



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

UAM XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**CRISIS CONVULSIVA PRIMARIA Y LA INTERVENCIÓN
ESTOMATOLÓGICA: RECONOCIMIENTO, PRECAUCIONES,
EMERGENCIAS E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ

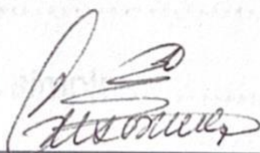
ALUMNA: MARIANA YAZMÍN VIVEROS SAMAYOA

MATRICULA:2132033037

PERIODO: 2017-2018

FECHA DE ENTREGA: DICIEMBRE 2025.

ASESORES: CD.E.O. RICARDO PÉREZ VEGA.
MTRA. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA.



Asesor

Dra. Crisanta Judith Sánchez Martínez



Asesor

Dr. Ricardo Pérez Vega



ASESOR INTERNO

MTRA. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA



COMISIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE LA CARRERA DE ESTOMATOLOGÍA
DE LA UAM XOCHIMILCO

RESUMEN DEL INFORME

La presente investigación tiene como objetivo dar las herramientas necesarias a nosotros como Estomatólogos respecto a la atención, identificación y tratamiento Estomatológico a pacientes con crisis convulsivas.

En la cual la metodología utilizada para esta investigación fue de carácter bibliográfico y no experimental. A lo largo de la investigación se revisaron diversas fuentes bibliográficas como lo fueron: artículos científicos, libros, e información basada en evidencia clínica.

Inicié mi servicio social en agosto del 2017 en el Hospital Dr. Manuel Gea González, en el área de Estomatología y Ortodoncia.

Durante mi estancia en el hospital tenía que rotar por diferentes servicios; con lo cual se me permitía realizar diferentes actividades tales como: Participar en los planes de tratamientos, de los pacientes junto a los especialistas, realizar diversos tratamientos pertenecientes al área de Odontología general (Operatoria, restauradora, preventiva, exodoncias simples) y otras pertenecientes al área de Ortodoncia.

Elegí realizar mi servicio social a nivel hospitalario ya que al ser un hospital de primer nivel me ayudó a tener una mejor práctica y conocimiento pues en su mayoría se atienden a pacientes comprometidos sistémicamente, con síndromes y anomalías craneofaciales.

Palabras clave: epilepsia, Estomatología, anticonvulsivo, convulsiones

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN GENERAL	1
CAPITULO II	2
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	2
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
MARCO TEÓRICO	3
SISTEMA NERVIOSO.....	3
POTENCIALES DE MEMBRANA, POTENCIALES DE ACCIÓN.....	4
EPILEPSIA.....	5
TERMINOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS CONVULSIONES EPILÉPTICAS.....	6
FASE PRODRÓMICA.....	6
FASE PREICTAL.....	6
FASE ICTAL.....	6
FASE POSICTAL.....	7
CONVULSIONES PARCIALES	8
CONVULSIONES PARCIALES SIMPLES.....	8
CONVULSIONES ATÓNICAS	10

CONVULSIONES GENERALIZADAS	10
GRAND MAL	11
PETIT MAL	11
CRISIS DE AUSENCIA	12
CRISIS PSICOMOTORAS (EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL)	12
MANIFESTACIONES CLÍNICA	14
ESTUDIOS NEUROPSICOLÓGICOS... ..	14
ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS INFANTILES.....	15
DIFERENCIACIÓN	16
EPILEPSIA IDIOPÁTICA	16
EPILEPSIA ADQUIRIDA	16
CONVULSIONES FEBRILES.....	16
ATAQUE ACINÉTICO	18
CONVULSIONES GENERALIZADAS TÓNICO-CLÓNICAS.....	18
CRISIS MIOCLÓNICAS.....	20
EPILEPSIA Y PROCEDIMIENTO ESTOMATOLÓGICO	20
FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS CONVULSIVAS.....	21
HISTORIA CLÍNICA.....	23
COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	26
EFFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICOS EN LA SALUD ORAL.....	26
INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS Y OTROS FÁRMACOS	28
EPILEPSIA Y ANESTESIA.....	28

TRATAMIENTO	29
CONCLUSIÓN.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34

CAPITULO I:

INTRODUCCIÓN GENERAL

Realicé mi servicio social en el Hospital Dr. Manuel Gea González, en la división de Estomatología-Ortodoncia durante el periodo de 1 agosto 2017 al 31 Julio 2018; en el cual tuve la oportunidad de atender a pacientes con algún compromiso sistémico, alteraciones craneofaciales, síndromes, pacientes con labio y/o paladar hendido.

En el área de estomatología se realizan tratamientos de rehabilitación u operatoria dental.

Niños: técnica de cepillado, profilaxis profesional, aplicación flúor, resinas, amalgamas, odontoxesis, pulpectomías, pulpotomías, coronas de acero cromo.

Adultos: Técnica de cepillado, profilaxis profesional, aplicación de flúor, cirugías bucales, rehabilitación protésica, resinas, amalgamas.

