



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**REHABILITACIÓN DE PACIENTE CON RETRASO  
MENTAL, EPILEPSIA, TDAH Y RASGOS DE AUTISMO:  
REPORTE DE UN CASO.**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

SARA VIOLETA ARRIAGA LEGORRETA

TUTOR: Esp. BLANCA XENIA FIERROS DAMIÁN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Dedicatoria

Quiero agradecer y dedicar este trabajo y logro en primer lugar a Dios por sobre todo el mundo terrenal y espiritual, por cuidarme, protegerme y guiarme en este arduo camino llamado vida y por nunca abandonarme.

También quiero dedicárselo a mis papás por todo su tiempo, amor y cuidados, al igual que a mi hermanito por todas sus travesuras y cariño que me han hecho mejor persona cada vez y ayudarme en mi vocación, sin él este caso clínico no hubiera sido posible.

Y ahora quiero dedicarle mis logros, todos ellos, presentes y futuros a mi adorada gatita, la luz de mi alma; este trabajo es por ella, sin ella yo no estaría aquí, ella salvó mi vida y me acompañó toda la carrera hasta que un día sin luz el cielo se la llevó.

Mi amada Fauchard, me ayudaste a ser fuerte, a seguir adelante y ser feliz así que te he de dedicar esto más que a nada en este mundo terrenal, por cada momento en el cual me escuchaste y me levantaste, por todas las desveladas juntas haciendo las tareas y estudiando para los exámenes, por cada día, cada hora, cada segundo en el que tú fuiste mi único océano infinito de paz en todo este mundo. Esto es para ti, mi amada gatita Fauchard, jamás lo habría logrado sin ti y siempre agradeceré a Dios por darme una probada del paraíso en tu compañía, aunque solo fuera poco tiempo así que ¡lo logramos Fauchard!



# ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO .....</b>	<b>8</b>
MANIFESTACIONES ODONTOLÓGICAS DE LAS DISCAPACIDADES Y SU MANEJO. ....	8
DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....	8
EPILEPSIA .....	12
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) .....	18
TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	22
<b>CASO CLÍNICO .....</b>	<b>26</b>
<i>Antecedentes heredofamiliares, .....</i>	<i>26</i>
<i>Antecedentes personales no patológicos.....</i>	<i>26</i>
<i>Antecedentes personales patológicos.....</i>	<i>26</i>
<i>Antecedentes personales.....</i>	<i>27</i>
<i>Higiene del paciente: .....</i>	<i>28</i>
<b>Tratamiento médico actual.....</b>	<b>28</b>
<i>Exploración general .....</i>	<i>28</i>
<i>Exploración Intraoral.....</i>	<i>30</i>
<i>Manejo general del paciente .....</i>	<i>32</i>
<i>Comportamiento y manejo del paciente en la clínica.....</i>	<i>33</i>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>

## RESUMEN

La atención odontológica correcta a pacientes con enfermedades sistémicas y/o discapacidad va a requerir siempre un manejo especial por parte del odontólogo para que el tratamiento del paciente sea el adecuado. La rehabilitación odontológica de un paciente pediátrico de 13 años y 11 meses de edad con diagnóstico sistémico de retraso mental, epilepsia, TDAH y rasgos de autismo se realizó en la clínica de odontopediatría y ortodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM donde se maneja al paciente con citas cortas y entretenimiento dentro de la clínica. Tomando en cuenta los detonantes de los episodios epilépticos en forma de ausencia como también la prevención y manejo de conductas erráticas. El diagnóstico odontológico del paciente fue Clase II subdivisión 1 de Angle, foseas y fisuras profundas, hábito de lengua, incompetencia labial, succión de labio y respirador bucal; el tratamiento del paciente constó de eliminación de cálculo, profilaxis, selladores de foseas y fisuras en molares y premolares permanentes, fluoruro tópico, placa hawley inferior con tornillo bidimensional con lip bumper y placa hawley superior con tornillo tridimensional y trampa lingual.

**Palabras clave:** odontopediatría, TDAH, autismo, epilepsia, retraso mental, manejo de conducta.

## ABSTRACT

The correct dental care for patients with systemic diseases or some disabilities will always require special handling by the dentist so that the patient's treatment is appropriate. The dental rehabilitation of a 13-year-old and 11-month-old pediatric patient with a systemic diagnosis of mental retardation, epilepsy, ADHD and features of autism was carried out in the pediatric dentistry and orthodontics clinic of the UNAM School of Dentistry, where he was managed at patient with short appointments and entertainment inside the clinic. Considering the triggers of epileptic episodes in the form of absence as well as the prevention and management of erratic behaviors. The dental diagnosis of the patient was Class II subdivision 1 by Angle, deep pits and fissures, tongue habit, lip incompetence, lip sucking and mouth breather; The patient's treatment consisted of calculus removal, prophylaxis, fissure and fissure sealants in permanent molars and premolars, topical fluoride, lower hawley plate with two-dimensional screw and lip bumper, and upper hawley plate with three-dimensional screw and lingual trap.

**Keywords:** pediatric dentistry, ADHD, autism, epilepsy, mental retardation, behavior management.

\*Alumna del Seminario de Titulación número 68 del área de Especialización de Odontopediatría y Ortodoncia de la, FO UNAM.

\*\*Dra. Especialista en Odontopediatría docente en la Universidad Nacional Autónoma de México en la Facultad de Odontología.

## INTRODUCCIÓN

El manejo odontológico en pacientes con discapacidad o alguna enfermedad sistémica cobra cada vez más relevancia debido al aumento de la población y con ello un aumento en el número de personas y pacientes que presentan estas características; el manejo adecuado de este grupo de pacientes requiere maniobras y cuidados específicas por lo cual son denominados pacientes especiales donde su cuidado, tratamiento y manejo, sobre todo en pacientes con discapacidad, es comprometedor y difícil para el profesional de la salud por lo cual se deben de tratar con paciencia, tolerancia y comprensión, ante todo, para manejar el estrés y la conducta dentro de la clínica. **En México el 5.79% de la población total presenta alguna discapacidad y en el Mundo es del 15% donde la quinta parte es una discapacidad incapacitante.** <sup>1,2</sup>

Discapacidad intelectual (DI) es la deficiencia en el funcionamiento y desarrollo mental en las personas al no alcanzar los niveles esperados de aprendizaje y tienen problemas en la comunicación, cuidado personal, destrezas sociales y aprendizaje. **En México el 0.57% (723 770 personas) de la población tiene alguna condición o problema mental y en el mundo ronda del 1-4% de la población total.** <sup>2,3,4</sup>

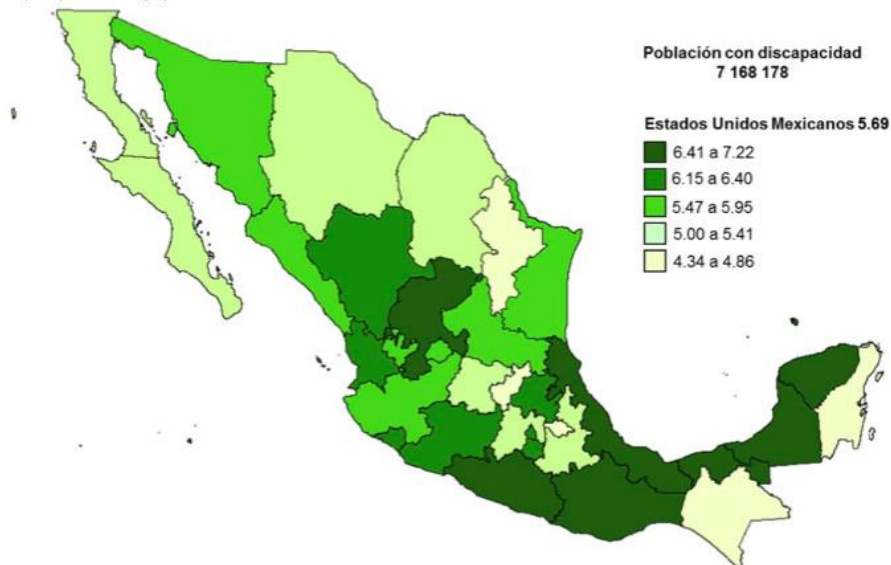
Epilepsia grupo de enfermedades crónicas que afectan al SNC produciendo crisis epilépticas las cuales pueden ser episodios muy breves de ausencias, contracciones musculares y convulsiones prolongadas y severas. En el **mundo** hay alrededor de **70 millones de personas** (0.88%) con epilepsia y en **México** del **1.08-2% de la población** la padece, siendo **uno de los trastornos neurológicos más comunes.** <sup>5,6,7,8</sup>

Los trastornos del espectro autista (TEA) existe una amplia variación en el tipo y gravedad de los síntomas en las personas que presentan este trastorno de

neurodesarrollo el cual incia inician en la infancia, afecta la comunicación social, conducta, comportamientos e intereses repetitivos y restringidos. El TEA se presenta en 1 de cada 160 niños (0.62%) en el mundo y en México es 1 de cada 115 niños (0.86%).<sup>9,10,11</sup>

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) trastorno del neurodesarrollo muy común en la infancia, se presentan problemas para prestar atención, en la capacidad de estar quieto y el auto-control, teniendo conductas compulsivas donde no se detiene a pensar en las consecuencias y presentando hiperactividad. El TDAH afecta al 5.3% de la población mundial de entre seis a dieciséis años de edad y en México hay cerca de 1.6 millones de niños y niñas con TDAH, teniendo una prevalencia en la población adulta del 2-5%. Sin embargo, “Hay un 90% de los pacientes que no son diagnosticados correctamente”, dijo Efe Lino Palacios, miembro fundador de la Liga Latinoamericana para el estudio del TDAH<sup>12,13,14,15</sup>

**Prevalencia de población con discapacidad y/o problema o condición mental<sup>1</sup> por entidad federativa 2020**  
(en porcentaje)



<sup>1</sup> Incluye a la población que declaró tener mucha dificultad o no poder realizar al menos una de las siguientes actividades: ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; caminar, subir o bajar; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse y la que declaró tener algún problema o condición mental.

Nota: La prevalencia se calcula con respecto al total de población residente en cada entidad federativa.  
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.



## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

### Manifestaciones odontológicas de las discapacidades y su manejo.

#### DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La **discapacidad intelectual (DI)** también llamada retraso mental es un término empleado cuando una persona presenta deficiencias en su funcionamiento mental (comunicación, cuidado personal, destrezas sociales y aprendizaje) impidiendo que pueda funcionar de manera normal en la vida cotidiana así como no alcanzar los niveles de aprendizaje esperados; podemos detectar problemas en el habla, al caminar, vestirse y comer en comparación con niños de su misma edad. Estos niños suelen tener problemas en la escuela y requerir más tiempo para aprender, sin embargo, dependiendo de la severidad de la discapacidad puede que no lleguen a aprender ciertas cosas. En México el 0.57% (723 770 personas) de la población tiene alguna condición o problema mental y en el mundo ronda del 1-4% de la población total. <sup>2,3,4</sup>

Clasificación:

-DI Leve: CI 50-55

Llegan a tener un desarrollo autónomo pero con algún tipo de apoyo en las tareas complejas de la vida cotidiana, hay dificultad en la escuela sin embargo con apoyo pueden llenar las expectativas con respecto a su edad. Son individuos inmaduros, no reconoce bien los riesgos y hay dificultad en las interacciones sociales así como al regular las emociones y conductas. <sup>1, 19,17</sup>

-DI Moderado: CI 35-40/50-55

Hay un marcado retraso escolar a nivel básico, requieren ayuda para leer y manejar el dinero, puede comunicarse de manera sencilla y realizar trabajos

no especializados, tiene autonomía en funciones básicas (aseo, comer y vestirse) pero presentan una capacidad de decisión limitada. <sup>1, 19,17</sup>

-DI Grave: CI 20-25/35-40

Pueden entender conceptos simbólicos, pictogramas, letras y símbolos. Su comunicación es limitada, puede hilar frases y palabras pero de manera sencilla y con cierta dificultad para expresarse. Comprenden hablas y gestos sencillos así como sus relaciones suele limitarse a solo el círculo familiar. Requiere ayuda constante en las funciones básicas (aseo, alimentación y vestirse), su conducta puede estar alterada y no tiene poder en decisiones responsables ya que requieren estar bajo supervisión. <sup>1, 19,17</sup>

-DI Profundo: CI < 20-25

Son totalmente dependientes, su motricidad y comunicación está afectada, no comprenden conceptos simbólicos, pictogramas, letras ni símbolos, pueden comprender algunas palabras y gestos sencillos, su comunicación es a base de gestos y emociones así como su relación emocional está limitada sólo a su familia. Y este tipo de DI está asociada a trastornos neurológicos. <sup>1, 19,17</sup>

### Manejo Clínico

Objetivo: Ganar su confianza y realizar odontología preventiva

El manejo de la conducta es lo fundamental y el principal objetivo, ya sea en menor o mayor grado los pacientes presentan una reducción en su capacidad intelectual por lo cual la comunicación se ve afectada por lo que debemos de establecer primeramente una adecuada comunicación para así ganarnos su confianza y poder trabajar con ellos. <sup>1, 17</sup>

La odontología preventiva es la mejor opción de tratamiento para los pacientes sin importar su edad o si es que presentan o no alguna discapacidad, si un paciente presenta caries y patologías orales, después de rehabilitarlos se debe

de hacer hincapié en la higiene oral y promoverla, posteriormente a la rehabilitación se debe de controlar también la presencia de biofilm en la cavidad oral y hacer citas periódicas para profilaxis y revisiones. <sup>17</sup>

## Patología Oral

La mayoría de los odontólogos no tienen un entrenamiento para tratar pacientes con problemas especiales por lo cual, según La Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor del 30% de estos pacientes no reciben atención odontológica, algunos sólo reciben tratamientos curativos, temporales o mutilantes mientras que muy pocos pacientes reciben un tratamiento preventivo. <sup>1, 18</sup>

Estos pacientes presentan más prevalencia de caries generalmente ocasionado por los problemas motrices a la hora de cepillarse el cual, en la mayoría de los casos, es asistido; también debemos de tomar en cuenta el tipo de dieta de estos pacientes, al presentar problemas motrices, los cuales incluso pueden estar presentes en la motricidad orofacial, se suelen dar dietas blandas para facilitar la alimentación de la persona en vez de dietas fibrosas que cuestan más trabajo durante la masticación. La combinación de dietas blandas con la falta de coordinación motriz hacen que los pacientes sean más predilectos a las caries por lo cual el tratamiento dental debe estar principalmente enfocado en programas preventivos.<sup>17</sup>

El manejo ideal en estos pacientes es ganarse su confianza para que cooperen con uno, posteriormente se deben de ir inculcando en ellos la higiene oral, darles técnicas dentales que se le faciliten así con orientar al uso de cepillos dentales especiales que se adapten mejor a las habilidades y necesidades del paciente. <sup>1, 17</sup>

## Manejo del Paciente:

1. Saber los interés del paciente, lo que le gusta e ir adaptándolo a la clínica, que tenga confianza al personal de la salud. <sup>1</sup>
2. Se debe poco a poco inducir al paciente a aceptar los tratamientos dentales sin temor, empezando por los más sencillos y menos invasores como profilaxis. <sup>1</sup>
3. Manejar con ellos la importancia de la higiene oral, brindándoles la información necesaria de los utensilios dentales para limpieza oral más aptos y recomendados para el paciente, como cerdas suaves y redondeadas, mangos largos y gruesos para facilitar el agarre del cepillo, darles una técnica de cepillado que puedan realizar, como la técnica de fones que es ampliamente recomendada para este tipo de pacientes con problemas motrices al igual que mediante técnicas mecánicas o químicas, el profesional de la salud debe de tener un control de la placa dentobacteriana del paciente. <sup>1,20,</sup>
4. Se debe detectar oportunamente las patologías bucales para así prevenir que avancen o se desarrollen las patologías. <sup>1,17</sup>

## Objetivos:

- Ganarse la confianza del paciente y que vea al odontólogo más como un bien que con temor. <sup>1</sup>



**Imagen 1.** Fuente Secundaria: Una madre en el dentista. Cepillo de triple cabezal Dr. Barman`s: Superbrush. 11/03/2019. Cepillo de triple cabezal recomendado para pacientes con poca motricidad, debe ser cerdas suaves.

- Generar tanto en los tutores como en el mismo paciente el interés por la salud oral, que conozcan las herramientas necesarias para que lo puedan llevar a cabo de manera correcta y su importancia. <sup>1,20</sup>

- Prevenir y tratar de manera precoz patologías orales que pudiesen surgir.<sup>1</sup>
- Mantener en observación constante a los pacientes y tratarlos de manera integral.<sup>1</sup>

## EPILEPSIA

La **epilepsia** es un grupo de enfermedades crónicas, no transmisibles, que afectan al sistema nervioso central ocasionada por una descarga eléctrica excesiva en las neuronas de la corteza cerebral. Las crisis epilépticas presentan una clínica muy variable pudiendo ser episodios muy breves de ausencias o contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y severas también. En el **mundo** hay alrededor de **70 millones de personas** que padecen esta enfermedad y en **México** del **1.08-2% de la población** la padece, siendo **uno de los trastornos neurológicos más comunes**.<sup>5,6,7,8</sup>

### Manejo Clínico:

El conocimiento de los factores desencadenantes de episodios epilépticos de los pacientes es fundamental para el odontólogo puesto que la consulta dental es posible que estos factores estén presentes por lo que contar con su manejo y prevención es fundamental.<sup>21,22,23</sup>

### Patología Oral:

En este tipo de pacientes las principales patologías que podemos encontrar son las relacionadas a las lesiones ocasionadas por las crisis convulsivas y patologías de origen medicamentoso.<sup>21</sup>

La pérdida de la conciencia, a consecuencia de las convulsiones, puede ocasionar en los pacientes hematomas subcutáneos periorbitales, fracturas, laceraciones, luxaciones o subluxaciones, avulsiones dentales, laceraciones en la lengua o en la mucosa bucal como también alteraciones en los tejidos blandos inducidas por medicamentos anticonvulsivos entre las que están las

úlceras, hipertrofia gingival y petequias presentes en el paladar, principalmente y con menor incidencia se llegan a presentar también la glositis migratoria benigna, paladar profundo, arrugas palatinas prominentes, desmineralización e hipoplasia del esmalte, maloclusión, reabsorciones óseas y radiculares atípicas, labios resecaos y agrandamiento del conducto de Stensen.<sup>21, 22,23</sup>

#### Manejo del Paciente:

Primeramente se deben de conocer los factores desencadenantes de las crisis epilépticas para así prevenirlas, dentro de la clínica se pueden presentar los siguientes casos:

- Ansiedad y estrés : es una situación muy frecuente dentro de la consulta dental, a la cual la mayoría de los pacientes se ven sometidos, sin embargo en los pacientes epilépticos el someterlos a mucho estrés puede propiciar una crisis epiléptica por lo cual el odontólogo debe de tomar todas las medidas necesarias para la relajación del pacientes, pudiendo emplear la psicoterapia o farmacología para calmar al paciente.<sup>22</sup>
- Suspensión del tratamiento antiepiléptico. Esto no es único de los pacientes epilépticos, en general por falta de conocimiento los pacientes antes de ir al odontólogo suspenden sus tratamientos previos por lo cual es fundamental que el odontólogo se asegure de la correcta administración de los fármacos.<sup>22,23</sup>
- Proceso infeccioso. Al haber infección la temperatura corporal del paciente puede elevarse provocando fiebre lo cual eleva el riesgo de presentar una crisis epiléptica.<sup>22,23</sup>
- Privación de sueño. El mal descanso y la privación del sueño elevan el riesgo de desarrollar una crisis epiléptica. Se debe aconsejar un buen descanso previo a la cita odontológica y en la vida cotidiana igualmente.<sup>22,23</sup>

- Consumo de alcohol o excitantes. Interfieren con la eficacia del medicamento además de poder desencadenar una crisis epiléptica. <sup>22,23</sup>
- Menstruación. Hay crisis epilépticas que se presentan únicamente durante estos procesos hormonales llamada epilepsia catamenial o aumentar el riesgo de un episodio epiléptico. <sup>22,23</sup>
- Hipoglucemia. Es un factor aislado desencadenante de crisis epilépticas incluso en pacientes no epilépticos. La recomendación es que en cualquier caso los pacientes vayan bien comidos para evitar también síncope por la misma hipoglucemia. <sup>22,23</sup>
- Deshidratación. Este factor principalmente afecta a niños y puede desencadenar una crisis. <sup>23</sup>
- Hiperventilación. Cuando el paciente está hiperventilando de forma continua y por un tiempo prolongado puede desarrollar un episodio epiléptico. Esto es fundamental para los niños que al hacer berrinche pueden hiperventilarse y entrar en crisis epiléptica o si es un paciente sano puede caer en síncope. <sup>23</sup>
- Luces intermitentes. Se debe de tomar en cuenta al usar las lámparas del consultorio dental así como las lámparas de fotopolimerizado ya que luces muy fuertes o luces con una determinada frecuencia pueden desencadenar una crisis epiléptica. <sup>22,23</sup>
- Fármacos. Se debe de considerar las interacciones medicamentosas para evitar que los antiepilépticos bajen un eficacia al igual que tener en cuenta que antibióticos como el ciprofloxacino y analgésicos narcóticos como fentanil, pentazocina y meperidina son epileptógenos a altas dosis. <sup>22,23</sup>

