



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EL PROMOTOR DE LA SALUD ANTE EL PACIENTE
CON EPILEPSIA EN LA CONSULTA
ODONTOLÓGICA.

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:

ISALIA ESCOBEDO SANTANA

TUTOR: C.D. CHRISTIAN MENESES REYES *Christian Meneses R.*

ASESORA: C.D. MARÍA ELENA NIETO CRUZ *[Firma]*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad de llegar hasta este momento de mi vida. Por haber iluminado mi camino y permitirme ser una profesionalista. A mi madre, mi motor de vida y mi razón de ser, a quien le dedico con todo mi amor el presente trabajo. Por haberme dado la vida y haberme acompañado en cada paso de ella, por todo el esfuerzo y el arduo trabajo que ha realizado para mi bienestar.

A mi tío Marco, por su apoyo incondicional y por guiarme durante toda mi formación académica, por su cariño y sus enseñanzas.

A mi padre, por haberme inculcado el valor de la responsabilidad y valentía.

A mi hermano Emiliano, por ser mi compañero en este largo camino y mi mejor amigo, por su lealtad y por enseñarme a tener fortaleza para enfrentar cualquier adversidad.

Al doctor Christian Meneses Reyes y a la doctora María Elena Nieto Cruz por su apoyo en la realización de esta tesina, por sus conocimientos y por la gran preparación que me brindaron para llegar hasta este momento.

A todos mis seres queridos, a quienes les debo un reconocimiento y eterno agradecimiento por ir de la mano conmigo durante todos estos años, por enseñarme distintas formas de ver la vida, pero siempre por un buen camino.

A mis amigos de la universidad, porque me mostraron la mejor etapa de mi vida, la cual recordaré siempre con mucho cariño.

Y finalmente, a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme sus puertas y prepararme profesionalmente. Siempre estaré orgullosa.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
PROPÓSITO.....	7
CAPÍTULO 1. EPILEPSIA	8
1.1 Definición.....	8
1.2 Epidemiología.....	9
1.3 Antecedentes.....	9
1.4 Manifestaciones clínicas.....	10
1.5 Diagnóstico.....	18
1.5.1 Diagnóstico diferencial.....	19
1.5.2 Errores en el diagnóstico.....	21
1.6 Tratamiento.....	21
1.6.1 Tratamiento quirúrgico.....	22
1.6.2 Errores en el tratamiento farmacológico.....	23
1.7 Pronóstico.....	24
1.8 Prevención.....	25
CAPÍTULO 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	26
2.1 Definición	26
2.1.1 Carta de Ottawa.....	26
2.2 Salud.....	27
2.3 Educación para la salud.....	28
2.4 Promotor de salud.....	29
2.5 Recursos didácticos para promover la salud bucal.....	30
CAPÍTULO 3. EL PROMOTOR DE LA SALUD ANTE EL PACIENTE CON EPILEPSIA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.....	34



3.1 Factores que pueden desencadenar crisis convulsivas.....	34
3.2 Eventos adversos que pueden desencadenar crisis convulsiva.....	34
3.3 Recomendaciones al paciente antes de asistir a la consulta odontológica.....	36
3.3.1 Recomendaciones hacia el paciente de higiene bucal.....	37
3.4 Consideraciones del Cirujano Dentista en la atención del paciente con epilepsia.....	39
3.4.1 Historia clínica	41
3.4.2 Examen bucal.....	42
3.4.3 Tratamiento de la hiperplasia gingival.....	44
3.4.4 Interacciones farmacológicas.....	46
3.4.4.1 Anestésicos locales.....	48
3.4.4.2 Medicamentos que se deben usar con precaución en pacientes epilépticos.....	54
3.5 ¿Qué hacer ante una crisis convulsiva en la consulta odontológica?.....	54
3.5.1 Aspectos a considerar después de una crisis convulsiva.....	59
CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	71



INTRODUCCIÓN

Gran parte de los pacientes que acuden a las instituciones públicas, como a la consulta privada odontológica, pueden presentar alguna enfermedad sistémica, por lo que se requiere de una atención específica y especializada por parte del Cirujano Dentista para evitar cualquier evento adverso durante su tratamiento.

La epilepsia es uno de los trastornos más prevalentes del cerebro; con una tasa de prevalencia mundial estimada de cuatro personas por cada diez mil habitantes, según la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dicho trastorno es caracterizado por una predisposición duradera para generar convulsiones.³

En el momento de la atención odontológica, se deben considerar ciertos aspectos importantes sobre esta enfermedad, ya que, los pacientes con epilepsia pueden presentar problemas de salud bucal como hiperplasia gingival, enfermedad periodontal, gingivitis y/o pérdida de órganos dentarios. Esto puede suceder debido los efectos secundarios de fármacos antiepilépticos que se prescriben de tratamiento y a accidentes durante crisis convulsivas, por lo tanto, se debe brindar un tratamiento oportuno.

Para ello, el Cirujano Dentista, debe conocer las características de esta enfermedad, utilizar conocimientos básicos de la carrera y promoción de la salud para brindar una atención adecuada a los pacientes con epilepsia. Así como, un buen manejo de la historia clínica y la anamnesis para la obtención de datos antecedentes y actuales del paciente con respecto a esta enfermedad, para así, conocer si dicho paciente puede recibir la atención odontológica o se debe realizar una interconsulta con un neurólogo.



La promoción de la salud es una estrategia para elegir estilos de vida saludables, ayuda a prevenir situaciones que puedan poner en riesgo la salud de los individuos y crear oportunidades para que toda población pueda tomar decisiones saludables. Esto se lleva a cabo gracias a la educación para la salud, ya que permite influir en las personas para que éstas puedan cambiar sus hábitos y actitudes para mejorar la salud individual, familiar y colectiva. Para ello, existen recursos didácticos los cuales son herramientas que ayudan a fomentar información y transmitir conocimientos de una forma más sencilla y accesible.

En el caso de la epilepsia, el Cirujano Dentista debe promover recomendaciones al paciente antes, durante y después de una consulta odontológica. De igual manera, si existe algún antecedente de crisis sin diagnóstico, deberá recomendar la interconsulta con el neurólogo. Por otro lado, deberá estar preparado en caso de presentarse una crisis convulsiva en la consulta dental, ya que se debe contar con un protocolo bien planeado para saber cómo actuar de una manera inmediata y oportuna.



PROPÓSITO

Describir la importancia del promotor de la salud ante el paciente con epilepsia, así como, el manejo de una crisis epiléptica en la consulta odontológica.



CAPÍTULO 1. EPILEPSIA.

Como primera instancia se describirán generalidades de la epilepsia; los signos y/o síntomas que pueden desarrollar estos pacientes, el tratamiento, prevalencia entre otra información que ayudarán a que el Cirujano Dentista obtenga conocimientos generales sobre esta enfermedad.

1.1 Definición

Según Senties la epilepsia se puede definir como la ocurrencia transitoria de síntomas y/o signos causados por una actividad neuronal cerebral sincrónica (que se presenta en un mismo tiempo), anormal y excesiva, ¹ es decir, presenta crisis, las cuales son el resultado de descargas excesivas y desordenadas de neuronas de un lugar específico del cerebro.

Existen dos tipos de epilepsia; la idiopática, que no tiene una causa identificable, es el tipo más frecuente que afecta a 6 de cada 10 personas. La secundaria o sintomática, presenta causas conocidas que pueden consistir en:

- Daño cerebral por lesiones prenatales o perinatales (por ejemplo; asfixia o traumatismos durante el parto, bajo peso al nacer).
- Malformaciones cerebrales congénitas o alteraciones genéticas.
- Un traumatismo craneoencefálico grave.
- Un accidente cerebrovascular que limita la llegada del oxígeno al cerebro.
- Infecciones cerebrales como las meningitis, encefalitis o la neurocisticercosis.
- Algunos síndromes genéticos.
- Tumores cerebrales. ¹

Existe evidencia de diversas observaciones realizadas hace algunos años, en donde se menciona que existe la implicación de factores inmunoinflamatorios en la epilepsia.



La inflamación cerebral en la epilepsia se identificó por primera vez en estudios patológicos que se realizaron en personas afectadas por encefalitis de Rasmussen; un síndrome epiléptico caracterizado por pérdida neuronal, inflamación cortical y gliosis asociadas a un hemisferio cerebral. En estos pacientes se describen; la presencia de autoanticuerpos de linfocitos B y T citotóxicos, activación de microglia y astrocitos, células Natural Killer (NK), hechos que demuestran la implicación de fenómenos inmunológicos en la epilepsia. ²

1.2 Epidemiología

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que afecta a personas de todas las edades. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en febrero de 2018, en el mundo existían 50 millones de personas con epilepsia y, en la población en general, la proporción de pacientes con epilepsia activa (con ataques continuos que necesitan tratamiento, sería entre 4 y 10 por cada 1000 habitantes. Sin embargo, de acuerdo con los estudios realizados en países pobres o de ingresos bajos y medios, esta proporción sería entre 7 y 14 por cada 1000 habitantes. Aunque no existen cifras oficiales, la OMS calcula que en México existen 2 millones de personas con este padecimiento. ³

1.3 Antecedentes

Los datos más antiguos sobre la epilepsia son de origen babilónico; son textos cuneiformes que se realizaron entre los años 1046 y 1067 a.C. en un libro llamado *Sakikku*, considerado el libro de todas las enfermedades. En dicho libro la epilepsia era denominada *antashube* o *antasubba*, un término sumerio cuya traducción significa “la enfermedad de las caídas”. ⁴

En el papiro Ebers de 1580 a.C. la epilepsia se describió como “temblores que afectan a todo el cuerpo”, en dicho texto se detallaba el cerebro y las meninges.



Por otro lado, en la América prehispánica, para los mexicas la epilepsia se consideraba una forma grave de “debilidad del corazón”; a la cual se le llamaba *yolpapatzimiqilitzy*, que significa debilidad a causa de una fuerte opresión en el corazón o bien, “amortecimiento por intensa compresión del corazón”.⁴

En la edad media, las crisis epilépticas se consideraban como fenómenos de posesión o demoníacos, y al presentar las crisis, los estados de ensoñación de los pacientes se interpretaban como divinos, por lo tanto, la edad media fue una época de confusión sobre la causa de la epilepsia.⁴

Durante la época colonial Pedro Horta desarrolló un libro médico, considerado el primer libro sobre epilepsia en América Latina.

Durante la Edad Moderna Thomas Willis, al que se le consideraba el padre de la neurología, mencionó que esta enfermedad tenía su origen en el cerebro, y estableció que las crisis epilépticas eran el resultado de una explosión química violenta en sus publicaciones (1664 y 1672),⁴

Finalmente, en la Edad Contemporánea, Louis Floren Calmeil y Louis-Jean François Delasiauve en 1854 propusieron clasificaciones de la epilepsia basadas en la severidad de la crisis y en las lesiones de su origen.

1.4 Manifestaciones clínicas

La epilepsia se manifiesta habitualmente con crisis epilépticas espontáneas. La clínica es muy variable y depende del foco epiléptico, es decir, de la localización donde se originan dichas crisis.



Para entender como está compuesto el curso de esta enfermedad, primero se debe mencionar que el término convulsión se refiere a la manifestación motora (movimiento) de una crisis epiléptica y consiste en contracciones musculares anormales y excesivas, generalmente bilaterales, que pueden ser sostenidas o interrumpidas. ¹

La recurrencia de las crisis es un indicio importante de la enfermedad, ya que se puede sufrir de crisis sin necesariamente tener epilepsia (3-10% de la población puede tener una crisis en su vida, pero sólo 1% de la población tiene epilepsia). ¹

El período durante el cual la crisis tiene lugar se denomina ictus o período ictal. El aura es la primera parte reconocible de una crisis y la única que recuerda el paciente; puede servir de aviso. La fase inmediatamente posterior a la crisis recibe el nombre de período posictal. El intervalo entre crisis epilépticas es el período interictal.

La Liga Internacional contra la Epilepsia (LIAE) en 2017 actualizó la clasificación de las crisis epilépticas de 1981 con la intención de que ésta fuera más precisa desde el punto de vista médico y para que los pacientes y familiares pudieran compartir la misma nomenclatura y entenderla mejor.

Anteriormente se denominaba crisis parcial a la que se originaba en un solo hemisferio cerebral. Actualmente, se le denomina crisis focal y generalizada, cuando se origina en ambos hemisferios del cerebro. También dentro de la clasificación, existe la de origen desconocido.

Enseguida se describirán las características de los tres tipos de crisis.

