



Curso 2023-24



CEE INFANTA ELENA



PROGRAMA

CONSTRUYENDO

UNA SONRISA

PROYECTO PARA LA DESENSIBILIZACIÓN DEL
PACIENTE CON TEA EN EL SILLÓN DENTAL.

CONSTRUYENDO UNA SONRISA

GABRIELA FRONTÁN
MARIA ISABEL FERNÁNDEZ MONSALVE.

Odontólogas del Área Sanitaria de Cuenca, SESCOAM.

INTRODUCCIÓN

TEA: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

JUSTIFICACIÓN

LEGISLACIÓN

CARACTERISTICAS BUCO-DENTALES ESPECIALES DEL PACIENTE CON TEA

POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO ESTE PROYECTO

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

METODOLOGÍA

DESARROLLO DEL PROYECTO

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El proyecto “*CONSTRUYENDO UNA SONRISA*”, surge como una iniciativa de la Dra. Fernández Monsalve, la Dra. Frontán Quevedo y la higienista dental Belén Porres Molina con el fin de complementar el proyecto que se puso en marcha en 2016 en esta Gerencia, “*TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD*” y así mejorar la atención odontológica de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otros trastornos del neurodesarrollo, que pertenecen a nuestra Área Sanitaria de Cuenca.

Durante estos años hemos tenido la oportunidad de atender a muchos pacientes con discapacidades intelectuales y comprobar que en muchas ocasiones un buen manejo de la conducta y el conocimiento de la idiosincrasia del paciente nos permitían realizar con éxito el tratamiento en la consulta dental sin la necesidad de recurrir al tratamiento bajo anestesia general. Esto y el buen desarrollo de otro proyecto ya en marcha en la Unidad de Salud Buco dental (USBD) de Quintanar de la Orden de Toledo, denominado “*SONRISAS VALIENTES*”, nos ha motivado para seguir adelante en esta línea de actuación.

Pero fundamentalmente este proyecto no podría llevarse a cabo si no contáramos con el trabajo y la colaboración de los profesionales educadores y terapeutas que trabajarán con los pacientes previamente para acercar, a sus rutinas diarias, la consulta odontológica y lo que en ella hacemos y así facilitar su colaboración. Estas acciones las hemos desarrollado con la asociación APACU de Cuenca y con el Colegio de Educación Especial Infanta Elena también de Cuenca capital. Cuando se lo propusimos a ellos la respuesta fue de total colaboración por lo que el proyecto se ha visto reforzado y ha ido tomando forma. Sería pertinente ir incorporando en esta línea de coordinación y colaboración al resto de centros docentes y asociaciones implicadas, si bien esto requeriría, en nuestra opinión, de una implicación entre las instituciones sanitarias y docentes.

Somos conscientes que es un proyecto ambicioso, difícil de llevar a cabo, y que requerirá mucho esfuerzo por parte de todos los que lo integramos, pero también sabemos que mejorará sustancialmente el tratamiento de estos pacientes, principalmente reduciendo su ingreso en quirófano.

Contamos con el apoyo y participación de los profesionales de las USBD de nuestra Área Sanitaria. Entendiendo que este proyecto solo nos puede ayudar y mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes.

TEA: TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO

El TEA es un trastorno de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas principalmente: la comunicación e interacción social y la flexibilidad del pensamiento y de la conducta.

- CAUSA Y ORIGEN: En la actualidad, no está determinada la causa que explique la aparición del TEA, pero sí la fuerte implicación genética en su origen.
- ESPECIFICIDAD. El TEA tiene características nucleares propias y definitorias que se manifiestan de forma heterogénea a lo largo de todo el ciclo vital. Esta especificidad ha quedado recogida en los sistemas de clasificación internacionales de salud, incluyendo los de salud mental (DSM-5 y CIE-11) que han definido el término “Trastorno del Espectro del Autismo” dentro del grupo de Trastornos del Neurodesarrollo.
- VARIABILIDAD. No hay dos personas con TEA iguales; dependerá de su propio desarrollo personal y de los apoyos que pueda tener, así como de si presenta o no discapacidad intelectual asociada y también de su nivel de desarrollo del lenguaje.
- DISCAPACIDAD INVISIBLE. El TEA no lleva asociado ningún rasgo físico diferenciador (solo se manifiesta a nivel de las competencias cognitivas de la persona y del comportamiento).
- CICLO DE VIDA. Acompaña a la persona a lo largo de toda su vida, aunque sus manifestaciones y necesidades cambian en función de las distintas etapas del desarrollo y de las experiencias adquiridas.
- APOYOS. Es necesario un abordaje integral orientado a facilitar los apoyos individualizados, especializados y basados en la evidencia, más adecuados para mejorar la calidad de vida de cada persona (manteniendo, además, una perspectiva de género).
- FAMILIAS. Impacta no solo en quien lo presenta sino también en su familia, apoyo fundamental para la persona con TEA.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL TEA?

