Se han reportado casos de la reactivación del virus en pacientes con VIH-SIDA y en aquellos sometidos a radioterapia por cáncer de cuello o cabeza, lo cual puede constituir una evidencia indirecta de la participación de los mecanismos inmunológicos en la patogenia de la enfermedad (14).

Tratamiento:

Hasta hace muy poco tiempo, el tratamiento de la GEH ha estado encaminado fundamentalmente a disminuir los síntomas agudos presentes y evitar una infección sobreañadida. Hasta el momento no se ha encontrado un medicamento específico para el control de esta afección, pero en la actualidad existen fármacos que actúan fundamentalmente sobre el virus herpes simple (8).

Se han utilizado productos antivirales que deben usarse en el estadio inicial o precoz de la enfermedad, tales como:

- Idoxuridina (colirio) al 0.1%, aplicado tópicamente sobre las lesiones 3 veces día durante una semana
- Virus Merz (ungüento)
- Interferón (colirio) (8).

La literatura internacional reporta como antiviral más empleado el Aciclovir por vía oral o intravenosa en pacientes inmunodeprimidos, acompañado o no de aplicaciones tópicas (crema) (8).

Entre los tratamiento con recursos naturales se mencionan:

Fitoterapia: Colutorios con Caléndula, Llantén mayor, Manzanilla o Romerillo 3 veces al día. Aplicar crema de Llantén mayor, crema de Manzanilla, Aloe crema (al 25% ó 50%) o frotar el cristal de la Sábila 3 veces al día (10).

En la provincia de Villa Clara se reporta la experiencia del uso de Zeolita natural con resultados satisfactorios, atendiendo a sus propiedades antiinflamatorias y antivirales (8).

Apifármacos: Tintura de propóleos al 5%, aplicar 2 ó 3 veces al día durante 7 días después de limpiar el área afectada con agua destilada, o indicar en forma de colutorios antes de las comidas (por su poder anestésico) disolviendo el propóleos en el agua destilada; Miel, con previa limpieza de la zona con agua destilada, aplicar sobre la lesión 2 ó 3 veces al día por 7 días. Puede utilizarse también combinada con tintura de propóleos al 5% o Sábila (10).

Homeopatía: De acuerdo a la individualidad de cada paciente se pueden indicar los siguientes medicamentos: Arsenicum album, Belladonna, Natrum muriaticum, Rhus tox, Mercurius solubilis (10).

Acupuntura: Puntos para la sedación y para el dolor: Ig 4, E 44, Pc 6, C 7 (10).

Airuculopuntura: Analgesia dental superior o inferior, ansiolítica, shenmen, estómago, bazo, páncreas, boca y lengua (10).

Ozonoterapia y Laserterapia: Acorta notablemente la evolución mejorando la sintomatología (30).

Otras alternativas de tratamiento (paliativo):

- Anestésico de aplicación tópica como lidocaína al 2%, debe aplicarse en las lesiones antes de las comidas.
- Enjuagatorios con sustancias alcalinas como Magma de magnesia, alusil, perborato de sodio o bicarbonato; que elevan el pH reduciendo el dolor.
- Bálsamo de Shostakovsky: Su aplicación tópica sobre las úlceras forma una capa protectora que contribuye al alivio y favorece la cicatrización.
- Antibióticos: Su uso en forma de colutorios evita una infección bacteriana sobreañadida. En caso de existir complicaciones sistémicas se pueden indicar por vía oral, se recomienda la Eritromicina, atendiendo a la edad de estos pacientes donde está contraindicado el uso de la Tetraciclina. Están contraindicados los medicamentos antimicóticos y el uso de las penicilinas por agravar las lesiones herpéticas y retardar su cicatrización.
- Inhibidores de placa como solución de clorhexidina al 0.2% y al 0.12% (8,17).

Al paciente se le indica:

- Cepillado bucal en la medida de sus posibilidades.
- Dieta líquida, blanda y fresca, no ingerir alimentos irritantes y ácidos debido a la sensibilidad de las lesiones (8).

Si se tiene en cuenta las características de la enfermedad hasta aquí mencionadas y la frecuencia con que se produce, se hace necesario que los profesionales de la salud que se encuentren en contacto directo con la población conozcan estos aspectos para así enfrentar adecuadamente este problema. Son precisamente los

médicos de la familia los que a diario tienen la responsabilidad de diagnosticar y tratar la enfermedad, además de propiciar conductas que permitan prevenirla (31).

El trabajo de prevención lleva implícito una importante labor educativa dirigida a aquellos grupos poblacionales que resultan más vulnerables a enfermar. Es por ello que las actividades que se desarrollan requieren de un ambiente sano y de recursos didácticos que contribuyan, faciliten y optimicen la comprensión de la información que se transmite y al mismo tiempo promuevan la participación y el intercambio de ideas y acciones conjuntas de los participantes. En este sentido estas técnicas constituyen el recurso idóneo para sensibilizar a los participantes con los temas que se traten y que favorezcan la motivación y la toma de decisiones (31,32).

Las técnicas participativas son procedimientos utilizados para motivar, animar e integrar a los participantes en el tratamiento de determinado tema, con el propósito de que tengan confianza y seguridad para hacer más sencillos y comprensibles los contenidos a tratar, para introducirse en el análisis y la reflexión de los problemas y proveer a los integrantes de la capacidad de vencer los temores e inhibiciones, así como eliminar tensiones (33).

Un programa educativo tiene múltiples estrategias y vías para llevar los mensajes a una población y por eso es tan importante partir del análisis de la situación de salud, es necesario priorizar el problema, buscar información referente a los conocimientos, actitudes y prácticas del grupo que se estudia y toda esta información se obtiene a partir del uso de las técnicas participativas. (33).

DISEÑO METODOLÓGICO



Se realizó un estudio de intervención educativa cuasiexperimental antes-después en especialistas de MGI pertenecientes al Policlínico Centro “Antonio Maceo” con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre la Gingivoestomatitis Herpética.

Del universo de estudio constituido por médicos especialistas en MGI, integraron la muestra 37 profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- 1- Médicos especialistas de MGI pertenecientes al policlínico que dieron su consentimiento a participar en el estudio.
- 2- Médicos residentes en la especialidad de MGI.

