



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud

Licenciatura en Estomatología

Título:

**Manifestaciones bucales asociadas al uso de
anticonvulsivos en pacientes pediátricos**

Informe de Servicio Social
Instituto Nacional de Pediatría

Presenta:

ANGELICA MARBELLA OLVERA RAYO
MATRÍCULA: 2213019519

Periodo del Servicio Social

01 DE AGOSTO DE 2025 – 31 DE JULIO DE 2026

Asesores:

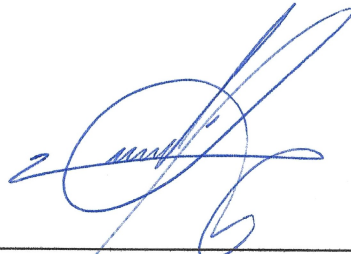
Interno: Agustín Tiol Carrillo
Externo: Eduardo de la Teja Ángeles

Manifestaciones bucales asociadas al uso de
anticonvulsivos en pacientes pediátricos



ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL
Eduardo de la Teja Angeles
(Especialista del Instituto Nacional de Pediatría)

Manifestaciones bucales asociadas al uso de
anticonvulsivos en pacientes pediátricos.



ASESOR INTERNO
Mtro. Agustín Tiol Carrillo



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

El presente informe da cuenta de las actividades realizadas durante 1 año en el Instituto Nacional de Pediatría como pasante de servicio social en la especialidad de Estomatología Pediátrica; ubicado en Av. Insurgentes Sur, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, Ciudad de México, llevado a cabo del 1 de agosto del 2025 al 31 de julio del 2026.

Este trabajo se centró en el análisis del uso de anticonvulsivos y sus efectos adversos en la cavidad bucal, integrando conocimiento de estomatología y medicina. Entre los principales hallazgos se identificó que los fármacos antiepilépticos pueden provocar alteraciones como agrandamiento gingival, xerostomía, cambios en la microbiota oral y mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal. Asimismo, se investigó que estos efectos puedan agravarse por una higiene bucal deficiente.

El estudio también resalta la importancia de estrategias preventivas, como el control periódico odontológico, educación en higiene oral, uso adecuado de dentífricos fluorados y, en algunos casos, tratamiento interdisciplinario. Estas medidas permiten reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con epilepsia.

Palabras clave: anticonvulsivos, niños, manifestaciones bucales, prevención.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL.....	7
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	8
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Trastornos neurológicos en niños	8
2.2 Epilepsia	8
2.3 Epidemiología de la epilepsia y trastornos neurológicos infantiles en México y en el mundo	9
2.3.1 Epidemiología global	9
2.3.2 Epidemiología en américa latina	10
2.3.3 Epidemiología en México	10
2.4 Epidemiología en el INP	11
2.4.1 Distribución por edad	11
2.4.2 Distribución por sexo	12
2.4.3 Distribución por diagnósticos registrados	12
2.4.4 Distribución por tratamiento farmacológico	13
2.4.5 Distribución por el tipo de tratamiento: monoterapia y politerapia	13
2.4.6 Distribución por fármacos más utilizados	14
2.5 Factores de Riesgo Asociados	14
2.6 Uso de anticonvulsivos en pediatría	15
2.7 Tendencias terapéuticas actuales en el tratamiento anticonvulsivo pediátrico	16
2.8 Mecanismos de acción de los anticonvulsivos.....	17
2.9 Efecto de los anticonvulsivos en cavidad bucal	17
2.10 Anticonvulsivos en Pediatría.....	21
2.11 Estrategias preventivas y terapéuticas para el manejo estomatológico..	25
3. OBJETIVO GENERAL.....	27
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
5. MATERIAL Y MÉTODOS	27
5.1 Tipo de estudio	28
5.2 Criterios de exclusión.....	28
5.3 Recursos materiales	28

6. DISCUSIÓN.....	28
7. CONCLUSIONES.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	30
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	34
CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	37
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	44
ANEXOS	45

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El presente informe se realizó durante el desarrollo del servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), dentro del área de Estomatología Pediátrica. Esta institución se encuentra ubicada en Av. Insurgentes Sur, colonia Insurgentes Cuicuilco, en la alcaldía Coyoacán, Ciudad de México, y el periodo de estancia comprendió del 1 de agosto de 2025 al 31 de julio de 2026.

Las actividades desarrolladas durante el servicio social en el INP se encuentran estrechamente vinculadas con los objetivos formativos de la carrera de Estomatología, al favorecer la aplicación de conocimientos orientadas a la atención integral del paciente pediátrico y adolescente. Asimismo, contribuyen al fortalecimiento de competencias en prevención, diagnóstico, promoción de la salud y trabajo interdisciplinario, en concordancia con la formación profesional y el compromiso social que establece el plan de estudios.

Durante el periodo formativo, se llevaron a cabo actividades de apoyo clínico integral en el área de odontopediatría, trabajando de manera conjunta con médicos residentes en procedimientos enfocados en la prevención y el cuidado de la salud bucal. Se participó en la asistencia de procedimientos de mayor complejidad, tales como rehabilitaciones dentales bajo anestesia general, así como tratamientos operatorios y endodónticos en pacientes con diversas condiciones sistémicas. Bajo la supervisión de especialistas y residentes, también se efectuaron de manera autónoma tratamientos preventivos, lo que permitió fortalecer y consolidar las habilidades clínicas en un entorno hospitalario de alta especialidad.

Adicionalmente, se realizó una investigación descriptiva de tipo bibliográfico. Se basará en una revisión sistemática de la literatura científica existente sobre efectos secundarios en cavidad oral por uso de anticonvulsivos en pacientes pediátricos.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurológicas en la población pediátrica representan un desafío importante para los sistemas de salud debido a su impacto en el desarrollo físico, cognitivo y social del paciente infantil. La epilepsia representa uno de los trastornos más frecuentes en este tipo de población y su principal tratamiento se basa en el uso de fármacos anticonvulsivos. El uso prolongado de estos medicamentos en niños se asocia con diversos efectos adversos, destacándose principalmente las manifestaciones a nivel de cavidad oral.¹

Los anticonvulsivos como la fenitoína, el ácido valproico y la carbamazepina han sido relacionados con alteraciones bucales como la hiperplasia gingival, xerostomía y cambios en los tejidos periodontales, derivados de la acción farmacológica, así como los factores locales, tales como la biopelícula.^{2,3}

Una de las alteraciones más frecuentes en los pacientes pediátricos es la hiperplasia gingival, la cual tiene afectaciones en la estética, función masticatoria y salud periodontal. El desarrollo de la hiperplasia gingival depende de la dosis del medicamento, el tiempo del tratamiento y la susceptibilidad individual del paciente.⁴

En la odontología se debe desempeñar un papel fundamental en la prevención, detección temprana y manejo de estas alteraciones, mediante la implementación de control de medidas generales, educación en higiene oral y seguimiento periódico clínico, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente pediátrico.³

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastornos neurológicos en niños

Los trastornos neurológicos comprenden un conjunto amplio de enfermedades que afectan al sistema nervioso central y periférico, afectando sus estructuras y funciones produciendo manifestaciones clínicas como alteraciones cognitivas, convulsiones o trastornos sensoriales.⁵

Estos trastornos se distinguen por la complejidad que tienen, ya que comprometen de forma simultánea funciones neurológicas importantes, dificultando el diagnóstico y manejo.⁵

2.2 Epilepsia

La epilepsia representa uno de los trastornos más frecuentes en la población pediátrica. Se describe como una enfermedad caracterizada por una predisposición continuada a presentar crisis epilépticas, acompañada de diversas repercusiones a nivel neurobiológico, cognitivo, psicológico y social.⁶

Una crisis epiléptica se define como “aparición transitoria de signos y/o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro”. La cual se clasifica de acuerdo con su origen, la presencia/ausencia de síntomas motores y afectación o no de nivel de conciencia. De acuerdo con la ILAE (International League Against Epilepsy o Liga Internacional contra la Epilepsia) 2017 clasificaron a la epilepsia de la siguiente forma (Tabla 1):⁶

Inicio focal		Inicio generalizado	Inicio desconocido
Conciencia preservada	Conciencia alterada		
Inicio motor: - Automatismos - Atónica - Clónica - Espasmos epilépticos - Hipercinética - Mioclónica - Tónica		Motoras: - Tónico-clónica - Clónica - Tónica - Mioclónica - Mioclónica-tónico-clónica - Mioclónica-atónica - Atónica - Espasmos epilépticos	Motoras: - Tónico-clónica - Espasmos epilépticos
Inicio no motor: - Automatismos - Interrupción de actividad - Cognitivo - Emocional - Sensorial		No motoras (ausencias): - Típica - Atípica - Mioclónica - Mioclonía parpebral	No motora: - Interrupción de actividad
Inicio focal con evolución a bilateral tónico-clónica			
			Inclasificable

Tabla 1. Clasificación de la ILAE 2017 del tipo de crisis epilépticas. Tomado de la Guía de práctica clínica en epilepsia.⁶

2.3 Epidemiología de la epilepsia y trastornos neurológicos infantiles en México y en el mundo

Los trastornos neurológicos que se dan en la infancia constituyen un grupo de enfermedades que afectan el sistema nervioso, donde la epilepsia es el trastorno neurológico más frecuente en los niños y una de las causas más frecuentes de discapacidad neurológica.⁷

2.3.1 Epidemiología global

Acerca de 50 millones de personas en el mundo presentan epilepsia, y se estima que el 40%-60% de los casos comienzan en la infancia. En la población infantil, la prevalencia se estima entre 4 y 8 casos por cada 1,000 niños, el cual representa uno de los trastornos más comunes en la infancia.^{7,8}

