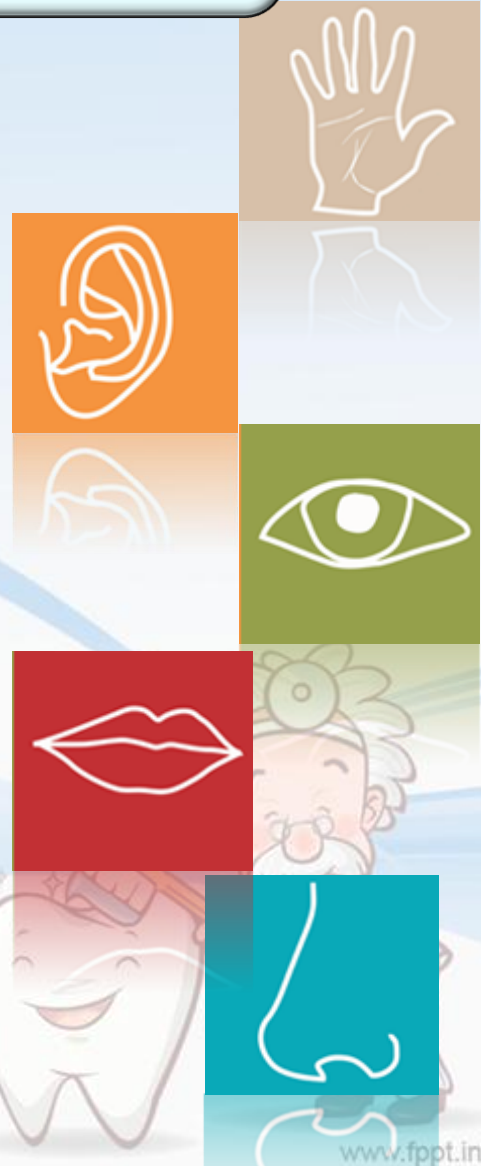


# Discapacidad Física, Sensorial y Psíquica



Profa. Mildred V. Longobardi C.

## Objetivos Específicos

- Conocer la etiología y frecuencia de algunas discapacidades físicas, sensoriales y psíquicas.
- Reconocer el componente bucal de salud de la discapacidad física, sensorial y psíquica.
- Planificar el tratamiento odontológico en los pacientes con alguna discapacidad física, sensorial o psíquica.

## Contenidos

- Discapacidad Física: Parálisis Cerebral y Espina Bífida.
- Discapacidad Sensorial: Visual y Auditiva.
- Discapacidad Psíquica:
  - Discapacidad Intelectual: DI y del Desarrollo Mental y Trastorno del Espectro Autista.
  - Trastornos del comportamiento y emocionales: Trastorno por déficit de atención-Hiperactividad



- **Discapacidad Física:**
  - *Parálisis Cerebral.*
  - *Espina Bífida*
- **Discapacidad Sensorial:**
  - *Discapacidad Visual.*
  - *Discapacidad Auditiva.*
- **Discapacidad Psíquica:**
  - *Discapacidad Intelectual:*  
DI y del desarrollo mental  
TEA
  - *Trastornos del Comportamiento y Emocionales:*  
Trastorno por Déficit de Atención.(TDA)



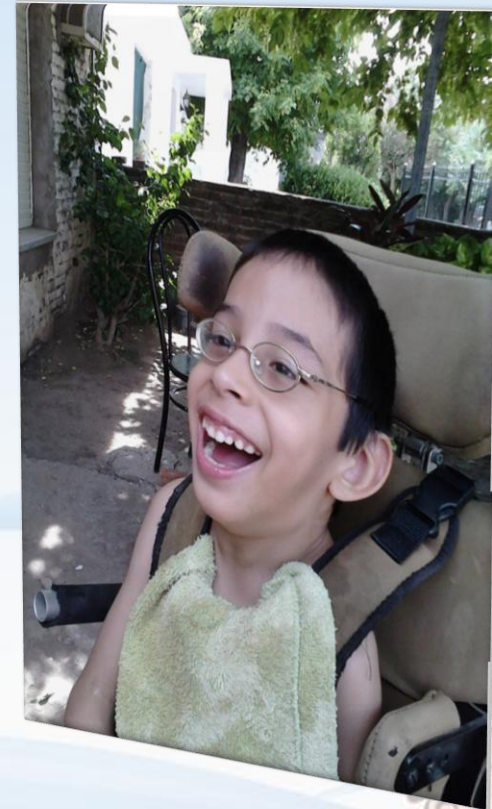




# PARÁLISIS CEREBRAL.

- **Definición:** Es un grupo de alteraciones adquiridas, que afecta a los niños en los primeros años de vida, antes de la formación total del SNC, causando rigidez y movimientos espásticos en las piernas y en menor grado en los brazos.

**Morales, 2012**



# PARÁLISIS CEREBRAL.

- **ETIOLOGÍA:**
  - Prematuridad.
  - Trastornos Intrauterinos.
  - Ictericia neonatal.
  - Traumatismos obstétricos.
  - Infecciones neonatales.
- **FRECUENCIA.**
  - Según **Morales, 2.012,**
    - Causas prenatales 75 %.
    - Perinatales: 6-8 %
    - Postnatales: 10-18%





## COMPONENTE BUCAL

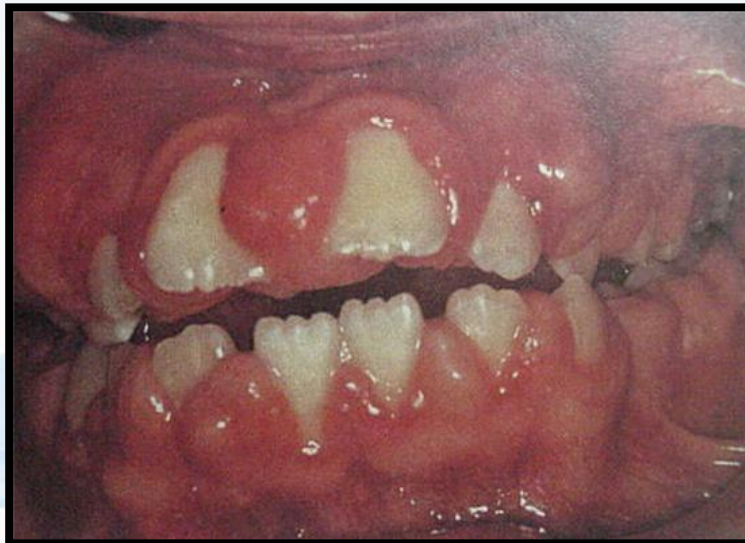
- **Pirella y Salazar, 2.000** encontraron en su estudio:
  - Mayor frecuencia de hipoplasia o hipocalcificación, según la época en que ocurre el daño cerebral, se ve más afectada por lo general la dentición primaria.





## COMPONENTE BUCAL

- Cuando cursa con Retardo Mental hay mayor incidencia de caries y enfermedad periodontal, debido a que muchos son tratados con anticonvulsivantes, razón por la cual podemos ver agrandamiento gingival.







## COMPONENTE BUCAL

- Tendencia al babeo.
- Tendencia a Clase II, que puede estar asociada a mordida cruzada bilateral o mordida abierta anterior.

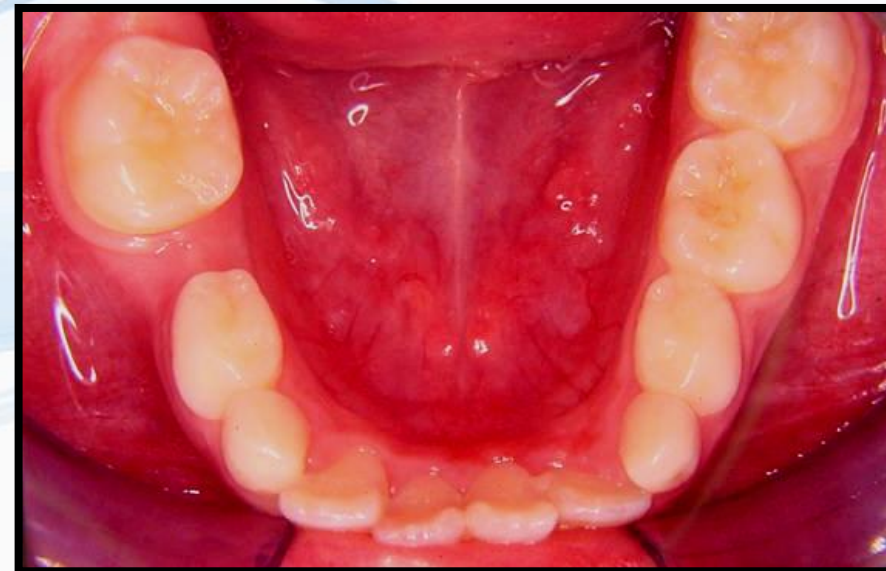






## COMPONENTE BUCAL

- Protrusión de los dientes anterosuperiores.
- Acortamiento del arco por pérdida prematura de dientes.
- Mayor frecuencia de bruxismo y disfunción de la ATM.
- Respiración bucal, deglución atípica





## COMPONENTE BUCAL

- Mayor frecuencia de traumatismos dentales 58,33%, lo cual coincide con lo reportado por López y colaboradores, 1.996; y lo expuesto por Medina, 1.993.





