

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA ENTRE LOS ALUMNOS DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM - 2020

Tesis presentada por la bachiller:

Guillen Catasi, Katy Yuliana

Para optar el Título Profesional de

Cirujano Dentista

Asesora:

Dra. Barriga Flores, María del Socorro

Arequipa-Perú

2020

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ODONTOLOGIA

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 18 de Octubre del 2020

Dictamen: 001774-C-EPO-2020

Visto el borrador de tesis del expediente 001774, presentado por:

2015600772 - GUILLEN CATASI KATY YULIANA

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA ENTRE LOS ALUMNOS
DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE LA UCSM - 2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0291 - TEJADA PRADELL HUGO EDILBERTO
DICTAMINADOR**



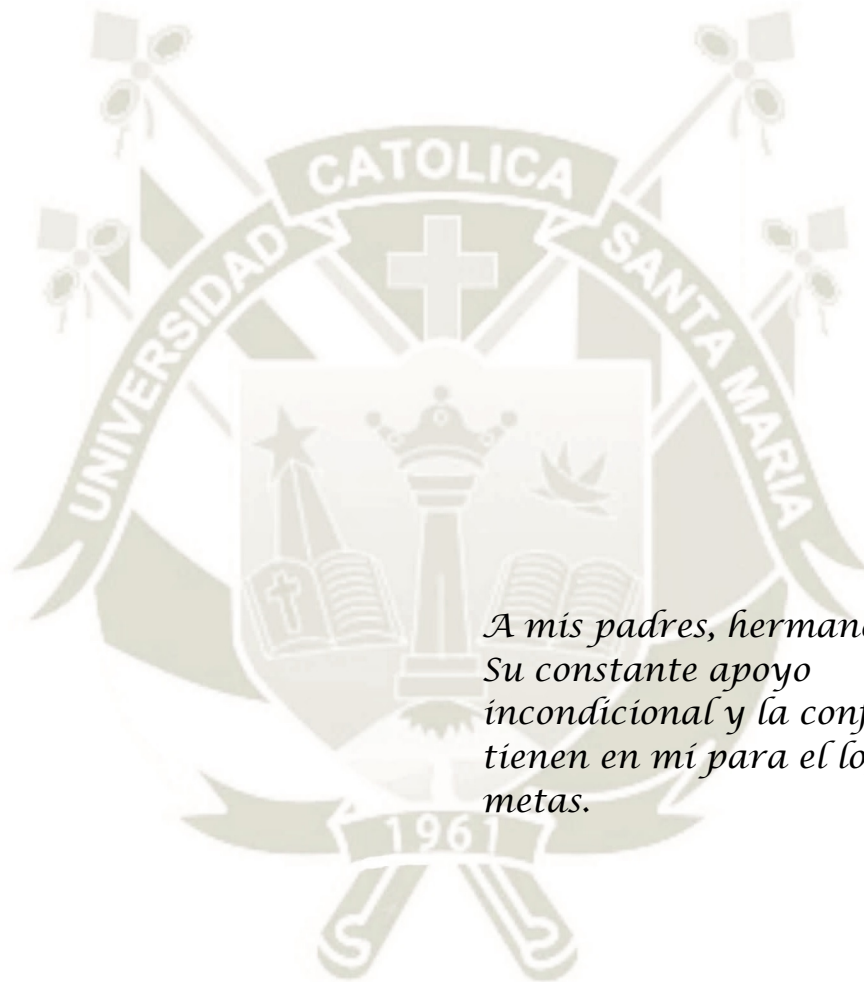
**1636 - BEGAZO BUENO JUAN ANDRES
DICTAMINADOR**



**2236 - ZEVALLOS CHAVEZ MARCO ANTONIO
DICTAMINADOR**



*A DIOS, por estar conmigo a dondequiera
que vaya, por haber creado en mí la vocación y
por permitir la culminación de esta profesión,
porque en todo momento guió mis pasos por el
Camino de la veracidad y humildad.*



*A mis padres, hermanos, por
Su constante apoyo
incondicional y la confianza que
tienen en mí para el logro de mis
metas.*

*A mis docentes, en especial a la
Dra. María Barriga Flores
Docente de la Universidad Católica de Santa María,
por los conocimientos compartidos
y su apoyo constante.*



*“Todos los triunfos nacen cuando
nos atrevemos a comenzar”
Eugene Ware*

RESUMEN

El presente trabajo de Investigación se realizó en los alumnos de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María - Arequipa. Se realizó un estudio de investigación cuantitativo descriptivo de diseño no experimental de comparación. Las variables han sido investigadas y se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario virtual. Las variables han sido investigadas y se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson con un nivel de significancia del 5%.

Esta investigación tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM, Arequipa 2020.

La población de estudio comprendió a 124 estudiantes de odontología de 4to y 5to año, que cumplieron con los criterios de inclusión, cuyos resultados fueron: el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año no presentó diferencia estadística significativa ($P > 0.05$). El 25.8% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular sobre la epilepsia; el 16.1% de los estudiantes de 5to año tienen conocimiento muy bueno sobre el tratamiento, el 35.5% de los estudiantes de 5to año tienen buen nivel de conocimiento sobre la atención al paciente.

Palabras Clave: Conocimiento de la epilepsia en odontología, pacientes con epilepsia, manejo del paciente epiléptico en odontología.

ABSTRACT

The present research work was carried in the students of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa María - Arequipa. A descriptive quantitative research study of non-experimental design of comparison was carried out. The variables have been investigated and the survey was used as the technique and the virtual questionnaire as an instrument. The variables have been investigated and Pearson's chi square statistical test was used with a significance level of 5%.

This research has determined, as a general objective, the level of knowledge of patients with epilepsy in graduates of 4th and 5th years of the UCSM School of Dentistry, Arequipa 2020.

The study population is made up of 124 dental students from 4th to 5th year, which meets the inclusion criteria, will have solid results: the level of treatment of epilepsy patients in 4th and 5th year students year will not be significant ($P > 0.05$). 25.8% of the 4th year students of the UCSM School of Dentistry have a regular level of knowledge about epilepsy; 16.1% of the 5th year students have very good knowledge about the treatment, 35.5% of the 5th year students have a good level of knowledge about patient care.

Key Words: Knowledge of epilepsy in dentistry, patients with epilepsy, management of the epileptic patient in dentistry.

INTRODUCCIÓN

La importancia que tiene manejar de manera adecuada a los pacientes epilépticos es muy grande, porque nuestros pacientes son seres integrales, que necesitan el manejo adecuado como cualquier otro, es necesario conocer y comprender cada una de las manifestaciones clínicas que presenta este paciente. El odontólogo debe de tener un conocimiento preparado sobre las manifestaciones clínicas y de urgencias que se pueda dar en un paciente con cualquier enfermedad sistémica dentro de una consulta. Se puede dar el caso en que el paciente esté bajo tratamiento médico y controlado, pero aun así se puede convertir en un paciente de alto riesgo.

Se requiere una atención especial para el paciente con epilepsia, el odontólogo debe de encargarse de hacer una historia clínica detallada, con una serie de preguntas aunque resulte largo y tedioso, para cualquier tipo de tratamiento o procedimiento dental es importante la evaluación a fondo de dicha enfermedad que padece el paciente, poniendo al día el historial en cada cita y ofreciendo seguridad al paciente.

La epilepsia es un incidente médico más común en odontología, es preciso tener conocimiento adecuado frente a pacientes con diferentes enfermedades para que no haya dificultades a la hora del tratamiento, no ampliamente porque eso ya compete a otras ramas, pero sí lo necesario porque en el día a día atendemos a diferentes personas y no sabemos que enfermedades pueden padecer. Con el presente trabajo se pretende dar realce a un tema poco tratado, pero no menos importante ya que se ve en la consulta odontológica, es por eso que el objetivo de dicha investigación es evaluar el nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente epiléptico adquirido por los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM y compararlos entre sí.

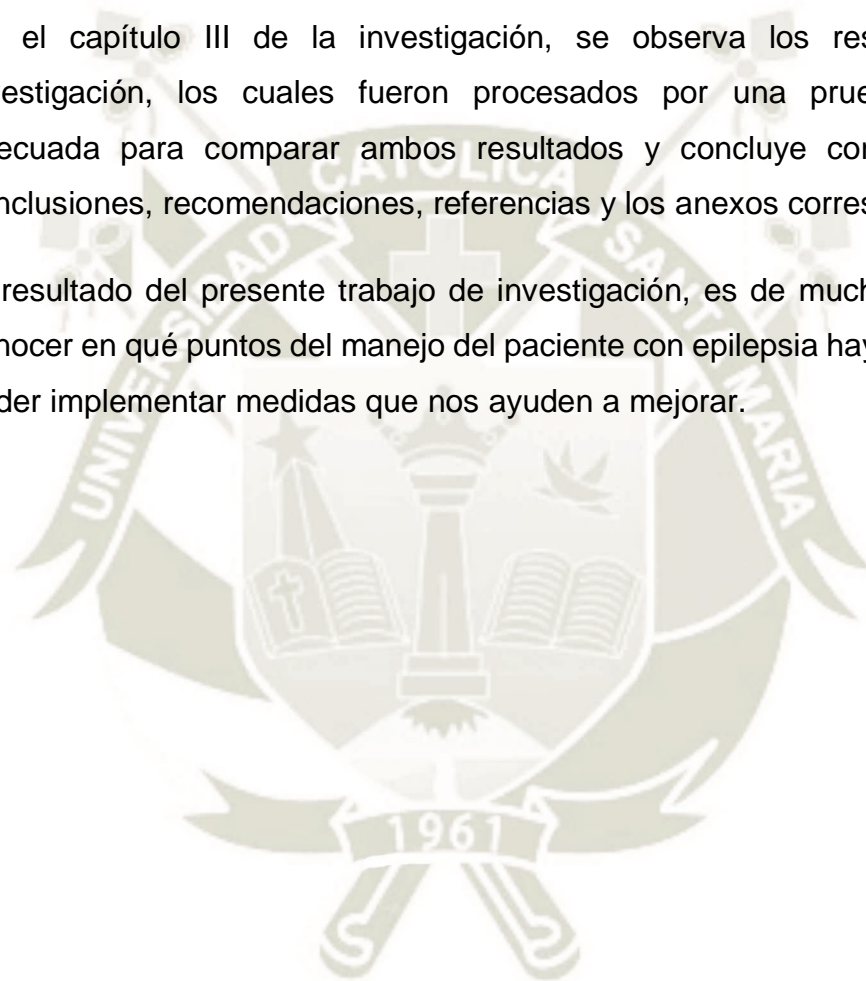
Con el objetivo planteado, el presente estudio de investigación, evaluó diferentes indicadores sobre el manejo del paciente con epilepsia, los cuales tienen mucha importancia para poder manejar de manera pronta y adecuada esta emergencia médica odontológica. Los indicadores que se establecieron fueron conocimiento de la enfermedad, tratamiento y atención al paciente.

En el capítulo I de la investigación, se aborda principalmente el planteamiento teórico del problema, los objetivos, marco teórico y la hipótesis.

En el capítulo II de la investigación, se observa el planteamiento operacional, el cual describe principalmente, la técnica de recolección de datos, bajo qué criterios de inclusión y exclusión se aplicó el instrumento y el manejo de los datos obtenidos.

En el capítulo III de la investigación, se observa los resultados de la investigación, los cuales fueron procesados por una prueba estadística adecuada para comparar ambos resultados y concluye con la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias y los anexos correspondientes.

El resultado del presente trabajo de investigación, es de mucha utilidad para conocer en qué puntos del manejo del paciente con epilepsia hay falencias y así poder implementar medidas que nos ayuden a mejorar.



ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema	2
1.2. Enunciado del problema.....	2
1.3. Descripción del problema.....	2
1.3.1. Área del conocimiento	2
1.3.2. Operacionalización de variables.....	3
1.3.3. Interrogantes Básicas	3
1.3.4. Taxonomía de la Investigación	3
1.4. Justificación	4
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Conocimiento	5
3.5.1. Crisis generalizadas.....	9
3.5.2. Crisis parciales o focales	10
3.5.3. Crisis no clasificadas.....	11
3.6. Diagnóstico de la epilepsia.....	11
3.7. Tratamiento de pacientes con epilepsia	13
3.7.2. Tratamiento de epilepsia refractaria	19
3.7.3. Tratamiento quirúrgico	20
3.7.4. Estimulación del nervio vago	20
3.7.5. Dieta cetogénica	20
3.8. Características y consideraciones bucales en pacientes con epilepsia	20
3.8.1. Riesgo cariogénico	21
3.8.2. Tendencia al sangrado bucal.....	21
3.8.3. Afección de la Mucosa oral - Hiperplasia gingival.....	21
3.8.4. Traumatismos.....	22

3.8.5.	Afección ósea	22
3.8.6.	Teratogenicidad por el uso de FAE durante la gestación	23
3.8.7.	Malformación del desarrollo y erupción dental	23
3.8.8.	Modificación de componentes salivares	23
3.8.9.	Modificación de los factores de la coagulación	23
3.9.	Manejo de pacientes epilépticos en la consulta Odontológica.....	24
3.9.1.	Historia clínica	24
3.9.2.	Preoperatorio del paciente epiléptico en la consulta odontológica	25
3.9.3.	Interacción medicamentosa	26
3.9.4.	Administración de anestesia en pacientes con epilepsia	27
3.9.5.	Manejo de una crisis convulsiva en el sillón dental.....	28
3.9.6.	Estatus epiléptico	30
3.10.	Análisis de antecedentes investigativos	31
3.10.1.	Antecedentes internacionales.....	31
3.10.2.	Antecedentes nacionales	33
4.	HIPÓTESIS	34
CAPITULO II		35
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		35
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	36
1.1.	Técnica	36
1.1.1.	Especificación	36
1.1.2.	Esquematización	36
1.1.3.	Descripción de la técnica	36
1.2.	Instrumentos	36
1.2.1.	Instrumento documental.....	36
1.2.2.	Instrumentos mecánicos	37
1.3.	Materiales de verificación.....	37
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	37
2.1.	Ubicación espacial.....	37
2.1.1.	Ámbito general:	37
2.1.2.	Ámbito Específico:	37
2.2.	Ubicación temporal.....	37
2.3.	Unidades de estudio.....	37
2.3.1.	Identificación de grupos	38
2.3.2.	Control de grupos.....	38
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38

3.1.	Organización.....	38
3.2.	Recursos.....	38
3.2.1.	Recursos humanos	38
3.2.2.	Recursos físicos	39
3.2.3.	Recursos virtuales.....	39
3.2.4.	Recursos económicos.....	39
3.2.5.	Recursos institucionales	39
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	39
4.1.	Plan de procesamiento de los datos.....	39
4.2.	Plan de análisis de datos	40
	CAPITULO III.....	41
	RESULTADOS.....	41
	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	42
	DISCUSIÓN	54
	CONCLUSIONES	56
	RECOMENDACIONES.....	57
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
	ANEXOS	61
	ANEXO N° 1: MODELO DEL INSTRUMENTO	62
	ANEXO N° 2: ESCALA DE CALIFICACIÓN.....	66
	ANEXO N° 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	67
	ANEXO N° 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