La epilepsia se da con más frecuencia en países de ingresos bajos y medianos. Principalmente se da por la presencia de infecciones del sistema nervioso central, complicaciones durante el embarazo, traumatismos craneales y las limitaciones a

los servicios de salud, favoreciendo en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.^{8,9}

2.3.2 Epidemiología en américa latina

La epilepsia constituye un importante problema de salud pública en América Latina y el Caribe, un metaanálisis actualizado, basado en estudios observacionales publicados hasta marzo de 2020, estimó la prevalencia e incidencia de la epilepsia en la región. Se incluyeron 40 estudios, cuyos resultados mostraron una prevalencia de epilepsia a lo largo de la vida de 14.09 por cada 1000 habitantes y una prevalencia activa de 9.06 por cada 1000 personas, así como una incidencia de 1.11 casos por cada 1000 personas al año. Estas cifras se han mantenido relativamente constante desde 1990 y también muestras cifran mayores a los promedios mundiales.¹⁰

Esta enfermedad representa una carga importante debido a su impacto en el desarrollo neurológico, cognitivo y social del niño. Además, se estima que una proporción importante de niños con epilepsia en la región no recibe diagnóstico ni tratamiento adecuado, lo que aumenta el riesgo de discapacidad y complicaciones.¹¹

2.3.3 Epidemiología en México

En México la epilepsia es considerada una de las enfermedades vinculadas a la mortalidad por enfermedades no infecciosas en la población infantil. De acuerdo con los registros nacionales de mortalidad en México correspondientes al año 2018, la epilepsia ocasionó 103 defunciones en menores de 1 a 4 años y 57 defunciones en el grupo etario de 5 a 9 años, evidenciando una mayor carga de mortalidad en la primera infancia.¹²

De manera global, la prevalencia de epilepsia en México oscila entre 3.9 y 41 casos por cada 1000 habitantes, En áreas rurales, las cifras varían entre 3.9 a 41 por 1000 personas, mientras que en zonas urbanas fluctúan entre 3.49 y 44.3 por 1000 habitantes. Esta prevalencia se ha mantenido relativamente estable durante los últimos 50 años.¹³

Un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Acapulco, se realizó un estudio en el cual se incluyeron 118 casos con epilepsia y 118 controles, con distribución similar por sexo en ambos grupos (≈55% hombres y 45% mujeres). Se observó mayor frecuencia de antecedente heredofamiliar de epilepsia en los casos (20%) en comparación con los controles (10%). Asimismo, la infección de vías urinarias durante el embarazo fue más reportada en madres de casos (33%)

que en controles (22%), y la asfixia al nacimiento fue más frecuente en los casos (28%) que en los controles (15%).¹⁴

Tabla 2. Tablas comparativas de prevalencia de epilepsia infantil

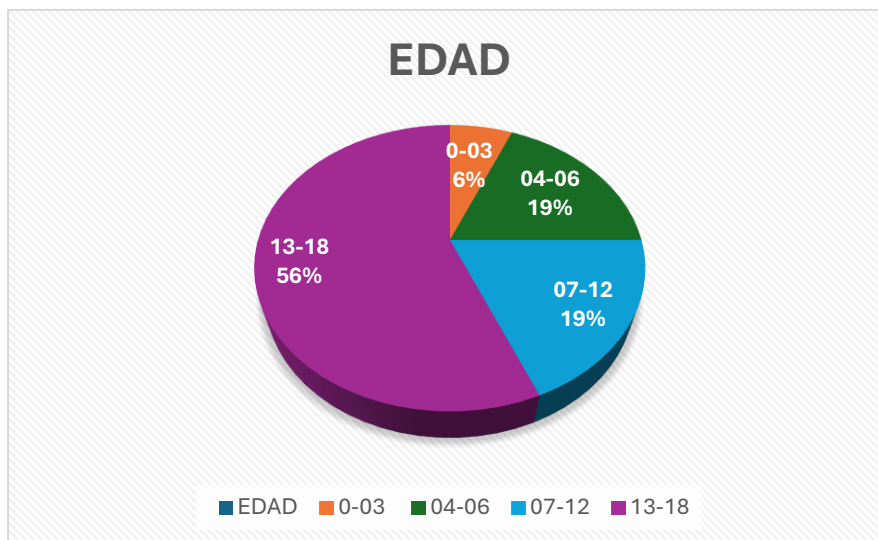
<i>Región</i>	Prevalencia (por 1,000 habitantes)	Incidencia (por 1,000/año)	Observaciones
Mundial ^{7,8,9}	4-8 en población infantil	Variable según la región	40-60% de los casos inician en la infancia; con mayor frecuencia en países de ingresos bajos y medianos
América Latina y el Caribe ^{10,11}	14.09 (a lo largo de la vida) 9.06 (epilepsia activa)	1.11	Cifras superiores al promedio mundial; tendencia estable desde 1990
México ^{12,13,14}	3.9-41 (global) 3.9-41 (rural) 3-49-44.3 (urbano)	No reportada	Prevalencia estable en las últimas cinco décadas; sin estimaciones claras de incidencia

2.4 Epidemiología en el INP

Con base a los pacientes atendidos en el servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de agosto-octubre de 2025 se recolectaron los siguientes datos.

2.4.1 Distribución por edad

Se observa que el grupo predominante corresponde a los individuos de 13 a 18 años, quienes representan el 56% de la muestra total, los grupos de 7 a 12 años y de 4 a 6 años muestran una proporción similar, cada uno con un 19%, el grupo de 0 a 3 años presenta la menor representación, con únicamente el 6% de la población.



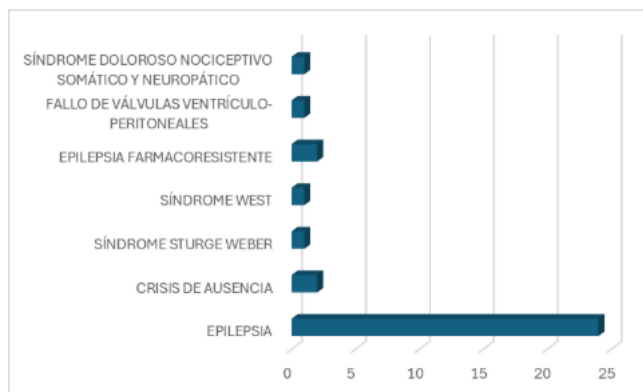
2.4.2 Distribución por sexo

Del total de pacientes estudiados, el 56% correspondieron al sexo masculino y el 44% al sexo femenino, lo que indica una ligera predominancia del sexo masculino dentro de la muestra analizada.



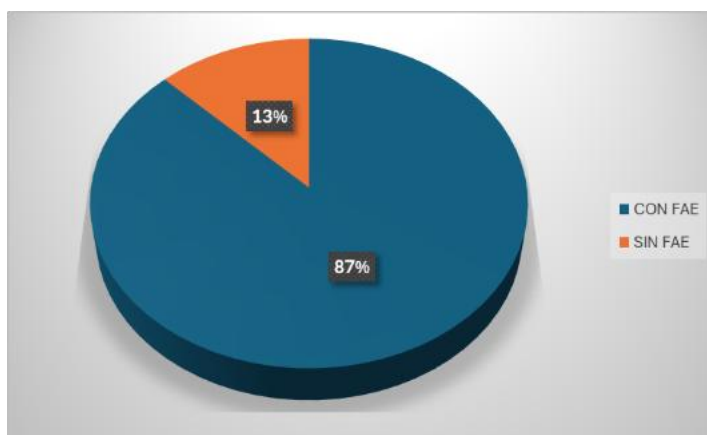
2.4.3 Distribución por diagnósticos registrados

El diagnóstico más frecuente fue epilepsia, presente en 24 pacientes, representando la gran mayoría de los casos. En menor proporción se identificaron crisis de ausencia (2 casos) y epilepsia farmacorresistente (2 casos). Además, se registraron algunos diagnósticos menos frecuentes con un caso cada uno, entre ellos síndrome de Sturge-Weber, síndrome de West, fallo de válvulas ventrículo-peritoneales y síndrome doloroso nociceptivo somático y neuropático.



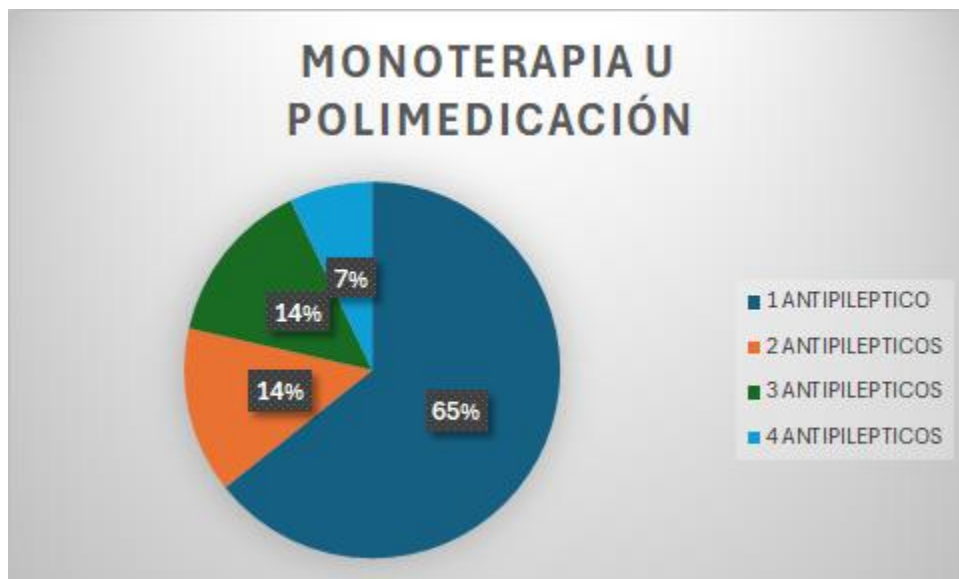
2.4.4 Distribución por tratamiento farmacológico

En relación con el manejo terapéutico, el 87% recibían tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAE), mientras que el 13 % de los pacientes no estaban bajo tratamiento farmacológico al momento del registro.