- Reflejos. Hay crisis epilépticas que son de carácter reflejo que al realizar alguna acción específica como la deglución, masticación, etc. se pueden producir las crisis. <sup>22,23</sup>

Para tratar al paciente epilépticos se debe de realizar una historia clínica de las crisis, saber que tipos de episodios presenta el paciente, conocer si la epilepsia esta controlada o no y si hay alguna periodicidad en los episodios, debe estar acompañado y preguntarle al paciente o tutor si existe algún factor desencadenante y la medicación que lleva al igual que pedir el contacto de su neurólogo por si se requiere una interconsulta o existe una emergencia en la clínica. <sup>22</sup>

En la evaluación general y extraoral del paciente se debe de checar si hay lesiones, traumatismos o efectos secundarios de la farmacoterapia. En la exploración intraoral se buscará la existencia de alteraciones y patologías en la cavidad oral, principalmente, hipertrofia gingival. <sup>22</sup>

### **Medidas generales**

1. Posponer la cita si ha habido crisis previas en el día de la crisis. <sup>22,23</sup>
2. Evitar la administración de fármacos epileptógenos o que hagan interferencia con su tratamiento neurológico. <sup>22,23</sup>
3. Controlar las crisis de ansiedad del paciente y mantenerlo calmado durante la cita ya sea con medicación o psicoterapia. <sup>22,23</sup>
4. Se debe de tener el consentimiento informado por parte del paciente o tutores. <sup>22,23</sup>
5. Se recomienda citarlo temprano y no hacerle esperar mucho tiempo para mantener una buena actitud y evitar la desesperación. <sup>22,23</sup>



6. Las sesiones deben de ser cortas en medida de lo posible por lo cual una adecuada planificación entre el odontólogo y el mismo paciente es fundamental para evitar el cansancio y estrés del paciente como también para las citas donde se requiere intervenciones quirúrgicas y el empleo de anestesia. <sup>22,23</sup>

### **Medidas específicas**

1. Realizar interconsulta con su neurólogo para el uso de ansiolíticos orales o intramusculares, en caso de ser necesario, de manera previa a la cita odontológica. (Diazepam 5-10 mg vía oral o mi.) <sup>22,23</sup>
2. Conseguir un estado de analgesia correcto para evitar las crisis de ansiedad producto del dolor sufrido durante los tratamientos, evitando el uso de óxido nitroso porque puede aumentar la toxicidad de los antiepilépticos. <sup>22,23</sup>
3. Manejar las dosis mínimas de los anestésicos locales con vasoconstrictores. <sup>22,23</sup>
4. Controlar la inyección intravascular inadvertida de anestésico, realizar aspiración previa. <sup>22,23</sup>

### **Manejo de una crisis epiléptica durante la cita dental**

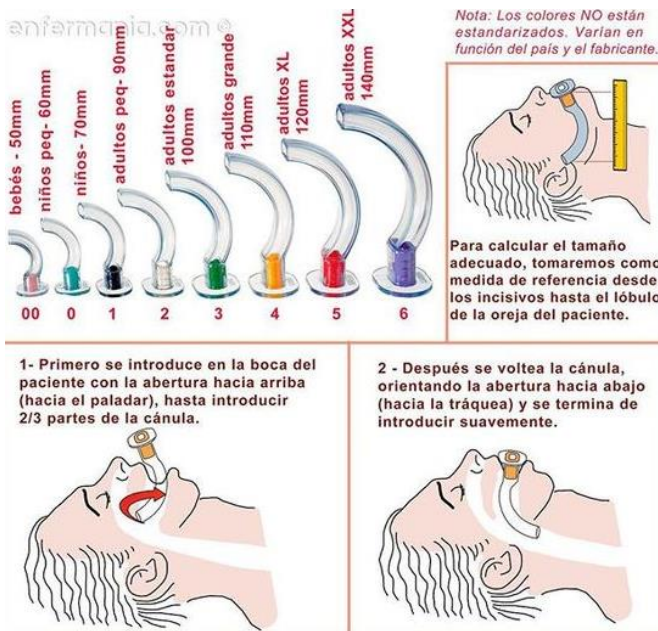
Primeramente se retirarán todos los instrumentos y materiales dentales así como aparatos removibles, se colocá al paciente en posición decúbito supino, en el sillón dental o en el suelo, se debe de evitar que se golpee la cabeza y extremidades, se debe de apartar del paciente todo objeto que pueda infringirle algún daño, se debe de tomar en cuenta la hora de inició de la crisis. <sup>22,23</sup>

Si la crisis tiene un tiempo de duración mayor a 5 minutos se debe de asegurar una adecuada ventilación al igual que se sugiere administrar oxígeno con mascarilla y colocar via intravenosa diazepam de 10-20 mg en adultos o en

casos pediátricos 0,1-0,3 mg/kg via intravenosa o por vía rectal se administra diazepam de 10-20mg. <sup>22,23</sup>

Se debe llamar a Urgencias si la crisis epiléptica dura más de 15 minutos o hay una tras otra. <sup>22,23</sup>

Cabe mencionar que el manejo de la crisis convulsivas mediante diazepam intravenoso puede ser un método en el cual la mayoría de los odontólogos no



se sientan preparados además que pese a estar en la literatura el realizarlo no es lo más recomendable, se prefiere dejar pasar las crisis y llamar a urgencias si es necesario.

### En caso de obstrucción de la vía aérea por saliva o secreciones

Se ha de colocar una cánula de Guedel o cuñas de goma en la boca y poner la cabeza de

Imagen 2. Fuente Terciaria: Enfermanía. Cánula de Guedel. 06/02/2019.  
Tamaños y pasos para la colocación de una cánula de Guedel.

lado, se deben de aspirar la saliva y mantener permeable la vía aérea. <sup>22,23</sup>

### Fase postcrítica de las crisis epiléptica

Se debe de vigilar la frecuencia respiratoria, cuando el paciente vuelva en sí se debe de valorar el grado de vigilia y orientación. <sup>22,23</sup>

Se puede administrar vía intravenosa 1 ampolla de glucosa al 50% y para revertir el efecto del diazepam se administra IV flumazenil y se realizan primeros auxilios en caso de lesiones. <sup>22,23</sup>

### Objetivos:

- Mantener al paciente tranquilo y controlado dentro de la clínica. <sup>22,23</sup>
- Evitar los factores desencadenantes de los episodios epilépticos. <sup>22,23</sup>
- Tener conocimiento del tipo de crisis del paciente así como sus medicamentos que toma. <sup>22,23</sup>
- Implicar al paciente, familiares y cuidadores en su higiene oral. <sup>21</sup>
- Manejar una dieta fibrosa para ayudar al agrandamiento gingival. <sup>21</sup>

### TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

El término de “espectro” es usado para describir el autismo debido a que existe una amplia variación en el tipo y gravedad de los síntomas que tienen las personas con este grupo de trastornos del neurodesarrollo que inician en la infancia afectando la comunicación social, conducta, comportamientos e intereses repetitivos y restringidos; tiene una evolución crónica con diferentes grados de afección, adaptación funcional así como su funcionamiento en el área del lenguaje y desarrollo intelectual según el caso y momento evolutivo. El TEA se presenta en 1 de cada 160 niños en el mundo y en México es 1 de cada 115 niños. <sup>9,10,11</sup>

### Manejo Clínico

El manejo de pacientes con autismo es muy complejo, son pacientes que están inmersos en su propio mundo, evitan el contacto visual, tienen acciones repetitivas y un comportamiento antisocial; además de estas características se le suma el desconocimiento del profesional de la salud sobre el comportamiento de este tipo de pacientes. Estos pacientes presentan problemas en cuanto a su lenguaje y al manifiestar emociones, sensaciones, y el dolor, lo cual dificulta la comunicación y la colaboración con el odontólogo durante los tratamientos, por lo cual es vital establecer una buena

comunicación y confianza con ellos empleando métodos pedagógicos para lograrlo.<sup>17,18</sup>

## Patología Oral

En estos pacientes no hay patologías orales específicas pero pueden presentar caries dental con una prevalencia igual que en la población normal, bruxismo, maloclusiones y autolesiones intraorales y extraorales.<sup>17,21</sup>

## Manejo del Paciente

Se debe de hablar con los cuidadores y/o tutores para conocer los intereses del paciente y preparar estrategias para captar su atención e ir ganando su confianza y empezar a comunicarse con él lo cual es vital, sin embargo en esta enfermedad la comunicación se ve afectada.<sup>17,18</sup>

Los pacientes con autismo no comprenden el mundo que los rodea por lo cual tienen conductas evasivas que en ellos son conductas autoagresivas y son las que debemos de evitar.<sup>17</sup>

Mediante la pedagogía visual usando fotografías y objetos reales iremos adaptando al paciente a la clínica odontológica y mostrándole los instrumentos, se debe de desglosar los tratamientos odontológicos en la mayor cantidad de pasos posibles para explicárselos al paciente de la manera más sencilla posible y pueda ir entendiendo, debe de saber la duración del tratamiento y de cada acción empleada y anticipar también el siguiente paso para no generarle incertidumbre y temor, este proceso se ha de repetir cuantas veces sean necesario para que el paciente sepa perfectamente cómo se va a realizar el tratamiento.<sup>17</sup>

Cuando se empiecen con el tratamiento se podrían tomar fotografías mientras se está trabajando en él para que se pueda identificar.<sup>17</sup>

El consultorio debe ser un ambiente tranquilo, libre de ruidos y distracciones, para enfocar su atención en el tratamiento y el profesional de la salud, los asistentes dentales deben estar en su lugar y no pasar repetidas veces por la clínica para evitar distracciones. <sup>17,18</sup>

Los pacientes con autismo tienen acciones repetitivas por lo cual es indispensable el mantener igual el consultorio dental y el personal que lo atiende en cada cita del paciente para así evitar generar inseguridad en el paciente, ansiedad y que aparezcan conductas evasivas. <sup>17,18</sup>

