



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**Protocolo para la atención odontológica del paciente con
Trastorno de Espectro Autista de 2 a 18 años de edad.**

Tesis

Que para obtener el título de

Cirujano Dentista:

PRESENTA

Sánchez Piña Luz del Carmen

DIRECTOR DE TESIS

Mtra. Virginia Amalia Vázquez Téllez.

ASESOR DE TESIS

C.D Hilda María Luviano Jaramillo

Ciudad de México, 2017.





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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

A mis padres y mi hermana, por haberme forjado como la persona que soy, muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se incluye éste. Me formaron con reglas, amor y algunas libertades, pero sobre todo con valores; me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y nunca darme por vencida.

A toda mi familia por su apoyo y comprensión, en especial a Mamá Sol, por siempre motivarme y creer en mí.

A mi casa de estudios, la UNAM, en especial a mi FES Zaragoza, que me dieron la bienvenida al mundo como tal, las oportunidades que me han brindado son incomparables, y antes de todo esto no pensaba que fuera posible que algún día me encontrara con ellas.

Agradezco a mis profesores y doctores por todo su apoyo, por sus consejos, su tiempo y conocimientos transmitidos.

A mis compañeros y amigos con quienes más allá de la escuela, crecimos juntos y creímos en nosotros mismos; a mi universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos los copiosos conocimientos que me ha otorgado.

A las personas que creyeron en mi, a las personas que no lo hicieron y quienes no querían que lo lograra.

Gracias.

Luz Sánchez.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
- TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA.....	10
• DEFINICIÓN.....	10
• EPIDEMIOLOGÍA.....	11
• ETIOLOGIA.....	12
• SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	13
• MANEJO.....	14
• ALTERACIONES Y PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES EN EL PACIENTE CON TEA.....	19
➤ CARIES DENTAL.....	21
➤ BRUXISMO.....	23
➤ ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	26
➤ MAL OCLUSIÓN DENTAL.....	28
➤ EFECTOS DE LOS PSICOFÁRMACOS.....	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
OBJETIVO.....	31
TIPO DE ESTUDIO.....	32
MATERIAL.....	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
BASES ÉTICAS Y LEGALES.....	35
PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA.....	36

- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.....	36
- HISTORIA CLINICA (ANEXO 1).....	36
- CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO2).....	38
- DIAGNOSTICO.....	38
- TRATAMIENTO.....	39
- PROTOCOLO.....	40
- DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO.....	41
- FORMATO DE EVALUACION DE PROTOCOLO.....	50
- TÉCNICAS Y MANEJO DE CONDUCTA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA; PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL INTEGRAL DE ENFERMEDADES BUCALES.....	52
- IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS DE ESTABILIZACIÓN PROTECTORA.....	54
- MATERIAL PARA TÉCNICA.....	55
- ESTABILIZACIÓN PROTECTORA.....	58
CONCLUSIÓN.....	62
PROPUESTAS.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	74
- ANEXO 1.....	75
- ANEXO 2.....	76

Protocolo para la atención odontológica del paciente con
Trastorno de Espectro Autista de 2 a 18 años de edad.

Introducción

En la década de los cuarenta, Leo Kanner y Asperger, de manera independiente y simultánea, identificaron grupos de niños que mostraban una clara alteración para la interacción social junto con patrones de conductas repetitivas.

A lo largo de las dos décadas siguientes, se fue consolidando el término “autismo infantil” con el objetivo de marcar una diferencia con la esquizofrenia.

Leo Kanner, describe con detalle los síntomas centrales del autismo: niños sin una adecuada capacidad de socialización-comunicación y con conductas e intereses restringidos.

Rutter, en 1978, separa claramente este trastorno de la esquizofrenia y propone cuatro de los criterios diagnósticos que aun hoy en día definen los TEA (Trastorno de Espectro Autista): deterioro de las relaciones sociales (el síntoma fundamental del trastorno, ya desde la primera descripción), trastorno de la comunicación, patrón de conductas estereotipadas y repetitivas, e inicio infantil.

En el DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), de la Asociación Psiquiátrica Americana, se ha acuñado el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)”, en el que el autismo se convirtió en el prototipo de un nuevo grupo de trastornos del desarrollo de gravedad variable⁴.

Existen tres condiciones en el CIE-10 (autismo atípico, otros trastornos generalizados del desarrollo y trastorno generalizado del desarrollo determinado), que se unen en una sola en el DSM-IV-TR, se denominan trastornos generalizados del desarrollo o TEA a los casos de niños que presentan alteraciones de la interacción social como síntoma “estrella” del padecimiento, y se establecen los cinco trastornos: trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y el Trastorno Extendido del Desarrollo No Específico.

El Trastorno de Espectro Autista es un trastorno complejo del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y patrones de conducta estereotípicos, restringidos y repetitivos. Se produce en todos los grupos étnicos y socioeconómicos.

En México, se calcula que tres de cada seis niños por cada 1,000 sufrirán autismo. Tomando en cuenta que los varones tienen cuatro veces más probabilidades de tener autismo o un trastorno del desarrollo, que las mujeres.

Los pacientes con autismo suelen basar sus vidas en la repetición de rutinas, pautas o rituales, llegando a explotar en una rabieta profunda de frustración si se produce un cambio en esta rutina diaria. Por lo que se ve la necesidad de establecer un programa de desensibilización sistemática previo al tratamiento dental, de tal modo que el niño conozca en todo momento los pasos a seguir, familiarizándose con el ámbito y la rutina de trabajo.

Justificación.

El presente trabajo busca dar a conocer y proponer un protocolo de atención odontológica a pacientes con Trastorno de Espectro Autista (TEA), en base a los conocimientos adquiridos durante el Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, con el objetivo de poder brindar atención odontológica al paciente con TEA en edades tempranas para que a futuro tenga una mejor calidad de vida, resaltando la importancia de la prevención.

Ésta investigación aporta información actual sobre el TEA en México y recalca la importancia e impacto que tienen éstos pacientes en el consultorio dental; así como una nueva propuesta de protocolo para la atención odontológica. De ahí, la importancia de que desde la formación básica como Cirujanos Dentistas, nos preparen para poder atender a éste tipo de pacientes.

Marco Teórico

Durante varias décadas, los padecimientos psiquiátricos fueron poco comprendidos, y menos aún las personas que los padecían. Al no contar con tratamientos eficaces, los pacientes eran aislados y muchas veces reclusos en asilos u hospitales y con frecuencia la reclusión era permanente.

El enfermo mental ha sido conocido y atendido desde los albores de la humanidad, pero no existía nada escrito sobre el niño con enfermedad mental a nivel institucional.

En nuestro país, en la época colonial, hubo algunas personalidades que dieron importancia a brindar atención y salud de la población infantil, como Fray Pedro de Gante, quien impartió enseñanza a los niños mexicanos, y Don Vasco de Quiroga, quien fundó una casa de cuna o asilo para niños expósitos, tomando en cuenta a enfermos y desprotegidos pero sanos de sus facultades mentales.¹

Fue en el siglo XVI cuando Fray Bernardino Álvarez, para aliviar la situación de los enfermos, desvalidos, huérfanos y personas en situación de calle – entre los cuales se encontraban enfermos mentales-, decidió fundar una institución que se ocupase de ellos, para lo cual, adquirió mediante donaciones un terreno al lado de la ermita de San Hipólito, donde se construyó el Hospital San Hipólito. Por tal motivo, a éste religioso se le considera como el precursor de la atención al paciente psiquiátrico en México.¹

La situación de los pacientes psiquiátricos se mantuvo en relativo estado de estancamiento debido a la conflictiva situación política nacional durante el siglo XIX, sin embargo, la materia de enfermedades mentales hizo su aparición en el Plan de Estudios de la Escuela Nacional de Medicina en 1888, para tomar un carácter oficial en 1897.

A lo largo de las dos décadas siguientes, se fue consolidando el término ‘autismo infantil’ con el objetivo de marcar una diferencia con la esquizofrenia.²

Leo Kanner, describe con detalle los síntomas centrales del autismo: niños sin una adecuada capacidad de socialización-comunicación y con conductas e intereses restringidos.²

Rutter, en 1978, separa claramente este trastorno de la esquizofrenia y propone cuatro de los criterios diagnósticos que aun hoy en día definen los Trastorno de Espectro Autista (TEA): deterioro de las relaciones sociales (el síntoma fundamental del trastorno, ya desde la primera descripción)^{2, 3}, trastorno de la comunicación, patrón de conductas estereotipadas y repetitivas, e inicio infantil.³

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales- III (DSM-III), de la Asociación Psiquiátrica Americana, se ha acuñado el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)”, en el que el autismo se convirtió en el prototipo de un nuevo grupo de trastornos del desarrollo de gravedad variable⁴.

Existen tres condiciones en la Clasificación Estadística Internacional – 10 (CIE-10) (autismo atípico, otros trastornos generalizados del desarrollo y trastorno generalizado del desarrollo determinado), que se unen en una sola en el DSM-IV-TR, se denominan trastornos generalizados del desarrollo o TEA a los casos de niños que presentan alteraciones de la interacción social como síntoma “estrella” del padecimiento, y se establecen los cinco trastornos: trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y el Trastorno Extendido del Desarrollo No Específico (TEDNE).⁵

El síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia (TDI) son bastante raros y muy diferentes en su proceso y el resultado del trastorno autista y el TEDNE.

Por su parte, el síndrome de Asperger, casi nunca se detecta antes de los tres años.⁵

En la actualidad, el término “*Trastorno de Espectro Autista*” (TEA), gracias al DSM-V, publicado en 2013. Con la publicación del DSM-V se pretende una simplificación y que se contemple una única categoría de TEA, eliminando las subcategorías a través de un esquema bidimensional.^{6, 8}

TABLA 2

Características diferenciales de los trastornos generalizados del desarrollo según los criterios del DSM-IV-TR

Características	Trastorno autista	Trastorno desintegrativo infantil	Síndrome de Rett	Síndrome de Asperger	TGD-NE
Rasgo	Autismo clásico	Inicio retardado pero grave	Autismo de infancia tardía	Autismo de alto funcionamiento	Atípico
Inteligencia	RM grave o normal	RM grave	RM grave	No RM	RM moderado-normal
Edad de reconocimiento	0-3 años	>2 años	0,5-2,5 años	>2 años	Variable
Habilidades comunicativas	Limitadas	Escasas	Escasas	Lenguaje conservado	Limitadas-buenas
Habilidades sociales	Muy limitadas	Muy limitadas	Muy escasas. Varían con la edad	Limitadas	Variable
Pérdida de habilidades	No, o leves	Marcadas	Marcadas	Generalmente no	Generalmente no
Intereses restringidos	Variable	No aplicable	No aplicable	Marcadas	Variable
Trastorno epiléptico	Frecuente	Muy frecuente	Frecuente	A veces	A veces
Desaceleración del crecimiento craneal	No	No	Sí	No	No
Prevalencia por 10.000	30-40	Muy raro	5-15	5-100	>15
Historia familiar	Rara	No	No	Frecuente	Desconocida
Ratio por sexos	M > F	M > F	F	M > F	M > F
Curso en la vida adulta	Estable	Declina	Declina	Estable	Estable
Pronóstico	De muy malo a regular	Muy malo	Muy malo	Regular	Regular/bueno

RM: retraso mental; TGD-NE: trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
Adaptada de Popper y Steinger, 1995; modificada de Volkmar, 1991.

