



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDO
A RESPONSABLES DE PACIENTES CON ASPERGER
SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YARITZA GÓMEZ HERNÁNDEZ

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELÍCITAS MELÉNDEZ OCAMPO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de tesina primeramente me gustaría agradecerle a Dios por su perfecto amor y ser mi guía en cada paso, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque cumplió su promesa e hizo realidad mi sueño anhelado.

Gracias a la UNAM y a la Facultad de Odontología por haberme permitido ser parte de esta gran institución y formarme en ella.

A mi tutora la Mtra Arcelia Meléndez Ocampo por su valiosa participación en la dirección de la tesina, por sus desvelos y dedicación, por mostrarme sus conocimientos y enriquecerme de ellos.

A mis padres Alfonso Gómez Martínez y Ernestina Hernández Luis por apoyarme en cada instante de mi vida para cumplir mi anhelo, por enseñarme que la dedicación y entrega al final del camino tiene su recompensa y por su grande amor que sin él no habría podido llegar hasta este momento.

A mi familia que en todo momento estuvieron apoyándome, preocupándose por mí, motivándome para seguir adelante en algo que yo veía muy lejano, pero que hoy en día se hizo realidad. Muchas gracias por su cariño.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ANTECEDENTES	6
2.1 Concepto de Asperger	6
2.2 Criterios de diagnóstico	8
2.3 Diferencias del Asperger con el Autismo.....	10
2.4 Tratamiento	11
3. FACTORES DE RIESGO	12
3.1 Placa bacteriana	12
3.1.2 Placa dental calcificada	15
3.2 Caries dental	16
3.3 Gingivitis.....	19
3.3.1 Enfermedades gingivales asociadas con medicamentos.....	20
3.4 Periodontitis.....	22
4 HÁBITOS DE HIGIENE	25
4.1 Técnicas de cepillado	25
4.2 Aditamentos de higiene	31
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
6. JUSTIFICACIÓN	42
7 OBJETIVOS	43
7.1 General.....	43
7.2 Específicos.....	43
8 METODOLOGÍA	43
8.1 Material y método.....	43
8.2 Tipo de estudio.....	44
8.3 Población de estudio.....	44
8.4 Muestra.....	45
8.5 Criterios de inclusión.....	45
8.6. Criterios de exclusión.....	45
8.7 Variables de estudio:	45
8.8 Variable independiente y variable dependiente	45
9 RESULTADOS	46
10. CONCLUSIONES	52
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
12 ANEXOS	55

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud oral en los pacientes con Asperger debe ser de gran importancia para los encargados y padres de familia de estos, más aun cuando se habla de pacientes que tienen limitaciones motoras, o les cuesta trabajo aprender nuevas tareas, aunado a esto la falta de acciones preventivas y el consumo de ciertos medicamentos hacen que estos pacientes tengan mayor susceptibilidad a padecer alguna enfermedad oral como es la caries dental entre otras.

La salud oral es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa.

Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, la gingivitis y periodontitis, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud. Estas enfermedades comienzan desde etapas muy tempranas y son evitables con correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, actitudes que no nacen con las personas, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida; los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben de hacer. Por ello son los padres los mejores aliados del odontólogo para poder educar al niño en los cuidados preventivos de la salud oral.

En lo anterior radica la importancia de lograr cambios de comportamiento de los padres, lo cual puede ser posible mediante el desarrollo de programas para promocionar la salud oral.

En muchas ocasiones los encargados de los niños con Asperger no tienen conocimiento de lo que es la salud bucal y como deben mantenerla, siendo así como pueden enseñar a sus hijos la forma correcta de mantener la salud oral en buen estado.

Es por ello que el objetivo de este trabajo es evaluar el conocimiento de los encargados de niños con Asperger del centro Capypee A.C. y enriquecer sus conocimientos para que ellos posteriormente puedan enseñar a sus hijos sobre la prevención de la salud oral.

2. ANTECEDENTES

2.1 CONCEPTO DE ASPERGER

La literatura nos indica que el síndrome de Asperger fue descrito por el médico pediatra y psiquiatra austriaco Hans Asperger en 1944, después de tratar a un elevado número de niños que presentaban ciertas alteraciones de personalidad, esto coincidió con las investigaciones de Leo Kanner, un médico austriaco que emigró a los Estados Unidos, donde comunicó el caso de once niños que mostraban la particularidad de un extraño aislamiento a edad temprana, como era el primer año de vida; descubrió varios rasgos distintivos, entre ellos, la falta de relación de estos con las personas que se hallaban a su alrededor, debido a esto lo nombro “autismo infantil precoz”.

En 1981 el síndrome de Asperger adquirió personalidad propia como trastorno diferenciado del autismo, pero oficialmente fue hasta 1994 que la organización mundial de la salud lo reconoce dentro de la categoría de Trastornos generalizados del desarrollo.¹

Tabla 1

Trastornos Generalizados del Desarrollo
<ul style="list-style-type: none">• Trastorno del autismo• Trastorno de Rett• Trastorno de la desintegración infantil

Fuente: Lafuente González M, Font Vega H, Síndrome de Asperger en Odontología. Revista de la facultad de odontología, ULACIT. [internet]. 2011.

El síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del desarrollo cerebral, el cuerpo, los cinco sentidos y el cerebro reciben correctamente la información. Sin embargo, existe un defecto de transmisión entre la recepción de la información y el procesamiento neurológico de esta, que conduce a una percepción distinta de las experiencias sensoriales y situación; es decir resulta una apreciación diferente del entorno y de la vida cotidiana.²

En general se usa el término de Asperger para referirse a las personas con trastorno del espectro autista (TEA) capaces de hablar en términos de inteligencia normales o altos y también para aquellas personas que en general están en el nivel más favorable del espectro autista. En el Síndrome de Asperger, se ven también los síntomas que afectan a la vida social, pero el desarrollo del lenguaje y la inteligencia no verbal son prácticamente normales. Las personas con Asperger pueden funcionar a un alto nivel. Son capaces de mantener un trabajo y de vivir independientemente.

Los datos epidemiológicos más recientes indican que el Síndrome de Asperger afecta a unos 20-30 de cada 10.000 niños y la población de niños diagnosticados con Asperger son 1 de cada 1000 casos en México y es dos veces más frecuente en niños que en niñas.³

Los niños con Asperger presentan una alteración en la integración social, muestran patrones de comportamiento, actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados, pueden llegar a tener dificultades en el habla y el lenguaje, alteraciones en su motricidad, sensibilidad agudizada de alguno o varios sentidos; una capacidad normal de inteligencia y en ocasiones habilidades excepcionales.⁴

El síndrome de Asperger como todo el TEA es de origen desconocido, aunque cada vez se sabe mas acerca de este tema y no se puede en este momento curar. Pero se puede y debe tratarse. Un diagnóstico temprano y una intervención inmediata son vitales para el desarrollo futuro del niño.³

Fig. 1
Niño de 7 años con Asperger

Los niños con SA no entienden bien las relaciones humanas ni las reglas sociales convencionales. Son egocéntricos y puede no gustarle el contacto físico.



Fuente: <http://www.etapainfantil.com/la-estimulacion-en-ninos-con-sindrome-de-asperger>.

El sentido social de estos niños solo mejora después de enseñarles una serie de reglas que los demás captan de forma intuitiva, pero que a ellos es necesario explicárselas. ²

2.2 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar el síndrome de Asperger el niño tiene que estar sometido a ciertos criterios de diagnóstico como:

Criterios DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.

3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej. no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).

4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, ya sea por su intensidad o por su objetivo.

2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej. sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos del cuerpo).

4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej. a los 2 años de edad utiliza palabras, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.¹

2.3 DIFERENCIAS DEL ASPERGER CON EL AUTISMO

TABLA 2 ASPERGER	AUTISMO
Coeficiente intelectual por arriba de lo normal	Coeficiente general por debajo de lo normal.
El diagnóstico se realiza normalmente después de los 3 años de edad	El diagnóstico se realiza normalmente antes de los 2 años.
Aparición del lenguaje en tiempo normal.	Retraso en la aparición del lenguaje.
Gramática y vocabulario por encima del promedio.	Gramática y vocabulario limitado.
Interés general en las relaciones sociales. Desean tener amigos.	Desinterés general en las relaciones sociales. No desean tener amigos.
Solo algunos casos podrían presentar convulsiones.	Un tercio presenta convulsiones.
Torpeza motora.	Torpeza motora.
Intereses obsesivos de alto nivel.	Ningún interés obsesivo de alto nivel.
Los padres detectan problemas alrededor de los 2 años y medio.	Los padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad.
Las quejas de los padres son los problemas en la socialización y la conducta.	La queja de los padres es en el retraso del lenguaje. ⁵

Fuente: Pedro O. Diferencias entre Asperger y Autismo. Disponible en <http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger/diferencias.htm>

Los niños con Síndrome de Asperger no presentan anomalías dentales, ya que la morfología dental es normal, pero podría haber desgaste oclusal debido al bruxismo. Algunos niños pueden llegar a sufrir de crisis convulsivas.⁶

2.4 TRATAMIENTO

Algunos medicamentos que toman los niños con Asperger son:

- ❖ TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD.
Metilfenidato, Atomoxetina
- ❖ ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.
Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina.
- ❖ PROBLEMAS OBSESIVOS.
Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Risperidona
- ❖ MUTISMO SELECTIVO.
Fluoxetina
- ❖ INESTABILIDAD EMOCIONAL.
Valproato, Carbamazepina, Gabapentina, Topiramato, Litio
- ❖ TICS/ESTEREOTIPIAS.
Clonidina, Pimozide, Risperidona
- ❖ PROBLEMAS PARA DORMIR.
Melatonina, Clonidina
- ❖ PROBLEMAS GRAVES DE CONDUCTA/ AGRESIVIDAD.
Risperidona, Aripiprazol ²

3. FACTORES DE RIESGO

3.1 PLACA BACTERIANA

La placa dental se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales.