Criterios de exclusión:

1. Médicos especialistas de MGI que no dieron su consentimiento de formar parte de la investigación.
2. Médicos especialistas de MGI que estuvieran próximos a salir de misión.

La intervención se llevó a cabo en tres etapas:

Etapa 1 Diagnóstica

En la investigación se obtuvo el registro primario mediante un cuestionario elaborado por el autor y validado por criterios de expertos (anexo 4) para identificar las necesidades de aprendizaje que tiene el personal de salud en relación a la Gingivoestomatitis Herpética, diseñada según revisión bibliográfica y teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, y se aplicó el instrumento para identificar el nivel de conocimiento de los profesionales con un total de 11 preguntas, hechas de manera comprensible para este grupo.

Se evaluó de la siguiente forma

Bien: Se consideró de 9 a 11 respuestas correctas

Regular: Se consideró de 8-7 respuestas correctas

Mal: Se consideró de 6-0 respuestas correctas

La aplicación de la encuesta se realizó en un local tranquilo con la privacidad requerida para poder obtener la información lo más fiel posible sobre los aspectos que se investigaron.

Etapa 2 Intervención

En esta etapa se llevó a cabo un programa educativo creado por el autor y validado por criterios de expertos (anexo 6), el programa educativo que se aplicó, constó de 11 temas impartidos y distribuidos en 7 conferencias y 3 clases prácticas en la clínica del policlínico. Se realizaron en la propia institución con una duración aproximada entre 30 y 45, y una frecuencia de dos actividades semanales, por un período de 5 semanas, utilizando técnicas afectivo-participativas muy efectivas para alcanzar los objetivos propuestos.

Etapa 3 Evaluación de los Resultados

Al concluir el programa se evaluó el nivel de conocimiento de los especialistas aplicando el mismo instrumento inicial (anexo 5), teniendo en cuenta las mismas categorías de evaluación. 15 días después de la última sesión de la intervención.

Finalmente se evaluó la intervención teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Satisfactoria: Si el nivel de información sobre la Gingivoestomatitis Herpética se logró modificar de forma adecuada en más del 70 % de los médicos.
- No satisfactoria: Si menos del 70 % de los médicos no lograron alcanzar un correcto nivel de información.

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre Gingivoestomatitis Herpética.

Variable dependiente

Nivel de conocimiento antes y después de la intervención.

Los conocimientos impartidos sobre la Gingivoestomatitis Herpética

Se describen a continuación por temas:

Tema I: Generalidades de la cavidad bucal.

Tema II: Generalidades de la Gingivoestomatitis Herpética.

Tema IV: Conducta a seguir ante la presencia de una GEH

Tema III: La higiene bucal y su importancia en la evolución de la Gingivoestomatitis Herpética.

Operacionalización de Variables:

Variable	Tipo	Operacionalización	
		Escala	Descripción
Categoría docente	Cualitativa nominal dicotómica	Docentes No docentes	Mediante una encuesta individual.
Años de graduados	Cuantitativa continua	Según intervalos de 10 años: (0-10), (11-20), (21-30), (31 ó más).	Mediante una encuesta individual
Labor que realizan	Cualitativa nominal politómica	Médicos de familia Administrativos y Otras especialidades	Mediante una encuesta individual
Nivel de información de los médicos al inicio del programa	Cualitativa ordinal	<u>Bien</u> :11-9 respuestas correctas <u>Regular</u> :8-7 respuestas correctas <u>Mal</u> : 6-0 respuestas correctas	Mediante una encuesta aplicada antes de la intervención.
Nivel de información de los médicos después del programa	Cualitativa ordinal	<u>Bien</u> :11-9 respuestas correctas <u>Regular</u> :8-7 respuestas correctas <u>Mal</u> : 6-0 respuestas correctas	Mediante una encuesta aplicada después de la intervención.
Evaluación de los resultados	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactoria No satisfactoria	Mediante una encuesta aplicada después de la intervención.

Aspectos éticos

Este trabajo se llevó a cabo teniendo en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con el principio de autonomía ya que al inicio de la investigación, se le explicó detalladamente a cada MGI los objetivos del estudio, así como la importancia de realizar el mismo, solicitando de ellos su autorización. La aceptación a participar se hizo dando lectura al consentimiento informado (Anexo 3) el cual es la máxima expresión de dicho principio, además las preferencias y valores de las personas son primordiales desde el punto de vista ético, en el caso de los participantes en la investigación se tuvo en cuenta sus decisiones que se respetaron como normas ya que no existieron influencias de presiones externas o internas.

Otro principio que se manifestó en la investigación fue el de justicia puesto que el trato ha sido igual para todos sin importar ideología, clase social, cultura o situación económica, pero teniendo en cuenta elementos primordiales relacionado con los MGI para la investigación.

Procesamiento de la información y análisis estadísticos

La información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 para Windows para su procesamiento, fue resumida en frecuencias absolutas y relativas. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, se analizaron y discutieron de acuerdo a los valores obtenidos, comparándolos con los logrados por otros autores en investigaciones precedentes y para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes antes y después de la intervención se utilizó la Prueba de los signos para dos muestras relacionadas por tratarse de variables ordinales.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



Tabla No.1. Caracterización de los médicos según Categoría Docente. Policlínico Centro “Antonio Maceo”

Categoría	Médicos	
	Cantidad	%
Docentes	5	14
No Docentes	32	86
Total	37	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No.1 se caracterizaron los médicos según su categoría docente y se detectó que un número reducido de estos se encuentra categorizado, representando el 14% de la muestra; se observa además que predominaron los galenos no docentes para un 86%, valor altamente significativo. Vale mencionar que el primer grupo se encuentra en mejores condiciones por ser docentes, pues con ellos se llevan a cabo estrategias de superación intencionadas, sistemáticas y remanentes, no sucede así con el otro grupo, que aunque tiene acceso a la superación, la misma está más bien dirigida a su interés y motivación personal. Se considera que no son muchos los docentes, aunque varios de ellos se encuentran en vías de serlo a solicitud de las necesidades actuales del policlínico. Todos reciben capacitación permanente a través de cursos de post-grado, trabajan en diversas líneas de investigación y muchos tratan de obtener los grados de maestría en diferentes ramas médicas.