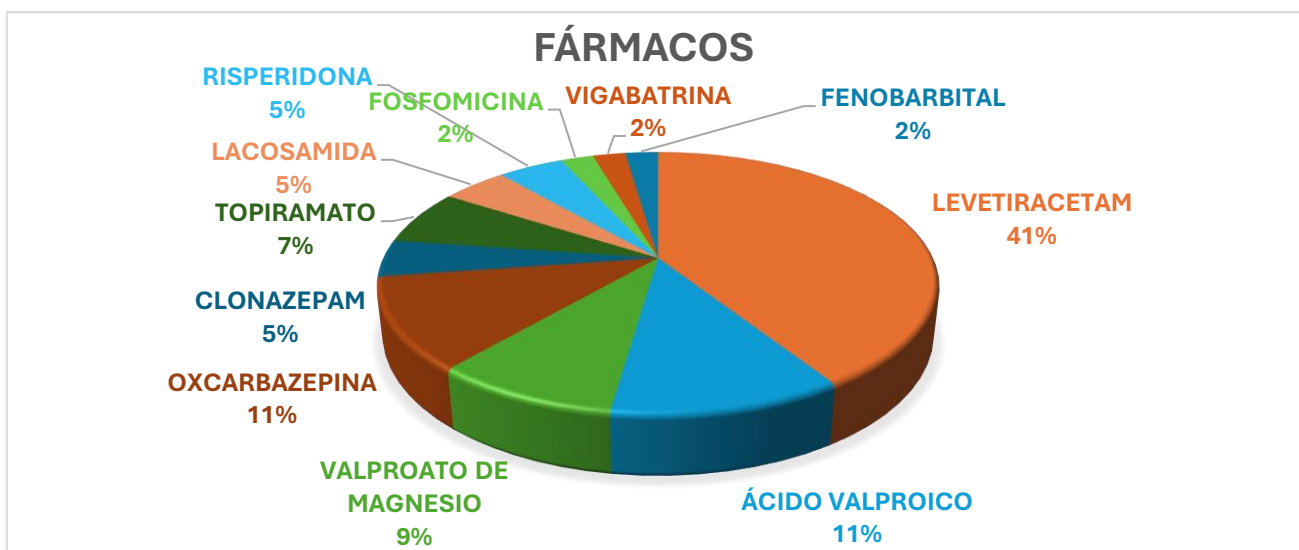
2.4.5 Distribución por el tipo de tratamiento: monoterapia y politerapia

Entre los pacientes que recibían tratamiento antiepiléptico, se observó que la monoterapia fue la estrategia más frecuente, el 65% de pacientes utilizaban un solo antiepiléptico. Por otro lado, el 14% emplea una combinación de dos antiepilépticos, otro 14% utiliza tres fármacos y únicamente el 7% requiere polimedicación con cuatro anticonvulsivos. Esto sugiere que la mayoría de los pacientes logra control terapéutico con un solo medicamento, mientras que un grupo menor requiere combinaciones farmacológicas.



2.4.6 Distribución por fármacos más utilizados

Se observa que levetiracetam presenta la mayor proporción (41%), seguido del ácido valproico y oxcarbazepina, ambos con un 11% y el valproato de magnesio, con 9%. En menores proporciones aparecen topiramato con 7%, clonazepam, risperidona y lacosamida con 5% cada uno. Finalmente, fosfomicina, vigabatrina y fenobarbital registran los porcentajes más bajos, con 2% cada uno.



2.5 Factores de Riesgo Asociados

De acuerdo con el Manual CTO nos clasifica la etiología de la epilepsia según la edad, destacando que las causas varían dependiendo de la etapa de desarrollo

debido a la maduración cerebral, la exposición a factores ambientales y la presencia de enfermedades específicas en cada uno de los grupos de edad.¹⁵

En los neonatos (menores de 1 mes), las causas más frecuentes son de origen perinatal y biológico, como pueden ser la hipoxia perinatal, hemorragia intracraneal, infecciones del sistema nervioso central, trastornos metabólicos, abstinencia a tóxicos, alteraciones genéticas y trastornos del desarrollo cerebral. Este tipo de causas se relacionan principalmente con complicaciones durante el embarazo, el parto o el periodo neonatal temprano.¹⁵

En los lactantes y niños (1 mes a 12 años), predominan las crisis febriles, que son frecuentes en esta etapa, además de alteraciones genéticas, infecciones del sistema nervioso central, trastornos del desarrollo y traumatismos craneales. También se incluyen las epilepsias idiopáticas, en las cuales no se identifica una causa estructural evidente y suelen tener un componente genético.¹⁵

En los adolescentes (12 a 18 años), las principales causas incluyen traumatismos craneales, epilepsias idiopáticas, alteraciones genéticas, tumores cerebrales y el consumo de sustancias psicoactivas. En esta etapa, los factores externos y las lesiones traumáticas adquieren mayor relevancia.¹⁵

2.6 Uso de anticonvulsivos en pediatría

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico caracterizado por la presencia de crisis convulsivas recurrentes. La existencia de una convulsión aislada, o de crisis recurrentes debidas a factores corregibles o evitables no es necesariamente una epilepsia. Las crisis epilépticas o convulsión son el resultado de un fenómeno paroxístico originado por una actividad anormal, excesiva y sincrónica de un grupo de neuronas del Sistema Nerviosos Central y que puede cursar clínicamente de distintas formas.¹⁶

El tratamiento de la epilepsia en Pediatría se basa principalmente en el uso de fármacos anticonvulsivos o antiepilépticos, cuyo objetivo es prevenir la recurrencia de las crisis mediante la modulación de la excitabilidad neuronal. El control adecuado de las crisis es fundamental para prevenir daño neurológico, alteraciones cognitivas y complicaciones en el desarrollo neurológico del paciente pediátrico.^{17,18}

En los pacientes pediátricos, la selección del tratamiento debe individualizarse considerando el tipo de crisis, el síndrome epiléptico la edad del paciente, etiología y el perfil de seguridad del medicamento. Asimismo, es necesario tomar en cuenta las características farmacocinéticas propias de la infancia, como la Absorción,

Distribución, Metabolismo y Excreción (ADME), que pueden variar según la edad del niño. Un tratamiento oportuno y adecuado permite lograr el control de las crisis en la mayoría de los pacientes infantiles, mejorando un pronóstico neurológico y favoreciendo una mejor calidad de vida, reduciendo el impacto de la epilepsia en desarrollo integral del niño. ¹⁶

2.7 Tendencias terapéuticas actuales en el tratamiento anticonvulsivo pediátrico

En la actualidad, el tratamiento anticonvulsivo en la población pediátrica se orienta hacia un manejo más preciso, individualizado y multimodal, gracias a los avances en farmacología y en neurología. Hoy en día se busca seleccionar el fármaco según su etiología, síndrome, edad y los efectos adversos, con el objetivo de controlar las crisis anticonvulsivas, preservar el desarrollo neurológico y calidad de vida del niño. ¹⁹

Los fármacos antiepilépticos (FAE) han crecido significativamente, con la introducción de agentes de tercera generación (lacosamida, brivarecetam, perampanel y cannabidol) que han sido autorizadas para uso pediátrico en diferentes partes del mundo. Estos fármacos suelen ofrecer perfiles de seguridad más favorables, menor interacción con otros fármacos y más aptos para los niños, lo que mejora la adherencia y la posibilidad de combinación para farmacorresistentes. ²⁰

Los avances en el diagnóstico genético y metabólico han permitido identificar mutaciones específicas (como SCN1A o SCN2A) asociadas a distintos síndromes epilépticos tempranos, lo que orienta el uso de antiepilépticos dirigidos a los bloqueadores de canales de sodio en ciertas encefalopatías neonatales. El enfoque a una medicina de precisión reduce el número de ensayos de fármacos sin éxito y disminuye la exposición a efectos adversos. ²¹

Fármacos como benzodiacepínicos, como el lorazepam, diazepam y midazolam, siguen siendo el tratamiento de primera elección; en el caso de los neonatos, el fenobarbital es el fármaco inicial más utilizado, seguidos de los derivados de la fenitoína y, cada vez con mayor frecuencia el levetiracetam debido a su mayor estabilidad hemodinámica. Este abordaje pretende evitar la progresión de las crisis, evitando daño neurológico potencialmente irreversible o la muerte. ⁶

En México en un estudio de farmacovigilancia intensiva en el Instituto Nacional de Pediatría analizaron la Reacción Adversa a Medicamento (RAM) producidas por el ácido valproico (VPA), oxcarbazepina (OXC), fenitoína (PHT) y levetiracetam (LEV), entre otros, administrados en monoterapia o politerapia a pacientes pediátricos

mexicanos hospitalizados con epilepsia. Las RAM más frecuentes fueron somnolencia, irritabilidad y trombocitopenia, y los principales sistemas afectados fueron hematológico, nervioso y dermatológico. Levetiracetam y oxcarbazepina causaron más RAM no graves, y la fenitoína causó más RAM graves.²²