La película acelular es de un espesor de alrededor de un micrón. Esta cutícula es subsecuentemente colonizada por bacterias. Se clasifica de acuerdo a su localización en supragingival y subgingival.

Fig. 2
Paciente con placa bacteriana



Fuente. <http://www.dentalkrebs.com/placa-bacteriana-dental>

La placa subgingival es aquella que se encuentra dentro del surco gingival o bolsas periodontales y la supragingival es la que se encuentra adherida a la superficie dental.

La acumulación y el metabolismo de las bacterias en la superficie de la cavidad bucal se consideran causas principales de caries dental, gingivitis y periodontitis. Los depósitos abundantes suelen asociarse con enfermedad localizada en tejidos blandos y duros subyacentes.⁷

En la cavidad bucal los depósitos bacterianos han sido denominados placa dental o placa bacteriana.

Las bacterias tienen la capacidad de adherirse a las superficies. Las interacciones específicas entre los microorganismos, el medio a colonizar y el medio líquido favorecen la adherencia.

Después de la limpieza en la cavidad bucal las macromoléculas hidrofóbicas comienzan a adsorberse a la superficie para formar una película adecuada llamada película adquirida, que se compone de glucoproteínas (mucina) salivales y anticuerpos.

La película altera la carga y la energía libre de la superficie que a su vez aumenta la eficiencia de la adhesión.

Los productos de la dieta disueltos en la saliva son fuente importante de nutrientes para las bacterias de la placa supragingival. Cuando se constituye una bolsa periodontal profunda, la nutrición de las bacterias se altera ya que la penetración de las sustancias disueltas en la saliva se dificulta, entonces la fuente nutricional principal para el metabolismo microbiano son los tejidos periodontales y la sangre. La placa recolectada después de 24 horas se compone de *Streptococcus sanguis* principalmente.

En la etapa de desarrollo de la placa predominan los filamentos grampositivos y particularmente *actinomyces*.

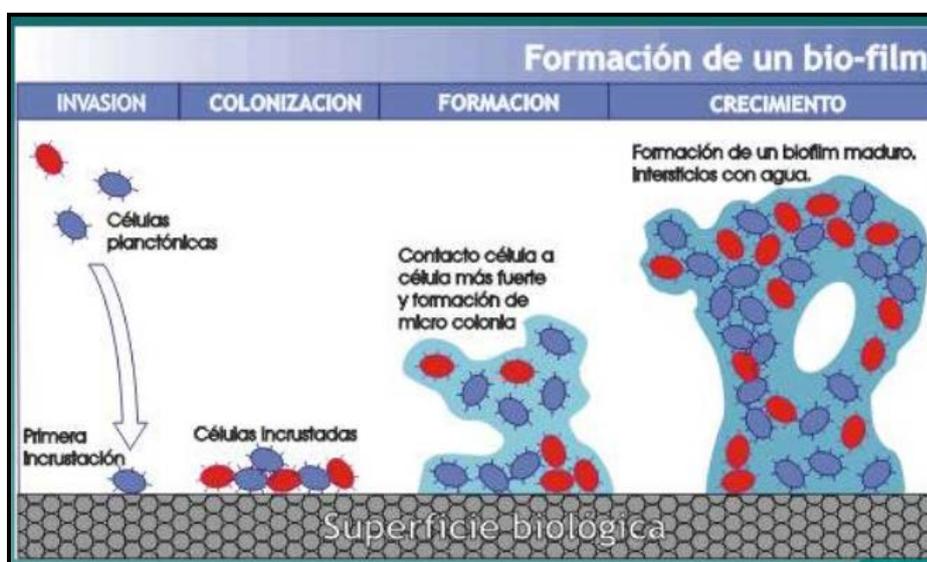
Las superficies receptoras de los cocos y basilos grampositivos permiten la posterior adherencia de organismos gramnegativos. De esa manera pueden adherirse *veillonella*, *fusobacterias* y otras bacterias anaerobias gramnegativas.

La heterogeneidad de la placa, gradualmente aumenta, crece y con el tiempo alcanza grandes cantidades de organismos grampositivos.

Siendo así, un conjunto de bacterias interrelacionadas, que en el intercambio de nutrientes entre las diferentes especies así como las interacciones negativas, desempeñan cierto papel en el establecimiento de la comunidad bacteriana.

La acumulación de placa a lo largo del margen gingival origina una reacción inflamatoria de los tejidos gingivales. Esta misma inflamación le da la disponibilidad de sangre a los componentes del fluido gingival lo cual promueve el crecimiento de las especies bacterianas gramnegativas, que son las más periodonto patogénicas.⁸

Fig. 3
Proceso de la formación de la placa bacteriana



Fuente: <https://ipnperio1.wordpress.com/sistema-ecologico-bucal/etapas-de-formacion-de-la-placa-dental/>.

3.1.2 PLACA DENTAL CALCIFICADA

Es el depósito calcificado en dientes y otras estructuras sólidas de la cavidad bucal. Clínicamente el tártaro supragingival se identifica como una masa calcificada unida al esmalte. Su color varía desde el blanco, al amarillo hasta pardo oscuro.

Fig. 4
Formación del tártaro dental



Fuente: <https://www.propdental.es/blog/odontologia/la-diferencia-entre-la-placa-y-el-sarro/>

El tártaro dental se compone de sales inorgánicas (70 a 80%). Los elementos principales son el calcio y el fósforo, aunque también incluyen magnesio, carbonatos, sodio, zinc, manganeso, cobre y flúor. En sus formas cristalinas contienen

hidroxiapatita, whitlockita de magnesio, fosfato octacalcico y brushita. La porción orgánica está constituida por restos de microorganismos, células epiteliales, leucocitos, mucina, colesterol y fosfolípidos.

Encontramos de la misma forma dentro de sus componentes una matriz orgánica, tales como proteínas salivales selectivamente absorbidas del medio oral, para formar una película adquirida, seguida de la adherencia de varias especies de microorganismos nativos de la boca donde se observan fenómenos de congregación bacteriana, formación de biopelícula.

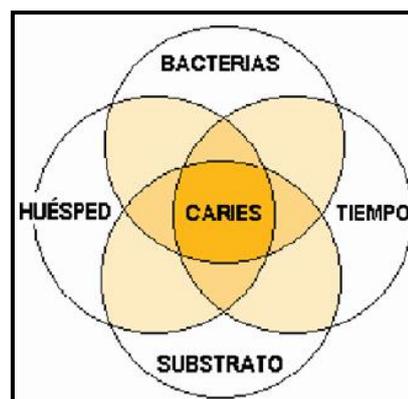
El tiempo requerido para la formación de cálculo supragingival en algunas personas es de aproximadamente dos semanas, momento en el cual el depósito puede contener ya alrededor del 80% del material inorgánico hallado en el cálculo maduro. La primera evidencia de calcificación puede ocurrir a los pocos días, pero la formación de un depósito de composición cristalina, las características del cálculo maduro requiere meses o años.⁹

3.2 CARIES DENTAL

La caries dental es un problema que afecta a 9 de cada 10 mexicanos que la han padecido o padecen en alguna etapa de su vida. La prevención y control de la caries dental debe estar cimentada en la educación del niño y de sus padres, promoviendo la cultura de la salud bucal en la etapa de la niñez, donde se establecen los hábitos de higiene y alimenticios.¹⁰

La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el ser humano, el ataque de este es periódico, con intervalos de exacerbación y remisión, los cuales son más intensos de 5 a 12 años de edad y es la principal causa de pérdida dentaria a edades tempranas.¹¹

Fig.5. Patogenia de la Caries dental



Fuente: <https://www.aepap.org/prevnfad/Dental.htm>

El término “caries” proviene del latín que significa descomponerse o echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.⁹

La caries dental es una enfermedad infecciosa de origen microbiano, localizada en los tejidos duros dentarios, que se inicia con una desmineralización del esmalte por ácidos orgánicos producidos por bacterias orales específicas que metabolizan a los carbohidratos de la dieta.