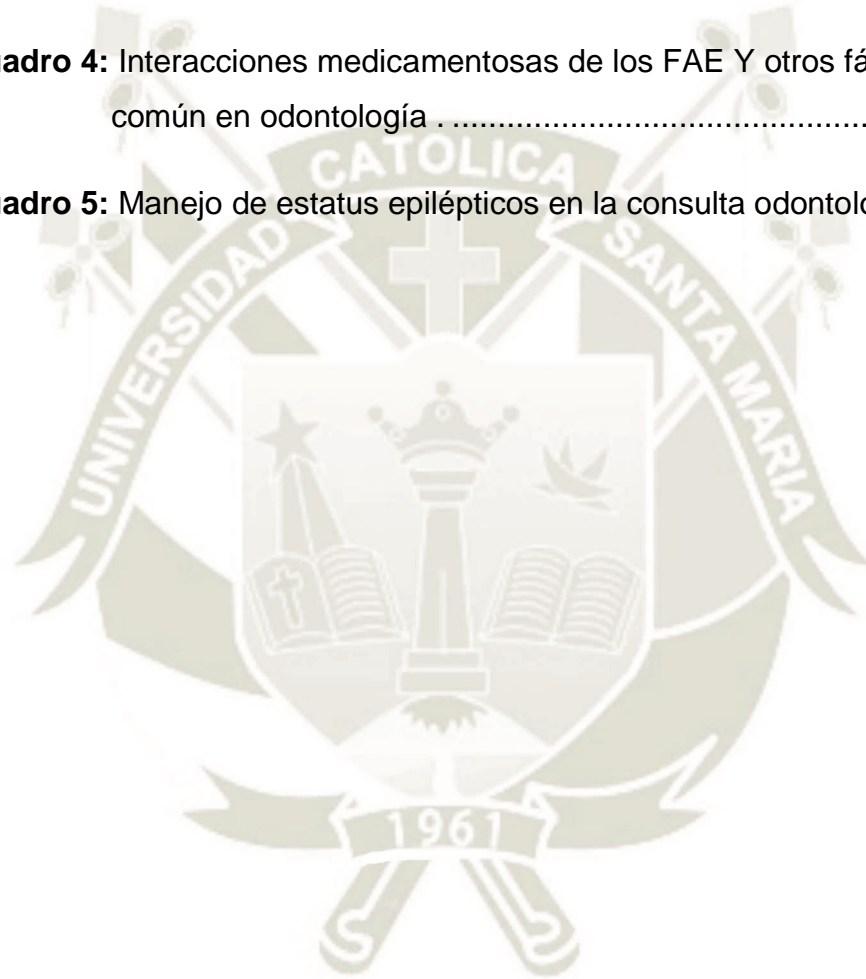
Tabla 1. SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	42
Tabla 2. EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	44
Tabla 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	47
Tabla 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	49
Tabla 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION AL PACIENTE CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	51
Tabla 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL OCTAVO Y DECIMO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	43
Gráfico 2. EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	45
Gráfico 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	47
Gráfico 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	49
Gráfico 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION AL PACIENTE CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	51
Gráfico 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020	53

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Fármaco anticonvulsivo de acuerdo con el tipo de convulsión.....	14
Cuadro 2: Historia clínica del paciente epiléptico .	24
Cuadro 3: Procedimientos preoperatorios del paciente epiléptico en la consulta odontológica	26
Cuadro 4: Interacciones medicamentosas de los FAE Y otros fármacos de uso común en odontología .	27
Cuadro 5: Manejo de estatus epilépticos en la consulta odontológica	31





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

En el día a día recurren a la clínica odontológica de la UCSM diferentes tipos de personas a las que brindamos un servicio de buena calidad y a menor costo en cuanto a los tratamientos dentales, entre esas personas algunas con discapacidades físicas o psíquicas y algunas neurodegenerativas neurológicas y psíquicas.

Una de las dificultades más comunes es la falta de conocimiento en cómo tratar a un paciente epiléptico, diagnóstico y la existencia de factores desencadenantes de las crisis epilépticas, pone en una dificultad al odontólogo y estudiante a la hora de tomar una conducta a seguir cuando sucede una crisis.

Por otra parte, no todos los pacientes presentan las mismas manifestaciones clínicas durante una crisis epiléptica, estos pacientes pueden presentar deterioro en su salud bucal, pérdida de piezas, enfermedad periodontal, tendencia al sangrado, entre otros; ya sea provocado por la ingesta de medicamentos antiepilépticos, o también por los traumatismos caudados por la crisis convulsivas, es por eso que el profesional tiene la necesidad de conocer esta enfermedad de manera integral.

1.2. Enunciado del problema

“Nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia entre los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM, Arequipa 2020”.

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Odontología
- Especialidad: Odontología Especial

- Línea: Pacientes con epilepsia

1.3.2. Operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Subindicadores
Conocimiento sobre el manejo de pacientes con epilepsia	Epilepsia	Muy bueno 18-20
	Tratamiento	Bueno 15-17
	Atención al paciente	Regular 11-14
		Malo 0-10

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia de los alumnos del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia de los alumnos del 5to año de la facultad de odontología de la UCSM?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia entre alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o poblaciones	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Comparativo	De campo	No experimental	Comparativo

1.4. Justificación

Originalidad

Este estudio es original, ya que no se han realizado investigaciones similares sobre el nivel de conocimientos sobre el manejo de esta enfermedad en los alumnos de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, ya que se pretende dar realce a un tema poco tratado, pero no menos importante ya que se ve en la consulta odontológica.

Relevancia

Tiene relevancia práctica ya que se pone de manifiesto los aspectos que requieren de enseñanza en cursos de Odontología especial, ya que es fundamental que el profesional y estudiante tenga el conocimiento adecuado sobre la epilepsia, porque es un ente responsable de devolverle la salud bucal y calidad de vida al paciente. Cualquier procedimiento odontológico en los pacientes con esta enfermedad requiere de una evaluación minuciosa para establecer un diagnóstico certero.

Utilidad

Presenta utilidad metodológica debido a que define conceptos básicos de la epilepsia, manifestaciones clínicas bucales y como debe ser el manejo adecuado en un paciente con epilepsia, que son variables de estudios que ayudan a perfilar a estos pacientes, permitiendo sugerir el tratamiento adecuado.

Viabilidad

Es factible realizar esta investigación ya que se cuenta con la posibilidad de unidades de estudio, tiempo y material los cuales serán financiados por la investigadora.

2. OBJETIVOS

- a) Evaluar el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los alumnos del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM.
- b) Evaluar el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los alumnos del 5to año de la facultad de odontología de la UCSM.
- c) Determinar el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia entre los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conocimiento

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie (1).

La incógnita del inicio del conocimiento humano desafía nuestro nivel actual de entender; pero, indudablemente algo en lo que se concuerda es que ese camino tiene etapas progresivas de acumulación de experiencias y formulación de explicaciones, inicialmente simples, mas conforme el hombre se ubica existencialmente en su circunstancia y entabla contacto con la realidad objetiva necesariamente trata de entenderla y, ora por observación, ora por experiencia, logra alguna explicación incipiente a lo que le rodea (1).

3.2. Epilepsia

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica, que puede convertirse en progresiva con relación a los disturbios cognitivos, frecuencia y gravedad de los eventos críticos, caracterizada por crisis epilépticas recurrentes (2).

Las crisis epilépticas (CE) son signos y síntomas transitorios producidos por una descarga anormal, excesiva o síncrona, de las neuronas que residen principalmente en la corteza cerebral. Esta actividad paroxística anormal es, generalmente, breve y auto limitada. Una convulsión es una contracción

involuntaria de la musculatura y puede deberse a mecanismos muy diferentes (por ejemplo: anóxico, metabólico, epiléptico, etc.). Por lo que es fundamental entender que no todas las convulsiones son CE ni todas las CE van a ser convulsivas (3).

La epilepsia es tan antigua como lo es la propia humanidad. Fue descrita por primera vez hace cerca de 3 mil años en Acadiano, Mesopotamia (actual Irak). Las crisis convulsivas se atribuían al Dios de la Luna. En los comienzos del siglo XVII, William Gilbert describió el fenómeno eléctrico responsable de la epilepsia, descartando la teoría mística y sobrenatural. La palabra epilepsia deriva del verbo griego *ëpilamvanein* (ataque, convulsión) (2).

La enfermedad se caracteriza por un estado de hiperactividad de las neuronas y circuitos cerebrales, capaces de generar descargas eléctricas sincronizadas, pudiendo manifestarse de formas diversas, desde descargas interictales electroencefalográficas hasta brotes prolongados con crisis epilépticas o, en casos más graves, asumiendo la forma del estado del mal epiléptico, condición caracterizada por crisis epilépticas aisladas prolongadas o por crisis repetidas en intervalos cortos. La descarga interictal corresponde en el nivel celular, a las descargas paroxísticas sincronizadas de determinada población neuronal, representadas por brotes potenciales de acción (2).

Fisiopatológicamente, las descargas neuronales excesivas y sincronizadas que caracterizan el fenómeno epiléptico, pueden originarse en apenas un punto del hemisferio cerebral (crisis focales), o en un área más extensa que involucre a los dos hemisferios cerebrales (crisis generalizadas). Las crisis focales pueden, con la propagación de la descarga, transformarse en crisis secundariamente generalizadas. Esas descargas neuronales excesivas y sincronizadas son provocadas por un estímulo excitatorios, mediado principalmente por el glutamato (principal neurotransmisor excitatorios), o por la falta de la inhibición mediada por el GABA (ácido gamaaminobutirico), un neurotransmisor inhibitorio (2).

Las crisis generalizadas envuelven circuitos talámicos en la generación de

descargas difusas, bilaterales y sincronizadas, mientras que las crisis focales envuelven parte de uno o de ambos hemisferios cerebrales. La lesión celular y las consecuencias perjudiciales generalizadas, provienen del influjo de iones de calcio durante la fase de despolarización y activación de los receptores de aminoácidos excitatorios, promoviendo la necrosis celular aguda y la muerte celular apoptótica a largo plazo, confirmando así el daño celular excitotóxico (2).

3.3. Etiología

Las crisis epilépticas son consecuencia de un desequilibrio entre los procesos de excitación e inhibición neuronal del SNC (exceso de excitación o un defecto de inhibición), que tiene como consecuencia una descarga neuronal anómala, siendo muchos los factores que pueden alterar dicho equilibrio. Es importante recordar, por un lado, que el cerebro normal, bajo determinadas circunstancias, puede sufrir una crisis epiléptica, y existen diferencias entre los individuos en cuanto a la susceptibilidad o umbral para sufrir una crisis, lo que sugiere la existencia de factores endógenos subyacentes, entre ellos factores genéticos y, por otro lado, que determinados procesos o patologías tienen muchas probabilidades de producir un trastorno epiléptico crónico. Se detallan las causas más relevantes de crisis:

- Patología cerebrovascular
- Traumatismo craneoencefálico
- Tumores cerebrales
- Demencias degenerativas
- Infecciones del SNC
- Tóxicos/Fármacos
- Enfermedades sistémicas-alteraciones metabólicas
- Cuadros febriles (4).

Sin embargo aunque se desconoce la causa algunas convulsiones se deben en ocasiones a un estímulo específico, aproximadamente 1 de cada 15 pacientes refiere que las convulsiones aparecen tras la exposición de una circunstancia

específica, por ejemplo luces parpadeantes, sonidos motores, música o ruidos fuertes, llama la atención cierto informes relativos a casos de crisis epilépticas en jóvenes expuestos a luces parpadeantes, diseño geométrico durante los juegos de video (5).

3.4. Epidemiología

La epilepsia es responsable de una proporción significativa de la carga mundial de morbilidad, pues afecta a más de 50 millones de personas. La proporción estimada de la población general con epilepsia activa (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado oscila entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 15 por 1000 personas. Cerca del 80% de los pacientes con epilepsia viven en países de ingresos bajos y medianos. Según estimaciones, se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas (6).

En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces mayor. Esto se debe probablemente al mayor riesgo de enfermedades endémicas tales como el paludismo o la neurocisticercosis; la mayor incidencia de traumatismos relacionados con accidentes de tránsito; traumatismos derivados del parto; y variaciones en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud preventiva y la accesibilidad de la atención (6).

3.5. Clasificación de la epilepsia

Se han propuesto múltiples sistemas de clasificación de la epilepsia basándose en diferentes elementos descriptivos, ya sea la semiología, la gravedad, la topografía o la etiología de las crisis y los síndromes. La clasificación de crisis epilépticas elaborada en 1981 por la comisión “ad hoc” de la International League Against Epilepsy (ILAE), es la más utilizada en la práctica y sus principios generales basados exclusivamente en criterios y características clínicas, están satisfactoriamente aceptados (7).

Crisis generalizadas

- Ausencias
- Crisis mioclónicas
- Crisis clónicas
- Crisis tónicas
- Crisis tónicas- clónicas
- Crisis atónicas

Crisis parciales focales

- Crisis parciales simples
- Crisis parciales complejas

Crisis no clasificadas.

3.5.1. Crisis generalizadas

Los primeros cambios clínicos indican un compromiso inicial de ambos hemisferios, la consciencia puede estar alterada (7).

3.5.1.1. Ausencias: Consisten en el cese repentino de la actividad consciente continua sin actividad muscular convulsiva, ni pérdida del control postural. Tales crisis pueden ser tan breves que sean inapreciables (7).

El paciente suspende la actividad que estaba realizando antes de la crisis, permanece quieto; no puede oír, ver o sentir. Pueden ser clasificadas en:

- **Crisis de ausencia típica (pequeño mal):** Consisten en breves episodios de comprometimiento de la conciencia, acompañados de manifestaciones motoras muy discretas, como automatismos orales y manuales, parpadeos, aumento o disminución del tono muscular y señales autonómicas. Duran cerca de 10 a 30 segundos y se inician y terminan abruptamente, ocurriendo, en general, varias veces al día. Se desencadenan por la hiperventilación, activación de tal forma importante que la no observación de la crisis clásica durante la hiperventilación durante tres a cinco minutos, debe poner en tela de juicio ese diagnóstico. Las ausencias pueden manifestarse

apenas con el comprometimiento de la conciencia, con discretos componentes clónicos, tónicos o atónicos, con automatismos o con fenómenos autonómicos como por ejemplo, la incontinencia de esfínteres (ausencias enureticas) (7).

- **Crisis de ausencias atípicas:** En esas crisis, el comprometimiento de la conciencia es menor, el inicio y el término son menos abruptos y el tono muscular se muestra a menudo alterado. No las desencadenan la hiperpnea.

3.5.1.2. Crisis mioclónicas: Son repentinas, cortas, con contracciones musculares únicas o múltiples. En muchos casos, se acompañan de caídas violentas, seguidas de pérdida de la consciencia.

3.5.1.3. Crisis clónicas: Son contracciones rítmicas e involuntarias de un músculo o grupo de músculos (7).

3.5.1.4. Crisis tónicas: Consisten en la aparición repentina de una postura rígida de las extremidades o el tronco, a menudo, con desviación de la cabeza y de los ojos hacia un lado.

3.5.1.5. Crisis tónico-clónicas: El principio es anunciado por una repentina pérdida de consciencia, contracción tónica de los músculos y pérdida del control postural. Seguidamente, se da una fase clónica de duración variable, que termina cuando se relajan los músculos. El paciente puede volverse agresivo si es reprimido.

3.5.1.6. Crisis atónicas: Son breves pérdidas de consciencia y posturales. No están asociadas con contracciones musculares tónicas (7).

3.5.2. Crisis parciales o focales

Indican activación de un sistema de neuronas limitada a una parte de un hemisferio cerebral. No hay compromiso de la consciencia, se han dividido en crisis con sintomatología simple y compleja (7).

3.5.2.1. Crisis parciales simples (sin pérdida de consciencia):

- **Con semiología motora:** Contracciones recurrentes de los músculos de alguna parte del cuerpo. Incluye además la repetición involuntaria e irreprimible de palabras o frases y el bloqueo del lenguaje.
- **Con semiología vegetativa:** Pueden estar caracterizadas por salivación excesiva movimientos rítmicos de los labios, modificaciones bruscas del ritmo cardiaco, hiperhidrosis, polipnea o hiperpnea seguida de apnea inspiratoria (7).
- **Con semiología somato-sensorial:** Se caracteriza por la presencia de síntomas elementales o sensaciones simples, en ausencia de cualquier tipo de estímulo. Parestesias, alucinaciones sensoriales o sensaciones de vértigo.
- **Con semiología psíquica:** Incluyen sensación de haber vivido alguna vez la misma experiencia (“Déjà vu”), injustificado sentido del miedo e ira, espejismo y alucinaciones complejas constantes (7).