Las manifestaciones clínicas del TEA varían mucho entre las personas que lo presentan, así como su funcionamiento intelectual y sus habilidades lingüísticas. Sin embargo, todas ellas comparten características fundamentalmente en dos áreas del desarrollo y del funcionamiento personal: la comunicación e interacción social y la flexibilidad de comportamiento y de pensamiento:

-COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL

1. Habilidades de comunicación verbal y no verbal

Las dificultades de comunicación que pueden presentar se manifiestan tanto a nivel de comprensión como de expresión.

- COMUNICACIÓN VERBAL: Algunas personas con TEA tienen habilidades lingüísticas adecuadas, pero encuentran dificultades para utilizarlas en una comunicación recíproca o en el contexto social en el que son necesarias. Otras no emplean lenguaje verbal y requieren el apoyo de Sistemas Alternativos y/o Aumentativos de Comunicación (SAAC) (sustituyen y apoyan al lenguaje oral, respectivamente).
- COMUNICACIÓN NO VERBAL: Las personas con TEA pueden experimentar dificultades para emplear o extraer el significado de gestos o expresiones faciales de otras personas, así como de otros elementos relevantes para la

interacción (contacto ocular, postura corporal, etc.), lo que puede suponerle alguna situación de malentendido.

2. Habilidades para la interacción social

Algunas personas con TEA pueden tener dificultades para relacionarse con los demás, comprender el entorno y desenvolverse en determinadas situaciones sociales. Se manifiesta, por ejemplo, en:

- Acercamientos sociales inusuales o inadecuados para iniciar o reaccionar ante interacciones con otras personas.
- Problemas para adaptar el comportamiento a distintos contextos o situaciones sociales.
- Dificultades para comprender las reglas sociales “no escritas”.
- Dificultades para entender o expresar las emociones de forma ajustada al contexto o a la situación.

-FLEXIBILIDAD DE COMPORTAMIENTO Y DE PENSAMIENTO

Forma de pensar y comportarse

Las personas con TEA pueden tener dificultades para responder de manera flexible a las demandas de los diferentes contextos y ajustar su forma de pensar y de comportarse. Por ello, adaptarse a los cambios o a situaciones imprevistas puede suponerles un gran esfuerzo y generarles malestar, angustia o ansiedad. Puede manifestarse, por ejemplo, en insistencia en que las cosas sucedan siempre de la misma manera; en la disposición de un repertorio limitado de intereses específicos o en patrones de comportamiento rígido y repetitivo (como repetir las palabras o frases una y otra vez, exactamente de la misma forma -ecolalia-).

Estímulos sensoriales

Algunas personas con TEA presentan alteraciones en el procesamiento de los estímulos sensoriales, que se puede manifestar en malestar intenso ante determinados sonidos, olores, luces, sabores o texturas; interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (como insistencia por oler o tocar determinadas cosas); fascinación por luces, objetos brillantes o que giran o indiferencia aparente al dolor o a la temperatura.

CAPACIDADES DE LAS PERSONAS CON TEA

Las características que definen el TEA no se traducen únicamente en dificultades, sino que también se asocian a una serie de capacidades en las personas que forman parte de este colectivo, tales como:

- Meticulosidad
- Curiosidad por temas muy específicos
- Conocimiento especializado sobre temas de su interés
- Sinceridad
- Honestidad
- Respeto y cumplimiento de las reglas establecidas
- Atención por los detalles
- Buena adaptación y seguimiento de las rutinas
- Buenas competencias en tareas mecánicas y repetitivas
- Tendencia a ser muy lógicas
- Capacidad para escuchar sin prejuicios

JUSTIFICACIÓN

La persona autista necesita servicios de salud accesibles para sus necesidades de atención de salud generales en cuanto a promoción, prevención y tratamiento de sus enfermedades agudas o crónicas. Pero pueden estar desatendidas en relación con el resto de la población en parte por los conocimientos insuficientes y las ideas equivocadas que tienen los proveedores de salud sobre el autismo.

Dada la gravedad del cuadro clínico de las personas con autismo, la alta frecuencia de trastornos orgánicos y problemas de salud relevantes asociados, así como la característica de esta población en cuanto a su capacidad de expresar sus necesidades y sus dificultades para entender el mundo que los rodea se considera que, las personas con TEA, requieren una atención sanitaria preferente y singular.

Las personas con TEA son pacientes con patologías múltiples y muchas veces esto condiciona que las afecciones dentales queden de lado y sin tratar, agravándose los problemas cuando deciden acudir a la consulta.

Es frecuente que los niños con necesidades especiales presenten una pobre salud oral. Los familiares acuden generalmente con ellos cuando aparece sintomatología y no antes cuando podrían establecerse medidas preventivas.

Existen algunas razones o inconvenientes que justifican el retraso en la atención precoz buco-dental de los pacientes especiales:

- la falta de acceso a la atención odontológica.