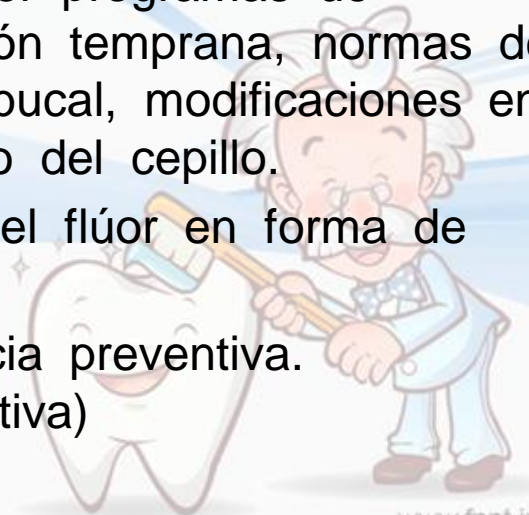
# MANEJO ODONTOLÓGICO

- **DIFICULTADES MENTALES:**

- El 50 % de los casos de parálisis cerebral, están acompañados de retardo mental moderado o leve, 25 % RM profundo y 25 % un coeficiente intelectual normal.
- Debido a lo antes expuesto pueden surgir dificultades para comunicarnos.
- Los niños tienden a ser más aprehensivos, dificultad para concentrarse, la mayoría tiende a sufrir convulsiones.

- **DIFICULTAD FÍSICA:**

- En los niños atetósicos se recomienda el uso de dispositivos para inmovilizar la boca.
- En los ataxicos debemos valernos de medios restrictivos e incluso premedicación.
- Establecer programas de prevención temprana, normas de higiene bucal, modificaciones en el diseño del cepillo.
- Colocar el flúor en forma de barnices.
- Ortodoncia preventiva. (Interceptiva)





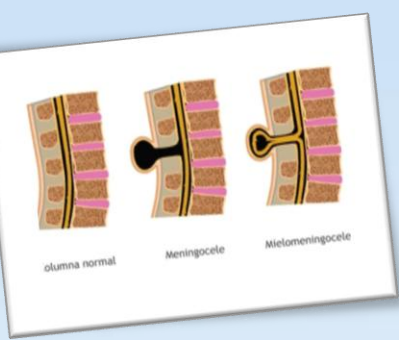


# MANEJO ODONTOLÓGICO

- El Tratamiento debe ser Transdisciplinario.
- Hacer énfasis en la HC, (origen de la PCI, tipo, medicamentos, convulsiona o no)
- Manejo de la conducta:
  - Capacidad de comprensión intacta: Tratamiento convencional.
  - Casos Severos: Sedación o AG.
- El paciente con PCI no debe acostarse por completo en el sillón ya que puede sufrir ahogos, por lo que lo ideal es atenderlos en su propia silla o coche, si se traslada al sillón, el cuello debe mantenerse con una inclinación máxima de 40°



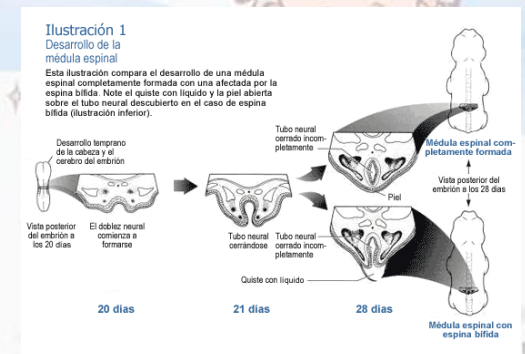
# ESPINA BIFIDA

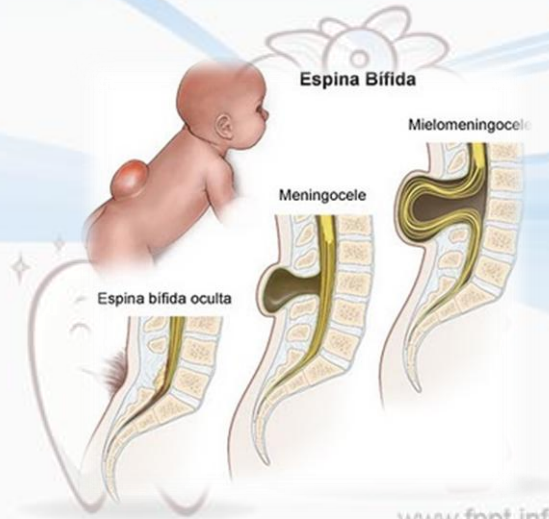
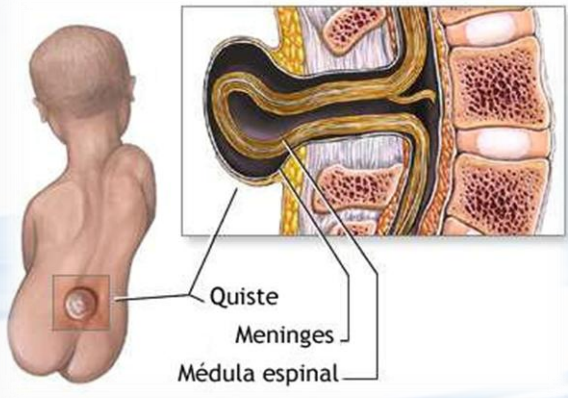
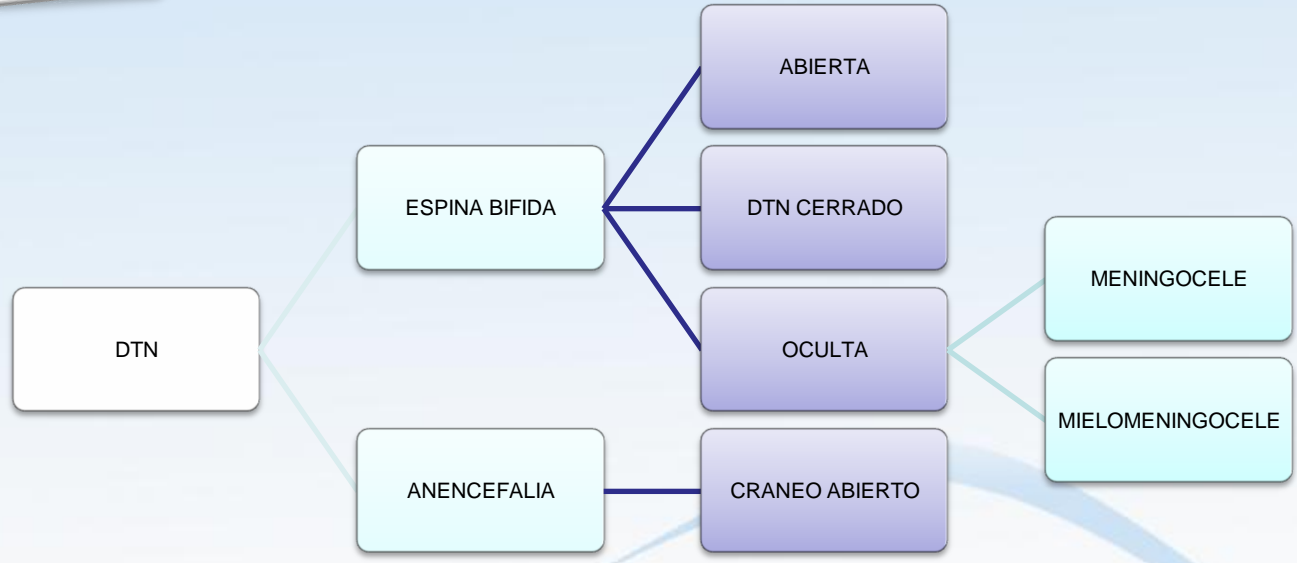
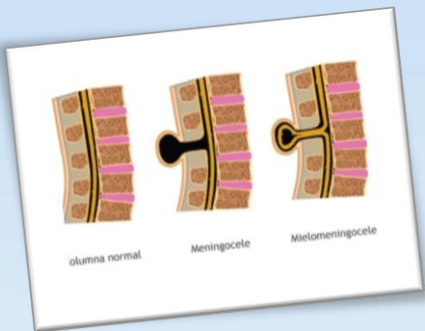


## Defecto del tubo neural (DTN)

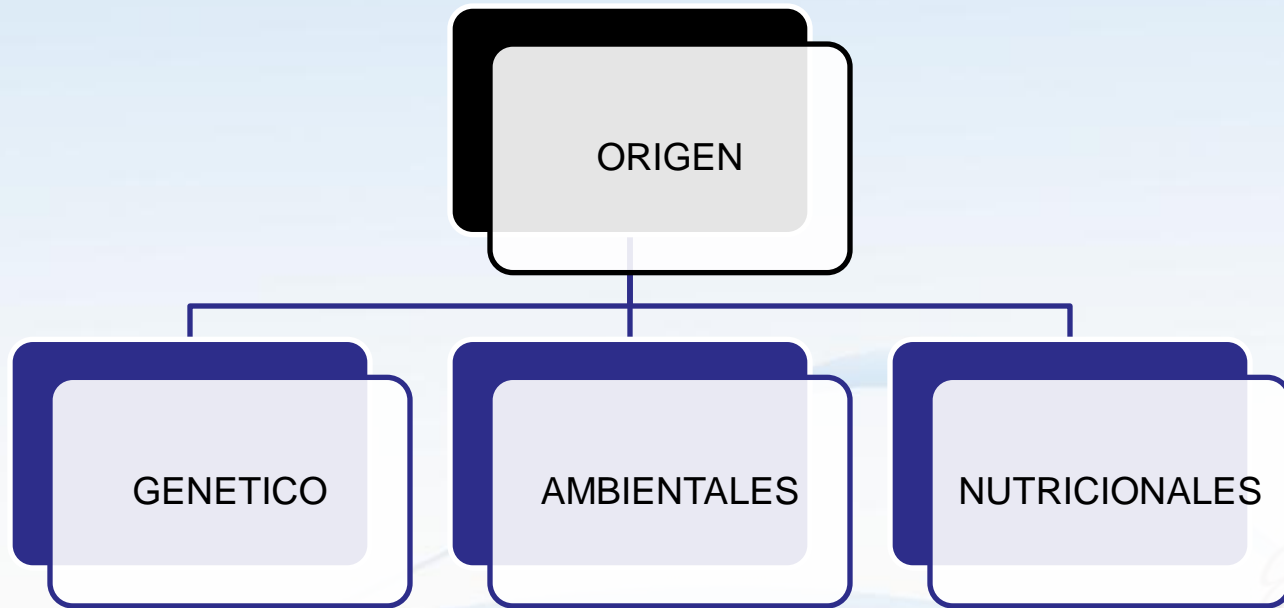
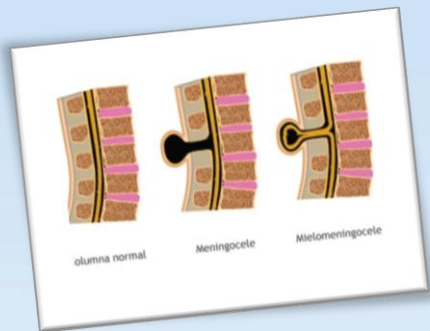
Es una malformación congénita que ocurre entre los días 20-28 después de la concepción, que se caracteriza por una fisura del raquis, especialmente de la región lumbosacra, con un cierre defectuoso de la protección ósea de la médula espinal a través del cual puede hacer protrusión la médula y las meninges.