La experiencia acumulada en los últimos años ha mostrado que existe una gran variabilidad en la expresión de estos trastornos. El cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociado o el exceso a apoyos especializados.^{6, 7}

El concepto de TEA trata de hacer justicia a esta diversidad, reflejando la realidad clínica y social. Los déficits deben ser clínicamente significativos y persistentes, e incluir un marcado impedimento de la comunicación verbal y no verbal utilizada para la interacción social, la carencia de reciprocidad social y el fallo en el desarrollo de las relaciones con iguales.^{9,10} El segundo criterio consiste en la presencia de patrones de conducta e intereses repetitivos y restrictivos, al menos dos de los siguientes: a) comportamientos estereotipados motores, verbales, o conductas sensoriales inusuales; b) adhesión excesiva a rutinas y rituales de comportamiento, y c) intereses restrictivos y fijos. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana.⁹

Como los trastornos difieren entre sí en rasgos como la prevalencia, gravedad y forma de aparición y el progreso de los síntomas, con la tabla siguiente se tratará de resumir de una manera gráfica las diferencias más significativas entre ellos. *(VER CUADRO NÚM. 1)*¹¹

La diferencia entre el trastorno autista y el Trastorno Extendido Del Desarrollo No Específico (*TEDNE*) puede ser bastante sutiles y a menudo dificultan el diagnóstico en los niños pequeños. Comparando con los diagnosticados de trastorno autista, los que lo han sido de *TEDNE* suelen presentar síntomas más moderados, atípicos o ambos, de manera que en muchas ocasiones se unifican¹¹.

Cuadro 1. Diferencias entre los trastornos del desarrollo

Características	Trastorno autista	Síndrome Asperger	TEDNE	TDI	Síndrome Rett
Desequilibrio social	X	X	X	X ⁺	X
Trastorno del lenguaje y comunicación	X		X ⁺	X ⁺	X
Intereses y actividades repetitivas	X	X	X ⁺	X ⁺	
Aparición antes de 36 meses	X				X
Periodo de desarrollo normal seguido de pérdida de habilidades en diferentes áreas	X			X	X
Desequilibrio relativo	Variable	Más moderado	Más moderado	Más grave	Más grave
Prevalencia relativa	Más elevada	Intermedio	Más elevada	Menor	Menor

*Debe presentarse por menos dos de éstas características. + Debe estar presente por lo menos tres de estas características. Marulanda, Juliana. Odontología para pacientes autistas. CES Odontol. 2013. 26 (2)

Trastorno de Espectro Autista

Definición

El término autismo proviene del griego *autos* que significa “yo” e *ismos* que significa “condición”. Bleuler introdujo el término en 1911 para describir la exclusión de los pacientes esquizofrénicos del mundo y de la vida social.^{12, 6}

El Síndrome Autista, Autismo o Trastorno Autista es una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación, y patrones de conductas estereotípicas, restringidas y repetitivas

Hoy en día se considera que no existe un único tipo de autismo, tal como demuestran el DSM-V (2013) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud. El autismo no se expresa como una enfermedad específica, se considera un síndrome con una impresionante heterogeneidad genética y fenotípica.^{12, 6}

En el CIE-10 («autismo atípico», «otros trastornos generalizados del desarrollo» y «trastorno generalizado del desarrollo indeterminado») se unen en una sola en el DSM V-TR («trastorno generalizado del desarrollo no especificado»), y la existencia de una condición en el CIE-10 sin correlato en el DSM-V -TR («trastorno hiperactivo con retraso mental»)^{13, 15}

En el DSM-V-TR se denominan trastornos generalizados del desarrollo o TEA a los casos de niños que presentan alteraciones de la interacción social como síntoma «estrella» del padecimiento, y se establecen cinco trastornos: trastorno

autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.^{13,14}

Epidemiología

Los datos epidemiológicos actuales muestran que los TEA son más frecuentes de lo que se pensaba hace pocos años.

Si las primeras estimaciones de prevalencia eran de 21-35 por 10.000 habitantes, en la última década estas cifras han aumentado, estimándose la prevalencia actual entre 6 y 8 casos por 1.000 habitantes, es decir, una prevalencia cercana al 1%.¹⁶

La prevalencia de autismo estimada para México es de 3 en 1 000. Nacen 2 100 000 nuevos mexicanos al año de los cuales 6 300 podrían desarrollar el Trastorno de Espectro Autista, se calculan 198 infantes en riesgo de autismo, por estado de la Republica Mexicana.¹⁷

Los TEA afectan unas 4 veces más a hombres que a mujeres (con diferencias según los subtipos: síndrome de Rett típico de mujeres, o trastorno de Asperger, unas 8-10 veces más frecuentes en varones)

La mejora en la detección (diagnóstico precoz), los cambios en los criterios diagnósticos y la ampliación del diagnóstico a los casos más leves (incluidos bajo el epígrafe de «trastorno generalizado del desarrollo no especificado») pueden justificar este incremento, aunque ciertos aspectos sobre la naturaleza del aumento de la prevalencia que se sigue observando en los últimos años no se han esclarecido todavía.

Etiología

Generalidades.

En la mayoría de los casos las causas del trastorno del desarrollo cerebral que conduce a un diagnóstico de Trastorno de Espectro Autista no están definidas y no existe un marcador biológico universal, dado que el trastorno se define por síntomas y signos clínicos, y debido a que la etiología es extremadamente heterogénea.

A pesar de los esfuerzos por encontrar un déficit cognitivo único y subyacente a la tríada sintomática de los TEA definida en el DSM-IV-TR, dicha búsqueda ha resultado infructuosa al no existir homogeneidad clínica ni neurobiológica en estos pacientes.¹⁸

Basta decir que las tres teorías cognitivas dominantes han sido la de la disfunción ejecutiva (planificación y ejecución de acciones complejas: teoría de alteración inespecífica y heterogénea, presente en casi todos los TEA, pero también en la mayoría de trastornos neuropsiquiátricos existentes, sobre todo en el TDAH), la teoría de la mente (habilidad escasa o nula para atribuir estados mentales a uno mismo y los demás) y la teoría de la coherencia central débil (la tendencia a focalizarse en elementos locales e individuales más que en el todo, lo global)^{18, 19}.

Se han postulado numerosos factores de riesgo. Se han considerado ciertos factores endocrinológicos en la etiopatogenia de los TEA, sobre todo respecto a las hormonas que tienen un papel importante en el desarrollo del comportamiento, como la hormona del crecimiento y sus factores relacionados, la melatonina, la hormona tiroidea, la cortisona y la testosterona, entre otras.¹⁹

Otros factores de riesgo son la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y la exposición a algunos fármacos o tóxicos (antiepilépticos y etanol, entre muchos otros).

Las enfermedades metabólicas se consideran hoy en día una causa rara de TEA, y normalmente están asociadas a otros síntomas. Algunas de ellas son las siguientes: fenilcetonuria, deficiencia del transportador de creatina, trastornos del metabolismo de las purinas, deficiencia cerebral de folato o el síndrome de Smith-Lemli-Opitz²⁰.

Del mismo modo, las enfermedades mitocondriales pueden justificar raramente este trastorno, también relacionadas casi siempre con la afectación de otros órganos y sistemas.

Signos y Síntomas

Las características con mayor frecuencia en los pacientes diagnosticados con el Trastorno de Espectro Autista son un desarrollo atípico en tres áreas primarias: 1) habilidades sociales, 2) habilidades de lenguaje y 3) comportamientos limitados y repetitivos.²¹

- 1) Los niños con autismo a menudo no muestran el desarrollo esperado de las habilidades tempranas de interacción social. Dan la sensación de no tener el mismo “motor impulsor” para interactuar socialmente como lo hacen sus iguales. El desequilibrio de las interacciones sociales está presente en todos los niños con el diagnóstico de Autismo. Estos desequilibrios afectan tanto la interacción niño-adulto, como niño-niño.²¹
- 2) En el ámbito del lenguaje y la comunicación es el desarrollo retrasado del lenguaje hablado. Muchos niños con autismo no comprenden en lo más mínimo el proceso de comunicación, no saben hacer una elección si no es recurriendo al llanto o a las rabietas, no miran a los ojos en las interacciones lúdicas. Además, suelen recurrir a la ecolia retrasada.^{21, 22}
- 3) Comportamientos limitados y repetitivos.^{21, 23}

Se ha demostrado que el autismo es una discapacidad relativamente frecuente, y con el problema de comportamiento que conlleva, tendrá importantes implicaciones en el ámbito de la atención bucodental.

Los niños con autismo podrían no responder a sus nombres y a menudo evitar el contacto visual con otras personas.

Tienen dificultad para interpretar lo que los demás están pensando o sintiendo porque no pueden entender las pautas sociales, como el tono de voz o las expresiones faciales, y no observan las caras de las otras personas para ver las pautas de conducta adecuada. Carecen de empatía²⁴.

Muchos niños se involucran en movimientos repetitivos como mecerse y dar vueltas, o en conductas autoabusivas como morderse o golpearse la cabeza. También tienden a hablar después que los otros niños y pueden referirse a sí mismos por el nombre en lugar de “Yo” o “mí.”²⁴

Algunos hablan con voces cantarinas sobre una gama estrecha de temas favoritos, sin importarles demasiado acerca de los intereses de la persona con la que están hablando.²⁵

Los niños con autismo parecen tener un riesgo mayor que lo normal de tener ciertas afecciones concomitantes, inclusive el síndrome de X frágil (que causa retraso mental), esclerosis tuberosa (en la que crecen tumores en el cerebro), convulsiones epilépticas, síndrome de Tourette, trastornos del aprendizaje, y el trastorno por déficit de la atención.²⁵

Alrededor del 20 al 30 por ciento de los niños con Autismo desarrollan epilepsia cuando llegan a la edad adulta.^{25, 26} Mientras que las personas con esquizofrenia pueden mostrar alguna conducta parecida al autismo, generalmente sus síntomas no aparecen hasta el final de la adolescencia o el comienzo de la edad adulta.²⁶ La mayoría de las personas con esquizofrenia también tendrá alucinaciones y delirios, que no se encuentran en el autismo.