Crisis focales. Son muy diversas y dependen de la zona cerebral involucrada durante la descarga epiléptica, pero en general, existen cuatro grupos de síntomas:

- Manifestaciones motoras: se caracterizan por movimientos involuntarios de tipo clónico (cortos y repetitivos), postura tónica (músculos rígidos), tónico-clónicos (combinación de los anteriores), mioclónicos (sacudidas) o bien signos motores “negativos” como la parálisis de Todd (debilidad de una extremidad que se produce posterior a una crisis).¹ Figura 1



Figura 1. Descripción de las fases tónico-clónica de una convulsión⁵

- Manifestaciones sensoriales: se caracterizan por trastornos en la sensibilidad, alucinaciones de diferente índole (visuales, auditivas, gustativas, olfatorias), entre otras.¹ Figura 2



Figura 2. Alucinación. ⁶

- Manifestaciones autonómicas: son síntomas que provienen del sistema autónomo/vegetativo; palpitaciones, bradicardia, taquicardia, sudoración, sialorrea, cambios pupilares, sensación epigástrica ascendente (sensación de vacío en el abdomen que remonta hacia el tórax/cuello), náusea/vómito, etc. ¹ Figura 3

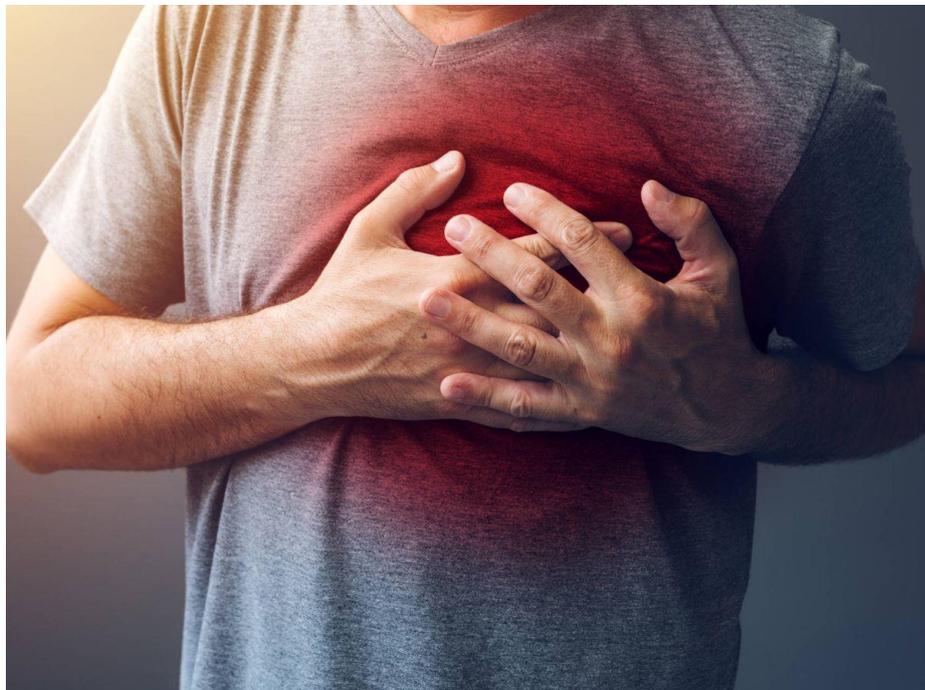


Figura 3. Síntomas cardíacos. ⁷

- Manifestaciones psiquiátricas/discognitivas: sensación de lo ya vivido (*déjà vécu*), de lo ya visto (*déjà vu*), de lo ya oído (*déjà entendu*), de lo nunca visto (*jamaís vu*), de lo nunca oído (*jamaís entendu*), sensación onírica (como estar en un sueño), sensación de despersonalización o autoscopia (sensación de salirse de sí y observarse a sí mismo), furia o miedo súbitos, crisis de risa (gelásticas), crisis de llanto (dacrísticas), sensaciones de éxtasis, orgasmo, crisis discognitivas (antes llamadas “parciales complejas” caracterizadas por la desconexión del medio debido a una descarga de inicio focal y que pueden o no asociarse a movimientos automáticos sin propósito automatismos no propositivos.¹

Crisis generalizadas. Se presentan con pérdida de la conciencia (a excepción de las crisis mioclónicas) y pueden ser: tónicas, clónicas, tónico-clónicas, mioclónicas, atónicas y ausencias.¹ Figura 4

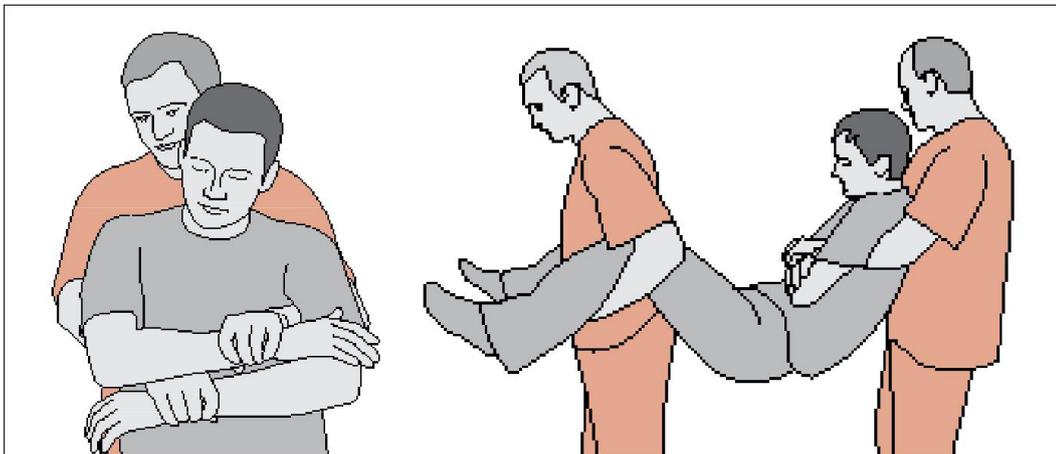


Figura 4. Pérdida de la conciencia.⁸

Crisis generalizadas tónico-clónicas. Anteriormente se conocían como crisis de gran mal, son la máxima expresión del fenómeno epiléptico y el tipo de crisis generalizada más frecuente. Se manifiesta por la repentina pérdida de la conciencia, sin preaviso, y una violenta contractura de todos



los grupos musculares del cuerpo. Como consecuencia de la contracción de los músculos respiratorios, se produce una expiración forzada a través de la glotis contraída lo cual ocasiona un sonido conocido como grito epiléptico. Inmediatamente el paciente cae y se mantiene rígido. A causa de la contractura muscular se produce una parálisis respiratoria con cianosis posterior. Esta fase inicial se conoce como fase tónica y dura generalmente entre 30 o 90 segundos.^{9, 52}

Después, comienzan a observarse sacudidas de tipo muscular en las extremidades, que en un principio se desarrollan como un temblor de poca amplitud que evoluciona a amplias sacudidas sincrónicas de las cuatro extremidades, al mismo tiempo en el que se va restableciendo la respiración, y se desarrollan movimientos respiratorios irregulares bruscos y con ronquidos. El paciente continúa cianótico y suele haber abundante producción de saliva y secreciones de aspecto espumoso y color blanquecino o bien de un aspecto sanguinolento si hubo trauma en la lengua. Las sacudidas musculares se van haciendo cada vez más esporádicas, menos amplias y sincrónicas, hasta que desaparecen por completo. Esta segunda fase se conoce como clónica y constituye la última parte de la crisis.

Después de la última sacudida clónica, el paciente no puede responder a su entorno, ni al dolor, con respiración superficial, del cual lentamente se recupera. En este período puede producirse la relajación de esfínteres que da como consecuencia incontinencia urinaria o fecal. Es la llamada fase postictal. Una vez que el paciente reacciona, suele percibir cefalea, bradipsiquia y dolores musculares. Generalmente el paciente no recuerda nada, pero si se encontraba solo, puede darse cuenta de lo que sucedió debido a la presencia de un trauma en la lengua, una incontinencia urinaria o los dolores musculares.^{9, 52}



Crisis mioclónicas. Éstas se desarrollan como breves sacudidas musculares, aisladas o en periodos cortos de tiempo que pueden afectar diversos grupos musculares, generalmente en forma simétrica. Varían en intensidad, de movimientos apenas perceptibles de los músculos faciales hasta violentos en los miembros superiores. ⁹

Espasmos musculares generalizados. Con frecuencia ocurren al despertar o en períodos de somnolencia, o bien pueden ser inducidas por ciertos movimientos o por estimulación luminosa intermitente.

Crisis clónicas. Éstas no presentan la fase tónica inicial, si no, movimientos clónicos desde el inicio (los músculos son sacudidos por movimientos cortos y repetitivos). Suelen ser más prolongadas que las crisis tónico-clónicas y tienen una fase posictal más breve. Se ven preferentemente en niños. ^{9, 52}

Crisis tónicas. Consisten en una brusca contractura muscular que fija al paciente en determinada postura por unos segundos, de acuerdo con los grupos musculares afectados. Se suele observar flexión de la cabeza con extensión de los miembros superiores cabeza cuello y tronco. Su intensidad es variable, y a veces casi imperceptible. Se ven con más frecuencia durante el sueño. ^{9, 52}

Crisis atónicas. También conocidas como convulsiones de caída, causan la pérdida del control muscular. Debido a que afecta más que nada a las piernas, puede provocar caídas o colapsos repentinos. Son producidas por una brusca disminución del tono muscular. ⁹

Generalmente están afectados músculos posturales, lo cual determina una caída de la cabeza hacia adelante; si el compromiso es mayor y el paciente se encontraba de pie, éste puede caer bruscamente al suelo.



En estos casos se debilitan de forma súbita los miembros inferiores y la persona cae de frente con serio riesgo de sufrir lesiones faciales. La conciencia parece no alterarse y el paciente permanece inmóvil en el suelo por unos segundos, para luego recuperarse en forma inmediata.

Estas crisis pueden tener una alta frecuencia en los pacientes afectados, generalmente niños, y son muy riesgosas debido a que pueden causar traumas de órganos dentarios o accidentes en la región facial, por lo que se recomienda el uso de protectores.

Ausencias. Se caracterizan por una leve alteración de la conciencia, de segundos de duración y de comienzo y terminación brusca. El paciente presenta una mirada vacía y distante y no responde cuando se le habla debido a la interrupción de la actividad neuronal. El episodio dura de 5 a 45 segundos, y una vez terminado, el paciente se restablece inmediatamente sin presentar confusión o somnolencia. En general el paciente no recuerda lo sucedido, pero puede percatarse de las ausencias si está realizando alguna actividad en la que percibe alguna interrupción o que ha perdido información de algún tipo. ⁹

Frecuentemente durante la ausencia se observan otros fenómenos asociados tales como pequeños movimientos clónicos en los párpados, labios o extremidades.

Automatismos de tipo, alimentario disminución o aumento de tono muscular, o signos de disfunción autonómica como palidez o pupilas dilatadas.

Crisis desconocidas. Es la tercera clasificación, no existe evidencia suficiente como para clasificarlas como focales, generalizadas o ambas. Se presentan espasmos epilépticos, los cuales pueden consistir en: contracciones musculares, simétricas o asimétricas, del tronco y miembros superiores. ⁹ Figura 5



Figura 5. Espasmos epilépticos. ¹⁰

1.5 Diagnóstico

El diagnóstico de la epilepsia requiere la presencia de convulsiones recurrentes, no provocadas. Los pacientes que presentan convulsiones deben someterse a un examen general y neurológico, en busca de otras causas de pérdida de la conciencia, por ejemplo, anomalías cardíacas, la evidencia de infección, traumas craneoencefálicos, tumores, etc.

Si existe cefalea, alteraciones del humor, letargia y contractura muscular, estos síntomas son el aviso para algunos pacientes sobre la existencia de una crisis convulsiva inminente, horas antes de que ocurra. Esos síntomas son diferentes del aura, que puede preceder por pocos segundos o minutos a la convulsión generalizada y que forma parte de la crisis epiléptica.

Para realizar el diagnóstico adecuado se deben tomar en cuenta varias opciones. Debido a la gran variedad de presentaciones clínicas, es necesario utilizar diversos estudios para diagnosticar la epilepsia y descartar otras condiciones. Estos incluyen el electroencefalograma, resonancia magnética, análisis de sangre de rutina, punción lumbar, electrocardiograma y tomografía axial computarizada. ³⁴



Algunos de los síntomas importantes que pueden ayudar a que se realice un buen diagnóstico incluyen; alteraciones en la conciencia, disminución de la sensación, habilidades motrices y reflejos. Se debe realizar un recuento detallado por el paciente o familiares de las crisis epilépticas, la duración de éstas, desde qué edad se presentaron, características, si existen factores predisponentes. El electroencefalograma (EEG), combinado con el cuadro clínico, es fundamental para el diagnóstico de la epilepsia. ³⁴

El electroencefalograma (EEG) es una herramienta de gran importancia en el estudio de la epilepsia. Confirma la presencia de actividad eléctrica anómala o diferente en el cerebro, proporciona información respecto al tipo de trastorno epiléptico y revela la localización del foco epiléptico (la zona de origen). Se utilizan tanto el registro analógico (trazo sobre papel) como el digital. En algunos casos, el EEG convencional es normal, aunque el paciente tiene crisis o se sospecha que las padece. En estas circunstancias, se repite el estudio después de someter al paciente a una privación de sueño (4 h o menos de sueño la noche anterior al estudio); también pueden utilizarse derivaciones especiales (por ejemplo, temporal o esfenoidea). Este procedimiento resulta útil para resaltar la anomalía en muchos casos, especialmente si las descargas proceden del lóbulo temporal.