Bullón y Machuca, 2000

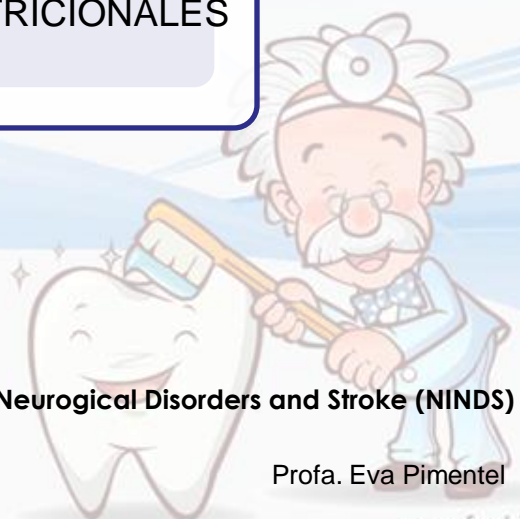




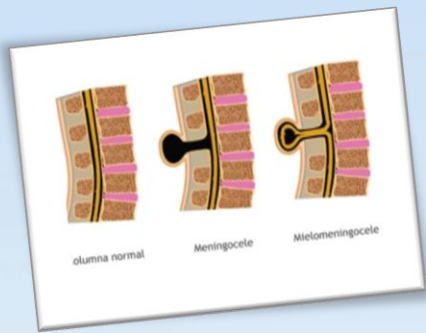




Tomado de Espina Bífida: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)



Profa. Eva Pimentel



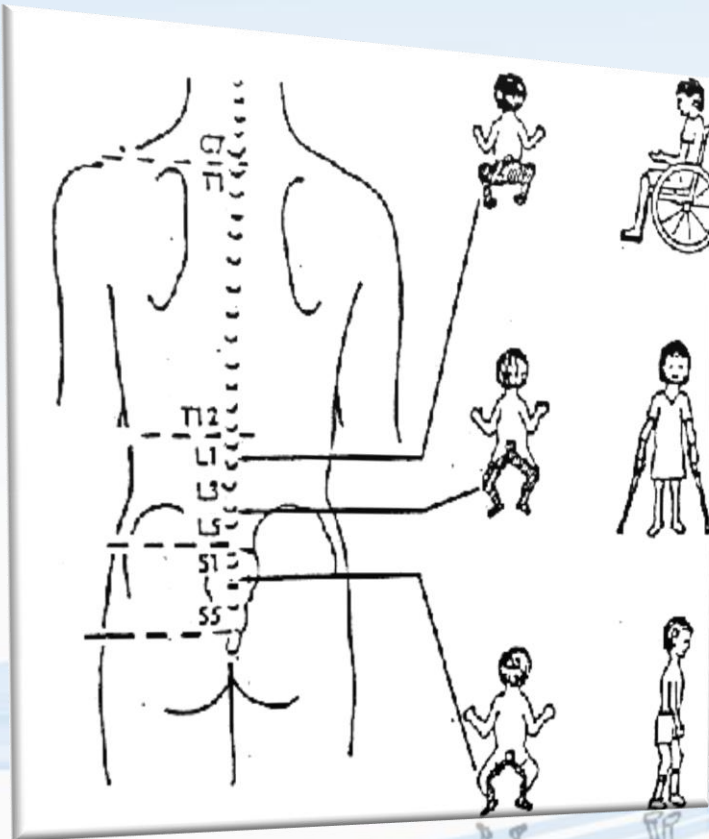
- **80% de los casos se acompaña de hidrocefalia.**

- **70% son diagnosticados con alergia al látex:**

- **La exposición temprana y constante al látex mediante cirugías reiteradas.**

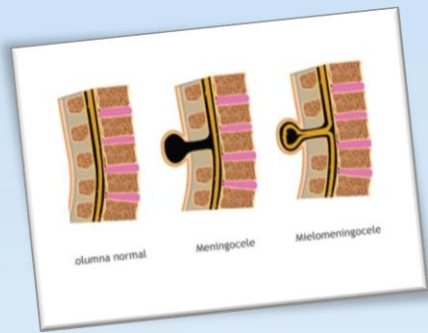
- (5-6 el número crítico de intervenciones quirúrgicas)

- **Una predisposición atópica**



Elli Meeropol, 2.007 ABA

Profa. Eva Pimentel



# MANEJO ODONTOLÓGICO

- Dificultad en la motricidad fina (les cuesta los procedimientos que requieran un esfuerzo preciso con los dedos)
- Sólo el 15% presenta alteraciones intelectuales
- Tienen inmadurez emocional, son dependientes, inseguros y con poca iniciativa.
- Deben evitarse las infecciones de origen dental ya que una bacteriemia puede producir crecimiento bacteriano y obstruir las derivaciones (en los pacientes con hidrocefalia)
- Un alto porcentaje acudirá al consultorio en silla de ruedas, andadera o muletas.
- Seguir Protocolo para la atención libre de látex.



Profa. Eva Pimentel

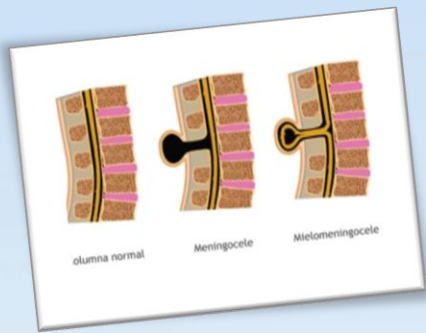


# Minimizar la presencia de partículas de látex en el ambiente



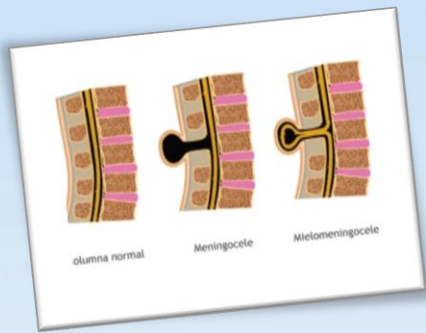
La hora ideal de atención es en la mañana, a primera hora y preferiblemente el día lunes





**Si requiere de varios procedimientos odontológicos preferiblemente atenderlo bajo anestesia general en un quirófano libre de látex.**





- ✓ Tener a mano los fármacos necesarios para el tratamiento de una reacción alérgica.
- ✓ Entrenarse en situaciones de emergencia



- Antihistamínicos Anti- H1
- Corticosteroides
- Adrenalina



Prof. Eva Pimentel



# DISCAPACIDAD VISUAL

Incluye desde una leve disminución de la capacidad visual hasta pérdida total de la misma

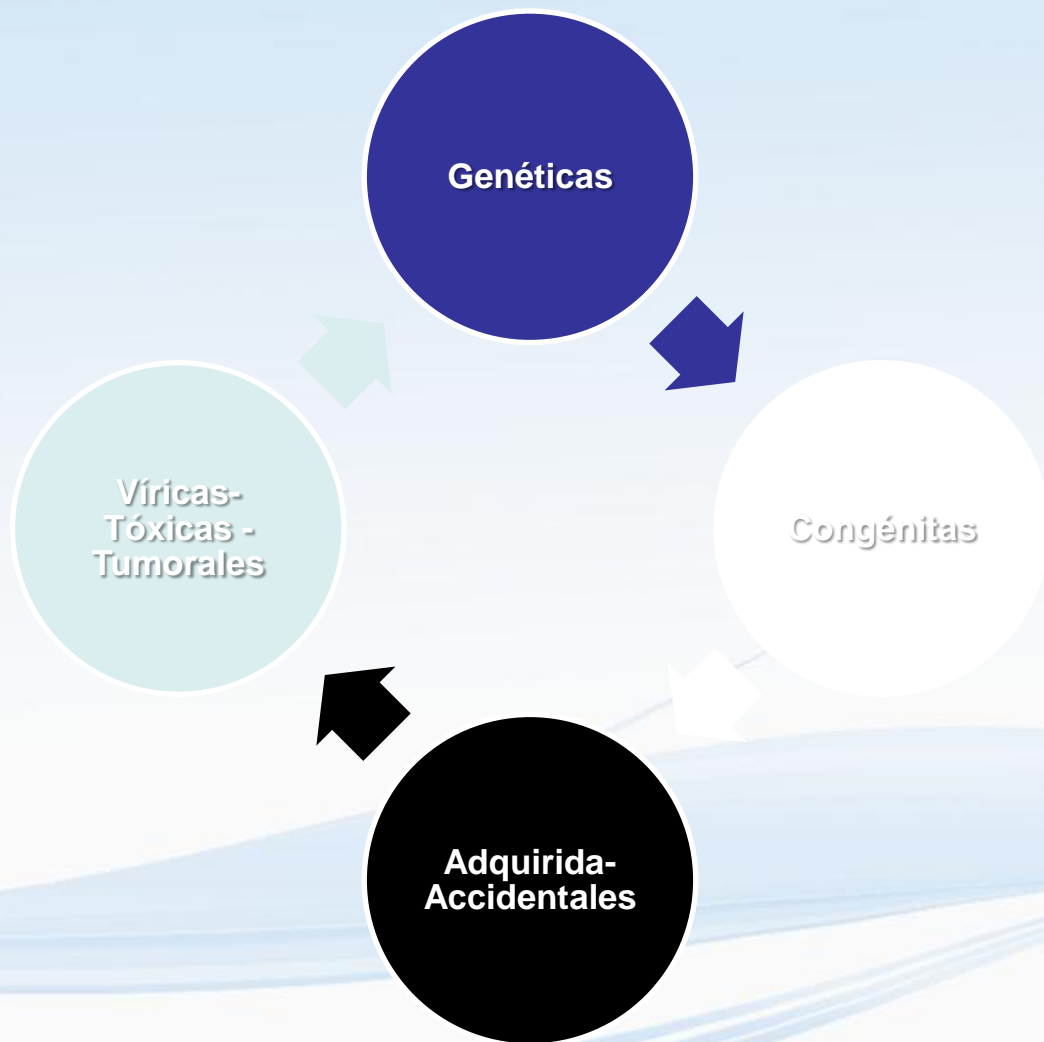
Es aquella afectación que impide que la visión sea útil para adquirir algún conocimiento, constituyendo, por lo tanto, una desventaja educativa (80%)