Es probable que tanto la genética como el ambiente jueguen un papel importante como etiología del Síndrome Autista.²⁷ Los investigadores han identificado un número de genes asociados con el trastorno.²⁷ Los estudios de las personas con el Trastorno de Espectro Autista han encontrado irregularidades en varias regiones del cerebro.^{27, 28} Otros estudios sugieren que las personas con TEA tienen niveles anormales de serotonina u otros neurotransmisores en el cerebro.²⁸ Estas anomalías sugieren que el TEA podría producirse de la interrupción del desarrollo cerebral normal precozmente en el desarrollo fetal causado por defectos en los genes que controlan el crecimiento cerebral y que regulan cómo las células cerebrales se comunican entre sí, posiblemente debido a la influencia de factores ambientales sobre la función genética.²⁹ A pesar de que estos hallazgos son intrigantes, son preliminares y requieren más estudios.²⁹

Manejo

Considerando que no hay cura para el Autismo, es que las diferentes terapias y alternativas de tratamiento son ideales para éstos pacientes.

Las terapias e intervenciones conductuales están diseñadas para remediar los síntomas específicos y pueden aportar una mejoría sustancial³⁰. El plan de tratamiento ideal coordina las terapias e intervenciones que cubren las necesidades específicas de los niños individuales.

La mayoría de los profesionales de atención médica están de acuerdo con que cuanto antes sea la intervención, la calidad de vida de éstos pacientes, a futuro, mejorará.

Intervenciones conductuales educativas:

Los terapeutas usan sesiones de capacitación intensivas y altamente estructuradas orientadas a las habilidades para ayudar a los niños a desarrollar habilidades sociales y del lenguaje, como el Análisis Conductual Aplicado³¹.

El asesoramiento familiar para los padres y los hermanos de los niños con el Trastorno de Espectro Autista a menudo ayuda a las familias a enfrentar los desafíos particulares de vivir con un niño con Autismo^{31, 32}

Medicamentos:

Los médicos podrían recetar medicamentos para el tratamiento de síntomas específicos relacionados con el TEA, tales como ansiedad, depresión, o trastorno obsesivo-compulsivo.³³ Los medicamentos antipsicóticos se usan para tratar problemas graves de conducta.^{33, 34}

Las convulsiones pueden tratarse con uno o más anticonvulsivos.³⁴ Los medicamentos usados para tratar a las personas con trastorno por déficit de la atención pueden usarse eficazmente para ayudar a disminuir la impulsividad y la hiperactividad.

Otras terapias: Existe un número de terapias o intervenciones controvertidas a disposición de las personas con el Trastorno de Espectro Autista, pero pocas, si las hay, están sustentadas por estudios científicos.³⁵ Los padres deben ser precavidos antes de adoptar tratamientos no probados. Aunque las intervenciones dietéticas han sido útiles en algunos niños, los padres deben cuidar que el estado nutricional de su hijo se siga cuidadosamente.³⁶

Medicamentos psiquiátricos empleados

Fármaco	Uso	Indicaciones	Efectos adversos e interacciones
<i>Carbamacepina</i>	Anticonvulsivante	-Control del humor - Anti agresión. -Anticonvulsivante	- Interacción con eritromicina, claritromicina y propoxifeno que incrementan el efecto de la carbamacepina
<i>Fluoxetina</i>	Antidepresivo	-Reducir convulsiones, ansiedad y miedo -Tratar depresión -Prevenir autolesiones	-Incremento en el tiempo de sangrado -Inhibe metabolismo de codeína, benzodiacepinas. -La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo
<i>Metilfenidato</i>	Estimulante del SNC	-Calmar hiperactividad -Ganar atención	-Cuidado con VC (aspirar antes de inyectar)
<i>Olanzapina</i>	Antipsicótico	Disminuir alucinaciones	-Hipotensión ortostática -Problemas motores
<i>Risperidona</i>	Antipsicótico	-Antiagresiones -Disminuir alucinaciones Disminuir irritabilidad	-Trombocitopenia -Hipotensión ortostática -Problemas motores
<i>Sertralina</i>	Antidepresivo	-Reducir convulsiones, ansiedad y miedo -Tx depresión -Prevenir autolesiones	-Incremento en el tiempo de sangrado -Inhibe metabolismo de codeína, benzodiacepinas. -La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo
<i>Ác. Valproico</i>	Anticonvulsivante	-Controla los ataques de autoagresión -Anticonvulsivante	-La eritromicina y la aspirina pueden reducir su metabolismo. - Con AINES y aspirina aumenta el riesgo de sangrado.

Alteraciones y principales enfermedades bucales en el paciente con Trastorno de Espectro Autista.

Las consecuencias de las carencias adaptativas de los pacientes con Trastorno de Espectro Autista debidas a los déficits propios del trastorno pueden desembocar en conductas desafiantes.

Éstas se encuentran relacionadas con las conductas lesivas pudiendo presentarse como: autoagresiones, agresiones a terceros, agresiones contra el entorno, conductas inapropiadas o disruptivas, falta de atención o ensimismamiento, conductas inflexibles o negativa.³⁷

Las personas con Trastorno de Espectro Autista son poseedoras de una gran cantidad de manías, hábitos nocivos relacionados con la boca, tales como: respiración bucal, morderse la ropa, meterse los dedos en la boca, queilofagia, onicofagia, morder objetos y conductas autolesivas como cachetearse la cara, golpearse la cabeza y úlceras traumáticas por mordisqueo^{37, 38}. Es por ello fundamental hacer un buen examen clínico y radiológico para estudiar los resultados obtenidos tales como cicatrices y traumatismos, y los resultados obtenidos en la entrevista a los padres y/o cuidadores por si fuese fruto de abusos o negligencias o bien el resultado de autolesiones³⁷.

La relación entre enfermedades orales y mala higiene oral ha sido bien establecida en la literatura. Sin embargo, su relación directa con el autismo no ha sido demostrada. A pesar de su discapacidad psicomotora, el paciente con Trastorno de Espectro Autista no está limitado para utilizar los servicios odontológicos, más bien, la falta de conocimiento, cultura de ir al dentista y entrenamiento de los odontólogos generales para la atención de este grupo de pacientes pareciera ser uno de los problemas³⁸.

El cirujano dentista debe manejar el material odontológico de forma cuidadosa, así como evitar excesivos estímulos auditivos (como los derivados de turbinas) y

visuales (como la luz del equipo). De este modo, al momento de tratar al paciente con TEA (Trastorno de Espectro Autista) es esencial intentar reproducir unas rutinas estrictas e invariables, que se repetirán en cada visita al dentista³⁹. Si, por algún motivo, se cambia la uniformidad del entorno, el paciente puede presentar ansiedad, rabia u otras manifestaciones difíciles de controlar.

Además, también puede ser útil explorar su cavidad bucal con su cepillo de dientes en vez de utilizar espejos y sondas, ya que pueden generar una respuesta de ansiedad al paciente.

Cabe destacar que, para el cirujano dentista, es difícil detectar el grado de insensibilidad que les causa la anestesia local, algo que puede dificultar un tratamiento convencional⁴⁰.

En función del grado de cooperación del paciente, será más preciso utilizar “anestesia general o sedación” ante cualquier tipo de tratamiento dental.

A nivel bucodental, los pacientes con TEA suelen presentar más signos de erosiones dentales. Asimismo, patologías orales como el bruxismo suelen aparecer en el 20-25% de pacientes con TEA y, sobre todo, mal oclusión, caries dental y enfermedad periodontal.

En caso de padecer alguna alteración bucal, puede que el sujeto abandone prácticas diarias, como cepillarse los dientes o simplemente dejar de comer.

El dolor que le produce la presencia de una patología dental puede pasar desapercibido, hecho que dificulta la detección de la alteración por parte de las personas de su alrededor.

Las principales patologías que encontramos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro son: caries, bruxismo, enfermedad periodontal y mal oclusión dental.

El paciente con Trastorno de Espectro Autista por sí solo no comprende características orales diferentes a las encontradas en pacientes sin esta patología, pues no se ha encontrado diferencia en el flujo salival, los niveles de ph, capacidad de amortiguación de la saliva ni su composición, aunque la toma de medicamentos psiquiátricos influencia negativamente estos factores, cambiando la balanza a favor de las enfermedades orales.⁴¹

Así mismo, este riesgo aumenta al presentar una capacidad limitada para comprender y asumir responsabilidades de su salud oral y les dificulta cooperar con las prácticas preventivas.⁴²

La higiene oral deficiente en esta población está relacionada con la falta de motricidad manual y lingual para realizar un barrido de placa dental, además de presentar frecuentemente una resistencia a la higiene oral diaria, al cuidado por parte del profesional y de la familia. Dicha situación puede aumentar severamente el índice de caries y enfermedad periodontal, pues se describen altos niveles de placa, gingivitis, cálculos, halitosis y remanente constante de comida cariogénica en la cavidad oral.^{43, 44}

Caries Dental.

La caries dental continua siendo una de las enfermedades orales que afecta a la gran mayoría de la población mundial a pesar de los avances científicos y tecnológicos que han permitido desarrollar nuevos instrumentos para su detección temprana así como una mejor comprensión de su etiopatogenia lo cual ha determinado nuevos enfoques en cuanto al control y tratamiento de esta dolencia⁴⁵.

La caries dental de la edad temprana suele producirse en los dientes superiores delanteros, pero otros dientes podrían verse afectados también.⁴⁵

La caries dental, bajo ciertas circunstancias, puede considerarse como una enfermedad infecciosa causada por la flora normal de la cavidad bucal.

Una mancha blanco-tiza reversible es la primera manifestación de la enfermedad, la cual puede llevar a una cavitación si el mineral continúa siendo expuesto al ácido.⁴⁶

Hay que considerar por otro lado que la caries dental, como ya está demostrado, es una enfermedad compleja multifactorial como lo son otras enfermedades conocidas donde los componentes genéticos, medioambientales y conductuales son factores de riesgos que interactúan entre sí⁴⁷.

Hay muchos factores que pueden provocar la caries dental. La caries dental puede producirse cuando se acuesta al bebé en la cama con un biberón, o cuando un bebé nervioso utiliza un biberón como chupete y la falta de cepillado⁴⁷

Existe controversia frente al riesgo de la población con TEA frente a la caries dental, pues hay quienes afirman que tienen menor posibilidad de tener una historia de caries positiva con respecto a pacientes sanos, debido al bajo consumo de carbohidratos y azúcares entre comidas. Un estudio realizado por Shapira, compara la higiene y las necesidades orales entre pacientes con autismo y sanos, encontrando que presentan una tasa de caries similar, pero problemas periodontales más severos.⁴⁸

Bruxismo

El hecho de que el esmalte de los dientes temporales contiene una menor proporción de sales minerales, es decir que está menos mineralizado que el de los dientes permanentes, unido al mayor volumen de poros, podría explicar que en la dentición temporal se evidencie en ocasiones un aumento de la atrición y la abrasión⁴⁹.

Esto que normalmente es fisiológico, se agrava y se puede hacer patológico, cuando el paciente tiene el hábito de rechinar los dientes.

Se describe el bruxismo como una parafunción donde la mandíbula realiza movimientos no funcionales durante el día y/o la noche de forma voluntaria o involuntaria. En estos movimientos siempre están involucrados los dientes, que se ponen en contacto con sus antagonistas produciendo un apretamiento o rechinar característicos⁴⁹.

