



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA

TESIS

**Estado de la Caries, Periodontal e Higiene bucal
en niños de Tuxtla Gtz, Chiapas**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTA

Lucero Alejandra Ortiz Iturbe

Luis Gerardo Pérez Clemente

Asesores

Dr. Ángel Gutiérrez Zavala

Mtro. Alberto Castillo Robelo

C.D. Francisco Octavio Gómez Cancino

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 13 de enero de 2023



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 16 de Enero de 2023

C. LUIS GERARDO PEREZ CLEMENTE

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Estado de la Caries Periodontal e Higiene Bucal en Niños de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Vicente Alberto Castillo Ravelo

C.D. Francisco Octavio Gómez Cancino

Dr. Angel Gutiérrez Zavala



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

Firmas

Cop. Expediente





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas: 16 de Enero de 2023

C. LUCERO ALEJANDRA ORTIZ ITURBIDE

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Estado de la Caries Periodontal e Higiene Bucal en Niños de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Vicente Alberto Castillo Roveló

C.D. Francisco Octavio Gómez Cancino

Dr. Angel Gutiérrez Zavala



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA
PROGRAMA SOCIAL

Firmas

Cop. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD

Índice

I.- Planteamiento del problema	2
II.- Objetivos	3
2.1.- Objetivo General	3
2.1.- Objetivos Específicos	3
III.- Marco teórico conceptual	4
V.- Diseño Metodológico	12
4.1.- Lugar del estudio	12
4.2.- Tipo de estudios	12
4.3.- Universo y Muestra	12
4.4.- Criterios utilizados	12
4.5.- Variables	12
4.6.- Instrumento para Recolección de Datos	13
4.7.- Estadística aplicada a las variables	13
V.- Resultados	14
VI.- Conclusiones	18
VII.- Recomendaciones	19
VIII.- Bibliografía	20

I.- Planteamiento del problema

El diagnóstico del estado de salud de la población por ser multifactorial se hace muy complejo, más aún si pretendemos abarcarlo en toda su magnitud, para una colectividad o comunidad determinada, sea ésta la de un país, provincia, municipio, área de salud, centros educacionales, centros laborales, etc.

Todas estas poblaciones pueden ser estudiadas para conocer su estado de salud, sus componentes, sus determinantes o factores de riesgo y su causalidad, para elaborar un plan de acción y de ejecución que permita alcanzar indicadores de salud cada vez más favorables.

El estado de salud de la población es un reflejo de desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del estado en garantizar la salud de la población.^{1,2}

El componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos familias y colectivos de una comunidad no escapa a este complejo proceso de determinación. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, etc.³

Por lo anterior se investigará el estado de la Caries, el estado periodontal y la higiene bucal en niños escolares de Tuxtla Gtz, Chiapas.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el estado de la Caries, de las enfermedades periodontales y la higiene bucal en niños escolares de Tuxtla Gtz, Chiapas.

2.2.- Objetivos específicos.

1. Caracterizar la población de escolares de escuelas primarias de Tuxtla Gtz, Chiapas.
2. Determinar el estado de la caries. enfermedad periodontal y la higiene bucal en escolares del municipio de Tuxtla Gtz, Chiapas

III.- Marco teórico conceptual

Caries dental

S. mutans se relaciona con la biopelícula cariogénica. Antes de la formación de la caries dental tiene lugar un aumento significativo de *S. mutans* en saliva. La acción de sustancias antisépticas como la clorhexidina determina que el nivel de *S. mutans* decrezca y también hace disminuir el número de caries. *S. mutans* fue descrito por primera vez por el microbiólogo J. Kilian Clake en 1924. Esta especie está compuesta por un grupo de seis subespecies distintas que comparten cierto número de características comunes y son conocidas como estreptococos del grupo *mutans*.

La más prevalente en el mundo es *S. mutans* (serotipos c, e, y f) y se encuentra en un nivel de 90% en los portadores de *Streptococcus* del grupo *mutans*.

La especie *S. sobrinus* (serotipos d y g) aparece con menor frecuencia, entre 7 y 35%.

Las especies que componen el grupo *mutans* como *S. rattus*, *S. cricetus*, *S. ferus* y *S. macacae* muy rara vez han sido aisladas en seres humanos.

CARIES DE ESMALTE

El esmalte. Está constituido por materia inorgánica, agua y materia orgánica (proteínas y lípidos).

