



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2005 - 2007

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Conocimientos y hábitos en higiene bucal de usuarios que acuden a la Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields - RAAS, III trimestre 2007

Autor: Miguel Ángel Meléndez García
Tutor: MSc. Miguel Ángel Orozco V.

Bluefields, Febrero 2008

INDICE

	Página
Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimientos	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
I. INTRODUCCION	1 - 2
II. ANTECEDENTES	3 - 8
III. JUSTIFICACION	9
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
V. OBJETIVOS	11
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	12 - 21
VII. MODELO EXPLICATIVO	22
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	23- 27
IX. RESULTADOS	28 - 32
X. DISCUSION DE RESULTADOS	33 - 35
XI. CONCLUSIONES	36
XII. RECOMENDACIONES	37
XIII. BIBLIOGRAFIA	38 - 40
ANEXOS	
- Ficha de recolección de la información	
- Operacionalizacion de variables	
- Tablas	
- Matriz de consolidado	

DEDICATORIA

A mis hijas, se vieron forzadas a quitarle parte de su tiempo que dedicaba a su compañía.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por quien s posible todo lo que gira en el universo.

A mi esposa e hijas, quienes me apoyaron todo el tiempo que necesite para concluir con el curso de manera emocional.

A mis compañeros del curso, por su preocupación y apoyo en todos mis momentos de flaqueza.

A mis maestros, quienes fueron cada uno en particular como un pilar para mí, ya que aprendí de ellos.

Al Ministerio de Salud y el CIES por su a poyo, en la formación de recursos, con los conocimientos técnico-científicos y organizativos de la atención en salud, con miras a mejorar la salud de la población.

RESUMEN

Este trabajo se realizó con el objetivo de analizar los conocimientos y hábitos de los usuarios que acudieron a la clínica odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields - RAAS, durante el tercer trimestre del 2007.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, a 80 usuarios mayores de 16 años de edad, durante el periodo establecido, la fuente de obtención de datos fue la primaria mediante la entrevista directa. Se describieron las características demográficas, se valoró el nivel de conocimiento e identificaron los hábitos en higiene bucal.

Se observó que al valorar el nivel de conocimiento e identificar las prácticas en higiene bucal de los usuarios del estudio, fueron en su mayoría inadecuados, estos son factores actúan desfavorablemente en la salud bucal y en consecuencia a su salud general.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Ministerio de Salud cuenta con un marco jurídico para garantizar la equidad y la seguridad en materia de salud. La Ley General de Salud, Ley 423, y su reglamento en la que establece como objeto de la misma en el artículo 1: tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con las disposiciones legales y normas especiales. (1)(2)(3)

Como resultado de la implementación el Modelo de Atención Integral de Salud, (MAIS) y sobre la base de la legislación vigente y el plan nacional de desarrollo, se espera que se generen servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes, que mejoran la situación de salud de la población con equidad, (4)

El municipio de Bluefields, según la Ley de División Política Administrativa publicada en octubre de 1989, pertenece a la Región Autónoma del Atlántico Sur. Bluefields es la ciudad más antigua de la Costa Atlántica de Nicaragua. Fue en año 1602 cuando un pirata Holandés Blauvaldt o Bleeveltdt, hizo de este lugar su base de operaciones, se dice que a la traducción del nombre de este pirata se debe el origen al nombre de la ciudad, Bluefields “Campos Azules”.

Fue fundada el 11 de octubre de 1903 y esta se encuentra a 380 Km. de Managua. La población del municipio de Bluefields es multiétnica, multilingüe y multicultural, según datos del SILAIS, tiene una población de 50,541 habitantes donde el 86% se encuentra en la zona urbana y el 14% restante en el área rural.

El municipio, cuenta con dos niveles de atención en salud; El primer nivel de atención en el área urbana tiene un solo Centro de Salud, el cual organiza, coordina y ejecuta la estrategia de la atención primaria en salud, Además tiene cuatro Puestos de Salud y el área rural con tres Puesto de Salud.

En el segundo nivel de atención encontramos un único Hospital el cual tiene un carácter Regional. En el primer nivel de atención se encuentra el programa Salud Bucal está ubicado en el Centro de Salud Juan Manuel Morales, barrio Tres Cruces. Este programa cuenta con una unidad Odontológica completa en regular estado, actualmente laboran dos Odontólogos generales y una asistente dental contratados por el Ministerio de Salud.

La única clínica dental con que cuenta el programa, atiende como radio de acción a todo el municipio de Bluefields, anualmente acuden un aproximado de 7,000 usuarios entre preescolares, escolares, gestantes, militares, trabajadores y otros. Los servicios que se ofertan en la actualidad a la población son: Exodoncia, Destartraje y Charlas educativas sobre higiene bucodental más aplicaciones tópicas de flúor (colutorios) en dos escuelas primarias públicas.

Este estudio consiste en conocer los conocimientos y hábitos en higiene bucodental de usuarios mayores de 16 años que acudieron al servicio de Odontología en el Centro de Salud JMM, del municipio de Bluefields, Región Autónoma Atlántico Sur, durante el tercer trimestre, 2007.

La buena higiene bucodental es considerada por muchos autores como la mejor arma para prevenir las enfermedades más comunes de la boca las cuales provocan en el individuo dolor, halitosis, celulitis y absceso que en el peor de los casos requieren ser hospitalizados, al final conducen a la pérdida de una o varias piezas dentales y estas al no restaurarse mediante prótesis, ocasionan en el futuro problemas en su salud general. (5)(6)(7)

II. ANTECEDENTES

Existe un solo trabajo de investigación, realizado en el 2000, en la clínica odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, por la Dra. Osneyda Altamirano. El tema de su estudio es: Frecuencia y Causas de pérdida dentaria en pacientes mayores de 10 años atendidos en la clínica odontológica del Centro de Salud, Juan Manuel Morales, Bluefields, Julio 2000.

Se encontró que de 308 usuarios del servicio, todos mayores de 12 años (138 hombres y 170 mujeres) 273 presentaron pérdida dental sumando un total de 1,609 dientes perdidos donde la principal causa fue la caries dental y la enfermedad periodontal. (8)

Dicho estudio tiene un enfoque unicausal ya que se limita en dar a conocer las causas de la pérdida dental de un punto de vista clínico, como son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales pudieran ser producto de una inadecuada práctica o la falta de conocimiento sobre higiene bucodental o ambas a la vez.

Según datos del PNUD en su informe de desarrollo humano del 2005, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, el índice de desarrollo humano para la Región Autónoma del Atlántico Sur es de 0,454. Esto significa que nuestra región presenta condiciones de desarrollo humano bajo, y de un índice de condiciones de vida de la población en las comunidades del sector rural del municipio de Bluefields de; bajo severo (84%) y bajo (11%), esto podría ser un factor condicionante o asociado a la incidencia de las enfermedades bucales más comunes. (9)

El programa ha venido relajando el componente preventivo en las escuelas primarias públicas del municipio, con el objetivo principal de disminuir la incidencia de la caries dental y la enfermedad periodontal con la dificultad que en la actualidad contamos con muy pocos recursos, parece ser que dicho componente no ha tenido los resultados deseados, ya que las estadísticas del programa revelan año con año un incremento en el número de las extracciones dentales.

Cualquier programa preventivo que se realice en los países en desarrollo debe considerar cuidadosamente las características de la comunidad. Tiene primordial importancia el impulso dado al personal local y su participación. (10)

Año con año se han venido incrementando las mutilaciones dentales, en el 2006 se realizaron un total de 2,356 extracciones dentales y para el 2007 se extrajeron la cantidad de 3,507 piezas dentales, 1,151 más que en el 2006, (11) sabemos que esta información no se ajusta a la realidad ya que este es el único registro que maneja el sistema público de salud y no se tiene un registro de las extracciones que realizan las clínicas dentales privadas, ni de los que realizan extracciones de manera empírica en las comunidades.

La situación es aun más crítica en el área rural ya que en la actualidad el Ministerio de Salud no cuenta con los recursos necesarios para detener a estas personas que realizan extracciones de manera empírica.

EL Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación en 1994, firmaron un primer convenio de cooperación para el desarrollo de la atención primaria en salud, esto sentó las bases para desarrollar un segundo convenio en Junio 2001, de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados. Permite establecer en

el país la “INICIATIVA DE ESCUELAS AMIGAS Y SALUDABLES”, en el marco del compromiso de Gobierno adquirido en la XVI reunión de los Presidentes Centroamericanos en 1995, y que también es apoyado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Se considero que el Gobierno de Nicaragua y la Iniciativa de ESCUELAS AMIGAS y SALUDABLES, adquirieran el compromiso de establecer un marco general que permita a ambas Instituciones, coordinaciones permanentes, estables, efectivas y que contribuyan al mejoramiento de las condiciones saludables de vida a los estudiantes, al personal docente, a las familias y a los miembros de la comunidad. Incorporar posteriormente a esta iniciativa a otras instituciones del Estado.

Una de las líneas de acción para lograr la integralidad del proceso escolar es la Educación para la Salud.