- **Congénitos**
- **Adquiridos**





# ETIOLOGÍA



# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

- No presenta características bucales propias de la discapacidad.
- Según estudios: mayor índice de caries y problemas periodontales (por irritantes locales): debido a falta de autodetección de síntomas iniciales, falta de capacitación, poco desarrollo psicomotor.
- Caries, Queilitis angular, Hipoplasia del esmalte, Maloclusión Clase II, Alteración de la encía



# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

- Entrada y desplazamiento en el consultorio.
- Evitar movimientos bruscos.
- Contacto continuo: movimientos del sillón dental.
- Evitar sabores y olores fuertes.
- Potenciar otros sentidos



Mendoza y cols, 2006  
Machuca P. 1996



# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

- Informar de la distribución del consultorio y personal que trabaja en él, notificándole cualquier cambio.
- Avisarle al entrar y salir del lugar: odontólogo, asistente, etc.
- Adaptación por técnicas modificadas como decir-tocar-hacer.
- Explicaciones breves, claras y sencillas de los procedimientos a realizar: apoyado con recursos sonoros y de textura.
- Presencia permanente de padres o representante : Este apoyo es absolutamente indispensable para la seguridad emocional de nuestro paciente.



Mendoza y cols, 2006  
Machuca P. 1996



# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

1) *Principio del reforzamiento*

2) *Principio de la actividad prepositiva*

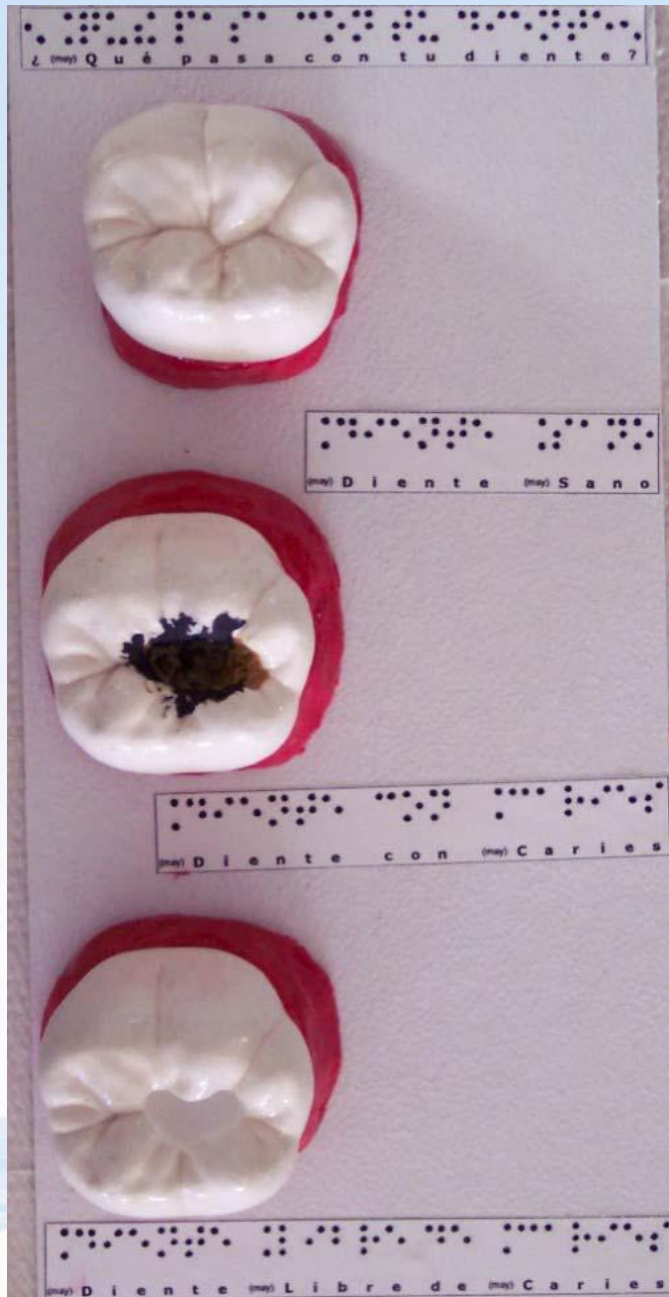
3) *Principio de la organización por configuraciones globales*

4) *Principio de retroalimentación*









# DISCAPACIDAD AUDITIVA

Es aquella que incluye desde una disminución de la audición hasta pérdida total de la misma

El sentido del oído no funciona de manera adecuada para las actividades cotidianas

- **Congénitos**
- **Adventicios o adquiridos:**





# ETIOLOGÍA



## Genéticas

- 1/3 genéticas conocidas
- 50%/ 400 tipos hereditarios
- GJB2: 30%



## Prenatales

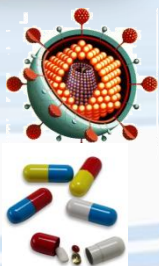
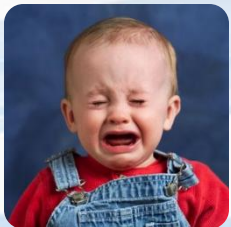
- Rubeola
- Citomegalovirus
- Toxoplasmosis
- Incompatibilidad Rh



## Neonatales

- Hipoxia
- Trauma obstétrico
- Infección materna
- Meningitis

- Mastoiditis
- Medicamentos ototóxicos
- Prematuridad
- Bajo peso < 1500g

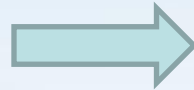


## Adquiridas durante la Infancia

- Infecciosas (Meningitis, Parotiditis, Tifus, Sarampión...)
- Otitis Media
- Tumorales (Neurinoma)
- Traumatismos sonoros (explosiones, Descompresiones bruscas...)
- Tóxicas

# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

**Hipoplasia**



Rubeola, Niño Prematuro

**Desmineralización  
Dental**

**Bruxismo**



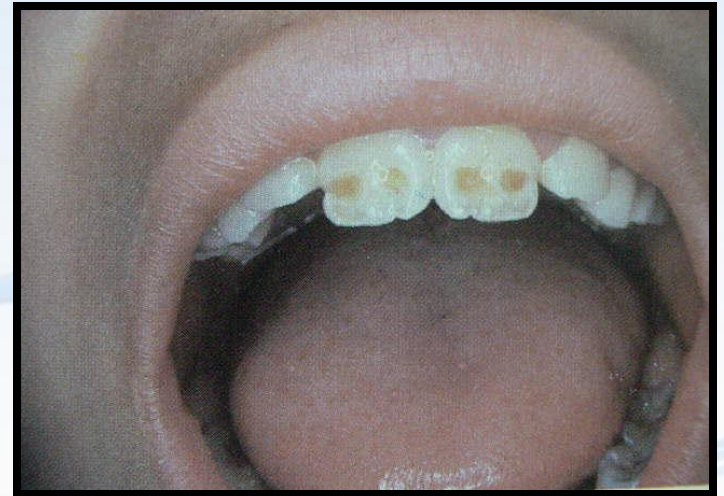
Unida a otra discapacidad





- **CONDICIONES BUCALES:**

- Mayor incidencia de hipoplasia.
- Tendencia a Clase II.
- Mayor incidencia de Bruxismo.
- Tendencia a Mala Higiene Oral.





- **CONDICIONES BUCALES:**
  - **Pirella y Salazar, 2000**, refieren una alta incidencia de caries si se les compara con otros niños con discapacidad.
  - **Mc Donald y Gupta citados por Rippa, 1.993**, en sus estudios obtuvieron resultados similares a lo antes expuesto.





# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

## Paciencia

- Intérprete
- Ayuda de los Padres
- Expresión facial

## Historia Clínica

- Trastornos asociados a la deficiencia auditiva
- Estado físico, psicológico así como el perfil de aprendizaje o el tipo de lenguaje utilizado por el niño.
- Uso de prótesis para saber si el ruido de la turbina o el de la pieza de mano afecta al niño y en qué grado.