El esmalte superficial en un espesor de 1,1 a 0,2 mm tiene menos material orgánico que el esmalte subyacente. Si desgastamos con una piedra de diamante, eliminamos esta capa superficial más resistente y menos reactiva y dejamos expuestos un esmalte con menor resistencia y mayor susceptibilidad al ataque de las caries. El mayor grado de calcificación del esmalte superficial se debe a su constante exposición a la saliva cargada de iones fosfato y carbonato de calcio. El proceso requiere cierta permeabilidad del esmalte para permitir el intercambio de iones

y la formación y el crecimiento de cristales de apatita. Esta calcificación ocurre con mayor intensidad en el esmalte joven y luego va decreciendo por maduración del diente, ya que los poros se van cerrando y la permeabilidad disminuye. Tanto la maduración como la constante exposición al medio bucal provocan en la composición química del esmalte superficial, que va adquiriendo sustancias diversas en cantidades mínimas (flúor, cinc, plomo, hierro, estaño). Para iniciar el proceso carioso la presencia de hidratos de carbono fermentables de la dieta no es suficiente, sino que éstos deben actuar durante un tiempo bastante prolongado para mantener un pH ácido constante en la interfaz biopelícula dental-esmalte. El tiempo de desmineralización del esmalte por la ingesta de hidratos de carbono se estima aproximadamente que es de unos veinte minutos. Este tiempo es el que se requiere para la recuperación del pH por sobre el nivel crítico de la disolución del cristal de apatita. Todos los métodos que tiendan a acortar este tiempo de recuperación de pH normal disminuyen los periodos de desmineralización de pH normal disminuye los periodos de desmineralización. La lesión cariosa es resultado de la desmineralización del esmalte durante la exposición al ácido producido por las bacterias y en esas circunstancias los hidrogeniones de la biopelícula dental se difunden en el esmalte. El punto crítico para la desmineralización se encuentra en un pH de 5,5 o 5,6. Cuando las bacterias disponen de sustrato adecuados pueden producir este medio ácido mientras prosiguen con su actividad metabólica normal. Si se disminuyen los niveles de hidratos de carbono ingeridos los microorganismos pueden utilizar polisacáridos de reserva como dextranos y levanos. Estos son desdoblados por los estreptococos para generar ATP y también producir sustancias ácidas capaces de desmineralizar los cristales de hidroxiapatita y de esta manera comienza el proceso carioso.

CARIES DE LA DENTINA

Para comprender el mecanismo de la caries en la dentina deben tenerse presentes algunos conceptos básicos sobre la estructura del colágeno.

Colágeno

Las fibras del colágeno se denominan así porque cuando se hierven en agua forman una gelatina que sirve como cola. Son más frecuentes del tejido conjuntivo y en estado fresco son de color blanco. Las fibras colágenas están constituidas por moléculas alargadas y paralelas de una escleroproteína llamada "Colágeno". El colágeno es la proteína más abundante del organismo. Tiene una composición de aminoácidos muy características y es pobre en aminoácidos sulfurados y en tirosina. Las fibras colágenas presentan una estriación longitudinal debido a que están constituidas por fibrillas de 0,2mm a 0,5mm. A su vez, cada fibrilla está constituida por microfibrillas, a que también tiene una estriación transversal típica. Esta última estriación aparece con periodos de 64Nm debido a que cada período está formando por dos bandas, una clara y otra oscura.

Aspecto Macroscópico

De acuerdo con la localización inicial de las caries de esmalte, ésta adopta diferentes formas de propagación. Cuando la caries alcanza a un ritmo mayor que en el esmalte. La presencia de los túbulos dentinarios ayuda a que los microorganismos invadan la pulpa con la evolución natural de la enfermedad. Desde el punto de vista clínico las caries dentinarias se pueden presentar como caries dentinaria aguda y caries dentinaria crónica detenida. La primera tiene un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda. La segunda es dura más resistente y de color amarillo oscuro o marrón.