En estudio realizados en la provincia de Camagüey, la *Dra. Maydelis Campo* obtuvo similares resultados en el Policlínico Tula Aguilera en el 2011 (38), no siendo así con los encontrados por la *Dra. Rodríguez García* en el Policlínico José Martí y la *Dra. González Molina* en el Policlínico Previsora, donde predominaron los médicos con categoría docente (39,40).

El perfeccionamiento del proceso de enseñanza y aprendizaje conlleva a la necesidad de crear condiciones pedagógicas que favorezcan en un clima de confianza, receptividad y reflexión, un proceso de interacción y comunicación educativa (41).

Tabla No.2. Distribución de la muestra según años de experiencia profesional. Policlínico Centro “Antonio Maceo”

Años de graduados	Médicos generales integrales y residentes en la especialidad.	
	Cantidad	%
(0-10)	7	19
(11-20)	24	65
(21-30)	4	11
(31 ó más)	2	5
Total	37	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No.2 se presenta una distribución de los médicos según los años de experiencia laboral separándolos por grupos de 10 años. En la muestra estudiada observamos que el 65% de los médicos de familia tenían entre 11 y 20 años de graduados, siendo este grupo mayor con relación a los restantes.

Estos datos son similares a los obtenidos por las *Dras. Yoana Vázquez y Raquel Saavedra* en sus intervenciones en los policlínicos Ignacio Agramonte y Joaquín Agüero de la provincia de Camagüey respectivamente (42,43).

El hecho de que la inmensa mayoría de la muestra tenga más de 10 años de graduados se corresponde con la posibilidad que nuestro Sistema Nacional de Salud brindó en este tiempo para formar nuevos médicos generales, años en que se fue extendiendo este nuevo modelo predominante a todo el país atendiendo a las

necesidades de Cuba de llevar a la comunidad una atención médica integradora y con calidad.

Tabla No.3. Distribución de los médicos según la labor que realizan. Policlínico Centro “Antonio Maceo”

Labor que realizan	Médicos	
	Cantidad	%
Consultorios Médicos	28	76
Administrativos	6	16
Otras especialidades	3	8
Total	37	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No.3 se puede apreciar la distribución de los médicos según la actividad que desempeñan dentro del policlínico; en la misma se observa que el 76% de los galenos laboran en los consultorios médicos de la familia distribuidos en las diferentes áreas de salud, por ciento que resulta significativamente mayor que los por cientos restantes, Este dato es similar a los obtenidos por otros investigadores en Policlínicos Comunitarios del municipio Camagüey en el año 2010 (39,40).

Algunos de los que laboran en los consultorios médicos son residentes en esta especialidad y están por concluirlos; por tanto tienen a su cargo lo asistencial, la organización de los servicios, la docencia, la investigación y garantizan la atención integral a la familia.

La totalidad de los mismos brindan consultas médicas a pacientes, entre los que se encuentran la población pediátrica u otros grupos etéreos que pudieran ser

portadores de la Gingivoestomatitis Herpética y por tanto requieren conocer los aspectos necesarios acerca de esta patología para diagnosticarla, tratarla y prevenirla.

Son 28 los MGI que trabajan en los consultorios del médico de la familia a poca distancia de las viviendas de las personas y garantizan una atención integral, oportuna y sistemática, concatenada con el resto de los niveles de la red sanitaria y que no discrimina a ningún grupo humano por su condición económica, sociocultural de raza o sexo (24).

En esta tabla también podemos observar que existe un 24 % de galenos que desempeñan diferentes funciones en el policlínico como labores administrativas y también dedicadas a otras especialidades.

Existen autores como *Hatim Ricardo, Salas Perea, Labrada Salvat y Rivacoba Novoa* que plantean la importancia de conocer las características de las personas que serán objeto de una capacitación o preparación, bien sea su profesión, experiencia docente o no, labor que realizan y otras, que pueden indicar en qué aspectos se debe profundizar y los objetivos que se deben trazar en la estrategia de superación. En la presente investigación se tuvieron en cuenta estas características para elaborar la intervención educativa desarrollada con el grupo estudiado (44,45).

Tabla No.4. Nivel de conocimiento sobre Gingivoestomatitis Herpética antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Antes		Después	
	Cantidad.	%	Cantidad.	%
Bueno	8	22	34	92
Regular	22	59	3	8

Malo	7	19	-	-
Total	37	100	37	100

P =0,000

En la cuarta tabla se muestra una comparación entre el nivel de información sanitaria sobre la Gingivoestomatitis Herpética antes y después de la intervención educativa y se pudo observar que al inicio del estudio prevaleció el nivel de información regular para un 59%. Es bueno señalar que al analizar las entrevistas individuales algunos de los médicos incluyendo docentes plantearon que tenían algunas dudas con respecto a la GEH. Gracias a la aplicación del programa educativo “Salud para los niños” se logró mejorar el nivel de información a bueno en un 92 % con una significativa diferencia estadística, solo tres de los encuestados quedaron en el nivel regular de información debido ausencias a determinadas actividades educativas.

Al comparar los resultados con estudios realizados sobre el tema por otros autores en la provincia de Camagüey, observamos que no coinciden en cuanto al nivel de información inicial pero sí al final del estudio (42,43).

Con estudios realizados por *Aristimuño* y *Simioni*, si se corresponden estos resultados, quienes le dan extrema importancia a la promoción de salud bucal como elemento fundamental para mediante la realización de actividades educativas influir de manera positiva en la salud bucal y general de las personas (33, 46,47).

Son numerosos los trabajos realizados en nuestro medio por diferentes colegas que apuntan resultados exitosos, en diversos grupos de personas mediante la aplicación de estas estrategias (48,49).

Con una confiabilidad del 95% podemos asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al nivel de conocimiento sobre Gingivoestomatitis Herpética antes y después de la intervención.

Tabla No.5. Evaluación final de la intervención educativa.