Es una enfermedad multifactorial en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta, la placa dental y el tiempo, provoca desmineralización y posteriormente su destrucción.¹²

La primera evidencia clínica de caries dental es la formación de una “mancha blanca”, que se debe por el aumento de la dispersión de la luz dentro del esmalte, ocasionado por incremento de la porosidad; esta a su vez originada por la disolución de una parte del esmalte que realizan los ácidos difundidos en su interior a partir de la placa dentobacteriana adherida a su superficie, después se observa la zona oscura, consecuencia del fenómeno de remineralización; su porosidad es de 2 a 4% y la pérdida mineral es de 5 a 8%. La siguiente zona es el cuerpo de la lesión el cual tiene mayor pérdida de mineral (18 al 50%), pues constituye el segundo tipo de desmineralización. De acuerdo a como avanza y los tejidos que afecta la caries se clasifica de primer, segundo, tercer y cuarto grado.⁹

La caries progresa como una serie de exacerbaciones y remisiones, ya que el pH de la superficie dental varía con los cambios del metabolismo de la placa. La disponibilidad de los hidratos de carbono simples, como la sacarosa, estimula enormemente el metabolismo de la placa.

Fig. 6
Proceso de caries dental



Fuente. <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-higiene-bucodental-13096649>

Un grupo relativamente pequeño de bacterias es el principal responsable de las enfermedades bucales primarias como es la caries dental. Este grupo de bacterias está formado por ocho tipos de serotipos de *Streptococcus mutans* que se ha asociado con la caries dental. Se ha observado que los serotipos de *streptococcus mutans* tienen un potencial significativo para causar caries. Los *streptococcus mutans* (SM) y los *lactobacilos* pueden producir grandes cantidades de ácidos (acidúricos), son intensamente estimulados por la sacarosa y parecen ser los principales microorganismos asociados en la caries en humanos.

Los SM se encuentran en todos los humanos independientemente de la raza, origen étnico o la procedencia geográfica. Normalmente se encuentran en la boca como un componente muy pequeño de la microflorabucal. En pacientes con lesiones cariosas los SM son el miembro dominante de la microflora de la placa.¹³

3.3 GINGIVITIS

La gingivitis inducida por placa, es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de las bacterias localizadas a la altura del margen gingival. Esta es prevalente a todas las edades en individuos dentados y como consecuencia de esta enfermedad ha sido la forma más común de la patología periodontal.⁸

La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía y puede presentarse en cualquier sujeto debido a la excesiva acumulación de placa en el margen gingival.

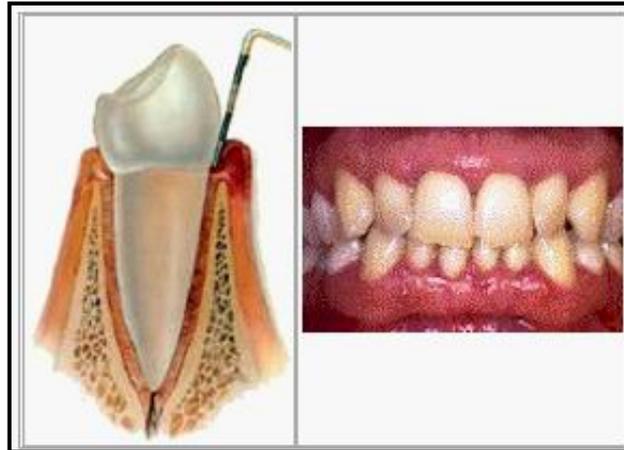
Características

1. Cambios de color, de rosa coral a rojo y a rojo azulado.
2. Cambios de forma que en condiciones normales es delgada y con borde afilado, a edematosa, en ocasiones con papilas interdentes abultadas.
3. Cambios en la posición gingival, con el margen abultado cerca de la corona.
4. Cambios en la textura superficial, en ocasiones presenta una superficie satinada y la pérdida o reducción del puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras gingivales y marginales libres.
5. Hemorragia espontánea o bajo una leve presión, o bien existencia de exudado purulento proveniente del surco gingival.¹⁴

En bocas sanas se requiere solo de 9 a 21 días, después de interrumpir las medidas de higiene bucal, para que la gingivitis pueda observarse clínicamente. En estas etapas tempranas es posible prevenir completamente el proceso inflamatorio en

desarrollo mediante procedimientos de higiene bucal personales y eficaces.¹⁵

Fig. 7
Paciente con gingivitis



Fuente. <http://medicolombia.bligoo.com/periodontia-0>

Las enfermedades gingivales pueden estar asociadas a:

- ✚ Placa bacteriana.
- ✚ Hormonas endógenas.
- ✚ A la pubertad.
- ✚ Ciclo menstrual.
- ✚ Embarazo.
- ✚ Medicamentos.

3.3.1 Enfermedades gingivales asociadas con medicamentos.

En el siglo pasado la variedad de medicamentos utilizados para el alivio de las enfermedades humanas condujo a la aparición de nuevos efectos adversos en la cavidad oral. Los fármacos que

afectan específicamente los tejidos gingivales causan básicamente un incremento de la inflamación, un aumento del volumen gingival o ambas cosas.

Algunos ejemplos de los medicamentos que causan este agrandamiento gingival son:

Anticonvulsivantes (fenitoína, valpronato de sodio, etc.).

Inmunosupresores (ciclosporina A).

Bloqueantes de los canales de calcio (nifedipina, verapamilo).

Entre las características del agrandamiento gingival inducido por fármacos encontramos:

- 1.- Predilección por la encía del sector anterior.
- 2.- Mayor prevalencia en niños.
- 3.- Comienzo dentro de los 3 meses de iniciada la medicación.
- 4.- Cambios en el contorno gingival que conducen a un cambio en el tamaño de la encía.
- 5.- Iniciación del agrandamiento en la papila interdientaria.
- 6.- Cambios en el color de la encía.
- 7.- Sangrado de la encía.⁸

Fig. 8
Gingivitis por anticonvulsivantes



Fuente: <https://www.propdental.es/periodontitis/agrandamiento-gingival/>

3.4 PERIODONTITIS

Se caracteriza por la presencia de lesiones gingivales. Con una bolsa periodontal que lleva a la pérdida del hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana).

Características clínicas

1. Alteraciones del color, la textura y el volumen de la encía marginal.
2. Sangrado durante el sondeo de la zona de la bolsa gingival.
3. Menor resistencia de los tejidos marginales blandos al sondeo (aumento de la profundidad de la bolsa o formación de bolsas periodontales).
4. Pérdida de nivel de inserción con el sondeo.
5. Retracción del margen gingival.
6. Pérdida del hueso alveolar.
7. Exposición de furca radicular.
8. Aumento en la movilidad dentaria.
9. Migración y finalmente la exfoliación de los dientes.

La periodontitis es prevalente en adultos pero también puede presentarse en niños. La magnitud de la destrucción de los tejidos periodontales que se observan en determinados pacientes guarda relación con la higiene bucal.

Fig.9
Progresión de la bacteria y periodontitis

Progresión de la Bacteria y la Periodontitis



Fuente. http://cochindentalcentre.in/periodontal_treatments.php

Clasificación

La periodontitis crónica se clasifica como localizada cuando está afectado menos del 30% de los sitios y como generalizada cuando excede este límite.¹⁴

La gravedad de la enfermedad se clasifica en leve, moderada y avanzada dependiendo de la pérdida de inserción clínica, la cual puede ser medida mediante un instrumento llamado sonda periodontal.⁸

Fig. 10
Periodontitis Crónica

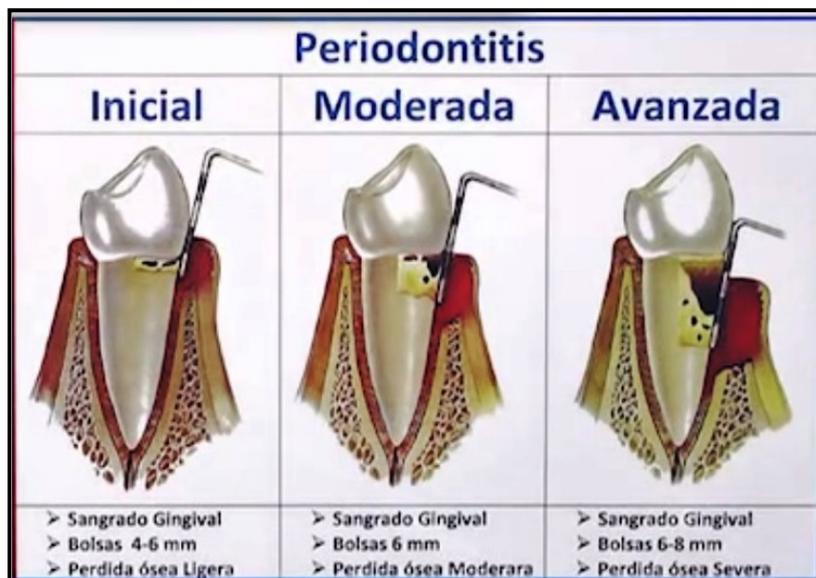


Fuente. <https://www.propdental.es/periodontitis/periodontitis-cronica/>

Estas enfermedades comienzan desde edades muy tempranas y son evitables con correctos hábitos de higiene, alimentación y conductas, actitudes que no nacen con las personas, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida; los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben de hacer.