Zonas de la dentina Cariada

Entre los primeros estudios realizados con microscopio electrónico de la dentina cariada se encuentra el de Bernik y col. Quienes diferencian cuatro zonas de degradación basadas en el grado de invasión bacteriana. Estas zonas van del límite amelodentinario hacia la pulpa e incluyen: 1) la Zona superficial, con descalcificación completa, descomposición total de los tubos y la matriz y una alta concentración de microorganismos, especialmente cocos y bacilos; 2) la zona de descalcificación incipiente, con descomposición parcial y ausencia de túbulos; los microorganismos presentes son bacilos pleomorfos, diplococos y filamentados; 3) la zona transparente, con obliteración de los túbulos por la clasificación de las fibras; la forma del tubo cambia de ovoídea a poligonal, y 4) la zona interna, con degeneración grasa de las fibras dentinarias con inicio de calcificación. Bernik y col. Arribaron a la conclusión, ya en 1954, de que las zonas superficiales y de descalcificación incipiente son resultado de la acción de microorganismos, mientras que las zonas transparente e interna son consecuencia de trastornos metabólicos en reacción a la irritación.

CARIES DE CEMENTO Y RAÍZ

El cemento radicular es un tejido que tiene el menor espesor de todos los tejidos duros del diente, contiene un 45% de sustancias inorgánicas, un 22% de sustancia orgánicas y un 33% de agua. En condiciones normales de salud bucal el cemento recubre la dentina y no se encuentra expuesta al medio bucal. Para que ésta sufra una lesión cariosa es necesario que se produzca alguna alteración del periodonto marginal y que se permita la exposición a agentes criogénicos. Histológicamente el cemento se clasifica en celular y acelular según la presencia o no de cementocitos.

La composición y disposición estructural del cemento guardan una estrecha relación con la difusión de las enfermedades. Las caries de cemento generalmente

se inician en el límite amelodentinario y afecta el cemento acelular, de superficie irregular. Al establecer un proceso de caries de raíz el cemento se pierde en bloques ya que la desmineralización sigue las líneas incrementales. Existen varios factores que se asocian con las caries de cemento: edad, recesión gingival, mala higiene, pH crítico, fármacos y enfermedades que disminuyen el flujo salival (diabetes) El pH crítico del cemento es de 6,7 ; por lo tanto, es más soluble a los ácidos que el esmalte.

Clínicamente la caries de cemento se clasifica en caries cementaria crónica o detenida. ⁴

Las enfermedades periodontales son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente. En términos generales, y de mayor importancia para la comunidad global, estas incluyen la gingivitis inducida por placa bacteriana y la periodontitis crónica. Claramente la periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo, toda periodontitis se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas. ⁵

La gingivitis es una lesión reversible que consiste en la inflamación de las encías, secundaria a la acumulación de placa bacteriana en la superficie dentaria. Las bacterias incluidas en el seno de la placa dental excretan toxinas y otras sustancias resultantes de su

metabolismo que irritan los tejidos gingivales, manifestándose en forma de encías inflamadas, enrojecidas, brillantes y con tendencia al sangrado⁶

La periodontitis es la enfermedad crónica inflamatoria más común que se observa en humanos, y afecta a casi la mitad de los adultos en el Reino Unido y en Estados Unidos y al 60% de los mayores de 65 años. Es un importante problema de salud pública, causando pérdida de dientes, discapacidad, disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente. Asimismo, las manifestaciones de la periodontitis sangrado, halitosis, recesión gingival y pérdida de dientes pueden tener un impacto más allá del individuo que las padece. (Carvajal, 2016)

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de periodontitis es el hábito de fumar, pero los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud, por lo que la evaluación de un factor de riesgo será científicamente más aceptable si se consideran no solo sus efectos directos y aislados, sino también sus efectos conjuntos con otras variables de interés

HIGIENE BUCAL

La higiene bucal nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva. La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que: -Sus dientes están limpios y no hay restos de

alimentos -Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental -El mal aliento no es un problema constante Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y uso de hilo dental, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

Para limpiarnos los dientes necesitamos: El cepillo de dientes. Debe tener un cabezal redondeado y pequeño para llegar fácilmente a todos los dientes. Sus filamentos han de ser suaves y de puntas redondeadas para evitar lesiones en las encías. Si con el uso se desgastan o se tuercen no limpiarán bien, por lo que debemos sustituir este cepillo por uno nuevo. Se calcula que los cepillos duran unos tres meses en óptimas condiciones. La pasta de dientes o dentífrico. Contribuye a dejarnos una mayor sensación de limpieza. Se presentan en forma de pasta o geles más o menos líquidos. Incorporan agentes detergentes, y casi todos llevan agentes saborizantes. Con esta composición su uso nos facilita la limpieza dental y nos deja una agradable sensación a limpio. La seda dental. No es más que un hilo de seda, en forma de cinta o cordoncillo, encerada o no, cuyo uso asegura la limpieza de las caras laterales de los dientes.