- la poca cooperación por parte del paciente con TEA que desanima a padres a consultar si no existe un problema objetivable que atender.

- y el entrenamiento de los profesionales de la odontología para manejar estos pacientes en el sillón odontológico suele ser escaso.

El paciente con TEA no está capacitado para colaborar en el sillón dental debido a sus dificultades de integración social y su falta de comunicación.

Su disfunción cognitiva puede dar lugar a conductas de agresividad.

Pueden aparecer convulsiones.

La resistencia al cambio de rutinas puede favorecer una actitud negativa.

El exceso de sensaciones captadas en la consulta dental también puede provocar un importante rechazo.

Este rechazo se ve incrementado si además presenta patología dental asociada.

El niño autista es un paciente con el que no se puede improvisar y para poder llevar a cabo la atención odontológica hay que desarrollar un protocolo de actuación, donde la anticipación al sillón dental y la familiarización con él y con el gabinete odontológico, así como, una atención precoz y periódica faciliten una buena prevención de la salud buco-dental, la adquisición de hábitos de higiene y preparen al paciente para la realización de otros tratamientos.

LEGISLACIÓN

Nuestro proyecto se enmarca en las siguientes normas, conjugando por un lado la normativa del Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social y la normativa de Sanidad:

- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión Social.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Mayo 2008.
- Resolución de 08/04/2011, de la Viceconsejería de Educación y Cultura y del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por la que se regula la cooperación entre los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos y los centros de salud de la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, y se establecen los procedimientos de vinculación entre ambos centros. [2011/5866]
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de ordenación sanitaria de Castilla-La Mancha, publicado DOCM núm. 126 de 19 de diciembre.
- Decreto 273/2004, de 09-11-2004, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años. (modificado con el Decreto 34/2006, de 28 de marzo, DOCM 68 de 31-3-06 y el Decreto 55/2007, de 8 de mayo, DOCM 98 de 11-5-2007 que amplían coberturas a la población con discapacidad sin límite de edad cuya minusvalía incida o repercuta en boca

CARACTERÍSTICAS BUCO-DENTALES ESPECIALES DEL PACIENTE CON TEA

No existe ninguna característica especial de afectación bucodental en el paciente con tea.

Debido no obstante a su conducta, las alteraciones motoras, problemas al tragar, consumo de fármacos, caídas accidentales y otras situaciones que pueden

acontecer en estos pacientes con tea podemos encontrarnos con las siguientes características:

- A. Normalmente presentan baja incidencia de caries.
- B. Frecuentemente pueden padecer traumatismos en dientes sobre todo del frente anterior por caídas accidentales.
- C. Algunos presentan maloclusiones que se ven agravadas por las dificultades masticatorias y de deglución.
- D. Los tratamientos farmacológicos que llevan algunos de ellos pueden disminuir la salivación lo que conlleva un aumento del riesgo de caries.
- E. Las alteraciones gingivales como gingivitis o en algunos casos periodontitis pueden relacionarse con los fármacos que toman pero sobre todo por la falta de control de la higiene bucodental, cepillado dental, uso de seda dental y por la alimentación blanda. La higiene diaria es un gran reto para estos pacientes y para sus familias.
- F. El 50% presentan bruxismo.

POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO ESTE PROYECTO.

Personas con TEA o discapacidad intelectual del Área Sanitaria de Cuenca que reciben prestación sanitaria a través del SESCOAM, captadas en principio a través de la asociación APACU de Cuenca y del Colegio de Educación Especial Infanta Elena y que voluntariamente quieren participar en el proyecto.

OBJETIVO GENERAL

Facilitar el acceso de las personas con TEA del área de salud de Cuenca a las USBD, para que puedan acudir con regularidad y beneficiarse de las medidas de promoción y prevención que presta el SESCOAM, recogido en el programa PADI. Evitando en la medida de lo posible la realización de tratamientos invasivos o cruentos, o las intervenciones en el quirófano con anestesia general o sedación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Disminuir los tratamientos con anestesia general priorizando la atención preventiva y ambulatoria.
- Aplicar en este colectivo las técnicas de desensibilización sistemática, para que su atención dental sea atraumática y aceptada por el paciente.
- Conocer, contactar y trabajar con las diferentes asociaciones que tratan a pacientes Autistas en Cuenca
- Conocer y manejar las diferentes técnicas de desensibilización sistemáticas aplicadas a los pacientes TEA

- Conocer y manejar específicamente la técnica de PICTOGRAMAS
- Aplicar en estos pacientes las técnicas de desensibilización sistemática, apoyándonos principalmente en el uso de la técnica de pictogramas
- Enseñar y adiestrar rutinariamente al paciente para que participe activamente en los cuidados de su higiene oral, principalmente en la técnica de cepillado diario.
- Formar a padres y educadores en el cuidado de la salud bucodental de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Coordinación multidisciplinar entre familiares, educadores y profesionales de la salud buco-dental.