En lo anterior radica la importancia de lograr cambios de comportamiento en los padres, lo cual es posible mediante el desarrollo de estrategias y programas educativos, encaminados al aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la higiene dental.¹⁶

Fig. 11
Etapas de la periodontitis



Fuente. <http://www.dentistaenpalencia.es/que-es-la-periodontitis-signos-y-sintomas/>

4. HÁBITOS DE HIGIENE

La placa bacteriana es considerada un factor etiológico determinante de la caries dental y de las enfermedades periodontales; teniendo en cuenta esto, se puede entender la importancia que ocupa la higiene bucodental en la promoción y mantenimiento de la salud bucal. Los métodos para la remoción mecánica de la placa bacteriana sobre las superficies dentarias, obtenidos a través del cepillado, representan ser los medios más eficaces y de mayor conocimiento por la población y tienen la finalidad de reducir acúmulos bacterianos, promoviendo de esta manera la prevención de las enfermedades ya mencionadas.

Para tener éxito en establecer nuevos hábitos de higiene bucal y así promover un control de la placa bacteriana, es indispensable que el individuo este motivado en relación a la promoción de la salud bucal.

El paciente debe ser motivado y la participación de los padres es imprescindible, ya que la supervisión y apoyo siempre deberán estar presentes, inclusive en niños de edades avanzadas.

4.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO

La técnica de cepillado debe ser enseñada de una manera simple y efectiva, realizándola de manera gradual y frecuente. Se puede considerar que el cepillado es el método más común, y que sus principales funciones son la remoción de residuos alimenticios y depósitos bacterianos y el masaje gingival, evitando el desgaste de la estructura dental o la irritación de la estructura gingival. Siendo así, el cepillo dental debe presentar características físicas que posibiliten el resultado adecuado del cepillado, alcanzando los objetivos de

mantenimiento de la salud gingival y reducción de la caries dental, principales metas de la odontología preventiva.

Para escoger la técnica a ser recomendada debe considerarse la edad del niño, el interés, la habilidad del niño y del grupo familiar, además de la disponibilidad del tiempo para la enseñanza y aprendizaje de la técnica.

❖ TÉCNICA DE STARKEY

Esta técnica de cepillado debe ser adoptada en niños pequeños que cuenten con poca habilidad manual.

La posición indicada por Starkey es considerada ideal, y consiste en que el niño permanezca de pie al frente y de espalda a la madre o a la persona que ejecutara el cepillado, apoyando la cabeza contra ella.

Starkey recomienda que la mano izquierda de la madre estabilice la mandíbula del niño y la mano derecha sujete firmemente el cepillo dental para ejecutar los movimientos del cepillado. Es esencial estabilizar la mandíbula para evitar daños a la encía y obtener éxito en el cepillado.

Para realizar el cepillado en el arco inferior Starkey determina que la mandíbula debe estar estabilizada en posición horizontal, es decir, paralela al suelo. Para ello, el niño debe permanecer mirando hacia adelante, en cuanto el cepillado es realizado.

Para el arco superior la posición recomendada es que el niño incline la cabeza hacia atrás, para que así la madre pueda tener una buena visualización para la limpieza de ambas arcadas, la mano izquierda siempre debe de estabilizar la mandíbula y alejar los labios y el

carrillo, y con la mano derecha realizara el cepillado propiamente dicho. ¹⁷

❖ TÉCNICA DE FONES

Esta técnica está indicada para niños de edad preescolar y que no presenten mucha habilidad, que sean menos motivados o interesados, o incluso también, cuando se cuenta con poco tiempo disponible para la enseñanza.

En esta técnica los movimientos realizados en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes son circulares y en las superficies oclusales e incisales son anteroposteriores.

Para utilizar esta técnica en las fases vestibulares se recomienda que el niño o la madre sujeten el cepillo dental firmemente y realicen movimientos circulares de un lado a otro de la hemiarcada. Esta técnica

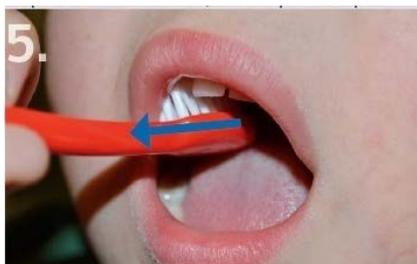
facilita que el niño permanezca con la boca cerrada en esta fase del cepillado, lo cual es cómodo y también evita que ingiera la crema dental.

Fig. 12 Técnica de Fones



Fuente: <http://tecnicasdelbuencepilladobucal.blogspot.mx/2015/04/tecnicas-de-buen-cepillado-bucal.html>

Fig. 13 Técnica de Fones



Fuente: <http://tecnicasdelbuencepilladobucal.blogspot.mx/2015/04/tecnicas-de-buen-cepillado-bucal.html>

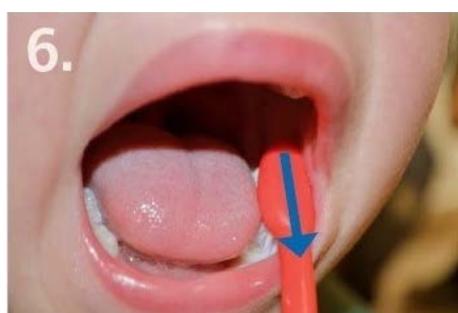
La ejecución de los movimientos en las fases palatinas o linguales también son circulares, sin embargo, como es obvio, el paciente debe permanecer con la boca abierta. Respecto a los movimientos circulares, y con

excepción de la región palatina anterior, el cepillo debe ser colocado verticalmente en relación al eje central del diente, ejecutándose movimientos de gingival hacia incisal.

Los movimientos en las caras vestibulares y linguales o palatinas deben ser realizados aproximadamente 15 veces por área, con el propósito de remover la placa bacteriana que pueda estar presente sobre estas superficies.

Fig. 14 Técnica de Fones

El movimiento para las superficies oclusales e incisales en la técnica de fones es anteroposterior, con el cepillo colocado de manera paralela al plano oclusal. ⁷



Fuente:<http://tecnicasdelbuencepilladobucal.blogspot.mx/2015/04/tecnicas-de-buen-cepillado-bucal.html>

❖ TÉCNICA DE STILLMAN MODIFICADA

Esta técnica está indicada para niños de más de 7 años de edad, siendo recomendada para niños que muestren una mejor habilidad manual y presenten más interés o motivación, debido a que su ejecución es más compleja que la de Fones, pero también más eficaz.⁸

El cepillo dental es colocado en la región mucogingival, con el eje mayor de las cerdas apoyadas lateralmente sobre la encía. Las cerdas son deslizadas de la encía hacia oclusal e incisal, realizando un pequeño movimiento anteroposterior en la región del punto de contacto.

Fig. 15 Técnica de cepillado Stillman modificado



Fuente:<http://www.clinicadentalsieiro.es>

Esta técnica se basa en movimientos vibratorios de cerdas, combinados con movimientos de deslizamiento del cepillo en sentido al eje axial de los dientes, proporcionando a la técnica no solo eficacia en la remoción mecánica de la placa bacteriana, sino también un masaje gingival.

Fig. 16 Técnica de cepillado Stillman modificado



Fuente:<http://www.clinicadentalsieiro.es>

El movimiento de deslizamiento de gingival a oclusal. Posibilita la remoción eficiente de la placa bacteriana; el paciente deberá permanecer con la boca abierta durante la ejecución. Este movimiento deberá ser repetido cerca de 20 a 25 veces para cada grupo de dientes al ser cepillados. La duración del cepillado está asociado al número de movimientos realizados.

La región de los caninos, debido a su posición tanto en el arco superior como en el inferior, debe recibir una atención especial. Ya que el cepillo dental debe ser colocado adecuadamente para que la encía no sea dañada con los movimientos y para que esta área no sea olvidada o mal higienizada.

Fig. 17 Técnica de cepillado Stillman modificado



Fuente:<http://www.clinicadentalsieiro.es>

En la región del punto de contacto, solo el movimiento de deslizamiento de las cerdas no es suficiente para remover la placa bacteriana o los residuos alimenticios de la región interproximal posibilitando la limpieza satisfactoria de esta región.