Para usarla correctamente deben seguirse una serie de pasos que pueden parecer complicados, pero que en la práctica son muy sencillos y que veremos a continuación. Los cepillos interproximales. Se usan cuando existe espacio entre los dientes, bien porque se haya perdido alguna pieza o bien por pérdidas de la alineación o por rotaciones dentarias. En este caso, se usan en sustitución de la seda dental para asegurar la limpieza de las caras laterales de los dientes. ¿Cómo debe hacerse la limpieza? Con el cepillo dental Aplicar una técnica adecuada y saber utilizar el cepillo dental nos facilitará el proceso de higiene de los dientes y asegurará la limpieza de todas las piezas. Conoce cómo utilizar el cepillo dental (Incluye animaciones). Con la seda dental El uso de la seda dental tiene su técnica, que debe conocerse para realizar una limpieza efectiva de los dientes y no dañar las encías. Con el hilo dental El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar

fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental.

Aproveche las ventajas del uso de hilo dental y adopte la siguiente técnica:

- Tomando unos 45 cm (18") de hilo dental, enrolle la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm (1 ó 2") de hilo para trabajar
- Sostenga el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes
- Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose de que pase por debajo de la encía. Nunca golpee ni force el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival
- Utilice secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente
- Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes ⁷

IV.- Diseño metodológico

4.1. Lugar del estudio

Se estudiaron los pacientes y se valoró el estado de su caries, la enfermedad periodontal y la higiene bucal

4.2. Diseño de Estudio

Descriptivo: Con este tipo de estudio se describen las variables poblacionales

Transversal: Las variables estudiadas únicamente se valorarán en un tiempo determinado sin conocer la causalidad o factores de riesgos.

4.3. Universo y muestra

El universo de trabajo estuvo compuesto por 4 escuelas primarias de Tuxtla Gtz, Chiapas

4.4. Criterios de inclusión y Exclusión

- **Inclusión:** Toda aquella persona en edad escolar que asista a las escuelas primarias de Tuxtla, Chiapas.
- **Exclusión:** Se excluirán a aquellas personas que no quieran participar en el proyecto.

4.5. Variables

- **Edad:** (inicio): Considerada la edad cronológica, de los pacientes, en años o meses, en que se presentan las afecciones odontológicas.
- **Sexo:** Determinar que género es más susceptible a este problema.
- **Caries dental:** Enfermedad infecto contagiosa, producida por la mala higiene bucal
- **Enfermedad periodontal:** son condiciones inflamatorias crónicas que afectan a los tejidos de soporte y protección del diente.
- **Higiene bucal:** Engloba los dientes, las encías, la lengua y toda la cavidad **bucal** de manera general. Una correcta **higiene bucal** implica **que** los dientes están limpios, las encías no presentan ningún dolor y se encuentran en buen estado y no hay halitosis, es decir, mal aliento

4.6. Instrumento para recolectar el dato

Se utilizó una encuesta epidemiológica que contiene una ficha de identificación, apartados básicos y observaciones

4.7 Estadística aplicada a las variables

Para el análisis de la información se utilizarán las medidas de frecuencias absolutas y relativas.

Cuadro 1

Escuelas primarias seleccionadas para el estudio

Escuelas primarias	No.	%
Rodolfo Figueroa (turno matutino)	180	34.7
Leona Vicario	110	21.2
Gustavo Díz Ordaz	90	17.3
Berta Vázquez Palacios	138	26.6
Total	518	100,0

V.- Resultados

El universo de estudio, estuvo compuesto por 518 alumnos pertenecientes a 4 escuelas primarias de Tuxtla Gtz, Chiapas.

Fuente: Encuesta epidemiológica. 2022

Cuadro 2

Dentro del universo de estudio se tomó en cuenta de cuarto grado al sexto grado de nivel primaria en las escuelas seleccionadas obteniendo una muestra de 518 alumnos.

Grados escolares

Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
4º	180	34.7
5º	188	36.2
6º	150	28.9
Total	518	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica. 2022

Cuadro 3

De los 518 niños y niñas encuestados, el 52.2% corresponden al sexo femenino y 47.8% al sexo masculino.