Dadas las características conductuales del paciente con autismo la labor de la familia y de los centros de educación especial es fundamental para conseguir el objetivo final que será un nivel óptimo de salud buco-dental.

La atención en el sillón odontológico y el cambio de hábitos del paciente con autismo requiere del trabajo coordinado de familiares, educadores y profesionales sanitarios, dentistas e higienistas dentales, todos se deben involucrar para conseguir realizar la promoción y prevención de la salud dental.

La Academia Americana de Odontopediatría reconoce que el cambio que la profesión dental debe realizar frente al tratamiento del paciente autista debe estar enfocado a una atención preventiva que contrarreste la pobre higiene oral de estos pacientes, en parte debida a su capacidad disminuida y en parte debida a falta en muchos casos de involucración de padres y educadores en esta tarea.

El niño con autismo debe acudir cuanto antes a la consulta de odontopediatría para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear un clima de normalidad desde el que se pueda ir trabajando las rutinas de higiene oral y se consiga una desensibilización que permita la realización de medidas de prevención y realización de tratamientos preventivos.

Este trabajo de desensibilización sistemática que evite la improvisación debe comenzar antes de que el niño acuda a la consulta.

En resumen, los profesionales sanitarios dentista e higienista deben familiarizarse con las características peculiares de la conducta y comportamiento del paciente autista en general, para poder manejar a este en el sillón odontológico.

Pero también deben informarse a través de familiares y educadores de las características peculiares de cada paciente en particular, de sus miedos, de sus manías, de sus formas de reaccionar ante lo desconocido, de sus rutinas y estereotipos, de los gustos o las cosas que lo irritan, o sea, de todo aquello que pueda ayudar para lograr su colaboración.

Los familiares y educadores van a contribuir a la desensibilización y van a ser fundamentales para la preparación del paciente antes de entrar en la consulta y

habrá que trabajar con ellos transmitiéndoles la importancia que puede tener la atención precoz y la creación de rutinas de salud cuando están en casa como la higiene dental, cepillado, uso de seda, revisión de posibles lesiones dentales que necesiten tratamiento, (el niño autista puede no ser capaz de expresar que pasa en su boca, pero el padre tiene que ser quien nos lo transmita antes de que los problemas adquieran más gravedad de la esperable)

Manejo de la conducta en el sillón odontológico.

1. Pedagogía visual.

Se pueden emplear pictogramas o dibujos en la consulta para lograr una mejor comunicación con el paciente.

2. Evitar los estímulos de cualquier tipo, visuales, auditivos, olfativos.

Evitar las luces directas incluida la del equipo, no tener una iluminación fuerte en la sala.

Evitar ruidos y olores.

Pequeñas visitas sin apenas intervenciones para que el niño se vaya familiarizando con la sala.

Se pueden usar gafas de sol, o auriculares con música o música ambiental si lo toleran.

3. Evitar el contacto. O cogerlo de la mano. Depende del niño.

4. Ignorar el mal comportamiento y continuar.

5. Actitud cercana y cariñosa del odontólogo para favorecer la familiaridad.

6. Usar refuerzos positivos si existe algún objeto que le rebaja el estrés.

7. Usar la técnica siempre de: EXPLICAR-ENSEÑAR-HACER.

8. Musicoterapia según los casos.

DESARROLLO DEL PROYECTO

1. Se llevarán a cabo reuniones con los profesionales de las dos agrupaciones que entendemos trabajan con el colectivo más numeroso de personas con Tea y otras discapacidades intelectuales de la provincia de Cuenca: la Asociación Provincial de Pacientes con Tea y otros trastornos del neurodesarrollo de Cuenca, APACU y el Colegio de Educación Especial Infanta Elena, con el fin de explicar el proyecto y solicitar su colaboración. El trabajo en conjunto con los educadores de estos pacientes es la base que sustenta el desarrollo de este proyecto.

2. Se llevarán a cabo también reuniones con los padres de los pacientes para mostrarles el proyecto y como se ha planteado la puesta en marcha y el desarrollo. Así como para acercarles la posibilidad de acudir a sus Unidades de Salud Bucodental donde se atenderán a los pacientes y pedir su colaboración en las tareas de desensibilización y preparación para el tratamiento en el sillón dental. No

olvidemos que muchos padres se han convertido en verdaderos expertos en el manejo de la conducta de sus hijos.

3. Los padres recibirán información sobre este proyecto en la Asociación Apacu o bien en el Colegio Infanta Elena, de forma verbal en las reuniones de padres o a través de un folleto informativo (anexo I) donde se le recuerda la visita anual al dentista según el programa PADI del Sescam, (anexo II).

4. Los padres cogerán cita en su USBD de referencia según el Centro de Salud al que pertenecen y lo notificarán en Apacu o en el Colegio Infanta Elena para que los educadores lo tengan en cuenta y comiencen a trabajar con ellos el proceso de desensibilización sistemática y la anticipación a través de Pictogramas (anexo III) o empleando otras técnicas que se adapten a cada paciente.