Para que el paciente sea remitido al área de ortodoncia debe estar totalmente rehabilitado y sin focos de infección de otra manera no se podrá dar inicio al tratamiento ortodóntico.

Cuando el paciente es dado de alta se le da seguimiento cada 3 meses, con el fin de mantener un estado de salud bucal adecuado.

Esta el área de laboratorio donde realice aparatos de ortopedia como McNamara, Hyrax, mantenedor de espacio, placas estéticas.

En el área de estomatología se realizan rehabilitaciones bajo anestesia general, en el cual yo entraba en ocasiones como Doctora para realizar la rehabilitación, en otras como asistente y en otras como instrumentista.

El horario de servicio social es de lunes a viernes de 8:00 am a 3:00 pm; se realizan "guardias" dos veces a la semana de 8:00 am a 7:00 pm.

El servicio cuenta con 4 médicos encargados de distintas especialidades y de 10 a 15 pasantes de servicio social.

La presente investigación tuvo como titulo la anquiloglosia y la relación en el estado nutricional en lactantes de 0 a 24 meses, esto debido a que el estomatólogo no solo debe centrarse en los órganos dentarios ni verlos como república independiente de la boca sino también en los tejidos blandos que brindan sostén y fijación, que en caso esta última se encuentre limitada en su función, como es en el caso de la anquiloglosia y que guarda una estrecha relación con la lactancia materna nos presenta una problemática durante la alimentación lo cual nos puede llevar a un estado nutricional deficiente en el lactante. Teniendo como propósito esta investigación el definir la relación entre la anquiloglosia y la nutrición del lactante.

CAPITULO II

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

En la práctica estomatológica tanto privada como institucional, acuden pacientes diagnosticados con cuadros epilépticos, o bien, que desconocen su condición neurológica por falta de atención médica.

La epilepsia es un trastorno neurológico crónico distribuido mundialmente que afecta a ambos géneros y se manifiesta en todas las edades. El término también se aplica a un amplio grupo de condiciones caracterizadas por síntomas comunes denominados "crisis", las cuales pueden ocurrir en el contexto de una lesión cerebral que puede ser sistémica, tóxica o metabólica.¹

Se considera que, aunque un 10% de la población puede presentar en algún momento de su vida crisis epileptiformes, solamente entre el 1 y el 3% llegan a desarrollar epilepsia. Se estima que en el mundo existen de 2.7 a 41.3 personas por cada 1000 en riesgo de padecer esta enfermedad.

En México, alrededor de 20 por cada mil personas padecen esta enfermedad. Una de nuestras mayores responsabilidades como profesionales de la salud, es estar preparados para cualquier emergencia que pudiera presentarse en el quehacer cotidiano como estudiantes y profesionales responsables de la salud integral del paciente pediátrico.¹

Es necesario conocer algunos conceptos básicos para comprender de manera integral y conjunta la epilepsia, sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico diferencial, factores de riesgos, así como su cuidado; para que de esta manera se pueda brindar al paciente una buena atención en la práctica estomatológica.

JUSTIFICACIÓN

En base a la revisión bibliográfica, se pretende crear un amplio criterio aplicado a la práctica estomatológica tanto privada como institucional, particularmente en estudiantes de la carrera previamente mencionada. Así bien, se pretende que este artículo sirva como protocolo de atención de primer nivel para identificar, tratar y prevenir episodios convulsivos.

OBJETIVO GENERAL

Describir las bases para la identificación, tratamiento y actuar del profesional en estomatología ante la atención integral del paciente pediátrico que presenta crisis convulsivas, así como conocer los medicamentos y anestésicos que se pueden administrar sin riesgos de interacción farmacológica desfavorable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el diagnóstico diferencial de epilepsia en pacientes pediátricos
- Conocer diferentes tipos de crisis convulsivas y sus distintas manifestaciones
- Identificar los factores de riesgo que condicionan las crisis convulsivas
- Determinar cuál es la atención en pacientes con epilepsia en consultorio Estomatológico

MARCO TEÓRICO

Es necesario conocer los siguientes términos que ayudaran a comprender de manera general la epilepsia.

Sistema nervioso

El sistema nervioso está formado por una serie continua de órganos integrados por tejido nervioso. Las propiedades de irritabilidad y conductibilidad permiten a las células nerviosas iniciar y transmitir los impulsos eléctricos a través de los órganos formados por el tejido nervioso.²

Este sistema lleva a cabo un complejo conjunto de tareas: permite sentir diferentes olores, producir el habla y recordar hechos pasados; además, provee señales que controlan los movimientos del cuerpo y regulan funcionamiento de los órganos internos. Estas actividades diversas pueden ser agrupadas en tres funciones básicas: sensitiva, integradora y motora.³

A pesar de que el sistema nervioso es uno de los más pequeños, es de los más complejos de los once sistemas y aparatos del organismo. Entre las estructuras que forman el sistema nervioso se hallan el encéfalo, los nervios craneales y sus ramas, la médula espinal, los nervios espinales y sus ramas, los ganglios nerviosos, los plexos entéricos y los receptores sensitivos-3 Las dos divisiones principales del sistema nervioso son el sistema nervioso central y el sistema nerviosos periférico.