Algunos de sus objetivos esta el de capacitar a la comunidad educativa en contenidos de salud integral, identificando, desarrollando temas prioritarios de salud en los programas y Modalidades del Sub-sistema de Educación General Básica y Media del Ministerio de Educación. Además de contribuir a la promoción y cuidado de la salud integral de los/as escolares para lograr un mejor desarrollo físico, mental y social.

Otro objetivo es favorecer las condiciones y oportunidades de los estudiantes a través del mejoramiento de las condiciones de salud, nutrición y educación, priorizando las zonas rurales y urbano marginales de aquellos municipios de mayor vulnerabilidad.

Entre algunos de los compromisos del Ministerio de Salud esta el de:

1. Brindar asesoramiento técnico a través de equipos multidisciplinarios en los niveles de Educación Básica y Media, en los siguientes aspectos: (cuatro de diez)

- Desarrollo de acciones para mejorar el aprendizaje y práctica de estilos de vida saludable.
- Distribución y aplicación del flúor en aquellas zonas donde exista deficiencia de este, como una de las medidas preventivas de salud bucal.
- Promoción de la seguridad alimentaría y nutricional, enfatizando en los micronutrientes que deben contener los alimentos y en la necesidad del cambio o modificación de los hábitos alimenticios.
- Elaboración en forma conjunta con el Ministerio de Educación y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados, material educativo, afiches, panfletos, dibujos y difusión dirigida a la comunidad educativa.

2. Contribuir con la Comunidad Educativa en la organización y cuidado de la salud principalmente: (tres de seis)

- Estableciendo intervenciones conjuntas con el Ministerio de Educación y la Empresa Nicaragüense de Acueducto y Alcantarillado y otros organismos vinculados con la salud, para promover el crecimiento y desarrollo satisfactorio de los y las escolares.
- Capacitando a los docentes en técnicas de prevención, detección y referencia oportuna de enfermedades más frecuentes y factores de alto riesgo social.

- Coordinando la organización de los servicios en las Unidades de Salud para garantizar la atención de la comunidad educativa.
 - Establecer un Sistema Referencia de los /as escolares hacia los servicios de salud, en función de una atención oportuna y de acuerdo al riesgo.
 - Desarrollar un Sistema Permanente de Vigilancia de la Salud Integral de los y las estudiantes para la toma oportuna de decisiones.

3. Realizar en conjunto con ENACAL, inspecciones sanitarias y otorgamiento de licencias sanitarias en las escuelas.

El Ministerio de Educación también adquirió compromisos entre ellos tenemos:

- Promover acciones que contribuyan al fortalecimiento de la promoción de la salud, como investigaciones, Servicio Social, entre otros.
- Formular en coordinación con el Ministerio de Salud un Plan de Capacitación a los Docentes en materia de educación para la salud, saneamiento y nutrición.
- Promover, conformar y fortalecer el desarrollo físico y mental de los estudiantes en coordinación con el Ministerio de Salud y con el apoyo de organizaciones vinculadas a la salud.
- Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional; mejoramiento de las condiciones sanitarias.

- Promover que en las instalaciones sanitarias de los centros escolares, se mantenga una higiene adecuada.

La Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados se compromete a:

- Gestionar y promover en conjunto con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, programas regulares de inversión en la construcción de la infraestructura higiénico-sanitaria escolar.
- Apoyar y fomentar la sostenibilidad de la educación sanitaria ambiental y contribuir al desarrollo de la cultura del agua. (entre otros) (12)

En el Municipio de Bluefields fueron seleccionadas tres escuelas primarias públicas dentro de la iniciativa ESCUELAS AMIGAS Y SALUDABLES de las cuales el programa cubre dos, a los que se le brinda atención preventiva en salud bucal a 700 escolares aproximadamente cada año. El gobierno no ha publicado ninguna evaluación acerca de dicho convenio.

Las normas del programa aun no han sido aprobadas y se encuentran en revisión esa es la información que da el Dr. Jaime Hernández actual responsable del programa Salud Bucal a nivel nacional del Ministerio de Salud, estas normas son necesarias para la realización de una valoración técnica del programa.

La información potencial sobre este tema (higiene bucal) a la población en general se a vuelto manos accesible o tal vez más abstracta en estas circunstancias siguen prevaleciendo los paradigmas de los cuales emerge el comportamiento del individuo frente a la salud.

III. JUSTIFICACION

Conocer el nivel de conocimiento y sus hábitos como parte de un diagnóstico sobre la higiene bucodental nos dará la pauta para conocer de que manera o de que forma podemos llegar a incidir sobre las posibles causas de la pérdida dental a demás de planificar estrategias de Educación, Promoción y Prevención en salud bucodental.

La ciudad de Bluefields es el centro más importante de la Región Autónoma del Atlántico Sur, y de todo el litoral Atlántico, donde se encuentra la convergencia de las diferentes etnias que la habitan. Que es una responsabilidad de los trabajadores de la salud bucal saber sobre los conocimientos y hábitos de la población,

Ante la necesidad de un primer estudio con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención mediante actividades educativas. Nos hemos planteado la realización del presente estudio en el Centro de Salud cabecera.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cuáles son los conocimientos y hábitos en higiene bucal de pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields - RAAS, III trimestre 2007?

Las interrogantes del estudio son:

¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes del estudio?

¿Cuáles son los conocimientos en higiene bucal de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica?

¿Cuáles son los hábitos en higiene bucal de los pacientes en estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer los conocimientos y hábitos en higiene bucal de pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields - RAAS, III trimestre 2007

Objetivos Específicos:

1. Describir las características demográficas de los pacientes del estudio.
2. Valorar los conocimientos en higiene bucal de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica.
3. Identificar los hábitos en higiene bucal de los pacientes del estudio.

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

El conocimiento se define a través de una disciplina llamada Epistemología, una doctrina filosófica que se conoce como la teoría del conocimiento. La Epistemología define el conocimiento como el conjunto de saberes, que poseemos sobre algo.

El conocimiento es el proceso en virtud del cual se establece la relación entre el sujeto y el objeto, operándose a través de ella la transformación de ambos. El principal instrumento de transformación y por ende de conocimiento, es el trabajo, y por medio de este se plantea la relación entre el hombre y la naturaleza y se verifica esa doble transformación cuya captación dinámica es el conocimiento. (13)

El conocimiento es la capacidad de convertir datos e información en acciones efectivas. El conocimiento es la capacidad humana y no una propiedad de un objeto como puede ser un libro. Su transformación implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablemos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad. (14)

El conocimiento carece de valor si permanece estático. Solo genera valor en la medida que se mueve, es decir, cuando es transmitido o transformado.

En la sociedad actual la información y el conocimiento se van convirtiendo en elementos fundamentales para el progreso económico, factores del proceso productivo y también componentes esenciales para el bienestar personal. Y es que las personas necesitamos construir conocimientos que nos permitan dar las respuestas más adecuadas ante las circunstancias que se nos presenten

cada momento, para lo cual necesitamos disponer de un información adecuada. (15)

Un **hábito** es un modo especial de proceder o conducirse en cada individuo adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. (16)

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo. (17)(18)

Sus objetivos son mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. Se entiende como higiene:

- Limpieza, aseo de lugar o personas.
- Hábitos que favorecen la salud.
- Parte de la medicina, orientada a favorecer hábitos saludables, en prevención de enfermedades.
- Reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores y tenciones ambientales que surgen en el lugar de trabajo y que pueden provocar enfermedades, quebrantos de salud, quebrantos de bienestar, incomodidad e ineficiencia de los trabajadores y ciudadanos.
- La higiene personal es la parte de la medicina que trata de los medios en que el hombre debe de vivir y la forma de modificarlos en el sentido más favorable para su desarrollo.

La higiene bucodental sumada a visitas periódicas al odontólogo, es el mejor modo de prevenir las enfermedades odontológicas más frecuentes como son la caries y la gingivitis. También es relevante el control de la ingesta de

determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial carigenico. (19)(20)

Una buena higiene bucal comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas, carbonatadas y de aperitivos, o de cualquier alimento. (21)

El cepillado más importante, y el que no debe de faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Hay alimentos duros como la zanahoria cruda que al ser mordidos arrastran la placa bacteriana. Otros alimentos como el queso parecen tener propiedades remineralizantes del esmalte dentario.

El cepillado debe realizarse introduciendo los filamentos del cepillo en el espacio que se forma entre la encía y el diente. Para ello, debe inclinarse el cepillo orientándolo hacia la línea que limita diente y encía. El objetivo es limpiar la placa bacteriana que se acumula en ese espacio, y que es la causante de la inflamación de la encía, por irritación química. El cepillado debe prolongarse durante el tiempo necesario para desorganizar la placa bacteriana.