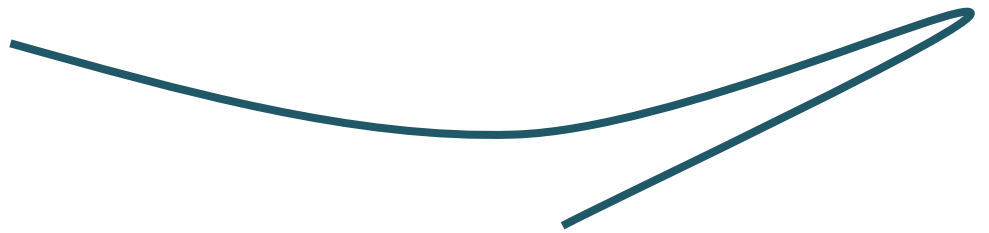
Evaluación	Médicos	
	No.	%
Satisfactoria	37	100
No satisfactoria	0	0
Total	37	100

Fuente: Encuesta

En la tabla No.5 se analizó la evaluación del programa educativo “Salud para los niños”, el cual consideramos fue satisfactorio ya que el 100% de los médicos alcanzó la categoría de bien informado. Al comparar con los estudios de las Dras., Campos Vázquez en el 2011, Rodríguez García así como González Molina en el 2010 y Rodríguez Gallo en el 2009 realizados en otros policlínicos comunitarios de Camagüey, los resultados fueron similares (38, 39, 40,50).

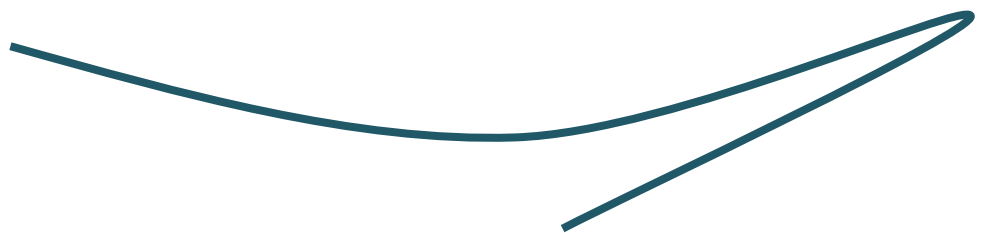
Fue muy provechoso el intercambio con los médicos, nos nutrimos de sus experiencias diarias y aceptaron con humildad nuestra modesta enseñanza. Sin lugar a dudas se afianzó la relación médico-estomatólogo y entre todo el equipo básico de salud que redundará en una atención médica de calidad en la atención primaria de salud del individuo, de la familia y la comunidad (18,49).

CONCLUSIONES



Al arribar al final de la investigación, se concluyó que los médicos que predominaron no poseen categoría docente, más de la mitad de ellos se encuentran entre 11 y 20 años de graduados y en su mayoría se desempeñan en los consultorios médicos de la familia; al inicio de la intervención poco más de la mitad de los galenos fueron evaluados de regular en el nivel de información acerca de la GEH y casi la totalidad fueron evaluados de bien luego de aplicada la intervención educativa; se refiere además que la aceptación de los médicos es catalogada de necesaria formando una evaluación de satisfactoria de los médicos de familia en cuanto a la intervención educativa y generó un impacto positivo en los médicos al elevar el nivel de información y brindar conocimientos para la práctica diaria.

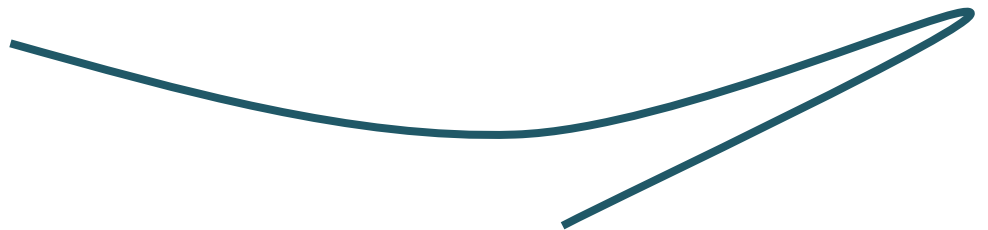
RECOMENDACIONES



En busca de lograr una interacción más amplia en conocimiento y prevención de la Gingivoestomatitis Hérpética se recomienda:

- Extender a todos los Médicos Generales Integrales del municipio y la provincia la estrategia educativa “Salud para los niños”.
- Utilizar el folleto devenido de la intervención educativa en las diferentes consultas médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. El cuidado de la Salud en Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
3. Ortún V, Gervas J: Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria [en línea: 18 marzo 2010] [fecha de acceso: 12 de Abril del 2013]: [aprox. 7p.]. disponible en: <http://www.sepeap.es/hemeroteca/educina/artikulu/vol107/m1070803.pdf>
4. González J J, González D S. Resolutividad de los servicios de Urgencia estomatológica en la Clínica Centro [en línea: abril del 2011] [fecha de acceso: 12 de Abril del 2013]: [aprox. 16 p.]. disponible en: <http://www.webodontologica.com/odonarti.asp.rav.asp>
5. De la Teja E, Cortés V, Durán A, Espinosa Victoria L. Factores de riesgo para las urgencias estomatológicas en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr México. 2008; 29(6): 329-35.
6. Portal Macías LG, Mursulí Sosa M, González Fortes B, Cruz Milián MC. Urgencias estomatológicas en la clínica Pedro Celestino Aguilera González. 2010; Gac Méd Espirit. 2013; 15 (2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v15n2/gme07213.pdf>
7. Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de Periodoncia. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996.
8. Colectivo de autores. Compendio de Periodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
9. Alarcón E, Lamp G, Ortiz de Zárate G, Ramírez AU, Salgueiro M. Atención preventiva de patología bucodental en pacientes institucionalizados. Rev Fac Odontol. 2006; 16(47): 37-6.
10. Vázquez Amoroso LM. Análisis de la aplicación de la fitoterapia en las urgencias estomatológicas [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara"; 2007.
11. Santos Peña MA. Urgencias clínico estomatológicas guías para el diagnóstico. Rev Cubana Estomatol. 2000; 37(1): 5-49.