5. Consulta en USBD. En cada consulta odontólogo/a e higienista dental atenderán a los pacientes teniendo en cuenta las características individuales de cada uno de ellos con el objetivo final de poder hacer las revisiones, tratamientos y procedimientos de prevención y promoción de la salud buco-dental ambulatoriamente sin tener que acudir a la sedación o anestesia general. Programando según los casos consultas previas con padres, educadores, intentando dar las citas en horario de primera hora para que no tengan que esperar en la sala de espera, con tiempo suficiente para no ir con prisas. Y dando las citas que sean precisas para que el paciente llegue a mostrarse colaborador. En consulta se emplearán técnicas de manejo de conducta (anexo IV), pictogramas etc., acondicionando la consulta en cuanto a luz, ruidos, u otras circunstancias para evitar las sensibilidades alteradas que presentan los pacientes con Tea.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Llorente Atienza, Olga.** Manejo de pacientes con TEA en odontología. La importancia de los hábitos de higiene. Gaceta Dental. Sep 2014
2. **Gómez Legorburu, Begoña. Vadillo Perona, Vanesa. Martínez Pérez, Eva María. Planells del Pozo, Paloma.** Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Cient. Dent. Vol. 6, Núm. 3 Diciembre 2009. Pag. 207-215.
3. **Gonzalez Gonzalez, Ana.** Autismo en el sillón odontológico. Maxilaris 215. Diciembre 2017. Pag. 140-150.
4. **Proyecto “SONRISAS VALIENTES”**, realizado en colaboración con Asprodiq (Asociación de Personas con Discapacidad de Quintanar de la Orden y Comarca) y la USBD perteneciente al Centro de Especialidades, Diagnostico y Tratamiento del Sescam.
5. **Perez García, I., Pedraza Contreras, M., Robles Bermejo, L.** Manejo estomatológico en paciente con trastorno espectro autismo. Reporte de un caso. Acta Odont. Venez. Vol. 54 N°1 año 2016.
6. **OMS** Trastornos del espectro autista. 1 de junio de 2021.
7. Patología médica en Trastornos del Espectro Autista: un abordaje integral. Salud Madrid. **Hospital General Universitario Gregorio Marañón.**
8. **Jean Garrabé de Lara.** El autismo. Historia y clasificaciones. Salud mental vol. 35, N° 3, mayo- junio 2012
9. **Naylenis Pimienta Pérez, Yainedy González Ferrer, Liset Rodríguez Martínez.** Acta Médica del Centro / Vol. 11 No. 4 2017, pag 56 -69.
10. **Musa Herranz, S. Mourelle Martínez, M.R., Real Benlloch, I., Perea Gutiérrez, I.** Pacientes con trastorno del espectro autista en Odontopediatría. Cient. Dent. 2016; 13; 2: 123-128

11. **Ramírez Yumbla, Astrid Carolina.** Técnicas de adaptación en la consulta odontológica de pacientes con espectro autista. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49770>
12. GUÍA PRÁCTICA para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria adecuada para personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) Manual básico para profesionales sanitarios y no sanitarios de atención primaria. Federación de Autismo Madrid. Comisión Sanidad . Comunidad de Madrid
13. Una guía para personas con autismo y síndrome de Asperger . IR AL DENTISTA. Autismo Andalucía
14. Pictogramas y recursos para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). <http://arasaac.org>

Programa de Atención Dental Infanto-Juvenil (PADI)

El Servicio de Salud de Castilla la Mancha, SESCAM, ha desarrollado el programa de atención dental infantil a través del Decreto 273/2004 para atender a la población infantil y con discapacidad de nuestra comunidad.

Los profesionales de la salud bucodental del Sescam les recomendamos que al menos se realice **una revisión dental anual a todos los niños**.

Para acceder a este servicio anualmente solo tiene que llamar a su Centro de Salud de referencia y pedir cita para la Unidad de Salud Bucodental (USBBD) que le corresponda.



Si su hijo padece un trastorno del espectro autista o presenta alguna discapacidad intelectual, a partir del curso 2022/23 desde las USBBD del Área de salud de Cuenca vamos a desarrollar un proyecto, que hemos llamado “**Construyendo una sonrisa**”, en colaboración con los educadores y profesionales del Colegio de Educación Especial Infanta Elena y con la Asociación APACU, para trabajar conjuntamente con estos pacientes y lograr o mejorar su colaboración en la consulta odontológica.

ANEXO II

Decreto 273/2004, de noviembre, sobre la prestación de atención dental a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas. (*)

(DOCM 213 de 12-11-2004)

(*) Modificado por Decreto 34/2006, de 28 de marzo (DOCM 68 de 31-03-2006) y por Decreto 55/2007 de 8 de mayo (DOCM 98 de 11-05-2007)

Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución Española, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 6 establece que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 12 “Prestación de Atención Primaria”, determina que ésta comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social, especificando en su apartado 2.i) que la Atención Primaria comprenderá la atención a la Salud Bucodental.