Si se observa un sangrado evidente con un cepillado normal, lo probable que este ente un caso de gingivitis. La solución es acudir al odontólogo para que se realice una buena limpieza del espacio gingivo-dentario. Es recomendable que esta limpieza profesional se efectué al menos dos veces al año. (22)

Se recomienda también limpiar el espacio interdentario con hilo dental, al menos una vez al día, usando una parte distinta del hilo para cada espacio. Es rara la imposibilidad de introducir el hilo entre las piezas dentales. Se debe también pasar el cepillo a la cara interna de las mejillas, la lengua, el paladar y las encías si están sanos. (23)

Otro problema que puede deberse a una deficiente higiene bucodental es la halitosis. El mal olor del aliento puede verse influido por la presencia de caries. También afecta el tabaco, que aumenta la probabilidad de padecer de caries, algunos medicamentos o estados de ansiedad que provocan sequedad de la boca, la asociación del alcohol con las patologías de la mucosa bucal es muy conocida. (24)

Las soluciones concentradas de alcohol producen una quemadura química en la mucosa. El alcohol es un factor de riesgo significativo de padecer cáncer bucal, y también puede desempeñar un papel en la etiología de la leucoplasia bucal. Aunque el etanol en sí no ha demostrado ser cancerígeno, muchas bebidas alcohólicas contienen carcinógenos. Parece ser que el alcohol media o transporta carcinógenos a través del epitelio, y está perfectamente establecido a este respecto el efecto adictivo del alcohol y del tabaco. (25)

Tras pasar el cepillo y la ceda, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, especialmente en caso de gingivitis. Los colutorios con clorhexidina parecen poseer una importante actividad antibacteriana.

Las malas condiciones de vida, una dieta inadecuada, una higiene bucodental deficiente, el consumo de tabaco y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucal constituyen factores importantes en la aparición de las enfermedades bucodentales.

La caries es una enfermedad infecciosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de una desmineralización provocada por los ácidos que generan la placa bacteriana a partir de los hidratos de carbono de la dieta. Si no es tratada, tras la destrucción del esmalte ataca a la dentina y alcanza la pulpa dentaria produciendo su inflamación, pulpitis, y posterior necrosis (muerte pulpar).

El resultado final es la inflamación del área que rodea al ápice o extremo de la raíz, periodontitis apical, pudiendo llegar a ocasionar una celulitis. (26)

La caries es estudiada ampliamente por los odontólogos y una vez producida esta se trata al diente afectado con técnicas operatorias utilizando materiales de restauración. Es una enfermedad multifactorial, lo que significa que deben concurrir varios factores para que se desarrolle la enfermedad. Hasta el momento las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

Hospedero: La posición del diente, así como su composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa bacteriana. Los dientes posteriores, molares y premolares, son más susceptibles a las caries ya que su morfología es más infructuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, que los dientes anteriores por que la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autoclisis. Además es necesario incorporar al huésped una mayor o menor incidencia debido a una susceptibilidad genética heredada o por algún tipo de patología.

Tiempo: La placa bacteriana debe ser eliminada antes de que se calcifique, si la eliminamos con la higiene antes no se producirá caries.

Dieta: La presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo los almidones no la producen. Pero es necesario aclarar que el metabolismo de los hidratos de carbono se produce por una enzima presente en la saliva denominada alfa amilasa salival, esta es

capaz de degradar el almidón hasta maltosa y de acuerdo al tiempo que permanezca el bolo en la boca podría escindirlos hasta glucosa, esto produce una disminución en el pH salival que favorece la desmineralización del esmalte. Además la presencia de hidratos de carbono no es tan importante cuando la frecuencia con la que el individuo consume se limita a cuatro momentos de azúcar como máximo, de esta manera la disminución brusca de pH puede con período de tiempo entre los momentos restablecerse por la acción de los sistemas amortiguadores salivales que son principalmente el ácido carbónico/bicarbonato y el sistema del fosfato.

Bacterias: aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) congregándose formando un biofilm (comunidad cooperativa) de esta manera subsisten, evaden los sistemas de defensa del huésped que consiste principalmente en la remoción de bacterias saprófitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una mayoría de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estos debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazados por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando es denominada placa criogénica es decir capaz de producir caries dental.

Las bacterias se adhieren entre sí pero no es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus Sanguis* perteneciente a la familia de los mutans además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc. En condiciones fisiológicas la ausencia de uno de estos factores limita la aparición o desarrollo de la caries. (27)

La Educación para la Salud ha sido desde la antigüedad una función social. Una actividad que contribuye a la conservación del grupo humano. Alessandro

Sepilli, médico y educador del Centro Experimental de Educación para la Salud de Perugia, Italia, definió Educación para la Salud en los siguientes términos:

- La educación en salud es una intervención social, que tiende a modificar, de manera conciente y duradera el comportamiento en relación a la salud. Presupone el conocimiento de la cultura de la comunidad o de una población específica o grupo específico y la determinación de sus intereses subjetivos.

- También planteo que la educación en salud es un proceso de comunicación social, interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa e indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y de la colectividad.

El paradigma sobre educación para la salud que todavía predomina en el personal de salud, refiere que existe sobre esta disciplina una imagen inadecuada y carente de actualidad, A la Educación para la Salud se le a presentado como un conjunto de campañas de información y persuasión, que son llevadas a cabo, sobre todo, a traves de los medios masivos de comunicación. Se caracteriza por una relación desigual entre el persona de salud, que por definición sabe, y s los individuos a los que hay que educar y que también, por definición, no saben.

Los principios de la Educación para la Salud postulan lo siguiente:

- Los destinatarios de la educación sanitaria no son receptores pasivos, sino sujetos activos de la relación educativa.
- La educación sanitaria no es una simple transmisión de información científica, culturalmente neutral, sino que se configura como una

auténtica intervención en la cultura de los individuos, por que incide en sus conocimientos.

- La educación sanitaria es un tipo de dinámica cultural, incorporada en la red de circulación cultural de un contexto social determinado.
- Es necesario modificar desde la óptica antropológica, el prejuicio del personal de salud. Este prejuicio consiste en pensar que los conocimientos, los valores, los estilos de vida de la población, cuando de alguna forma no están orientados por el saber médico, representan de todos modos un obstáculo, un factor de resistencia a la intervención educativa.

El diagnóstico en Educación para la salud sirve como punto de partida para el diseño de la intervención educativa, y a la vez como línea de base para la evaluación de los resultados posterior a la implementación del plan, programa o proyecto. (28)

Para realizar cambios, primero se debe diagnosticar, pues no se puede programar sin hacer un diagnóstico, porque no se puede tener el control sin conocer a fondo los procesos (29). El diagnóstico de salud está constituido por el conocimiento de la situación de salud en una comunidad, la familia y el individuo (30).

También el diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico, biológico, higiénico, epidemiológico y social, para la identificación de los problemas de salud que afecta al individuo.

Es por eso fundamental conocer el diagnóstico de conocimientos de la población en salud bucal, ya que según los problemas detectados se realiza el enfoque educativo y se aplicaran las técnicas educativas y de salud, según vayan a ejecutar de forma masiva, grupal en las familias o de persona a

persona en consultorios (31). Para de esta forma transmitir conocimientos a la comunidad con el propósito de que la misma adquiriera conciencia de sus propios problemas y encuentren la solución adecuada y ayuden a resolverlas.

Los planes, métodos, procedimientos de Promoción y Educación para la salud su efectividad dependen del conocimiento previo que se tenga de la población y que tome conciencia, sienta y actúe en cuestiones relacionadas con la salud. (32)(33)

En el campo de la pedagogía la educación para la salud, es una de las innovaciones de la última reforma educativa, cobra cada vez importancia como área de trabajo pedagógico en la educación reglada, Promocionar la salud desde la escuela significa educar a las personas para que sean responsables de su propio bienestar y adquieran los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para cuidar de sí mismas. (34)

Conocer el diagnóstico de conocimientos de la población en salud bucal nos dará la pauta para realizar el enfoque educativo sobre los problemas detectados y conocer de que manera o de que forma podemos llegar a incidir sobre las posibles causas de la pérdida dental a demás de planificar estrategias de Promoción y Prevención en salud bucodental.

Las infecciones odontogénicas: Son las que se origina a partir del órgano dentario cada diente tiene una localización primaria de una infección sobre los tejidos blandos, que se relacionan con el lugar más frecuente de perforación del hueso y con las inserciones musculares más próximas.

La patología más común que se origina de infecciones dentarias es la angina de Ludwing (98 %) y la caries dental constituye el 52% de los casos de dicha dolencia. (35)

Dichas infecciones y sus complicaciones constituyen una patología muy frecuente en la práctica odontológica. Estos procesos engloban un amplio espectro de entidades desde infecciones localizadas en el diente, como pulpitis o periodontitis, hasta infecciones graves diseminadas en los espacios faciales de cabeza y cuello que puedan poner en peligro la vida del paciente.

De estas infecciones cérvico - faciales, de origen odontogénico, donde se incluyen principalmente la caries dental, abscesos periodontales, periapicales y gingivales, pueden extenderse a la parte inferior del cuello. Por lo que su seriedad radica, en que puedan originar complicaciones al espacio retro - faringeo, intracraneal, pulmonar y cardiaco. (36)(37)

Una vez instaurada se divide en las siguientes etapas clínicas:

Celulitis: Se caracteriza por una tumefacción pastosa, con límites mal definidos, sin que exista destrucción de tejido ni formación de pus.