El odontólogo debe estar atento de las lesiones o afecciones dentro de la cavidad oral ya que al no poder comunicarse adecuadamente pueden cambiar su conducta e incluso autoagredirse por el dolor o malestar que les puede estar generando la lesión o enfermedad, al no poder indicar el paciente de donde proviene el dolor las alteraciones y autolesiones que puede presentar en la cavidad oral serán un importante indicativo para el tratamiento a seguir debido a que si sienten dolor pueden autolesionarse y podríamos hablar de una pulpitis. Se deben de establecer citas rutinarias para fomentar la confianza del paciente en el odontólogo y su adaptación a este medio. <sup>17</sup>

Se debe fomentar la odontología preventiva en el paciente y sus cuidadores para prevenir la complicación y aparición de lesiones que requieran una intervención más compleja. <sup>17</sup>

En el manejo del paciente no se recomienda la administración vía oral de benzodíacepinas debido a que pueden provocar un episodios de irritabilidad, agresividad e impulsividad. Además de generar dependencia, tolerancia y cuadros de abstinencia. <sup>17,24</sup>

Objetivos:

- Generar un canal de comunicación adecuado con el paciente y ganarse su confianza.<sup>17</sup>
- Implicar a familiares y cuidadores en higiene oral del paciente.<sup>17,21</sup>
- Educar al paciente en su higiene oral con pictogramas.<sup>21</sup>
- Desglosar los tratamientos a realizar y hacer que el paciente los entienda y sepa, cómo, con qué y cuánto va a durar.<sup>17</sup>
- Establecer citas rutinarias para generar confianza con el paciente.<sup>17</sup>
- Mandar consejos dietéticos para la prevención de caries.<sup>21</sup>

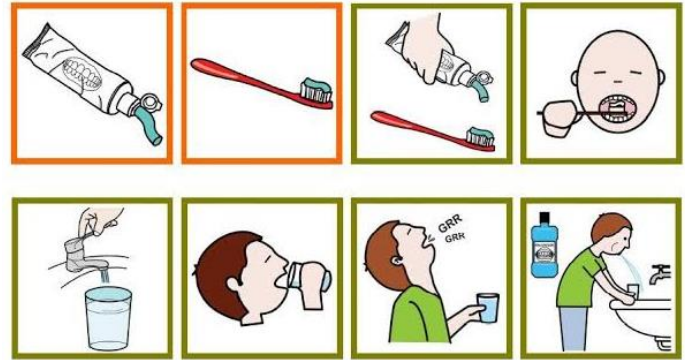


Imagen 3. Fuente Terciaria: J.M. Marcos. "Rutinas para el cepillado de los dientes" con pictogramas de ARASAAC. 20/11/2015. Pictogramas para mostrarle al paciente las actividades que va a realizar.

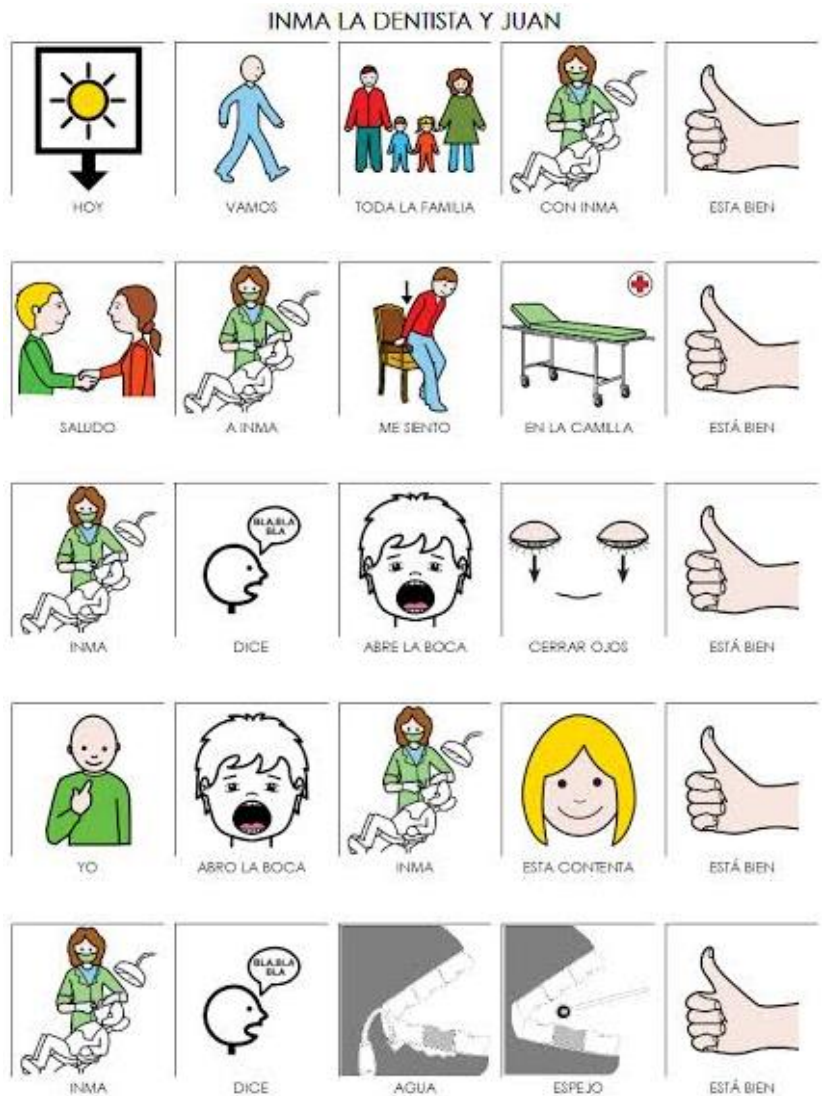


Imagen 4. Fuente Terciaria: J.M. Marcos. "Visita al odontólogo" con pictogramas de ARASAAC. 20/11/2015. Pictogramas para mostrarle al paciente las actividades que va a realizar.

## TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Es un trastorno del neurodesarrollo muy común en la infancia, siendo diagnosticado habitualmente en la niñez y perdurando hasta la edad adulta. En el TDAH se presentan problemas para prestar atención, su capacidad de estar quieto y el autocontrol, teniendo conductas impulsivas donde no se detiene a pensar en las consecuencias y presentando hiperactividad. El TDAH se estima que afecta a nivel mundial al 5.3% de la población de entre seis a dieciséis años de edad y en México hay cerca de 1.6 millones de niños y niñas con TDAH, teniendo una prevalencia en la población adulta del 2-5%.<sup>12,13,14,15</sup>

### Manejo Clínico

El odontólogo debe tener empatía con su paciente, ganar su confianza y tener una buena comunicación, se debe mostrar tranquilo y seguro, el trato debe ser ameno y el ambiente debe ser amigable para poder transmitir calma al niño y lograr un cambio en su actitud. El dentista debe entender que el comportamiento del paciente es parte de su trastorno y no es de manera intencional, el odontólogo en este caso deberá abordar al paciente utilizando técnicas de relajación al mismo tiempo que capta su atención para permitir así trabajar con él además de tener todo preparado para una cita corta y no se debe de hacerlos esperar mucho en la sala de espera para no aumentar su ansiedad e impaciencia.<sup>25</sup>

### Patología Oral

Los pacientes con TDAH no presentan manifestaciones bucales propias, sin embargo, se ha visto que si tienden a una mayor incidencia de dientes cariados, obturados y perdidos (CPO) a comparación de pacientes sin esta afección.<sup>25</sup>

## Manejo del Paciente

La atención de estos pacientes es especializada, se debe de tener en cuenta que antes de iniciar el tratamiento es adecuado mostrarle al paciente y darle una vuelta por la clínica y mostrarle el instrumental para reducir la ansiedad que tiene por lo nuevo o lo desconocido, se le deben dar las indicaciones de manera pausada y mirando al infante para captar su atención. Las consultas deben de ser cortas para no exasperar a los pacientes. Se debe fomentar la odontología mínimamente invasiva y la higiene oral. Se sugiere empezar con tratamientos poco invasivos en lo que el paciente se va adaptando. <sup>25,26</sup>

El manejo de la conducta del paciente es clave para un tratamiento y atención óptima, la técnica más importante que debe de emplear con este tipo de pacientes es la de “decir-mostrar-hacer” y el “refuerzo positivo y negativo” con el fin de fomentar las buenas conductas en la clínica y ayudar al mismo paciente a identificar la conducta apropiada de las inapropiadas. Dependiendo de la hiperactividad y cooperación del paciente podemos tomar técnicas como “mano sobre boca e inmovilización parcial” con el fin de proteger al paciente de movimientos erráticos durante la consulta. También se puede usar musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia para calmar al niño y que esté más tranquilo durante las intervenciones. <sup>25,26</sup>

Se debe de aprender y trabajar en estrategias para la solución de los problemas dentro de la clínica, el control de sus impulsos, empatía y colaborar con la autoestima del paciente, para esto se requiere el apoyo e involucración del dentista, el equipo de trabajo, el paciente y sus tutores para establecer y fomentar una comunicación efectiva y reducir el miedo y ansiedad que pueda propiciar la atención odontológica. <sup>25,26</sup>



## Objetivos

- Entablar una relación de confianza entre el paciente, el equipo de trabajo y sus tutores. <sup>25,26</sup>
- Reforzar las conductas positivas dentro de la clínica y mostrarle al paciente los tratamientos e indicaciones que debe de realizar. <sup>25,26</sup>
- Se les debe de tener mucha paciencia y no tomar como personal su conducta, entender que es parte de su enfermedad y ayudarlos a canalizar su energía como a tener mayor control de sus impulsos. <sup>25,26</sup>
- Se debe de hacer hincapié en la higiene oral y asesorar a los tutores sobre la nueva tecnología que pueda ayudar a que el paciente encuentre más entretenido el realizar su higiene dental. <sup>25,26</sup>

Para tratar a pacientes con alguna discapacidad hay diferentes técnicas psicológicas y físicas que se pueden emplear para su manejo, en las psicológicas están la musicoterapia y/o aromaterapia, en las técnicas físicas está el uso de estabilización protectora de custodia o de conducta, en las técnicas de custodia se aplica la restricción sin que haya un mal comportamiento, se maneja como algo rutinario y parte del tratamiento por lo cual no tiene límite de tiempo y ayuda asegurando a los pacientes, se emplean ligaduras suaves, cinturones de seguridad, bandas de seguridad para niños con parálisis cerebral y cualquier otro tipo de bandas que ayuden a sujetar al paciente así como a controlar y limitar los movimientos y proporcionar estabilidad, también se pueden usar abre bocas para ayudar al momento de trabajar al paciente; en la técnica de conducta, ya sea corporal o mecánica, se utiliza como consecuencia a un mal comportamiento dentro de la clínica y no se puede usar por más de 30 minutos, en la restricción corporal el o los asistentes dentales sujetan al niño y el operador debe de sujetar la cabeza, también puede ser necesario que con los dedos índice y pulgar se sostentan los dientes inferiores para impedir que el niño cierre e incluso los padres o tutores pueden ayudar en este tipo de restricción inmovilizando a los menores



**Imagen 5.** Fuente Secundaria: Productos Odontopediátrica. Pediwrap. 10/04/2015.  
Estabilización protectora en paciente pediátrico dentro del consultorio dental.