1.5.1 Diagnóstico diferencial

Existen algunas enfermedades que presentan signos y/o síntomas que también son característicos de la epilepsia, por lo que puede dificultar el diagnóstico, algunas de ellas son:

Alteración de la conducta del sueño: actividad que se presenta a la hora de dormir, que se caracteriza por movimientos de los ojos REM (rapid eye movement) en donde se observan también movimientos de los músculos,



asociados a sueños violentos. En más de la mitad de los casos, aparecen en enfermedades neurodegenerativas (parkinsonismos, demencia por cuerpos de Lewy), narcolepsia, o son de causa farmacológica o debidas al alcohol.

Pseudocrisis: son ciertos episodios de origen psicógeno con semiología similar a las crisis epilépticas, que pretenden imitarlas, especialmente a las convulsiones tónico-clónicas generalizadas. ¹¹

Migrañas: episodios crónicos de cefalea hemicraneal pulsátil asociada a fotofobia, sonofobia, en donde se presentan náuseas y/o vómitos. En ocasiones, la preceden o acompañan episodios transitorios de alteraciones visuales, sensitivas, motoras o del lenguaje, que pueden plantear el diagnóstico diferencial con crisis epilépticas, aunque suelen ser de mayor duración. La migraña basilar puede tener episodios de pérdida de conciencia o confusión a otros síntomas típicos de este territorio (diplopía, ataxia, disartria). Además, las auras migrañosas pueden presentarse sin cefalea, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Es frecuente que la migraña y la epilepsia coexistan en un mismo paciente, y las crisis epilépticas pueden acompañarse de cefaleas de características migrañosas. ¹¹

Amnesia global transitoria: se refiere a la brusca pérdida de la memoria anterógrada, con preservación de la memoria inmediata. Generalmente, dura varias horas y no asocia movimientos tónico-clónicos o confusión, a diferencia de lo que sucede en las crisis epilépticas. Debe sospecharse de epilepsia si la pérdida de la memoria es de breve duración y se presenta repetidamente. El electroencefalograma resultará una herramienta clave en estos casos. ¹¹



1.5.2 Errores en el diagnóstico

Existen ciertas situaciones que pueden presentarse, las cuales provocan que no se realice un buen diagnóstico:

- Anamnesis inadecuada (o imposibilidad de que el paciente relate los síntomas (por ejemplo, niños pequeños).
- Movimientos involuntarios bruscos al momento del estudio.
- Historia personal de crisis febriles que ha provocado convulsiones.
- Anormalidad en el registro electroencefalográfico, mal interpretación.
- Desconocimiento de las diferentes entidades que pueden constituir un Trastorno Paroxístico No Epiléptico (TPNE) o un diagnóstico diferencial.
- Las crisis epilépticas y los TPNE pueden coexistir (en el 5-40%).¹¹

1.6 Tratamiento

Consiste en la prescripción de fármacos antiepilépticos de acuerdo con el tipo de epilepsia que tiene el paciente, síndrome, edad, medicamentos concomitantes. El objetivo principal del tratamiento de la epilepsia es lograr el cese de las crisis.^{50, 51}

Se recomienda iniciar el tratamiento siempre en monoterapia, con el fin de disminuir la toxicidad y con ello reducir la posibilidad de desarrollar eventos adversos, mejorar la adherencia, reducir los costes y la potencialidad de interacciones farmacológicas. La dosis se incrementa de forma progresiva hasta lograr el control de las crisis o la aparición de eventos adversos no tolerables. Entre estos se encuentran: fenitoína, carbamazepina, valproato, fenobarbital, primidona, etosuximida, oxcarbazepina, lamotrigina, levetiracetam, topiramato, lacosamida, vigabatrina, gabapentina, pregabalina, tiagabina,



zonisamida, clobazam, felbamato, entre otros. Como se había mencionado antes, estos medicamentos habitualmente se usan en monoterapia (uno solo) y de no haber respuesta pueden combinarse entre sí (politerapia, habitualmente no más de 2-3 al mismo tiempo).¹

Estos fármacos permiten controlar los síntomas, que son las crisis epilépticas, aunque no existe tratamiento que cure la enfermedad. Los antiepilépticos tienen un efecto estabilizador de la membrana y modificador del tono neurotransmisor que va a ejercer un efecto protector independientemente de la causa específica que provoca las crisis. De hecho, la mayor parte de los fármacos antiepilépticos tienen poco efecto sobre el foco epiléptico o la causa de esta enfermedad; más bien impiden la propagación de la descarga a estructuras normales vecinas. Aunque no se tiene la seguridad de que sean los únicos ni los más importantes, los efectos de los antiepilépticos que se observan a concentraciones terapéuticas, al parecer tienen mayor influencia sobre la génesis y la propagación de las crisis.

1.6.1 Tratamiento quirúrgico

La mayoría de los pacientes con epilepsia dejan de tener crisis en largos periodos o incluso pueden dejar de presentarlas y llevar una vida normal gracias a los fármacos antiepilépticos. Sin embargo, alrededor de un 30% de las personas con epilepsia siguen teniendo crisis a pesar de probar distintos fármacos y en distintas combinaciones. Estos pacientes sufren una “epilepsia resistente a los fármacos” o “epilepsia refractaria”.¹²

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) propuso la siguiente definición de epilepsia refractaria: “aquella en la que no se ha conseguido una evolución libre de crisis a pesar de dos ensayos terapéuticos adecuados con diferentes fármacos antiepilépticos (FAE), tomados en monoterapia o asociados, siempre que se hayan seleccionado y usado de



manera adecuada”. Se considera ausencia mantenida de crisis un período de un año o en caso de crisis muy esporádicas, un periodo de al menos el triple al mayor intervalo entre crisis del pretratamiento. ¹²

Cualquier paciente que presente una epilepsia refractaria debería ser sometido a una evaluación diagnóstica especializada en una Unidad Médico-Quirúrgica de epilepsia. Los objetivos de esta evaluación son:

1. Determinar si el paciente sufre realmente una epilepsia refractaria.
2. Determinar si la epilepsia que padece el paciente puede ser tratada con cirugía o no. ¹²

Los procedimientos quirúrgicos que se pueden llevar a cabo son: la resección de la zona epileptógena, como la hemisferectomía, también pueden realizarse cuidados paliativos (que ayudan a disminuir el número de crisis, por ejemplo, estimulación del nervio vago, estimulación del nervio trigémino, estimulación subdural, estimulación cerebral profunda, callosotomía, transección subpial múltiple). Otras modalidades de tratamiento incluyen a la dieta cetogénica y su modificación (dieta de Atkins). ¹

1.6.2 Errores en el tratamiento antiepiléptico

El paciente puede seguir presentando crisis convulsivas o no mejorar si el tratamiento se ve afectado por:

- Un diagnóstico inadecuado.
- No iniciar el tratamiento enseguida del diagnóstico.
- Mandar medicación a dosis total de entrada y no progresiva.



- No elección del medicamento según tipo de crisis, síndrome o grupo especial.
- Tratamiento de una crisis única sin análisis individualizado.
- Interrumpir el tratamiento.
- No tener en cuenta la vida media de los antiepilépticos y sus niveles plasmáticos.
- No tener en cuenta la interacción de fármacos, ni la combinación de medicamentos con efectos similares.
- Uso de medicamentos que disminuyan el umbral epileptógeno.
- No tener en cuenta los efectos colaterales de los antiepilépticos.
- Considerar la eficacia del tratamiento: desaparición de las anomalías electroencefalográficas o de la causa y no propiamente la supresión de las crisis. ¹³

1.7 Pronóstico

- El pronóstico de estos pacientes es muy variado y depende de la etiología del tipo de epilepsia, será más favorable cuando no exista una lesión neurológica estructural demostrable.
- En general, las epilepsias idiopáticas tienen un mejor pronóstico que las sintomáticas. En algunas de ellas, el tipo de epilepsia está precedido de la palabra "benigna", indicando que no hay deterioro neurológico, que hay una buena respuesta terapéutica, y que, en algunas de ellas, hay curación.
- Como ejemplo de esto las que tienen un mejor pronóstico son: la epilepsia benigna de la infancia con puntas centro temporales, la epilepsia benigna de la infancia con puntas occipitales, la epilepsia primaria de la lectura, la epilepsia mioclónica benigna del lactante, la epilepsia infantil con ausencias, la epilepsia mioclónica juvenil benigna, la epilepsia con crisis tónico-clónicas del despertar. ¹⁴
- En cuanto a las epilepsias sintomáticas hay un mejor pronóstico cuando se alcanza la disminución de las crisis epilépticas de forma



espontánea o bajo tratamiento con fármacos antiepilépticos, sin embargo, dicha enfermedad no tiene cura. ¹⁴

1.8 Prevención

La OMS estima que el 25% de los casos de epilepsia son prevenibles, siempre y cuando:

- Se prevengan traumatismos craneales de la forma más eficaz para evitar una epilepsia postraumática.
- Se tenga la atención perinatal adecuada puede reducir los nuevos casos de epilepsia causados por lesiones durante el parto.
- Se administren medicamentos y otros métodos para bajar la temperatura corporal de un niño con fiebre.
- La prevención de la epilepsia asociada a accidentes cerebrovasculares se centre en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular, por ejemplo, a través de medidas de prevención o control de la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, y la evitación del tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.
- Las infecciones del sistema nervioso central son causa frecuente de epilepsia en las zonas tropicales, en las que están concentrados muchos de los países de ingresos bajos y medianos. La eliminación de los microorganismos en esos entornos y la educación sobre cómo evitar las infecciones pueden ser un medio eficaz de reducir la epilepsia en todo el mundo, por ejemplo, los casos debidos a neurocisticercosis. ³



CAPÍTULO 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

A partir de este capítulo, se abarcarán algunos conceptos sobre promoción de la salud, para poder describir su importancia ante la presencia de un paciente con epilepsia en la consulta odontológica.

2.1 Definición

La promoción de la salud son estrategias dirigidas a elegir estilos de vida saludables, sobre todo, la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales sobre salud para hacer posibles tanto la prevención de enfermedades como el control personal sobre estilos de vida y peligros para la salud. Dichas estrategias se encargan de crear oportunidades para que toda población pueda tomar decisiones saludables.

De igual manera, es un movimiento que exige responsabilidad social en la generación de políticas y entornos saludables a través del empoderamiento y la participación social para la construcción de una cultura de salud.^{15, 16}

2.1.1 Carta de Ottawa

Es un documento importante que fue aprobado en noviembre de 1986, el cual buscó dar un cambio de enfoque a la salud, desde la erradicación de enfermedades, a la promoción de recursos para la salud.¹⁷

Principios:

- La promoción de la salud consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar la salud y así poder controlarla.
- La salud es un recurso para la vida, no es objetivo de la vida.
- Se trata de un concepto positivo que refuerza los recursos sociales y personales.



- La salud se crea y se destruye en todos los sectores sociales, no solo en los servicios de salud.
- La promoción de la salud se centra en buscar la equidad. ¹⁷

Estrategias:

- Actuar de mediador
- Capacitar a las personas
- Abogar por la salud ¹⁷

2.2 Salud

El concepto de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia y es interpretado de distintas maneras. Se ha definido únicamente como “la ausencia de enfermedad”. En otras opiniones, se ha dicho que es difícil diferenciar lo normal de lo patológico, pues lo que puede ser normal actualmente, puede no serlo en otra época.

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”. ¹⁸

Esta definición ha recibido diferentes críticas, pues el hecho de lograr un estado completo bienestar físico, mental y social prácticamente es imposible. Sin embargo, en este concepto, por primera vez la salud es definida como una situación positiva y no sólo la ausencia de enfermedad y es aceptado mundialmente, por lo que ha tenido una gran influencia en la conceptualización de salud.

La salud es un derecho que se tiene desde el momento del nacimiento hasta la muerte y todo individuo debe gozarla independientemente de su raza, género, religión, ideología política o condición económica.