Absceso: La infección se localiza dando lugar a una tumefacción blanda con bordes bien definidos y formación de pus. Posteriormente se puede extender a los diferentes espacios que a su vez se clasifican en:

Espacios faciales primarios: Son aquellos que pueden afectarse directamente a partir de una infección odontogénica ya que se encuentran inmediatamente adyacente a los maxilares.

Los maxilares son: Caninos, Bucal e Infratemporal.

Los mandibulares son: Bucal, Submental, Sublingual, Submaxilar.

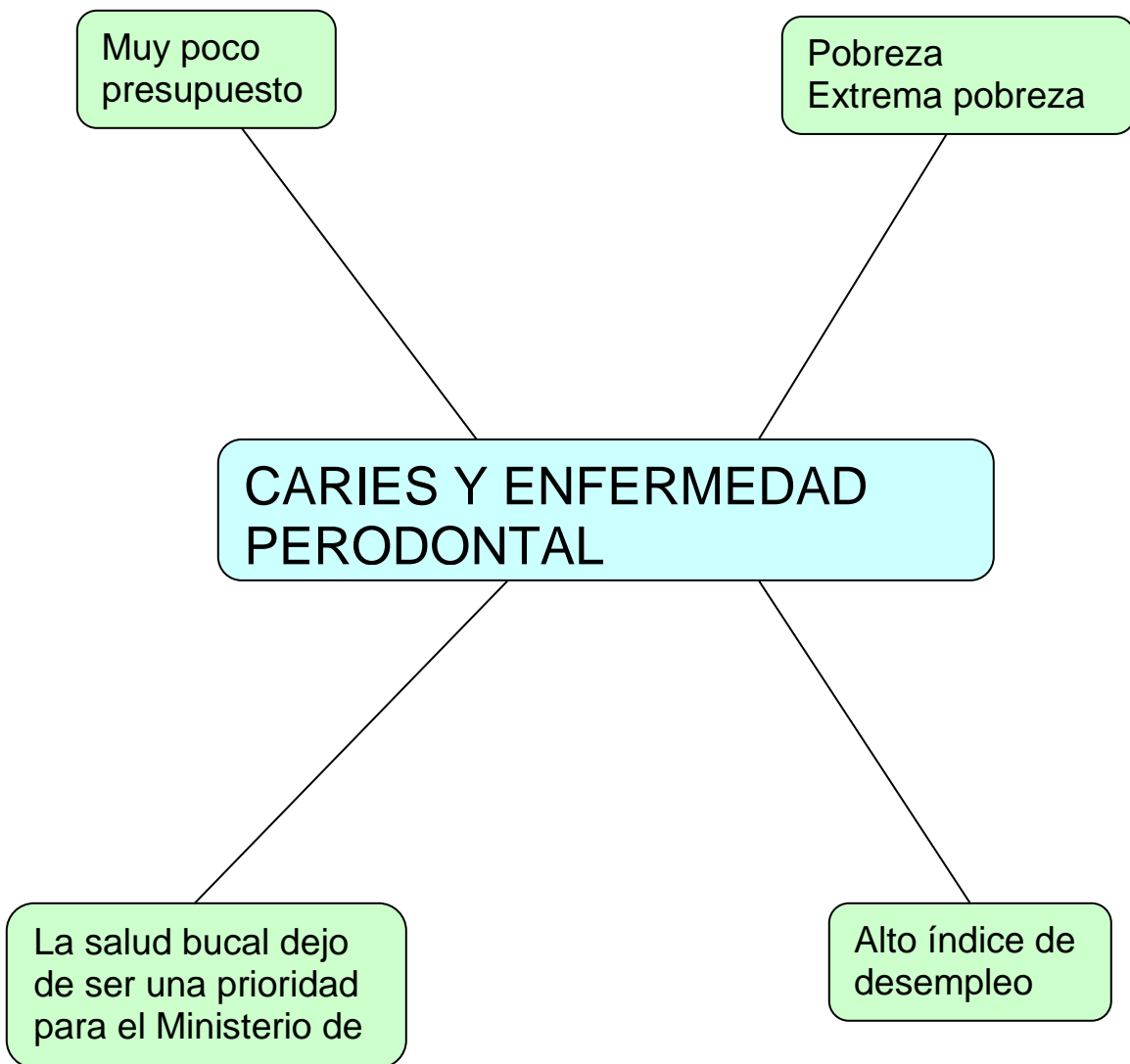
Espacios faciales secundarios: Son aquellos que se afectan a partir de la extensión de la infección de los espacios primarios. Cuando esto ocurre, la

infección es más severa, difícil de tratar y con mayor número de complicaciones y morbilidad. Estos espacios son: Maseterino, Pterigo mandibular, Temporal superficial y profundo, faríngeo lateral, Retrofaríngeo y Prevertebral. (38)(39)

Existen más de 200 lesiones o enfermedades primarias de la mucosa oral, encías, dientes, mandíbula y glándulas salivales mayores y menores, que en su mayoría podrían diseminarse a los espacios faciales profundos de cabeza y cuello y poner en peligro la vida del paciente. (40)

Enfermedad periodontal: El alto nivel de bacterias producto también de la mala higiene bucal, inicia la liberación de enzimas que destruyen el tejido alrededor de la pieza dental. Estas enzimas desencadenan un proceso de retracción gingival y causa la pérdida de hueso.

VII. MODELO EXPLICATIVO



VIII.- Diseño metodológico

El área de estudio:

El área de estudio es la clínica odontológica de atención pública ubicada en el Centro de salud Juan Manuel Morales, del Barrio Tres Cruces, área urbana del municipio de Bluefields - RAAS.

Tipo de estudio:

Es un estudio descriptivo de corte transversal, sobre conocimientos y hábitos en higiene bucal de usuarios que acudieron por primera vez, a la Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields - RAAS, en el III trimestre del 2007.

Universo:

Son todos los usuarios del servicio público mayores de 16 años que acudieron por primera vez, a Clínica Odontológica, del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields – RAAS, en el III trimestre / 2007.

Marco muestral:

Conformado por todos los usuarios mayores de 16 años que acudieron por primera vez, a Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Mortales, Bluefields – RAAS, en el III trimestre / 2007.

El criterio de selección de la Clínica Odontológica es el siguiente:

-Institución pública que oferta un servicio de salud a través de un programa.

Muestra:

Se conformo por 80 usuarios del servicio público mayores de 16 años que acudieron por primera vez a la Clínica Odontológica, del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields – RAAS, en el periodo comprendido entre Julio y Septiembre / 2007,

Unidad de análisis:

Los usuarios del servicio público mayores de 16 años que acudieron por primera vez a la Clínica Odontológica del Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields – RAAS, durante el III trimestre del 2007.

Unidad de observación:

La Clínica Odontológica que se encuentra ubicada en el Centro de Salud Juan Manuel Morales, Bluefields – RAAS.

Variables:

Características Demográficas:

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Procedencia
- ❖ Nivel Académico
- ❖ Grupo Étnico
- ❖ Ocupación

Valoración del nivel de conocimiento en higiene bucal:

Para realizar la valoración sobre el nivel de conocimiento de los usuarios del estudio en higiene bucal, se realizaron cuestionario de 12 preguntas entre abiertas y cerradas tomando en cuenta el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model) de la Organización Mundial de la Salud.

La escala para valorar el nivel de conocimiento quedo de la siguiente manera de 10 a 12 preguntas contestadas correctamente el nivel e conocimiento será **adecuado**, de 6 a 9 preguntas contestadas correctamente el nivel de conocimiento será **regular** y de 0 a 5 preguntas contestadas correctamente el nivel de conocimiento será **inadecuado**.

La guía de preguntas fueron las siguientes:

- Conoce usted la diferencia entre una boca sana y una enferma
- Por qué se pican los dientes
- Qué le sucede al diente cuando se pica
- Como hace usted para reconocer que un diente esta picado
- Que recomienda usted realizarle al diente cuando esta picado
- Como se puede prevenir que se piquen los dientes
- Sabe usted que por mala higiene dental se forma una costra sobre los dientes
- Con que nombre conoce usted esa costra
- Como se forma esa costra sobre los dientes
- De que forma podemos prevenir que se forme esa costra sobre los dientes
- Conoce usted la técnica de cepillado
- Cree usted que las personas deben aprender a realizarse un examen bucal

Hábitos en higiene bucal:

- ❖ Frecuencia del cepillado de los dientes
- ❖ Cuando debe de cambiar el cepillo dental
- ❖ Uso del hilo dental para la limpieza de los diente
- ❖ Uso de algún tipo de enjuague bucal
- ❖ Frecuencia de visitas al dentista

Criterios de selección, inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Usuario que acude por primera vez a la Clínica y que presente problemas en su salud bucal.
- Usuario que sea mayor de 16 años.
- Voluntariedad del usuario a participar.
- Que su residencia sea en el municipio de Bluefields.

Exclusión:

- Todos los elementos que no están incluidos en el criterio de inclusión.

Fuente y obtención de datos:

La única fuente fue la primaria, mediante la entrevista directa a los usuarios participantes del estudio.