**Imagen 6.** Fuente Secundaria: Dental Tribune International. Uso de un muñeco para asistir en el manejo de la conducta. 13/08/2013.  
Técnica decir-mostar-hacer en odontopediátrica utilizando un muñeco dentado para el manejo de la conducta.

sin embargo suele provocar un forcejeo en el cual pueden verse lastimados el personal de la salud y el paciente pero también provoca una supresión de la mala conducta lo cual ayuda a continuar con el tratamiento y no se requiere de equipo sofisticado; la restricción mecánica es mediante el uso de cualquier aditamento como bandas, red, pedi-wrap, sabanas, etc. los cuales porporcionan mayor seguridad al paciente y a los odontólogo pues al no haber forcejeo no hay lesiones y la presión que ejercen estos aditamentos es controlada y siempre es la misma al igual que se usan abre bocas y bloques de mordida evitando el riesgo de lesiones por mordidas de los pacientes. <sup>28</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 13 años y 11 meses de edad con diagnóstico sistémico de deficiencia mental grave, TDAH, epilepsia y rasgos de autismo se presentó a la clínica 1 de Odontopediatría y Ortodoncia del seminario de titulación 68 de la FO el día 24/09/22. Se tienen registros de haber sido tratado anteriormente por un odontopediatra particular a la edad de 6 años y a los 11 años fue atendido en la clínica de preventiva de la FO para una profilaxis dental y aplicación tópica de fluoruro.

Antecedentes heredofamiliares, madre de 56 años de edad aparentemente sana, padre de 59 años de edad aparentemente sano con antecedentes de hepatitis C y hermana mayor de 23 años de edad aparentemente sana.

Antecedentes personales no patológicos, originario de la Ciudad de México, con esquema de vacunación completo para su edad incluidas primera y segunda dosis de vacuna contra el Virus de SARSCoV-2 de la marca Pfizer. Requirió alimentación parenteral los primeros tres meses de vida y se le administró leche de fórmula en jeringa y posteriormente en biberón a libre demanda hasta sus 2 años, no recibió alimentación del seno materno.

Antecedentes personales patológicos, paciente producto de un embarazo de alto riesgo, prematuro de 6 meses 1 semana (26 semanas) naciendo en el hospital 20 de noviembre en la unidad de cuidados intensivos (LAUCIN) teniendo un peso de 560 gramos y una talla de 28 centímetros, presentó hipoxia al nacer, riesgo de desprendimiento de retina y sus pulmones aún no estaban maduros.

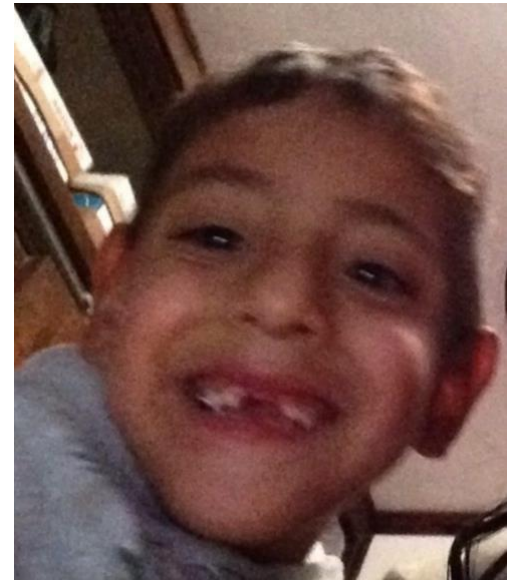
Requirió incubadora los primeros 3 meses de vida, con alimentación parenteral, y estuvo en cuidados intensivos otros 5 meses. En su primer mes permaneció intubado, a los tres meses le realizaron una cirugía de retinopatía de 3° grado, a los 4 meses tuvo su primer cirugía de hernia, orquidopexia, en

la cual tuvo un paro cardiorespiratorio logrando su reanimación en poco tiempo, posteriormente a los 6 meses tuvo su segunda cirugía de orquidopexia dando de alta al infante con medicación única de paracetamol cada 4 horas, no obstante, a los 3 días vuelve a ser internado con hepatotoxicidad por paracetamol, permaneciendo 2 meses en el hospital, permaneció 2 meses en terapia intensiva, el primer mes y un día estuvo en coma inducido esperando la regeneración del hígado y posteriormente se mantuvo en observación para ver la evolución de la cirugía, a los 8 meses tuvo su tercer cirugía de orquidopexia siendo ya está ambulatoria y dando de alta al niño a los 3 días. El paciente desde su nacimiento hasta su primer año 3 meses requirió el uso de oxígeno en hospital y casa.

Cada 4 meses el niño se presenta al hospital 20 de Noviembre junto con sus padres a la unidad de neuropediatría para el tratamiento y seguimiento de la epilepsia y TDAH, ajustando dosis y periodos de los medicamentos; cada año de igual manera le realizan pruebas de sangre (BH, PFH, Lipasa, Amilasa, AVP) cuyo principal objetivo es descartar hepatotoxicidad por el valproato y/o alguna alteración que este pudiese estar generando en el cuerpo. En dichas pruebas los resultados han estado en el rango de lo normal y adecuado, descartando así patologías y anemia.

Antecedentes personales, la alimentación del niño fue vía parenteral el primer mes de vida y los 3 meses posteriormente en el hospital fue alimentado con fórmula sin endulzar utilizando jeringa y posteriormente biberón hasta sus 8 meses, la ablactación se realizó a la edad de 10 meses pero aún así dejando el biberón hasta la edad de 2 años.

A la edad de 5 años el niño perdió los dientes centrales superiores (Imagen 7) por los medicamentos y la alimentación, el dentista le colocó un mantenedor de espacio con frente estético no removible pero el niño se lo jalaba con el tiempo perdiéndolo a los 3 meses en la escuela.



**Imagen 7** Fuente Directa, fotografía otorgada por los tutores del niño en el año 2013 a la edad de 5 años.

Antecedentes personales, el pequeño perdió los dientes 51 y 61 a los 5 años.

Higiene del paciente: Se realiza cepillado dental por el paciente y sus padres una vez al día desde la erupción de los dientes primarios con cepillo dental, pasta Colgate Total 12 y enjuague bucal Listerine; administración de fluoruro tópica cada 6 meses en forma de gel.

**Tratamiento médico actual,** valproato de magnesio solución de 200mg/ml 1ml cada 8 horas, aripiprazol de 15mg 1 tab cada 12hrs y carbamazepina 200mg 1 tab cada 12 hrs.

#### Exploración general

Peso actual: 24.3 kilogramos

Talla: 136 cm

En la fotografía de cuerpo completo (Imagen 8) se observa una complexión delgada con un somatotipo ectomorfo, el índice de masa corporal del paciente es de 13.5, sin embargo al preguntarle a los padres del diagnóstico del Dr. contestaron que les han dicho que los análisis sanguíneos que se hace cada año en el hospital no presentó anemia ni anomalías que dicten una malnutrición, indicando los médicos que su bajo peso y talla son debido a su nacimiento prematuro.



**Imagen 8.** Fuente Directa : Fotografía de frente del paciente de cuerpo completo. 25/Oct/2022.



**Imagen 9.** Fuente Directa: Fotografía de frente. 25/Oct/ 2022.

**Imagen 10.** Fuente Directa: Fotografía de frente. 25/Oct/2022.

En las fotografías de frente (Imagen 9 e imagen 10) se ve una simetría frontal, y una proporción dolicocefalo al igual que un contorno de cara leptoprosopo, hay depresión del cigomático e incompetencia labial superior e inferior.



**Imagen 11.** Fuente Directa: Fotografía de perfil derecho. 25/Oct/2022.

**Imagen 12.** Fuente Directa: Fotografía de perfil izquierdo. 25/Oct/2022.

En las fotografías de perfil (Imagen 11 e Imagen 12) se observa una frente recta, un perfil nasal convexo, la punta de la nariz redondeada, perfil convexo e incompetencia labial superior e inferior.

### Exploración Intraoral

Tejidos blandos, labio superior e inferior no presentaron alteraciones en su superficie externa ni interna, el frenillo labial superior tiene una inserción normal mientras que el frenillo labial inferior presenta una inserción baja, los frenillos bucales (derecho e izquierdo) presentan una inserción alta mientras que el frenillo lingual no presenta alteración, el paciente presenta lengua saburral, el fondo de saco y la mucosa yugal es de color rosa coral sin anomalías, el piso de boca es húmedo y de color rosa coral sin alteración, mucosa alveolar y la encía se presentan de color rosa palo, el puntilleo de naranja de la encía es apreciable y no hay patología ni alteraciones, la úvula es normal y las amígdalas están presentes sin alteraciones.

Oclusión y alineación: el paciente presenta una línea media superior sin alteración e inferior se encuentra una ligera desviación al lado derecho, Clase II subdivisión 1 de Angle en ambos lados de la arcada, presenta diastemas en mesial y distal de todos los dientes anteriores superiores, mordida abierta anterior, traslape horizontal de 13.4mm y traslape vertical de -3.1mm.



**Imagen 13.** Fuente Directa: Oclusión. 25/Oct/2022.



**Imagen 14.** Fuente Directa: Oclusión. 25/Oct/2022.



**Imagen 15.** Fuente Directa: Oclusión. 25/Oct/2022.



**Imagen 16.** Fuente Directa: Oclusión. 25/Oct/2022



Imagen 17. Fuente Directa: Arcada superior. 25/Oct/2022.



Imagen 18. Fuente Directa: Arcada inferior. 25/Oct/2022.

Hábitos nocivos: respirador oral leve con poca frecuencia, succión labial leve con poca frecuencia y presenta deglución atípica con proyección lingual.

Conducta y actitud: generalmente es muy cooperador pero conforme el tiempo va pasando su cooperación va disminuyendo teniendo gritos, rabietas y malas conductas con el personal de la clínica.