3.5.2.2. Crisis parciales complejas

Son cambios episódicos en la conducta del individuo en los que se pierde el contacto con su entorno. Es la más común y constituye el 20% de todas las crisis.

3.5.3. Crisis no clasificadas

Engloba todas aquellas crisis que no pueden clasificarse debido a datos incompletos o inadecuados (7).

3.6. Diagnóstico de la epilepsia

Una única convulsión no se considera epilepsia. Las convulsiones epilépticas se denominan epilepsia o crisis epilépticas. El origen de las crisis epilépticas es a menudo desconocido (llamada epilepsia idiopática). Pero pueden ser consecuencia de diversos trastornos cerebrales, como anomalías

estructurales, accidentes cerebrovasculares o tumores. La tendencia a tener convulsiones recurrentes no provocadas es el resultado de alteraciones en la excitabilidad del cerebro, ya sea como resultado genético o factores ambientales (o una combinación de ambos). La epilepsia puede ser el resultado de un sinnúmero de causas subyacentes y es por lo tanto considerado como un síntoma de un trastorno cerebral subyacente (8).

El diagnóstico se basa en una historia clínica, en la descripción de la actividad convulsiva por quien la tuvo, un examen físico (búsqueda de hallazgos focales) y hallazgos encefalográficos (2).

Las alteraciones no específicas como la cefalea, alteraciones del humor, letargia y contractura mioclónica, son el aviso para algunos pacientes sobre la existencia de una crisis convulsiva inminente, horas antes de que ocurra. Esos síntomas prodrómicos son diferentes del aura, que puede preceder por pocos segundos o minutos a la convulsión generalizada y que forma parte de la crisis epiléptica. En la mayoría de los pacientes, las crisis ocurren de forma imprevisible, sin ninguna relación con la postura o la actividad. Pero a veces, sin embargo, las crisis se dan en determinadas situaciones, como en el sueño, o relacionadas con factores predisponentes externos, como la falta de sueño, falta de alimentación, el estrés, la menstruación, la ingestión o abstinencia al alcohol y el uso de fármacos. La fiebre y los procesos infecciosos no específicos pueden desencadenar crisis convulsivas en pacientes epilépticos. En pocos pacientes, las convulsiones pueden ser provocadas por estímulos específicos, como la televisión que parpadea (epilepsia fotosensible), música o la lectura (2).

El examen físico entre las crisis convulsivas en la epilepsia idiopática, no arroja anormalidades, pero en el periodo postictal inmediato, puede ser observada una respuesta del extensor plantar. En las crisis parciales, el diagnóstico diferencial deberá ser realizado con ataque isquémico transitorio, ataque de agresividad y ataque de pánico. En las crisis generalizadas, el diagnóstico diferencial deberá ser hecho con síncope, arritmias cardíacas, isquemia del tronco cerebral y pseudoepilepsia (provenientes de enfermedades psiquiátricas) (2).

La tomografía computadorizada o la resonancia nuclear magnética está indicada

para pacientes con señales y síntomas neurológicos focales, crisis focales o hallazgos electroencefalográficos de una crisis focal. Algunos neurólogos indican exámenes de rutina de imagen para todos los pacientes en la evaluación inicial de una crisis convulsiva.

En niños, los exámenes de neuroimagen de emergencia se hacen cuando ocurre un déficit pos convulsivo o la alteración del estado mental que no desaparece rápidamente. Los exámenes de neuroimagen pueden ser realizados por elección en aquellos pacientes en que no existe una causa determinada para la crisis focal o en lactantes que presenten una crisis convulsiva no febril (2).

El EEG muestra tres tipos de información: confirmación de la actividad eléctrica anormal, el tipo de crisis epiléptica y la ubicación del foco convulsivo. La especificidad es alta, entre un 78% a un 98%. Sin embargo, la sensibilidad es baja, rondando los 25% a los 26%. EEG se hace después de 48 horas o más de haber surgido la crisis convulsiva, aunque hay pruebas más recientes que revelan que investigaciones dentro de las primeras 24 horas pueden mostrar más descargas interictales. Preferentemente, el EEG deberá ser realizado durante el sueño, y durante la estimulación luminosa e hiperventilación, porque determinados tipos de convulsión se dan bajo esas condiciones (2).

3.7. Tratamiento de pacientes con epilepsia

Con el transcurso del tiempo el interés de encontrar el tratamiento adecuado para la epilepsia continuó, de esta forma se logró el tratamiento actual cuyas principales opciones incluyen tratamiento quirúrgico, estimulación del nervio vago, dieta cetogénica y el uso de medicamentos antiepilépticos (9).

3.7.1. Tratamiento farmacológico

Los fármacos antiepilépticos tienen en común la propiedad de supresión de las convulsiones, pero cada fármaco tiene diferentes propiedades farmacocinéticas, propensión a interacciones entre fármacos, efectos secundarios y toxicidades que son relevantes en la selección y prescripción de estos fármacos (9).

Durante las últimas décadas, el número de los FAE disponibles ha incrementado. A diferencia de algunos de los primeros fármacos antiepilépticos, como el fenobarbital, fenitoina y carbamazepina, muchos de los fármacos antiepilépticos disponibles actualmente, tienen farmacocinética simple y efectos más limitados sobre el metabolismo del hígado. Los fármacos antiepilépticos tienen en común la propiedad de supresión de las convulsiones, pero cada fármaco tiene diferentes propiedades farmacocinéticas, propensión a interacciones entre fármacos, efectos secundarios y toxicidades, que son relevantes en la selección y prescripción de estos fármacos (9).

TIPO DE CONVULSIÓN		ANTICONVULSIVO CONVENCIONAL	ANTICONVULSIVO DE CREACION RECIENTE
Convulsiones parciales	Parcial simple	Carbamazepina Fenitoina Valproato	Gabapentina Lacosamida Lamotrigina Levetiracetam Tiagabina Topiramato
	Parcial compleja		
	Parcial con convulsión tónico-clónico generalizada secundaria	Carbamazepina Fenobarbital Fenitoina Valproato	
Convulsiones generalizadas	Crisis de ausencia	Etosuximida Valproato Clonazepam	Lamotrigina
	Convulsión mioclónica	Valproato Clonazepam	Levetiracetam
	Convulsión tónico-clónica	Carbamazepina Fenobarbital Fenitoina Valproato	Lamotrigina Levetiracetam topiramato

Cuadro 1: Fármaco anticonvulsivo de acuerdo con el tipo de convulsión (10).

Los fármacos antiepilépticos pueden agruparse por su modo de acción principal. Existen Fármacos que actúan en:

- En los canales de sodio dependientes de voltajes.
- Medicamentos que afectan las corrientes de calcio
- Fármacos que afecta la actividad de GABA
- Los fármacos que afectan los receptores de glutamato

- Fármacos con múltiples mecanismos de acción.

a) **En los canales de sodio dependientes de voltajes.**

El mecanismo de acción de estos fármacos consiste en unirse a los canales de sodio dependientes de voltaje y los bloquean. Esta unión extiende la fase inactiva e inhibe la generación de potenciales de acción cuando la célula está experimentando trenes despolarizantes entrantes (11).

Carbamazepina:

Es usada para el tratamiento inicial de las crisis tónico – clónicas generalizadas primarias y para las convulsiones focales, con o sin generalización secundaria. Los efectos secundarios sistémicos comunes incluyen náuseas, vómitos, diarrea, prurito y retención de líquidos. Los hombres que toman CBZ tienen mayores tasas de disfunción sexual y los niveles bajos de testosterona, que pueden ser reversibles si la CBZ se retira. Los efectos secundarios neurotóxicos incluyen somnolencia, mareos, visión borrosa o doble, letargo y dolor de cabeza (12).

El 10% de pacientes pueden tener leucopenia transitoria y leve, y por lo general desaparece en 4 meses de iniciar el tratamiento, el 2% persiste con la leucopenia y deben cambiar de medicación. También se ha observado trombocitopenia transitoria. Es recomendado vigilar la función renal, hepática, y datos hematológicos. Entre los efectos adversos orales se ha presentado ulceración, glositis, estomatitis y xerostomía que se asocia con un mayor riesgo de caries dentales y candidiasis. La hiperplasia gingival también se ha visto asociado a la carbamazepina (10).

Fenitoína:

Es usada para el tratamiento de las crisis focales y generalizadas, además la Fenitoína es un agente de segunda línea para los pacientes con crisis mixtas

(mioclónicas y tónico clónicas). Similar a la carbamazepina, bloquea los canales de sodio dependientes de voltaje neuronales (13).

Los principales efectos secundarios sistémicos de la Fenitoína son la hipertrofia gingival, aumento de vello corporal, retraso en la erupción dental, depleción de ácido fólico, y la disminución de la densidad ósea. La Fenitoína es excretado en la saliva y promueve la hiperplasia fibrosa gingival, pero la mala higiene dental y factores genéticos se han visto que contribuyen a la hiperplasia gingival. La suplementación de ácido fólico 0,5mg/día se asoció con una reducción en la incidencia de hiperplasia gingival. Disfunción sexual relacionada con la edad y los niveles bajos de testosterona son más comunes en los hombres que toman Fenitoína que en los controles (13).

La Fenitoína se asocia con el hueso alterado y el metabolismo mineral y la disminución de la densidad ósea, debido, a que aumenta el catabolismo de la vitamina D (13).

Se reporta una disminución de la secreción salival y la capacidad buffer asociado con la Fenitoína, lo cual pueden contribuir a un aumento de la caries dental. En la consulta dental hay que tener precaución al prescribir la aspirina y otros AINES haya que pueden interferir con el metabolismo de la Fenitoína (13).

Lamotrigina

La lamotrigina (LTG) bloquea la descarga repetitiva de las neuronas de la inactivación de los canales de sodio dependientes de voltaje. Sin embargo, hay alguna evidencia de que LTG, a diferencia de la carbamazepina y la Fenitoína, puede influir selectivamente las neuronas que sintetizan el glutamato y el aspartato, ya que disminuye la liberación de estos neurotransmisores excitatorios. LTG está aprobado por la FDA para el tratamiento adyuvante de las crisis focales en adultos y niños a partir de dos años de edad, así como para el tratamiento complementario de las crisis primarias generalizadas tónico - clónicas. También se puede usar para el tratamiento de las crisis de ausencia recién diagnosticadas en niños. La lamotrigina se metaboliza por glucuronidación. Los efectos secundarios sistémicos de LTG incluyen erupción

cutánea, náuseas y los efectos neurotóxicos son mareos, temblor y diplopía y los efectos orales que se presenta son la xerostomía y las úlceras orales (12).

b) **Medicamentos que afectan las corrientes de calcio**

La etosuximida

Disminuye las corrientes de calcio tipo T en las neuronas del tálamo, y los potenciales de membrana se vuelven más polarizados. La etosuximida es eficaz para el tratamiento de las crisis de ausencia, que no tiene actividad frente a las crisis tónico- clónicas generalizadas o focales. No hay reacciones importantes observadas con otros fármacos. Los principales efectos secundarios incluyen náuseas, vómitos, trastornos del sueño, somnolencia, hiperactividad y agresividad (12).

c) **Fármacos que afecta la actividad de GABA.**

El ácido gamma – aminobutírico (GABA) es un neurotransmisor que se encuentra ampliamente distribuido en todo el sistema nervioso central y ejerce la inhibición postsináptica. El complejo receptor GABA (A) tiene sitios de unión para GABA, benzodiazepinas y fenobarbital. El fenobarbital se une al receptor GABA, mejorando el efecto del GABA mediante el aumento de la duración de las aperturas de los canales de cloro a través de la membrana, causando una hiperpolarización neuronal (13).

El fenobarbital

Es uno de los más antiguos FAE todavía en uso. Es eficaz para el tratamiento de crisis generalizadas y focales, pero no tiene efecto en la crisis de ausencia. Sin embargo, su utilidad clínica está limitada por sus efectos sedantes. Como efectos no deseados se ha observado osteomalacia anemia megaloblástica (13).

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas se unen al receptor GABA y facilita la unión del GABA a su sitio de unión sobre el receptor. La acción inhibitoria del GABA aumenta la apertura de los canales de cloruro. Los efectos secundarios incluyen sedación, irritabilidad, ataxia y depresión y la interrupción repentina de las benzodiacepinas puede conducir a convulsiones por abstinencia. Antagonistas de los receptores de benzodiacepinas, por ejemplo el flumazenil, pueden provocar convulsiones y deben evitarse (10).

Diazepam y Lorazepam

El Diazepam en Odontología es la benzodiacepina utilizada en el tratamiento de estado epiléptico. La dosis Diazepam es de 0.2 – 0.3 mg/kg de peso y Lorazepam 0.1 mg/kg IV, con ritmo de administración de 2mg/, minuto, interrumpiendo si se da la crisis, dosis máxima es de 20mg (14).

d) Los fármacos que afectan los receptores de glutamato.

El glutamato es un neurotransmisor excitador. Este cuando se une a los receptores facilita la polarización celular aumentando la concentración de Na⁺ y Ca⁺ dentro de la célula y la salida K⁺ al medio extracelular. Los fármacos antiepilépticos que actúan uniéndose a diferentes tipos de receptores glutamatérgicos (AMPA, kainate, NMDA, glicina) y los inhiben (10).

Perampanel

Se lo utiliza para el tratamiento adyuvante de las crisis de inicio focal en pacientes de 12 años o mayores. Se metaboliza en el hígado. Los efectos secundarios, más comunes observados son mareos, somnolencia, dolor de cabeza, fatiga, irritabilidad, caídas, náuseas y aumento de peso. Se ha observado que los pacientes que toman Perampanel han desarrollado cambios graves o potencialmente mortales en su comportamiento y salud mental, especialmente en tener mayor hostilidad o agresión hacia los demás (10).

e) **Fármacos con múltiples mecanismos de acción.**

Ácido Valproico

Se puede utilizar solo o en combinación para el tratamiento de convulsiones generalizadas y focales. Este se metaboliza en el hígado, y hay que hacer ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia hepática. Inhibe el metabolismo de fármacos que son sustrato para el CYP2C9. Su mecanismo de acción al igual que la Fenitoína está en la inactivación prolongada de los canales de sodio, también tienen efecto en los canales de calcio tipo T, y estimula la actividad de la enzima sintética de GABA e inhibe la enzima degradadora de GABA (13).

Como efectos adversos sistémicos tenemos aumento de peso, náuseas, vómitos, pérdida de pelo, aparición de moretones, y entre los efectos neurotóxicos está el temblor y mareos.

Al prescribir analgésicos en la consulta dental se debe tomar precaución al dar aspirina y otros AINEs, por que aumentan la tendencia hemorrágica inducida por ácido Valproico. Ya que este causa disminución de la agregación plaquetaria. También como efecto adverso oral realizado tenemos la hiperplasia gingival que encontró en 42% de pacientes tratados con monoterapia de ácido Valproico.

Se ha reportado un alto índice de caries en niños con epilepsia por el uso a largo plazo del valproato de sodio en jarabe que contiene azúcar (14).

3.7.2. Tratamiento de epilepsia refractaria

Epilepsia refractaria se define por el fracaso de dos pautas de fármacos antiepilépticos, tolerados y elegidos apropiadamente, en mono y biterapia. Las convulsiones pueden ser controladas con fármacos en aproximadamente el 50% de los pacientes, el restante necesitara otra opción de tratamiento. Los pacientes que tuvieron muchas convulsiones antes de la terapia con fármacos antiepilépticos o que tuvieron una respuesta inadecuada al tratamiento inicial son propensos a tener epilepsia refractaria (11).