2.8 Mecanismos de acción de los anticonvulsivos

Los fármacos antiepilépticos (FAE) actúan a nivel molecular mediante la modulación de la transmisión neural excitadora e inhibidora, ejerciendo sus efectos tanto en la membrana celular como en el interior de la célula. Sus principales mecanismos de acción incluyen la regulación de canales iónicos, especialmente los canales de sodio, calcio y potasio, los cuales participan en la generación y propagación de los impulsos nerviosos. Asimismo, estos fármacos actúan sobre neurotransmisores, principalmente aumentando la actividad inhibidora mediada por el ácido gamma-aminobutírico (GABA) a través de los receptores GABA_A y GABA_B, y disminuyendo la actividad excitatoria mediada por el glutamato. También influyen sobre los receptores de glutamato, como los receptores NMDA, AMPA y kainato, así como sobre los receptores metabotrópicos, reduciendo la excitabilidad neuronal excesiva. Además, algunos fármacos actúan sobre proteínas de las vesículas sinápticas, disminuyendo la liberación de neurotransmisores excitatorios.²³

El mecanismo exacto de los fármacos antiepilépticos previene o atenúan las convulsiones, pero no se comprende completamente, los mecanismos descritos representan solo algunos de los efectos conocidos sobre las neuronas y las células gliales. El tratamiento estaría dirigido a corregir el defecto molecular específico responsable de la epilepsia en cada paciente; no obstante, en la práctica clínica, esta identificación rara vez es posible, por lo que el tratamiento se basa en un enfoque empírico. Además, no existe evidencia concluyente de que el uso combinado de fármacos con diferentes mecanismos de acción similares ofrezca una ventaja significativa sobre el uso de fármacos con mecanismos similares. Estos mecanismos se describen para evitar el efecto en la reducción de la hiperexcitabilidad neuronal característica de la epilepsia.²³

2.9 Efecto de los anticonvulsivos en cavidad bucal

El uso de anticonvulsivos constituye la base para el tratamiento de la epilepsia en la población pediátrica; sin embargo, estos medicamentos pueden producir diversas reacciones adversas a nivel bucal debido a sus efectos sobre el metabolismo celular, el tejido conectivo y la respuesta inflamatoria gingival.¹⁶

Los efectos adversos que se han reportado en niños son diversas alteraciones orales, agrandamiento gingival, cambios en el metabolismo óseo, xerostomía,

variaciones en el pH de la saliva y microbiota. Consiguientemente deterioran el estado de higiene bucal y aumentar la probabilidad de desarrollar caries dental y enfermedad periodontal. Su intensidad y el alcance de estos efectos dependen del tipo de antiepiléptico utilizado.²⁴

La reacción bucal más frecuente en boca es el agrandamiento gingival inducido por antiepilépticos, especialmente como la fenitoína. Se estima que cerca de la mitad de los pacientes tratados con este fármaco desarrollan hipertrofia gingival clínicamente significativa, y en cohortes pediátricos se observa un agrandamiento gingival en más de la mitad de los niños en pocos meses de iniciar el tratamiento. Su mecanismo se relaciona con la estimulación de fibroblastos gingivales, el aumento en la síntesis de colágeno y la disminución de su degradación, lo que conduce a una acumulación excesiva de matriz extracelular. Aun así, fármacos como el fenobarbital, carbamazepina, valproato, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam y oxcarbazepina han sido implicados con poca frecuencia en informes de casos aislados o pequeñas series clínicas, lo que sugiere un riesgo mucho más bajo e inconsistente de hiperplasia gingival.²⁴

En relación con otros fármacos, como los Bloqueadores de canales de calcio y los meta-bloqueadores, se ha observado que los pacientes en tratamiento con estos medicamentos pueden presentar cambios en la consistencia gingival, así como sangrado durante el cepillado dental.^{25,26}

Por otra parte, el uso de ácido valproico a dosis elevadas y de manera prolongada se ha asociado con alteraciones hematológicas, incluyendo deficiencia del factor XIII. Debido a ello, estos pacientes se debe priorizar una Biometría hemática previa a cualquier procedimiento odontológico. Asimismo, estos pacientes pueden manifestar sangrado gingival espontáneo o inducido al sondaje, así como hemorragia prolongada posterior a procedimientos como extracciones dentales, lo que se resalta la importancia de una evaluación y manejo adecuado.²⁶

El aumento de tamaño en la encía es característica común de la encía, sin embargo, este tipo de enfermedades se clasifican de acuerdo con los factores etiológicos o cambios patológicos de acuerdo con la siguiente tabla 3:²⁷

Tabla 3. Clasificación del agrandamiento gingival. Tomado de Carranza: Periodontología clínica.²⁷

Agrandamiento inflamatorio	a) Crónica: se origina de como un ligero globo de la papila interdental y la encía marginal. Muestra
-----------------------------------	---

	características exudativas y proliferativas de la inflamación crónica. b) Aguda: es una lesión localizada, dolorosa y de rápida expansión que generalmente tiene un inicio repentino. Generalmente se limita a la encía marginal o papila interdental. Consiste en un foco en el tejido conectivo, rodeado por una infiltración difusa de leucocitos polinucleares, tejido edematosos y congestión vascular.
Agrandamiento inducido por fármacos	Administración de algunos anticonvulsivos, inmunosupresores y bloqueadores de los canales de calcio, provocando problemas de habla, masticación, erupción dental y problemas estéticos. Es una combinación del aumento de tamaño causado por el fármaco y la inflamación causada por las bacterias. Pueden producir una decoloración roja o azulada, borrando las demarcaciones de la superficie lobulada y aumento de la tendencia hemorrágica. Se generaliza en toda la boca, pero es mas grave en las regiones de anterior maxilar y mandibular.
Asociadas con enfermedades o afecciones sistémicas	Estas enfermedades pueden afectar el periodonto mediante mecanismo diferentes: a) Condicionada: ocurren cuando la condición sistémica del paciente exagera o distorsiona. Afecciones hormonales (embarazo y pubertad), enfermedades nutricionales como deficiencia de la vitamina C y algunos casos en el que la influencia sistemática no es identificado. b) Independientes: son el agrandamiento independiente al estado inflamatorio de la encía. Enfermedades sistémicas que causan hiperplasia gingival e hiperplasia neoplásica.

Clasificación	a) Localizado: limitado a la encía adyacente a un solo diente o grupo de dientes. b) Generalizado: implica la encía en toda la boca. c) Marginal: confinado a la encía marginal. d) Papilar: confinado a la papila interdental. e) Difuso: envolviendo las encías y papilas marginales y adheridas. f) Discreto: aislamiento sésil o pedunculado, similar a un tumor.
Grado	a) Grado 0: no hay signos de agrandamiento gingival b) Grado I: ampliación confinada a la papila interdental c) Grado II: la ampliación implica la papila y la encía marginal d) Grado III: la ampliación cubre tres cuartos o más de la corona

También se han podido observar alteraciones en la secreción salival, causando xerostomía y disminución del flujo salival, especialmente en población pediátrica debido a las dosis variables y mayor sensibilidad. Una disminución en el flujo salival favorece la acumulación bacteriana y debilita la capacidad de tampón, lo que incrementa el riesgo de caries, inflamación gingival e infecciones fúngicas. La xerostomía se asocia con la sensación de ardor en la lengua, dificultada para deglutir y alteraciones en el estado de ánimo y la higiene oral, y es un efecto adverso relativamente frecuente de muchos antiepilépticos.²⁴

Clínicamente, la xerostomía puede manifestarse con caries o descalcificaciones en la superficie labial de los incisivos superiores, por acumulación de placa en la zona cervical, reducción de pH oral y reducción de la movilidad de la película salival. En un estudio de Zorlu et al.²⁸ se analizaron los efectos de la terapia con valproato sódico en niños epilépticos en la salud dental y periodontal en los niños. Sin embargo, el estudio no demostró un impacto directo en el flujo salival o en la capacidad de tampón, no obstante, en comparación con los controles sanos, los niños que recibían valproato reportaron puntuaciones significativas más altas en el

índice de placa en el de índice gingival, lo que sugiere un posible efecto perjudicial del fármaco sobre la higiene oral y el estado periodontal, incluso en ausencia de disfunción medible de glándulas salivales.²⁴

Algunos antiepilépticos pueden afectar negativamente la función de las glándulas salivales; por ejemplo, el valproato se ha asociado con sialoadenosis, una entidad no inflamatoria con aumento recurrente de las glándulas parótidas y submandibulares. Aunque la saliva es crucial para mantener la homeostasis oral, el impacto de los anticonvulsivos sobre su flujo y composición aún no se comprende del todo, y existe pocas comparaciones sobre la frecuencia de la xerostomía.²⁴

En la infancia y la adolescencia son periodos de crecimiento óseo en los que se acumula gran parte de la Densidad Mineral Ósea (DMO) del adulto, de manera que cualquier alteración en la formación ósea aumenta el riesgo de fracturas. En niños y adolescentes, el tratamiento con antiepilépticos se asocia con disminución de DMO, osteopenia, osteoporosis y mayor riesgo de fracturas, principalmente por aceleración del metabolismo de la vitamina D, alteraciones hormonales, efectos directos sobre las células óseas y disminución de la actividad física. Esta afectación ósea también repercute en la salud bucal, ya que una menor densidad ósea incrementa la susceptibilidad a caries y debilita el soporte periodontal de los dientes, favoreciendo la periodontitis y otras complicaciones dentales.²⁴