## Atención en Equipo

- Paciente - Padres
- Odontopediatra/ No hablar- Conducir al sillón/ Dentro del campo visual/ Reducir ruidos anexos (radio, TV...)

## Expresión de Ideas

- Gestos
- Expresiones faciales/ No usar máscara
- Formación lenta de la palabra/ Palabras exactas

## Técnicas de Adaptación

- Refuerzo positivo
- Mostrar-Tocar- Hacer
- Sesiones cortas/ Modelamiento

## Percepción del tiempo

- el niño enumera las acciones que ha realizado para darse cuenta cuanto tiempo del día ha pasado/ Frustración

# CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

## Percepción de Duraciones Vacías

- Depende de la naturaleza de las sensaciones límites, si los límites son poco intensos o si los sonidos son más agudos que graves

## Primera Visita

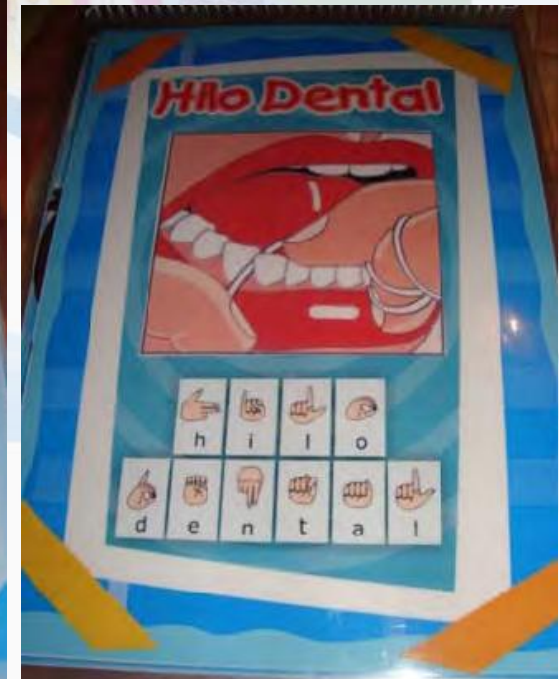
- Imágenes, folletos, pictogramas
- Utilizar material atractivo (clasificar el color o decorado de preferencia colores intensos).
- Modelamiento

## Explicación de procedimientos

- Temor a lo desconocido/ Sensaciones, olores, vibraciones/ Secuencia: mostrar-hacer

## Dique de Goma

- No cubrir los ojos/ Pictograma/ Modelamiento





# ODONTO TEST



Descubre como jugando  
lo mucho que sabes de tus dientes...

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

AÑOS: \_\_\_\_\_ SEXO: Hombre  Mujer

## COMPLETADENT

- Dibuja los elementos que encuentras dentro de tu boca y coloque sus nombres.

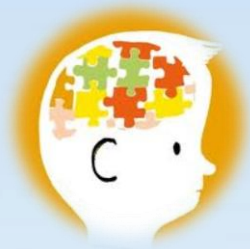


# DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- La **Asociación Americana de Retardo Mental**, lo define como una función intelectual global considerablemente por debajo de la media, junto con anomalías de comportamiento adaptativo que se manifiesta durante el período de desarrollo. Antes de los 18 años.

**AAMD, 2012.**





# Etiología

- ◎ Diferenciación tradicional entre DI de origen orgánico (biológico) y sociocultural (psicosocial)
- ◎ También entre factores pre, peri y postnatales
- ◎ Propuesta de la AAMR, diferencia entre:
  - > Factores biomédicos
  - > Factores sociales
  - > Factores comportamentales
  - > Factores educativos

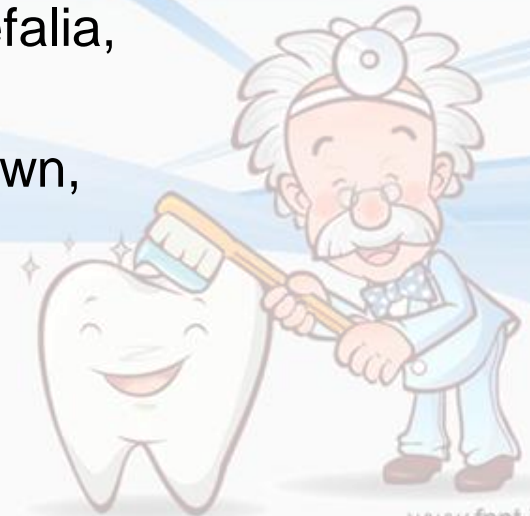


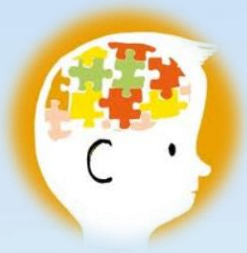




# Factores biomédicos

- Infecciones e intoxicaciones: rubeola, encefalitis, meningitis, etc.
- Traumas o agentes físicos: anoxia neonatal, traumatismo craneoencefálico
- Trastornos metabólicos: hipotiroidismo, fenilcetonuria...
- Enfermedades cerebrales raras: esclerosis tuberosa, neurofibromatosis
- Influencias prenatales desconocidas: hidrocefalia, microcefalia
- Alteraciones cromosómicas: síndrome de Down, síndrome X frágil, síndrome de Klinefelter
- Alteraciones en el embarazo: prematuridad
- Trastornos mentales: autismo

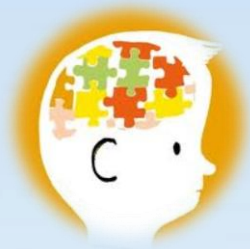




# Factores no biomédicos

- Sociales:
  - Privación de crianza
  - Privación de estimulación social, lingüística o de otro tipo
- Comportamentales:
  - Síndrome alcohólico fetal
  - Consumo de tóxicos
- Educativos:
  - Ausencia de escolarización apropiada





# Incidencia.

**OMS → → 3% de la población Mundial tiene algún tipo de DI**

- África y Asia son los continentes de mayor prevalencia.
- Latinoamérica ocupa el quinto lugar en el mundo con 13.800.000 personas con DI.
- Estados Unidos 3 de cada 100 personas tiene DI
- Casi 613.000 niños de 6 a 21 años tienen algún nivel de DI y necesitan educación especial.
- La DI severa tiene una prevalencia de 3,8 por 1000.

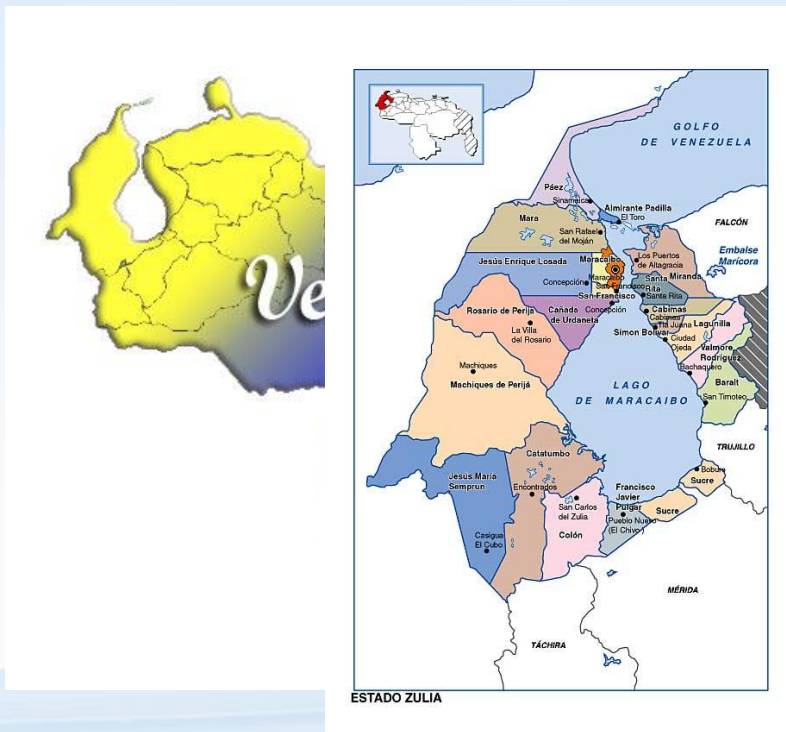






# VENEZUELA

- ❖ No existen cifras oficiales.
- ❖ 1.990 ————— 543-905 mil
- ❖ 2007 ————— 840.000-1.400.000
- ❖ INE:
  - 84.463 —————> con RM
    - 11.965 —————> Zulia
    - 3 —————> Dep. Federales.



Hilbl y Morales,1.995;INE,2.001



# CLASIFICACIÓN

- **Según si esta asociada o no a otras anomalías:**

- **DI no Síndrónica:**

- Constituye una pequeña parte del total de los casos.
- Los individuos no padecen ninguna otra anomalía del desarrollo.
- Son personas sanas con algún grado de retardo.

- **DI Síndrónica:**

- Constituye el mayor % de pacientes.
- El individuo padece de alguna otra anomalía de diversa gravedad.
- Las enfermedades sistémicas que pueden padecer son: respiratorias, cardiovasculares, renales, etc.
- El síndrome más frecuente es la *Trisomía 21* o *Síndrome Down*.



Malamed, S; 1.996



**Se pasa de una concepción basada únicamente en el CI a una concepción que categoriza a los sujetos según sus necesidades de apoyo para alcanzar la adaptación.**

Clasificación basada en el cociente intelectual (OMS, 1998).

- DI leve o ligera: 50-69
- DI moderada: 35-49
- DI grave o severa: 20-34
- DI profunda: Inferior a 20



Clasificación según la intensidad de los apoyos necesarios. (AARM, 2002).