3.7.3. Tratamiento quirúrgico

La lobectomía temporal es quizás el tipo más común de cirugía para la epilepsia. En el único ensayo controlado aleatorio de cirugía versus tratamiento médico, la tasa de éxito fue del 64%. Sin embargo, los pacientes pueden experimentar una disminución significativa en memoria verbal (12).

3.7.4. Estimulación del nervio vago

La estimulación del nervio vago (VNST) es una terapia la cual consiste en un dispositivo eléctrico implantable que proporciona la estimulación cerebral con el fin de reducir la frecuencia y duración de los ataques de epilepsia y se utiliza sobre todo en personas que tienen epilepsia refractaria y que en el tratamiento quirúrgico no es aconsejable (15).

3.7.5. Dieta cetogénica

Una terapia alternativa para la epilepsia refractaria en niños y adolescentes es la dieta cetogénica, que consiste en una dieta rica en grasas y pobre en carbohidratos y proteínas, conllevando a la cetosis y a la producción de beta-hidroxibutirato, que tendría un efecto antiepiléptico, probablemente debido al aumento de las reservas cerebrales de energía (2).

3.8. Características y consideraciones bucales en pacientes con epilepsia

La evidencia disponible indica que los pacientes epilépticos son altamente propensos a presentar lesiones en la cavidad bucal, en comparación con los pacientes no epilépticos, producto de mala higiene bucal e inadecuada condición dental. Esto se explica por el hecho de que estos pacientes reciben insuficiente cuidado dental, ya que pasan poco tiempo en la silla dental debido al riesgo de convulsiones. Además, su condición dental se ve agravada por las lesiones y daños causados a tejidos duros y blandos en la región maxilofacial durante las convulsiones, y producto de las reacciones adversas de los fármacos antiepilépticos consumidos (16).

3.8.1. Riesgo cariogénico

Estudios indican que la caries dental se produce a menudo en los pacientes epilépticos debido a la ausencia o la mala higiene oral la cual en muchas ocasiones está directamente relacionada con la falta de recursos económicos y con las discapacidades físicas o mentales que estos presentan (17).

Uno de estos estudios se realizó en 100 pacientes discapacitados. Se tomó en cuenta edad, sexo, grado de discapacidad, diagnóstico de base, 54 enfermedades asociadas y capacidad para comunicarse, medicación, tipo de dieta, lugar de tratamiento y datos odontológicos (placa, sarro, caries, gingivitis, periodontitis u otras). En cuanto a las enfermedades asociadas, padecía epilepsia el 36% de los pacientes. Se observó que de los 100 pacientes, la caries dental tuvo una prevalencia del 60% (18).

3.8.2. Tendencia al sangrado bucal

El uso de valproato se ha asociado con alteraciones hematológicas que incluyen supresión medular, alteración de la cascada de la coagulación, disminución del factor VIII y factor Von Willebrand, y alteración del número y función de las plaquetas, que en el contexto del paciente llevado a cirugía mayor representa un aumento del riesgo de sangrado perioperatorio y mayor requerimiento de transfusión en el postoperatorio (19).

3.8.3. Afección de la Mucosa oral - Hiperplasia gingival

La terapia anticonvulsiva puede causar depleción de vitamina B12, esto está asociado a provocar úlceras bucales o glositis (20).

La carbamazepina también puede causar complicaciones orales incluyendo ulceración, xerostomía, glositis y estomatitis. La lamotrigina puede causar xerostomía y úlceras orales.

Otros estudios indican que la gingivitis, glositis, hemorragia gingival, hiperplasia, estomatitis y edema de la lengua son efectos adversos raros de lamotrigina (21).

La hiperplasia gingival está asociada al uso de fenitoína y sigue siendo la complicación más conocida, a pesar de que ya no es un fármaco de primera elección (22).

También se ha observado que la hiperplasia gingival es causada por usos del ácido valproico, carbamazepina y el fenobarbital. Las opciones de tratamiento incluyen interconsulta con el médico tratante para cambiar a otra alternativa de medicamento si esto no es posible se recomienda el uso de clorhexidina, suplemento de ácido fólico, pero mejorar la higiene bucal es la que mejores resultados se obtiene. La hiperplasia gingival se resuelve espontáneamente después de 6 meses de retirar la fenitoína (12).

En los casos de hiperplasia grave la gingivectomía es recomendada y se recomienda hacer interconsulta con el médico neurólogo para cambiar de medicamento antiepiléptico si fuera posible (23).

3.8.4. Traumatismos

Los traumas durante las convulsiones por caídas, comúnmente pueden causar lesiones en la cabeza, subluxación de la articulación temporomandibular, lesión pulpar, fracturas coronarias, avulsiones y laceraciones en los tejidos blandos como mordeduras de la lengua. El predictor clave de la lesión dental es conocer la severidad de las crisis y las características de la caída (24).

3.8.5. Afección ósea

Los pacientes epilépticos pueden tener un mayor riesgo de fractura debido a que tanto la fenitoína, carbamazepina y fenobarbital, que son los medicamentos anticonvulsivos más comúnmente prescritos, aumentan el metabolismo y el aclaramiento de la vitamina D y se han asociado con osteomalacia franca y osteopenia (12).

Se ha encontrado pérdida de hueso alveolar en pacientes que toman fenitoína y carbamazepina (25).

3.8.6. Teratogenicidad por el uso de FAE durante la gestación

En comparación con los nuevos FAE, el ácido valproico ha sido clasificado como el más alto en teratogenicidad. En niños cuyas madres tomaron valproato durante el embarazo se observó una incidencia de malformaciones congénitas de 6.2% a 17.4%. El paladar hendido se ubicó como la tercera anomalía congénita más inducida por VPA (26).

3.8.7. Malformación del desarrollo y erupción dental

En niños con epilepsia se ha presentado defectos en el desarrollo dental, como dientes más pequeños de lo normal, erupción y reabsorción radicular retardada y anomalías en la raíz (27).

3.8.8. Modificación de componentes salivares

El uso de fármacos antiepilépticos durante largos periodos de tiempo puede resultar en la disminución de los niveles de varias proteínas salivales, tales como IgA y cistatinas, que están implicadas en la protección de la cavidad oral con infecciones microbianas. Al reducir estas proteínas, aumenta la susceptibilidad de los tejidos gingivales a estímulos inflamatorios (11).

3.8.9. Modificación de los factores de la coagulación

El valproato de sodio puede reducir el recuento de plaquetas y su función, resultando en problemas de coagulación, pero es muy raro. Las hemorragias gingivales y retraso en la cicatrización pueden presentarse.

Es insignificante para una cirugía menor como extracciones simples, pero exámenes de biométrica, química sanguínea, tiempo de hemorragia, tiempo de tromboplastina (TTP) y tiempo de protrombina (TP) es recomendable realizar antes de una cirugía. Pacientes con trombocitopenia (mayor o igual 50000 plaquetas) inducido por FAE, se debe posponer el tratamiento hasta que el recuento plaquetario mejore o se cambie de FAE (24).

3.9. Manejo de pacientes epilépticos en la consulta Odontológica

3.9.1. Historia clínica

Una historia clínica proporcionará información acerca de los antecedentes médicos y familiares, tipos de convulsiones y como están siendo controlados. Esta información ayuda al profesional tanto en la planificación y programación apropiada del tratamiento dental. Es aconsejable la comunicación directa y la medicación (24).

También es necesario conocer el tipo, la gravedad y la frecuencia de las crisis, para establecer si la persona está en una buena fase o no, y si puede ser tratado en la consulta sin mayor complicación (11).

INFORMACIÓN NECESARIA DE UN PACIENTE EPILEPTICO EN LA CONSULTA DENTAL	
INFORMACIÓN	
Antecedentes médicos y familiares	Ejemplo: Pacientes crónicos con FAE pueden tener afectaciones en el riñón y habrá que tener cuidado al medicar.
Tipo de epilepsia y la frecuencia de las convulsiones	Ejemplo: en el tipo de crisis de ausencias no habrá que tener mayor cuidado como en el caso de tipo tónico-clónico.
Factores conocidos que desencadenen una convulsión	Ejemplo: el ciclo de ovulación, si el paciente consumió alcohol el día anterior a la consulta.
Factores desencadenantes relacionados con el cuidado dental	Ejemplo: estrés, luz intermitente, sonido de la turbina
Tipo de aura que progresa a una convulsión	Detalle del aura, ejemplo: visión borrosa, alucinaciones, etc.
Características de las convulsiones del paciente	Que esperar cuando la persona tiene un ataque, velocidad de aparición y síntomas.
Fecha de ultima convulsión	Una estimación para saber cuándo será la próxima dependiendo de la frecuencia que presente el paciente.
Antiepilépticos que está tomando actualmente el paciente	Evitar interacciones farmacológicas, manifestaciones orales que podrían estar presentes, etc.
El historial de antiepilépticos que ha tomado	Si ha cambiado de medicamentos o toman en combinaciones, da indicios que no se controla óptimamente las crisis.
Si presenta alguna hipersensibilidad con algún medicamento	Interacciones farmacológicas conocidas
En crisis prolongadas que medicamento toma	Consultar con el médico tratante.
Si ha tenido algún episodio de estatus epiléptico	Si convulsiona puede llegar a estatus epiléptico

Cuadro 2: Historia clínica del paciente epiléptico (11).

3.9.2. Preoperatorio del paciente epiléptico en la consulta odontológica

Los pacientes con epilepsia deben continuar su dosis normal de anticonvulsivos antes de asistir para el tratamiento dental. Como cuestión de rutina, es recomendable lo siguiente:

Verificar que la persona ha tomado su dosis normal de anticonvulsivos antes de asistir al tratamiento dental. Comprobar que tenga su medicación de emergencia a la mano, si está bien de salud general, si no se encuentra excesivamente cansado y si ha comido como de costumbre antes de emprender cualquier tratamiento. Controlar el estrés ya que puede desencadenar una crisis durante el tratamiento dental (28).

Tomar las medidas necesarias para manejar y evitar factores que puedan provocar una convulsión. Es prudente aconsejar al paciente que cancele la cita si siente que sus convulsiones están pobremente controladas en el día de la cita. En la mayoría de casos hay menos riesgo a tener una convulsión en la mañana, por eso se recomienda planificar las citas en las mañanas (24).

Los pacientes con epilepsia crónica tienen por lo general afectación renal, se recomienda realizar exámenes complementarios para valorar la creatinina, y poder dar la medicación y dosis adecuada. El ácido Valproico inhibe la agregación plaquetaria, algunos FAE puede causar leucopenia, trombocitopenia, anemia aplásica, por lo que los exámenes de biometría hemática, química sanguínea, TTP Y TP antes de una cirugía están recomendados (13).

Para los pacientes con convulsiones no controladas, las benzodiazepinas (por ejemplo, Lorazepam 0,5mg- 1.0mg VO) se puede administrar 30 a 45 minutos antes del procedimiento, sobre todo si una de las convulsiones del paciente podría representar un peligro durante el procedimiento (27).

PROCEDIMIENTOS PREOPERATORIOS
<p>Planificación previa del tratamiento en citas cortas. Tomar los valores de pulsioximetría, frecuencia cardíaca y presión arterial. Comprobar que la persona ha tomado su dosis normal de anticonvulsivos. Evitar los factores que aumentan el riesgo a convulsionar. Medicación y equipo de emergencia a la mano en caso que el paciente convulsione. Apagar el dispositivo de estimulador del Nervio Vago antes de una cirugía. Biometría Hemática, química sanguínea, TTP Y TP antes de una cirugía.</p>

Cuadro 3: Procedimientos preoperatorios del paciente epiléptico en la consulta odontológica (11).

3.9.3. Interacción medicamentosa

Se denomina interacción farmacológica a la acción que un fármaco ejerce sobre otro, de modo que éste experimente un cambio cuantitativo o cualitativo en sus efectos. En toda interacción hay, un fármaco cuya acción es modificada y otro u otros que actúan como precipitantes o desencadenantes de la interacción. En algunos casos es bidireccional (11).

Reglas prácticas a seguir:

- Conocer las características de los fármacos que con más frecuencia producen interacciones, en especial aquellos fármacos que más se utilizan.
- Tener cuidado especial con las interacciones que dan origen a situaciones más graves.
- Considerar siempre la situación de aquellos órganos cuya enfermedad puede originar más frecuentemente una interacción. Considerar la posibilidad de una interacción cuando la respuesta del paciente no es esperada (efecto tóxico y falta de respuesta).
- Medir los niveles de fármacos cuando se sospeche interacción y la concentración del fármaco objeto se pueda determinar (antiepilépticos) (11).

FAMILIA MEDICAMENTO		MEDICAMENTO	FARMACO ANTICONVULSIVO	SIGNOS
ANALGESICOS	AINE	Aspirina Ibuprofeno Diclofenaco	Valproato Fenitoína	Puede incrementar los niveles plasmáticos (concentración plasmática de VPA Y Fenitoína). Puede inhibir exacerbar problemas de sangrado.
		OPIOIDES	Destropropoxifeno	Fenitoína Carbamazepina Fenobarbital
		Tramadol	Carbamazepina	Provoca convulsiones
ANTIBIOTICOS		Eritromicina	Carbamazepina	Potente inhibidor del metabolismo de la carbamazepina.
		Claritromicina	Carbamazepina Fenitoína	Incrementa la concentración plasmática y puede producir toxicidad
		Bencilpenicilina	FAE en general	Es más probable que cause convulsiones que las penicilinas sintéticas.
		Metronidazol	Carbamazepina Fenitoína Fenobarbital	Puede inhibir el metabolismo de la CBZ. La CBZ, FT, FB, puede disminuir los niveles plasmáticos del Metronidazol. Rara vez provocan convulsiones.
ANESTESICOS			Barbitúrico Benzodiazepinas	Incrementa el efecto depresivo.
ANTAGONISTA DE BENZODIAZEPINAS		Flumazenil	Benzodiazepinas	Aumenta el metabolismo de la benzodiazepina, disminuye la concentración plasmática y el paciente puede convulsionar.
ANTIFUNGICOS		Ketoconazol	Fenitoína	Reduce la efectividad de estos antifúngicos, también puede incrementar la concentración plasmática de la fenitoína
		Miconazol		
		Fluconazol		

Cuadro 4: Interacciones medicamentosas de los FAE Y otros fármacos de uso común en odontología (11).

3.9.4. Administración de anestesia en pacientes con epilepsia

Aunque la anestesia para pacientes epilépticos es más frecuente en neurocirugía, ese grupo de pacientes necesita la anestesia de la misma forma que la población en general, para diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos (2).

Anestesia general

La anestesia general consigue la pérdida de la conciencia en el paciente, durante la cual este no responde a los estímulos dolorosos y requiere

asistencia para mantener una vía aérea permeable ya que la droga induce presión respiratoria (29).

Estudios indican que la anestesia general es la mejor opción y suele adaptarse a la cirugía de pacientes epilépticos, siendo un método seguro y eficaz (30).

Se reportó un caso de un paciente varón de 14 años de edad, de 50 kg de peso y 152 cm de estatura, quién ingresó en el hospital de forma programada para realizarle exodoncia quirúrgica por presencia de boca séptica y caries dental. Estaba diagnosticado desde los 4 meses de edad con patologías sistémicas, entre las cuales se encontraba la epilepsia, cuyo tratamiento principal lo constituía el valproato. La exploración clínica previa fue normal, siendo imposible explorar la vía aérea por la falta de colaboración del paciente. Durante la cirugía, para el mantenimiento de la anestesia general, se empleó ventilación mecánica con una mezcla de oxígeno con aire, sevoflurano, y se administraron 50 µg de fentanilo. La duración de la cirugía fue de 80 minutos y el tiempo anestésico se prolongó unos 10 minutos más, al culminarla el paciente se mantuvo estable en todo momento, sin incidencias intraoperatorias (31).