Cuenca menciona que, según Lalonde, existen diversos factores que influyen en la salud de cada individuo; su estilo de vida, del ambiente en el que se desarrolla, biología humana y asistencia sanitaria. Dichos factores afectan en mayor o en menor grado a cada persona pues, la pobreza, las condiciones de trabajo adversas y la falta de equidad en los servicios sanitarios, entre otros elementos, tienen una influencia decisiva en los comportamientos individuales y colectivos, ya que imponen grandes limitaciones a la estrategia de los determinantes de la salud orientados a los estilos de vida y al comportamiento individual.¹⁹ Figura 6

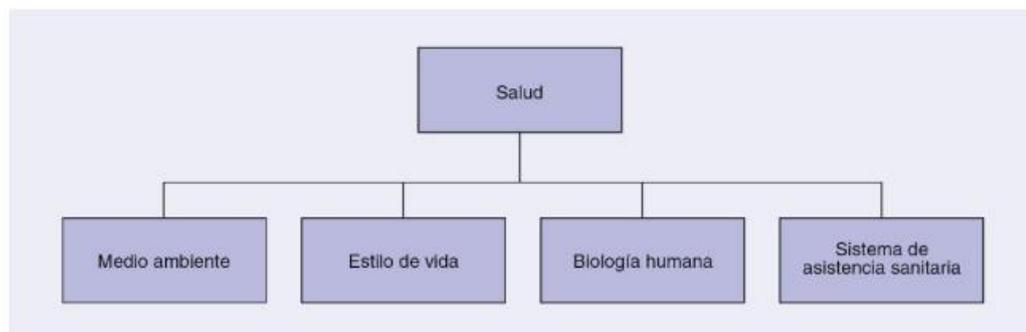


Figura 6. Factores determinantes de salud.¹⁹

2.3 Educación para la salud

Es una disciplina que se encarga de difundir una serie de conocimientos científicos de forma tal que influyan en la persona a cambiar sus hábitos y actitudes para mejorar la salud individual, familiar y colectiva. Estos conocimientos deben propiciar que la persona sea capaz de tomar las riendas de su salud y que, con su actuar, influya en los demás para lograr una comunidad saludable y eliminar por completo los riesgos de enfermedad.²⁰



Modelos educativos:

- a) Creencias en la salud. Consiste en la aceptación que la población pueda tener hacia la información y acciones que, en materia de salud, lleven a cabo las autoridades universitarias.
- b) Comunicación persuasiva. Considera estrategias de persuasión para lograr un cambio de actitudes y conductas con el fin de conseguir la salud.

21

La educación para la salud cumple un papel primordial en el proceso de promoción, ya que tiene como tarea sustantiva la formación de los individuos, comunidades y poblaciones para su desarrollo y logro de la salud. ²¹

2.4 Promotor de la salud

Es una persona voluntaria que ha sido capacitada y que comparte conocimientos y cultura sobre su comunidad: aspectos religiosos, lingüísticos, demográficos y costumbres. Ayuda a fortalecer las redes de cuidados comunitarios y educa a los miembros de la comunidad para acceder a la salud y los motiva para actuar y hacerlos responsables con respecto a ella.

El promotor de salud puede ser un profesional de la salud o alguna persona que ha recibido capacitación.

Una de las funciones principales del promotor de salud consiste en actuar como núcleo organizador, estableciendo grupos de apoyo y realizando acciones para lograr la salud en una comunidad determinada. Es un agente comprometido con su grupo social y, por lo tanto, coadyuva a promover y realizar actividades orientadas a la optimización de la salud. En el caso del promotor de salud bucal, se encarga de difundir los beneficios de tener una higiene bucal, como el cepillado de dientes. También participa en



campañas para promover la salud bucal, y de dar pláticas a diferentes sectores de la comunidad, siempre en contacto con autoridades sanitarias. Realiza procesos educativos para lograr cambios de actitud y conducta en la población en cuanto a la salud, prevenir enfermedades o promover recomendaciones para disminuir el riesgo de poner en peligro la salud de la comunidad. ²¹

2.5 Recursos didácticos para promover la salud bucal

Dentro de la promoción de la salud existen recursos didácticos que ayudarán a informar a los pacientes y que estos se involucren en su salud. Vargas menciona que según Morales (2012), se entiende por recurso didáctico al conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje. ²²

Estos materiales pueden ser tanto digitales como físicos y su objetivo es despertar el interés y ser llamativos para el lector. Deben proporcionar información y adecuarse a cualquier tipo de contenido, cumplir con un objetivo, guiar en el proceso de enseñanza-aprendizaje, contextualizar, hacer factible la comunicación entre el promotor y el lector y motivar. ²²

Vargas menciona una clasificación de los recursos didácticos según Moya (2010): ²²

Textos impresos:

- Manual o libro de estudio.
- Libros de consulta y/o lectura.
- Biblioteca de aula y/o departamento.
- Cuaderno de ejercicios.
- Impresos varios.
- Material específico: prensa, revistas, anuarios. Figura 7



Figura 7. Textos impresos. ²³

Material audiovisual:

- Proyector.
- Vídeos, películas, audios. Figura 8



Figura 8. Materiales audiovisuales. ²⁴

Tableros didácticos: pizarra tradicional.

Nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC):



Dichos recursos permitirán que el promotor de la salud pueda elegir entre todas las opciones disponibles, la que mejor se adapte a las necesidades del paciente, ya sea que se utilicen materiales impresos o digitales. Actualmente, una de las ventajas del internet es que se puede realizar diversos materiales como folletos, infografías, publicaciones, entre otros, que se pueden difundir fácilmente en aplicaciones, compartirlas por medio de dispositivos móviles o incluso imprimirlas en caso de que el paciente no tenga acceso a internet. ²⁶

En este trabajo se hará énfasis en la infografía, la cual es un material didáctico que se realiza a partir de programas de internet. Esta es la representación visual de información que se obtiene mediante imágenes, colores, logos, etc. Debido a ésto, se puede decir que es una buena opción para captar y atraer la atención del lector, que, en este caso, es el paciente para así poder crear interés en su salud y motivarlo. ²⁷

Para poder realizar una infografía se debe:

- Determinar los puntos claves del contenido
- Definir el título, encabezados, subtítulos y hechos
- Elegir una plantilla para integrar la información, teniendo en cuenta colores, imágenes y logos. ²⁸

Dentro de las ventajas que existen en estos programas para la realización de infografías son que permiten que el documento se pueda imprimir, guardar en formato de imagen o PDF y así elegir la mejor forma para su difusión.



CAPÍTULO 3. EL PROMOTOR DE LA SALUD ANTE EL PACIENTE CON EPILEPSIA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

Es importante que el paciente conozca los diversos factores que pueden conducir a una crisis convulsiva, para que los evite en lo menor posible antes de asistir a una consulta odontológica, así como los eventos adversos que pueden ocurrir a causa de ésta; de igual manera, se deben ofrecer recomendaciones de higiene bucal.

3.1 Factores que pueden desencadenar crisis convulsivas:

- Modificar el tratamiento antiepiléptico
- Ansiedad y estrés
- Proceso infeccioso recurrente
- Estados fisiológicos (ciclo menstrual)
- Privación del sueño
- Consumo de alcohol o drogas
- Condiciones metabólicas (hiperglucemia o hipoglucemia)
- Deshidratación
- Hiperventilación
- Luces
- Ruidos
- Trastornos gastrointestinales
- Fármacos ²⁹

3.2 Eventos adversos que pueden surgir por una crisis convulsiva

Fracturas: éstas pueden suceder por falta de activación de reflejos de defensa durante las crisis, dando como resultado caídas y fracturas subsecuentes. Las crisis por naturaleza también pueden causar el incremento en la carga de trabajo del sistema esquelético, debido a ciertas contracciones musculares, ocasionando fracturas por aplastamiento en la columna o fracturas de húmero.



Ciertos estudios han mostrado que las fracturas son más frecuentes en los dos primeros años de diagnóstico de la enfermedad. Esto puede deberse a que las crisis disminuyen con el paso del tiempo del tiempo en algunos pacientes y que, además, aprenden a tomar precauciones para evitar este tipo de lesiones. ³⁰

Dislocaciones: normalmente suceden en los hombros, se debe sospechar éstas cuando existe dolor y rigidez en el hombro después de una crisis convulsiva. El hombro se sentirá en una posición de aducción y rotación interna y el paciente no será capaz de abducir y rotar externamente el hombro. El diagnóstico de una dislocación de hombro se puede llevar a cabo mediante el uso de radiografías y tomografías de hombro. La dislocación posterior del hombro es rara, comprendiendo de 1.5 a 4.3% de todas las dislocaciones de hombro. Las dislocaciones posteriores bilaterales son más raras aún, y algunos autores sugieren que son patognomónicas de pacientes con crisis convulsivas. Aunque las crisis convulsivas son comúnmente relacionadas con dislocaciones posteriores, también se han descrito dislocaciones anteriores. ³⁰

Accidentes automovilísticos: existe la posibilidad de accidentes automovilísticos asociados con crisis convulsivas, debido a ello, dar un permiso para manejar un vehículo automotor a un paciente epiléptico es uno de los dilemas más frecuentes para los médicos. Según Reyes, en un estudio retrospectivo realizado por Sheth, et al con información extraída de registros en los Estados Unidos, se realizó la comparación de accidentes asociados a crisis convulsivas y otras enfermedades, observándose que 0.2% de los accidentes automovilísticos entre 1995-1997 se asociaron a crisis convulsivas. En pacientes que han estado libres de crisis en un intervalo mayor a 12 meses, el riesgo de tener un accidente en esta categoría fue reducido en 93%. Por lo tanto, se recomienda que sólo manejen pacientes que han estado libres de una crisis más allá de un año.



Quemaduras: la mayoría de las quemaduras en pacientes con epilepsia ocurren durante actividades cotidianas en el hogar como cocinar, planchar ropa, secarse el pelo con secadora o durante el baño. Se ha encontrado en algunos estudios que el 72% de las quemaduras en pacientes con epilepsia fueron de tercer grado comparado con 68% en la población general. Entre los factores de riesgo para presentar quemaduras en estos pacientes se encuentran: tipo y número de crisis convulsivas, género femenino y presencia de déficits neurológicos. ³⁰

3.3 Recomendaciones al paciente ante una consulta odontológica

- No conducir vehículos (únicamente pacientes tengan permiso de su neurólogo)
- Dormir mínimo 8 horas
- Comer bien
- Tomar sus medicamentos incluso el día de la cita
- Evitar situaciones estresantes
- No trabajar desprotegidos en alturas, ni en lugares que ofrezcan peligro en caso de crisis.
- Evitar grandes esfuerzos físicos
- Realizarse estudios sistémicos
- Asistir con su neurólogo
- El paciente debe conocer que la eficacia del tratamiento es la supresión de las crisis y no propiamente la causa de la enfermedad.
- Reconocer signos que determinen una crisis
- Reconocer síntomas que indiquen un aura
- Orientar registro con número, duración, horario y gravedad de las crisis epilépticas. ¹³

3.3.1 Recomendaciones de higiene bucal

Existen ciertas medidas que deben llevar a cabo los pacientes con epilepsia al momento de realizar su higiene bucal, ya que normalmente estas personas desarrollan enfermedades periodontales debido a los efectos secundarios de los antiepilépticos. Uno de los problemas más comunes es la hiperplasia gingival inducida por fármacos, de la cual, más adelante se describirá el tratamiento odontológico. Ésta involucra el agrandamiento o crecimiento excesivo de las encías, lo cual, dificulta la higiene diaria del paciente y, por ende, mayor cúmulo de biopelícula. Debido a esto, se debe llevar a cabo un estricto control de placa dentobacteriana, como la técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

Como primera instancia se recomienda una técnica de cepillado que involucre la limpieza de encías dientes y surco gingival, que es una de las zonas más afectadas en pacientes con epilepsia.

Una de ellas, puede ser la técnica de Bass. Dicha técnica se realiza colocando el cepillo a 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente (verificando que las cerdas van dirigidas hacia la parte apical del diente) y se presiona ligeramente contra el surco gingival realizando movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo del punto de apoyo. Figura 10

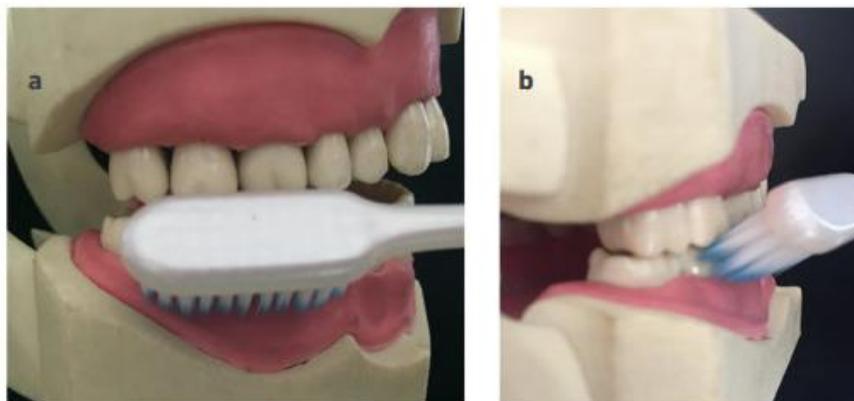


Figura 10. Posición del cepillo en la técnica de Bass. a) Vista lateral, b) vista anteroposterior. ³¹



Para realizar esta técnica, se recomienda el uso de un cepillo de cerdas suaves para evitar el trauma en las encías, pero se debe tener en cuenta que el tiempo de vida de éste será más corto. El tamaño del cabezal recomendando es de 2.5 cm para adultos y 1.5 cm para niños en promedio.

32

En caso de que el paciente presente discapacidad motriz se puede involucrar a familiares o cuidadores y se puede realizar la higiene con ayuda de un cepillo eléctrico. Sin embargo, correctamente usados, tanto el cepillo eléctrico como manual pueden eliminar la placa dentobacteriana con eficacia.³²

- En pacientes con capacidad mental reducida se recomienda realizar el cepillado dental sin dentífrico, para evitar aspiración respiratoria y mejorar la visibilidad operatoria.
- En pacientes con deficiencias parciales la enfermera, familiar o cuidador puede cepillarse frente a él/ella, para que por imitación duplique la acción.
- Apoyo motivacional para el cumplimiento de tareas.