Los antiepilépticos inducibles de enzimas (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) incrementan la inactividad de la vitamina D por inducción de citocromo P450, lo que provoca hipocalcemia, aumento de la parathormona, activación de osteoclastos y mayor reabsorción ósea. Estos fármacos también pueden inhibir el crecimiento de osteoblastos en concentraciones terapéuticas. El valproato, aunque inhibe el citocromo P450, también se relaciona con baja DMO en niños y adultos, posiblemente por disminución de osteonectina y colágeno tipo I, y su exposición prenatal se ha asociado con agenesia dental. A los fármacos no inducibles de enzimas, se asocian por sí mismos con un inicio más temprano de osteoporosis.²⁴

2.10 Anticonvulsivos en Pediatría

El tratamiento farmacológico anticonvulsivo tiene como objetivo principal lograr el máximo nivel de funcionamiento neurológico normal del paciente, manteniendo un equilibrio entre el control de las convulsiones y la minimización de la toxicidad de los fármacos. Para ello, es fundamental considerar tanto el riesgo de recurrencia de las crisis como los posibles efectos adversos, como las características individuales del paciente. El inicio del tratamiento está indicado cuando existe una alta probabilidad de recurrencia de las convulsiones que pueden afectar la calidad de vida del niño. Algunas epilepsias, mioclónica juvenil y la epilepsia de

ausencia, deben tratarse siempre debido a su alta probabilidad de recurrencia y su impacto en el desarrollo y el aprendizaje. Sin embargo, si la primera crisis no presenta alteraciones neurológicas, se puede retrasar el tratamiento hasta que ocurra un segundo episodio, ya que el riesgo de recurrencia es menor en otros.²⁹

La duración del tratamiento se individualiza según la causa y las características clínicas del paciente. En general, la suspensión del tratamiento puede considerarse después de un período de al menos 2 años sin convulsiones, especialmente en niños con epilepsias benignas y sin alteraciones neurológicas. No obstante, los pacientes con daño neurológico previo o síndromes epilépticos tienen mayor riesgo de recaída. La suspensión del tratamiento no provoca convulsiones por sí misma, sino que estas ocurren cuando la concentración del fármaco en sangre deja de ser terapéutica.²⁹

El principio fundamental del tratamiento anticonvulsivo es el uso de monoterapia, ya que la mayoría de los pacientes logra un adecuado control de las crisis con un solo fármaco. La polifarmacia se asocia con mayor riesgo de interacción farmacológica, aumento de la toxicidad y menor adherencia al tratamiento. Cuando se utilizan múltiples fármacos, se seleccionan medicamentos con diferentes mecanismos de acción y realizar cambios de forma gradual para evaluar la eficacia y seguridad.²⁹

La monitorización de las concentraciones sanguíneas de los fármacos anticonvulsivos es una herramienta importante para optimizar el tratamiento, ya que permite evaluar la eficacia terapéutica y prevenir efectos tóxicos. Sin embargo, la respuesta clínica es el principal indicador de la eficacia, debido a la variabilidad individual, la relación entre la concentración sanguínea y el efecto terapéutico. La mayoría de los anticonvulsivos siguen una cinética de primer orden, aunque algunos, como la fenitoína, presentan cinética no lineal, lo que aumenta el riesgo de toxicidad con pequeños incrementos en la dosis.²⁹

Los fármacos anticonvulsivos pueden producir efectos adversos relacionados con las dosis, como sedación, alteraciones cognitivas, náuseas y vómitos, así como reacciones idiosincrásicas, como reacciones de hipersensibilidad. Estas reacciones pueden afectar significativamente la calidad de vida del paciente, por lo que es esencial realizar una evaluación clínica continua. Es por eso que la selección del fármaco debe basarse en el tipo de epilepsia, características del paciente y la respuesta al tratamiento, considerando la adherencia terapéutica y las variaciones de la biodisponibilidad de los fármacos.²⁹

La elección del medicamento depende del tipo de crisis, las características del paciente y el perfil farmacológico de cada fármaco. A continuación, se presenta una tabla comparativa que resume los principales fármacos.²⁹

Fármaco	Indicaciones	Administración / Farmacología	Efectos Adversos
Carbamazepina	Crisis parciales y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Contraindicada en ausencias y crisis mioclónicas.	Unión a proteínas 85%. Dosis mantenimiento: 15–20 mg/kg/día (hasta 30 mg/kg/día en lactantes). Vida media: 5–27 h. Induce su propio metabolismo.	Leucopenia, sedación, ataxia, nistagmo, alteraciones cognitivas, reacciones alérgicas.
Clonazepam	Espasmos infantiles, crisis mioclónicas, ausencias y crisis parciales.	Dosis inicial: 0.025 mg/kg/día. Mantenimiento: 0.1 mg/kg/día. Unión a proteínas 47%. Vida media: 20–40 h.	Sedación, alteraciones cognitivas, hiperactividad, sialorrea.
Étosuximida	Fármaco de elección de epilepsia ausencia.	Dosis inicial: 10–15 mg/kg/día. Vida media: 30 h (niños). Absorción rápida.	Náuseas, dolor abdominal, irritación gástrica.
Felbamato	Crisis parciales y generalizadas refractarias, síndrome de Lennox-Gastaut.	Dosis inicial: 15 mg/kg/día. Mantenimiento: hasta 45 mg/kg/día. Absorción rápida.	Náuseas, anorexia, insomnio, hepatotoxicidad fatal, anemia aplásica.
Fenitoína	Crisis tónico-clónicas y parciales.	Unión a proteínas 70–95%. Dosis: 7 mg/kg/día. Vida media variable.	Hipertrofia gingival, hirsutismo, hipersensibilidad, exantema,

			alteraciones cognitivas.
Fenobarbital	Crisis tónico-clónicas y parciales, especialmente en neonatos y lactantes.	Dosis: 3–5 mg/kg/día. Unión a proteínas 50%. Vida media larga (35–140 h).	Hiperactividad en niños, somnolencia, alteraciones cognitivas, exantema.
Lamotrigina	Ausencias, convulsiones atónicas, epilepsia mioclónica juvenil, Lennox-Gastaut.	Dosis inicial: 0.5 mg/kg/día. Mantenimiento: 5–15 mg/kg/día.	Exantema, ataxia, diplopía, cefalea.
Levetiracetam	Amplio espectro, especialmente epilepsia mioclónica juvenil.	Dosis inicial: 10–20 mg/kg/día. Mantenimiento: 40–60 mg/kg/día. Eliminación renal.	Cambios conductuales, irritabilidad, agresividad
Oxcarbazepina	Crisis parciales y generalizadas.	Dosis inicial: 5–10 mg/kg/día. Mantenimiento: 600–1800 mg/día.	Somnolencia, hiponatremia.
Primidona	Crisis tónico-clónicas y parciales.	Dosis mantenimiento: 10–25 mg/kg/día. Metabolitos activos (fenobarbital).	Sedación intensa, efectos similares al fenobarbital.
Tiagabina	Terapia complementaria en crisis parciales y generalizadas.	Dosis inicial: 0.2 mg/kg/día. Ajuste progresivo.	Somnolencia, dificultad para concentrarse.

Topiramato	Crisis parciales, generalizadas y Lennox-Gastaut.	Dosis inicial: 1–2 mg/kg/día. Mantenimiento: 10 mg/kg/día.	Fatiga, alteración mental, glaucoma raro, anorexia.
Valproato	Convulsiones generalizadas, mioclónicas, ausencias y crisis mixtas.	Dosis inicial: 10–15 mg/kg/día. Mantenimiento: hasta 60 mg/kg/día. Unión a proteínas 80–95%.	Hepatotoxicidad, pancreatitis, trombocitopenia, aumento de peso, hiperamonemia.
Vigabatrina	Espasmos infantiles y crisis parciales.	Dosis inicial: 10 mg/kg/día. Mantenimiento: hasta 100 mg/kg/día.	Defectos del campo visual, fatiga, alteraciones conductuales.
Zonisamida	Epilepsia generalizada y parcial.	Dosis inicial: 2 mg/kg/día. Mantenimiento: hasta 12 mg/kg/día.	Somnolencia, anorexia, hipertermia, hiposudoración.