Técnica e instrumento:

La entrevista, se aplicó un cuestionario con preguntas elaboradas por el autor, las hay de tipo abiertas para el segundo objetivo específico y preguntas cerradas para el primero y tercer objetivos específicos.

Procesamiento de datos:

Para el procesamiento de datos se utilizó el Paquete EPI- INFO 3.3.2, se realizó distribución de frecuencia y cruces de variables. La información proporcionada por las preguntas abiertas se procesó por Microsoft Office Word 2003 de Windows.

Análisis de datos:

El análisis se hizo mediante frecuencia simple y entrecruzamiento de variables y un análisis cualitativo para las preguntas abiertas.

Aspecto ético:

Se solicitó al usuario objeto de estudio su participación y colaboración para esta investigación y el objetivo de la misma a la vez de informarle que sus respuestas en el cuestionario serán confidenciales.

Trabajo de campo.

Carta al Director del Centro de Salud Juan Manuel Morales y al responsable del programa de Enfermedades no Transmisibles de la sede SILAIS - RAAS, sobre el estudio a realizar.

IX. RESULTADOS

El grupo de edad que acudió con mayor frecuencia fue el grupo de 26 a 35 años con un 35% (28), seguido del grupo de 16 a 25 años con un 30% (24), el de 36 a 45 años con 20% (16) y de 46 y más con el 15% (12). En relación al sexo que más acudió a la consulta odontológica fue el femenino con un 72.5% (58), seguido del masculino con un 27.5% (22), (Tabla N° 1)

En cuanto al nivel académico más relevante del grupo de estudio fue la primaria incompleta con el 37.5% (30), seguido de la secundaria incompleta con un 27.5% (22), analfabeto 20% (16), primaria completa 11.3 (9) y universitario 3.7% (3), la procedencia más relevante fue el área urbana 72.5 % (58), seguido del área rural 27.5% (22). (Tabla N° 2)

La etnia que más acudió a la consulta odontológica del grupo de estudio fue la étnia Mestiza 82.5% (66), seguida de la Creol con 10% (8), la Miskita con el 6.2% (5) y la étnia Rama con el 1.3% (1). (Tabla N° 3)

La ocupación más relevante del grupo de estudio fue la de ama de casa con un 31.2% (25), seguido de obrero con el 20% (16), agrícola 15% (12), estudiante 10% (8) el 8.8% (7) no trabaja y finalmente el que trabaja por cuenta propia y pescador ambos con un 7.5% (6). (Tabla N° 4)

Se encontró que al relacionar la edad y nivel de conocimiento se observó que: Para el grupo atareó de 16-25 años predominó el conocimiento inadecuado con 63% (15), seguido de un conocimiento regular con 29% (7), y conocimiento adecuado con 8% (2); para el grupo de 26-35 años predominó el conocimiento inadecuado con 75% (21), seguido de un conocimiento regular con 18% (5) y conocimiento adecuado con 7% (2); para el grupo de 36-45 predominó el conocimiento inadecuado con 56% (9), seguido de un conocimiento regular con 6 (38%) y conocimiento adecuado con 6% (1); para el grupo de 46 y más años

predomino el conocimiento inadecuado con 75% (9), seguido de un conocimiento regular con 17% (2) y conocimiento adecuado con 8% (1).

(Tabla N° 5)

Al relacionar sexo y nivel de conocimiento se encontró que: En el sexo femenino predomino el conocimiento inadecuado con 65% (38), seguido de un conocimiento regular con 28% (16) y conocimiento adecuado con 7% (4); en el sexo masculino predomino el conocimiento inadecuado con 73% (16), seguido de un conocimiento regular con 18% (4) y conocimiento adecuado de 9% (2).

(Tabla N° 6)

En cuanto a la relación procedencia y nivel de conocimiento se encontraron los siguientes resultados: Para los de procedencia urbana predomino el conocimiento inadecuado con 62% (36), seguido de un conocimiento regular con 28% (16) y conocimiento adecuado de 10% (6); para los de procedencia rural predomino el conocimiento inadecuado con 82% (18), seguido de un conocimiento regular con 18% (4) y para el adecuado 0%. (Tabla N° 7)

Al establecerse la relación nivel académico y nivel de conocimiento se encontró que: En el grupo de primaria incompleta predomino el conocimiento inadecuado con 70% (21), seguido de un conocimiento regular con 23% (7) y de un conocimiento adecuado de 7% (2); en el grupo de secundaria incompleta predomino un conocimiento inadecuado con 55% (12), seguido de un conocimiento regular con 36% (8) y un conocimiento adecuado de 9% (2); para el grupo primaria completa el conocimiento inadecuado fue el mayoritario con 78% (7), seguido del conocimiento regular y adecuado ambos con 11% (1); en el grupo analfabeto predomino el conocimiento inadecuado con 87% (14), seguido solamente del conocimiento regular con 13% (2), y para el grupo universitario predomino el conocimiento regular con 67% (2), seguido solamente 33% (1) de conocimiento adecuado. (Tabla N° 8)

Se encontró en la relación grupo étnico y nivel de conocimiento que: En los mestizos el conocimiento que predominó fue el inadecuado con 68% (45), seguido de un conocimiento regular con 24% (16) y un conocimiento adecuado de 8% (5); en la etnia creol el conocimiento mayoritario fue el inadecuado con 62% (5), seguido de un conocimiento regular con 25% (2) y un conocimiento adecuado de 13% (1); en la etnia miskita predominó el nivel de conocimiento inadecuado con 60% (3), seguido únicamente del regular con 40% (2); para la etnia rama únicamente se obtuvo un 100% (1) de conocimiento inadecuado. (Tabla N° 9)

Al relacionar la ocupación con nivel de conocimiento se encontró que: En cuanto a la ocupación ama de casa predominó el nivel de conocimiento inadecuado con 64% (16), le sigue el regular con 28% (7) y adecuado con 8% (2); con respecto a la ocupación obrero el nivel de conocimiento que predominó fue el inadecuado con 88% (14), le siguen el regular y adecuado ambos con 6% (1); en relación a la agrícola predominó el inadecuado con 83% (10), seguido únicamente del regular con 17% (2); para los estudiantes el regular fue el mayoritario con 50% (4), seguidos del inadecuado y adecuado ambos con 25% (2); en cuanto a los que no trabajan predominó el inadecuado con 71% (5), seguido únicamente del regular con 29% (2); con respecto a la ocupación pescador predominó el inadecuado con 66% (4), seguidos del regular y adecuado ambos con 17% (1) y para los que trabajan por cuenta propia obtuvieron un conocimiento inadecuado y regular del 50% (3). (Tabla N° 10)

En relación a la práctica del cepillado de los dientes se encontró que: Predominó el hábito de cepillarse dos y tres veces al día ambos con el 45% (36), le sigue el hábito de cepillarse una vez al día con 9% (7) y no se cepilla el 1% (1). (Tabla N° 11)

En cuanto al tiempo en que tiene que cambiar su cepillo dental se encontró que: Predominó el cambio de cepillo a los tres meses con un 61% (49), le sigue

a los dos meses con 33% (26), al mes con el 5% (4) y no sabe con 1% (1). (Tabla N° 12)

Con respecto a la relación uso del hilo dental se encontró que: Predomino los que no usan el hilo dental con 89% (71), seguido de los que si lo usan con el 11% (9). (Tabla N° 13)

En cuanto a la relación de utilizar enjuague bucal se encontró que: Predomino los que no utilizan el enjuague bucal con el 97% (78), seguido de los que si lo usan con un 3% (2). (Tabla N° 14)

Al establecerse la relación visitas al dentista se encontró que el 100% (80) de los entrevistados visitan al dentista ocasionalmente. (Tabla N° 15)

GUIA DE PREGUNTAS PARA VALORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO

En cuanto a reconocer la diferencia entre una boca sana y una enferma, el 98.7% (79) de los entrevistados contestaron que no reconocían la diferencia y apenas el 1.3% (1) contestó que si. (Matriz de consolidado N° 1a)

Acerca de la razón por la cual se “pican” los dientes el 40% (32) de los entrevistados contestaron que era por no cepillarse los dientes, igual cantidad respondió que no sabe porqué estos se pican y un 11.2 (9) manifestó, por comer mucho dulce. (Matriz de consolidado N° 1b)

Sobre la manera en que los entrevistados reconocen que un diente esta picado el 85% (68) contestó por la presencia de “hoyos” en el diente y el 15% (12) contesto que no sabe. (Matriz de consolidado N° 1c)

Acerca de lo que le sucede o que podría sucederle al diente cuando este se pica el 82.5% (66) contestó que se origina el dolor dental y el 10% (8) indicó que se quiebra. (Matriz e consolidado N° 1d)

En cuanto a lo que sugiere y recomiendan los entrevistados realizarle al diente cuando esta picado el 62.5% (50) contestaron lo mejor es sacarlo, siendo esta la única forma de aliviar el dolor dental y solamente el 30% (24) sugirió calzarlo. (Matriz de consolidado N° 1e)