Anestesia local

En pequeñas dosis los anestésicos locales suelen reducir el flujo sanguíneo cerebral, el metabolismo y la actividad eléctrica del cerebro, y actúan como anticonvulsivos, sedantes y analgésicos, mientras que en dosis altas actuarán como fármacos pre convulsivos (2).

Algunos autores indican que los anestésicos locales administrados en dosis terapéuticas, no interactúan con el estándar de los fármacos antiepilépticos; sin embargo, en el caso de una sobredosis de anestesia local crítica, se pueden observar condiciones clínicas como convulsiones tónico-clónicas (16).

3.9.5. Manejo de una crisis convulsiva en el sillón dental

La Epilepsia es la tendencia a tener convulsiones recurrentes no provocadas y las convulsiones pueden ser el resultado de factores desencadenantes

específicos. Una convulsión tónico clónica generalizada puede ocurrir en el sillón dental. El paciente puede o no advertir de un ataque inminente. La conciencia se pierde antes de que comience la convulsión (20).

Signos y síntomas de una convulsión:

- Puede haber una breve advertencia o “aura”.
- Fase tónica se caracteriza por la pérdida repentina de la conciencia, el paciente se vuelve rígido, se cae, puede dar un grito, y se pone cianótico.
- Después de unos pocos segundos, continúa con la fase clónica, en la cual hay movimientos espasmódicos de las extremidades, y la lengua puede morderse. También hay secreción de espuma por la boca y vómito, y en algunos pacientes puede haber pérdida de control de esfínteres. La convulsión por lo general suele durar unos pocos minutos (11).

Después de la convulsión existe un tiempo variable en que el paciente recupera la conciencia, pero puede permanecer confundido por un periodo de 20 minutos (28).

Conducta a seguir:

El objetivo principal es prevenir lesiones, complicaciones en el paciente, y se debe actuar de la siguiente manera:

- Suspender el tratamiento que se esté realizando.
- Comprobar que las vías respiratorias del paciente estén libres.
- Tomar el tiempo de duración de la convulsión.
- Evacuación de la función respiratoria.
- Evaluación de la circulación, en el pulso radial (en la muñeca) o alternativamente, el pulso de la carótida (en el cuello).
- Colocar la silla en la posición supina.
- Retirar objetos o equipos que se pueda lastimar, ejemplo prótesis removibles.
- Colocar el paciente, de lado este reduce el riesgo de aspiración de secreciones (11).

Sugerencias:

- Aspirar secreciones y saliva si es posible.
- Colocar una cánula de succión entre las arcadas en la fase inicial si fuera posible.
- Mantener libre la vía aérea, si el paciente se está poniendo cianótico, extender suavemente el cuello.
- Realizar la oximetría y administrar oxígeno.
- Llamar a emergencia, el paciente requerirá valoración neurológica para evaluación y decidir conducta futura.

Medidas post- ictales:

- Control de signos vitales.
- Tranquilizar al paciente después de que recupere la conciencia.
- Valorar el grado de vigilia y orientación, esperar a que el paciente este completamente estable.
- Cuando se recupere debe ir acompañado de un adulto responsable, no se debe ir solo.
- Recomendar control con el médico tratante.
- Realizar pulsioximetría (11).
- La medicación sólo debe administrarse si las crisis se prolongan 5 minutos o más, o vuelven a ocurrir otra convulsión en rápida sucesión (28).

3.9.6. Estatus epiléptico

El estado epiléptico convulsivo generalizado (GCSE) requiere evaluación y tratamiento rápido. Se define como ≥ 5 minutos de actividad comicial continua o más de una convulsión sin recuperación entre sí (32).

MANEJO DE ESTATUS EPILEPTICO EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	
ABC	Abrir o liberar la vía aérea. Buena respiración, verificar que el paciente este respirando. Circulación, verificar la existencia de pulso.
Llamar a emergencia	
Oxigenoterapia	Administrar oxígeno 10 L/min
Cuando el acceso vía IV está disponible	Lorazepam 0.1mg/Kg IV, velocidad máxima de 2mg/minuto. Diazepam 0.2mg/Kg IV, hasta 20mg por dosis
Cuando el acceso IV no está disponible	Midazolam de 10mg IM a >40Kg peso y 5 mg IM a 13 – 40 Kg peso corporal. Midazolam VO 10mg para adultos, en niños la dosis se puede simplificar en: niño de 1-5 años 5mg, niño de 5-10 años 7,5mg, mayor de 10 años 10mg.
Control de signos vitales hasta que llegue el servicio de emergencia	

Cuadro 5: Manejo de estatus epilépticos en la consulta odontológica (11).

3.10. Análisis de antecedentes investigativos

3.10.1. Antecedentes internacionales

Título Manejo Farmacológico Del Paciente Epiléptico en el Consultorio Odontológico.

Autor Ángel Fabricio Valarezo Coronel. (2016)

Resumen

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes que pueden ser episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares o convulsiones de mayor duración y graves que compromete la salud bucal y general del paciente. De ahí la necesidad de que el profesional conozca cuáles son los protocolos y condiciones del manejo adecuado en pacientes con epilepsia en la atención odontológica de manera integral más no como una patología aislada.

Las crisis convulsivas se controlan con fármacos antiepilépticos que provocan distintos efectos secundarios como hiperplasia gingival, periodontitis, xerostomía, glositis, caries dental, hasta comprometer la salud sistémica

como el síndrome de Stevens Johnson, como también las crisis convulsivas tónicas clónicas que causan fracturas. Por tanto en esta tesis describiremos los antecedentes de la epilepsia y su manejo odontológico relatados desde distintos artículos de revisión, etiología, los tipos de crisis epilépticas, manifestaciones clínicas de las crisis convulsivas, complicaciones estomatológicas, consideraciones odontológicas del paciente con epilepsia. El objetivo de este estudio es determinar las condiciones del manejo adecuado en pacientes con epilepsia en la atención odontológica.

Los métodos aplicados en esta investigación están basada en la recopilación de información de artículos científicos. El tipo de investigación es documental, descriptivo y cualitativo. Esta investigación traerá beneficios para los compañeros estudiantes y odontólogos ya que al conocer el diagnóstico de los pacientes con epilepsia se podrá prevenir complicaciones (33).

Título Cuidados para el manejo del paciente epiléptico en la consulta odontológica.

Autora Paola Elizabeth Castillo Torres. (2015)

Resumen

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica que se caracteriza por una transmisión eléctrica anormal de impulsos en el cerebro, el paciente tiende a tener repetidos ataques convulsivos, sin embargo, son reversibles. Durante la consulta odontológica el paciente epiléptico puede presentar una crisis convulsiva o complicarse a un status epiléptico, es esencial que el odontológico esté capacitado en el manejo de éste tipo de trastorno, conocer sus características, saber realizar las maniobras adecuadas para minimizar complicaciones como traumas, asfixia, entre otras.

Los fármacos antiepilépticos (FAE) tienen implicaciones específicas que afectan la salud oral, psicosocial y general del paciente. Los FAE tienen efectos en la cavidad oral como hiperplasia gingival, xerostomía, úlceras, glositis, mayor índice de caries dental, osteopenia, osteomalacia, disminución de agregación plaquetaria, traumatismos, entre otros, las cuales influyen en

el tratamiento odontológico. El registro de una historia clínica cuidadosa con preguntas precisas ayuda a conocer el estado del paciente, los riesgos y complicaciones que puede presentar y proporciona la información necesaria para elaborar el plan de tratamiento adecuado. Esta revisión bibliográfica es una propuesta de ofrecer una guía para el abordaje y el tratamiento odontológico en pacientes epilépticos (11).

3.10.2. Antecedentes nacionales

Título Actitud del odontólogo frente a pacientes especiales.

Autor Lenkey Ramos, Jessica Leonor. (2008)

Resumen

El problema más común en aquellos pacientes médicamente comprometidos y discapacitados, es el odontológico. Generalmente están afectados en su condición intraoral porque en su mayoría presentan deficiente higiene bucodental, hábitos alimenticios inapropiados ricos en sacarosa y carbohidratos, enfermedades en las encías, infecciones e inflamaciones crónicas y agudas, bruxismo, traumatismos constantes etc.

Todo ello repercute negativamente en su condición sistémica; y además, empeora el área estética, de deglución, pronunciación, masticación; aspectos que influyen en la actitud psicológica del paciente. Un cambio de actitud en el odontólogo con relación a los pacientes especiales y/o discapacitados, reconociendo sus posibilidades de tratamiento; contribuirá a que se les considere en los planes y programas de los servicios de salud y disminuya progresivamente el aislamiento en que se les ha tenido, considerándose sus requerimientos de recursos materiales y humanos con características especiales para su atención. El presente estudio evaluó la actitud de los odontólogos frente a los pacientes especiales y/o discapacitados.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta elaborada para medir actitudes por medio de la escala de categorías, escala simple y la escala de Likert. Se llegó a la conclusión de que a pesar de referir que sí aceptarían

a los pacientes especiales y/o discapacitados los odontólogos en este caso docentes también, aceptan que derivan la atención de estos pacientes. Son los odontólogos que trabajan en instituciones públicas los que demostraron mayor aceptación si recibieran a estos pacientes en su consulta. Los entrevistados reconocieron en su mayoría que no promueven la salud bucal de este grupo de pacientes. Es el grupo etáreo comprendido entre 46 y 55 años el que manifiesta más predisposición a rechazar a los pacientes que acudan a su consulta. No se encontraron diferencias significativas entre la actitud y el género de los entrevistados (34).

4. HIPÓTESIS

Dado que la formación del cirujano dentista y estudiantes de odontología de la Universidad Católica de Santa María implica la formación médica durante los 5 años de carrera.

Es probable que el conocimiento sobre el manejo del paciente con epilepsia de los alumnos del 5to año sea mayor que el de los alumnos 4to año.



CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

1.1.1. Especificación

En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta, con el instrumento cuestionario virtual para medir las variables de interés.

1.1.2. Esquemmatización

VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Conocimiento del manejo del paciente epiléptico	Encuesta	Cuestionario virtual

1.1.3. Descripción de la técnica

Se llevó a cabo el cuestionario de manera virtual mediante las plataformas Microsoft forms y teams, se seleccionó a los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de Odontología, que cumplan los criterios de inclusión y que estén matriculados en dicho semestre.

La metodología aplicada en el cuestionario virtual, es la construcción de las preguntas referida al Conocimiento.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

Para medir el nivel de Conocimiento se consideraron 20 preguntas, así mismo la subdividimos en preguntas sobre el conocimiento de la enfermedad, tratamiento de pacientes con epilepsia y atención del paciente con epilepsia. La escala de calificación es de 0 a 20. Cada respuesta acertada se calificará 1 (uno) y cada respuesta errada se calificará 0 (cero).

La corroboración adicional resulta al aplicar una escala de calificación según el Ministerio de Educación.

Muy bueno	18-20 puntos
Bueno	15-17 puntos
Regular	11-14 puntos
Malo	0 -10 puntos

1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Computadora
- Impresora
- Teléfono móvil

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Computadora

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito general:

Universidad Católica de Santa María

2.1.2. Ámbito Específico:

Facultad de odontología

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en los meses de julio y agosto, en el semestre impar del 2020.

2.3. Unidades de estudio

Grupos

2.3.1. Identificación de grupos

Grupo A: Estudiantes del VII semestre.

Grupo B: Estudiantes del IX semestre

2.3.2. Control de grupos

Criterios de inclusión

- Alumnos que estén matriculados virtualmente en el VII y IX semestre.
- Alumnos que deseen participar en la investigación.
- Alumnos que estén conectados al momento de aplicar el Cuestionario virtual.

Criterios de exclusión

- Alumnos que no estén matriculados virtualmente en el VII y IX semestre.
- Alumnos que no deseen participar en la investigación.
- Alumnos que no estén conectados al momento de aplicar el cuestionario virtual.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Validación del instrumento.
- Autorización del decano de la facultad de odontología.
- Coordinación correspondiente con el docente para establecer el momento adecuado durante las clases virtuales, con la finalidad de que no sean interrumpidos con el desarrollo de sus actividades.
- Recolección de datos.
- Estructuración, recuento y manejo de los resultados obtenidos.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos humanos

Investigadora: Guillen Catasi Katy Yuliana

Asesora: Dra. Barriga Flores María del Socorro

3.2.2. Recursos físicos

- Computadora
- Impresora

3.2.3. Recursos virtuales

- Plataforma de Microsoft Forms, para la creación del cuestionario virtual
- Plataforma de Microsoft Teams, para operativizar el cuestionario virtual.

3.2.4. Recursos económicos

El presupuesto fue autofinanciado

3.2.5. Recursos institucionales

Universidad Católica de Santa María

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento de los datos

a. Tipo de procesamiento

Computarizado, a través de la plataforma Microsoft Forms, que brindó una idea general de los resultados, utilizando el procesamiento de datos software estadístico SPSS versión 23 para la organización de la información y Excel, se elaboraron cuadros estadísticos de una y dos entradas y la elaboración de graficas de barras para el resultado.

b. Operaciones del procesamiento

- **Clasificación:**
Conseguida la muestra se ordenó en una matriz de registro clasificado
- **Codificación:**
Se codificaron los datos obtenidos en los programas ya mencionados.
- **Tabulación:**
Se realizaron tablas de doble entrada.

- **Graficación:**

Se emplearon gráficas de barra para los resultados.

4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis

Cuantitativo

b. Tratamiento estadístico

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS	PRUEBA ESTADISTICA
Nivel de conocimiento sobre el manejo del paciente con epilepsia	Ordinal	Ordinal	Frecuencias absolutas Frecuencias Relativas	Chi cuadrado



CAPÍTULO III RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

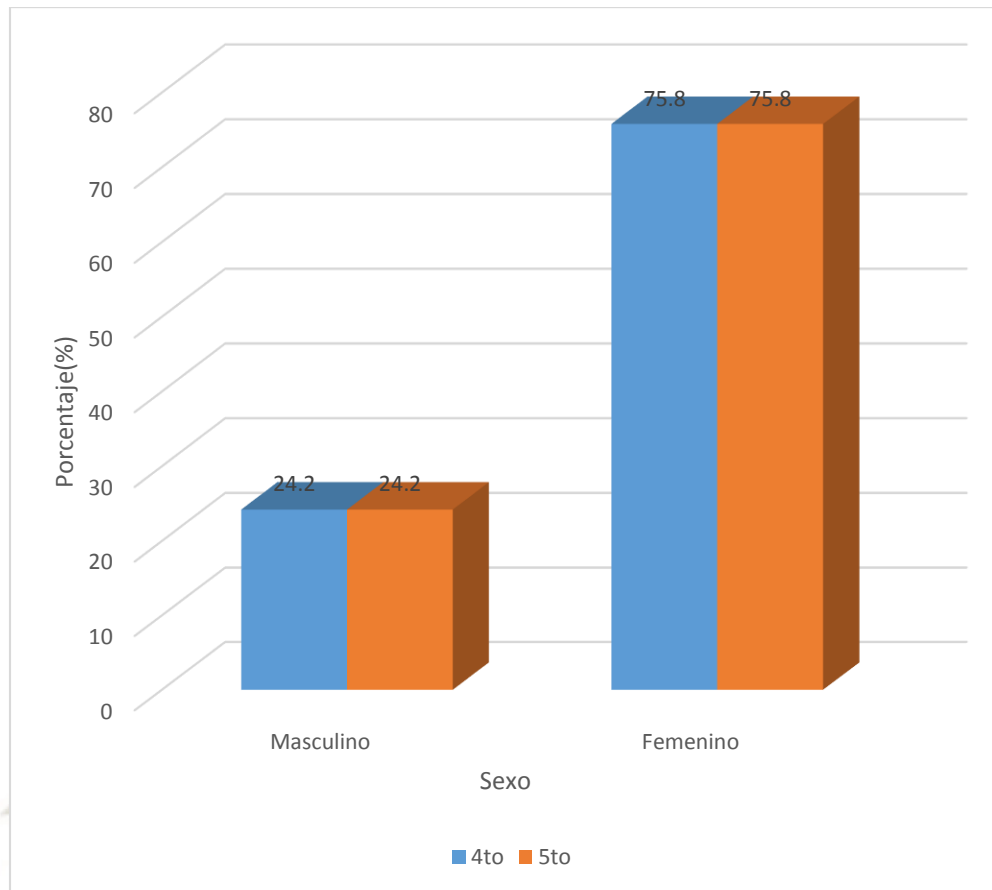
TABLA 1.
SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020

Sexo	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
Masculino	15	24.2	15	24.2
Femenino	47	75.8	47	75.8
TOTAL	62	100	62	100

Fuente: *Elaboración Propia.*

La Tabla N^o. 1 muestra que el 75.8% de los estudiantes del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM son de sexo femenino, mientras que el 24.2% de estudiantes son de sexo masculino.