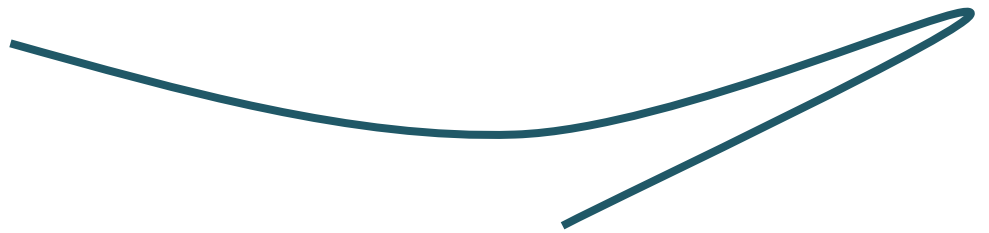
12. Rojo Toledano M, Sosa Rosales M, Gandul Salabarría L. Comportamiento de algunas urgencias periodontales en la comunidad de “Betulio González”, Venezuela [Internet]. 2008 [citado 23 Dic. 2011]; 7(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1238/1/>
13. Lewis MA. Herpes simples' virus: an occupational hazard in Dentistry. Dent J. 2005; 54 (2): 103–11.
14. Pérez Borrego A, Guntiños Zamora MV, González Labrada C. Valoración del estado inmunológico en niños con Gingivoestomatitis herpética aguda. Rev Cubana Estomatol. 2002; 40(1): 24–27.
15. Balaguer JR. Sistema de salud en Cuba 45 años [CDROM]. La Habana. Ciudad de La Habana: Palacio de las Convenciones; 2005.
16. Roses Periago M .La renovación de la atención primaria de salud en las Américas la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Rev Panam Sal Púb. 2007; 21(23): 658.
17. Sosa Rosales M, Mojaiber de la Peña A. Municipios por la salud estrategia en estomatología. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998.
18. Márquez Zaragoza L .Evaluación de un sistema de influencia educativas mediante promotores de salud en escuela primaria [tesis]. Camagüey:Universidad de Ciencias Medicas , Facultad de estomatología Carlos J Finlay;2011.
19. Carranza FA. Periodontología Clínica de Glickman. 5ª ed. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987.p.103-29.
20. Shafer MG, Hine MK, Levy BM. Infecciones bacterianas, virales y micóticas. Tratado de patología bucal. 4ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.
21. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1985.
22. Salinas YJ, Millán RE. Gingivoestomatitis herpética primaria conducta odontológica. Acta Odontol Venez. 2013; 46(2): 43-9.

23. Infecciones y Alergias: Gingivoestomatitis Herpética. [en línea: abril del 2009] [fecha de acceso: 10 de abril del 2009]: [aprox.7p.]. disponible en: <http://www.pediatría.cl>.
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p.711.
25. Guerrero de Ángel F, Torres Benítez JM, Tudón Torres E, Domínguez Avellano S. Identificación de factores de riesgo asociados a enfermedades periodontales y enfermedades sistémicas. Rev. Asociac Dent Mexicana. 2004; 61(3): 8298.
26. Bascones Martínez A. Periodoncia diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. 3ª ed. Madrid: PROAGRAF; 1989.
27. Lascala NT, Mousalli NH. Compendio terapéutico periodontal. 3ª ed. São Paulo: Artes Medicas; 1999.
28. Aftas dolorosas. [en línea] [fecha de acceso 15 mayo 2009]: [aprox.3p.]. disponible en: <http://www.umm.edu/espency/article/000998.htm>.
29. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de Periodoncia T 1. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
30. Dorrego T A, Haces A M. Efecto de la ozonoterapia en la Gingivoestomatitis Herpética aguda. [en línea: Mayo del 2012] [fecha de acceso: 1 de Jun 2009]: [aprox.7p.]. disponible en: <http://www.saludbucal.org>.
31. Aráuz A G, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Roselló. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2001; 9(3): 80.
32. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.
33. Aristismuño C. Educación para la salud. Reflexiones. Acta Odontol Venez. 2012; 38(3): 21-3.
34. Birek C. Herpesvirusinduced diseases Oral manifestations and current treatment options. J Calif Dent Assoc. 2010; 28(12): 29-31.

35. Fernández A M. Tratamiento de la gingivoestomatitis herpética en niños. Rev Cubana Estomatol. 2012; 25(2): 237- 47.
36. Vara Delgado A, Doce Polón E, Moret Vara SH. Diagnóstico de la gingivitis herpética aguda. Arch Méd de Camagüey [Internet]. 2011 [citado 15 may 2013]; 24(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v3n3/102.htm>
37. González L, Rosell F, Dorrego TA, Haces AM. Efecto de la ozonoterapia en la Gingivoestomatitis herpética aguda [Internet]. 2013 [citado 15 Jun 2014]; 12(5): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.otsoniterapia.net/viitteet.htm>
38. Campo Vázquez M. Intervención educativa para médicos de familia sobre Gingivoestomatitis herpética en Policlínico Tula Aguilera [tesis]. Camagüey: Policlínico Docente Comunitario Tula Aguilera Camagüey; 2011.
39. Rodríguez García Y C. Intervención educativa sobre Gingivoestomatitis herpética para médicos de familia. [tesis]. Camagüey: Clínica Estomatológica “Mártires de Pino Tres Camagüey; 2010.
40. González Molina M I. Intervención educativa para médicos de familia sobre Gingivoestomatitis Herpética en Policlínico Previsora de Camagüey [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”; 2010.
41. Bernardo Fuente M G, García Galán E V, Pomares Boris E. El vínculo ecuación comunicación en la formación de los profesionales de la salud. Educ Med Sup [Internet]. 2013 [citado 5 Marz 2014]; 18(4): [aprox.4 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm
42. Vázquez Darriba Y. Intervención Educativa en Médicos de Familia sobre Gingivoestomatitis Herpética en el Policlínico Ignacio Agramontes. Camagüey [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”; 2010.
43. Saavedra Rodríguez R. Intervención Educativa para Médicos de Familia sobre Gingivoestomatitis Herpética. Policlínico Joaquín de Agüero. Camagüey [tesis]. Camagüey: Instituto Superior de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”; 2009.
44. Hatim Ricardo A, Gómez Padrón E I. Identificación de necesidades de aprendizaje [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