Esto puede ocurrir durante el día (bruxismo diurno o despierto) o por la noche (nocturno o bruxismo del sueño). Casos leves pueden que no requieran tratamiento.

El bruxismo excesivo, sin embargo, puede dar lugar al desgaste de los dientes, trastornos de la mandíbula (incluyendo problemas de la articulación temporomandibular) y dolores de cabeza⁵⁰.

Numerosos factores han sido atribuidos como causas del bruxismo; sin embargo actualmente no hay acuerdo unánime entre los diferentes autores, lo que ha llevado a afirmar que la etiología del bruxismo aún no es bien conocida.

A continuación se describen los factores más relevantes concernientes al bruxismo infantil, a los que hace referencia la bibliografía:

- Factores psicológicos.
- Factores odontológicos.
- Otros.

Probablemente ninguno de estos factores actúe de forma aislada, sino en forma conjunta^{50, 51}.

El hecho de que el bruxismo sea más frecuente determinadas patologías como lesiones corticales, epilepsia, hipertiroidismo, etc., ha llevado a pensar que el bruxismo puede ser consecuencia de estas enfermedades⁵¹. Sin embargo tal y como afirmaba Rugh⁵², el hecho de que el bruxismo se presente en sujetos que están afectados por otras enfermedades no implica que sea resultado de ellas. También se ha demostrado que algunas medicaciones pueden aumentar los episodios bruxísticos^{51, 53}. No cabe duda de que las teorías que combinan variables dentales y psicológicas son muy atractivas tanto desde el punto de vista teórico como terapéutico, pero no debemos olvidar que su formulación es vaga y no existen suficientes datos que la soporten.⁵³

Los síntomas característicos del bruxismo son el inaudible o audible, consciente o inconsciente apretamiento, rechinar, golpeo intermitente o balanceado de los dientes en céntrica o fuera de céntrica, en momentos diferentes de la deglución y trituración de los alimentos, durante el día y/o la noche.⁵³

La sintomatología y las repercusiones van a depender de la resistencia de cada una de las estructuras involucradas y de la duración, frecuencia e intensidad de la actividad bruxista. Aunque las fuerzas del bruxismo pueden transmitirse a las estructuras del sistema masticatorio, algunas de ellas se absorben sin efectos secundarios, mientras que otras pueden provocar alteraciones de diversos grados⁵⁴.

Las estructuras que se van a afectar son los dientes y sus tejidos de sostén, los músculos masticatorios y las articulaciones temporomandibulares. El examen físico en estos casos revela dientes dañados, marcas de masticar tanto en las mejillas como en la lengua, y sensibilidad dental⁵⁴.

El odontólogo deberá ocuparse de prevenir y reducir los efectos lesivos que produce el bruxismo en el paciente. No obstante, debe hacer conocer al familiar o tutor la importancia de las repercusiones que el bruxismo puede tener en el sistema estomatognático y ayudarlo a que se haga consciente de la actividad parafuncional, en los casos que ésta se produzca durante el día y así poder reducirla o eliminarla⁵⁴.

En dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo, la provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño⁵⁵. También el niño puede beneficiarse con el uso de una férula acrílica que ajuste en los dientes del maxilar superior y que sea dura, sobre todo en las caras oclusales. Las férulas, por una parte, disminuirían las fuerzas parafuncionales y, por otra, distribuirían dichas fuerzas, con lo que se protegería el sistema masticatorio y disminuiría la carga en la articulación temporomandibular⁵⁴.

Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quien apenas estén erupcionados los primeros molares permanentes y tiene totalmente abrasionadas las coronas de los molares primarios, se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical.⁵⁶

El bruxismo en el 32% de los niños con TEA y sólo en el 2% de aquellos con desarrollo típico.⁵⁷

Enfermedad Periodontal

En los niños las enfermedades del periodonto se clasifican en cuatro grupos: aquellas alteraciones periodontales, que son manifestaciones de padecimientos sistémicos, en las cuales no se observan factores locales responsables; la enfermedad periodontal necrotizante asociada a disminución en la respuesta inmune de los tejidos periodontales a los productos bacterianos y que manifiesta en casos de inmunosupresión como la desnutrición; la periodontitis destructiva agresiva, caracterizada por una rápida pérdida de los tejidos periodontales, presente principalmente en la etapa de la pubertad y la enfermedad periodontal crónica de mayor prevalencia que las anteriores, menos agresiva y más localizada en la zona gingival, provocada por factores locales como la acumulación de placa dentobacteriana por una higiene deficiente.⁵⁸

La Academia Americana de Periodoncia considera que en niños y adolescentes se pueden presentar las siguientes enfermedades periodontales: enfermedad gingival, periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica y las enfermedades periodontales necrotizantes. Dentro de las enfermedades gingivales en niños y adolescentes el cuadro clínico más prevalente es la gingivitis asociada a la placa bacteriana.⁵⁹

La enfermedad periodontal localizada en la encía se denomina gingivitis y se caracteriza por cambios en el color, forma y textura: la encía marginal y/o papilar adquiere un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillante con una pérdida o reducción del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve^{58, 60}.

Las manifestaciones de la enfermedad periodontal se observan desde la primera infancia.

Estudios epidemiológicos, clínicos e histológicos indican que existe una tendencia relacionada con la edad para el desarrollo de la gingivitis. Es así que se ha reportado que la severidad de la gingivitis es menos extensa en niños que en adultos con similares cantidades de placa bacteriana. Se han encontrado prevalencias bajas de gingivitis en niños preescolares, seguido de un aumento progresivo de la prevalencia hasta encontrar un pico en la pubertad. La pubertad parece tener importantes consecuencias en la composición de la placa bacteriana. Los cambios hormonales entre el período prepuberal y el puberal facilitan cambios en la microflora subgingivales⁶¹

Si la placa no se quita, se convierte en un depósito duro denominado sarro (o cálculo) que queda atrapado en la base o cuello del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se tornen sensibles⁶².

Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas) son factores de riesgo para la Enfermedad Periodontal.⁶²

Se considera que la enfermedad periodontal ocupa el segundo lugar de la morbilidad bucal del mundo, afectando a un amplio sector de la población, constituyendo por ello un problema de salud pública⁶³.

Mal Oclusión Dental.

La oclusión se refiere a la manera en la que los dientes maxilares y mandibulares se ensamblan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula.⁶⁴

La relación de la oclusión ideal de los dientes cambia con la etapa de la formación dental y se consideran cuatro etapas: 1) Preprimaria, desde el nacimiento hasta que se completa la dentición primaria (alrededor de los tres años); 2) Dentición primaria presente y en esencia sin cambios desde los tres hasta los seis años; 3) Dentición mixta desde la erupción del primer órgano dental permanente a los seis años hasta la caída y sustitución de todos los dientes primarios(12 o 13 años)⁶⁵

En los pacientes con TEA es frecuente encontrar apiñamiento dental y mal posición dental debido a que los pacientes no saben masticar, en parte por la insensibilidad de degustar los alimentos y por los padres o tutores que consideran que es mejor picarles en trozos pequeños los alimentos a estos niños “porque tragan todo sin masticar”.

Efectos de los psicofármacos en la cavidad bucal.

Fármaco	Efectos en cavidad bucal	
Carbamacepina	Xerostomía Glositis	Estomatitis Eritema Exudativo Multiforme
Fluoxetina	Xerostomía Glositis Bruxismo Sialoadenitis Estomatitis	Gingivitis Cambios linguales de color Ardor Lingual Disgeusia
Metilfenidato	Xerostomía	Eritema Exudativo Multiforme
Olanzapina	Xerostomía Disfagia Gingivitis Edema Lingual Absceso Periodontal	Sialorrea Estomatitis Glositis Rigidez de Candidiasis
Risperidona	Xerostomía Disfagia Estomatitis Edema Lingual Odontalgia	Sialorrea Disgeusia Gingivitis Cambios Linguales de color Parálisis lingual
Sertralina	Xerostomía Disgeusia Glositis Hiperplasia gingival	Disfagia Estomatitis Bruxismo
Ác. Valproico	Xerostomía Disgeusia Glositis Absceso periodontal Dolor Cervical	

Planteamiento del Problema

Debido a que durante el servicio social en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro en el área de Dental, se atiende a una población de 2 a 18 años de edad, con alguna enfermedad psiquiátrica, entre ellas el Trastorno de Espectro Autista (TEA); es importante enriquecer y adecuar el protocolo que utiliza el hospital en dicha población, con la finalidad de favorecer el abordaje estomatológico específico de la población con TEA.

Objetivos

General

- Realizar un protocolo de atención odontológica a pacientes con autismo de 2 a 18 años de edad.

Tipo de Estudio

Descriptivo

Material

- Referencias Bibliográficas.
- Libros
- Pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (para fotografías)
- Abrebocas
- Sujetadores especiales
- Unidad dental
- Cirujano Dentista
- Asistente
- Fotógrafo
- Cámara fotográfica

Cronograma de Actividades

Actividad	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Título	x					
Búsqueda de artículos		X				
Realización de Marco Teórico		x	X			
Realización de protocolo de atención dental.			x	X		
Toma de fotografías				x	X	
Revisiones y entrega final						x

Bases Éticas y Legales

La inmovilización de un paciente es una medida terapéutica que se aplica a quien, por definición, el estado de agitación le hace incompetente, lo que hace que confluyan dos circunstancias: por un lado, la acción terapéutica no suele ir precedida de consentimiento informado; por otro, la privación de libertad.⁶⁶

Los documentos imprescindibles que hay que tener en cuenta para la no vulneración de los derechos de los pacientes sometidos a restricción física son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: derecho a la vida, libertad y seguridad.

Para la regulación de estas técnicas a nivel internacional encontramos el documento “Restraint and seclusion standards 2001”, editado en el año 2001 por The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)⁶⁷

Se trata de un documento que describe las características organizacionales que debe cumplir un centro o consultorio, así como los requisitos de formación de los profesionales que ejercen en él, para que este sea acreditado por la entidad que lo edita. A nivel nacional encontramos varios protocolos de diferentes hospitales y servicios autonómicos de salud, todos ellos desarrollados tomando como referencia, en menor o mayor medida, el libro Contención mecánica.^{67, 68}

Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento, de forma que encontramos, en todo el territorio nacional, bastante similitud a la hora de llevar a cabo estas técnicas⁶⁸.

Protocolo para la atención odontológica del paciente con Trastorno de Espectro Autista.

Atención Odontológica

Historia Clínica (Anexo 1)

Es un instrumento, formato o expediente que sirve para recabar de forma ordenada datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico, que en el primer momento puede ser provisional, el cual se respaldará con los resultados de los análisis de laboratorio clínico, radiográficos u otro tipo, realizados al paciente⁶⁹.