GRÁFICO 1.
**SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL OCTAVO Y DECIMO SEMESTRE DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**



Fuente: *Elaboración Propia.*

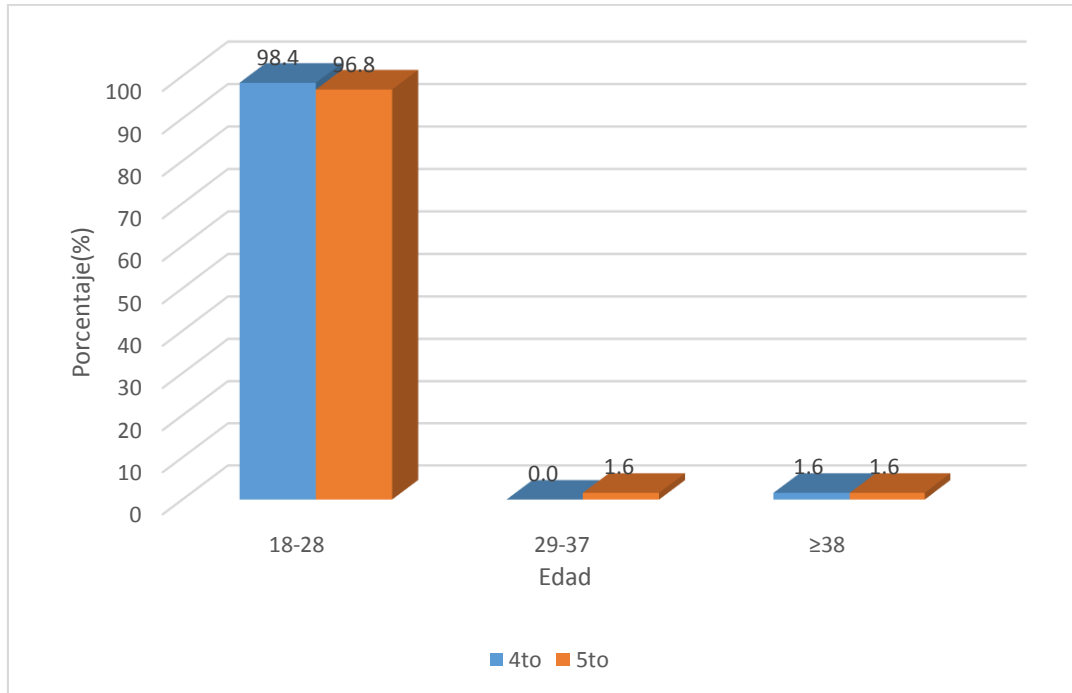
Tabla 2.**EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**

Edad	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
18-28	61	98,4	60	96.8
29-37	0	0,0	1	1.6
≥38	1	1,6	1	1.6
TOTAL	62	100	62	100

Fuente: *Elaboración Propia.*

La Tabla N^o. 2 muestra que el 98.4% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen entre 18 a 28 años, mientras que el 1.6% de estudiantes de 5to año tienen entre 29 a 37 años.

GRÁFICO 2.
EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020



Fuente: *Elaboración Propia*

TABLA 3.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES
DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM.
AREQUIPA 2020**

Epilepsia	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
Malo	1	1,6	0	0,0
Regular	16	25,8	11	17,7
Bueno	25	40,3	27	43,5
Muy bueno	20	32,3	24	38,7
TOTAL	62	100	62	100

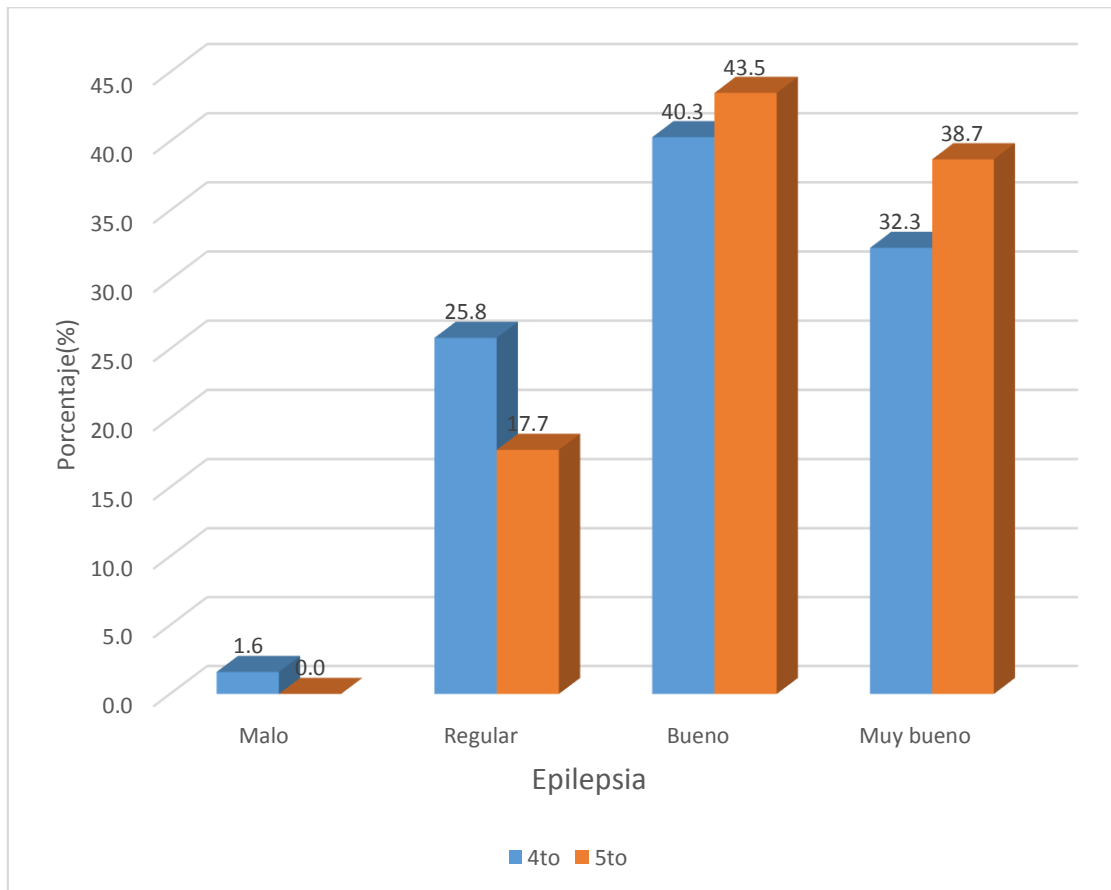
Fuente: *Elaboración Propia.*

$$X^2=2.36 \quad P>0.05 \quad P=0.49$$

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.36$) muestra que el nivel de conocimiento sobre epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 40.3% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen buen nivel de conocimiento sobre la epilepsia, mientras que el 38.7% de los estudiantes de 5to año tienen conocimiento muy bueno sobre la epilepsia.

GRÁFICO 3.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES
DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM.
AREQUIPA 2020**



Fuente: *Elaboración Propia.*

TABLA 4.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN
LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**

Tratamiento	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
Malo	16	25,8	14	22,6
Regular	32	51,6	23	37,1
Bueno	13	21,0	15	24,2
Muy bueno	1	1,6	10	16,1
TOTAL	62	100	62	100

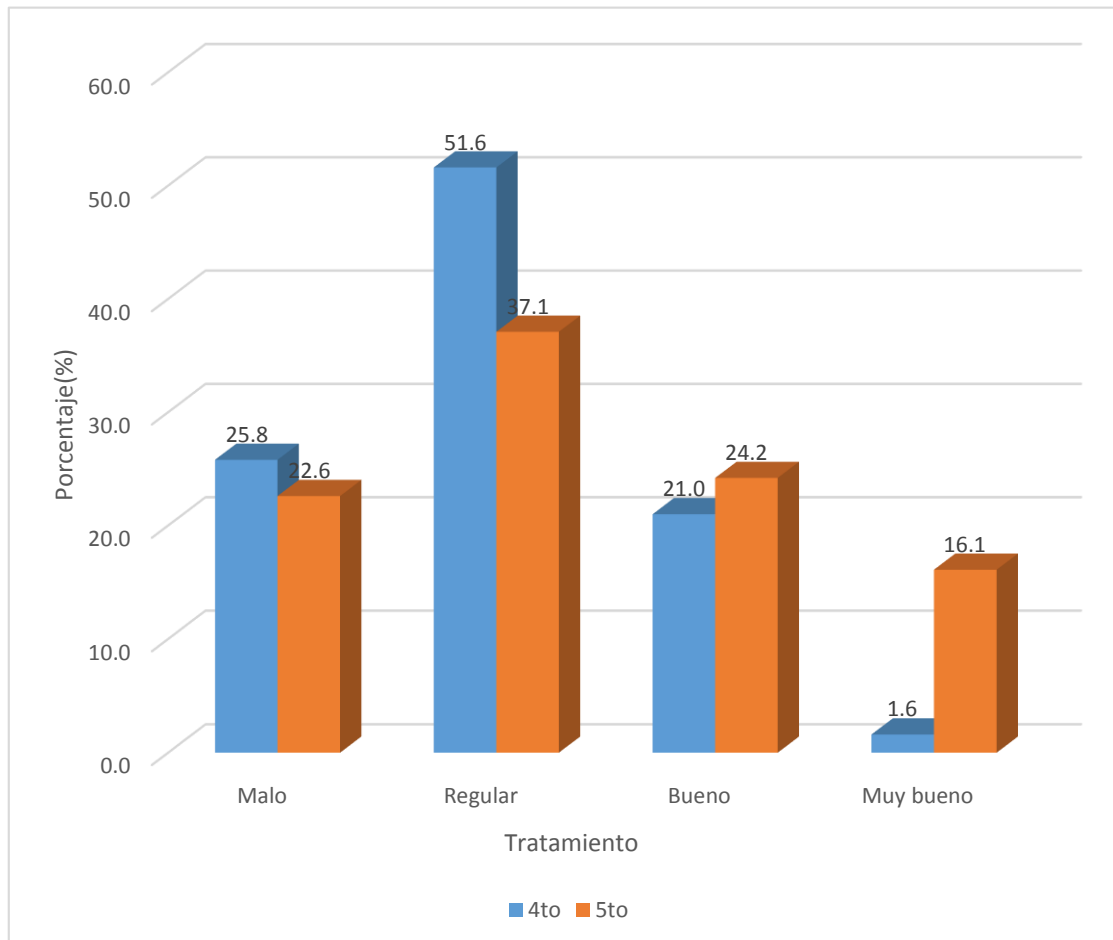
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=9.11 \quad P<0.05 \quad P=0.02$$

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.11$) muestra que el nivel de conocimiento sobre tratamiento de epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 51.6% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular sobre el tratamiento de la epilepsia, mientras que el 16.1% de los estudiantes de 5to año tienen conocimiento muy bueno sobre el tratamiento.

GRÁFICO 4.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA EN
LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**



Fuente: *Elaboración Propia.*

TABLA 5.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION AL PACIENTE CON
EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**

Atención al paciente	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
Malo	5	8,1	5	8,1
Regular	36	58,1	29	46,8
Bueno	18	29,0	22	35,5
Muy bueno	3	4,8	6	9,7
TOTAL	62	100	62	100

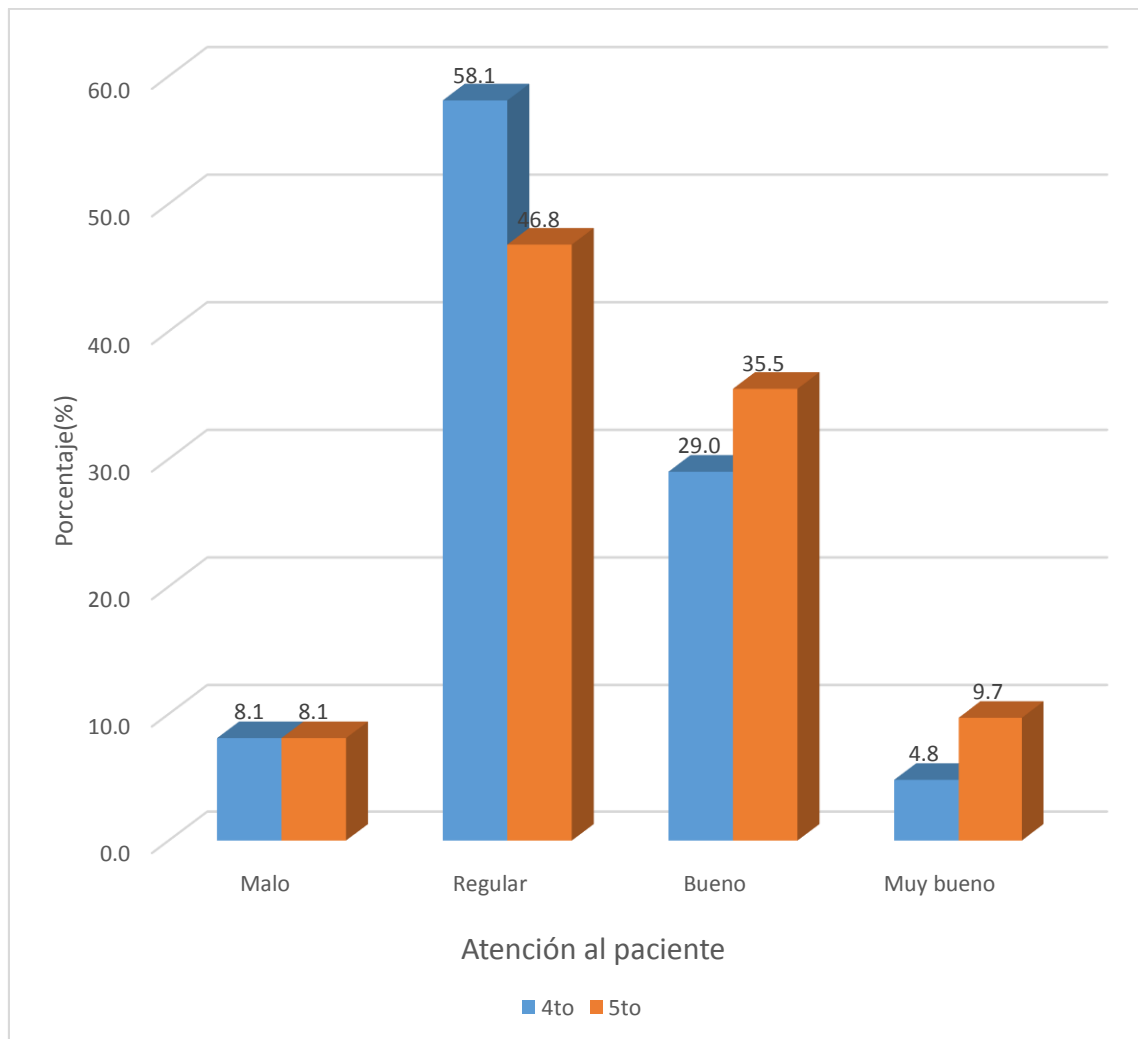
Fuente: Elaboración Propia.

$$X^2=2.15 \quad P>0.05 \quad P=0.54$$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.15$) muestra que el nivel de conocimiento sobre la atención al paciente en los estudiantes de 4to y 5to año no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 58.1% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular, mientras que el 35.5% de los estudiantes de 5to año tienen buen nivel de conocimiento.