45. Rivacoba Novoa E. Estrategia Curricular para la introducción de los temas de VIH/SIDA y Bioseguridad en la carrera de Estomatología [tesis]. Camagüey: Facultad de Estomatología; 2012.
46. Simioni LRG, Comiotto MS, Régo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês da informação à ação. Rev Pós Grad. 2009; 12(2): 167-73.
47. Finger B, Lapetina M, Pribila M. Estrategias de intervención que dan resultado para los jóvenes: Resumen del informe de fin del programa Enfoque en adultos jóvenes. Arlington: Family Health Internacional; 2003.p. 3-5.
48. Campo Vázquez M. Impacto del programa " Madre con salud " en embarazadas de la Clínica Estomatológica Mártires de Pino 3 [tesis]. Camagüey: Clínica Estomatológica Mártires de Pino 3; 2009.
49. Dobarganes Coca A. Estrategia educativa en salud bucal para gestantes en el Hogar Materno "23 de Agosto" [tesis]. Camagüey: Clínica Estomatológica Ignacio Agramonte; 2010.
50. Rodríguez Gallo Z. Intervención educativa para médicos de familia del municipio Minas sobre Gingivoestomatitis herpética [tesis]. Camagüey: Hospital Comunitario Docente Arturo Puig Ruiz de Villa: Minas; 2009.

ANEXOS



Anexos.



Anexo 1

Dinámica de grupo “Cuento contigo”.

Objetivo: Informar y sensibilizar al equipo de trabajo en la investigación.

Se entrevistará al representante de la entidad comprometida con el proyecto, y será conducida por el autor encargado del trabajo. Se explicará el papel que le tocará desempeñar en cada una de las acciones, y se garantizará la organización y calidad del programa.



Anexos.

Anexo 2

Carta de compromiso con la investigación.

Por este medio me comprometo a cumplir con las acciones que me corresponden desempeñar para el desarrollo exitoso del programa “Salud para los niños”, que llevará a cabo la residente en su trabajo de terminación de especialidad, por los beneficios que el mismo aportará al Sistema Nacional de Salud.

Para que así conste firmo la presente, junto a la doctora que me ha dado las explicaciones que le he solicitado a los _____ días del mes de _____ del 2012.

Entidad comprometida _____

Nombres y apellidos del representante _____

Firma _____

Nombre de la doctora -----

Anexos.



Anexo 3

Consentimiento informado

Estaré de acuerdo en participar en esta investigación en la que se aplicará el programa educativo “Salud para los Niños” cuyo propósito será elevar el nivel de conocimientos sobre la Gingivoestomatitis Herpética.

Y para que así conste y por mi libre voluntad firmaré el presente consentimiento junto con la estomatóloga que me dará las explicaciones pertinentes.

A los ____ días del mes de _____ del 2012.

Nombre del médico: _____

Firma: _____

Nombre de la estomatóloga: _____

Firma: _____

Anexos.



Anexo 4

Encuesta

Años de experiencia dentro de la profesión _____

Categoría Docente: Sí _____ No _____

Labor que realizan: _____

A continuación se presentan distintas preguntas, luego de leerlas detenidamente, marque la opción correcta.

1-La Gingivostomatitis Herpética es una enfermedad infectocontagiosa.

a) ____ Sí

b) ____ No

2-¿La Gingivostomatitis Herpética es de etiología desconocida?

a) ____ Sí

b) ____ No

3- ¿Qué considera Ud. por una Gingivostomatitis Herpética?

a) ____ Infección ocasionada por un virus que afecta la boca, garganta y cara

b) ____ Infección ocasionada por bacterias y hongos presentes en la boca

4- La duración total de la Gingivostomatitis Herpética es de:

a) ____ 10-14 días.

b) ____ 3-5 días.

5- La Gingivostomatitis Herpética se caracteriza por inflamación en la encía y úlceras.

a) ____ Sí

b) ____ No

Anexos.



6- ¿Cree Ud. que ante la presencia de esta el paciente debe suspender el cepillado dental?

a) ____ Sí

b) ____ No.

7-¿Qué haría usted si un paciente presentará esta enfermedad?

a) ____ Remitir al Estomatólogo.

b) ____ Indicar el tratamiento y remitir al Estomatólogo.

8- ¿Qué dieta se debe ingerir durante la enfermedad?

a) ____ Alimentos calientes y condimentados.

b) ____ Dieta líquida, blanda y fría.

9- ¿Qué medicamentos consideras que debe ser aplicado en la lesión?

a) ____ Medicamentos antimicóticos

b) ____ Medicamentos antivirales

10- ¿Indicaría como tratamiento la Penicilina Rapilenta? Argumente su respuesta.

a) ____ Sí

b) ____ No.

11-¿Puede una higiene bucal deficiente agravar la enfermedad?

a) ____ Sí

b) ____ No



Anexo 5

Clave de respuesta

1-¿La Gingivoestomatitis Herpética es una enfermedad infectocontagiosa?

a) Sí

2-¿La Gingivoestomatitis Herpética es de etiología desconocida?

b) No

3- ¿Qué considera Ud. por una Gingivoestomatitis Herpética?

a) Infección ocasionada por un virus que afecta la boca, garganta y cara

4- La duración total de la Gingivoestomatitis Herpética aguda es de.

a) 10-14 días.

5- La GEH se caracteriza por inflamación en la encía y úlceras.

a) Sí

6-¿Cree Ud. que ante la presencia de esta el paciente debe suspender el cepillado dental?

b) No.

7-¿Qué haría usted si un paciente presentara esta enfermedad?

b) Indicar el tratamiento y remitir al Estomatólogo.

8- ¿Qué dieta se debe ingerir durante la enfermedad?

b) Dieta líquida, blanda y fría

9- ¿Qué medicamentos consideras que debe ser aplicado en la lesión?

b) Medicamentos antivirales

10- ¿Indicaría como tratamiento la Penicilina Rapilenta?

b) No.

Anexos.



11-¿Puede una higiene bucal deficiente agravar la enfermedad?

a) Sí

Se calificará de acuerdo al nivel de información sanitaria:

Bien: De 11 a 8 respuestas correctas

Regular: De 7 a 4 respuestas correctas.

Mal: De 3 a 0 respuestas correctas.



Anexo 6

Título: Programa educativo “Salud para los niños”

Objetivos:

General

Incrementar el nivel de información sobre Gingivostomatitis Herpética en los médicos de la familia, mejorando la calidad de vida de la población infantil.