- Intermitentes
- Limitados
- Extensivos
- Generalizados

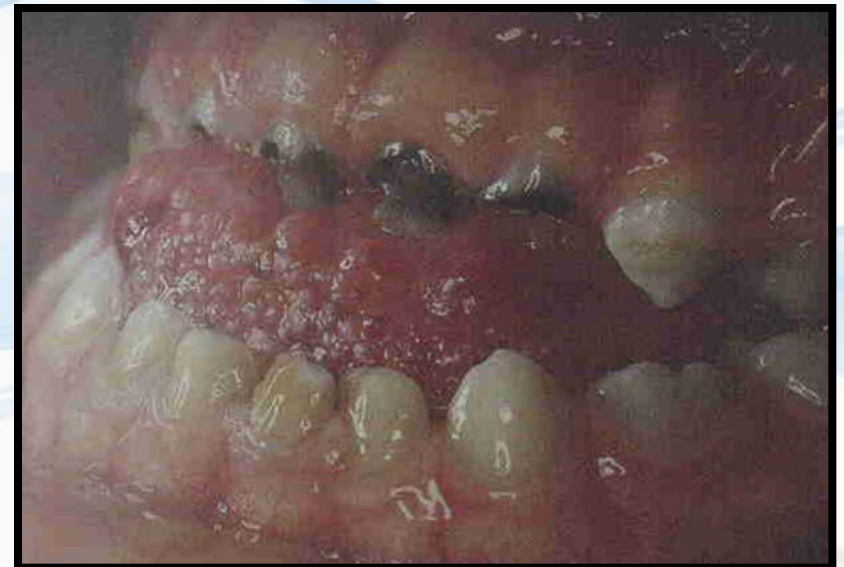






# COMPONENTE BUCAL

- **Longobardi y Martínez, 1.997**, encontraron que el 86,2 % de la población estaba afectada por caries.
- El promedio del CPOD y ceo no difieren de los de individuos normales, pero su comportamiento sí ya que en estos pacientes con DI son más frecuentes los dientes cariados y perdidos que los obturados.
- Según el IHOS tienen más acumulo de residuos y no de cálculo.
- A medida que aumenta el grado de discapacidad aumenta el grado clínico del IHOS.
- Los individuos con Síndrome Down tienen tendencia a desarrollar maloclusiones Clase III.

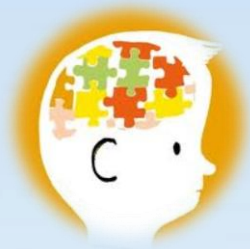




## COMPONENTE BUCAL

- **Pipa, A y col, 1.999**, destaca que los pacientes con Síndrome Down presentan las siguientes características:
  - Retraso notable en la erupción primaria y permanente, erupción irregular de los dientes, hipodoncia, anodoncia y/o agenesia.
  - Grave compromiso periodontal sobretodo en la zona anteroinferior.
  - Tendencia a maloclusión Clase III por la macroglosia y la hipoplasia maxilar.
  - Tendencia a mordida cruzada y abierta.
  - Mayor incidencia de Bruxismo.





# COMPONENTE BUCAL

- **Pirella y Salazar, 2.000**, refieren:
  - Mayor incidencia de caries.
  - Alteraciones en la morfología dentaria (cónicos, tuberculados, complementarios ).
  - Las anomalías: rugas palatinas, lengua escrotal, macroglosia y protrusión se identificaron en el 100 % de los casos de Síndrome Down.
  - Las maloclusiones Clase III son predominantes en los Síndrome Down.
  - Los hábitos más frecuentes son: succión del dedo y bruxismo.



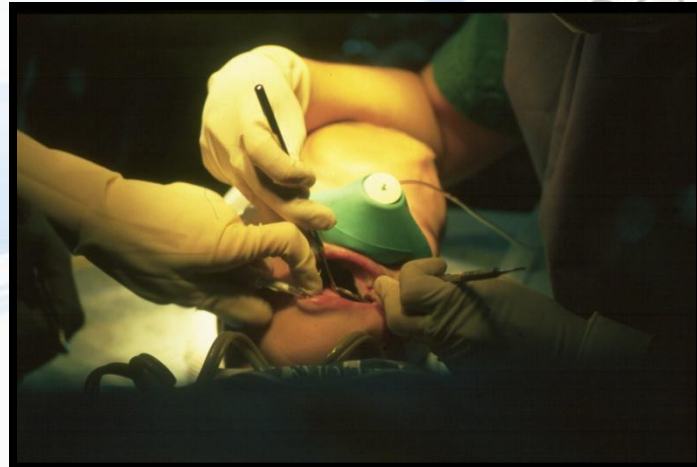




# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

- **Pacientes no Sindrómicos:**

- El tratamiento no difiere de lo habitual.
- Utilizar técnicas de adaptación orientadas a la prevención.
- Citarlos preferiblemente en horas en que todo el personal este despejado.
- Se puede usar sedación inhalatoria o parenteral si el individuo no responde a las técnicas convencionales.





# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

- **Pacientes Sindrómicos:**
  - Debemos tomar en consideración el grado de retardo mental, problemas médicos subyacentes y situación actual del mismo.
  - La sedación consciente esta indicada siempre y cuando la evaluación lo confirme.
  - La anestesia general es posible siempre y cuando el paciente sea capaz de tolerarla.
  - El tratamiento debe estar orientado a la prevención, tec. de cepillado y control de dieta.





# AUTISMO

## Trastornos del Espectro Autista



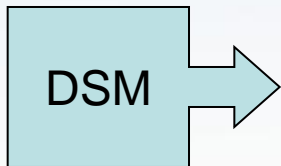




# Términos.

- TND (Trastornos del Neurodesarrollo)
  - *TEA- Trastornos del Espectro Autista.*

- Trastorno autista.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno Desintegrativo de la niñez.
- Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado.



MASSON  
Medicina Interactiva Blogspot.com

[Medicainteractiva.blogspot.com](http://Medicainteractiva.blogspot.com)





# Definición.

## • Trastornos del Espectro Autista:

Se refiere a un grupo de trastornos cognitivos y neuroconductuales asociados, donde se hace referencia a tres tipos de alteraciones:

- ↻ Deterioros en la socialización.
- ↻ Deterioros en la comunicación verbal y no verbal.
- ↻ Patrones restrictivos y repetitivos de conducta.



Tres trastornos:

Trastorno Autista  
Trastorno de Asperger  
Trastorno Generalizado del Desarrollo- no específico.





# Trastorno Autista.

Caracterizado por tres grupos de síntomas:

- Alteración Cualitativa de la interacción social.
- Alteración Cualitativa de la comunicación.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

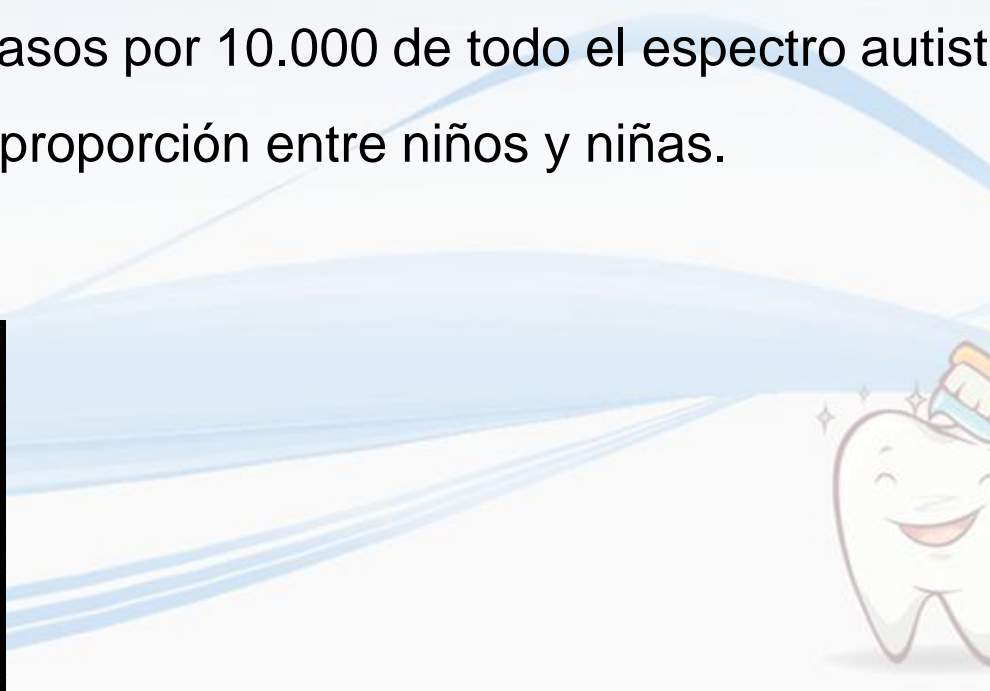






# Epidemiología.

- 4-5 por 10.000 aprox. 1/cada 2000 personas.
- Fenotipo clínico amplio y mejora de su conocimiento clínico > 10-20 por 10.000 o una de cada 500 a 1000 personas. EEUU.
- 30 a 50 casos por 10.000 de todo el espectro autista.
- 3:1 a 4:1 proporción entre niños y niñas.





# Epidemiología.

- Las tasas de prevalencia se encuentran significativamente más altas que en el pasado.
- Aprox. 15% de personas con autismo pueden alcanzar un nivel de relativa autosuficiencia.





# Etiología.

La causa del trastorno autista es desconocido.