Para complementar, se puede hacer uso del hilo dental; la técnica consiste en enrollar casi todo el hilo en el dedo medio de una mano y el resto en el de la otra manteniendo tirante el hilo entre ambas. Los dedos índices y pulgares son los que llevan a cabo la técnica. El hilo se introduce suavemente por el espacio interproximal deslizándolo hasta el surco gingival con movimientos vestíbulo-linguales o vestíbulo-palatinos. Conforme se ensucia el hilo, se pasa a una parte limpia enrollándolo en un dedo y desenrollándolo en el otro.³³



Otro aditamento de higiene bucal puede ser la clorhexidina, este antiséptico ha sido de gran ayuda a lo largo de la historia odontológica pues tiene un amplio espectro antimicrobiano y por su sustantividad, puede unirse a determinadas localizaciones de la boca para liberarse lentamente, en forma activa y manteniendo niveles terapéuticos.

Se puede utilizar en solución, gel o pasta al 0.12% una vez a la semana, si el paciente tiene discapacidad mental, se indica como colutorio directamente diente por diente con ayuda de un hisopo o con una gasa enredada en el dedo. Si el paciente puede usar por sí mismo una solución, deben ser 15 ml por 30-45 seg. Se prescribe entre una visita y otra. ³³

Uso diario de compuestos utilizados para la remineralización o saliva artificial. Su aplicación puede ser similar a lo indicado con clorhexidina. ³³

Se debe realizar un control trimestral, mantenimiento dentoperiodontal. El control debe incluir examen, eliminación de cálculo, profilaxis, aplicación de sustancias remineralizantes y solución de posibles problemas. ³³

3.4 Consideraciones del Cirujano Dentista en la atención del paciente con epilepsia

La siguiente información debe ser tomada en cuenta por el Cirujano Dentista durante la consulta ya que así podrá brindar atención con una mejor preparación y sin contratiempos.

- Se debe realizar una historia clínica adecuada y conocer las características generales de la enfermedad.
- Realizar interconsultas con el neurólogo para verificar que el paciente esté controlado.
- Lograr una buena adaptación para disminuir la posibilidad de crisis por ansiedad o por estrés.



- Evitar lo menos posible estímulos sonoros o luminosos fuertes.
- Programar y ejecutar un plan de tratamiento ágil y efectivo.
- Remitir a especialista en periodoncia, ante la presencia de hiperplasia.
- Disponer los instrumentos de tal manera que sea fácil retirarlos en presencia de una crisis epiléptica.
- De preferencia, se recomiendan las prótesis fijas, debido a la probabilidad de fracturas y broncoaspiraciones durante una crisis.
- En caso de requerir procedimientos bajo anestesia general, el Cirujano Dentista debe realizar las interconsultas pertinentes.
- La consulta se debe posponer si ha habido crisis recientes o si se ha suspendido la medicación.
- Citar al paciente a primera hora de consulta y evitar demoras.
- El ácido valproico puede prolongar el tiempo de coagulación, por lo cual deben solicitarse exámenes de sangre antes de someter al paciente a alguna cirugía. De igual manera, cuando sea indispensable realizar una exodoncia o cirugía bucal a un paciente con epilepsia, se debe tener en cuenta la mayor incidencia de infecciones, hemorragia gingival posquirúrgica y el retraso en la cicatrización que puede ocasionar los fármacos antiepilépticos.
- Conseguir una adecuada analgesia.
- Se puede hacer uso de ansiolíticos indicados por su médico tratante. (Por ejemplo: diazepam).
- Siempre se debe realizar interconsulta con su neurólogo, antes de comenzar a realizar cualquier procedimiento invasivo. Para conocer las condiciones actuales del paciente ya que pueden requerir anticonvulsivantes adicionales o anestesia local.
- Para disminuir el estrés, la explicación de los procedimientos a los pacientes antes de comenzar y ofrecer seguridad y control sobre los procedimientos pueden ser útiles. ²



- Es importante realizar una Biometría Hemática anual para descartar una posible discrasia sanguínea producto de la toma rutinaria de fármacos antiepilépticos y descartar anemia y leucopenia, sobre todo en pacientes que toman Carbamacepina.
- El empleo crónico de algunos antiepilépticos puede producir hepatotoxicidad, trastorno que ocurre en 24 a 30% de los pacientes. Por ejemplo, el empleo del ácido valproico produce daño hepático acumulado, en cuyo caso es conveniente realizar una prueba de tiempo de protrombina, para descartar el riesgo de hemorragia.³³

3.4.1 Historia clínica

Durante la primera cita con un paciente epiléptico, el Cirujano Dentista debe complementar su historia clínica agregando las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se diagnosticó la enfermedad?
- ¿Cuáles son los síntomas que presenta?
- ¿Identifica circunstancias que originan una crisis?
- ¿Experimenta un aura? Si es así, descríbala.
- ¿Cuánto dura una crisis? (Los testigos son útiles cuando se habla de esto).
- ¿Se pierde el conocimiento durante la crisis?
- ¿Hay una fase postictal? Si es así, describirlo.
- ¿Con qué frecuencia son las crisis?
- ¿Cuándo fue la última crisis?
- ¿Qué medicamentos toma?



- ¿Ha tenido un electroencefalograma y la resonancia magnética? Si es así, ¿cuáles fueron los resultados?
- ¿Se ha considerado la cirugía?
- ¿Hay una historia de trauma en la cabeza, tumor cerebral, u otra malformación? ³⁴

El cuestionario anterior brindará información acerca de cómo es el curso de esta enfermedad y permitirá que se esté preparado para cualquier episodio que se pueda presentar en el consultorio odontológico, así como, para tomar la decisión en caso de que no sea un paciente adecuadamente controlado para enviarlo con el respectivo especialista. ³⁴

Los pacientes que presentan crisis epilépticas estables, sin riesgos asociados, pueden recibir tratamiento en forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario realizar una evaluación a fondo del tipo de epilepsia de cada paciente antes de iniciar cualquier tratamiento odontológico. Aspectos importantes que se deben evaluar son: el tipo de crisis y sus posibles desencadenantes. ³⁴

3.4.2 Examen bucal:

Ya que se ha realizado una historia clínica completa, se procede a realizar un examen bucal en donde se debe observar:

- Traumatismos en órganos dentarios.
- Condiciones higiénicas bucales.
- Alteraciones presentes en la cavidad (caries, hipoplasia, glositis migratoria benigna, paladar profundo, rugas palatinas prominentes, desmineralización e hipoplasia del esmalte, reabsorciones óseas y

radiculares atípicas, limitación de la apertura bucal, maloclusión, queilitis, agrandamiento del conducto de Stenon, etc).

- Hiperplasia gingival como efecto de la medicación. ³⁵

El uso de anticonvulsivos, principalmente la fenitoína, puede causar hiperplasia gingival, la cual, es un agrandamiento difuso y relativamente avascular nodular o liso de las encías, que puede cubrir los dientes. Provoca importantes alteraciones estéticas, interferencias en la oclusión, trastornos fonatorios y deglutorios, problemas gingivitis y malposición dentaria. Figura 11



Figura 11. Paciente con hiperplasia gingival inducida por anticonvulsivo. ³⁶

Los primeros signos de hiperplasia aparecen en las papilas interdenciales, las cuales se hipertrofian, y posteriormente las coronas clínicas de los dientes pueden aparecer cubiertas por una masa de tejido firme, sumamente fibroso. El desarrollo de la hiperplasia se lleva a cabo en el momento en el que la fenitoína influye sobre el metabolismo del calcio en los fibroblastos, además ésta regula el metabolismo de los receptores del factor de crecimiento epidérmico (EGF) en los fibroblastos gingivales humanos, es decir, aumenta el número de receptores superficiales del EGF provocando así el aumento de tamaño de la encía. ³⁷



Ésta es la complicación más frecuente en los pacientes que toman antiepilépticos, pues casi el 50% de ellos la padecen. Las primeras manifestaciones aparecen tres meses después de tomar dicha medicación y alcanza su máxima expresión entre el primer y el segundo año de tratamiento. ³⁷

3.4.3 Tratamiento de la hiperplasia gingival:

Una opción es realizar el cambio del antiepiléptico logrando la remisión completa al cabo de 4-5 meses, aunque en la mayoría de los casos esta opción no funciona. Es fundamental una correcta higiene diaria, el uso de colutorios de clorhexidina, y controles periódicos, como lo mencionado anteriormente.

Si no se logra disminuir realizando técnicas de higiene, se pensará en raspado y alisado radicular minucioso, gingivectomía y gingivoplastía. ³⁸

Raspado y alisado radicular: el propósito de este procedimiento es eliminar o reducir la placa bacteriana o el cálculo de la bolsa radicular para conseguir una superficie radicular limpia, lisa y biocompatible.

Técnica:

1. Se anestesia con técnica infiltrativa o troncular y se puede complementar con anestesia papilar.
2. Se toma la cureta o ultrasonido con sujeción en pluma modificada.
3. Se introduce el instrumento por debajo de la bolsa y se adapta a la superficie radicular.
4. Se determina una angulación de 45 a 90°.
5. Se elige el punto de apoyo (intraoral y lo más cercano posible a la zona a instrumentar).
6. Se inicia el movimiento de activación del instrumento hacia la zona incisal u oclusal.
7. Al eliminar placa bacteriana y cálculo subgingival se conoce como raspado.

8. Posteriormente se realiza el alisado radicular hasta que la superficie radicular esté completamente lisa y dura.
9. Verificar la lisura radicular.
10. Finalmente, se lava la zona quirúrgica con solución fisiológica. ³⁸

Gingivectomía: es una técnica quirúrgica por medio de la cual se lleva a cabo la extirpación del exceso de tejido gingival. Al momento de removerlo, proporciona visibilidad de las coronas de los órganos dentarios, acceso para la eliminación de cálculo y cualquier otro factor irritante, Este procedimiento resulta en un ambiente favorable para la cicatrización gingival, restauración de un contorno fisiológico y la predicción del éxito del tratamiento a largo plazo. Figura 12



Figura 12. A) Paciente con aumento del volumen de la encía marginal, papilar y encía adherida en maxilares, ausencia de OD# 42 y movilidad dentaria en OD# 41. B) Registro fotográfico posterior a gingivectomía. ³⁶

En la actualidad, la gingivectomía se puede llevar a cabo por técnica quirúrgica, electrocirugía y láser.

Técnica:

1. Se anestesia con técnica infiltrativa o troncular y se puede complementar con anestesia papilar.
2. Se procede a marcar la profundidad del agrandamiento/bolsa dejando un punto sangrante.
3. Luego se realiza la incisión primaria a bisel externo de manera continua o discontinua, recta o festoneada, apical al punto sangrante



con angulación a 45° en relación con el eje longitudinal del diente, con el bisturí.

4. Se realiza la incisión secundaria en los espacios interproximales con bisturí o tijeras.
5. Se remueve el tejido gingival excisado; se elimina cálculo con raspadores y tejido de granulación con curetas.
6. Se remodela el contorno gingival para lograr una morfología gingival funcional.
7. Se lava la zona quirúrgica con solución fisiológica.
8. Se coloca el apósito quirúrgico en el tejido conjuntivo expuesto, se retira ocho días después y se reemplaza por ocho días más, si se requiere. ³⁸

Gingivoplastia: es un procedimiento de remodelado de la encía para crear contornos gingivales fisiológicos con el propósito de volver a contornear la encía en ausencia de las bolsas periodontales, en la mayoría de las ocasiones es complementaria de la gingivectomía.