Fig. 18 Técnica de cepillado Stillman modificado



Fuente:<http://www.clinicadentalsieiro.es>

En la superficie lingual o palatina, los movimientos son semejantes a los descritos en la fase vestibular. Las cerdas se deben apoyar sobre la encía y debe realizarse un movimiento de deslizamiento hacia oclusal, ejecutando el movimiento vibratorio en la región del punto de contacto posibilitando con ello el masaje gingival y la remoción de la placa bacteriana de la región interproximal.

Fig. 19 Técnica de cepillado
Stillman modificado



Fuente:<http://www.clinicadentalsieiro.es>

La cara oclusal también debe ser higienizada con movimiento anteroposterior. Para higienizar la cara palatina o lingual anterior se debe colocar el cepillo en una posición vertical con la finalidad de facilitar los movimientos.¹⁷

4.2 ADITAMENTOS DE HIGIENE

❖ DEDO DENT

Es un cepillo pediátrico elaborado de un material resistente, suave y no tóxico que proporciona al bebe un masaje delicado, este masaje es por un adulto que percibe el contorno de la encía sin lastimarla a diferencia de un cepillo convencional.

Alivia la molesta comezón e inflamación del brote de los primeros dientes. Es un eficiente auxiliar en la prevención de la caries: estimula el proceso de la dentición y fortalece las encías a través del masaje.

Pasos

- 1.- Coloque el dedo dent en el dedo índice.
- 2.- Aplique un masaje suave y en forma circular en las encías del bebe por un minuto.
- 3.- Repetir de 3 a 4 veces al día.
- 4.- Si él bebe ya tiene dientes, cepíllelos con el dedo dent de la encía a incisal u oclusal.

5.- A partir de los dos años de edad, enseñe al niño utilizar el dedo dent para que aprenda a cepillarse los dientes.

Recomendaciones

- ❖ Hierva el dedo dent antes de usarlo.
- ❖ Cepille después de cada alimento.
- ❖ Sustituya el dedo dent cada tres meses.
- ❖ Edad de uso: de 0 en adelante.
- ❖ Se recomienda utilizar este producto desde el primer día de nacido, mantienen limpias las encías del bebe, eliminando los residuos de leche o alimentos.
- ❖ Un adulto puede enseñar al niño a utilizar el cepillo dedo dent, para generar el hábito de la limpieza.¹⁸

Fig. 20 Dedo dent



Fuente: <http://www.babymoon.es/blog/limpieza-de-dientes-de-un-bebe/>

❖ CEPILLO DENTAL

Los cepillos dentales son un instrumento para la higiene bucal que permite la extracción mecánica de la placa y los residuos de alimentos de las superficies lisas de los dientes. Sin embargo, el espacio interdental y la profundidad de las fisuras no son tan accesibles.

Los cepillos dentales deben adaptarse a las exigencias individuales de tamaño, forma y deben ser manejados con soltura y eficacia.

Los cepillos dentales se clasifican en blandos, intermedios y duros. En la actualidad, se recomiendan cada vez más los cepillos blandos de cerda sintética para la conservación del tejido duro y de las partes blandas.

Los cepillos ideales son aquellos de cabeza corta con una distancia pequeña entre los distintos haces y puntas redondeadas.

Fig.21. partes del cepillo de dientes



Fuente: Peter R, Gunter R. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Editorial Salvat. España. 1990.

La vida de los cepillos dentales es limitada, ya que por ser un instrumento de uso diario, los cepillos sufren desgaste y la colonización microbiana se incrementa con el tiempo; por tanto deben de cambiarse cada 6 semanas o cada 2 meses, y después de cualquier enfermedad oral.¹⁹

La frecuencia del cepillado de dientes debe ser después de cada alimento, mínimo 2 veces al día y antes de acostarse debido a que

se libera la placa bacteriana que puede producir ácidos durante el período de sueño (8 horas en promedio) y solo debemos de colocar una gota de crema dental del tamaño de una lenteja en el cepillo.

El correcto cepillado retarda la formación de cálculo, disminuye el riesgo de presentar caries, disminuye el riesgo de presentar gingivitis y contribuye a reducir la halitosis.

❖ CREMA DENTAL

Los dentífricos fueron desarrollados inicialmente con el objetivo de tornar el cepillado más placentero y con la pretensión de eliminar la halitosis. Hoy en día, además de estas propuestas iniciales, el principal objetivo es que puedan actuar como un agente anticariogénico con la incorporación de fluoruros.

Los dentífricos actúan favoreciendo la remoción de la placa bacteriana y manchas a través de los abrasivos y de los agentes activos. Los fabricantes, con la finalidad de incentivar su uso y mantener la motivación, también han incorporado diferentes sabores y colores agradables a los productos. Además de lo expuesto, se recomienda que el dentífrico ideal para niños contenga fluoruro y un bajo nivel de abrasividad.

Se debe tomar en cuenta la cantidad de fluoruros que el niño ingiere durante el cepillado, orientando a los padres en relación a la cantidad de dentífrico que debe ser colocada en el cepillo dental, que debe ser del tamaño de una lenteja. Esta recomendación es importante debido a que existe la posibilidad de una intoxicación crónica o presencia de fluorosis dental leve por ingestión excesiva de dentífrico; por lo tanto

es importante orientar a los padres la cantidad recomendada que se debe colocar en el cepillo dental.

Fig.22 crema dental



Fuente: <http://www.farmacia-morlan.com/oral-stages-pasta-dental-infantil-anos-75ml-p-7412.html>

Fig. 23 crema dental



Fuente: <http://mamapediatraymas.blogspot.mx/2013/01/que-pasta-de-dientes-deben-utilizar-los.html>

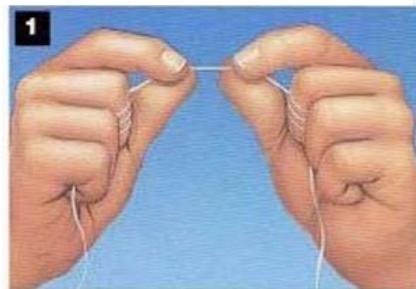
❖ LIMPIEZA INTERDENTARIA

La eliminación diaria de la placa interdental es esencial para aumentar los efectos del cepillado y el hilo dental es la herramienta más recomendada para eliminar la placa de las superficies dentales proximales. El hilo está disponible como encerado, no encerado, grueso, delgado etc. Los factores que influyen en la elección del hilo dental incluyen la separación de los contactos dentales, la aspereza de las superficies proximales y la destreza manual del paciente.

Técnica

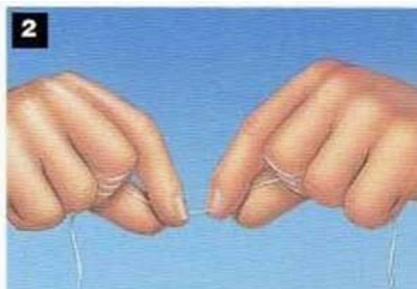
Empiece con un pedazo de hilo lo suficientemente largo 30 a 45 cm aproximadamente. Debe enrollarse alrededor de los dedos o se debe atar a los extremos entre sí para formar un círculo.

Fig. 24
Técnica de hilo dental



Fuente:
<http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/la-odontologia>

Fig. 25
Técnica de hilo dental



Fuente.
[Http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/la-odontologia/](http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/la-odontologia/)

Estire el hilo con firmeza entre el pulgar y el dedo medio o entre ambos dedos medios y pásese con delicadeza a través de cada área de contacto con un movimiento firme hacia delante y atrás.

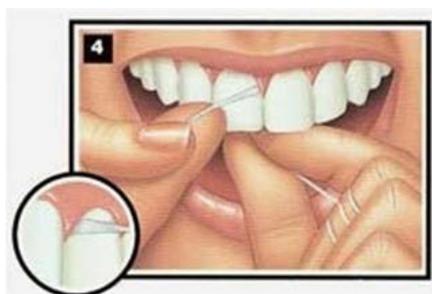
Fig.26
Técnica de hilo dental



Fuente:
<http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/la-odontologia/>

Una vez que el hilo se encuentra en una posición apical sobre el área de contacto entre los dientes, se rodea la superficie proximal de un diente con el hilo y se desliza debajo de la encía marginal. Muévase el hilo con firmeza a lo largo del diente hacia arriba al área de contacto y con cuidado hacia abajo hacia el surco, repitiendo estos movimientos 2 o 3 veces.

Fig. 27
Técnica de hilo dental



Continuar por toda la dentadura, incluida la superficie distal del último diente en cada cuadrante. La limpieza con hilo se facilita con el uso de portahilo.

Fuente:
<http://ortodonciasalud.com.ar/2007/05/la-odontología/>

Los portahilo son útiles para los pacientes que no tienen destreza manual y para los cuidadores que ayudan a pacientes discapacitados en la limpieza dental. Un porta hilo debe ser lo bastante rígido para mantener el hilo tenso cuando penetra las áreas de contacto estrechas, y debe ser fácil estirar el hilo.