Sobre la manera o forma de como se puede prevenir que se piquen los dientes el 61.3% (49) de los entrevistados contestaron cepillándose los y el 35% (28) dijo no sabe. (Matriz de consolidado N° 1f)

Acerca si conoce o sabe de que por una deficiente higiene bucal se forma una costra sobre la superficie de los dientes el 87.5% (70) de los entrevistados manifestó que no sabe e igual cantidad no conoce su nombre, del daño que le puede causar a su boca ni de como prevenir que se forme y solamente apenas el 12.5% (10) dijo si sabe acerca de la costra, también manifestaron que su nombre es sarro, además provoca sangrado en la encía y la manera de prevenirla es cepillándose los dientes. (Matriz de consolidado N° 1g, 1h, 1i, 1j)

Sobre si conoce la técnica para el buen cepillado de los dientes el 81.3% (65) contestaron no conocerla y apenas el 18.7% (15) dijeron que si. (Matriz de consolidado N° 1k)

En cuanto a si seria beneficioso que las personas deban aprender a realizarse un examen bucal el 82.5% (66) de los entrevistados contestaron si y el 17.5% (14) manifestó que no sabe. (Matriz de consolidado N° 1l)

X. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se encontró entre los entrevistados que el grupo de edad más frecuente fue el de 26 a 35 años con el 35%, seguido del grupo de 16 a 25 con 30%, que al hacer la sumatoria de ambos grupos representaron el 65% de los usuarios entrevistados lo que tiene correspondencia con el comportamiento poblacional del resto del país considerándose una población joven importante, que el sexo predominante fue el femenino con el 72%, teniendo correspondencia con las estadísticas nacionales que reflejan que las mujeres son las que mayor demandan atención médica en las unidades de salud.

En cuanto a la procedencia se encontró que la mayor parte de los entrevistados eran del área urbana con el 72%, seguido del área rural con tan solo el 28% lo que pone de manifiesto la falta de accesibilidad de la población rural hacia los servicios públicos de salud, situación que tiene mayor relevancia en esta región por sus condiciones geográficas.

Se encontró que el nivel académico predominante fue la primaria incompleta con 37%, seguido de la secundaria incompleta 27%, a pesar de la existencia de grandes recursos naturales en la región es significativa la cantidad de analfabetos 20% del total del grupo de estudio, lo que se relaciona directamente con la pobreza existente en la región.

La etnia predominante fue la mestiza con el 83%, seguida de los creol con el 10%, lo que esta en contraposición sobre la creencia de que es la raza negra la predominante en esta región. El incremento de la población esta relacionado con el fenómeno migratorio iniciado en 1980 sumando a esto en la actualidad el avance y crecimiento de la frontera agrícola dentro del proceso de pacificación, la poca demanda de otros sectores poblacionales como la miskita 6% y rama

1%, puede estar relacionada a que ellos se concentran más en otras zonas geográficas de la región.

La principal actividad laboral del grupo entrevistado fue el de ama de casa con el 31%, lo que refleja un poco la situación económica de la zona, contrario a lo que se esperaría siendo una zona rica en recursos naturales.

Se encontró que el conocimiento inadecuado fue mayor en los grupos de 26 - 35 y 46 y más con 75%, los grupos que obtuvieron mayor conocimiento adecuado fueron los de 16 – 25 y 46 y más con 8%. El sexo masculino tuvo mayor conocimiento inadecuado 73% y a la vez obtuvieron mayor conocimiento adecuado con el 9%. Los que procedían del área rural obtuvieron mayor conocimiento inadecuado 82% y el área urbana mayor conocimiento adecuado 10%. En cuanto al nivel académico el analfabeto es el que presenta el mayor conocimiento inadecuado 87% y los de mayor conocimiento adecuado fueron los universitarios 33%. El grupo étnico Mestizo obtuvo mayor conocimiento inadecuado 68% y los de mayor conocimiento adecuado los Creol con el 13%. Los de ocupación obrera obtuvieron el mayor conocimiento inadecuado con 88% y los de mayor conocimiento adecuado los estudiantes 25%. Preocupa el hecho que los porcentajes más altos se observan únicamente el conocimiento inadecuado. Tiene relación con el informe de desarrollo humano 2005, de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe del PNUD, el cual contempla una clara brecha de acceso a la educación, al analizar la tasa bruta de educación primaria (96.65%) y la tasa bruta de educación secundaria (27.38%). Aunque la tendencia del indicador muestra que hay un importante progreso en la reducción de la brecha todavía esta se ubica por debajo del promedio nacional y la brecha es más pronunciada en la Región Autónoma Atlántico Sur, lo que indica que existe un alto porcentaje de la población que no concluyen la primaria y la secundaria.

Preocupa el hecho de que el 45% (36) de los entrevistados tienen el hábito de cepillarse los dientes dos y tres veces al día. Lo cual no se corresponde con lo recomendado por la Asociación Dental Americana de cepillarse cuatro veces al día.

Llama la atención que el 61% de los entrevistados cambia su cepillo dental hasta los tres meses lo cual no se corresponde con lo recomendado por la Asociación Dental Americana de cambiar su cepillo dental a los dos meses.

Se encontró que el 89% (71) de los entrevistados no utiliza el hilo dental lo cual no se corresponde con lo recomendado por la Asociación Dental Americana de utilizar el hilo dental una vez por semana.

Se encontró que el 97% (78) de los entrevistados no utiliza ningún tipo de enjuague bucal lo cual también no se corresponde por lo recomendado por la Asociación Dental Americana de utilizar algún tipo de enjuague bucal como medio auxiliar en su salud bucal.

Preocupa el hecho de que el 100% (80) de los entrevistados visita al dentista solamente cuando lo amerita lo cual no se corresponde con lo recomendado por la Asociación Dental Americana de visitar al dentista dos veces en el año.

XI. CONCLUSIONES

- La mayoría de la población en estudio correspondía al grupo de 26 - 35 años con el 35%.
- La población predominante fue el sexo femenino con el 72%.
- El nivel académico más frecuente fue primaria incompleta con 37%.
- La procedencia de la mayoría de los entrevistados fue del área urbana con 72%.
- El grupo étnico mestizo fue el más frecuentemente encontrado con el 83%.
- La ocupación más frecuentemente encontrada fue la de ama de casa con 31%.
- La valoración del conocimiento más frecuentemente encontrado en los usuarios del estudio fue la de un conocimiento inadecuado.
- El hábito de cepillarse los dientes dos y una vez al día fue lo más frecuentemente encontrado ambos con el 45%.
- La práctica de cambiar su cepillo dental a los tres meses y más fue lo mayoritariamente encontrado con el 61%.
- La mayoría de los usuarios 89% (71) no utilizan el hilo dental.
- Los usuarios del estudio en su mayoría 97% (78) no utilizan ningún tipo de enjuague bucal.
- El 100% (80) de los usuarios del estudio visitan al dentista solamente cuando situación lo amerita.
- La valoración del conocimiento y las prácticas en higiene bucal de los usuarios del estudio son en su mayoría inadecuados, estos factores actúan desfavorablemente en la salud bucal y en consecuencia a su salud general.
- La información potencial sobre este tema a la población en general se ha vuelto menos accesible, en estas circunstancias siguen prevaleciendo los paradigmas de los cuales emerge el comportamiento del individuo frente a la salud.

XII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Diseñar estrategias de intervención para la promoción y prevención en higiene bucal que involucre a los actores locales y grupos sociales en la realización de campañas educativas dirigidas a todos los sectores de la población, principalmente a los estudiantes.
- Coordinar acciones de promoción Inter-institucionales, Principalmente con el Ministerio de Educación, para formar en las escuelas grupos de discusión con la participación de padres de familia y educadores.
- Capacitar y movilizar el accionar de promotores y brigadistas de salud como técnicos dentales para la divulgación de aspectos relacionados con la higiene bucal y que la población adquiriera nuevos conocimientos en beneficio de la salud bucal.

Al Ministerio de Educación:

- Capacitar con asesoría del Ministerio de Salud a los docentes en materia de educación para la salud, para desarrollar el sentido de la responsabilidad en el auto cuidado de la salud.
- Motivar a los padres de familia, responsables o tutores, a que se involucren en las actividades que contribuyan al mejoramiento de las condiciones saludables de vida a los estudiantes, al personal docente, a las familias y a los miembros de la comunidad.

A la Clínica Dental:

- Elaborar y establecer un programa de actividades educativas a ejecutar en cada escenario de actividades, dentro de la clínica dental que tiene el programa salud bucal del Ministerio de Salud, Bluefields.