Datos de identificación del paciente:

- Nombre y apellidos, teléfono, número del documento de identidad, otro.**
- Nº de historia clínica.**
- Fecha de nacimiento.**
- Sexo u otro dato de identificación relevante.**
- Motivo por el cual acude al hospital /consultorio o clínica**
- Diagnóstico Psiquiátrico**
- Medicamentos que toma y dosis.**
- Exploración bucal (llenado del odontograma)**

Características de la Historia Clínica:

OBLIGATORIA: ningún acto médico (hospitalario o de consultorio) y odontológico debería efectuarse sin su correspondiente registro en la Historia Clínica.⁶⁹

IRREMPLAZABLE: no puede ser remplazada por otro documento, aunque sea similar.^{69, 70}

ÚNICA: exclusiva para cada paciente.

LEGIBLE: para evitar malinterpretaciones de los datos contenidos en ella.

PRIVADA Y CONFIDENCIAL: pertenece al paciente y la información que contiene es secreto profesional y de información restringida.

LA INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE: debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo. Éste es un derecho fundamental del paciente para poner en ejercicio su libertad. Involucra principios éticos.

OBJETIVA Y VERAZ: basada en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran, debe estar libre de presunciones y especulaciones. En la elaboración de la Historia Clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico o el odontólogo no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico⁷⁰

DISPONIBLE: debe preservarse la confidencialidad, estar disponible al personal médico u odontológico y al propio paciente. Su acceso a ella debe ser restringido para preservar la intimidad y confidencialidad de los datos que allí se asienten⁷⁰.

Consentimiento Informado (Anexo 2)

Es un documento en el cual un individuo y/o su representante legal expresa la conformidad de participar en un estudio clínico (incluye el área odontológica) al cual se someterá, con plena autonomía y de forma espontánea, a través de un documento elaborado con un lenguaje claro y accesible⁷¹

Diagnóstico

Un tratamiento correcto se basa en un diagnóstico correcto; éste se basa sobre lo que se escucha, ve, siente, observa y sintetiza.

La palabra "diagnóstico" literalmente significa discernir o reconocer una afección diferenciándola de cualquier otra. Es el arte de distinguir o identificar una enfermedad⁷².

Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición⁷².

Un procedimiento diagnóstico es sugerido ante la presencia de elementos o síntomas anormales para determinadas situaciones de acuerdo a los parámetros comúnmente aceptados como naturales. El diagnóstico puede aplicarse para ratificar o rectificar la presencia de una enfermedad, como también para conocer su evolución en el caso de confirmarse la misma. El diagnóstico médico puede resultar de diferentes tipos de análisis, algunos más simples y superficiales, pero también de otros más complejos y profundos, sobre todo en el caso de enfermedades de gravedad.

En la mayoría de los casos, para poder completarse un diagnóstico apropiado y certero, se debe contar con material extra, ya sean pequeños instrumentos como complejos y sofisticados equipamientos médicos.^{72, 73}

Inicialmente, la metodología clínica del diagnóstico empieza con la observación de los indicios, datos clínicos que por sí solos, no definen ni establecen una enfermedad, pudiendo apenas sugerirla o indicar una trayectoria a ser seguida.

Criterios de diagnóstico.

Cuando los datos clínicos son insuficientes para conformar la hipótesis de diagnóstico o en aquellos casos en los que no podemos conformar una hipótesis debido a la escasez de sintomatología, se hace necesarios procedimientos clínicos que ayuden en la conformación de un diagnóstico provisional⁷⁴.

Tratamiento

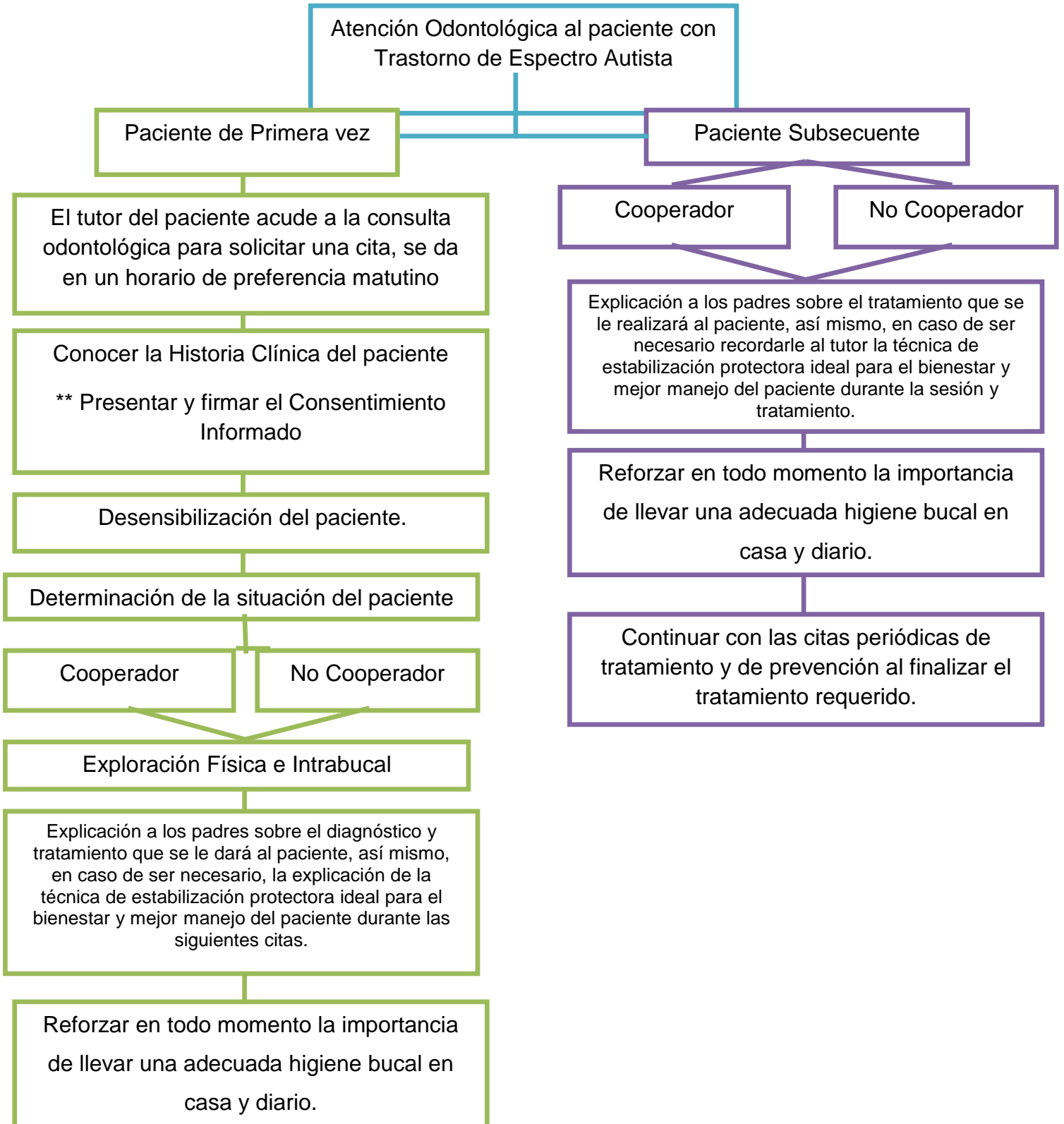
Brindar atención odontológica a un paciente con el Trastorno de Espectro Autista es de gran importancia, aun que actualmente no se tiene una educación de remitir o llevar a los pacientes al consultorio dental.

Inicialmente se debe monitorizar e ir familiarizando al paciente, tanto con el odontólogo, como con el equipo de trabajo, siendo éste, el causante de ruidos que los altera.

Debemos iniciar con una exploración completa del área del sistema estomatognático, para hacer un plan de tratamiento adecuado e identificar de mayor a menor importancia los tratamientos a realizar.

A los pacientes con TEA, principalmente, se les debe sujetar, para de ésta forma dar un tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.

Protocolo.



Descripción de Protocolo:

1. El tutor del paciente acude a la consulta odontológica para solicitar una cita, se da en un horario de preferencia matutino.
2. Conocer la Historia Clínica del paciente y dar a conocer y firmar el Consentimiento Informado. (primera consulta)

En ésta sección se solicitan datos de mayor importancia, los cuales, los brinda el padre o tutor responsable del paciente.

(Nombre, fecha de nacimiento, edad, diagnóstico, medicamentos que toma, alergias, experiencia en el consultorio dental previa a llegar a nuestra consulta.)

Firma del consentimiento informado en el que se explican los probables procedimientos a realizar, como son: exploración intrabucal y extrabucal para determinar el diagnóstico del paciente y el plan de tratamiento.

En caso de que el paciente no coopere se explica a los padres o tutores que será necesario la autorización por escrito de la técnica de sujeción gentil por parte del personal de consultorio dental. Esto con el fin de evitar accidentes, tanto para el personal como para el paciente debido a que trabajamos con material punzocortante.

3. Desensibilización del paciente.










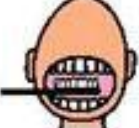





Posterior a la realización de la historia clínica y firma del consentimiento informado, se procede a pasar al paciente al sillón dental, se pide al tutor que lo siente para nosotros observar el comportamiento de éste;

determinamos clínicamente si el paciente va tranquilo, ansioso, agresivo o temeroso. Se busca tener al paciente tranquilo, hablándole por su nombre y buscando contacto visual, aun que en algunos casos es imposible la primera vez.

Técnica” Decir- Mostrar- Hacer”

Se explica para qué es el instrumental que ocuparemos en la primera revisión, éstos son: eyector mostrando y probando lo que sucederá con frases como: “éste es un popotito y sirve para sacar agua y saliva (se coloca el eyector)” se intenta introducir el eyector a la boca del paciente para que vea que no sucede nada, continuamos con la pieza de baja y de la misma manera explicamos que sirve para cepillar, damos el ejemplo en la yema del dedo del paciente para que vea que el cepillo no hace nada aun que es ruidoso. Se explica la función de la jeringa triple con frases como “con ésta te echaré agüita (mostrando en la escupidera) y ésta para echarte aire (echándole aire en la palma de la mano)”. Mostramos el espejo y pedimos que el paciente abra la boca.

También se puede dar con la ayuda de imágenes en las que se muestra lo que se va a realizar y al personal a cargo del servicio (Cirujano Dentista y/o Asistentes)

IR AL DENTISTA:			DENTISTA 	
VISITAR 	HOLA 	ESPERA 	HOLA DOCTOR 	SIÉNTATE 
TOMAR FOTOS 	DI "AHHHH" 	MANTEN BOCA ABIERTA 	CEPILLAR DIENTES 	ENJUAGA BOCA 
TODO HECHO 	ADIOS 	REGALO 	HORA DE IR A CASA 	

Se intenta brindar atención sin utilizar la técnica de sujeción como primera opción poniendo a prueba la técnica de decir, mostrar y hacer.