GRÁFICO 5.
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCION AL PACIENTE CON
EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020**



Fuente: *Elaboración Propia.*

TABLA 6.
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020

Conocimiento	4to		5to	
	Nº.	%	Nº.	%
Malo	27	40,3	17	27.4
Regular	25	43,5	28	45.2
Bueno	9	14,5	12	19.4
Muy bueno	1	1,6	5	8.1
TOTAL	62	100	62	100

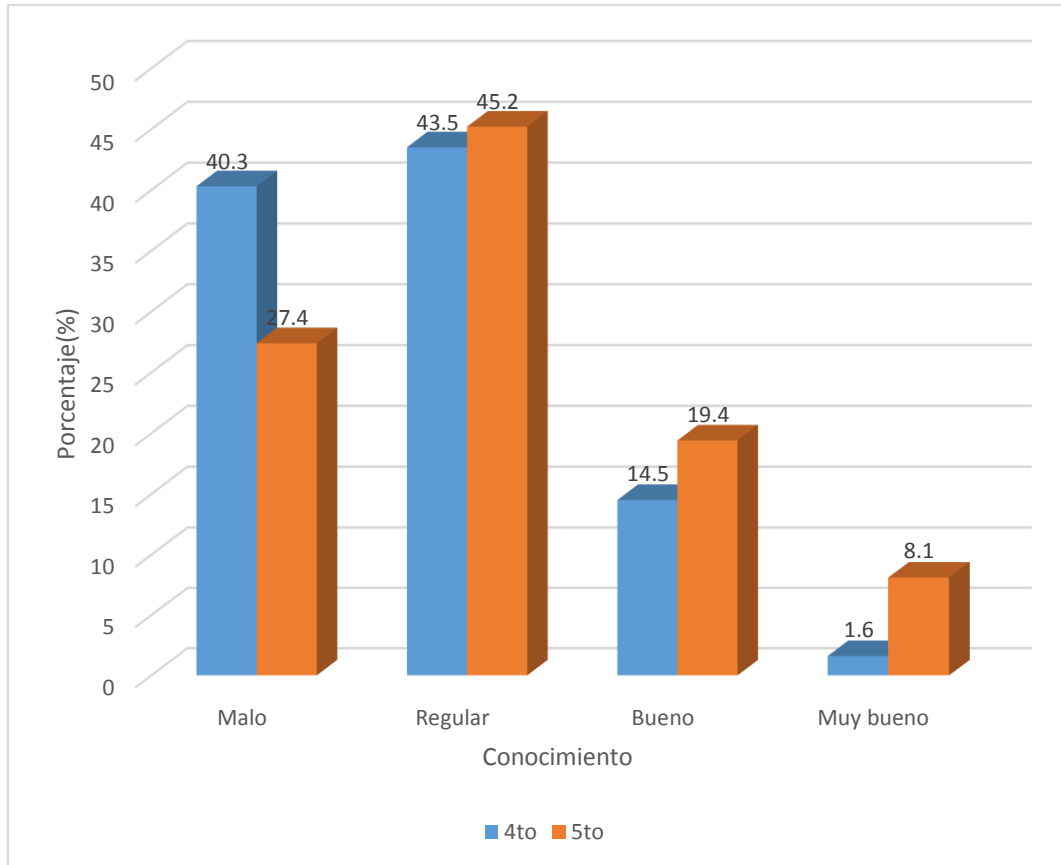
Fuente: *Elaboración Propia.*

$$X^2=5.53 \quad P>0.05 \quad P=0.13$$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.53$) muestra que el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 43.5% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen regular nivel de conocimiento, mientras que el 19.4% de los estudiantes de 5to año presentan buen nivel de conocimiento.

GRÁFICO 6.
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA EN LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM. AREQUIPA 2020



Fuente: *Elaboración Propia.*

DISCUSIÓN

El presente estudio lo inicié con la intención de determinar el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM, Arequipa 2020.

Los resultados generales nos muestran que el 75.8% de los estudiantes del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM son de sexo femenino, mientras que el 24.2% de estudiantes son de sexo masculino. El 98.4% de los estudiantes del 4to año tienen entre 18 a 28 años, mientras que el 1.6% de estudiantes de 5to año tienen entre 29 a 37 años.

Según la prueba estadística se demostró que el nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año no presenta diferencia estadística significativa. El 40.3% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen mal nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con epilepsia, seguido del 43.5% de estudiantes con conocimiento regular, el 45.2% de los estudiantes del 5to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular sobre el manejo de pacientes con epilepsia.

El nivel de conocimiento sobre el tratamiento de epilepsia en los estudiantes de 4to y 5to año presenta diferencia estadística significativa, mientras que el conocimiento sobre esta enfermedad y la atención al paciente no presentan diferencia estadística significativa. Lenkey Ramos, Jessica Leonor (2008) en su investigación titulada Actitud del odontólogo frente a pacientes especiales concluyeron que a pesar de referir que sí aceptarían a los pacientes especiales y/o discapacitados los odontólogos en este caso docentes también, aceptan que

derivan la atención de estos pacientes. Son los odontólogos que trabajan en instituciones públicas los que demostraron mayor aceptación si recibieran a estos pacientes en su consulta. Los entrevistados reconocieron en su mayoría que no promueven la salud bucal de este grupo de pacientes.

El 25.8% de los estudiantes del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular sobre la epilepsia, el 21.0% tienen buen nivel de conocimiento sobre el tratamiento de esta enfermedad, mientras que el 29.0% presentan buen nivel de conocimiento en la atención al paciente. El 17.7% de los estudiantes del 5to año de la facultad de odontología de la UCSM tienen nivel de conocimiento regular sobre la epilepsia, el 24.2% tienen buen nivel de conocimiento sobre el tratamiento de esta enfermedad, mientras que el 35.5% presentan buen nivel de conocimiento en la atención al paciente. Ángel Fabricio Valarezo Coronel (2016) en su investigación denominada Manejo Farmacológico Del Paciente Epiléptico en el Consultorio Odontológico concluyó que La historia de la medicación antiepiléptica debe ser revisada y actualizada en cada visita para determinar la dosis, su potencia, el cumplimiento y las interacciones medicamentosas que podrían darse, debido a que éstas son comunes y pueden variar sustancialmente la vida media, y los niveles en sangre de los anti convulsionantes.

CONCLUSIONES

Primera: El nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con epilepsia en alumnos del 4to año de la facultad de odontología de la UCSM, fue mayormente Regular con un 43.5%.

Segunda: El nivel de conocimiento sobre el manejo de pacientes con epilepsia en alumnos del 5to año de la facultad de odontología de la UCSM, fue mayormente Regular con un 45.2%.

Tercera: El nivel de conocimiento del manejo de pacientes con epilepsia en los estudiantes del 4to y 5to año no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$), ya que a pesar de evidenciarse una leve superioridad de conocimiento en los alumnos de 5to año, estadísticamente no es relevante esta diferencia; por lo tanto el conocimiento de los alumnos del 5to año no es mayor que el de los alumnos 4to año.

RECOMENDACIONES

1. A nivel de formación profesional y teniendo en cuenta el nivel de conocimientos obtenidos en el presente trabajo de investigación, se recomienda que la facultad de odontología aumente el curso de odontología especial teórica y no solo práctica para poder mejorar la formación teórico-clínica en los alumnos de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María.
2. Se recomienda a la facultad de odontología realizar u organizar seminarios teóricos – prácticos como requisito previo a la titulación para las diferentes emergencias médicas odontológicas, para reforzar el conocimiento de dichos temas.
3. Se recomienda a la facultad de odontología, a nivel de la investigación promover trabajos para mejorar el proceder frente a estos casos como situaciones vivenciales o que exista una simulación experimentando una crisis epiléptica, así los alumnos podrán mejorar la actitud con la práctica constante de este acontecimiento.

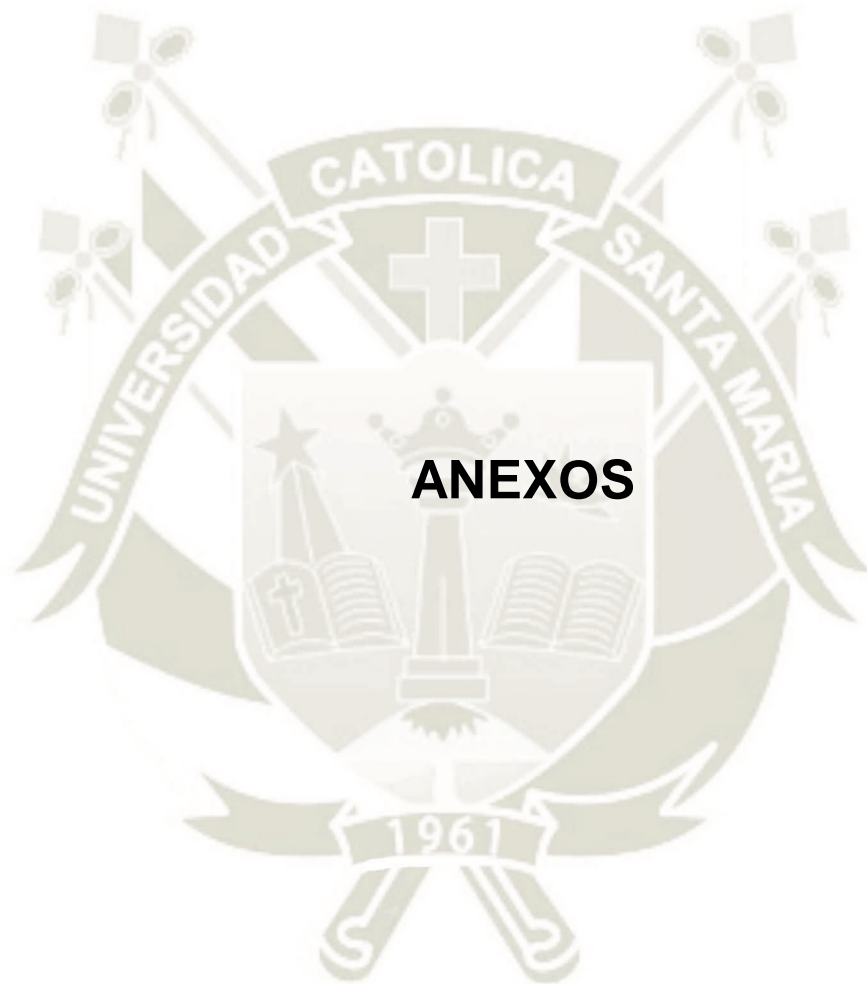
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica. ARTÍCULO ESPECIAL. [Online]. [cited An Fac med. 2009;70(3):217-24. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>.
2. Mulatinho Maranhão M, TSA , Araújo Gomes , de Carvalho P. Epilepsia y Anestesia. [Online]. [cited [Rev Bras Anesthesiol 2011;61(2): 124-136]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n2/es_v61n2a13.pdf.
3. T. Berg A, F. Berkovic S, J. Brodie M. Terminología y conceptos revisados para la organización de convulsiones y epilepsias: Informe de la Comisión de Clasificación y Terminología de la ILAE, 2005-2009. INFORME ESPECIAL. ; 2010.
4. De Gilbert Rivera BF, Lopéz Guitierrez R, Gil Gregorio P. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. [Online]. [cited Dep. Legal: M-23826-2006. Available from: [file:///C:/Users/PERU/Downloads/S35-05%2050 III%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PERU/Downloads/S35-05%2050 III%20(2).pdf).
5. James W. Little DAFCSMNL. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5th ed. Brace H, editor. Madrid: Ed. España; 1998.
6. Epilepsia. World Health Organization. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
7. Morales A, Hallal Y, Quintero F, Rondón I. EPILEPSIA Y SUS IMPLICACIONES EN EL CAMPO ODONTOLÓGICO. ACTA BIOCLINICA. 2014.
8. Adamolekun B. Trastornos convulsivos. Manual Merck. [Online].; 2018. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>.
9. Robert BB, Steven MS. Manejo de pacientes dentales con trastornos convulsivos. 2006; 50 (4): 607-23 Octubre.
10. Goodman & Gilman. Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica. 13th ed. Laurence L. Brunton P, editor.: INTERAMERICA EDITORES S.A. CV; 2012.
11. Castillo Torres. Cuidados para el manejo del pacientes epileptico en la consulta Odontologica.Tesis para optar por el título de Odontología.Quito – Ecuador: Universidad de las américas. [Online].; 2015. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3977/1/UDLA-EC-TOD-2015-33%28S%29.pdf>.
12. Dieter S, Steven CS. Tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos. 2014 Febrero 28.
13. Aragón CE, Burneo J. Comprender al paciente con epilepsia y convulsiones en la práctica odontológica.Clinical practice. [Online].; 2007. Available from:

<https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-1/71.pdf>.

14. Carrión Bolaños J, Perea Pérez , MartínCerrato B, Labajo González EA. Actualización en el empleo de benzodiazepinas en odontología. [Online].; 2007, pp. 115-120. Available from: <https://www.aacademica.org/elenalabajogonzalez/52.pdf>.
15. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA UDAYGDEES. Dispositivo estimulador del nervio vago para epilepsia refractaria. [Online].; 2019. Available from: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2019-04-22/ETS%200003-2019%20Nervio%20Vago-c.pdf>.
16. Mehmet Y., Senem O., Sulum T, Llumeyra K. Manejo de pacientes epilépticos en odontología. Ciencia quirúrgica. [Online].; 2012; 3: 47-52.. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=17010>.
17. Jacobsen PL, Eden O. Epilepsia y tratamiento odontológico del paciente epiléptico. La revista de la práctica dental contemporánea. 2008 Febrero.
18. Sáez U, Calejon I, Molina A, Roncero A, Martínez M. Salud Bucodental de los pacientes internados en el Centro de Atención a Discapacitados Psíquicos de Albacete. RevClinMed Fam. 2010.
19. Fajardo A, Olmosb F, Sarmiento L. Ácido valproico y riesgo de sangrado perioperatorio. Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Anestesiología. 2013 Marzo.
20. JJ Fitzpatrick 1 NM,MW,LS. Epilepsia en la pratica dental. J Ir Dent Assoc. 2008.
21. Jovanovic S, Gajić I, Radivojević V. Factores de riesgo para cambios orales en niños con epilepsia: artículo informativo. 2009.
22. K. Vorkas C, K. Gopinathan M, Singh , Devinsky O. Epilepsia y procedimientos dentales. Una revisión. La revista dental del estado de Nueva York. 2008.
23. Salles Barbério G, da Silva Santos PS, de Andrade Moreira Machado MA. EPILEPSIA: CONDUITAS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2013 Mayo.
24. Dougall A FJ. Acceso a odontología de cuidados especiales, Parte 5. Seguridad. [Online].; (2008).177- 181.. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23191116_Access_to_special_care_dentistry_Part_5_Safety.
25. Petrina Cornacchio AL, G Burneo J, E. Aragon C. Los efectos de los fármacos antiepilépticos en la salud bucal. J Can Dent Assoc. 2011.