3.4.4 Interacciones farmacológicas

Los antiepilépticos indicados en el tratamiento de la epilepsia pueden causar cambios en la cavidad bucal. Los pacientes pueden presentar xerostomía, glosodinia, gingivitis, hiperplasia gingival, además de sensación de hinchazón en la cara, labios y lengua. Algunas alteraciones sanguíneas como la trombocitopenia provocada por el valproato sódico, o leucopenia, provocada por la carbamazepina, el fenobarbital y la primidona. Estas alteraciones pueden dificultar la cicatrización de heridas intraorales principalmente y la disminución de la respuesta inmune, haciendo que la cavidad bucal pueda ser más susceptible a infecciones. ³⁴

Existen interacciones importantes entre medicamentos de uso odontológico y antiepilépticos que deben tomarse en cuenta, ya que, los medicamentos



antimicóticos como fluconazol, y antibióticos como el metronidazol y la eritromicina pueden generar un aumento en la concentración plasmática de la fenitoína, por diferencias de afinidad con el sitio de metabolización hepática.³⁴

Interacciones entre anticonvulsivos y otros medicamentos:

- Fenobarbital, primidona, fenitoína, carbamacepina, oxcarbacepina y topiramato interactúan con anticonceptivos hormonales orales y reducen su efectividad. No interactúan valproato clonacepam, clobazam, vigabatrina, gabapentina, tiagabina, levetiracetam, pregabalina y zonisamida. La lamotrigina no disminuye la efectividad de los anticonceptivos hormonales orales, pero su concentración plasmática se reduce a causa de éstos.
- El consumo controlado de alcohol aumenta la concentración sérica de fenitoína, y el alcoholismo crónico la reduce.
- Isoniazida, sulfamidas, cimetidina, cloramfenicol y omeprazol pueden aumentar la concentración sérica de fenitoína.
- Los salicilatos reducen la concentración de fenitoína y valproato.
- Isoniazida, eritromicina y antagonistas del calcio aumentan la concentración de carbamacepina.
- Los antihistamínicos pueden potencializar el efecto sedante de fenobarbital y fenitoína.
- La fenitoína, fenobarbital, primidona y carbamacepina reducen la concentración de ácido fólico, vitamina D, vitamina K, anticoagulantes orales, ciclosporina y corticoides.
- El ácido fólico reduce la concentración de fenitoína y fenobarbital.
- El fenobarbital, la primidona y la carbamazepina disminuyen la eficacia de los antidiabéticos orales.³⁹



3.4.4.1 Anestésicos locales

Antes de utilizar anestésicos locales, se recomienda una evaluación preoperatoria por parte del neurólogo responsable del paciente, principalmente en el caso de que existan alteraciones recientes en la evolución de la enfermedad. Los anticonvulsivos deben ser utilizados hasta el día del tratamiento odontológico, inclusive en las embarazadas y en los niños.⁴⁸

Los anestésicos locales pueden atravesar fácilmente la barrera hematoencefálica. Su acción farmacológica es una depresión del Sistema Nervioso Central (SNC). A concentraciones plasmáticas bajas (terapéuticas) no se han observado efectos de relevancia en el SNC. A concentraciones mayores (tóxicas, sobredosis), la manifestación clínica es una convulsión generalizada tónico-clónica. Entre ambos extremos existe un amplio espectro de otros síntomas y signos.^{40,53}

Ciertos anestésicos locales (por ejemplo, la procaína, la lidocaína, la mepivacaína y la prilocaína) han mostrado propiedades antiepilépticas. Éstas aparecen a concentraciones muy inferiores a las que los mismos fármacos pueden desencadenar una actividad epiléptica.⁴⁰

La procaína, la mepivacaína y la lidocaína se han utilizado por vía intravenosa mediante ciertos estudios, para finalizar o disminuir la duración tanto de las convulsiones tonico-clónicas como de las ausencias típicas. La concentración plasmática antiepiléptica de la lidocaína (aproximadamente 0,5-4 µg/ml) es muy parecida a la de su rango cardioterapéutico. Se ha demostrado su eficacia para detener de forma transitoria la actividad convulsiva en una amplia variedad de epilepsias en la mayoría de los pacientes epilépticos humanos. Cuadro 1



Concentraciones plasmáticas antiepilépticas de la lidocaína	
Situación clínica	Concentración plasmática de lidocaína (µg/ml)
Concentración antiepiléptica	0,5-4
Signos y síntomas preconvulsivos	4,5-7
Convulsión tónico-clónica	>7,5

Cuadro 1. Concentraciones plasmáticas antiepilépticas y epilépticas de la lidocaína. ⁴⁰

Ha resultado eficaz sobre todo para interrumpir el estado epiléptico a dosis terapéuticas de 2-3 mg/kg cuando se administra a un ritmo de 40-50 mg/min. ⁴⁰

Mecanismo de las propiedades antiepilépticas. Los pacientes epilépticos poseen neuronas corticales hiperexcitables en una zona específica del cerebro donde se inicia el episodio convulsivo (denominado foco epiléptico). Los anestésicos locales mediante su acción depresora del SNC, elevan el umbral epiléptico al reducir la excitabilidad de dichas neuronas, lo que evita o finaliza las convulsiones.

Síntomas y signos convulsivos. Los efectos adversos pueden observarse cuando las concentraciones plasmáticas de anestésicos locales aumentan por encima de su valor terapéutico. Como el SNC es mucho más sensible a las acciones de los anestésicos locales que otros sistemas, los síntomas y signos clínicos de sobredosis iniciales (toxicidad) tienen su origen en el SNC. Con lidocaína esta segunda fase se observa a una concentración de 4,5-7 µg/ml Cuadro 1. Los síntomas y signos clínicos iniciales de la toxicidad del SNC suelen tener naturaleza epiléptica. Cuadro 2



Síntomas y signos preconvulsivos de la toxicidad del SNC	
Signos (detectables objetivamente)	Síntomas (percibidos subjetivamente)
<ul style="list-style-type: none">• Disartria• Tiritona• Espasmos musculares• Temblor de los músculos, de la cara y de las extremidades distales.• Mareos generalizados• Vértigo• Trastornos visuales (incapacidad para enfocar)• Trastornos auditivos (acúfenos)• Somnolencia• Desorientación	<ul style="list-style-type: none">• Entumecimiento de la lengua y la región peribucal• Calor y rubor en la piel• Estados de ensoñación agradables

Cuadro 2. Síntomas y signos preconvulsivos de la toxicidad del sistema nervioso central. ⁴⁰

Todos estos síntomas y signos, salvo el de la sensación de entumecimiento peribucal y lingual, están relacionados con la acción depresora del anestésico local sobre el SNC. El adormecimiento de la lengua y de las regiones peribucales no se debe a los efectos de los anestésicos locales sobre el SNC, más bien es consecuencia de la acción anestésica directa del fármaco, que está presente en tejidos muy vascularizados, sobre las terminaciones nerviosas libres.



Fase convulsiva. Si siguen aumentando las concentraciones plasmáticas del anestésico local, aparecen síntomas y signos compatibles con un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado. La duración de la actividad epiléptica está relacionada con la concentración plasmática del anestésico local, y está inversamente relacionada con el valor de la presión parcial del dióxido de carbono (pCO_2) arterial. Con una pCO_2 normal y un valor plasmático de lidocaína de 7,5-10 $\mu g/ml$ suele desarrollarse un episodio convulsivo.⁴⁰

Con base en la información anterior, se puede concluir que al momento en el que un paciente llegue a la consulta odontológica, se deberá tener precaución y ajustar dosis máxima de anestésico local, independientemente de si éste presenta o no otros problemas de salud, para disminuir el riesgo de crisis. Cuadro 3

Fármaco empleado en odontología	Fármaco con el que interacciona	Consideración	Acción
Anestésicos locales (AL)	Depresores del SNC: alcohol, antidepresivos, antihistamínicos, benzodiazepinas.	Posible efecto depresor respiratorio o del SNC	Considere reducir la dosis máxima de AL.

Cuadro 3. Interacciones farmacológicas con los anestésicos locales.³⁹

Por lo tanto, al momento en el que el Cirujano Dentista complete una exploración física y dental detallada se podrá determinar el riesgo médico del paciente al ser anestesiado. Enseguida se presenta un cuadro que contiene el sistema de clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA), la cual ayudará a determinar si el paciente puede ser intervenido dependiendo su estado actual de epilepsia. Cuadro 4

4



ASA	Definición	Ejemplo	Recomendaciones sobre el tratamiento
1	Paciente sano	-	Ninguna precaución especial
2	Paciente con enfermedad sistémica leve	Embarazo, diabetes tipo 2 bien controlada, epilepsia controlada , asma, disfunción tiroidea, PA 140-159/90-94 mmHg	Se puede realizar tratamiento selectivo; considere modificar el tratamiento
3	Paciente con enfermedad sistémica grave, que limita la actividad, pero no es invalidante	Angina de pecho estable, >6 meses tras infarto de miocardio, >6 meses tras ACV, asma inducida por ejercicio, diabetes tipo 1 (controlada), epilepsia (no bien controlada) , disfunción tiroidea sintomática, PA 160-199/95-144 mmHg	Se puede realizar tratamiento selectivo; considere seriamente modificar el tratamiento
4	Paciente con enfermedad sistémica invalidante que supone una amenaza vital constante	Angina de pecho inestable, <6 meses tras un infarto al miocardio, convulsiones no controladas , PA >200/>115 mmHg	El tratamiento selectivo está contraindicado; tratamiento urgente; no invasivo (p. ej., farmacológico) o en un entorno controlado
5	Paciente moribundo con una expectativa de vida de <24 horas sin intervención	Cáncer terminal, enfermedad infecciosa terminal, enfermedad cardiovascular terminal, disfunción hepática terminal	Cuidados paliativos

Cuadro 4. Sistema de clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA).⁴⁰

Si se habla de un paciente con epilepsia no controlada o convulsiones no controladas, lo recomendable es realizar una interconsulta con el neurólogo para recibir el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Mientras tanto, se puede realizar un tratamiento odontológico de urgencia no invasivo o incluso con ayuda de fármacos (antibióticos y/o analgésicos). No se recomienda el uso de anestesia local.⁴⁰



Con respecto a los vasoconstrictores, a dosis terapéuticas habituales no son estimulantes potentes del SNC. Los efectos estimulantes sobre el SNC aparecen cuando se administra una dosis excesiva. La única contraindicación sería en caso de que el paciente tome antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la amino oxidasa o fenotiazinas, ya que pueden provocar arritmias cardíacas. ⁴⁰

La dosis calculada del anestésico (según el peso corporal) debe reducirse en todos los pacientes de riesgo. Por desgracia, no existe ninguna fórmula que pueda ser útil para determinar el grado de reducción de la dosis para un paciente determinado, en este caso, para un paciente epiléptico. ⁴⁰

Sin embargo, en el siguiente cuadro se mencionan las dosis máximas recomendadas (DMR) de los anestésicos locales disponibles en Norteamérica, lo que puede ser útil para tener un parámetro de las cantidades mínimas a partir de las máximas. y que exista un menor riesgo de desarrollar una crisis convulsiva en un paciente epiléptico. Cuadro 5

Anestésico local	DMR del fabricante y	de la FDA
	mg/kg	DMR (mg)
Articaína		
Con vasoconstrictor	7,0	No referida
Bupivacaína		
Con vasoconstrictor	No referida	90
Con vasoconstrictor (Canadá)	2,0	90
Lidocaína		
Con vasoconstrictor	7,0	500
Mepivacaína		
Sin vasoconstrictor	6,6	400
Con vasoconstrictor	6,6	400
Prilocaina		
Sin vasoconstrictor	8,0	600
Con vasoconstrictor	8,0	600

Cuadro 5. Dosis máximas recomendadas (DMR) de los anestésicos locales disponibles en Norteamérica. ⁴⁰



3.4.4.2 Medicamentos que se deben usar con precaución en pacientes epilépticos

Existen ciertos medicamentos que también deberán administrarse en dosis terapéuticas y con precaución, debido a que pueden presentar un riesgo de crisis en el paciente u otros efectos al combinarlos con antiepilépticos. El siguiente cuadro menciona éstos medicamentos. ¹ Cuadro 6

Familia de medicamento	Medicamento
Antibióticos	Imipenem, meropenem, Eritromicina, Ciprofloxacina, Penicilina G, Amoxicilina y Clindamicina
Antivirales	Aciclovir, ganciclovir
Antifímicos	Isoniazida
Anestésicos y analgésicos	Meperidina, tramadol, anestésicos locales (en altas dosis).
Antihistamínicos de primera generación	Cloropiramina, clorfenamina.
Intoxicación o privación de:	Alcohol
Drogas ilícitas	Cocaína, fenilciclidina, anfetaminas

Cuadro 6. Medicamentos que se deben usar con precaución en pacientes con epilepsia. ¹

3.5 ¿Qué hacer durante una crisis convulsiva en el consultorio dental?

- Durante la consulta odontológica siempre se debe estar preparado en caso de presentarse una crisis convulsiva, y se debe planear previamente un protocolo para saber cómo reaccionar de una manera inmediata y oportuna, el Cirujano Dentista y todo el personal

que se encuentre con él/ella debe, por lo menos, tener conocimientos en soporte vital básico. ³⁴ Figura 13



Figura 13. Guía de soporte vital básico. ⁴¹

- Esta planificación debe designar quién debe ponerse en contacto con los servicios médicos de emergencia en caso de que la situación se complique.
- Es importante mantener la calma: se debe tener el mando para controlar la situación y de esa manera transmitir seguridad al paciente y al equipo de trabajo.
- Conocer el equipo de urgencia, el manejo de los diferentes medicamentos y mantenerlos accesibles; se recomienda contar en el consultorio con un botiquín y ciertos instrumentos que ayudarán a tomar signos vitales como el estetoscopio, esfigomanómetro, oxímetro y reloj de pared con segundero.

- También se debe contar con dispositivos de oxígeno suplementario como una cánula nasal, mascarilla nasal con reservorio de oxígeno o campana nasal.
- Hay que realizar un diagnóstico temprano al momento del primer signo o síntoma que presente el paciente. El profesional de salud bucal debe estar vigilando minuto a minuto dicha respuesta y de acuerdo con la evolución, tomar decisiones al respecto. ⁴²
- Es muy importante mantener comunicación constante con el paciente y en caso de presentarse el aura de una crisis convulsiva, el paciente lo comunique inmediatamente, a partir de este momento se debe detener la consulta odontológica. ⁴³ Figura 14



Figura 14. Definición de aura. ⁴⁴

- Si se ha presentado ya la crisis, se debe retirar instrumentos y materiales u objetos, se debe despejar las vías aéreas por completo de cualquier instrumental, dique de hule, aditamentos, entre otros.