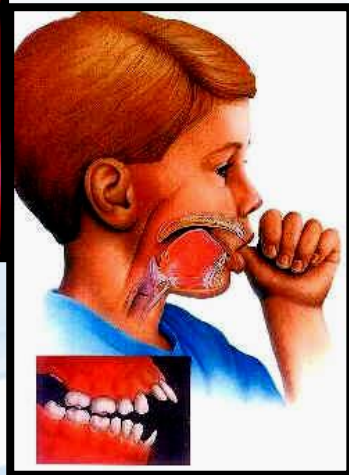
- Evidencia de estudios en familias sugiere que puede ser un desorden heredado.
- La edad del padre puede influir en el riesgo del niño de padecer autismo.
- Estudios mediante Neuroimagen estructural sugieren que durante los dos primeros años de vida (prenatal) existe un anormal crecimiento del cerebro.



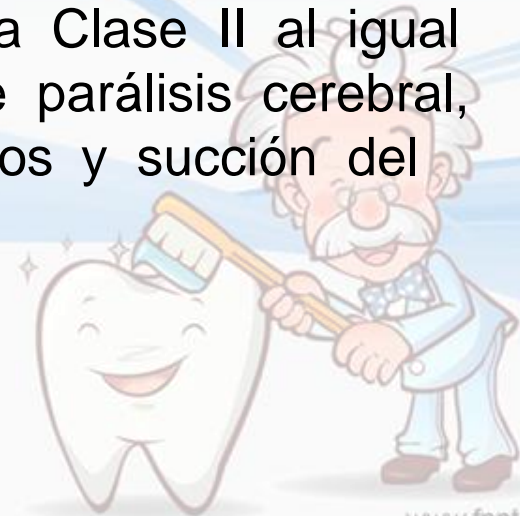




## COMPONENTE BUCAL



- Mayor incidencia de caries y enfermedad periodontal.
- Según **Pirella y Salazar, 2.000** estos pacientes junto con los Síndrome Down tuvieron el promedio más alto de dientes cariados, tienen tendencia a Clase II al igual que los de parálisis cerebral, traumatismos y succión del pulgar.





# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

- Debe estar orientado a la prevención.
- El abordaje dependerá del grado de comunicación que podamos establecer, debemos controlar las situaciones que generen stress o ansiedad ya que pueden desencadenar un comportamiento agresivo.
- La sedación consciente y la anestesia general no se descartan previa evaluación del caso.





# Implicaciones en Odontología

Muchas de las drogas usadas para tratar los síntomas asociados al trastorno autista presentan reacciones orofaciales adversas.

- Risperidona: para manejar los síntomas de irritabilidad, agitación, autoinjurias, conductas agresivas y comportamientos repetitivos. Puede causar: Xerostomía, Sialorrea, Disfagia, Disgeusia.
- Fluoxetina y Sertralina: medicados para manejar los síntomas de ansiedad, miedo y depresión. Puede ocasionar: xerostomía, disgeusia, estomatitis, glositis y diskinesias.
- Carbamazepina y valproato: son prescritos para manejar la agresión y las fluctuaciones del humor.





# Manejo del Paciente con Autismo

*Pacientes con autismo pueden exhibir amplia variación en sus niveles de entendimiento y habilidad para cooperar durante el tratamiento dental.*

Disgusto contacto físico

Hipersensibilidad  
Luz y Ruido

## Situación Stressante

Presencia de padres  
puede ser beneficiosa

Uso de abrebocas

***Pacientes con incapacidad para comunicarse efectivamente.***







# Implicaciones dentales.

- Abrusiones, contusiones, úlceras traumáticas.
- Erosión en la dentición.
- Bruxismo.
- Mayor incidencia de caries y enfermedad periodontal.

## Metas en el manejo.

- ∞ Incremento en la frecuencia y eficacia de la higiene oral.
- ∞ Limitación en la dieta cariogénica.
- ∞ Consultas regulares al odontólogo.



# TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

- Se conoce como niño hiperactivo o hiperquinético. Consiste en un padecimiento en donde el niño le es difícil centrar su atención en un estímulo y concentrarse en él, esto se va a manifestar en su conducta ya que se observa desorganizada e impulsiva.



# TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD



Es una entidad psiquiátrica común pero controversial, caracterizada por la inhabilidad de poner y mantener atención, modular el nivel de actividad y moderar las acciones impulsivas, resultando un comportamiento inadecuado e inconsistente con la edad y el nivel de desarrollo.

**Puede afectar la educación del niño, sus relaciones interpersonales y su autoestima.**

Szymansky M, citado por Scharifker, A, 2008

# CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

Inatención



Hiperactividad



Limitan el desarrollo del niño y traen serias dificultades para los adultos que rodean al niño en la casa y la escuela





# CARACTERÍSTICAS DEL TDAH



**Desarrollo motor precoz, comienzo temprano de la deambulación, en general descritos por los padres como niños inquietos, de fáciles rabietas, que buscan constantemente la atención de los mayores, no tienen noción del peligro, curiosidad insaciable**

**Niños desafiantes, desobedientes y opositores**



**Una vez obtenido el diagnóstico definitivo, las características que se observan son precisas y específicas**



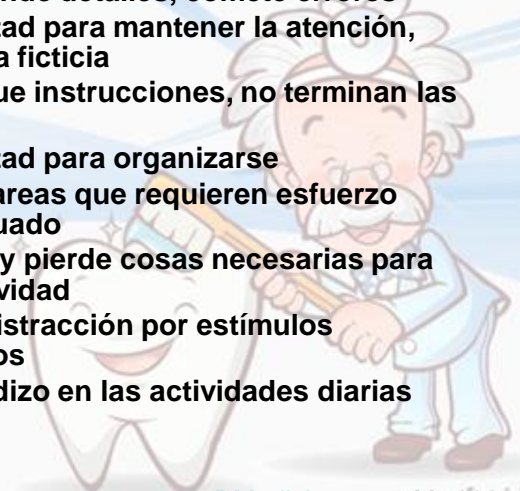
# CARACTERÍSTICAS DEL TDAH

## Hiperactividad Impulsividad

- Inquietud, se mueve en el asiento
- Se levanta cuando debería estar sentado
- Corre y salta en situaciones inapropiadas
- Dificultad para jugar tranquilamente
- Excitado a menudo
- Responde antes de que finalice la pregunta
- Dificultad para guardar el turno en actividades de grupo
- Interrumpe a otros en los juegos, conversaciones

## Inatención

- No atiende detalles, comete errores
- Dificultad para mantener la atención, sordera ficticia
- No sigue instrucciones, no terminan las tareas
- Dificultad para organizarse
- Evita tareas que requieren esfuerzo continuado
- Olvida y pierde cosas necesarias para su actividad
- Fácil distracción por estímulos externos
- Olvidadizo en las actividades diarias



# CARACTERÍSTICAS DEL TDAH SEGÚN LA EDAD

**Infantes  
(1-3 años)**

**Diagnóstico  
muy difícil**

**Preescolares  
(3-6 años)**

- Menor intensidad y duración en el juego, inquietud motriz y otros problemas asociados: conducta desafiante, alteración del desarrollo, dificultad en la coordinación motora y en la adaptación social

**Escolares  
(6-12 años)**

Se distraen con facilidad, inquietud motora, conducta impulsiva y perturbadora, y problemas asociados: trastorno de aprendizaje, problemas familiares, baja autoestima, agresividad

**Adolescentes  
(13-17 años)**

45-70%  
Evolucionaran con las características clínicas.

Con la edad va disminuyendo la hiperactividad física, transformándose en mental e impaciencia, se mantiene el déficit de atención y la dificultad para organizarse y planear

**Adultos (18 años y mayores)**

- Los problemas van aumentando
- 40-60% continúan con el trastorno
- Síntomas residuales: trastornos mentales, fracaso profesional, problemas con la familia y a nivel social

# EPIDEMIOLOGÍA

DuPaul en población general intervalo entre el 2 y 30%

Estados Unidos  
3 a un 5%

España  
Mallorca  
4.7%  
niños de 6 a 11 años

Buitelaar amplia revisión entre el 4 y 17%

Colombia  
(Manizales)  
16.1% niños entre los 4 y 17 años

Colombia  
(Medellín)  
18% niños entre 6 a 11 años

Brown población general de 6 a 12 años entre el 4 y 12%

Chile  
5-15% en niños de 6 a 11 años predominando el combinado y en varones

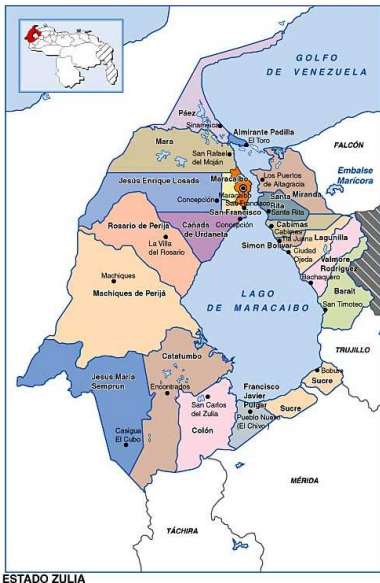
Venezuela  
Maracaibo  
10.15% niños entre 3 y 13 años