Sexo de los escolares

Genero	Frecuencia	Porcentaje
F	270	52,2
M	248	47,8
Total	518	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica. 2022

De los 518 niños y niñas encuestados el 40.8% considera que al aparecer el primer diente es cuando debe empezar la higiene de la boca, el 25.4% dice que se debe comenzar cuando empieza a asistir a la escuela, el 21.4% que debe comenzar al cambiar los dientes, el 11.8% que se debe comenzar desde el nacimiento, mientras que el 0.5% no sabe cuándo debe comenzar.

Cuadro 4

higiene de la boca

Respuestas obtenidas	Frecuencia	Porcentaje
Desde el nacimiento	61	11,8
Al aparecer el primer diente	211	40,8
Al cambiar los dientes	110	21,4
Cuando empieza a asistir a la escuela	131	25,4

Otros	3	0,5
Total	518	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica. 2022

Situación de la caries

De los 518 niños y niñas encuestados únicamente el 15.7% ya tiene erupcionado este órgano dentario por la edad cronológica, de este 15.7% el 11.4% está sano, el 2.5% tiene caries, el 0.2% tiene obturación sin caries y el 1.4% aun no erupciona, pero, están en la edad cronológica adecuada.

Cuadro 5

Estado de la caries

Caries	No	%
Sano	243	47
Caries	233	45
Obturación sin caries	25	5
Diente no erupcionado (en edad cronológica)	15	3
Total	518	100,0

Fuente: Encuesta epidemiológica. 2022

Situación del periodonto

El 88% de los escolares evaluados se encontró sano. Únicamente el 11% presento alguna enfermedad periodontal.

Cuadro 6

Enfermedad periodontal

Enfermedad periodontal	No	%
Sano	457	88.2
Gingivitis	53	10.2
Periodintitis	8	1.5

Total	518	100,0
-------	-----	-------

VI.- Conclusiones

Se concluye que:

- De las 4 escuelas estudiadas se analizaron 518 niños de entre 7 y 15 años de edad pertenecientes del 4° al 6° grado, se obtuvo como resultado inicial que el 52.2% pertenece al sexo femenino y el 47.8% al masculino.
- Se observó que la afección más común es la caries apareciendo en alrededor del 55% de los niños encuestados sin distinción de sexo, produciendo pérdida

dentaria o cuadros infecciosos según fue el caso, llegando a producir abscesos periodontales y por lo tanto dolor.

- El 88% de los encuestados NO presento alguna infección de enfermedad periodontal.
- El 45% de los niños dice que la higiene bucal debe empezar al erupcionar el primer diente.

VII.- Recomendaciones

1. La educación de la madre desde el embarazo sobre el cuidado de los dientes, recordemos que durante este proceso la madre también tiene alteraciones bucales y con una educación bucal adecuada podríamos generar en ellas la costumbre por el cuidado y conservación de los dientes, infundirles la importancia de que sus hijos en un futuro también tengan dientes sanos evitando el uso de chupones, endulzantes para la aceptación de la leche en los lactantes y la higiene bucal aun cuando sus bebés no tengan el primer diente erupcionado, esto general la costumbre

de higiene bucal desde edades muy tempranas cuando los valores y costumbres se concretan.

2. Poner mayor énfasis en la enseñanza de higiene bucal en las escuelas y/o desde preescolar o en las guarderías en programas adecuados para la edad.
3. Hacer más campañas odontológicas durante todo el año pues la población aumenta día con día haciendo nuestro trabajo más arduo.

VIII.- Bibliografía

1. San Martín H, Martín SC, Carrasco JL. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 1990:411-28.
2. Narey Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:21-2.

3. Mena SA, Rivera L. Epidemiología bucal. Conceptos básicos Venezuela: Editorial Ofedo/udual, 1992:27-31.
4. Alfonso Betancourt, Natividad M., Pría Barros, María del Carmen, Alfonso Betancourt, Olivia, García Alfonso, Anet. Análisis de la situación de salud bucal según condiciones de vida. Área de salud "Camilo Cienfuegos", Rev Cubana Estomatol 2004; 41(1)
5. Carvajal, Paola, Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, Volume 9, Issue 2, August 2016, Pages 177-183
6. Boneta, A, Encarnación A, Tumanyan S, Berrios-Ouslan B, García Godoy B, Murrillo M, Nicolas J, Lugo F, Toro M. P R Health Sci J, Prevalence of Gingivitis in a Group of 35- to 70-Year-Olds Residing in Puerto Rico. 2017 Sep;36(3):140-145.
7. Huesca E. Manual de Higiene Bucal. Universidad Veracruzana. 24 de Mayo 2011, 1-8