33, 34

- Se debe colocar el sillón en una posición cómoda y supina lo más cercana al suelo o en el suelo si es necesario, orientar al paciente de lado para favorecer el paso de la saliva y evitar que pueda ahogarse. Figura 15.
- Evitar que se golpee la cabeza o extremidades se puede apoyar colocando almohadones o detener suavemente la cabeza. ^{33, 34}

Figura 15

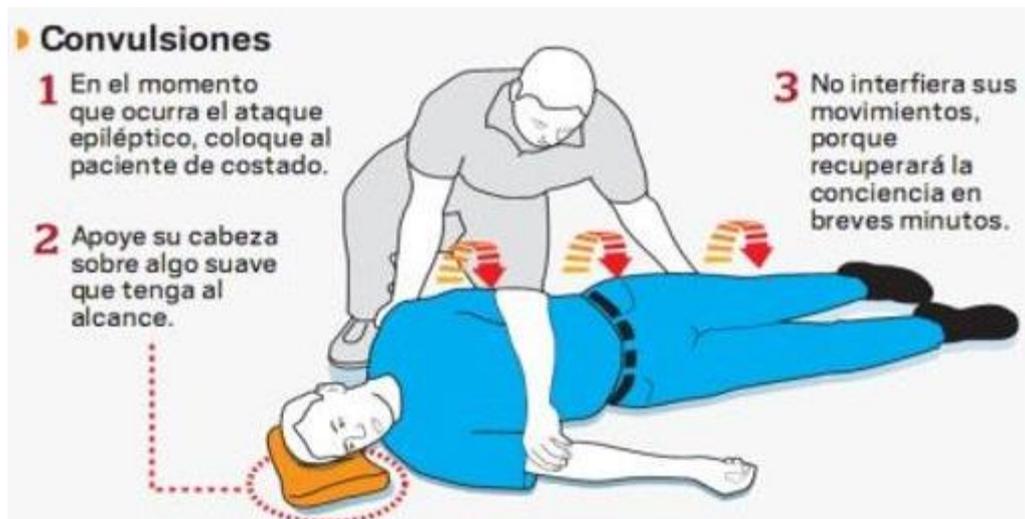


Figura 15. Posición que se debe dar al paciente en caso de crisis convulsiva. ⁴⁵

- No interferir en sus movimientos, es decir, no se debe tratar de sujetar al paciente.
- Tomar el tiempo de la crisis y vigilar los signos vitales.
- En caso de no ser posible, llamar inmediatamente a los números de emergencia, así como, en el momento en que observemos que la crisis continúa por más de 3 minutos o si el paciente muestra signos de asfixia. Se recomienda contar en el consultorio con oxígeno en caso de que la crisis se prolongue más de 5 minutos y aun no llegue ayuda médica, ya que se debe administrar el oxígeno con mascarilla.

34

Protocolo de colocación de oxígeno:

1. Primero se debe realizar un lavado de manos (según recomendaciones del Servicio de Control de Infecciones) Informar al paciente y/o familiar del procedimiento.
2. Se coloca la tubuladura a la fuente de oxígeno y al sistema de humidificación.
3. Se procede a graduar los litros de oxígeno que requiere el paciente de acuerdo las indicaciones medicas de FIO₂, recordar que el flujo y el color del regulador de flujo de la máscara depende de cada fabricante.
4. Posteriormente hay que verificar la permeabilidad de las narinas y fauces y se coloca la máscara oro-nasal al paciente.
5. Rotular colocando fecha y horario de colocación.
6. Registrar los signos vitales: saturación, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca.
7. Valorar la tolerancia al procedimiento. ⁴⁶ Figura 16

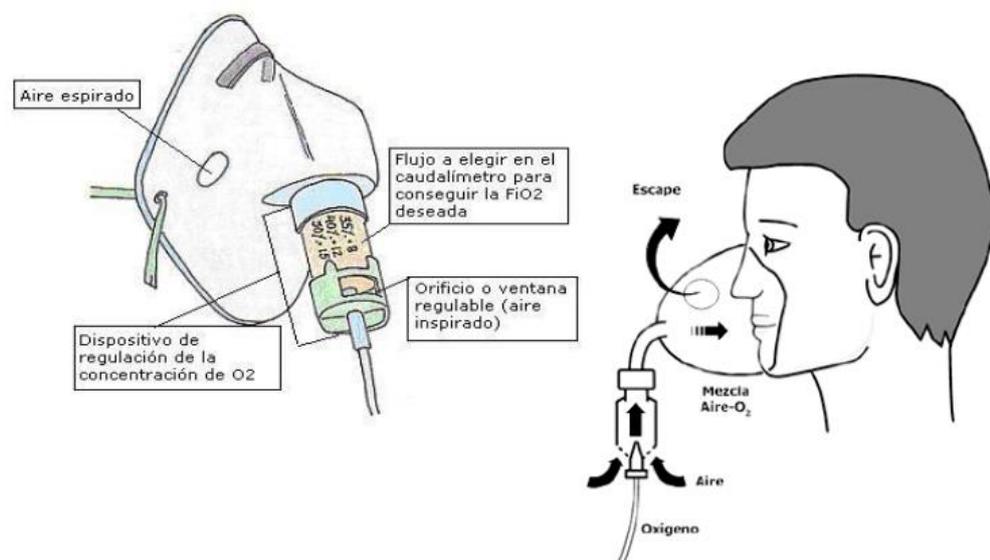


Figura 16. Esquema de colocación de la mascarilla de oxígeno. ⁴⁶

En caso de que la crisis convulsiva llegue a durar más de 5 minutos y aún no llegue ayuda médica será importante que el Cirujano Dentista utilice las



técnicas avanzadas, siempre y cuando se esté capacitado y se tenga el equipo adecuado para hacerlo. En este escenario, se deben continuar vigilando de signos vitales mientras se realiza punción venosa. Una vez que se realizó el acceso intravenoso, se puede llevar a cabo la administración de la medicación anticonvulsiva que es altamente eficaz, únicamente como tratamiento de urgencia. Las benzodiazepinas son fármacos de elección para el tratamiento de emergencia de las convulsiones. Lorazepam, Diazepam y Midazolam son opciones aceptables para la administración. La dosis de Lorazepam (Activian) 0.1 mg/kg a ritmo de 2 mg/min vía IV o IM o Diazepam (Valium) 0.2 mg/kg a ritmo de 5 mg/min. ^{33, 34}

3.5.1 Aspectos por considerar después de una crisis

- Una vez que la crisis epiléptica haya cesado se debe comprobar que el paciente se haya recuperado totalmente y si es posible, examinarle para verificar posibles lesiones.
- Verificar que pueda respirar adecuadamente, que se encuentre consciente y con buena orientación.
- El Cirujano Dentista puede realizar un examen bucal a fondo para comprobar si hay trauma.
- En ninguna circunstancia se debe permitir que el paciente abandone la consulta si no ha recuperado la conciencia totalmente y de preferencia que abandone la consulta acompañada.
- Se debe considerar si existen factores de riesgo para una segunda crisis.
- Se debe valorar si la persona puede conducir un automóvil.
- Es importante valorar ciertos criterios de derivación hospitalaria urgente; cuando ha existido una autolesión grave, dificultad respiratoria, embarazo, aparición de una segunda crisis sin recuperación de la conciencia después de la primera, crisis anormal o desacostumbrada. ⁴⁷



CONCLUSIONES

La epilepsia es una enfermedad que puede provocar un riesgo elevado de lesiones físicas, así como, efectos en la salud bucal y como consecuencia, una mala calidad de vida.

Debido a ésto el Cirujano Dentista, debe contar con los conocimientos generales sobre la epilepsia, para brindar a estos pacientes la atención odontológica adecuada. Hay que recordar que se debe realizar cualquier tratamiento odontológico en un paciente epiléptico siempre y cuando se cuente con una historia clínica completa y una interconsulta con su neurólogo.

Hay que conocer el tipo de crisis epiléptica que presenta el paciente; la frecuencia, la duración de ésta y si logra reconocer un aura o circunstancias que la determinen, así como, estar informado de que el paciente tome sus medicamentos para considerarlo un paciente controlado.

Es recomendable realizar el tratamiento odontológico con un plan de trabajo bien planeado, que sea rápido y eficaz y se debe llevar a cabo una buena técnica de anestesia para evitar que el paciente se someta a estrés y que pueda generar una crisis, recordando que los anestésicos locales en dosis bajas no son un peligro a la salud del paciente con epilepsia, siempre y cuando esté controlado.

Es importante recordar que no existe un anestésico local específico para este tipo de pacientes; sin embargo, la lidocaína, mepivacaína y prilocaína han demostrado tener propiedades antiepilépticas, por lo que se puede elegir entre éstos, dependiendo el tiempo de trabajo que se necesite y el tipo de procedimiento al que se vaya a someter al paciente. Sea cual sea el anestésico elegido, debe utilizarse a dosis muy bajas.



Así mismo, tendrá que estar capacitado si acaso se presenta una crisis epiléptica en la consulta odontológica, para que pueda brindar al paciente la ayuda pertinente; siempre debe haber comunicación con el paciente, en caso de que sienta un aura, se debe retirar lo más pronto posible todos los instrumentos y/o aditamentos que se encuentren en boca o cerca de él, bajar el sillón dental lo más cercano al suelo y colocarlo en posición supina para dirigir al paciente de lado. Si la crisis epiléptica dura más del tiempo de lo que suele durar normalmente, se debe llamar inmediatamente a los servicios de emergencia y mientras eso sucede, se puede utilizar tratamiento de urgencia.

La importancia del Cirujano Dentista como promotor de la salud es transmitir el conocimiento para prevenir efectos adversos durante la consulta odontológica. Para ello, debe saber evaluar a un paciente, así como ofrecerle un tratamiento integral y de calidad donde promueva recomendaciones al paciente para disminuir el riesgo de una crisis epiléptica en el consultorio dental, así como, de higiene bucal, como lo son; técnica de cepillado y aditamentos que ayudarán a un buen control periodontal, debido a que estos pacientes son más susceptibles a hiperplasia gingival.

Para esto, se pueden utilizar recursos didácticos que ayuden tanto al paciente, familiares o cuidadores a atender dichas indicaciones antes, durante y después de consulta odontológica. Dichos recursos deben ser llamativos y fáciles de entender, recordando que en la actualidad existen muchos medios de información gracias a la tecnología, sin embargo, no todas las personas utilizan las redes sociales, internet o no tienen acceso a ellas. Por lo tanto, existen recursos como folletos, carteles o infografías que permiten que dicha información sea integrada en un medio visual y llamativo para las personas, los cuales pueden utilizarse tanto en forma digital como física.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sentíes H. Epilepsia [Internet]. 2017 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. [citado el 12 septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/epilepsia.pdf>
2. Herrera O, Toledo A. Neuroinflamación y epilepsia. Rev. Esp. En Cienc. Quím. Biol. [Internet]. 2016. [citado el 12 de septiembre de 2022]; 19 (1): 24-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-tip-revista-especializada-ciencias-quimico-biologicas-93-articulo-neuroinflamacion-y-epilepsia-S1405888X16000048>
3. Epilepsia. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2022 [citado el 12 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy#:~:text=La%20epilepsia%20es%20una%20enfermedad,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos.>
4. Figueroa-Duarte A. Cambpbell- Araujo O. La visión de la epilepsia a través de la historia la historia. Bol Clin Hosp Infant Edo [Internet] 2015 [citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis152f.pdf>
5. Ana Vázquez Fundación. [Internet]. 2009. [Citado el 14 de septiembre de 2022]. Disponible e: <https://fundacionannavazquez.wordpress.com/manifiesto/>
6. Quintero M. Identifican el área del cerebro responsable de que pacientes esquizofrénicos escuchen voces. Teckrispy. [Internet]. 2017. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.tekcrispy.com/2017/09/05/cerebro-esquizofrenia-alucinacion-auditiva/>



7. Fresno, et al. Valoración y manejo de las taquicardias en urgencias. [Internet]. 2011. [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/valoracion-manejo-taquicardias-urgencia-fresno-2011>
8. Síncope. Empendium. [Internet]. 2021. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/compendio/chapter/B34.III.23.2.1>.
9. Irureta A. Epilepsias: Conocimiento para el odontólogo. Salud Dental Para Todos. [Internet]. [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sdpt.net/par/epilepsias.htm#Enfoque%20odontol%C3%B3gico%20del%20paciente%20con%20convulsiones>.
10. Sharon MD, Prisca R, Bauer MD, PhD Erik W, et al. Diferenciando los fenómenos motores en el síncope posicional inducido y en las crisis convulsivas. Rev. Neurol. [Internet]. 2018. [citado el 20 de septiembre de 2022]. 90 (15); Disponible en: https://n.neurology.org/content/neurology/suppl/2018/10/01/WNL.00000000005301.DC1/shmuely_e1339.pdf
11. SEN Grupo de Epilepsia. Capítulo 6. Diagnóstico diferencial de la epilepsia en el niño y el adulto. [Internet]. 2019. [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://epilepsia.sen.es/?p=24>
12. Tratamiento quirúrgico en la epilepsia. Ápice. [Internet]. 2019. [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.apiceepilepsia.org/tratamiento-quirurgico-en-la-epilepsia/>
13. Bender del Busto J, Hernández L. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022]; 16(6): 912-926. Disponible en:



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600008&lng=es)

14. Palacios L. EPILEPSIA. Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet]. 1999 citado el 21 de septiembre de 2022]; 28(2): 146-156. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74501999000200007&lng=en.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74501999000200007&lng=en)
15. Guzmán R., Castro JM., Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. [Internet]. 2011 México: McGraw-Hill Interamericana; [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliodgbmhe/detail.action?docID=3214383>
16. Fleites E J, Fe de la Mella S, Gómez. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. Mediceletrónica [Internet]. 2017 [citado 19 de octubre de 2022]; 21(2): 101-111. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es)
17. López-Fernández L, Solar O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gac Sanit [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022]; 31(6):443-445. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000600001&lng=es
18. Definición de salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado, ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.](https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado, ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB)
19. Cuenca E. Control de biopelículas orales. Odontología preventiva y comunitaria; principios, métodos y aplicaciones. [Internet] España: Elsevier; 2013. 4ta Ed. pp. 81-84. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en:



<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/reader.action?docID=1746349>

20. Rosas M, Mora I. Educación para la salud. [Internet]. Ciudad de México: Pearson Educación de México; 2018 [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://bookshelf.vitalsource.com/reader/books/9786073244282/pageid/5>
21. De la Fuente J, Sifuentes MC, Nieto ME. Promoción y educación para la salud en odontología. [Internet] México: Editorial El Manual moderno; 2014. [citado el 21 de octubre de 2022]. Disponible en: file:///C:/Users/MARCO%20ANTONIO/Downloads/l_promoci%C3%B3n_y_educaci%C3%B3n_para_la_salud_en_odontolog%C3%ADa.pdf
22. G. Recursos educativos didácticos en el proceso enseñanza aprendizaje. Cuad. Hosp. Clín. [Internet]. 2017 [citado 04 de octubre de 2022]; 58(1): 68-74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000100011&lng=es
23. Promoción de nuevos títulos y exposiciones de libros y revistas. [Internet]. Campeche: 2020. [citado 04 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.mexicoescultura.com/actividad/233100/promocion-de-nuevos-titulos-y-exposiciones-de-libros-y-revistas.html>
24. Material didáctico audiovisual. [Internet]. Google sites. [citado 04 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sites.google.com/site/materialdidacticoaudiovisual/home/tipos-de-materiales-audiovisuales-educativos>
25. Santana M. Tecnología de Información y Comunicación. [Internet]. [citado 04 de octubre de 2022]. Disponible en:



<https://www.sutori.com/es/historia/tecnologia-de-informacion-y-comunicacion--VF7ekneUMQQ88jpgwL3k5eie>

26. Álvarez ME. Recursos y materiales didácticos digitales. [Internet] Guatemala: 2021. [citado 22 de octubre de 22]. Disponible en: <https://diged.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2021/03/Diplomado-actualizacio%CC%81n-docente-marzo-2021-.pdf>
27. Minervini MA. La infografía como recurso didáctico. [Internet]. Rev. Lat. De Com. Soc. [Internet]. 2005 [citado el 22 de octubre de 2022];8 (59). Disponible en: <https://www.revistalatinacs.org/200506minervini.pdf>
28. Herrera S. 10 pasos para elaborar una Infografía. Index Enferm [Internet]. 2019 [citado 20 de octubre de 2022]; 28(3): 138-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000200010&lng=es. Epub 13-Jul-2020.
29. Martínez H. Manejo del paciente epiléptico en la consulta odontológica: Revisión actualizada de la literatura [Internet]. 2015 Actaodontologica.com. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/2/art-15/>
30. Reyes JF, Nguyen R. Lesiones, accidentes y mortalidad en epilepsia: Una revisión de sus prevalencias, factores de riesgo y prevención. Rev De Inv Clín. [Internet]. 2010 [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105l.pdf>
31. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont. [Internet]. 2016; 29 (2): 52-54. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>
32. BM, Manson JD, Soory M. Prevención de la enfermedad periodontal. Periodoncia. [Internet] Barcelona: Elsevier; 2011. pp.



154-156. 6ta Ed. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en:

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/reader.action?docID=1722735>

33. Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. [Internet] El manual moderno. México: 2015. 3ra ed. [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://eds-s-ebsohost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/detail/detail?vid=18&sid=a1a7b030-e216-4fab-9cfe-601bba90e55f%40redis&bdata=Jmxhbm90ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=lib.MX001001701853&db=cat02025a>
34. Custodio GM. Manejo endodóntico del paciente epiléptico: reporte de caso [Internet]. 2015 [citado el 29 septiembre de 2022]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49149/MANEJO%20ENDODONTICO%20DEL%20PACIENTE%20EPILEPTICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Salinas D. Atención odontológica de pacientes con Epilepsia [Internet]. 2017 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://fci.uib.es/digitalAssets/178/178158_4.pdf
36. Manzur I, Díaz IA, Manzur D, Díaz AJ. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. Univ. Salud. [Internet]. 2018. [citado el 03 de octubre de 2022]; 20 (1): 89-96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00089.pdf>
37. Vázquez S. Efectos farmacoinducidos en la cavidad oral. Salud. Milit. [Internet]. 1998. [citado el 03 de octubre de 2022]: 20 (1). Disponible en: https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/1998_67-77-odontologia-efectos-farma.pdf?timestamp=20180425162533



38. Pérez MP, Vargas AP. Manual de procedimientos de la clínica de periodontología. UNAM. [Internet] 2015. [citado el 03 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/sites/default/files/inline-files/Periodontologia.pdf>
39. Meca V, Viviancos J. Fármacos antiepilépticos. [Internet] Madrid: 2009. [citado el 03 de octubre de 2022] 8 (6); Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1578155009730116&r=8>
40. Stanley FM. Manual de anestesia local. [Internet] Elsevier. España: 2013. 6ta ed. [citado el 06 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://eds-p-ebSCOhost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/detail/detail?vid=2&sid=a53ec27d-1ac2-4f43-83b1-f41f444a1761%40redis&bdata=Jmxhbmc9ZXMMc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=lib.MX001001670897&db=cat02025a>
41. Guía de soporte vital básico: pasos a seguir. Coach RCP. [Internet]. [citado el 06 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://serviciocardioproteccion.com/guia-soporte-vital-basico/>
42. Gutiérrez LP, Rivera SG, Martínez MHR. Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental. Rev ADM. [Internet]. 2012;69(5):208-213. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37836>
43. Mulatinho M, Araújo E, Evaristo P. Epilepsia y Anestesia Rev Bras Anesthesiol [Internet]. 2011 [citado el 07 de octubre de 2022] disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/Vbn6JMDKWgRFT6fpSxgC8mp/?format=pdf&lang=es>



44. Payan C, Lira C. Vivir la sexualidad con epilepsia. La Jornada. [Internet]. 2011. [citado el 07 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2011/05/05/ls-lacontra.html>
45. Webdental.cl. Odontología y epilepsia: ¿Cómo abordar a nuestros pacientes? [Internet]. Chile: 2017. [citado el 07 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://webdental.cl/odontologia/odontologia-y-epilepsia-como-abordar-a-nuestros-pacientes/>
46. Moyano N, Tarcalla M, Fernández L. Protocolo de administración de oxígeno. Hospital Español de Mendoza: Infectología. [Internet]. [citado el 07 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.hespanol.com.ar/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO_DE_ADMINISTRACION_DE_OXIGENO.pdf
47. Jiménez L, Montero FJ. Medicina de urgencias y emergencias: Guía diagnóstica y protocolos de actuación. [Internet] España: Elsevier; 2014. 5ta Ed. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cardiologiamedicinaumsa.files.wordpress.com/2018/05/medicina-de-urgencias-y-emergencias-guc3ada-diagnc3b3stica-y-protocolos-de-actuac3b3n-4-ed-luis-jimc3a9nez-murillo-f-javier-montero-pc3a9rez.pdf>
48. Sierra K, Miñaca D, Galarza I. Consideraciones prácticas sobre epilepsia y el manejo anestésico Rev Eug Esp [Internet] 2016 [citado el 10 de octubre de 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572860981010/html/>
49. Aguirre L, De Leon-Benedetti A. Perspectivas en el abordaje farmacológico de la Epilepsia: una revisión extensa de la farmacoterapia. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2019 [citado el 10 de octubre de 2022]; 28(3): 59-67. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000300059&lng=es



50. Auvin MD. Antiepilépticos [Internet]. Elsevier. 2014 [citado el 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S124517891467013X>
51. Consalvo DE, Fontela ME, Papayannis CE, Romano LM, Saidón PC. Actualización de las guías para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos. Rev. Neurol, Argent. [Internet]. 2013. [citado el 24 de octubre de 2022]. 5 (3); Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-actualizacion-guias-el-tratamiento-farmacologico-S1853002813000335>
52. Browne T, Holmes G. Manual de epilepsia. [Internet]. 2009. 4ta Ed. [citado el 28 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://ovidsp.com.pbidi.unam.mx:2443/discover/result?logSearchID=93148617&pubid=1070-ovid-esp%3A9788496921306>
53. Convulsiones por fármacos. Alerta de farmacovigilancia. [Internet] Sevilla: 2017. [citado el 28 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cafv.es/wp-content/uploads/2018/04/b57.pdf>

ANEXOS

RECOMENDACIONES **al paciente** con epilepsia ANTE UNA CONSULTA ODONTOLÓGICA



Antes de la consulta:

- Dormir como mínimo 8 horas
- Comer bien
- Evitar situaciones estresantes
- Asistir a revisión con el neurólogo

- Tomar sus medicamentos
- Llevar una bitácora con el registro; número, duración, horario y gravedad de las crisis epilépticas
- Pedir a alguien que le acompañe a la consulta





Durante la consulta:

- Describir todos los antecedentes e información con respecto a la enfermedad en curso
- Informar los medicamentos que toma

• Comunicar los factores que desencadenan las crisis

• Avisar si siente un aura



Después de la consulta

- Técnica de cepillado recomendada por su dentista
- Uso de hilo dental
- Uso de clorhexidina al 0.12%
- Uso de saliva artificial
- Asistir a consulta odontológica cada 3 meses



REFERENCIAS:

Bender del Busto J, Hernández L. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. Artículo de revisión. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022]; 16(6): 912-926. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X201700060000&lng=es.

Castellanos J, Díaz LM, Lee EA. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. [Internet] El manual moderno. México: 2015. 3ra ed. [citado el 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://eds-e-ebcohost-com.gbid.unam.mx:2443/eds/detail/detail?vid=18&sid=11a7b030-e216-4fab-9cfe-601bba90e55%40redis&bdata=jmxbmc%2XMMC2I0ZT1IZHMtGIZZQ%3d%3d#AN-lib.MX001001701853&db=cato2025a>

¿QUÉ HACER EN CASO DE UNA CRISIS CONVULSIVA EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA?



- En caso de que se presente un aura, detener la consulta inmediatamente.
- Mantener permeable la vía aérea (retirar instrumentos).
- Orientar al paciente de lado para favorecer el flujo salival.



- Tomar el tiempo de la crisis y vigilar signos vitales.
- Llamar a los números de emergencia en caso de que la crisis dure más de 3 min.



- En caso de asfixia, se puede administrar oxígeno con mascarilla de acuerdo a las indicaciones médicas de FIO₂.



- En caso de que la crisis persista por más de 5 min. se puede utilizar medicamento intravenoso o intramuscular.
- Lorazepam 0.1 mg/kg a ritmo 2 mg/min.
- Diazepam 0.2 mg /kg a ritmo de 5mg/min.

- Una vez que la crisis haya cesado, se debe comprobar la recuperación del paciente.
- Valorar criterios de derivación hospitalaria urgente en caso de autolesión grave, dificultad respiratoria, embarazo, crisis desacompañada.
- El paciente debe retirarse acompañado.



Referencias:

- Gutiérrez LP, Rivera SG, Martínez MHR. Importancia actual de las urgencias médicas en el consultorio dental. Rev ADM. [Internet]. 2012;69(5):208-213. [citado el 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37836>
- Castellanos JL, Diaz LM, Lee EA. Medicina en odontología: manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. [Internet] El manual moderno. México; 2015. 3ra ed. [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://eds-s-ebscobost-com.pbidi.unam.mx:2443/eds/detail/detail?vid=188&sid=a1a7b030-e216-4fab-9cfe-601bba90e55f%40redis&bdata=jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=lib.MX0010017018538.db-caa02025a>
- Custodio GM. Manejo endodóntico del paciente epiléptico: reporte de caso [Internet]. 2015 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49149/MANEJO%20ENDODONTICO%20DEL%20PACIENTE%20EPILEPTICO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>