Revisión dental: paciente con dentición permanente correspondiente a su edad, presenta cálculo dental principalmente por lingual y labial de los dientes centrales y laterales inferiores abarcando el tercio cervical, medio y zona interproximal de los dientes además de presentar pigmentos marrones en las superficies oclusales y defectos de esmalte de los dientes, refiere el tutor que estos pigmentos se los han retirado previamente con ultrasonido y profilaxis. Cabe mencionar que desde la dentición mixta presentaba cálculo en los dientes anteriores inferiores (Imagen 19 y 20) en los tercios cervicales y medios por lo cual cada 4 o 6 meses se le realizaba profilaxis dental. Los



Figura 19. Fuente Directa: Acumulación de cálculo dientes anteriores palatino. 19/09/2019.



Figura 20. Fuente Directa: Acumulación de cálculo dientes anteriores palatino. 19/09/2019.





15-20 segundos para no exasperar al paciente, se le prestó un celular con internet al niño para mantenerlo entretenido en su lugar mientras se realizaba la historia clínica, autorizaciones y a medida de lo posible entretenerlo mediante música, plática o el celular mientras se trabajaba en la cavidad oral, sin embargo, hay momentos donde el paciente se presenta con desgano a la clínica siendo poco cooperador, en estos casos se platica con el niño para saber que es lo que sucede y tratar de detectar el porque de su molestia, ya sea hambre, berrinche o quiere jugar con los niños de la clínica; para el hambre se manda al niño con el tutor para que coma algo rápido y vuelva a la clínica, si es berrinche o quiere jugar y pararse se busca distraerlo, jugando con él a las cosquillas o a que mueva partes de su cuerpo a la señal “levanta pie izquierdo, ahora el pie derecho, tocate los ojos, las orejas...” se debe cambiar su estado de ánimo y si el niño aún quiere irse se coloca el operador en el sillón dental con él y se le pide que muestre fotos de sus mascotas y/o películas, algo de su interés, tratando de hacerlo participar en las actividades que realizan el operador y el asistente en la clínica como el cantar con ellos o bailar ahí mismo en el sillón para posteriormente terminar el tratamiento de manera rápida y dejarlo retirarse.

### Comportamiento y manejo del paciente en la clínica.

#### **1ª Cita**

El paciente se presentó muy contento y altamente cooperador a la clínica 1 de la FO a las 8:00 am del 24 del 09 del 22, sin embargo, conforme iba pasando el tiempo su paciencia se iba atenuando, se paraba de su lugar y quería ir a ver a los demás niños de la clínica por lo cual se optó por ponerse en cuclillas a lado del sillón dental y prestar atención a los vídeos que estaba poniendo en el celular y platicar con él de sus temas de interés para que permaneciera sentado y calmar un poco su inquietud para posteriormente seguir trabajando con él.



capítulo de alguna serie que le guste mucho para conocerlo más al igual que al momento de que su actitud cambió se le pidió que abriese la boca, se realizó aislamiento relativo, se secó la superficie dental y se le colocó ácido grabador en esmalte por 30 segundos pidiéndole al paciente que contara hasta 30, se enjuago por 5 segundos y se seco, se colocó el sellador y se fotopolimeriza por 30 segundo, aquí nuevamente se pidió al paciente que contara hasta 20 para después empezar a felicitarlo por su buen comportamiento, ya polimerizados se le pidió morder y se observó si había alguna interferencia, pero no hubo por lo cual se pidió la revisión del Dr. se le mandó un estudio ortodóntico completo al paciente, radiografía lateral de cráneo, panorámica y modelos de estudio, retiramos al paciente después de darle una felicitación por su buen comportamiento.

La cita duró aproximadamente 90 minutos por lo extenso de la historia clínica pero el tiempo total de trabajo en boca fue de 20 minutos, sin olvidar las pequeñas pausas 15-20 segundos para liberar tensión del pequeño evitando así abrumarlo en medida de lo posible, pero también se debe tener cuidado y considerar que podría ser ocupadas estas pausas por parte del paciente para distraer al operador y atrasarlo en el trabajo por lo cual se debe de tener control de las mismas.

## **2ª Cita**

El paciente se presentó a la Clínica 1 de la FO a las 8:00 am poco cooperador, estaba desganado y enojado. No quería obedecer las instrucciones del operador y daba respuestas monosilábicas. Se procedió a hablar con él para tratar de saber el porqué de su molestia pero no se obtuvo respuesta. Se habló con el tutor para ver si podíamos obtener información y mencionó que se había enojado con su hermana mayor poco antes de ir a la cita, que lo habían regañado porque se porto mal. Se le prestó el celular al niño y se le permitió poner primero videos y platicar con los Drs de los mismos. Se le dijo que se iba a empezar a trabajar con él pero no cooperaba, no quería abrir la boca ni

hacía caso del todo, cuando se lograba que abriera era una apertura mínima, se le dijo que se le quitaría el celular si no hacía caso y empezó a cooperar más. Mientras la asistente dental detenía el celular a una altura donde el pequeño pudiera ver sus caricaturas el operador le colocó un abre bocas de tipo KK y empezó a colocar el aislamiento absoluto del diente 36, usando dique de hule, arco de young infantil y grapa número 7, se secó el diente con aire y se procedió a realizar el grabado con ácido ortofosfórico al 35% por 30 segundos, posteriormente se enjuagó por 5 segundos y se quitó exceso de humedad con la jeringa triple, se colocó el sellador en el diente y se fotopolimerizó por 30 segundos, se checo que no hubiera filtraciones y el sellado marginal fuera correcto además de que no se levantará el sellador, posteriormente se retiró la grapa y el dique de hule y se le pidió al niño que mordiera y dijera si sentía algo extraño, se revisó oclusión y no hubo interferencias. Se debe mencionar que hubo momento donde el niño quería empezar a gritar pero el asistente hablaba con él sobre lo que estaba pasando en las caricaturas para distraerlo y le preguntaba si había visto esa serie antes, por obvias razones el niño no podía contestar pero señalaba que lo estaban tratando y su estado de ánimo mejoraba. Al quitarle el aislamiento absoluto se le dio un descanso de 20 segundos mientras se preparaba todo el material nuevamente para colocar el sellador en el diente 46 ya una vez listo se le dijo al niño que se recostará, se le sostuvo nuevamente el celular y como esta vez no quiso que se pusiera el abre bocas cooperó abriendo su boca, se colocó nuevamente el aislamiento absoluto con dique de hule, arco de young infantil y grapa 7, se secó el diente con la jeringa triple y se realizó el grabado con ácido ortofosfórico al 35% por 30 segundos, como el niño empezaba a impacientarse se le pidió que contara junto con el operador hasta el 10 usando sus dedos, se le felicitó y se procedió al enjuague por 5 segundos y secado, aquí el niño ya estaba un poco exasperado por lo que se seguía hablando con él, elogiando su comportamiento y diciéndole que ya estaba por terminar todo ese día y ya podría irse pronto, se colocó el sellador y se

procedió a fotopolimerizar por 30 segundos pidiéndole nuevamente al niño que contara hasta 10 con el operador, cuando terminó su primer conteo se le pidió otro más, se volvió a elogiar al niño pero esta vez por lo bien que sabía contar y listo que era dando tiempo así que la lámpara terminara la cuenta regresiva; una vez terminada la cuenta se revisó que el sellado marginal y que no hubiese levantamientos, se le anunció al pequeño que ya se había acabado por ese día su cita, se retiró el aislamiento absoluto, se le pidió que antes de irse mordiera y se chequeo oclusión, al no haber interferencias se acompañó al niño afuera de la clínica para dejarlo con su tutor y se mencionó que su cooperación no fue la mejor al inicio pero que mejoró un poco después pero seguía impaciente por lo cual se atendió rápido y solo se le colocaron 2 selladores. Se sugirió que tratarán de evitar factores de estrés en el pequeño antes de la clínica para que pudiera estar más tranquilo.

### **3ª. Cita**

Este día se citó al paciente a las 10:00 de la mañana a la clínica 1 de la FO el paciente llegó feliz y muy cooperador, llegó ansioso por pasar a la clínica con los Drs., sin embargo, hubo un contratiempo con el primer paciente por lo cual la cita se prolongó teniendo al paciente que esperar 1 hora en la sala de espera, se ha de mencionar que se trató de comunicar con la madre del niño para aplazar una hora la cita ese mismo día pero la llamada no entró, el paciente entró excitado porque quería seguir jugando en el pasto de la escuela y con los niños de la sala de espera. No quería hacer caso a las indicaciones del operador y estaba totalmente indispuerto a la clínica, se le dijo que se le colocaría "slime" para tomar el modelos de sus dientes y como ya previamente para la toma de modelos de estudio se le había tomado impresiones entendió, se le pidió que cooperara y solo se le colocaría el slime y podría irse. Se probaron las cucharillas y se colocó el alginato en el portaimpresión inferior, se procedió a tomar la impresión. El niño se sentía incómodo y llegó a gritar 2 veces y se retiró la cucharilla. La operadora le pidió al menor que la

acompañara a la farmacia para que también se despejara un poco y pidió la otra porción de alginato, se sentó al niño nuevamente en la unidad con el respaldo a 90 grados y se preparó el alginato, se colocó en el portaimpresiones y se llevó a boca, el niño al presentar deglución atípica se exasperó más y empezó a gritar, se buscó distraerlo en lo que terminaba de fraguar el alginato y sirvió porque el niño seguía muy inquieto pero ya no gritaba. Se retiró la cucharilla . Se retiró al niño y se diseñaron las placas hawley.