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha señala en su artículo 20 que las prestaciones sanitarias ofertadas por el sistema Sanitario de Castilla-La Mancha serán como mínimo las establecidas en cada caso para el Sistema Nacional de Salud, recogiendo en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud la atención a la Salud Bucodental dentro de la prestación sanitaria de Atención Primaria.

Asimismo, la referida Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, entre los principios informadores de la ordenación y actuaciones del Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma señala la adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población (artículo 2.1.h), recogiendo asimismo como característica del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios (artículo 21.c).

El Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010, definido en la citada Ley 8/2000, de 30 de noviembre, como el instrumento de planificación estratégica, dirección y ordenación del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, en sus líneas de acción y respecto a la Salud Bucodental, propone que antes del año 2006, se crearán los recursos que garanticen el acceso y hagan efectiva la prestación de servicios de Salud Bucodental en Atención Primaria para la población de seis a catorce años, ambos inclusive.

Por el Real Decreto de 27 de diciembre de 2001 se aprobó el Acuerdo de 26 de diciembre de la Comisión Mixta de Transferencias prevista en la Disposición Transitoria Quinta del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, estableciendo en el apartado b), punto 1 i) que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la organización y régimen de funcionamiento de los centros y servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que han sido adscritos al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), bajo la dependencia de la Consejería de Sanidad mediante el Decreto 220/2001, de 27 de diciembre.

El acercamiento de la gestión sanitaria a los ciudadanos de esta Región, obliga a la Administración Sanitaria Regional a afrontar nuevos retos ante programas que exigen una mayor inversión en recursos públicos con el objetivo de dar una atención de mayor calidad.

Por todo ello, la Consejería de Sanidad, consciente de que la promoción de la Salud Bucodental mejorará la situación existente, considera necesario aprobar un Programa de Atención Dental Infanto-juvenil, que definirá el conjunto de medidas y actuaciones, tanto preventivas como asistenciales que deben prestarse, así como los procedimientos para percibirlos.

La implantación del Programa de Atención Dental Infanto-Juvenil se hará de forma gradual a partir del 1 de enero de 2005 con aquellos niños que cumplan 6 años en dicho año; ello no implicará la falta de atención a los demás niños, ya que tendrán derecho a las prestaciones previstas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, previo informe favorable del Consejo de Salud de Castilla-La Mancha, de acuerdo con el Dictamen del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, a propuesta del Consejero de Sanidad y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 9 de noviembre de 2004, dispongo

Artículo 1. (*) Objeto.

1.- El presente Decreto tiene por objeto la aprobación del Programa de Atención Dental Infanto-juvenil (PADI), que establecerá los criterios esenciales de actuación que deben regir la prestación sanitaria en materia de atención bucodental destinada a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años y a las personas con discapacidad que presenten, sin límite de edad, alguna de las condiciones clínicas que figuran en el artículo 9 de este Decreto.

2.- El Programa de Atención Dental Infanto-juvenil y la prestación bucodental para determinadas discapacidades contienen el conjunto de medidas preventivas y actuaciones asistenciales que garantizan una asistencia sanitaria bucodental, conforme a los criterios de igualdad, equidad, accesibilidad y calidad de los servicios a través de recursos prioritariamente públicos.

(*) Modificado por Decreto 34/2006, de 28 de marzo (DOCM 68 de 31-03-2006)

Artículo 2. (*) Ambito de aplicación.

La Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha garantiza a través de la implantación progresiva del Programa de Atención Dental Infanto-juvenil la asistencia dental básica y los tratamientos especiales a la población de Castilla-La Mancha con edades comprendidas entre 6 y 15 años, y asimismo garantiza la atención bucodental a las personas con discapacidad que, sin límite de edad, reúnan alguna de las condiciones clínicas previstas en el artículo 9 de este Decreto, siempre que se tenga derecho a asistencia sanitaria con cargo al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

(*) Modificado por Decreto 34/2006, de 28 de marzo (DOCM 68 de 31-03-2006)

Artículo 3. Implantación.

El Programa de Atención Dental Infanto-juvenil se implantará de forma gradual a partir del año 2005, iniciándose con aquellos niños que cumplan 6 años en el ejercicio y que permanecerán en el programa hasta alcanzar la edad de 15 años. En cada nuevo ejercicio se irá incorporando la población infantil que cumple 6 años.

Artículo 4. Contenido de la atención dental infanto-juvenil.

El contenido de las prestaciones será:

- a) Revisión de la salud bucal según protocolo.
- b) Tratamientos dentales básicos.
- c) Tratamientos de urgencias bucodentales.
- d) Tratamientos dentales especiales.
- e) Ortodoncia para determinadas situaciones clínicas.

Artículo 5. La revisión de la salud bucal.