4. Cuando el paciente no es cooperador y la técnica de desensibilización no funcionó.

En caso de que el paciente no coopere o este muy inquieto y agresivo se procede a llevar a cabo la técnica de sujeción para agilizar y dar un tratamiento de calidad; así mismo evitando riesgos de cortaduras o lesiones. Es importante que se sujete al paciente para realizar la exploración bucal para así obtener el odontograma para determinar el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que no coopere ni funcione la técnica de desensibilización con el paciente con TEA.

5. Explicación a los padres sobre el tratamiento que se le dará al paciente, así mismo, en caso de ser necesario, la explicación de la técnica de sujeción ideal para el bienestar y mejor manejo del paciente durante las siguientes citas.

Cabe mencionar que se debe crear una rutina con el paciente respecto a visitar al odontólogo con frecuencia para que vaya acostumbrándose a los ruidos y dinámicas a realizar, además de inculcar el cepillado dental diario tres veces al día en casa.

Se menciona que con el tiempo, estos pacientes se familiarizan con la visita al odontólogo y los procedimientos de rutina como son: exploración bucal con el espejo y explorador y profilaxis dental como medida preventiva. Se espera que con el pasar de las citas periódicas el paciente pueda estar en su cita dental sin necesidad de sujetarlo.

6. Exploración física e intrabucal del paciente.

Con la ayuda del abrebocas, el explorador y el espejo intraoral.

Se observan tejidos como labios, carrillos, piso de boca, lengua, paladar, anomalías o malformaciones, presencia de caries, abscesos, lesiones o placa dentobacteriana (Biofilm)

7. Cuando el paciente es cooperador y resultó la técnica de desensibilización es ideal iniciar con una profilaxis en la primera cita, para explicar al paciente con TEA los diferentes ruidos que habrá en las próximas citas. Siempre buscando la vista del paciente, estarle hablando por su nombre, permitiéndole hacer preguntas (más frecuente en pacientes que llevan tiempo en tratamiento psiquiátrico).

Si es necesario, dejar que él mismo toque los diferentes instrumentos (espejo intraoral, eyector, guantes, algodón, jeringa triple).

En caso de que el paciente no sea cooperador y se haya tenido que utilizar la técnica de sujeción gentil, se realiza una exploración bucal con ayuda de abrebocas y espejo intraoral, se procede a la eliminación de Placa Dentobacteriana y se hace un plan de tratamiento. Es importante calmar al paciente con frases como “Ya vamos a terminar”, “Ya te vas a ir”, y siempre conservar la calma aún cuando el paciente este gritando y/o llorando.

Para todos los pacientes se establece un plan de tratamiento poniendo primero los tratamientos que requiere con urgencia. En todo momento reforzar que el paciente está actuando de manera favorable. Alentándolo con frases como “muy bien”, “ya terminamos”, “ya te vas”

8. Una vez terminada la primera cita, explicar a los padres la importancia de la higiene bucal.

Dar opciones como el uso de abatelenguas para ayudarse en casa con la apertura de la boca en sus hijos: se lleva a cabo utilizando de ocho a diez abatelenguas pegados uno encima de otro o unidos con una liga por la parte de en medio, y colocándolos de un lado de la boca para mantener la boca abierta y así cepillar el lado contrario a donde se tienen los abatelenguas.

Se muestra a los tutores con ayuda de un tipodonto y cepillo de dientes que los dientes de arriba se cepillan de la encía hacia abajo en la parte vestibular (señalamos en tipodonto), las muelas hacia afuera y también la parte interior de los dientes hacia abajo. En el caso de los dientes inferiores, se cepilla de la encía hacia arriba, las muelas hacia afuera y la zona interior de los dientes hacia arriba. Cuando el paciente no sabe escupir es importante limpiar con una gaza húmeda y ayuda de los dedos del tutor para retirar interiormente los restos de pasta y alimentos (fondo de saco).

Utilizamos imágenes en donde muestre la técnica con ayuda de los abatelenguas.

Técnica de Cepillado



Se necesitan: 10 abatelenguas, cepillo dental y pasta dental.



Colocar en el cepillo una gota de pasta dental, del tamaño de un chicharo.



Juntar de 8 a 10 abatelenguas, colocarlo en las muelas para ayudar a mantener abierta la boca.



Los dientes superiores se cepillan de arriba hacia abajo comenzando desde las muelas, llevando el cepillo hasta el borde de la encía dando un breve masaje, y se hace un barrido hacia abajo. Esto se realiza en su parte externa como por la parte interna (paladar).



Los dientes inferiores se cepillan de abajo hacia arriba comenzando desde las muelas, llevando el cepillo hasta el borde de la encía dando un breve masaje, y se hace un barrido hacia abajo. Esto se realiza en su parte externa como por la parte interna (piso de boca).



Los muelas se cepillan en forma circular, para eliminar toda la comida que se acumula en la parte en donde mastica el niño.



La lengua se cepilla, de dentro hacia afuera, con movimientos rectos.

ELABORADO POR: P. S. JOSÉ ISRAEL VELASCO LÓPEZ

Es de vital importancia enseñar que el cepillado tiene que ser parte de su rutina diaria para actuar de manera preventiva.

Recomendar el tipo de cepillo ideal para el paciente.

Señalar que se debe cepillar tres veces al día (en la mañana, después de comer y en la noche antes de ir a dormir) para que el paciente se acostumbre a tener una boca limpia, además de incluir el cepillado y las visitas al dentista como algo natural.

9. En caso de ser necesario, citar la paciente cada ocho días, intentando agendar a la misma hora (en la mañana, tarde o noche) para crear así una rutina.

Esto como medida necesaria para llevar a cabo el plan de tratamiento del paciente.

10. En las próximas citas, se sujetará al paciente en caso de ser necesario para realizar procedimientos con instrumental punzocortante, siempre intentando establecer un diálogo con el paciente. (Tratamiento para eliminar caries, cálculo dental, Exodoncias.)

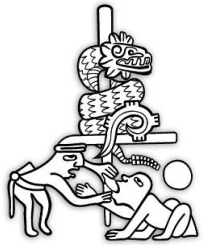
11. Recordar que la atención a un paciente pediátrico y de sujeción debe ser de calidad y de corta estancia en la unidad dental.

12. Dentro del control ambiental se pueden llevar a cabo varias acciones, como modificar el contexto procurando un ambiente tranquilo, retirando las fuentes que mayor excitación producen en el paciente (luz, ruido, corrientes de aire), incluir o excluir a alguna persona del ambiente, ya sea personal del centro, familiares u otros pacientes, y evitar las interrupciones.

13. Reforzar en todo momento la importancia de llevar una adecuada higiene bucal en casa y diario.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
 CARRERA CIRUJANO DENTISTA



PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE
 CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DE 2 A 18 AÑOS DE EDAD.

Nombre del paciente: _____ Fecha: ___/___/___ No.
 Expediente.: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: **F** / **M**
 Motivo de la consulta: _____
 Medicamentos que toma: _____
 Dx psiquiátrico: _____

 Nombre y firma del tutor.

 Nombre y firma de C.D.

 Autorización Tratamiento

Criterios de Seguimiento	Paciente 1ra vez		Paciente Subsecuente		Evaluación de Técnica de Estabilización Protectora		
	Px Cooperador	Px No Cooperador	Px Cooperador	Px No Cooperador	Eficiente	Regular	Deficiente
Tutor solicita cita de primera vez							
Realización de H.C							
Desensibilización del Px.							
Determinación de la situación del Px. (cooperador/ no cooperador)							
Exploración Física e Intrabucal							
Explicación a los tutores Dx, Plan de Tx y Próximas Citas							
Técnica de Estabilización Protectora (Px NO Cooperador)							
Estabilización del Tronco del Px.							
Estabilización de Miembros Superiores del Px							
Estabilización de Miembros Inferiores del Px							

Estabilización de Cabeza del Px.							
Uso de abre bocas							
"Molt mouth"							
Procedimiento a realizar (acorde al Plan de Tx)							
Profilaxis dental							
Operatoria Dental							
Exodoncia							
Terapia Pulpar							
Sellador de F y F.							
Aplicación de Fluoruro.							

Formato Evaluación de protocolo.

Técnicas y manejo de conducta para la atención odontológica; programa de prevención y control integral de enfermedades bucales.

Las principales herramientas con las que cuenta el Odontopediatra para el tratamiento de los niños en su consulta dental son las técnicas de control de conductas. Estas pueden ser psicológicas, de enfoque físico o medicamentoso. La utilización de estas técnicas ha ido variando con el correr de los años, ya que han ido surgiendo controversias en relación a los sistemas de enfoque físico que incluyen la restricción física como uno de sus métodos, término que fue reemplazado por Estabilización Protectora por la American Academy of Pediatric Dentistry.⁷⁵

La Asociación Latinoamericana de Odontopediatría (A.L.O.P.) reconoce que los profesionales de odontopediatría, para proporcionar salud oral a los pacientes pediátricos, ya sean niños, adolescentes, o aquellos con necesidades especiales, necesitan recurrir a un proceso continuo de técnicas no farmacológicas (comportamiento) y farmacológicas, para adaptar el comportamiento del paciente.⁷⁶

La estabilización protectora es llevada a cabo por el Cirujano Dentista, el personal auxiliar o los padres del paciente, con o sin ayuda de algún dispositivo de restricción⁷⁷.

La estabilización protectora es una medida terapéutica utilizada con cierta frecuencia para el manejo de pacientes agitados o en aquellos pacientes que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes les rodean⁷⁷.

Las primeras referencias al uso de la estabilización protectora nos llevan hasta la Grecia clásica, donde algunos textos, como el “Corpus Hippocraticum”, hablan de “diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de aquellos que podían representar un peligro para sí mismos o para los demás”⁷⁸.

Tras muchos siglos de evolución, llegamos a lo que hoy conocemos como estabilización protectora: “es el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros”⁷⁸.

Esta definición de estabilización protectora no incluye aquellos procedimientos de sujeción realizados de un modo habitual en algunos procesos diagnósticos y/o terapéuticos, como la sujeción del cuerpo en intervenciones quirúrgicas o en algunos métodos diagnósticos, la inmovilización del miembro superior para facilitar el acceso a una vía venosa, etc.⁷⁹

Dado que la estabilización protectora es una técnica que en sí misma limita ciertos derechos y libertades fundamentales, deberá siempre ser utilizada como último recurso, y únicamente en los pacientes que presenten muestras de agitación, una conducta violenta manifiesta o en aquellos que muestren signos reconocibles de que la violencia es inminente y se tenga la certeza de que el paciente está “a punto de explotar”, siempre y cuando hayan fracasado otros métodos de contención o se tenga la certeza de que la aplicación de tales métodos resultará inútil⁸⁰.

Implementación de Técnicas de Estabilización Protectora

La implantación de la estabilización protectora requiere la intervención de los profesionales del equipo de salud: cirujanos dentistas y asistentes dentales.

En la consulta dental trabajamos con: cirujano, asistente y segundo asistente.