Específicos

1. Capacitar a los médicos de la familia sobre el programa educativo.
2. Elevar el nivel de información sobre la Gingivostomatitis Herpética
3. Debatir las medidas a adoptar para prevenir la GEH.
4. Debatir la conducta a seguir ante la presencia de la GEH.
5. Evaluar el desarrollo del programa.

Límites

De tiempo: septiembre 2012- mayo 2014

De espacio: Policlínico universitario “Carlos J. Finlay”

Población: Médicos Generales Integrales

Estrategias:

- Técnicas afectivo – participativas.
- Técnica audiovisual.
- Técnica de actuación.
- Técnica auditiva.
- Técnicas de animación.

Anexos.



Audiencia primaria: Médicos Generales Integrales

Audiencia secundaria: Enfermeras.

Recursos: Recursos humanos y materiales

Materiales: Papelógrafo, Rotafolio, fotografías, folleto educativo, volantes, modelos, lápices, cartulina, plumones, cepillos, plegables, revistas, video, TV.

Humanos: Equipo médico.

Tiempo: fondo de tiempo que se dedicará a las actividades de trabajo docente y comunitario.

Evaluación:

Evaluación del proceso:

Entrevista a integrantes del equipo médico.

Elaboración de informes regulares sobre la marcha del estudio.

Discusiones en grupos focales.

Evaluación de los resultados:

Nivel de información sobre la Gingivoestomatitis Herpética

Anexos.



Plan de acción "Salud para los Niños"

Objetivos	Estrategia	Fecha	Lugar	Responsable	Participante	Recursos	Evaluación
1	Dinámica Grupal "Cuento Contigo" (Anexo 1)	2da quincena Octubre 20012	Policlínico	Jefe del Programa	Equipo de Salud	Humanos Materiales	Observación
2	Conferencias Estrechar los vínculos médico, enfermera y estomatólogo	Nov. 2012	Policlínico	Jefe del Programa	Equipo de Salud	Humanos Medios de Enseñanza	Entrevista
3	3.1. Charla Educativa, dinámicas grupales, técnicas educativas.	Permanente	Policlínico	Jefe del Programa	Médicos	Humanos Medios de Enseñanza	Observación
	3.2 Confección de medios de enseñanza (Plegables, Rota folios, Folletos, power point) acerca de: Estructuras bucales normales y extraorales.	Permanente	Policlínico	Jefe del Programa	Estomatólogo Médicos	Humanos Materiales	Supervisión

Anexos.



	3.3 Colocación de plegables y propagandas en consultorio, policlínico y clínica estomatológica.	Permanente	Consultorio Clínica Policlínico	Jefe del Programa	Estomatólogo Médicos	Humanos	Entrevista
4	Conferencias Clase taller Dinámicas grupales	Nov. 2012	Policlínico	Jefe del Programa	Médicos	Humanos Materiales	Supervisión
5	Panel "Opine usted"(anexo 8)	Mensual	Policlínico	Jefe del Programa	Equipo de Salud	Humanos	Entrevista



Anexo 7

Tema I: Generalidades de la cavidad bucal.

Objetivo: Describir las principales estructuras de la boca.

Duración: 30 minutos.

Tipo de actividad: Charla Educativa

Técnica: Afectiva – participativa

Medios de enseñanza: Papelógrafo, Rotafolio, láminas, plumones, lápices, revistas, folleto educativo.

Orientación metodológica:

A los médicos se les explicará sobre las generalidades de la cavidad bucal.

La boca ocupa la parte inferior de la cara, es una cavidad irregularmente cuboide, cuya pared anterior está cubierta por los labios, sus paredes laterales por las mejillas y su pared superior o techo es el paladar.

El paladar de la cavidad bucal es duro y fibroso; y más blando en la parte posterior y termina por detrás a la altura de la faringe,

Es parte integral de la digestión, el habla y la respiración. La comida entra en la boca y es triturada por los dientes (digestión mecánica). Cumple funciones importantes como la masticación, deglución y fonética.

Junto con la lengua y la cavidad nasal, la boca modifica las ondas sonoras que se originan en la laringe para producir los sonidos del habla. El aire se inhala y se exhala a través de la cavidad bucal y de la cavidad nasal.



Anexos.

Los dientes son estructuras duras, calcificadas, sujetas al Maxilar superior e inferior, cuya función principal es la masticación.

Además de la masticación, los dientes están implicados de forma directa en la articulación del lenguaje, actuando como punto de apoyo para que la lengua haga presión para emitir ciertos sonidos. Los dientes afectan la expresión de la cara, cuya apariencia puede resultar modificada de forma desagradable por la pérdida de una pieza dentaria o por cualquier irregularidad en su crecimiento o coloración.

El ser humano tiene dos denticiones: una primaria o temporal y una permanente o definitiva; también está la llamada dentición mixta que comienza al erupcionar el primer molar permanente y aún permanece la presencia de la dentición de “leche”.

Existen elementos o tejidos que protegen y sostienen a los dientes a los que se les llama: Periodonto.

La encía forma parte del Periodonto de Protección. La encía normal es de color rosa coral, las personas trigueñas o negras la tienen más oscura. La encía se adosa a los cuellos de los dientes.



Tema II: Generalidades de la Gingivostomatitis Herpética.

Objetivo: Definir las principales características de la enfermedad periodontal aguda.

Duración: 30 minutos.

Tipo de actividad: Charla Educativa

Técnica: Afectiva - participativa

Medios de enseñanza: Papelógrafo, láminas, plumones, lápices, revistas, folleto educativo.

Orientación metodológica:

Se les explicará a los médicos de la familia las características de la enfermedad.

La Gingivostomatitis herpética es una infección originada por el virus herpes simple que afecta la boca, la garganta y ciertas zonas de la cara. Puede presentarse en la infancia; generalmente entre los 6 meses y los 5 años de edad; sin embargo, también afecta a adolescentes y adultos, y aparece después de estados febriles agudos asociados a procesos respiratorios, amigdalitis y otros. Se comporta con igual frecuencia en hombres que en mujeres.