**DSM-IV establece un intervalo entre el 3 y 5%**

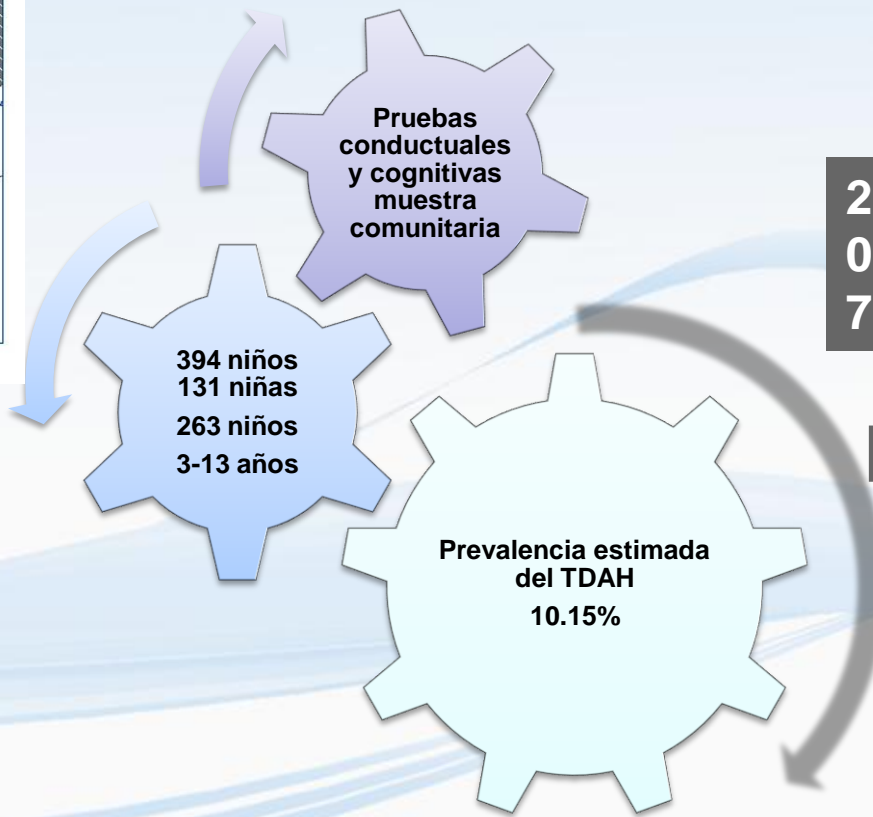




# EPIDEMIOLOGÍA



Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos



2.03% Tipo Hiperactivo  
0.51% Subtipo Desatento  
7.61% Subtipo Combinado

Mayor prevalencia para el sexo masculino, proporción 3:1

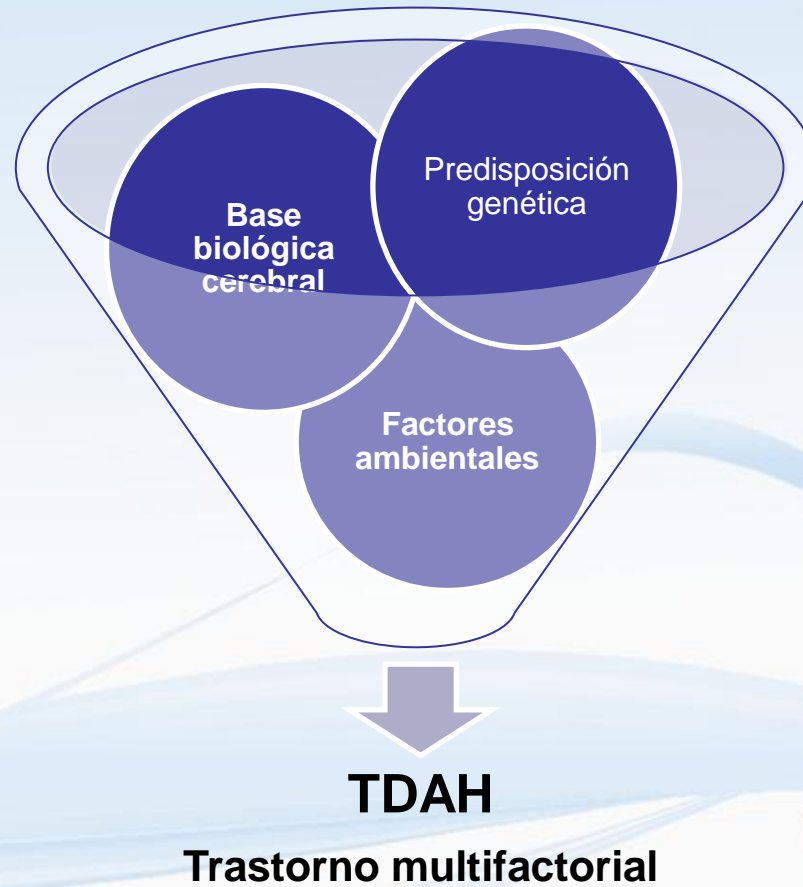
# Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos



	Número	Porcentaje
<u>SEXO</u>		
Femenino	12	3,05%
Masculino	28	7,10%
<u>SUBTIPOS</u>		
Combinado	30	7,61%
Desatento	2	0,51%
Hiperactivo	8	2,03%
<u>NIVEL SOCIOECONOMICO</u>		
Bajo	11	2,79%
Medio	19	4,82%
Alto	10	2,54%
<u>EDAD</u>		
3-5 años	3	0,76%
6-8 años	27	6,85%
9-11 años	9	2,28%
12-13 años	1	0,25%

Montiel-Nava, C. y col, Maracaibo, 2003

# ETIOLOGÍA TDAH



# CARACTERÍSTICAS BUCALES



Alto  
Riesgo  
cariogénico



Traumatismos  
dentales

Protocolos preventivos  
tempranos



**Xerostomía causada  
por los  
medicamentos  
psicoestimulantes**





# MANEJO ODONTOLÓGICO DEL NIÑO CON TDAH



**1ra cita de manera convencional**

**Poco tiempo de espera**

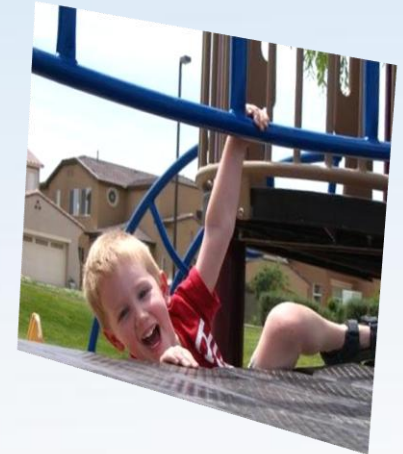
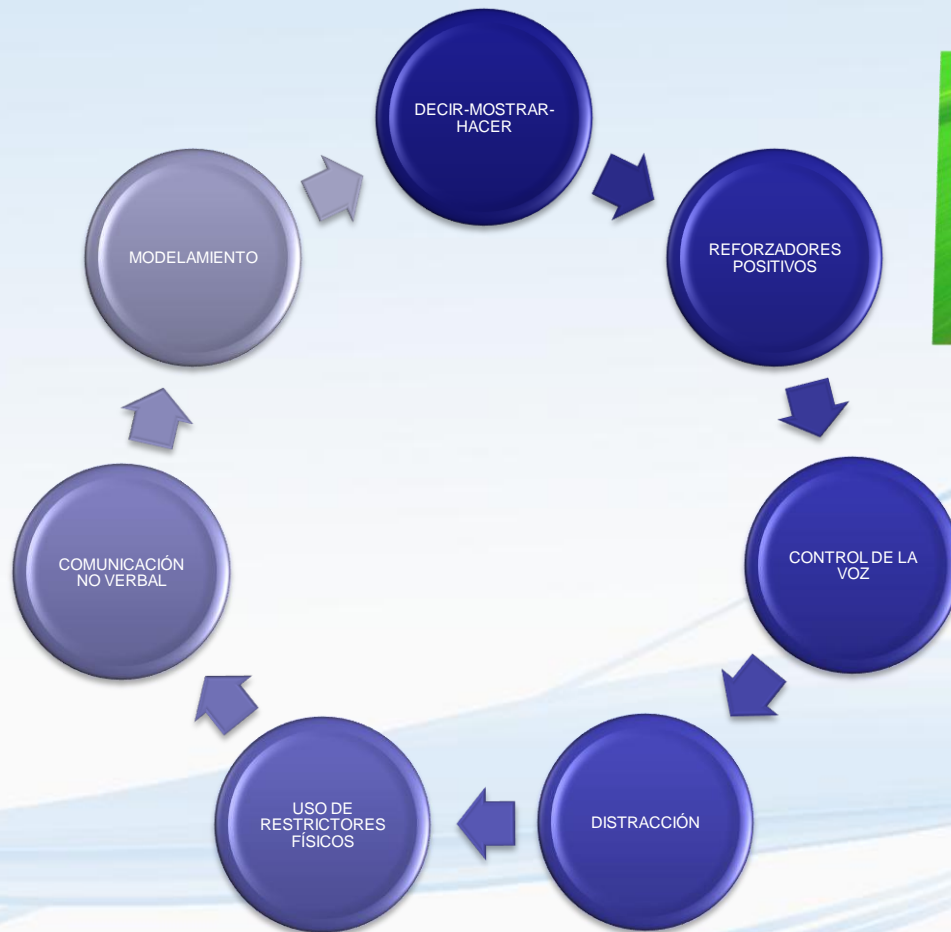
**Citas cortas (16-30 min) y consecutivas**

**Preferiblemente en horas de la mañana**

**Las instrucciones deben ser dictadas una a la vez, ser fáciles, claras y directas, ya que suelen olvidarlas con facilidad**

**Las instrucciones postoperatorias deben ser entregadas de forma escrita y discutidas con el representante y el paciente**

# TÉCNICAS DE MANEJO DE LA CONSULTA DE LOS PACIENTES CON TDAH



**El control de la conducta de estos pacientes, depende de cada niño, la medicación que reciba, el tratamiento de psicoterapia que siga, la edad, los padres y los problemas bucales que presente**



# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

- Debido a la falta de atención y la hiperactividad de estos pacientes, que no les permite culminar ninguna tarea, se hace necesaria la máxima colaboración de los padres en la higiene, ya que no se puede dejar en el niño esta responsabilidad.
- Por lo general estos niños pueden ser vistos en el consultorio, pero en algunos casos podemos requerir de algún grado de sedación, sobretodo en los casos de hiperactividad y extenso tratamiento odontológico.
- En el caso de que el niño este tomando algún medicamento debemos conocer su nombre y dosis para evitar interacciones.