2.11 Estrategias preventivas y terapéuticas para el manejo estomatológico

Sabemos que los niños con terapia anticonvulsiva presentan un riesgo de complicaciones orales, lo que como estomatólogo pueden disminuirse por estrategias preventivas proactivas, higiene oral diaria rigurosa y atención interdisciplinaria. La acumulación de placa y la inflamación gingival modulan la severidad de estos cambios, posicionando la higiene bucal como pilar preventivo esencial.²⁴

El manejo eficaz requiere una evaluación dental temprana y visitas cada 3-6 meses para detección precoz, profilaxis y refuerzo de cuidado como prácticas de higiene oral diaria, en el que se supervise el cepillado dental mínimo dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves, pasta fluorada y uso de hilo dental; en casos limitados, enjuagues con antisépticos como la clorhexidina.²⁴

Asimismo, un enfoque preventivo para este tipo de pacientes es haciendo énfasis en el uso de adecuado de dispositivos que permitan optimizar la eliminación de biopelícula. En el que se recomienda el uso de cepillos dentales con cerdas suaves o ultrasuaves, ya que minimizan el riesgo de traumatismo gingival. Además, los cepillos eléctricos pueden ser una alternativa eficaz, especialmente en pacientes con limitaciones motoras o cognitivas, ya que facilita una técnica de cepillado más eficiente.³⁰

En relación con los dentífricos de acuerdo con Soneta et al.³⁰ el uso de pastas con agentes remineralizantes reduce la progresión de las lesiones iniciales de esmalte, que son las mas comunes en la población infantil. En este estudio se analizaron diferentes compuestos de los dentífricos, el cual se determinó que el componente como el fluoruro es el más eficaz en la remineralización completa. Por su parte la hidroxiapatita con zinc resultó ser tan eficaz como el fluoruro, aunque con una acción más rápida. Es recomendada en niños con riesgo de ingesta excesiva de fluoruro (como niños muy pequeños o con mal control al escupir) o en poblaciones reactivas al uso de fluoruro. Por otro lado, las formulaciones herbales y calcio-sacarosa contribuyen a la remineralización; sin embargo, no logró la recuperación total en el periodo analizado, lo que solo se recomiendan como un complemento ya que su eficacia es menor o más lenta que a los otros componentes.³⁰

Además, la selección de dentífricos debe ajustarse a la edad del paciente, la capacidad para el control de la deglución y el riesgo individual de caries. En los lactantes y niños menores de tres años, se recomienda el uso de pastas dentales con baja concentración de fluoruro, empleando una cantidad equivalente al tamaño de un grano de arroz.³⁰

Para niños entre tres y seis años se sugiere el uso de pastas fluoradas en baja concentración, en una cantidad equivalente al tamaño de un guisante, con el fin de equilibrar la eficacia preventiva y la seguridad.³⁰

En niños mayores a seis años, se recomienda el uso de dentífricos con concentraciones estándar de fluoruro (aproximadamente entre 1000 y 1450 ppm), aplicando dos veces al día como parte de la rutina de higiene bucal del niño.³⁰

Asimismo, la educación y supervisión desempeñan un papel fundamental en la eficacia de estas medidas preventivas. Es indispensable instruir a los pacientes y a su tutor en una técnica de cepillado adecuada, así como el control de la cantidad del dentífrico utilizado.³⁰

Como apoyo adicional, en algunos pacientes y en situaciones especiales puede considerarse el uso de enjuagues bucales con clorhexidina, xilitol o probióticos,

ajustando siempre la elección a las necesidades de cada paciente. En un estudio se observó la disminución de *Streptococcus mutans* después del uso de los tres enjuagues en niños. La clorhexidina fue el enjuague con mayor eficacia, con una reducción del 48%, el probiótico mostró una reducción del 28%, superior a la del xilitol con un 14%. Estos hallazgos sugieren que el uso temporal de la clorhexidina en pacientes que reciben tratamiento anticonvulsivo podría contribuir a la reducción de la carga bacteriana oral y fortalecer las estrategias de prevención en este grupo de pacientes.³¹

Desde una perspectiva clínica, la suplementación con ácido fólico en dosis bajas (0,5 mg/día) en niños que reciben fenitoína en un ensayo controlado aleatorizado, la incidencia de hiperplasia gingival disminuyó del 88% en grupo placebo y 21% en el grupo de ácido fólico, lo que corresponde a una reducción absoluta del riesgo de aproximadamente de 67%. Es otros estudios se aumentó la dosis de ácido fólico (5mg/día) y mostraron un avance más tardío y menor gravedad de la hiperplasia cuando se combinaban con medidas de higiene.^{32,33}

También se considera, junto al neurólogo, la sustitución o disminución de la dosis del antiepiléptico por opciones de menor impacto en cavidad oral, teniendo en cuenta los efectos adversos pueden revertirse tras la suspensión del antipirético.²⁹

En algunos casos se pueden realizar procedimientos quirúrgicos, como la gingivectomía para casos severos que afectan la función de la masticación, el habla o la dificultad de una higiene bucal adecuada.²⁴

3. OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos adversos de los anticonvulsivos en la salud bucal de los pacientes pediátricos.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Describir los principales anticonvulsivos utilizados en neurología y sus efectos adversos orales.
- b) Identificar los efectos secundarios en cavidad oral por uso de anticonvulsivos.
- c) Formular estrategias preventivas y terapéuticas para el manejo integral de pacientes con tratamiento farmacológico con anticonvulsivo.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

Se realizará una investigación descriptiva de tipo bibliográfico. Se basará en una revisión sistemática de la literatura científica existente sobre efectos secundarios en cavidad oral por uso de anticonvulsivos en pacientes pediátricos. En el cual se seleccionarán artículos originales, revisiones sistemáticas y reportes de casos clínicos, provenientes de diversas bases de datos científicas de alto impacto como Elsevier, PubMed, Medigraphic, SciELO y Google Scholar, incluyendo publicaciones de los últimos 10 años.

5.2 Criterios de exclusión

- A. Artículos o revistas científicas en el que el contenido no corresponda a los intereses investigativos o relacionados al tema
- B. Publicaciones que carezcan de rigurosidad científica
- C. Publicaciones que sobrepasen el límite de años establecidos

5.3 Recursos materiales

- A. Computadora
- B. Microsoft 365
- C. Artículos y revistas científicas
- D. Libros digitales

6. DISCUSIÓN

Diversas investigaciones han documentado que la fenitoína es uno de los anticonvulsivos más estrechamente relacionados con la aparición de hiperplasia gingival, considerándose un efecto adverso frecuente en pacientes bajo tratamiento prolongado. Sin embargo, de acuerdo con Jin et al.³⁴ su uso ha sido disminuido de manera considerable en la práctica clínica, debido a su perfil de seguridad menos favorable y a la presencia de múltiples reacciones adversas tanto sistémicas como locales. Lo cual se han promovido la utilización de nuevos anticonvulsivos que presentan menos efectos adversos, como son el levetiracetam y el ácido valproico. De acuerdo con los datos observados en el Instituto Nacional de Pediatría, se identificó que el levetiracetam fue el anticonvulsivo más empleado en los pacientes atendidos, lo cual coincide con las tendencias actuales en el tratamiento de la epilepsia infantil.³⁵

Asimismo, se evidencia que el uso de los anticonvulsivos como el levetiracetam y el ácido valproico se ha evidenciado alteraciones orales,

pero en menor frecuencia. Solowiej et al.²⁴ quien señala una reducción del flujo salival, el cual influye en el aumento de la acumulación de biopelícula y una progresión en la enfermedad periodontal, al igual al favorecer la aparición de caries.

Asimismo, se destaca la relevancia de implementar medidas preventivas desde etapas tempranas, así como el abordaje interdisciplinario en el manejo de estos pacientes. De acuerdo con Arya et al.³² nos menciona como mantener una adecuada higiene oral, con el uso de dentífricos, revisiones periódicas y, en ciertos casos, la suplementación de ácido fólico, pueden contribuir de manera significativa a disminuir la severidad de las alteraciones gingivales o de los tejidos orales.

7. CONCLUSIONES

Los anticonvulsivos utilizados en niños se ha investigado que no todos presentan el mismo perfil de riesgo, pero algunos se han vinculado para presentar algunos efectos adversos orales. Esto dependiendo del tipo de anticonvulsivo, la dosis, el tiempo de uso y la susceptibilidad individual del paciente.

Se debe tomar en cuenta que el manejo de este tipo de pacientes no se debe hacer de manera aislada, sino dentro de un manejo integral e interdisciplinario. En el cual se debe destacar que, aunque no se resalte en la literatura un manejo odontológico como integral y preventivo, en este reporte se trata de destacar principalmente la prevención y un apoyo terapéutico oportuno para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico estomatológico en este tipo de pacientes.

Destacamos que la intervención temprana del estomatólogo es fundamental para identificar signos iniciales, limitar la progresión de las lesiones y orientar estrategias preventivas y terapéuticas individualizadas. En el cual los estomatólogos deben integrar conocimientos sobre este tipo de pacientes para favorecer una atención más segura, oportuna y de mejor calidad en los pacientes pediátricos que reciben tratamiento anticonvulsivo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Dalal R, Garg S, Gupta A. Nonsurgical Management of Drug-induced Gingival Overgrowth in a Young Patient. *Int J.* 2023; 16(3): S331-S334.
2. Cláudio MM, Rodrigues JVS, Garcia VG, Theodoro LH. Prevalence of Gingival Hyperplasia Induced by Anticonvulsants: A Systematic Review. 2021; 24(1): 1-9.
3. Vargas Cornejo HM, Fung Mejía V, Lozada Palacios EI, Rodríguez Celi KG. Fármacos asociados con agrandamiento gingival: revisión de la literatura científica sobre características clínicas y factores relacionados. *Rev Estomatol Herediana.* 2026;36(1): e6640.
4. Sabarudin MA, Taib H, Wan Mohamad WM. Refining the Mechanism of Drug-Influenced Gingival Enlargement and Its Management. *Cureus.* 2022; 14(15): e25009.
5. Betancourt Zambrano, S. V., Verdezoto Michuy, C. L., Macías Sánchez, K. G., Coello Llerena, M. F. Trastornos Neurológicos Comunes: Diagnóstico y Tratamiento. *Dominio De Las Ciencias.* 2025; 11(1): 3–20.
6. López González FJ, Villanueva V, Falip M. Toledo M, Campos D, Serratosa J. Guía de práctica clínica en epilepsia. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2023.
7. Feigin, Valery L y otros. Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health.* 2025; 10: 203-227.
8. Beghi E, Giussani G. Aging and the epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology.* 2018; 51(3-4):216-223
9. Charles RN. Global Burden of Pediatric Neurological Disorders. *Seminars in Pediatric Neurology.* 2018; 18: 10-15.
10. Alva-Díaz C, Navarro-Flores A, Rivera-Torreon O, Huerta-Rosario A, Molina RA, Velásquez-Rimachi V y otros. Prevalence and incidence of epilepsy in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Epilepsia.* 2021; 62(5): 984–996.
11. Burneo JG, Téllez-Zenteno J, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: a systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Res.* 2005; 66(1-3): 63–74.
12. Gobierno de México. Programa de Acción Específico Atención a la Salud de la Infancia 2020-2024. Ciudad de México: Gobierno de México; 2024.