#### **4ª. Cita**

El paciente se presentó a la clínica 1 de la FO a las 10:00 am el día 15/10/22 poco cooperador, muy molesto y con mala actitud, decía que tenía mucha hambre, se habló con el tutor para preguntarle si había desayunado pero el tutor mencionó que no quiso desayunar porque estaba jugando con unos niños afuera en la sala de espera, se le pidió que lo llevará a desayunar algo rápido. Se retiró el niño y volvió a los 10 minutos, el ánimo ligeramente mejorado. Se empezó a hablar con él de dinosaurios y películas que le gustan, se le cantó canciones y se le puso a mover las extremidades superiores e inferiores conforme las indicaciones del operador, su ánimo mejoró, estas actividades tardaron un aproximado de 7 minutos. Posteriormente el paciente permitió el trabajo, se realizó al aislamiento relativo en la arcada inferior y se colocaron selladores de fosetas y fisuras en los dientes 16, 26, 44 y 45. El aislamiento relativo se llevó a cabo con rollos de algodón y sujetos por el dedo pulgar y anular, impidiendo así que el niño mordiera y controlando la cabeza del menor rodeando su cabeza con el brazo para evitar que se moviera; el niño al colocarle el abre bocas de tipo KK gritaba y se lo quería estar quitando así que se retiró porque empeoraba la conducta del infante y se optó por la técnica anteriormente mencionada, se secó con la jeringa triple los dientes contiguos y con el ácido grabador ya preparado se colocó en fosetas y fisuras por 30 segundos, haciendo que el niño contará con sus deditos los segundos y cada 10 segundos se le felicitaba y se le pedía que volviese a contar y que era muy

listo, que ya casi estaba por terminar. Se lavó y secó con la jeringa triple nuevamente y se colocó el sellador en los dientes, se le dieron lentes de protección al niño y se fotopolimerizó por 30 segundos y nuevamente se le pidió al niño contar y participar. Al momento de contó con sus dedos y había veces que el niño decía “otra vez, ay con ustedes” y se le replicaba de la siguiente manera “ay pues sí!, andele otra vez” haciendo con él un pequeño juego y cambiando la espera en algo divertido con él, no solo esperar, si no también mantenerlo entretenido. Se retiró el aislamiento y se checó la oclusión. Igualmente se probó la placa hawley inferior y al no ajustar se tomó nuevamente una impresión con alginato y se corrió en yeso tipo IV. Se debe decir que la impresión con alginato en esta ocasión fue más aceptada por el paciente, se le pidió contar con sus dedos hasta 10 y se le hizo bromas sobre lo latoso que decía ser su tutor en la casa y de sus compañerita de la escuela que le gusta, se le hizo plática y se le cantó canciones hasta el alginato fraguara, vigilando la saliva y succionando en caso de ser necesario ya que el paciente tiende a tener mucha salivación.

Al final de la clínica para la revisión el paciente estaba gritando y no quería abrir la boca para su revisión, se le dijo “por favor compórtate y deja que te revise la Dra. Y podrás irte de lo contrario nos esperaremos aquí el tiempo necesario hasta que te dejes” el paciente abrió la boca, se revisó rápidamente, se le dijo al paciente “ ¡Ya terminamos! ¡Ya te puedes ir, te portaste muy bien, gracias por ayudar!” el paciente se fue feliz.

## **5ª. Cita**

Se citó al paciente a las 8:00 am en la clínica 1 de la FO el día 22/10/2022, se le colocó la placa hawley inferior y se ajustó, aquí al niño se le dio un celular en lo que se ajustaba su aparató, se hizo un rebase de acrílico en la parte de los cuellos de los dientes anteriores y directamente sobre la boca del paciente se remarcó con lápiz el sitió de los dientes y se recortó, se procedió a terminar de pulir el apartó y se ajustó ya en la boca del niño, viendo que no haya



molestias y observando el como lo aceptó. Se le dieron las indicaciones al padre de que cada viernes se iba a dar un cuarto de vuelta a la placa, pero que primero se tenía que adaptar el pequeño, se le mandó que cada día se le colocara aunque fueran 10 minutos, lo que el niño soportara para poco a poco dejarlo más y más tiempo, esta colocación sería por adaptación del pequeño al aparato y reforzando con halagos y cumplidos su uso, diciéndole lo guapo que se ve usandolo así como la importancia de que los use.

### **6ª. Cita**

El paciente se presentó a la Clínica 1 de la FO a las 8:00 am el día muy cooperador, estaba muy contento y obedeció bien al momento de la colocación de la placa Hawley superior y de su ajuste. Posteriormente se le realizó un aislamiento relativo de los dientes 14 y 15 y se le colocó el abre bocas KK, esta vez con mejor aceptación, el paciente quería retirarselo pero se le impedía y llamaba la atención y dejó de intentar, comprendió mejor su uso, se secaron los dientes con la jeringa triple y se grabaron los dientes por 30 segundos, haciendo al paciente participe contando los segundos, se lavó y secó, se procedió a colocar el sellador de fosetas y fisuras, el paciente usando lentes de protección contó junto con las doctoras hasta 30 con sus dedos, se retiró abre bocas y se revisó oclusión. Se volvió a colocar el abre bocas y se realizó aislamiento relativo en los dientes 24 y 25, con fresa de fisurotomía se limpió las fosetas de los premolares, se lavó y secó con la jeringa triple y se colocó ácido grabador por 30 segundos, se volvió a lavar y secar para posteriormente colocar adhesivo con un microbrush y fotopolimerizar por 10 segundos, se colocó resina fluida A1 en las fosetas y se fotopolimerizó por 30 segundos, se pulió con puntas de goma para resinas.

El paciente se presentó muy cooperador pero muy ansioso también porque vendría su tía de visita y estaba muy emocionado por lo cual estaba muy impaciente, así que ya quería terminar para ir a ver a su tía, que se suponía lo vería saliendo de la clínica, y al terminar con el paciente y felicitarlo este se

asomó al área de espera y al no ver a su tía se puso aún más ansioso pero al explicarle su papá que la vería en su casa se tranquilizó y se fue feliz.

### **7ª Cita**

Se citó al paciente en la clínica 1 de la FO a las 8:00 am el día 26/12/2022 para su revisión final, se revisó como había estado usando y aceptando los aparatos, placas Hawley, y el tiempo que las había usado en boca siendo un aproximado de 1 hora diaria, se pidió que el niño usará los paratos lo más posible, que se los fueran dejando poco a poco más tiempo. Se dieron indicaciones finales de dar  $\frac{1}{4}$  de vuelta cada 15 días o cada 2 viernes.

Se eliminó un poco de cálculo acumulado nuevamente en vestibular de los dientes incisivos inferiores y se realizó profilaxis dental nuevamente, se secó las superficies dentarias con la jeringa triple y con un espátula de plástico se le colocó fluoruro tópico en gel en todas las caras de los dientes y se dejó por 3 minutos, se le pidió al paciente no cerrar y se le puso a ver caricaturas en el celular y a entretenerlo para que no cerrara la boca por 3 minutos, ya pasados los 3 minutos se retiró el fluoruro tópico primero con gasa y posteriormente con agua. Se le pidió al paciente y a su tutor no comer ni beber nada por 30 minutos y se retiró finalmente el pequeño. Se dio ya de alta de la clínica y se le sugirió al tutor que el paciente fuera odontólogo a revisión cada 3 meses o mínimo cada 6 meses.

Es muy importante tener en cuenta que los niños con discapacidad al no poder encajar perfectamente en nuestra vida cotidiana les es más estresante los cambios repentinos y que el manejar su conducta es lo más importante en la clínica dental, el odontólogo debe de ganarse la confianza del niño, posteriormente presentarle los tratamientos que se le harán y elogiar sus buenas conductas así como mencionar la conductas malas que va teniendo, antes que nada se le debe de dar seguridad, se debe de ser muy pacientes al inicio y saber que con estos pacientes es de poco a poco y que es importante no hacer cambios drásticos dentro de la clínica con ellos, debemos emplear

las maniobras de decir-mostrar-hacer ya que es más fácil de entender para el infante. Jamás se deben de tomar sus conductas como algo personal y entender que es su forma de ser, se debe de guiar al niño a las buenas conductas pero siempre respetando y entendiendo sus limitaciones, se debe de hacer un ambiente amigable y divertido, ofreciendo premios, distracciones y elogios, dependiendo el caso.



**Imagen 23.** Fuente Directa. Foto Final Superior. 26/12/2022



**Imagen 24.** Fuente Directa. Foto Final Inferior. 26/12/2022



**Imagen 25.** Fuente Directa. Foto que el niño se tomó con el celular que se le prestó probándose los apartos. 22/10/2022

## DISCUSIÓN

La discapacidad es definida por la OMS como un término general que abarca las deficiencias, limitaciones, restricciones y/o impedimentos de un individuo para realizar alguna acción dentro de lo que es considerado normal. Se estima que más de 1000 millones de personas, o sea, el 15% de la población presentan alguna discapacidad.<sup>26,27</sup>

El atender a pacientes con discapacidad para muchos odontólogos puede generar dudas y temores ya que la gran mayoría no se sienten preparados para su manejo debido a que el canal de comunicación se ve afectado y es más difícil entablarlo, sin embargo, es obligación del personal de la salud proporcionar una atención odontológica adecuada e integral con todos los pacientes sin importar si presentan o no alguna discapacidad.<sup>26</sup>

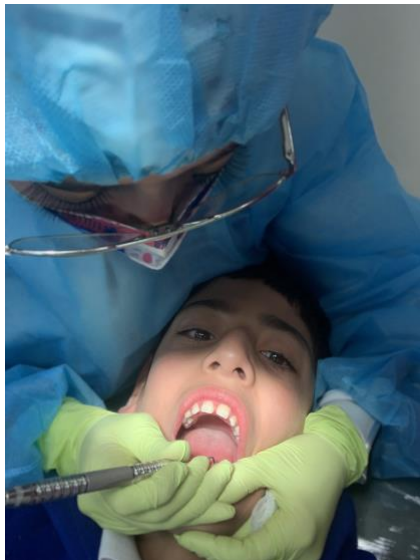
Para tratar a estos pacientes es fundamental el conocer y entender su comportamiento ya que son pacientes generalmente excluidos y les cuesta encontrar un profesional que pueda atenderlos. Lo más importante en estos pacientes es primero conocerlos, conocer su discapacidad así como gustos del niño y hábitos que pueda tener, saber detonantes de estrés y mala conducta en ellos para poder manejarlos y alejar estos factores dentro de la clínica, al conocer sus gustos se puede abrir un canal de comunicación entre el odontólogo y el paciente lo cual a su vez motivará la confianza del niño en su dentista y esto es fundamental para poder tratarlos. Los pacientes con discapacidad son casos complicados principalmente por su comportamiento el cual puede llegar a ser muy errático si no se logra controlar y aunque dentro de la clínica no haya factores que lo puedan detonar los factores externos al consultorio podrían llegar a afectar también su conducta por lo cual el cirujano dentista deberá cambiar y manejar el estado de ánimo del paciente para poder trabajar con él. Los malos comportamientos que podamos ver dentro de la clínica no se deben de tomar de manera personal y se debe entenderlos.<sup>26</sup>

Para la atención dentro de la clínica se debe de mostrar la clínica y el instrumental, empleando pictogramas, imágenes y ludoterapia si se requiere para así aplicar la técnica de decir-mostrar-hacer, también es importante la desensibilización, empezando con los tratamientos menos invasivos primero al mismo tiempo que se realiza el refuerzo positivo y dando, cuando se requiera, un escape o evasión al paciente donde al notarlo muy cansado o estresado se opta por darle un pequeño descanso para posteriormente retomar el tratamiento y de igual manera se sugiere ampliamente tener distractores como libros, televisión, celular, tablet o algún artículo que el niño pueda estar viendo y/o escuchando, sin que estorbe al operador en su trabajo, mientras está en el sillón dental, así el niño estará entretenido y animado mientras se le atiende.<sup>26,29</sup>

Para estos pacientes hay diferentes técnicas de manejo, ya sean psicológicas y/o físicas tales como el uso de pictogramas, la técnica decir-mostrar-hacer, aromaterapia, musicoterapia y el uso de estabilización protectora ya sea de custodia o de conducta. El empleo de estas técnicas físicas y psicológicas ayudan en su conjunto a proporcionar mayor seguridad al paciente y a los odontólogo pues ayuda a disminuir comportamientos erráticos, evitar forcejeos y con esto las lesiones por mordidas de los pacientes.<sup>28</sup>

Lo principal es tener una buena comunicación con los pacientes, tener su confianza, conocer sus limitantes que pueda tener y manejar su conducta y movimientos que pueda tener dentro de la clínica, no todos los pacientes requieren estabilización protectora pero aquí el odontólogo debe de evaluar sus comportamientos y reacciones que va teniendo durante el tratamiento y valorar las técnicas que se emplearán, se deben de atender de manera rápida y tener sus citas bien organizadas para que pueda irse adaptando poco a

poco a los instrumentos y procedimientos que se le realizarán, recordando siempre que se debe de tener paciencia con ellos y que lleva tiempo el poder trabajar con ellos pero usando las estrategias debidas y los estímulos positivos ayudarán mucho al odontólogo y se podrá lograr que los pacientes se retiren felices de la clínica.