El establecimiento de un hábito de por vida para limpiar los dientes con hilo es difícil de lograr ya que la literatura reporta que solo alrededor de 8% de los adolescentes entre 12 y 16 años de edad en Inglaterra usan el hilo dental en forma diaria y se reportan porcentajes similares en varios países incluido México.⁷

Fig.28 Portahilo



Fuente: Peter R, Gunter R. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Editorial Salvat. España. 1990.

❖ COLUTORIOS

Los colutorios se han usados durante siglos con el fin de proporcionar salud oral. Se concibieron como preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y mucosa de la cavidad oral y faringe con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante.

El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antiséptico, antibiótico, antifúngico, astringente y antiinflamatorio.

El control de la caries y la placa bacteriana son, entre otras, unas de las principales finalidades que se esperan del uso de un colutorio. Aparte de su función cosmética tienen una finalidad terapéutica como medicamento con fines concretos como puede ser la reducción de placa bacteriana, caries, cálculo y enfermedad periodontal.

En condiciones normales, el control químico no sustituye al control mecánico sino que es un complemento. Tiene especial utilidad en situaciones como:

- ❖ Cuando existe alguna dificultad para realizar un correcto control mecánico o no se puede realizar, por ejemplo en ancianos, en discapacitados o tras cirugías.
- ❖ En situaciones de alto riesgo de desarrollo de caries (pacientes con reducción del flujo salival o portadores de tratamiento ortodóncico) o enfermedades periodontales.²⁰

❖ Clorhexidina

La clorhexidina es actualmente uno de los principales antisépticos de uso generalizado en odontología. Se comercializan colutorios de digluconato de clorhexidina al 0,2 y al 0,12 por ciento en solución acuosa. La concentración más baja parece suficiente para obtener resultados clínicos satisfactorios sin que aparezcan efectos secundarios. La eficacia está en directa relación con la concentración, el volumen y la frecuencia de utilización.

Se metaboliza en el organismo absorbiéndose en tracto intestinal, de forma que se elimina en su mayoría por las heces. La dosis letal 50 para la administración oral del digluconato de clorhexidina es de 1.800 mg/kg, por lo tanto es un compuesto muy seguro.

La CHX se une a las células epiteliales de la mucosa oral, a la hidroxiapatita del esmalte dentario, a las proteínas salivales, etc., para liberarse lentamente en forma activa. De este modo se mantiene en la saliva niveles bacteriostáticos durante 8-13 horas.

Su mecanismo de acción se puede resumir en dos actuaciones:

- ❖ Inhibición de formación de placa bacteriana: efecto inhibitorio primario de algunos mecanismos de adhesión a superficies epiteliales y dentales.
- ❖ Efecto antibacteriana: a altas concentraciones tiene una alta acción bactericida y provoca cambios en la estructura de la superficie bacteriana, con lo que se pierde el equilibrio osmótico, aumenta su permeabilidad, y se produce una disrupción de la membrana citoplasmática, y la precipitación de citoplasma.

Indicaciones

Dos enjuagues diarios (mañana y noche) con 10 ml de solución de digluconato de clorhexidina al 0,12-0,2 por ciento aseguran una inhibición completa de la placa.

La duración del enjuague debe ser mínimo de 30 segundos, con lo que un 30 por ciento de la clorhexidina se unirá a las superficies orales.

Los enjuagues deben realizarse tras las comidas y mejor antes de acostarse, siempre media hora después del cepillado por la interacción de los componentes de los dentríficos (laurilsulfato sódico y flúor) ya que no deben quedar restos del dentífrico que los inactive.²⁰

Fig. 29 Clorhexidina



Fuente: Maroto M, Barbería E. Colutorios en Odontopediatría. Universidad complutense de Madrid. 2013

Fig. 30 Enjuague dental



Fuente:<http://www.dentista365.mx/5-beneficios-del-uso-del-enjuague-bucal/>

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente en nuestro país existen un gran porcentaje de personas que desconocen sobre la importancia del cuidado de la boca; así como las consecuencias que puede llegar a generar la falta de higiene como por ejemplo la biopelícula, la caries dental y en muchas ocasiones la enfermedad periodontal.

La falta de conocimiento de los cuidadores de niños con Asperger sobre la importancia que tiene el cuidado de la boca es un problema serio en la Educación para la Salud, ya que en la actualidad por el tipo de alimentación de los niños que generalmente es alta en carbohidratos, los medicamentos que pueden llegar a tomar debido a su condición, el poco interés, los problemas de motricidad que presentan y la falta de cepillado dental son factores de riesgo para la salud oral que llegan a desencadenar problemas como biopelícula, caries dental, enfermedad periodontal y en un futuro la pérdida de piezas dentales. A esto le sumamos el hecho de las pocas visitas al odontólogo y la falta de información de los padres de familia sobre prevención desencadena un problema grave ya que si los cuidadores tuvieran información e interés podrían llegar a prevenir o disminuir estos problemas en sus hijos o a los niños que tengan a cargo.

6. JUSTIFICACIÓN

La Educación para la Salud Bucal es importante y necesaria para la promoción y prevención, enfocada principalmente a los cuidadores de niños con el síndrome de Asperger.

Por esta razón un grupo de padres de familia del centro Capypee A.C. que tienen a su cuidado a los niños deben de tener el conocimiento de los que es la higiene bucal y de todo lo que conlleva la falta de esta.

Es por ello la importancia de proporcionar y promover a este tipo de asociaciones programas de promoción de la salud bucal, enfocados a que los cuidadores tengan el conocimiento necesario para poder fomentar el interés de cuidar la boca de los niños.

7 OBJETIVOS

7.1 GENERAL

Evaluar el aprendizaje generado sobre autocuidado de salud oral en cuidadores de niños en Capypee A.C, por medio un programa de promoción de la salud sobre la importancia que tiene la higiene oral y las consecuencias que puede haber si no se realiza adecuadamente.

7.2 ESPECÍFICOS

- ❖ Diseñar los contenidos del programa de promoción de la salud oral.
- ❖ Determinar el nivel de aprendizaje antes y después de la implementación del programa de salud bucal.

8 METODOLOGÍA

8.1 MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevó acabo en centro Capype A.C. durante el mes de octubre del 2015, con la participación de los padres y cuidadores de niños con Asperger que recibirán información sobre el cuidado de la salud oral de sus hijos a través de un Programa de Promoción de la salud dirigido a responsables de pacientes con Asperger sobre autocuidado de la salud oral.

Se realizó a los cuidadores y padres de familia una encuesta de 10 preguntas en la escala de Likert la cuál es una escala aditiva que proporciona cinco posibilidades de respuesta para los ítems que se incluyan en el formulario: muy de acuerdo, de acuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo, pero teniendo en cuenta que a los padres se les dificulta discernir entre muy de acuerdo y de acuerdo y entre muy en desacuerdo y en desacuerdo se decidió incluir únicamente tres posibilidades de respuesta donde tenían que responder 1) de acuerdo, 2) ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) en desacuerdo antes de la plática informativa, en donde medimos los conocimientos previos con los que los padres contaban.

Posterior a esto se procedió a dar una plática informativa acerca de la importancia de la salud oral de los niños con Asperger y sobre las consecuencias que pueden llegar a surgir por falta de esta.

Terminando la plática se procedió a dar la misma encuesta para conocer si los padres o cuidadores habían obtenido un nuevo conocimiento acerca de la salud oral con el fin de comparar por medio de las respuestas las diferencias obtenidas antes y después de la plática y graficar los resultados obtenidos.

8.2 TIPO DE ESTUDIO

Este es un diseño de intervención.

8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Padres y responsables de niños con Síndrome de Asperger inscritos en Capypee A.C.

8.4 MUESTRA

20 Padres o tutores de niños con Asperger de ambos sexos inscritos en Capypee. A.C.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Padres o tutores de niños de ambos sexos con Asperger que deseen aprender sobre la importancia de la higiene oral y los cuidados de esta.

Padres o tutores de niños con Asperger que deseen colaborar en el programa de promoción de la salud oral.

8.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Padres o tutores que deseen colaborar con el programa de promoción de la salud oral pero que no asistan a las pláticas.