XIII BIBLIOGRAFIA

- 1) Republica de Nicaragua, Ley General de Salud (Ley 423)
- 2) Nicaragua, Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud, 2004-2015.
- 3) Nicaragua, Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud 2004-2015.
- 4) Nicaragua, Ministerio de Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, 2004
- 5) Salud bucal recursos del servicio preventivo (Consulta 8 Agosto 2007)
encolombia.com/odontología/foc/FocXXI-Situacion4.htm
- 6) Análisis situación de salud bucal (Consulta 8 Agosto 2007)
www.odontología-online.com/casos/part/XSM/XSM01/xsm01.html
- 7) Dr. Rodríguez Calzadilla Armando y Dr. Delgado Méndez Luís. Diagnóstico de salud bucal. related:bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_1_95/est01195.htm.
(Consulta 10 Agosto 2007)
- 8) Dra. Osneyda Altamirano. Frecuencia y causas de pérdida dentaria en pacientes mayores de 10 años atendidos en la clínica odontológica del Centro de Salud, Juan Manuel Morales, Bluefields, Julio 2000.
- 9) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nicaragua. Informe de Desarrollo Humano 2005. Las regiones autónomas de la Costa Caribe ¿Nicaragua asume su diversidad? -1ª ed. – Pág. 66-68.
- 10) Programa de prevención primaria para niños en las escuelas. Experiencia de una prueba práctica en Kalimantan Barat, Indonesia. Salud Bucodental. División de Enfermedades no Transmisibles. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1999.
- 11) Departamento de Estadística. Centro de Salud Juan Manuel Morales. Informe Anual 2006-2007. Programa Salud Bucal.
- 12) Gobierno de Nicaragua. Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados. “INICIATIVA DE ESCUELAS AMIGAS Y SALUDABLES”. Managua, 2001.
- 13) ¿Que es el conocimiento? (consulta 20 Agosto)
www.misrespuestas.com/que-es-el-conocimiento.html

- 14) Conocimiento y sociedad (consulta 20 Agosto 2007)
www.conocimientoysociedad.com/-
- 15) La información y el conocimiento (Consulta 20 Agosto 2007)
Dewey.vab.es/PMARQUES/infocon.htm-
- 16) Hábito, es.wikipedia.org/wiki/habito-41k- (Consulta 20 Agosto 2007)
- 17) Higiene, Wikipedia, la enciclopedia libre, es.wikipedia.org/wiki/Higiene-
(consulta 25 Agosto 2007)
- 18) Higiene, Monografías.com (Consulta 25 Agosto 2007)
www.monografias.com/trabajos12/higie/higie.shtml-
- 19) Higiene Dental, www.odonto-red.com/higienedental.htm-
(Consulta 26 Agosto 2007)
- 20) Salud Bucal, stayinginshape.com/3osfcorp/libv_espinal/p51s.shtml-
(Consulta 26 Agosto 2007)
- 21) Salud Dental, www.salud.com/salud_dental.asp- (Consulta 26 Agosto 2007)
- 22) Higiene bucal, www.farmaculiconline.com/familia/familia_higien.html-
(Consulta 30 Agosto 2007)
- 23) Higiene dental, www.latinsalus.com/articulos/00358.asp-
(Consulta 10 Septiembre 2007)
- 24) Centro de información de cuidado bucal colgate
www.colgate.com.ve/app/colgate/VE/OC/Informacion/OralHealthBasies.evsp-
(Consulta 10 Septiembre 2007)
- 25) QUINTESSENCE. Publicación internacional de odontología, Edición Española, Volumen XV, Numero 3, Marzo 2002, Pág. 188
- 26) HIGIENE BUCAL ¿Qué es la caries?
ramirocelis.blogspot.com/200706/que-es-la-caries-dental-es-una.html-
- 27) Hupp James, Williams Thomas, Vallerand Warren, Vademécum Clínico Odontológico, McGraw-Hill Interamericana, pag. 96.
- 28) Espinoza José, Martínez Manuel. Salud Comunitaria: Conceptos. Métodos. Herramientas. Managua 2002. - 1ª ed. – Vol. 2, sección 3, capítulo 3, Pág. 58.

- 29) González Valdez D, Ramírez Moreira, Acosta Acosta E, y Almeida Sánchez PC. Del Paradigma Curativo al Preventivo: Trabajo del Estomatólogo General Integral en nuestra sociedad. (Consulta 11 agosto 2007)
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZpFykyAVDdgyhuSD.php>
- 30) Acosta Acosta E. Nivel de conocimientos sobre Estomatología.
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZZAZVyuyGnhJENBY.php>.
(Consulta 11 Agosto 2007)
- 31) Imonta Vidal E. Araujo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en adolescentes.
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san.htm. (Consulta 12 Agosto 2007)
- 32) Rufo Feria N. Modificación del nivel de conocimientos sobre Salud Bucal en educandos de la enseñanza primaria. (consulta 12 Agosto 2007)
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_3_04/san04304.htm.
- 33) Acosta Acosta Estela. Conocimientos en salud bucal adolescentes de las escuelas secundarias bocas urbanas del Municipio San Antonio de los Bajos Provincia de la Habana. (consulta 15 agosto 2007)
<http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEZZAZVyuyGnhJENBY.php>.
- 34) Progresiva, Enciclopedia Interactiva de Apoyo al Estudio, Océano, volumen 1, pág. 106
- 35) Raspal Guillermo. Cirugía Máxilo Facial. Editorial Médica Panamericana, 1997.
- 36) Wood Norman K. Diagnóstico diferencial de Lesiones Orales y Máxilo Faciales publicación HARTCOURT BRACE Edición en Español 1998.
- 37) Laskin Daniel M. Cirugía Bucal y Máxilo Facial. Buenos Aires. Editorial Panamericana 1987 pag. 225-257.
- 38) W. G. Shafer, M. K. Hine, B. M. Levy, Charles E. Tomich. Tratado de Patología Bucal. 4ta. Edición. México. Nueva Editorial Interamericana. S. A. Pág. 493-522.
- 39) Kruger Gustavo O. Cirugía Maxilofacial. Tomo IV. Editorial Científicas Técnicas. Pág. 175-197
- 40) Flinn T. The Swollen Face, severa odontogenic infection. Emergency Medicine Clinics of North America.2000: 18; 481.

ANEXOS

ENTREVISTA PARA CONOCER CONOCIMIENTOS Y HABITOS SOBRE HIGIENE BUCAL QUE NOS SIRVA COMO LÍNEA DE BASE EN EL DISEÑO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN SALUD BUCAL

Nº. _____

FECHA: ____de_____ del 2007

Buenos días:

Soy estudiantes de la Maestría en Salud Publica, estoy haciendo una entrevista con el propósito de mejorar los conocimientos y hábitos en higiene bucal de la población que acude a nuestra Clínica Dental del C/S Juan Manuel Morales, y para ello se le pediría si fuera tan amable contestar unas preguntas. No le tomara más de cinco minutos. La información que nos proporcione será manejada con la más estricta confidencialidad. Desde luego no hay preguntas delicadas.

I.- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Edad: _____

Sexo: (F) (M)

Procedencia:

Urbano_____ Rural_____

Nivel Académico:

Analfabeto_____ Primaria Completa_____ Primaria Incompleta_____

Secundaria Completa_____ Secundaria Incompleta_____ Universitario_____

Grupo Étnico:

Mestizo_____ Creol_____ Miskito_____ Rama_____

Ocupación:

Estudiante_____ Ama de casa_____ Pescador_____ Agrícola_____

Por cuenta propia_____ No trabaja_____ Obrero_____

II.- CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL

- ADECUADO
- REGULAR
- INADECUADO

Guía de preguntas para valorar conocimiento en salud bucal

- 1) ¿Conoce usted la diferencia entre una boca sana y una boca enferma?

- 2) ¿Por qué se pican los dientes?

- 3) ¿Qué le sucede al diente cuando se pica?

- 4) ¿Cómo hace usted para reconocer que un diente esta picado?

- 5) ¿Qué recomendaría usted realizarle al diente cuando esta picado?

- 6) ¿Cómo se puede prevenir que se piquen los dientes?

7) ¿Sabe usted que por mala higiene bucal se forma una costra sobre la superficie de los dientes?

8) ¿Con que nombre conoce usted la costra que se forma sobre la superficie de los dientes?

9) ¿Que daño le puede provocar esa costra a sus dientes y encía?

10) ¿Cómo podemos prevenir que se forme esa costra?

11) ¿Conoce usted la técnica de cepillado?

12) ¿Cree usted que las personas deban aprender a realizarse un examen bucal?

III.- HABITOS EN HIGIENE BUCAL

Cuántas veces se cepilla los dientes en el día

- 1 vez al día.
- 2 veces al día.
- 3 veces y más al día.
- No se cepilla

Cuándo cambia su cepillo dental

- Al mes.
- A los 2 meses.
- A los 3 meses y más.
- No sabe.