La revisión de la salud bucal comprenderá:

- a) Exploración detallada de todos los componentes de la cavidad bucal y diagnóstico del estado de salud bucal. Incluirá exploración radiográfica, como método diagnóstico del estado de salud bucal, cuando el nivel de patología así lo aconseje.
- b) Indicación y realización de los tratamientos dentales básicos.
- c) Indicación de los tratamientos dentales especiales.

Artículo 6. Tratamientos dentales básicos.

Los tratamientos dentales básicos comprenderán:

- a) Sellado de fosas y fisuras de primeros y segundos molares permanentes.
- b) Fluoración tópica y educación para la salud.
- c) Obturación de molares permanentes.
- d) Extracción de piezas temporales y/o permanentes.
- e) Tartrectomías en dentición permanente.

Los protocolos de actuación serán los que la evidencia científica recomiende en función de la patología a tratar y serán consensuados para todo el Sescam.

Artículo 7. Tratamientos de urgencias bucodentales.

Los tratamientos de urgencias bucodentales comprenderán:

- a) Aplicación de tratamiento dental básico, si procede, en función de la patología.
- b) Aplicación de tratamiento paliativo con terapia farmacológica o extracción de la pieza afectada.
- c) Indicación y derivación de tratamientos especiales en caso de que existan trastornos del grupo incisivo-canino y que su causa haya sido por traumatismo.

Artículo 8. Tratamientos dentales especiales.

1.- Los tratamientos dentales especiales comprenderán:

- a) Tratamiento de trastornos del grupo incisivo-canino, tanto en los supuestos de malformación como por lesión traumática.
- b) Tratamiento pulpar de piezas permanentes.
- c) Tratamientos específicos de patologías bucodentales, para niños con discapacidades físicas o psíquicas que incidan en la extensión o gravedad de su patología bucal.
- d) Métodos diagnósticos precisos para la aplicación de tratamientos como la ortopantomografía.

2.- Las técnicas y procedimientos para realizar los tratamientos especiales incluidos en los apartados anteriores se detallan a continuación:

- a) Apicoformación.
- b) Endodoncia de grupo incisivo canino, premolar y molar.
- c) Extracción de un supernumerario no erupcionado.
- d) Ferulización del grupo anterior.
- e) Gran reconstrucción entendiéndose como tal los siguientes tratamientos:
 - Por traumatismo: la reconstrucción de una fractura de más de 1/3 de corona que ha requerido tratamiento endodóntico.
 - Por malformación: la reconstrucción completa de la corona con material estético.
- f) Perno prefabricado intrarradicular.
- g) Reconstrucción en el grupo anterior permanente, de lesiones debidas a traumatismos o malformaciones.
- h) Recubrimiento pulpar directo.
- i) Reimplante dentario.
- j) Sutura de tejidos blandos, excepto las incluidas en alguno de los anteriores.

Artículo 9. (*) Prestaciones a las personas con discapacidad que presenten determinadas condiciones clínicas

Tendrán derecho a la prestación de ortodoncia y a las demás prestaciones previstas en este Decreto quienes, sin límite de edad, presenten al menos una de las siguientes condiciones clínicas:

- a) Discapacidad física o psíquica que incida directamente en la extensión, gravedad o dificultad de su patología bucal.

b) Maloclusión severa tras ser intervenidos de fisura palatina, labio leporino u otra malformación esquelética facial.

(*) *Modificado por Decreto 34/2006, de 28 de marzo (DOCM 68 de 31-03-2006)*

Artículo 10. Prestaciones bucodentales excluidas

Quedan excluidas las siguientes prestaciones bucodentales:

a) Tratamientos reparadores de la dentición temporal.

b) Los tratamientos de prótesis.

c) La ortodoncia en los casos que no cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior.

d) La realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones financiadas por el Sescam.

Artículo 11. Profesionales responsables.

1.- Las Unidades de Salud Bucodental existentes en Castilla La Mancha y dependientes de las Gerencias de Atención Primaria serán las responsables de la ejecución del Programa de Salud Bucodental Infanto-juvenil incluyendo la revisión anual de la salud bucal, los tratamientos dentales básicos y el tratamiento de urgencias bucodentales. Asimismo serán responsables de la indicación y derivación de los tratamientos especiales a dentistas del sector privado.

2.- La asistencia practicada, incidencias y evolución del estado bucal del paciente, deberá quedar reflejado en el historial clínico bucodental del paciente.

Artículo 12. Tratamientos realizados por el sector privado.

1.- El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá establecer conciertos con dentistas del sector privado para la aplicación de tratamientos especiales previstos en los artículos 8 y 9 del presente Decreto o convenios con los Colegios profesionales.

2.- Los dentistas del sector privado deberán aplicar el tratamiento prescrito por las Unidades de Salud Bucodental del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Una vez aplicado el tratamiento correspondiente deberán emitir informe escrito para el facultativo de la Unidad de Salud Bucodental y para el paciente o su representante legal.

3.- Las demás condiciones y requisitos de los tratamientos serán los establecidos en la normativa que resulte de aplicación y en los correspondientes instrumentos de vinculación.