8.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Conocimiento sobre el autocuidado de la salud oral
- Edad
- Sexo

8.8 VARIABLE INDEPENDIENTE

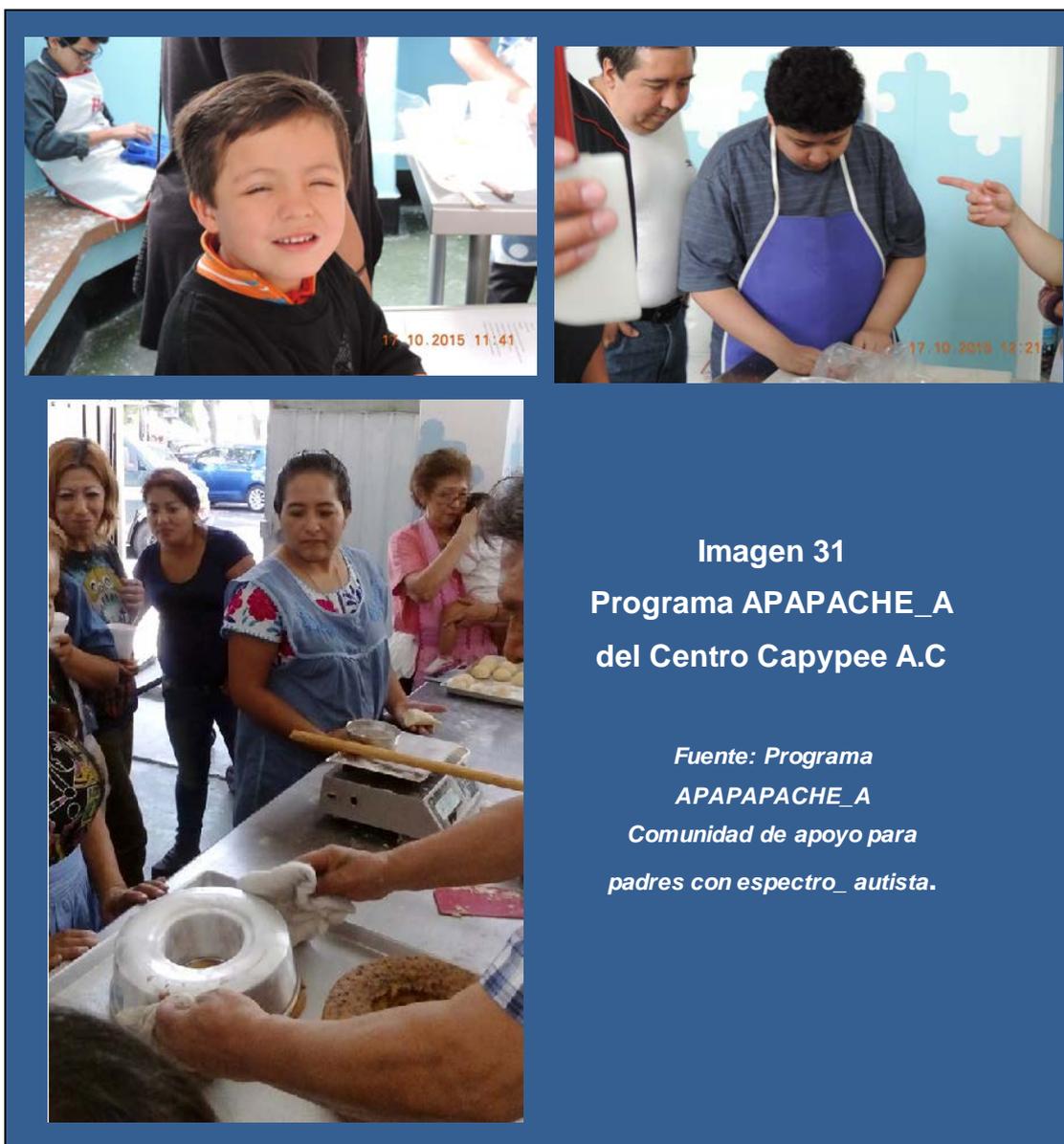
Uso de medicamentos
Falta de higiene
Conocimiento sobre autocuidado

VARIABLE DEPENDIENTE

Gingivitis
placa bacteriana
calculo dental

9 RESULTADOS

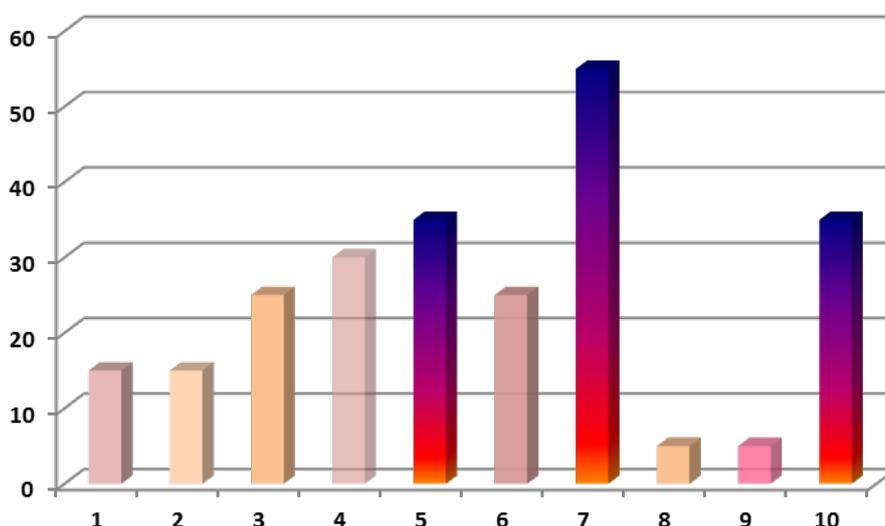
El centro Capyppe. A.C se encuentra en la Delegación Xochimilco del DF. Ofrece atención a niños con espectro autista y Asperger, se ofrecen cursos de creación de ámbitos inclusivos y actividades que los padres llevan a cabo, mismas que incluye la participación de sus hijos. En el estudio participaron 20 responsables de pacientes con Asperger, el 82% eran padres de familia y el 18% tutores, el 75% correspondió al sexo femenino y el 25% al masculino.



No.	Preguntas	Pre Eval.	Post Eval.	Dif.
1	El alto consumo de azúcares es un factor predisponente para la caries dental.	85% (n=17)	100% (n=20)	15% (n=3)
2	El alto consumo de azúcares es un factor predisponente para la caries dental.	85% (n=17)	100% (n=20)	15% (n=3)
3	La caries dental es una enfermedad multifactorial que destruye los tejidos	75% (n=15)	100% (n= 20)	25% (n=5)
4	Es normal que al niño le sangre las encías al momento de cepillado o espontáneamente	65% (n=13)	95% (n=19)	30% (n=6)
5	Los medicamentos que consume el niño no afectan las encías	45% (n=9)	80% (n=16)	35% (n=7)
6	No es necesario cepillarse los dientes de leche	75% (n=15)	100% (n=20)	25% (n=5)
7	Se debe colocar pasta dental en todo el cepillo	40% (n=8)	95% (n=19)	55% (n=11)
8	La falta de aseo bucal favorece la halitosis	90% (n=18)	95% (n=19)	5% (n=1)
9	La presencia de placa bacteriana es un factor de riesgo para la caries dental	90% (n=18)	95% (n=19)	5% (n=19)
10	El uso de pasta con fluoruro raya el esmalte dental	65% (n=13)	100% (n=20)	35% (n=7)
Total		57%	92%	35%

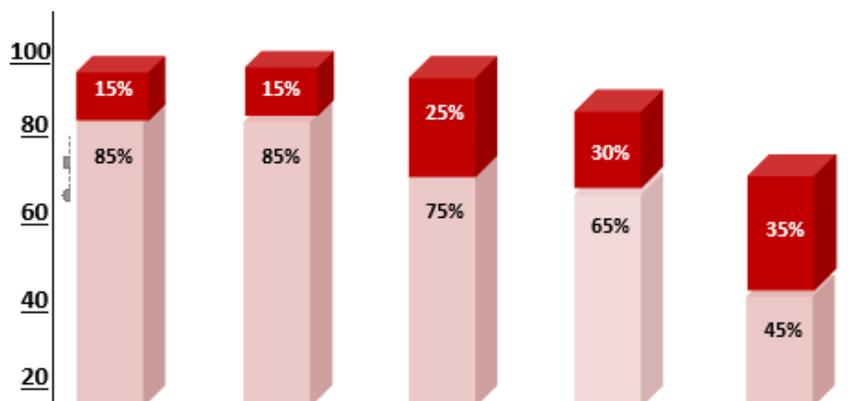
De todas las respuestas, las de mayor porcentaje de apropiación fueron la 5, la 7 y la 10. (Gráfica 1)

Gráfica 1
Distribución porcentual de respuestas más significativas.



De las preguntas 1 a la 5 la que mayor apropiación tuvo fue la 5. Las que menor apropiación tuvieron fueron las respuesta 1 y 2. Esto indica que la población encuestada tenía un conocimiento previo del cepillado nocturno y del problema que causa el alto consumo de azúcares (Gráfica 2).