13. Quiñones Pesqueira G, San Juan D, Huerta Albarrán R, León Vázquez M, Quiñones Canales G, González Pesqueira J. Una revisión sistemática de la epidemiología de la epilepsia en México durante 1970 a 2020. *Arq Neuropsiquiatr.* 2023; 81(1): 74–80.
14. Cruz Cruz MR, Gallardo Elías J, Paredes Solís S, Legorreta Soberanis J, Flores Moreno M, Andersson N. Factores asociados a epilepsia en niños en México: un estudio caso-control. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2017; 74(5): 334–340.
15. Callejo Crespo D, Mayol González A, Fajardo Martínez F, eds. *Manual CTO de Medicina y Cirugía.* 6ª ed. Madrid: CTO Medicina; 2021.
16. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. *Nelson textbook of pediatrics.* 21 ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
17. Wilmshurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP, Tsuchida TN, Plouin P, Van Bogaert P y otros. Summary of recommendations for the management of infantile seizures. *Epilepsia.* 2015;56(8):1185–1197.
18. Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM, Schor NF, Finkel RS, Gropman AL y otros. *Swaiman's pediatric neurology: principles and practice.* 6 ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
19. Pisani F, Spagnoli C. What are the considerations when initiating treatment for epilepsy in children? *Expert Rev Neurother.* 2023; 23(12): 1081-1096.
20. Málaga I, Sánchez-Carpintero R, Roldán S, Ramos-Lizana J, García-Peñas JJ. Nuevos fármacos antiepilépticos en Pediatría. *An Pediatr.* 2019; 91(6): 415.e1-415.e10
21. Venegas Silva V. Nuevos fármacos antiepilépticos en epilepsias de la infancia. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2016; 27(2): 37-63.
22. Hernández García E, Naranjo L, Pichardo-Macías LA, Bernad Bernad MJ, Castro-Pastrana LI, Ruíz García M, García Bernal TA, Mendoza Solís JL, Calderón Guzmán D, Díaz-García L, Mendoza-Torreblanca JG, Chávez Pacheco JL. Analysis of Adverse Drug Reactions in Pediatric Patients with Epilepsy: An Intensive Pharmacovigilance Study. *Children (Basel).* 2023 Nov 1;10(11):1775.
23. Asadi Pooya A, Sperling MR. *Antiepileptic drugs: a clinician's manual.* 2ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.

24. Sołowiej E, Sołowiej W, Blecharz-Klin K. the impact of antiepileptic drug therapy on oral health in children with epilepsy: current evidence, mechanisms, and management strategies. *Prospects in Pharmaceutical Sciences*. 2025: pps.809.
25. Kumar R, Vidaurre J, Gedela S. Valproic Acid-Induced Coagulopathy. *Pediatr Neurol*. 2019; 98: 25-30.
26. Kis E, Lazar A, Lazar L. Drug-Induced Changes in the Gingival Tissue. *Journal of Interdisciplinary Medicine*. 2023;8(1):1-5.
27. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza. *Periodontología clínica*. 11^a ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2012.
28. Zorlu, S.; Öner Özdaş, D.; İkkarakayalı, G.; Erdem, A.P.; Sepet, E.; Trosola, Ş.C.; Güven, Y.; Karataban, P.K.; Tatlı, B.; Çalışkan, M.M. The Effect of Valproic Acid Therapy on Dental and Periodontal Health of Children With Epilepsy. *Nobel Med*. 2017, 13(1), 26-30
29. Fenichel GM. *Neurología Pediátrica Clínica: Un enfoque por signos y síntomas*. 5 ed. España: Elseiver; 2006.
30. Soneta SP, Hugar SM, Hallikerimath S, Gokhale N, Joshi RS, Uppin C. A Comparative Evaluation of Remineralizing Potential of Commonly Used Fluoridated Toothpaste, Herbal Toothpaste, Toothpaste with Zinc Hydroxyapatite, and Toothpaste with Calcium Sucrose Phosphate in Children: A Scanning Electronic Microscopic Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022; 15(2): S158-S163.
31. Krupa NC, Thippeswamy HM, Chandrashekar BR. Antimicrobial efficacy of Xylitol, Probiotic and Chlorhexidine mouth rinses among children and elderly population at high risk for dental caries - A Randomized Controlled Trial. *J Prev Med Hyg*. 2022; 63(2): E282-E287.
32. Arya, R.; Gulati, S.; Kabra, M.; Sahu, J.K.; Kalra, V. Folic acid supplementation prevents phenytoin-induced gingival overgrowth in children. *Neurology*. 2011; 76(15): 1338-1343.
33. Prasad, V.N.; Chawla, H.S.; Goyal, A.; Gauba, K.; Singhi, P. Folic acid and phenytoin-induced gingival overgrowth – is there a preventive effect. *J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent*. 2004; 22(2): 82-91.
34. Jin L, Jin Z, Wang Z. Levetiracetam versus phenytoin/fosphenytoin for second-line treatment of children with convulsive status epilepticus: an up-to-date meta-analysis and systematic review of randomized controlled trials. *Front Neurol*. 2025; 15: 1-8.

35. Egunsola O, Choonara I, Sammons HM. Utilización de fármacos antiepilépticos en pediatría: una revisión sistemática . *BMJ Paediatrics Open* . 2017 ; 1: 1-7.

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) es una institución de tercer nivel de atención ubicada en Av. Insurgentes Sur 3700, colonia Insurgentes Cuicuilco, en la alcaldía Coyoacán, Ciudad de México. Este hospital se especializa en la atención integral de pacientes pediátricos con enfermedades de alta complejidad, brindando servicios médicos altamente especializados a la población infantil de todo el país.

El servicio de Estomatología Pediátrica desempeña un papel fundamental en el manejo integral de la salud bucal de los pacientes, especialmente aquellos con condiciones sistémicas complejas. Este servicio se encuentra organizado bajo un modelo multidisciplinario, en el cual colaboran estomatólogos pediatras, residentes de 1er y 2do años de la especialidad, pasantes del servicio social, personal de enfermería y personal administrativo. Asimismo, se mantiene una estrecha relación con las demás especialidades médicas que conforma en INP, lo que permite brindar una atención integral y coordinada.

Dentro del servicio se conforma por 7 consultorios, en las que la asignación de pacientes se realiza con base a su diagnóstico de base o la especialidad médica que lo interconsulta.

<i>Distribución de consultorios, especialidades, diagnósticos y tratamientos odontológicos</i>			
Consultorio	Especialidad	Diagnóstico	Tratamientos
C1	Preventiva	Urgencias Pacientes libres de caries	• Aplicación de flúor • Selladores de fosetas y fisuras • Profilaxis y detartraje • Técnica de cepillado • Urgencias
C2	• Epilepsia • Sx de Landaukleffner • Sx de West • Sx de Lenox Gastaut • Sx de Dravet • Sx de Doose • Sx de Ohthara	• Labio y paladar hendido • Parálisis cerebral • Retraso psicomotor • Px con alergias • Px con Asma • Px sanos • Rinitis	• Operatoria • Selladores de fosetas y fisuras • Pulpotomías y pulpectomías • Extracciones • Aparatología • Coronas acero cromo • Prevención

	• Sx de Angelman • Miastenia • Gastroenterología • Rehabilitación • Dermatología • ATR • Ortopedia	• Neumología • Autismo • Hiperbilirrubinemia • Sx Rett	• Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General
C3	• genética • Endocrinología • clínica Down • Diabetes • Sx Turner • Sx de Noonan • Sx de Cruzon • Sx de Apert	• Px con síndromes • Px con desnutrición • Px de talla baja	• Operatoria • Selladores de fosetas y fisuras • Pulpotomías y pulpectomías • Extracciones • Aparatología • Coronas acero cromo • Prevención • Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General
C4	• Trauma • Fracturas • Cirugía de terceros molares • Patología oral y maxilofacial • Cirugía bucal • Cirugía ortognática	• Fracturas mandibulares • Mucocelos • Ránulas • Tumor • Caninos retenidos • Quistes	• Enucleación de quistes • Biopsias • Enucleación de dientes retenidos • Cirugía ortognática • Cirugía de fracturas • Cirugía bucal • Cirugía ATM • Expansión Rápida de Paladar Asistida Quirúrgicamente (SARPE)

			• Aplicación de toxina botúlica
C5	• Neumonía • SHAOS • Síndromes con repercusión de maloclusión • Síndrome de Goldenhar	• Maloclusión • Ortodoncia prequirúrgica • Respiración Bucal • Pacientes para cirugía ortognática	• Ortopedia • Corrección de mordida • Corrección de hábitos • Operatoria • Extracciones
C6	• Labio y paladar hendido • Síndrome de Treacher Collins • Craneosinostosis • Secuencia de Bandas amnióticas	• Pacientes con asimetría facial • Hendiduras palatinas • Malformaciones craneo faciales • Px c/microftalmia • Px c/microtia	• Ortopedia prequirúrgica • Ortopedia interceptiva • Aparatos funcionales • Ortodoncia • Operatoria • Extracciones
C7	• Inmunología • Cardiología • Oncología • Hematología • Infectología • Clínica del niño maltratado • Nefrología	• Bajo terapia de reemplazo • Protocolo de trasplante • Síndrome autoinflamatorio • Cardiopatía • Bajo tratamiento de quimioterapéutico • Tratamiento de inmunosupresores	• Operatoria • Selladores de fosetas y fisuras • Pulpotomías y pulpectomías • Extracciones • Aparatología • Coronas acero cromo • Prevención • Rehabilitación Bucal Bajo Anestesia General • Atención a niños de piso que se interconsulta por servicio tratante

CAPÍTULO IV: INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Durante mi instancia en el Instituto Nacional de Pediatría, llevé a cabo diversas actividades que abarcaron desde labores administrativos hasta cumplimiento de actividades académicas, incluyendo la asistencia a clases y entrega de tareas. Además, la participación en la atención asistencial en conjunto a los residentes y en actividades recreativas institucionales.