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA (*): Implantación del programa para las edades de 8 y 9 años.

Además de lo establecido en este Decreto, durante el año 2006 se incorporarán al Programa de Atención Dental Infanto-juvenil regulado en el mismo los nacidos en 1997 y 1998

(*) *Disposición modificada por Decreto 55/2007 de 8 de mayo (DOCM 98 de 11-05-2007)*

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA (*): Implantación del programa para las edades de 10, 11 y 12 años.

Durante el año 2007 se incorporarán al Programa de Atención Dental Infanto-juvenil regulado en este Decreto quienes cumplan 10, 11 y 12 años.

(*) *Disposición introducida por Decreto 55/2007 de 8 de mayo (DOCM 98 de 11-05-2007)*

DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA (*): Implantación del programa para la edad de 13, 14 y 15 años.

Durante el año 2008 se aplicará también el Programa de Atención Dental Infanto-juvenil regulado en este Decreto a quienes cumplan 13, 14 y 15 años.

(*) *Disposición introducida por Decreto 55/2007 de 8 de mayo (DOCM 98 de 11-05-2007)*

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Desarrollo.

Se faculta al titular de la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para adoptar las medidas que resulten necesarias para la aplicación de este Decreto.

Segunda. Entrada en vigor.

El presente Decreto entrará en vigor el día 1 de enero de 2005.

* * *

ANEXO III

En documento a parte.

ANEXO IV

Técnicas conductuales para pacientes con trastorno del espectro autista

Están basadas en el conductismo, es decir en aprender de nuestro entorno. Y su objetivo es reforzar conductas deseables y poder eliminar las no deseadas.

Son intervenciones que pretenden enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades.

Estos métodos necesitan de la colaboración de familiares y educadores

Las principales técnicas son:

1. Decir-Mostrar-Hacer o Decir-Mostrar-Sentir-Hacer

Hay que explicar paso a paso lo que se le va a hacer, de forma sencilla y que tenga sentido para el niño, donde la información precisa y evitando aquello que pueda crear miedo o dudas. Los pacientes colaboran cuando conocen lo que les va a suceder.

2. Control de voz

Los pacientes autistas no son buenos candidatos para esta técnica conductual. Y previamente hay que explicarles a los padres lo que vamos a hacer. La técnica consiste en establecer comunicación y autoridad con el niño modulando el tono y volumen de la voz, empleando frases cortas y directas como “mírame”, “piernas estiradas”, o “manos sobre el estómago

3. Expresarse con frases cortas, directas, pausadamente y evitando el doble sentido.

Emplear la comunicación no verbal

4. Refuerzo positivo

El objetivo es recompensar la recurrencia del comportamiento cuando estamos consiguiendo colaboración.

Los refuerzos pueden ser desde unas palabras de felicitación a una caricia o permitir que los padres estén presentes que refuerzan generalmente el buen comportamiento

Al finalizar el tratamiento un premio

5. Refuerzo negativo

Pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo. Ignorar un comportamiento no deseado ya es una forma de no reforzarlo

6. Distracción contingente

Es la desviación de la atención del paciente durante un procedimiento, con ello se disminuye el nivel de ansiedad y el dolor. Se pueden usar medios audiovisuales y auditivos.

7. Modelado.

A el niño se le permite observar como otro paciente recibe el tratamiento. El niño observa y aprende.

8. Pictogramas

Es una técnica gráfica que consiste en la representación de varios escenarios de manera visual en tarjetas.

Estas tarjetas en cierta manera son capaces de organizar la vida de las personas con autismo creando rutinas mediante la representación de una acción o un escenario.

Los pacientes con TEA son excelentes pensadores visuales, es decir, comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se les presenta de manera visual que la verbal. La información visual permanente y concreta se ajusta mejor a las características específicas del pensamiento de una persona con autismo, lo que ha hecho que el empleo de apoyos audiovisuales se haya convertido en una de las estrategias básicas y fundamentales en todos los procesos de enseñanza y aprendizaje de las personas con TEA.

Características de los pictogramas:

Los pictogramas deben ser sencillos, concretos y esquemáticos, fáciles de manejar y acompañados siempre de un lenguaje claro y simple.

Deben estar adaptados según el paciente, la edad y el grado de abstracción de cada niño. Pueden ser dibujos más o menos esquemáticos o fotografías.

Ventajas de los pictogramas:

Son individuales.

Baratos y fáciles de elaborar con material sencillo.

Los puede realizar cualquier persona, padres, hermanos, etc

Son muy funcionales, el niño los puede llevar en el bolsillo y consultarlos en cualquier momento

Importancia de los pictogramas:

Anticipan los acontecimientos que van a ocurrir

Son una guía para realizar tareas o actividades

Indican acontecimientos importantes

Logran una mayor flexibilidad mental

Son muy beneficiosos para la planificación de las propias actividades del paciente y realizar sus agendas