**Imagen 26.** Fuente Directa: El niño se tomó una foto con el celular que se le prestó mientras la operadora le retiraba el cálculo dental. 24/09/2022.



**Imagen 27.** Fuente Directa: El niño se tomó una foto con el celular que se le prestó cuando se le aplicó la pastilla reveladora de placa. 24/09/2022.



**Imagen 28.** Fuente Directa: El niño se tomó una foto con el celular que se le prestó al terminar la profilaxis dental. 24/09/2022.

## CONCLUSIONES

Si bien no hay enfermedades dentales propias de las discapacidades si puede haber mayor prevalencia de caries o presencia de biofilm en ellos por la polifarmacia que puedan tener los pacientes así como las limitaciones motrices y conductuales que presenten, por lo cual la principal tarea del odontólogo es



**Imagen 29.** Fuente Directa. Niño feliz al darlo de alta y tomarle la foto final de la clínica con su aparatología. 26/12/2022.

enfaticar la importancia de la prevención y brindar la información necesaria para que el paciente pueda tener una buena higiene oral, para que una vez rehabilitado se puedan establecer citas rutinarias para una revisión dental y mantener el paciente en observación.

Los pacientes con TDAH, TEA y DI requieren de una atención dental especializada, el odontólogo necesita conocer estas enfermedades para poder atenderlos, para saber como ir abordando al paciente e ir tratándolo poco a poco de acuerdo a sus necesidades.

Se debe de conocer las diferentes opciones y técnicas , ya sea físicas y/o psicológicas, que puede emplear el odontólogo con los pacientes para un manejo adecuado.

Para tratar estos pacientes se requiere atenderlos en citas cortas y preferentemente en la mañana, contar con estabilización protectora y todo el instrumental requerido para tratar a los pacientes ya listo además de tener en la clínica material lúdico para enseñarle al niño los procedimientos que se le realizarán así como es indispensable tener material de entretenimiento, juguetes, cuentos, televisión, celular, tableta, el cual el niño tenga acceso fácil a ellos y pueda estarlos ocupando mientras es tratado en el sillón dental sin interferir el trabajo del odontólogo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias Herrera Sury R., Muñoz Fernández Liset M., Rodríguez Gutiérrez Genné, García Boss Joel. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. AMC [Internet]. 2005 Abr [citado 2022 Nov 02] ; 9( 2 ): 144-154. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552005000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552005000200015&lng=es).
2. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (datos nacionales), comunicado de prensa núm. 713/21 [Internet]. 3 de diciembre de 2021 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_PersDiscap21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf)
3. Newark, NJ. Center for Parent Information and Resources. Discapacidades Intelectuales [Internet] 2016 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.parentcenterhub.org/discapacidadesintelectuales/>
4. Cuesta, José Luis; de la Fuente, Raquel; Ortega., Teresa. Asociación Latinoamericana de Sociología, Uruguay .Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad Controversias y Concurrencias Latinoamericanas. 2019; 10(18): 85-100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5886/588662103007/588662103007.pdf>
5. Clínica Universidad de Navarra. Epilepsia [Internet] España, 2022 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/sNavU7w>  
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/epilepsia>
6. Secretaria de Salud del Gobierno de México Comunicado. Epilepsia, enfermedad que afecta a 2 millones de personas en México. [Internet]. México, 2016 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en :



<https://www.gob.mx/salud/prensa/epilepsia-enfermedad-que-afecta-a-dos-millones-de-personas-en-mexico-61670>

7. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia [Internet]. 2022 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/wNgteon> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
8. Gobierno de México IMSS. Hasta siete de cada 10 derechohabientes con epilepsia logran el control de su enfermedad: IMSS [Internet]. México, 2020 [consultado 10 de octubre 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202002/072>
9. National Institute of Mental Health [Internet]. NIH: National Institute of Health; 2022 [consultado 11 de Octubre 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista>
10. A. Hervás Zúñiga, N. Balmaña, M. Salgado. Los trastornos del Espectro Autista (TEA). Pediatría Integral [Internet] 2017 [consultado 11 de octubre de 2022]; XXI (2): 92-108. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-03/los-trastornos-del-espectro-autista-tea/>
11. Alcalá Gustavo Celis, Ochoa Madrigal Marta Georgina. Trastorno del espectro autista (TEA). Rev. Fac. Med. (Méx.) [Internet]. 2022 [consultado 11 octubre 2022] ; 65( 1 ): 7-20. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0026-17422022000100007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0026-17422022000100007)
12. Shirin Hasan. TDAH [Internet]. Junio 2020 [consultado 11 octubre 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/adhd.html>
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) [Internet]. Agosto 2022 [consultado 11 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de,menudo%20dura%20hasta%20>

20la%20adultez.

14. Expansión. Solo 1 de cada 10 personas con TDAH es diagnosticada correctamente [Internet]. Julio 2022 [consultado 11 octubre 2022]. Disponible en: <https://expansion.mx/vida-arte/2022/07/13/1-cada-10-personas-con-tdah-es-diagnosticada-correctamente>
15. Ávila Rodríguez, et al. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan. N. Navarro” . Guía Clínica Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [Internet]. México, 2009 [consultado 11 octubre 2022]. Disponible en:  
<https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad-tdah>
16. The Cleveland Clinic. Decoloración de los dientes [Internet]. 2012 [consultado 20 octubre 2022]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s10958.asp?index=10958>
17. Universitat de València. Manejo odontológico general del pacientes con discapacidad psíquica [Internet]. [consultado 3 noviembre 2022]. Disponible en:  
[https://www.uv.es/specialodonto/cont\\_12/Manejo%20odontologico%20de%20los%20pacientes%20discapacitados%20psiquicos.pdf](https://www.uv.es/specialodonto/cont_12/Manejo%20odontologico%20de%20los%20pacientes%20discapacitados%20psiquicos.pdf)
18. Natalia Cordon Gómez, et. Manejo odontológico de pacientes en condición de discapacidad. Revisión de tema. [Internet]. [consultado 3 noviembre 2022]. Disponible en:  
[https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/398/Manejo\\_Odontologico\\_Pacientes\\_Discapacidad\\_II.pdf;jsessionid=61C5EC98AE487740DC94C5AB4DD13869?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/398/Manejo_Odontologico_Pacientes_Discapacidad_II.pdf;jsessionid=61C5EC98AE487740DC94C5AB4DD13869?sequence=1)
19. Martínez Pedro, Linares Marta, Guillorme Álvaro, Viosca Enrique. PROPUESTA DE UN MÉTODO SIMPLIFICADO DE CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL [Internet]. [consultado 3 noviembre 2022]. Disponible en: <https://svme.fr.com/wp-content/uploads/2018/02/XXVI-CONGRESO-SVMERF-comunicaciones-clasificacion-discapacidad-intelectual.pdf>

20. Bárbara Kortemeyer. Técnicas de Cepillado y ámbitos de aplicación. ELSIEVER [Internet]. 2012 [consultado 4 noviembre 2022]; 25(7). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-tecnicas-cepillado-ambitos-aplicacion-S0214098512001523>
21. María Pérez, Jacobo Jacobo Limeres, Javier Fernández. Manual DE HIGIENE ORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. [Internet] 2012; [consultado 4 noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.seoene.es/wp-content/uploads/2018/08/Manual de higiene oral para personas con discapacidad CC.pdf](https://www.seoene.es/wp-content/uploads/2018/08/Manual_de_higiene_oral_para_personas_con_discapacidad_CC.pdf)
22. Miguel Hernández Pérez. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN EL PACIENTE EPILEPTICO. Servicio de Neurología Hospital Nuestra Señora de la Candelaria [Internet]; [consultado 4 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/500a72e7-4333-11e0-be01-71b0882b892e/epilepticossanitarios.pdf>
23. Daniela Salina. Atención Odontológica de pacientes con Epilepsia. [Internet]; [consultado 4 noviembre 2022]. Disponible en: [https://fci.uib.es/digitalAssets/178/178158\\_4.pdf](https://fci.uib.es/digitalAssets/178/178158_4.pdf)
24. Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 135-143.
25. Bermúdez Arroyo, Cindy Jomara, & Adum Lípari, Mirella Narcisa del Jesús. Odontología para niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) *Revista San Gregorio* [internet] 2021 [consultado 5 noviembre 2022]; 1(47):180-194. Disponible en: <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i47.1853>
26. Giraldo Zuluaga, et al. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *Rev. CES Odont* [Internet] 2017 [consultado 20 noviembre 2022]; 30(2): 23-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n2/0120-971X-ceso-30-02-00023.pdf>

27. Instituto Tlaxcalteca para Personas con Discapacidad ITPCD. ¿Qué es discapacidad? [Internet]. Estado de Tlaxcala; 26 Diciembre 2019 [consultado 20 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.itpcd.gob.mx/index.php/que-es-discapacidad>
28. González Umaña L. Restricción Física en Odontología. Odovtos - International Journal of Dental Sciences [Internet]. 2005 [consultado 20 noviembre 2022]; (7):17-22. Disponible de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499551910005>
29. Clínica Boj Odontopediatria. Técnicas de control de la conducta en Odontopediatria [Internet]. Enero 28 2020 [consultado 20 noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.drboj.com/es/control-de-la-conducta-en-odontopediatria/>