Usa el hilo dental para la limpieza de los dientes

- Si
- No

Usa algún tipo de enjuague bucal para el cuidado de su boca

- Si
- No

Cuántas veces al año visita al dentista

- Cada 6 meses.
- Una vez al año.
- Sola mente cuando lo amerita.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Dimensión	Definición	Variable	Escala	Definición	Indicador
Características Demográficas	Son características sociales que hacen diferente a un individuo	Edad	16 – 25 26 – 35 36 – 45 46 y más	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Por ciento de individuos según edad
		Sexo	Femenino Masculino	Constitución orgánica que diferencia macho y hembra	Por ciento de individuos según sexo
		Raza	Mestizo Creol Miskito Rama	Agrupación de seres humanos que presentan rasgos físicos comunes	Por ciento de individuos según raza
		Nivel académico	Analfabeto Primaria Comp. Primaria Incomp. Secund. Comp. Secund. Incomp. Universitario	Grado aprobado al cumplir los requisitos para la promoción	Por ciento de individuos según su nivel académico
		Ocupación	Estudiante Ama de casa Pescador Agricultor Por cuenta propia No trabaja Obrero	Trabajo, oficio o actividad en que la persona emplea el tiempo	Por ciento de individuos según ocupación

Dimensión	Definición	Variable	Escala	Definición	Indicador
Conocimiento en salud bucal	Grado de captación dinámica, de la relación entre el sujeto y objeto.	Nivel de conocimiento	Adecuado Regular Inadecuado	10-12 preguntas con respuestas correctas. 6-9 preguntas con respuestas correctas. 0-5 preguntas con respuestas correctas.	Porcentaje de personas según nivel de conocimiento

Dimensión	Definición	Variable	Escala	Definición	Indicador
Hábitos en higiene bucal	Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes.	Frecuencia con que se cepilla los dientes	1 vez al día 2 veces al día 3 veces y más No se cepilla	Las veces en que una persona tiene que cepillarse los dientes al día, para remover la placa dental.	Porcentaje de personas según frecuencia de cepillado de los dientes
		Quando cambia el cepillo dental	Al mes A los 2 meses A los 3 y más No sabe	Tiempo transcurrido desde que utiliza por primera vez un cepillo dental, hasta que considera que este tiene que ser cambiado.	Porcentaje de personas según tiempo transcurrido al cambiar su cepillo dental
		Usa el hilo dental	Si No	Habito que ayuda a la remoción de la placa dental interdental.	Porcentaje de personas que utilizan o no hilo dental
		Usa algún tipo de enjuague bucal	Si No	Practica que ayuda a la eliminación de bacterias bucales.	Porcentaje de personas que utilizan o no enjuague bucal
		Visitas al dentista	Cada 6 meses Una vez al año Solo cuando lo amerita	Frecuencia en que la persona acude periódicamente al dentista.	Porcentaje de personas según visitas al dentista

TABLA N° 1
 Usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del
 C/S J.M.M., según Edad y Sexo Bluefields - RAAS
 III trimestre 2007

SEXO						
EDAD	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
16 – 25	18	22%	6	8%	24	30%
26 – 35	22	27%	6	8%	28	35%
36 – 45	14	18%	2	2%	16	20%
46 y más	4	5%	8	10%	12	15%
Total	58	72%	22	28%	80	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 2

Nivel Académico y procedencia de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields - RAAS, III trimestre 2007

PROCEDENCIA						
NIVEL ACADEMICO	Urbano		Rural		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria Incompleta	22	27%	8	10%	30	37%
Secundaria Incompleta	19	23%	3	4%	22	28%
Primaria Completa	8	10%	1	1%	9	11%
Analfabeto	6	8%	10	13%	16	20%
Universitario	3	4%	0	0%	3	4%
Total	58	72%	22	28%	80	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 3
 Grupo étnico de usuarios que acudieron a la Clínica
 Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields - RAAS
 III trimestre 2007

GRUPO ETNICO	Pacientes	%
Mestizo	66	83%
Creol	8	10%
Miskito	5	6%
Rama	1	1%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 4
 Ocupación de usuarios que acudieron a la Clínica
 Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields - RAAS
 III trimestre 2007

OCUPACION	Pacientes	%
Ama de casa	25	31%
Obrero	16	20%
Agrícola	12	15%
Estudiante	8	10%
No Trabaja	7	8%
Pescador	6	8%
Por cuenta propia	6	8%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 5

Edad y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Edad	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
16 - 25	2	8%	7	29%	15	63%	24	100%
26 - 35	2	7%	5	18%	21	75%	28	100%
36 - 45	1	6%	6	38%	9	56%	16	100%
46 y más	1	8%	2	17%	9	75%	12	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 6

Sexo y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Sexo	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	4	7%	16	28%	38	65%	58	100%
Masculino	2	9%	4	18%	16	73%	22	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 7

Procedencia y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Procedencia	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	6	10%	16	28%	36	62%	58	100%
Rural	0	0%	4	18%	18	82%	22	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 8

Nivel Académico y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Nivel Académico	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria Incompleta	2	7%	7	23%	21	70%	30	100%
Secundaria Incompleta	2	9%	8	36%	12	55%	22	100%
Primaria Completa	1	11%	1	11%	7	78%	9	100%
Analfabeto	0	0%	2	13%	14	87%	16	100%
Universitario	1	33%	2	67%	0	0%	3	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 9

Grupo Étnico y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Grupo Étnico	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mestizo	5	8%	16	24%	45	68%	66	100%
Creol	1	13%	2	25%	5	62%	8	100%
Miskito	0	0%	2	40%	3	60%	5	100%
Rama	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 10

Ocupación y Nivel de Conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Nivel de Conocimiento en higiene bucal								
Ocupación	Adecuado		Regular		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de Casa	2	8%	7	28%	16	64%	25	100%
Obrero	1	6%	1	6%	14	88%	16	100%
Agrícola	0	0%	2	17%	10	83%	12	100%
Estudiante	2	25%	4	50%	2	25%	8	100%
No trabaja	0	0%	2	29%	5	71%	7	100%
Pescador	1	17%	1	17%	4	66%	6	100%
Por cuenta propia	0	0%	3	50%	3	50%	6	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 11

Frecuencia del cepillado de los dientes de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Frecuencia del cepillado	Pacientes	%
3 veces al día	7	9%
2 veces al día	36	45%
1 vez al día	36	45%
No se cepilla	1	1%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 12

Cuando cambian su cepillo dental los usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Cambio del cepillo	Pacientes	%
3 meses y más	49	61%
2 meses	26	33%
Al mes	4	5%
No sabe	1	1%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 13

Uso del hilo dental de usuarios que acudieron a la
Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS,
III Trimestre 2007

Uso del hilo dental	Pacientes	%
No lo usa	71	89%
Si lo usa	9	11%

**Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S
J.M.M. III trimestre 2007**

TABLA N° 14

Utiliza enjuague bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Utiliza enjuague bucal	Pacientes	%
No lo usa	78	97%
Si lo usa	2	3%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

TABLA N° 15

Frecuencia de visitas al dentista de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS, III Trimestre 2007

Visitas al Dentista	Pacientes	%
Solo cuando lo amerita	80	100%

Fuente: Entrevista a usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. III trimestre 2007

MATRIZ DE CONSOLIDADO

Resultado sobre guía de preguntas para conocer el nivel de conocimiento en higiene bucal de usuarios que acudieron a la Clínica Odontológica del C/S J.M.M. Bluefields – RAAS III Trimestre 2007

a) ¿Conoce usted la diferencia entre una boca sana y una enferma?	<ul style="list-style-type: none">- No sabe (74 de 80)- Si (6 de 80)
b) ¿Por qué se pican los dientes?	<ul style="list-style-type: none">- Por no cepillarse (32 de 80)- No sabe (32 de 80)- Comer mucho dulce (9 de 80)- Bacterias (2 de 80)- Comer cosas amargas (1 de 80)- Falta de Calcio (1 de 80)- Herencia (1 de 80)- Mala dentadura (1 de 80)- Por que le llega su tiempo (1 de 80)
c) ¿Qué le sucede al diente cuando se pica?	<ul style="list-style-type: none">- Duele (66 de 80)- Se quiebra (8 de 80)- Se pudre (3 de 80)- No sabe (2 de 80)- Hecha mal olor (1 de 80)
d) ¿Como hace usted para reconocer que un diente esta picado?	<ul style="list-style-type: none">- Tiene hoyo (68 de 80)- No sabe (12 de 80)

<p>e) ¿Qué recomienda usted realizarle al diente cuando esta picado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sacarlo (50 de 80) - Calzarlo (24 de 80) - No sabe (6 de 80)
<p>f) ¿Como se puede prevenir que se piquen los dientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cepillándose los (49 de 80) - No sabe (28 de 80) - No comer mucho dulce (3 de 80)
<p>g) ¿Sabe usted que por mala higiene bucal se forma una costra sobre la superficie de los dientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No sabe (70 de 80) - Si sabe (10 de 80)
<p>h) ¿Con que nombre conoce usted la costra que se forma sobre la superficie de los dientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No sabe (70 de 80) - Sarro (10 de 80)

<p>i) ¿Qué daño le puede provocar esa costra a sus dientes y encías?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No sabe (70 de 80) - Sangra la encía (5 de 80) - Mal aliento (2 de 80) - Infección (3 de 80)
<p>j) ¿Como se puede prevenir que se forme esa costra sobre los dientes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No sabe (70 de 80) - Cepillándose (10 de 80)
<p>k) ¿Conoce y practica usted la técnica de cepillado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No la conoce ni la practica (65 de 80) - Si la conoce pero no la practica (15 de 80)
<p>l) ¿Cree usted que las personas deben aprender a realizarse un examen bucal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si es necesario (66 de 80) - No sabe (14 de 80)

Fuente: Entrevista