La mayoría de los protocolos establecen que el mínimo personal necesario para llevar a cabo una estabilización protectora son cuatro personas, aunque lo óptimo sería cinco: una para controlar cada miembro y otra para sujetar la cabeza⁸¹. El papel del quinto profesional es sumamente importante, ya que será quien dirija y coordine el procedimiento, evitando que los demás profesionales tengan que distraer su atención a la acción de sujetar.

La técnica que aquí describiré involucra al: Cirujano dentista y dos asistentes dentales. El cirujano mantendrá una comunicación constante con el padre, madre o tutor, informándole de los acontecimientos que estén o vayan a ocurrir para proporcionarle la máxima tranquilidad posible.

Material para la Técnica de Estabilización Protectora:



Dos sábanas cruzadas (1.50 x 1.80 m) con cintas delgadas de un metro de largo en cada una de las esquinas de los extremos



Abrebocas de molt mouth infantil





Colocación de protectores en las puntas del Abrebocas para protección del paciente.

Estabilización Protectora.

La técnica de estabilización protectora en el paciente con Trastorno de Espectro Autista no se utiliza como castigo, sino como un método de intervención para realizar el tratamiento necesario y se aplica en el siguiente orden:

1. Tronco

Para la inmovilización, se utiliza una sábana de aproximadamente 80 x 80 m, con cintas salientes en cada extremo. Con el paciente sentado en el sillón dental, y los brazos levantados, se inicia la colocación de la sábana, la cual es colocada debajo de los brazos cubriendo desde el pecho hasta el abdomen, abrazando hacia atrás el respaldo del sillón, se amarra la cinta de la cintura y después la de debajo de los brazos, amarrando con nudos de una gasa para poder desatarlos.



2. Miembros Superiores

Para la inmovilización de los brazos se utilizan:

Dos sábanas cruzadas (1.50 x 1.80 m) con cintas delgadas de un metro de largo en cada una de las esquinas de los extremos; el Cirujano Dentista y el personal auxiliar, sientan al paciente en el sillón dental llevándolo de los brazos y sin soltarlo inician la colocación de los lienzos por sus costados, terminando por hacer un nudo entre el cuello y hombros del paciente para posteriormente envolver la sábana sobre la longitud de los brazos con firmeza, para luego hacer un cruce de brazos sujetos y atar los extremos en la zona posterior del sillón dental.

Cabe decir que la maniobra de restricción física, se debe de realizar lo más ágil y rápido posible, para no dar oportunidad a la resistencia y forcejeo del paciente haciendo difícil la inmovilización.



3. Miembros inferiores

En la sujeción de los miembros inferiores el Cirujano Dentista apoyado por el personal auxiliar médico o tutores del enfermo sujetan los muslos y piernas usando una cinta de longitud de 3 m de largo por 20 cm de ancho la cual permite sujetar firmemente las piernas al sillón dental.

Se coloca por arriba de las rodillas y se cruza por debajo de éstas para realizar un giro que cada cinta de cada extremo no quede del mismo lado, sino opuesto, se pasa por debajo del sillón y se vuelve a cruzar por debajo de las piernas donde se hará un nudo para que no haya movimiento de las piernas y pies.



4. Cabeza

La cabeza se sujeta utilizando un campo de trabajo con las palmas de las manos y los dedos entrecruzados sobre la frente haciendo fuerza hacia atrás, recargando la cabeza al sillón. La inmovilización debe de ser firme, ya que es en ésta maniobra cuando se coloca el abrebocas y se da inicio al tratamiento.

5. Boca

Un abrebocas especial es usado en niño mental o físicamente impedido tal y como se usa en los niños pequeños que no pueden mantener la boca abierta por periodos prolongados, ya que esto ayuda a proteger al paciente de un posible daño y para proteger los dedos del odontólogo.

El abrebocas de molt mouth infantil, es forma de tijera lo cual ayuda a que el paciente permanezca con la boca abierta, éste se debe colocar en el área de los molares.

Cabe aclarar que éste procedimiento debe ser explicado, así como los motivos y la necesidad de aplicarlos en la medida de lo posible al paciente y a los familiares que autorizarán este procedimiento mediante el consentimiento informado.



Conclusión

Humanizar e individualizar la asistencia médica y odontológica es importante, pero es fundamental en una institución donde la participación del paciente en su cuidado desempeña un papel tan grande.

Un niño con una o más enfermedades incapacitantes no está en una situación especial respecto al tratamiento estomatológico, sin embargo, muchas situaciones incapacitantes requieren más vigilancia y técnicas especiales al administrar el tratamiento.

El cirujano dentista como profesional de la salud, tiene la obligación de brindar servicio calificado a las personas que lo necesiten, sin importar las condiciones o las capacidades diferentes que lo acompañen, ni el comportamiento que a causa de ellas presente.

Todas las personas tienen derecho a la salud bucal y el cirujano dentista debe proveer estas condiciones.

Aunque para muchos es traumático ver la atención odontológica que se da a estos pacientes, es importante resaltar que una técnica de estabilización protectora va a favorecer y ayudar a brindarle al paciente con Trastorno de Espectro Autista una calidad de vida al proporcionar una salud bucal adecuada y el correcto manejo de la prevención; es por esto, la importancia de adoptar e incluir un protocolo para la atención odontológica al paciente con trastorno de Espectro Autista y con otras necesidades.

Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes pediátricos y adolescentes que acuden a la consulta odontológica a temprana edad tienen un mejor pronóstico tanto en la consulta como en la vida diaria, pues adquieren el hábito de asistir a la consulta dental y conforme pasa el tiempo, éstos pacientes dejan de ser pacientes que requieren la técnica de estabilización protectora y se vuelven pacientes cooperadores.

La técnica de estabilización protectora que se utiliza en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro hasta la fecha, muestra la efectividad que tiene, ya que permite brindar una atención de calidad y rapidez a los pacientes con Trastorno de Espectro Autista no cooperadores sin problema alguno.

La utilización de esta técnica de estabilización protectora no es traumática para los pacientes, pues podemos ver que al salir de la consulta dental los pacientes salen con una sonrisa, la mayoría de veces tranquilos y muestran afecto hacia el personal que los atiende.

Hay una respuesta favorable tanto por parte del paciente como de su padre o tutor de los pacientes, ya que en la consulta privada es difícil que un Cirujano Dentista de práctica general o con alguna especialidad que no sea odontopediatría no capacitado para atender a este grupo de pacientes, acepte atender a un paciente de este tipo.

El tratamiento odontológico integral debe incluir la promoción a la salud; la prevención de las enfermedades bucales; el diagnóstico, control de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas; el mantenimiento del estado de salud obtenido y la rehabilitación de las funciones del sistema estomatognático; para ello es indispensable la atención apegada a un protocolo como el propuesto, debido a que a través de éste, aseguramos y supervisamos la adecuada y completa atención para el paciente.

En el protocolo se resalta la importancia de que iniciemos con un programa preventivo para incluir medidas que se puedan cumplir y que por la sencillez y por lo racional no sean rechazadas por el cirujano dentista, el paciente con Trastorno de Espectro Autista y sus padres o tutores. El programa preventivo básico debe incluir educación para la salud, control de Biofilm, consejo dietario, terapia con flúor, aplicación de selladores de Fosetas y fisuras y controles periódicos.

Por último, un abordaje integral con el médico-cirujano dentista- nutriólogo- padres, va a brindar la oportunidad de proporcionar una buena calidad de vida al paciente con Trastorno de Espectro Autista.

Propuestas

1. Incluir en el plan de estudios de segundo año de la carrera de Cirujano Dentista, la preparación para identificar a los pacientes con Trastorno de Espectro Autista y Trastornos de Desarrollo Generalizado para remitirlos adecuadamente y oportunamente.
2. Inculcar y resaltar la importancia de mantener y brindar una salud bucal en éste tipo de pacientes.
3. Manejar un programa de prevención odontológica.

Referencias Bibliográficas

1. De la Fuente, Juan R; Heize M,G. La Enseñanza de la Psiquiatría en México. (Mx) Salud Mental, 2014; 37 (6): 523 – 530.
2. Fernández Ayorales, Martín; Fernández P, A. L; Fernández S,A. Trastornos del Espectro Autista. Puesta al día (1) Intro, epidemiología y etiología. Acta Pediátrica. Madrid. 2013; 71 (8): e217- e223.
3. Artigas Pallares Josep, Paula PI. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev Asoc Esp Neuropsiqui 2012; 32 (115); 567-587
4. Kanna R,K., Libero L,E; Moore M, S. Disrupted cortical connectivity theory as an explanatory model for autism spectrum disorders. Phys Life Rev. 2011; 8: 410 – 437.
5. Holguin J, A. El Autismo de etiología desconocida. Rev Neurol. 2003; 37: 259 – 266.
6. American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 200.
7. Pérez Rincón, H. Breve Historia de la Psiquiatría en México. México: Instituto Nacional de la Psiquiatría; 1995.
8. Calderón Narváez, G. Las Enfermedades Mentales en México. México: Editorial Trillas, 2002.
9. Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado. Una reflexión sobre este diagnóstico. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (3): 202-203

10. Happe F. Criterio, categorías y cotinua: autismo y trastornos relacionados en el DSM-V. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 50: 540 – 542.
11. Nazzer A; Ghaziuddin M. Trastornos del espectro autista: características clínicas y diagnóstico. *Pediatric Clin Nocrth Am*. 2012; 59: 19 – 25.
12. Tanguay P, E. Autismo en DSM-V. *Am J. Psychiatry*. 2011; 50: 192 – 193.
13. Rodríguez Barrionuevo AC, Rodríguez Vives MA. Diagnóstico Clínico del Autismo. *Rev Neurol*, 2002; 34 Supl 1: 72-77
14. Marulanda, Juliana; Aramburo, E.; Echeverri, A.; Ramírez, K; Rico, C. Odontología para Pacientes Autistas. (Medellín). *CES Odontol*. 2013. 26 (2) <http://www.scielo.org.com/scielo.php?script=sci-arttext&pid=s0120-971x2013000200010>
15. Psada M, García Primo P, Ramírez A. “La prevalencia del autismo en Europa:: un método para abrir las puertas hacia una política de salud pública en el autismo.” www.autismoburgos.org
16. Trastorno del espectro autista. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2005) <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>
17. Giron Martín; Lueng, A; Cornago, Anabel. Investigación sobre Autismo del 2014. *Autismo Diario*. (2014) <http://autismodiario.org>
18. Rogel Ortiz, Fracisco. Autismo. *Gaceta Médica*. México. 141 (2). 2005
19. Campos C. Trastorno del espectro autista. México: editorial el Manual Moderno. 2007.
20. Barthélmy C, Fuentes J, Howlin P, Van der Gaag R. Perons with autism spectrum disorders identification, understanding, intervention. www.autismeurope.org. Congreso Oslo, 2007
21. Rodríguez- Barrionuevo AC, Rodríguez Vives MA. Diagnóstico clínico del autismo. *Rev Neurol*. 2002; 34 Supl 1:72-77