Consultorio: 6 Periodo: 04 al 08 de agosto			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	9
Fotografías intra y extraorales	2	Receta medica	0
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	7	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		

Consultorio: 5 Periodo: 12 al 20 de agosto			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	1	Hojas diarias	14
Fotografías intra y extraorales	0	Receta medica	0
Modelos de yeso	0	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	14	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	1		

Consultorio: 2 Periodo: 25 de agosto al 05 de septiembre			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	15
Fotografías intra y extraorales	2	Llenado de papelería para RBBAG	0
Modelos de yeso	2	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	35	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0	Receta medica	0
Asistencia en quirófano	0	Valoración anestésica	0

Consultorio: 7 Periodo: 08 al 26 de septiembre			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	18
Fotografías intra y extraorales	3	Llenado de papelería para RBBAG	0
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	43	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	8	Receta medica	3
Asistencia en quirófano	0	Valoración anestésica	0

Consultorio: 1 Periodo: 29 de septiembre al 17 de octubre			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	14
Fotografías intra y extraorales	0	Receta medica	0
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	20	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		
Exodoncia	1		
Aplicación de flúor	1		

Consultorio: 2 Periodo: 20 de octubre al 07 de noviembre			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	14
Fotografías intra y extraorales	0	Llenado de papelería para RBBAG	0
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	37	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	11	Receta medica	0
Asistencia en quirófano	1	Valoración anestésica	0

Consultorio: 3 Periodo: 10 al 21 de noviembre			
TURNO VESPERTINO			

ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	13
Fotografías intra y extraorales	0	Llenado de papelería para RBBAG	0
Modelos de yeso	0	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	18	Solicitud de estudios de laboratorio	1
Radiografías periapicales	3	Receta medica	0
Asistencia en quirófano	3	Valoración anestésica	0

Consultorio: 4 Periodo: 24 de noviembre al 12 de diciembre			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	8
Fotografías intra y extraorales		Llenado de papelería para RBBAG	0
Modelos de yeso	2	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	6	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales		Receta medica	0
Asistencia en quirófano	2	Valoración anestésica	0

Periodo vacacional: 15 de diciembre al 2 de enero

Consultorio: 5 Periodo: 5 al 9 de enero			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	2	Hojas diarias	9
Fotografías intra y extraorales	2	Receta medica	0
Modelos de yeso	4	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	16	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		

Consultorio: 7 Periodo: 12 al 30 de enero			
TURNO VESPERTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	

Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	17
Fotografías intra y extraorales	4	Llenado de papelería para RBBAG	2
Modelos de yeso	3	Historia clínica	3
Asistencia en sillón dental	63	Solicitud de estudios de laboratorio	3
Radiografías periapicales	9	Receta medica	4
Asistencia en quirófano	0	Valoración anestésica	0
Exodoncia	1		

Consultorio: 6 Periodo: 2 al 20 de febrero			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	2	Hojas diarias	18
Fotografías intra y extraorales	3	Receta medica	1
Modelos de yeso	16	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	162	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	2		
Ajuste y colocación de aparato	2		

Consultorio: 1 Periodo: 23 de febrero al 13 de marzo			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	8	Hojas diarias	12
Fotografías intra y extraorales	0	Receta medica	0
Modelos de yeso	0	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	40	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	1		
Aplicación tópica de flúor	3		
Detartraje	1		
Resina	2		

Consultorio: 2 Periodo: 16 al 27 de marzo			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	7

Fotografías intra y extraorales	2	Llenado de papelería para RBBAG	2
Modelos de yeso	2	Historia clínica	5
Asistencia en sillón dental	43	Solicitud de estudios de laboratorio	2
Radiografías periapicales	0	Receta medica	1
Asistencia en quirófano	1	Valoración anestésica	0

Periodo vacacional: 30 de marzo al 10 de abril

Consultorio: 7 Periodo: 13 al 24 de abril			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	2	Hojas diarias	12
Fotografías intra y extraorales	2	Llenado de papelería para RBBAG	2
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	29	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	4	Receta medica	3
Asistencia en quirófano	0	Valoración anestésica	0
Detartraje y profilaxis	2		
Aplicación tópica de flúor	2		

Consultorio: 3 Periodo: 27 de abril al 08 de mayo			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	0
Fotografías intra y extraorales	0	Llenado de papelería para RBBAG	2
Modelos de yeso	1	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	37	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0	Receta medica	0
Asistencia en quirófano	3	Valoración anestésica	1
Selladores de foseas y fisuras	8		

Consultorio: 2 Periodo: 11 al 22 de mayo			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	8
Fotografías intra y extraorales	0	Llenado de papelería para RBBAG	2
Modelos de yeso	2	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	61	Solicitud de estudios de laboratorio	4
Radiografías periapicales	0	Receta medica	0
Asistencia en quirófano	2	Valoración anestésica	3

Consultorio: 1 Periodo: 25 de mayo al 12 de junio			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	3
Fotografías intra y extraorales	2	Receta medica	0
Modelos de yeso	0	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	44	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		

Consultorio: 6 Periodo: 15 y 16 de junio			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	0	Hojas diarias	2
Fotografías intra y extraorales	0	Receta medica	0
Modelos de yeso	3	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	30	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		

Consultorio: 2 Periodo: 16 de junio al 17 de julio			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	4	Hojas diarias	10

Fotografías intra y extraorales	5	Llenado de papelería para RBBAG	6
Modelos de yeso	4	Historia clínica	8
Asistencia en sillón dental	84	Solicitud de estudios de laboratorio	6
Radiografías periapicales	9	Receta medica	2
Asistencia en quirófano	1	Valoración anestésica	1
Extracciones	2		
Remoción de sarro	1		
Aplicación de flúor	3		

Consultorio: 5 Periodo: 20 al 31 de julio			
TURNO MATUTINO			
ACTIVIDADES REALIZADAS		ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	
Técnica de cepillado	3	Hojas diarias	2
Fotografías intra y extraorales	1	Receta medica	0
Modelos de yeso	6	Historia clínica	0
Asistencia en sillón dental	17	Solicitud de estudios de laboratorio	0
Radiografías periapicales	0		

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría (INP), como institución de tercer nivel de atención, responde de manera adecuada las necesidades de salud a la población pediátrica, especialmente de aquellos pacientes con enfermedades sistémicas complejas que requieren manejo multidisciplinario. El servicio de Estomatología Pediátrica se integra a este enfoque, proporcionando atención bucodental especializada que contribuye al bienestar general del paciente pediátrico y apoya los tratamientos médicos en curso.

Y en relación con las actividades realizadas durante el servicio social, se observa que esta se vincula con los objetivos institucionales, ya que abarca actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas orientadas a disminuir la incidencia de enfermedades bucodentales. Así mismo, la atención brindada responde a las características específicas de la población atendida, la cual en su mayoría presenta condiciones médicas que requieren cuidados odontológicos especializados.

En cuanto al cumplimiento de protocolos de atención, el servicio se rige por lineamientos clínicos establecidos que garantizan una práctica basada en evidencia

científica y una atención de calidad. De igual manera, se observa una correcta implementación de medidas de bioseguridad, esterilización y control de infecciones.

Finalmente, El servicio de estomatología pediátrica cumple con los criterios de calidad y seguridad, respondiendo de manera integral a las necesidades de salud de la población pediátrica y contribuyendo al manejo multidisciplinario de los pacientes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del servicio social en el área de estomatología pediátrica, se llevaron a cabo diversas actividades que resultaron favorecedoras para mi formación profesional, al permitir la integración de conocimientos teóricos con la práctica clínica.

El desarrollo de asistencia en sillón dental durante la atención de pacientes pediátricos, participando en una amplia variedad de tratamientos odontológicos. Esto incluyó desde procedimientos básicos hasta aquellos que requirieron técnicas especializadas de manejo de conducta, así como el uso de estabilización protectora con poca cooperación, lo que permitió adquirir habilidades en el control conductual y en la atención segura del paciente pediátrico.

Asimismo, se adquirieron habilidades en el área de quirófano, donde se participo en la preparación del equipo mediante el uso adecuado de vestimenta quirúrgica y se desempeñaron funciones como ayudante y circulante.

También se adquirieron conocimientos relevantes en el manejo de pacientes médicamente comprometidos, particularmente aquellos con diversas patologías sistémicas, no que fortaleció la capacidad para identificar riesgos, adaptar los tratamientos antológicos y brindar una atención integral. De igual manera, se amplió el conocimiento sobre distintas enfermedades, materiales dentales y su correcta aplicación en la práctica clínica.

ANEXOS