El virus se contagia por contacto directo con saliva o secreciones infectadas, generalmente al besarse, o al compartir utensilios de comer. Aunque la persona que trasmite el virus puede tener un herpes labial, en la mayoría de los casos no presenta síntoma alguno. La enfermedad suele comenzar de 2 a 12 días después de la exposición a la enfermedad.



Anexos.

Puede aparecer como una lesión difusa, rojiza, brillante en la encía y mucosa en las fases iniciales de la enfermedad.

Posteriormente comienzan a aparecer vesículas esféricas, grises, discretas, localizadas en la encía, mucosa, paladar, faringe, cara ventral de lengua, luego las vesículas se rompen y se forma una úlcera de márgenes elevados con un centro deprimido, aunque en ocasiones puede presentarse sin vesículas.

Los niños suelen tener fiebre alta, dolor intenso en la boca y dificultad para tragar. Están irritables durante el día y no descansan bien por la noche. También es frecuente la falta de apetito, dolor de cabeza y que tengan mal aliento.

Los ganglios del cuello pueden estar inflamados y dolorosos.

Las pequeñas úlceras o pequeñas ampollas, pueden aparecer en la cara, en las manos y muy raramente en los genitales.

La duración total de la enfermedad es de 10 a 14 días.



Tema III: La higiene bucal y su importancia en la evolución de la Gingivoestomatitis Herpética .

Objetivo: Instruir a los médicos sobre los procedimientos correctos de higiene bucal.

Duración: 45 minutos.

Tipo de actividad: Dinámica Grupal

Técnica: Afectiva - Participativa.

Medios de enseñanza: Rotafolio, láminas, plumones, lápices, revistas, folleto educativo, typodont, cepillo dental.

Orientación metodológica:

Se explicará la importancia de efectuar la higiene bucal así como la técnica de cepillado correcta.

Seguidamente se practicará lo aprendido con modelo de yeso y cepillo dental, esclareciendo dudas que se presenten.

El cepillado de los dientes es un elemento básico del aseo personal, que contribuye a la conservación de los dientes, las encías y la salud en general y está al alcance de todos. Es necesario que se efectúe el cepillado después del desayuno, luego de cada comida y antes de acostarse.

La Gingivoestomatitis Herpética es una enfermedad muy dolorosa, es fundamental no descuidar la higiene bucal ya que se puede agravar esta afección, con el consiguiente aumento de la inflamación de la encía y del cuadro clínico.

Los microorganismos presentes en la cavidad bucal son responsables de las enfermedades bucales y del agravamiento de algunas enfermedades agudas, los



Anexos.

cuales se encuentran en una película no visible llamada placa dentobacteriana, bien organizada que se deposita con firmeza sobre la superficie de los dientes y solo se desorganiza con un adecuado cepillado dental.

Por lo que es fundamental que se realice el cepillado bucal para disminuir la gravedad de las enfermedades agudas, el cual en los primeros días de la aparición de esta patología se debe efectuar de forma tal que no ocasione más dolor al paciente, utilizando para ello un cepillo de cerdas blandas.

Se deben cepillar los dientes tanto anteriores como posteriores, se limpian por su cara interna y externa, moviendo el cepillo desde la encía hacia el diente, como si estuvieses peinando el diente. Para limpiar las caras de los dientes encargados de la trituración de los alimentos, se mueve el cepillo hacia atrás y hacia delante, con un ligero movimiento rotatorio.



Tema IV: Conducta a seguir ante la presencia de una GEH

Objetivo:- Debatir la conducta a seguir ante la presencia de una GEH.

Duración: 45 minutos

Tipo de actividad: Debate

Técnica: Audiovisuales.

Medios de enseñanza: Power Point.

Orientación metodológica:

Se observarán las imágenes. Al concluir se puntualizarán los aspectos más importantes, y se realizará aclaración de las inquietudes que se presenten.

El aspecto más importante del tratamiento es procurar que se beba en abundancia alimentos líquidos debido a que la fiebre aumenta las necesidades de líquido. Líquidos suaves como zumo de manzana, gelatinas, o un caldo templado son los que generalmente resultan más fáciles de tomar para luego realizar la higiene bucal.

Evite los zumos ácidos y las comidas saladas o picantes. Si un paciente está severamente afectado, acuda inmediatamente para su evaluación por el Estomatólogo.

Usted puede usar dipirona para la fiebre mayor de 38.3°C y para calmar el dolor. Se puede prescribir un calmante más fuerte si fuera necesario. Las medicinas que disminuyen la sensibilidad de la boca como lidocaína u otros anestésicos tópicos tienen un efecto muy breve. Al disminuir la sensación de la boca pueden ocasionar que se lesionen aún más las zonas previamente dañadas.



Anexos.

Los antibióticos así como los medicamentos antimicóticos no sirven para tratar esta infección. Hay ciertos medicamentos antivirales que pueden en ciertos casos ser eficaces disminuyendo el tiempo de duración de la enfermedad.

Los niños con herpes bucal son contagiosos hasta que todas las lesiones de la boca desaparecen y todas las ampollas de la piel se han secado y cubierto de costras.

Los otros niños y adultos deben evitar en lo posible el contacto con las lesiones y saliva. Si el contacto se produce, la zona debe lavarse con abundante agua y jabón. Los utensilios de comer, tazas, toallas, almohadas y ropa de cama no deben compartirse hasta lavarlos muy bien con agua caliente y jabón. El niño enfermo no debe entrar en contacto con bebés menores de un mes; personas en tratamiento con esteroides o quimioterapia; personas con problemas de resistencia a las infecciones (problemas de inmunidad, cáncer, o síndrome de inmunodeficiencia adquirida); o personas con enfermedades crónicas de la piel. Los pacientes pueden incorporarse a las actividades cuando la fiebre haya desaparecido y las lesiones de la boca se hayan curado.



Anexo 8

Pruebas no paramétricas

Prueba de los signos

Frecuencias

		N
Antes - Después	Diferencias negativas ^a	0
	Diferencias positivas ^b	29
	Empates ^c	8
	Total	37

a. Antes < Después

b. Antes > Después

c. Antes = Después

Estadísticos de contraste^a

	Antes - Después
Z	5,199
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Prueba de los signos

Anexos.



Anexos.