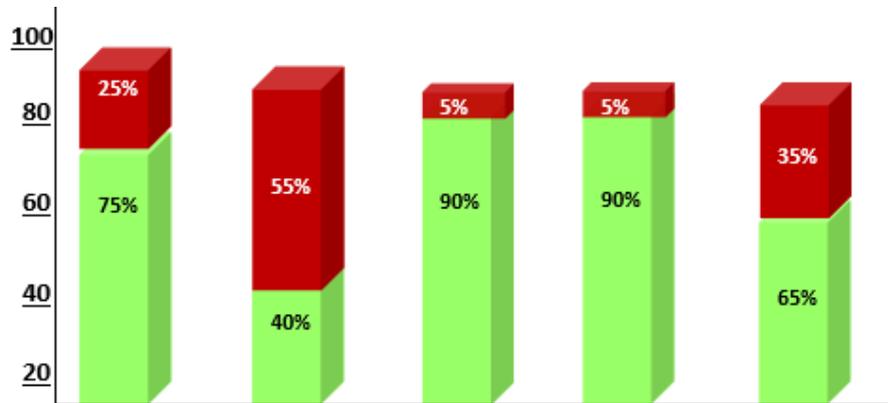
Gráfica 2
Apropiación de conocimientos sobre autocuidado de la salud oral.
Capypee. A.C.



1. El cepillado nocturno es el más importante
2. El alto consumo de azúcares es un factor predisponente para la caries dental.
3. La caries dental es una enfermedad multifactorial que destruye los tejidos.
4. Es normal que al niño le sangre las encías al momento de cepillado o espontáneamente.
5. Los medicamentos que consume el niño no afectan las encías

De las respuestas 6 a la 10 las que mayor apropiación tuvieron fueron la 7 y 10. Las que menor apropiación tuvieron fueron las respuestas 8 y 9. Esto indica que la población encuestada tenía un conocimiento previo de lo que es la halitosis y la placa bacteriana (Gráfica 3).

Gráfica 3
Apropiación de conocimientos sobre autocuidado de la salud oral.
Capypee. A.C.

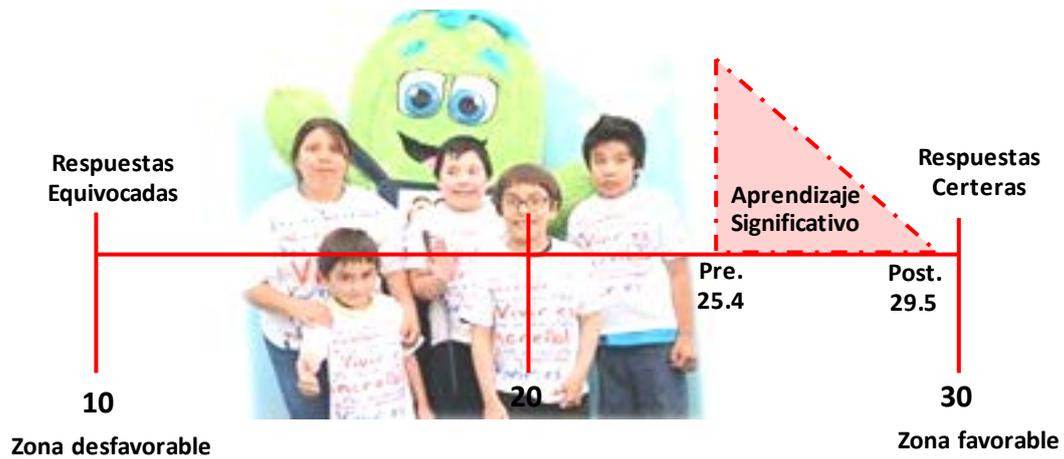


- 6. No es necesario cepillar los dientes de leche.
- 7. Se debe colocar pasta dental en todo el cepillo.
- 8. La falta de aseo bucal favorece la halitosis.
- 9. La presencia de placa bacteriana es un factor de riesgo para la caries dental
- 10. El uso de pasta con fluoruro raya el esmalte dental.

El conocimiento nuevo sobre la importancia del cuidado de la salud oral se evaluó teniendo en cuenta el conocimiento previo con el que contaban los encuestados respondiendo ítems diseñados con el formato en escala de Likert.

Cuando fueron calificadas las encuestas de la preevaluación se determinó un promedio de puntos de 25.4, en la postevaluación el promedio de puntaje fue 29.5, la diferencia de 4.1 puntos si fue estadísticamente significativa ($p=.001$), lo anterior pone en evidencia que el contenido del curso si promovió el aprendizaje que por sí mismo, ya era alto. (Gráfica 4)

Gráfica4
Significancia de la apropiación de conocimientos sobre autocuidado de la salud oral. Capypee. A.C.



10. CONCLUSIONES

Es importante fomentar las habilidades sociales para que los niños con Asperger puedan mantener relaciones interpersonales; fomentar el cuidado personal como son el bañarse, vestirse, lavarse las manos, el cepillarse los dientes, etc. por medio de instrucciones claras y cortas para que el niño las pueda entender.

La caries dental y la gingivitis son enfermedades que permiten determinar las condiciones de salud bucal de una población, las cuales pueden estar influenciadas en su desarrollo inicial entre otros elementos, por las actitudes y el nivel educacional de los individuos.

Por todo lo anterior es importante que los padres o los cuidadores tengan un conocimiento esencial para poder instruir al niño desde una corta edad sobre lo que es la salud bucal, ya que la educación de los padres esta significativamente relacionada con la prevención de la caries dental, salud periodontal y condiciones de higiene.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lafuente M, Font Vega H. Síndrome de Asperger en Odontología. Revista de la facultad de odontología, ULACIT. [internet]. 2011. disponible en http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/45_2.lafuentegonzalezm.etal.pdf
2. Mercedes B. Síndrome de Asperger Guía para padres de familia y educadores. Universidad de Costa Rica. 2007. Disponible en <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/160/1/Guia%20Asperger.pdf>
3. Judith T M. Revisión bibliográfica sobre el síndrome de Asperger y El espectro Autista. Centro Londres. Disponible en [file:///revisión bibliografica sobre el síndrome de asperger y el espectro autista .pdf](file:///revisión%20bibliografica%20sobre%20el%20síndrome%20de%20asperger%20y%20el%20espectro%20autista.pdf)
4. Alcantud M F. Intervención psicoeducativa en niños con trastornos generalizados del desarrollo. Editorial Pirámide. Madrid. 2003.
5. Pedro O. Diferencias entre Asperger y Autismo. Disponible en <http://www.guiainfantil.com/salud/Asperger/diferencias.htm>
6. Ivonne G. Odontología para niños especiales. Revista dentalcare.com [internet].2011. disponible en
7. Carranza F A, Newman M G, Takei H H. Periodontología clínica. 10ª ed. México. McGraw-Hill Interamericana. 2010.
8. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. 3ªed. Editorial Panamericana Médica.
9. Higashida B. Odontología preventiva. 2ª ed. México. McGraw Hill Interamericana. 2004.
10. Víctor G R, Alma G Programa de salud preescolar. Revista ADM. Vol. LXV, No. 3 Mayo-Junio 2009.
11. Camilo T R. Promoción de la salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. MEDISAN 2009. 13(1).

12. Boj J R, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Editorial Ripano. Barcelona. 2011.
13. Roberson M T. Arte y ciencia de la odontología conservadora. 5ª ed. España. Editorial Elsevier. 2007.
14. Genco R J. Periodoncia. 1ª ed. USA. 1993.
15. www.inegi.org.mx mujeres y hombres en México 2011
16. Tania M B, Nora S D, Yoel G B. Programa educativo sobre salud bucal para madres con niños en edad preescolar. Medisur. 2009. 7(1).
17. Rehabilitación bucal en odontopediatría higiene bucodental en odontopediatría.
18. <http://dedodent.com.mx/dedodent.html>.
19. Peter R, Gunter R. Atlas de profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Editorial Salvat. España. 1990.
20. Maroto M, Barbería E. Colutorios en Odontopediatría. Indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, criterios de selección y protocolo. Universidad complutense de Madrid. 2013.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDOS A RESPONSABLES DE
PACIENTES CON ASPERGER SOBRE AUTOCUIDADO DE LA SALUD ORAL.**

Edad_____

Sexo_____

1.- El cepillado nocturno es el más importante.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

2.- El alto consumo de azúcares es un factor predisponente para la caries dental.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

3.- La caries dental es una enfermedad multifactorial que destruye los tejidos.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

4.- Es normal que al niño le sangre las encías al momento de cepillado o espontáneamente.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

5.- Los medicamentos que consume el niño no afectan las encías.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

6.- No es necesario cepillarse los dientes de leche.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

7.- Se debe colocar pasta dental en todo el cepillo.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

8.- La falta de aseo bucal favorece la halitosis.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

9.- La presencia de placa bacteriana es un factor de riesgo para la caries dental.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo

10.- El uso de pasta con fluoruro raya el esmalte dental.

1) De acuerdo 2) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 3) En desacuerdo