26. Koo J ZA. Fármacos antiepilépticos (FAE) durante el embarazo y riesgo de malformación congénita de la mandíbula y la boca. [Online].; 2013. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/odi.12061>.
27. Percival T, Aylett S, Pool F, Bloch-Zupan A. Percepciones de los padres sobre la salud dental y la necesidad de tratamiento en niños con epilepsia: un estudio transversal multicéntrico. Dovepress. 2018; 9: 165-172.
28. D. G. Medical emergencies and resuscitation. Resuscitation council (UK) Rec, de Standards for clinical practice and training for dental practitioners and dental care professionals in. [Online].; 2015. Available from: <https://www.resus.org.uk/search?search=epilepsia>.
29. Ana Maria Á, Martha Á. Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología. Revista CES Odontología. 2006; Vol. 19 -(2 2006).
30. D. A. Consideraciones Anestesiológicas En Cirugía De La Epilepsia. REV. ARG. ANEST.. 1998; 56(4)(248-252pp.).
31. Errando C, Mucia M, Gimeno A, Herrera R. Anestesia en un caso de síndrome de Angelman. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2007; 54(9)(566-569).
32. Drislane FW, MD. Estado epiléptico convulsivo en adultos: tratamiento y pronóstico. [Online].; 2020. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/convulsive-status-epilepticus-in-adults-treatment-and-prognosis>.
33. Valarezo Coronel. Manejo Farmacológico Del Paciente Epiléptico en el Consultorio. [Online].; 2016. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/21722/1/VALAREZOangel.pdf>.
34. LENKEY RAMOS L. ACTITUD DEL ODONTÓLOGO FRENTE A PACIENTES ESPECIALES Y/O. [Online].; 2008. Available from: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/JESSICALEONORLENKEYRAMOS.pdf>.



ANEXO N°1: MODELO DEL INSTRUMENTO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE PACIENTES CON EPILEPSIA ENTRE LOS ALUMNOS DEL 4TO Y 5TO AÑO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCSM - 2020"

El siguiente cuestionario busca conocer el nivel de sus conocimientos sobre el manejo de pacientes con epilepsia en los alumnos del 4to y 5to año de la facultad de odontología de la UCSM.

Si usted decide participar del instrumento mencionado es importante que considere que la información brindada podrá ser utilizada con fines académicos con publicaciones, ponencias y entre otros. Esta ficha es completamente anónima y confidencial lo cual requiere de su aceptación para la participación.

Por consiguiente se les agradecerá a los señores alumnos responder con absoluta seriedad y veracidad a las siguientes preguntas.

¿Acepta usted Participar en el siguiente cuestionario?

Acepto () No acepto ()

Información

Sexo: Masculino () Femenino ()

Año de estudio: 4to () 5to ()

Edad:

Seleccione la alternativa que considere correcta

1. ¿Qué es la epilepsia?
 - a) Es una enfermedad mental
 - b) Es una enfermedad neurológica crónica
 - c) Una descarga súbita, rápida y excesiva de las células cerebrales
 - d) b y c *

2. Indique la alternativa correcta sobre la etiología de la epilepsia
 - a) Lesiones cerebrales
 - b) Malformaciones congénitas
 - c) Anomalías metabólicas
 - d) Todas las anteriores*

3. ¿Cuál de las alternativas no es un factor desencadenantes de las crisis convulsivas?
 - a) Hipoglicemia
 - b) Luces intermitentes/Ruidos
 - c) Hidratación *
 - d) Supresión del tratamiento antiepiléptico habitual.

4. Indique cual es la alternativa incorrecta con respecto a la crisis epiléptica
 - a) Una persona que presente una crisis epiléptica necesariamente es un paciente epiléptico*

- b) Cada tipo de crisis convulsivas tienen sus propias características que las distinguen
- c) Un epiléptico puede fallecer debido a una crisis
- d) Las crisis epilépticas no siempre van acompañadas con pérdida de conocimiento
5. Indique cual es la alternativa correcta con respecto a la epilepsia
- a) En algunos pacientes puede haber pérdida de control de esfínteres durante la crisis.
- b) Todos los epilépticos pierden la conciencia al sufrir una crisis
- c) Durante la crisis epiléptica la lengua o la mejilla pueden ser mordidas,
- d) Todas las anteriores
- e) a y c *
6. Indique que alternativa puede aumentar la posibilidad de ocasionar una crisis epiléptica
- a) Tabaco y alcohol
- b) Dormir pocas horas
- c) Estrés y ansiedad
- d) Todas la anteriores*
7. No es un fármaco antiepiléptico
- a) Fenitoina
- b) Carbamazepina
- c) Ciprofloxacino*
- d) Fenobarbital
- e) Valproato
8. Indique la alternativa correcta con respecto al tratamiento del paciente con epilepsia
- a) Existen fármacos efectivos para controlar todas las crisis epilépticas
- b) Existen epilepsias no controlables con fármacos *
- c) Si las crisis desaparecen con el uso de medicación se deja el tratamiento inmediatamente.
- d) Todas son correctas
9. Que puede ocasionar el ácido valproico
- a) Paciente llevado a cirugía mayor representa un aumento de sangrado
- b) Paciente llevado a cirugía mayor representa una disminución de sangrado
- c) Retraso de cicatrización
- d) a y c *
10. Algunos medicamentos anticonvulsivos en la cavidad oral pueden generar, marque la incorrecta
- a) Hiperplasia gingival
- b) Recesión gingival*
- c) Xerostomía
- d) Glositis

11. Indique la alternativa correcta sobre la información necesaria que se debe preguntar a un paciente epiléptico en la consulta dental.
 - a) Tipo de epilepsia y la frecuencia de las convulsiones
 - b) Fecha de última convulsión
 - c) Antiepilépticos que está tomando actualmente el paciente.
 - d) Todas las anteriores*
 - e) b y c

12. Indique la alternativa correcta sobre el manejo del paciente epiléptico durante la consulta
 - a) Conocer si las crisis van precedidas de un aura
 - b) No se debe utilizar abre bocas o cuñas de goma
 - c) Evitar los estímulos que sean capaces de desencadenar la descarga neuronal
 - d) Todas las anteriores*
 - e) a y c

13. Indique la alternativa incorrecta sobre la atención del paciente epiléptico
 - a) Se debe incluir en la historia clínica que el paciente es epiléptico
 - b) Debe el paciente epiléptico suspender su medicación antes del tratamiento dental*
 - c) Citarlo a primera hora de consulta y evitar demoras
 - d) Posponerlo si ha habido crisis recientes.

14. Que puede suceder en la crisis epiléptica
 - a) Alteraciones como fracturas maxilomandibular y orofacial, producidas por las crisis epilépticas.
 - b) Avulsiones dentoalveolares.
 - c) Pacientes que sufren ataques con aura (previo aviso) son menos propensos a hacerse daño.
 - d) Todas las anteriores *
 - e) a y c

15. Cuando el tratamiento del paciente consiste en la ingesta de ácido valproico que debemos hacer antes de someterlo a alguna cirugía.
 - a) Pedirle una prueba de factor reumatoideo.
 - b) Se debe de llevar a cabo una evaluación previa de hemostasia *
 - c) Se debe realizar un examen de recuento de células sanguíneas.
 - d) Examen de glucosa.

16. Indique la alternativa correcta sobre la anestesia en pacientes epilépticos
 - a) No es perjudicial una sobredosis de anestesia local.
 - b) Se debe detectar si existen elementos que puedan detonar un evento convulsivo antes de colocar la anestesia.
 - c) Anestésicos locales no presenta alguna complicación indicados en estos pacientes
 - d) b y c *

17. Cuando se debería de llamar a urgencias
 - a) Cuando la crisis se repite varias veces con latencia de unos minutos*
 - b) Cuando la crisis dura 3 minutos
 - c) Cuando dura menos de 5 minutos
 - d) a y b
18. Indique la alternativa incorrecta sobre manejo del paciente con una crisis convulsiva durante el tratamiento
 - a) Mantener permeable la vía aérea
 - b) No retirar objetos o equipos que estén alrededor *
 - c) Colocar una cánula de succión entre las arcadas en la fase inicial si fuera posible
 - d) Colocar el sillón en la posición supina y de costado.
19. Indique cuál de las alternativas es incorrecta sobre las medidas post-ictales
 - a) Control de signos vitales
 - b) Cuando se recupere no es necesario ir acompañado de un adulto responsable.*
 - c) Recomendar control con el médico tratante
 - d) Realizar pulsioximetría
20. Que es estatus epiléptico
 - a) Es cuando un paciente comienza a tener crisis epiléptica
 - b) Emergencia neurológica que requiere una atención inmediata*
 - c) Cuando la crisis epiléptica dura unos segundos
 - d) b y c

ANEXO N°2: ESCALA DE CALIFICACIÓN

ESCALA DE CALIFICACIÓN GENERAL	
Cada pregunta equivale 1.0	
Muy bueno	18-20
Bueno	15-17
Regular	11-14
Malo	0-10

Fuente: Elaboración propia

ESCALA DE CALIFICACIÓN POR INDICADORES	
EPILEPSIA	
Muy bueno	6
Bueno	4-5
Regular	2-3
Malo	0

Fuente: Elaboración propia

ESCALA DE CALIFICACIÓN POR INDICADORES	
TRATAMIENTO	
Muy bueno	4
Bueno	3
Regular	2
Malo	0-1

Fuente: Elaboración propia

ESCALA DE CALIFICACIÓN POR INDICADORES	
ATENCIÓN AL PACIENTE	
Muy bueno	9-10
Bueno	6-8
Regular	3-5
Malo	0-2

Fuente: Elaboración propia

ANEXO N°3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante: DELGADO ALVAREZ EDWIN RICARDO
- 1.2. Cargo e Institución donde labora: DOCENTE, UCSM
- 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación: CUESTIONARIO (NIVEL DE CONOCIMIENTO)
- 1.4. Autor del Instrumento : GUILLEN CATASI KATY YULIANA

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				X	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				X	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				X	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				X	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.			X		
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				X	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				X	

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con un aspa)

Lugar y fecha: 22/07/2020


.....
Firma del Experto Informante

DNI 29326919

Teléfono No 959928666

ANEXO N°4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Sexo	Semestre	Edad	Edad	Epilepsia	Tratamiento	Atención	Conocimiento
1	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
2	Femenino	4TO	21	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
3	Femenino	4TO	20	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
4	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Malo	Regular	Regular
5	Femenino	4TO	23	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
6	Femenino	4TO	21	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
7	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
8	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Malo	Bueno	Regular
9	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
10	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Malo	Regular	Regular
11	Femenino	4TO	20	18-28	Muy bueno	Bueno	Regular	Regular
12	Masculino	4TO	24	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
13	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Regular
14	Femenino	4TO	24	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
15	Masculino	4TO	26	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
16	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
17	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular
18	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Regular	Malo	Malo
19	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Malo	Bueno	Regular
20	Femenino	4TO	26	18-28	Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Muy bueno
21	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
22	Femenino	4TO	22	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
23	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
24	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
25	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
26	Femenino	4TO	23	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
27	Femenino	4TO	23	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Bueno
28	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
29	Masculino	4TO	22	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
30	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Bueno
31	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
32	Femenino	4TO	23	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
33	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Bueno	Bueno	Regular
34	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular
35	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Regular	Muy bueno	Bueno
36	Femenino	4TO	21	18-28	Regular	Bueno	Bueno	Regular
37	Masculino	4TO	21	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
38	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Malo	Malo	Malo
39	Femenino	4TO	21	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
40	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Bueno	Regular	Regular

41	Masculino	4TO	25	18-28	Muy bueno	Malo	Regular	Regular
42	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
43	Femenino	4TO	22	18-28	Malo	Regular	Regular	Malo
44	Masculino	4TO	23	18-28	Regular	Malo	Malo	Malo
45	Femenino	4TO	20	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
46	Femenino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
47	Femenino	4TO	22	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
48	Femenino	4TO	22	18-28	Regular	Bueno	Regular	Malo
49	Masculino	4TO	45	>=38	Regular	Regular	Malo	Malo
50	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
51	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Bueno	Bueno	Regular
52	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Regular	Muy bueno	Regular
53	Masculino	4TO	20	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
54	Femenino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
55	Masculino	4TO	20	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
56	Femenino	4TO	21	18-28	Bueno	Bueno	Regular	Regular
57	Masculino	4TO	22	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Regular
58	Masculino	4TO	23	18-28	Regular	Regular	Malo	Malo
59	Masculino	4TO	21	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
60	Masculino	4TO	22	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
61	Masculino	4TO	23	18-28	Muy bueno	Malo	Bueno	Regular
62	Masculino	4TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
63	Femenino	5TO	23	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
64	Femenino	5TO	22	18-28	Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Muy bueno
65	Femenino	5TO	21	18-28	Bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
66	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
67	Masculino	5TO	22	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
68	Femenino	5TO	21	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
69	Masculino	5TO	25	18-28	Bueno	Bueno	Regular	Regular
70	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
71	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Regular
72	Femenino	5TO	25	18-28	Regular	Regular	Malo	Malo
73	Femenino	5TO	26	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
74	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Malo	Regular	Malo
75	Femenino	5TO	22	18-28	Regular	Regular	Bueno	Regular
76	Masculino	5TO	40	>=38	Bueno	Bueno	Regular	Regular
77	Femenino	5TO	22	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
78	Masculino	5TO	24	18-28	Regular	Regular	Bueno	Regular
79	Femenino	5TO	25	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
80	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
81	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
82	Femenino	5TO	26	18-28	Bueno	Malo	Malo	Malo
83	Masculino	5TO	25	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
84	Femenino	5TO	23	18-28	Regular	Bueno	Bueno	Regular

85	Masculino	5TO	22	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
86	Masculino	5TO	34	29-37	Muy bueno	Bueno	Regular	Regular
87	Masculino	5TO	22	18-28	Bueno	Bueno	Regular	Regular
88	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Malo	Bueno	Regular
89	Masculino	5TO	21	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
90	Femenino	5TO	23	18-28	Bueno	Malo	Malo	Malo
91	Femenino	5TO	21	18-28	Bueno	Bueno	Malo	Malo
92	Femenino	5TO	21	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
93	Femenino	5TO	22	18-28	Bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
94	Femenino	5TO	22	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
95	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Bueno
96	Masculino	5TO	22	18-28	Bueno	Regular	Regular	Malo
97	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Bueno	Regular	Regular
98	Femenino	5TO	23	18-28	Bueno	Bueno	Bueno	Regular
99	Masculino	5TO	22	18-28	Bueno	Bueno	Regular	Regular
100	Masculino	5TO	27	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular
101	Femenino	5TO	25	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
102	Femenino	5TO	21	18-28	Regular	Malo	Regular	Malo
103	Femenino	5TO	23	18-28	Bueno	Regular	Regular	Regular
104	Femenino	5TO	27	18-28	Bueno	Malo	Regular	Malo
105	Femenino	5TO	24	18-28	Muy bueno	Malo	Malo	Malo
106	Femenino	5TO	22	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular
107	Femenino	5TO	23	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular
108	Masculino	5TO	23	18-28	Bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno
109	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Muy bueno
110	Masculino	5TO	25	18-28	Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Muy bueno
111	Femenino	5TO	23	18-28	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Bueno
112	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Muy bueno
113	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno
114	Femenino	5TO	24	18-28	Muy bueno	Regular	Bueno	Bueno
115	Femenino	5TO	25	18-28	Regular	Regular	Regular	Malo
116	Femenino	5TO	25	18-28	Bueno	Bueno	Bueno	Regular
117	Femenino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno
118	Femenino	5TO	23	18-28	Regular	Muy bueno	Regular	Regular
119	Femenino	5TO	22	18-28	Bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno
120	Femenino	5TO	22	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
121	Femenino	5TO	22	18-28	Muy bueno	Malo	Bueno	Bueno
122	Femenino	5TO	21	18-28	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
123	Masculino	5TO	23	18-28	Muy bueno	Regular	Regular	Regular
124	Femenino	5TO	24	18-28	Bueno	Regular	Bueno	Regular