22. Santillán FA, Rodríguez CO, Freud LS, Gutierrez TM, et al. Autismo Infantil II. Estudio de Lenguaje en 27 niños. Bol Med Hos Infant Mex 1988; 45: 79-83.
23. De Myer W, DeMyer M. Infantilismo. Neurologic Clinics 1984; 2:139-153
24. López Jordi María del Carmen. El paciente especial discapacitado. (Uruguay) Universidad de la Republica Uruguay.
25. Klein U; Nowak A. Characteristics of patients with Autistic Disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. Spec Care Dentist 199; 19 (5): 200-207.
26. Martos J. Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. Rev –neurolog 2006; (42) supl 2: 99-101-
27. Folstein S, Rutter M. Infant autism. A genetic study of 21 twins pairs, J Child Psychol Psychiatr 1977; 18: 297-321.
28. Palau Baduell M, Pélach F, Valls Santasusana. Introducción e historia del autismo. Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Fundación Autismo Mas Casadevall. Barcelona. Ediciones Gráficas. 2005. Págs. 17-27
29. Martínez León, Mercedes; De Castro de la C, L; Irurtia M, Ma. J; Et al. Paciente Autista en el Ámbito Odontológico: autoagresiones versus maltrato infantil. (España). Gac. Int. Cienc. Forense. (ISSN): 2174 – 9019
30. P, Josefa; Mp. Adaptación del niño a la consulta odontológica. (Venezuela) Acta Odontológica Venezolana. 1998 (36) 2: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/art.4>
31. Trastornos del espectro autista NIH. (NINDS) 2007
32. Millá M, Mulas F: Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. RevNeurol. 2009; 48(2): 47-52
33. Darío Vieira, Características Orales en pacientes con Trastorno de Espectro Autista. Odontología, marzo 2014
34. Ruggieri Victor, Arberas C. Trastornos generalizados del desarrollo. MEDICINA (Buenos Aires) 2007; 67/1: 569-58.

35. Sánchez Martínez Jesus Iván, López M, Sierra SS, Díaz A. Tratamiento del Trastorno de Espectro Autista infantil en México. (CDMx) Colegio Aleman Alexander von Humboldt. Plantel Sur. Febrero 2016.
36. Artigas Pallares Josep. Autismo y el trastorno de deficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias. *Genética. Rev Neurol.*, 2013; 57 (sup 1): S155-S161
37. Szatmari P. New recommendations on autism spectrum disorder. *BMJ.* 2011; 342:d2456.
38. Shapira J, Oral Health Status and Dental Needs of an Autistic Population of Children and Young Adults. *Spec. Care Dentist.* Mar-Apr.; 9 (2): 38-41. 1989
39. Montiel C, Peña JA. Epidemiological Findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. *Autism.* 2008 Mar;12(2):191-202.
40. Antonio Fátima, Mill E, Páez m, Sayago G, Valero d. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. (Venezuela) *Rev Venez Invest odont IADR* 2013; 1(2): 121-135.
41. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Cuadernos de ciencias de la salud y de comportamiento. México: UNAM, 2002 (2), 45-46
42. Morales Chávez Mariana Carolina. Abordaje Conductual del Paciente Autista en la Consulta Estomatopediátrica. REDOE. 2006
43. Cardona Gómez Natalia, Giraldo MKA, Gutierrez PJL. Manejo Odontológico de pacientes en condición de discapacidad. (Revisión de tema)
44. Lorente Atienza Olga. Manejo de pacientes con TEA en odontología. La importancia de los hábitos de higiene. *Rev Practica Clínica.* 2014;26..
45. Pirela de Manzano, Patología bucal prevalente e niños excepcionales. Facultad de Odontología, Vol. 37, no. 3 (1999)
46. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Publicación Científica y Técnica No 587, Vol. I y II. OPS; 2002.

47. Puente Benítez M. Instrumento de medición de los resultados del trabajo en Estomatología General Integral. Rev Cubana Estomatol 1998;35(3).
48. Dutra Gláucia V, et al. Cárie dentaria uma doença transmissível. Rev Bras Odontol 1997;54(5):293-6. Roncalli da Costa Oliveira AG
49. El Khatib AA, Tekeya EI, Tantawi E, Omar T. Oral health status and behaviour of children with Autism Spectrum Disorder: a case-control study. Int J Paediatr Dent 24(4):314-23, 2014.
50. Lang R, Davenport K, Britt C, Nincl J, Garner J, Moore M. Functional analysis and treatment of diurnal bruxism. J Appl Behav Anal 46(1):322-7, 2013.
51. Muthu MS, Prathibha KM. Management of a child with autism and severe bruxism: a case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent 26(2):82-4, 2008
52. Hernández G, Bonilla A, Torres M. Guías de manejo en estomatología pediátrica. 1998. Ecoe Ediciones. Bogotá, Colombia.
53. Shapira J, Mann J, Tamari I, Mester R, Knobler H, Yoeli Y, Newbrun E. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults. Spec Care Dentist 1989; 9 (2): 38-41. 26.
54. Klein U, Nowak AJ. Characteristics of patients with autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. Spec Care Dentist 1999; 19 (5): 200-7.
55. Ettinger R, Subirá C. Asistencia odontológica a pacientes psiquiátricos y con enfermedades neurodegenerativas. En: Bullón P, Machuca G. Tratamiento odontológico en pacientes especiales. 2 ed. Madrid: Laboratorios Normon; 2004.p.777-778
56. Medina AC, Sogbe R, Gómez-Rey AM, Mata M. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. Int J Paediatr Dent 2003; 13 (2): 130-7.

57. Castro Rodríguez Y, Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y rehabilitación oral, Febrero 2016.
58. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención primaria de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 1997;35(1).
59. Fowler EB, Breault LG. Periodontal disease and its association with systemic disease. Mil Med 2001;166 (1):85-9.
60. Morris AJ, Steele J. The oral cleanliness and periodontal health of UK Adults in 1998. Br Dent J 2001;191 (4):186-92.
61. Teng YT, Taylor GW. Periodontal health and systemic disorders. J Can Dent Assoc 2002;68(3):188-92.
62. Sabino Prates N, Borges de Araujo Magnani MB. Respiração bucal e problemas ortodônticos. Relação causa efeito. Rev Paul Odontol 1997;19(4):14-6, 18-9.
63. Serna C, Silva R. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2005; 62 (2):45-51.
64. Federation Dentaire Internationale. Commission on classification and statistics for oral conditions: a method for measuring occlusal traits. International Dental Journal. 1973. 23:530-537
65. Triana Estrada Jorge. La enseñanza de la odontología y su relación con la seguridad del paciente. Revista CONAMED, (19) suplemento 2014: S5-S9. ISSN 2007- 932x
66. Triana Estrada Jorge. Calidad y seguridad en la atención odontológica, una propuesta educative. Revista CONAMED, (19) suplemento 2014: S5- S9 ISSN 2007-932x

67. Calderón Martínez Jorge Alberto. La seguridad del paciente en odontología, un punto de vista bioético. Rev CONAMED 2014 (Supl): S24-S28
68. Mejía N, Lopez P, González D. Manejo Estomatológico de pacientes con trastorno de Espectro Autista. Fac Odont. UNAM
69. Weingarten C. *Responsabilidad por prestaciones odontológicas*. Buenos Aires: Astrea; 1997
70. Rule JT, Veatch RM. *Ethical questions in Dentistry*. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc; 1993.
71. García Barbero, J. (1997): *Patología y Terapéutica Dental*. Ed. Síntesis. Madrid
72. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992.
73. Cuenca E, Manau C, Cerra LL. *Manual de odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona: Masson, 1991.
74. Martínez Monica. Pacientes autistas. (España) *Odontopediatra sedación dental para niños*. (1)
75. American Academy of Pediatric Dentistry. Reference Manual Overview: Definition and scope of pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2008, 30 (suppl):1
76. Horruitiner . Manejo del paciente autista en el consultorio odontológico. *Rev Odontol Pediatr* 2008; 7 (2):: 34-35
77. Gómez B, Badillo V, Martínez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. *Cient Dent* 2009; 6(3):207-215.
78. Ganem I. *Odontología para niños con necesidades especiales*. Dentalcare.com 2011;1-12.



79. Swallow JN. The Dental management of autistic children. Febrero 1969 :
128- 131

80. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el
tratamiento y la rehabilitación. ,2005.

Anexos

Anexos 1

Historia Clínica

SALUD  **Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"** 
Servicios de Atención Psiquiátrica

HISTORIA CLINICA DENTAL

NUM. DE EXPEDIENTE _____ FECHA _____

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____ FECHA NACIMIENTO _____
DIRECCION _____
TELEFONO _____
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

REFERIDO POR _____
MOTIVO POR EL CUAL ASISTE AL HOSPITAL _____

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS _____
ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS _____

DIAGNOSTICO _____
MEDICAMENTOS QUE TOMA _____
PADECIMIENTO ODONTOLOGICO ACTUAL _____

ALERGICO A _____
EXPERIENCIA ANTERIOR EN EL CONSULTORIO DENTAL _____

HIGIENE BUCAL _____
TIPO DE ATENCION _____
COOPERADOR _____ TEC. DE SUJECION _____
LABIOS _____ CARRILLOS _____ PISO DE BOCA _____
LENGUA _____ PALADAR _____
ANOMALIAS O MALFORMACIONES _____

ODONTOGRAMA CPO Y ceo

				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			


AUTORIZO AL PERSONAL MEDICO TRATANTE DE MI HIJO(A)
A UTILIZAR LA TECNICA DE SUJECION GENTIL

AUTORIZO AL PERSONAL MEDICO TRATANTE REALIZAR
LOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS NECESARIOS

Anexo 2

OPERADOR

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ODONTOLOGIA

A través del presente manifiesto en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente lo siguiente:

He sido informado (a) sobre los riesgos y complicaciones de los tratamientos dentales que requiere mi hijo (a) de nombre _____

Comprendo la información que se me ha dado sobre las reacciones adversas que se presenta al aplicar los medicamentos usados en este servicio.

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario modificar o agregar procedimientos debido a que se encuentren alteraciones que no se detectaron en el momento del examen. Autorizo al dentista todos los cambios necesarios incluyendo pulpotomías, pulpectomías y extracción de dientes. Comprendo los riesgos que estos tratamientos implican.

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y que, en consecuencia, aún los profesionales más reconocidos no pueden garantizar los resultados. Admito que nadie ha asegurado ni garantizado el logro del resultado esperado.

Autorizo al Cirujano Dentista y al equipo que participa en la realización de todos y cada uno de los procedimientos inherentes a cada tratamiento brindado en este servicio, a llevar a cabo todos los tratamientos necesarios.

LUGAR Y FECHA _____

EL PADRE O TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL _____

_____ FIRMA _____

CIRUJANO DENTISTA _____

_____ FIRMA _____