El tejido nervioso tiene dos tipos de células: las nerviosas (neurona) y las de las neuroglías. Las neuronas son las responsables de la mayoría de las funciones propias del sistema nervioso.^{3,4}

Las neuronas están sostenidas por un grupo de células no excitables que en conjunto se denominan neuroglia. Las células de la neuroglia son, en general, más pequeñas que las neuronas y las superan en 5 a 10 veces en números. Las principales células de la neuroglia son: astrocitos, oligodendrocitos, células endoteliales, células de Schwann, y células satélites.^{3,4}

Potenciales de membrana, potenciales de acción

Hay potenciales eléctricos a través de las membranas de prácticamente todas las células. Las células nerviosas, son "excitables" o sea, capaces de transmitir impulsos electroquímicos a lo largo de sus membranas.⁵

Los líquidos, tanto dentro como fuera de las células, son soluciones de electrolitos. En general, se acumulan iones negativos (aniones) dentro de la membrana celular y un número igual de iones positivos (cationes) inmediatamente por fuera de la misma.⁵

En la mayor parte de las células nerviosas y musculares el potasio ingresa en la célula al mismo tiempo que sale el sodio; sin embargo, se impulsa de dos a cinco veces más el sodio que el potasio y de esta manera se mantiene el equilibrio homeostático.^{5,12}

Mientras la membrana de fibra nerviosa no sufre perturbación, el potencial de membrana se mantiene en aproximadamente 85 milivoltios, valor denominado potencial de reposo. Cualquier factor que aumente bruscamente la permeabilidad tiene tendencia a desencadenar una serie de cambios rápidos en el potencial de membranas a su valor de reposo. ⁵

EPILEPSIA

La epilepsia es un trastorno frecuente en la población general y de forma especial en la infancia.⁶

En 1973, la Liga Internacional contra la Epilepsia (LIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicaron un diccionario de epilepsia en el que se define a ésta como:

"una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debidas a una descarga excesiva de neuronas cerebrales, asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas".⁶

Una crisis puede definirse como un desorden paroxístico del sistema nervioso central que se caracteriza por una descarga neuronal anormal con o sin pérdida de conciencia.⁶

Mientras que las convulsiones son la presentación clínica asociada a la epilepsia, este término incluye convulsiones o trastornos convulsivos con pérdida de conocimiento, así como ataques no convulsivos con solamente cambios ligeros del estado de conciencia.⁷

Hughlings Jackson definió en 1870 la convulsión como "un síntoma... una descarga ocasional, excesiva y desordenada del tejido nervioso". En una definición más moderna se hace hincapié en los mismos principios, afirmándose que es "una alteración paroxística de la función cerebral, caracterizada por ataques que implican cambios en el estado de conciencia, actividad motora o fenómenos sensoriales; una convulsión tiene un comienzo súbito y una duración breve"⁸

Para complementar la definición asociada a la epilepsia la "Guía de referencia rápida-Diagnóstico y tratamiento de la primera crisis convulsiva en niños" emitido por el Gobierno Federal Mexicano, la define de la siguiente manera:

"Las crisis convulsivas son descargas eléctricas neuronales anormales que tienen manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada."

Las manifestaciones clínicas de un exceso paroxístico de actividad neuronal en el cerebro (es decir, de las convulsiones) varían en un amplio rango de actividades sensitivas y motoras, pudiendo afectar a alguna parte o la totalidad de o siguiente: alteración de la función visceral; fenómenos sensoriales, olfatorios, auditivos, visuales o gustatorios; movimientos motores anómalos; cambio en la alerta de la conducta, y alteración de la conciencia.⁸

Terminología y clasificación de las convulsiones epilépticas

Algunos de los términos más importantes que acompañan y son útiles para la diferenciación de las crisis epilépticas son los siguientes.

- *Status epiléptico*. Proceso en el que las convulsiones son excesivamente prolongadas o tan repetidas que no se produce recuperación entre los ataques. Esta es una urgencia médica vital.
- Tónico/a. Contracción muscular sostenida.
- Clónico/a. Contracción y relajación muscular intermitente; la fase clónica es realmente la parte convulsiva de la convulsión.

Es importante mencionar que las convulsiones tonicoclónicas generalizadas pueden dividirse en tres fases clínicas diferentes: fase prodrómica, que incluye la fase ictal o convulsiva y la fase posconvulsiva o postictal.⁸

Fase prodrómica

Durante un periodo de tiempo variable (entre algunos minutos y varias horas) y antes de que se produzca la convulsión generalizada, el epiléptico muestra cambios sutiles o evidentes en su reactividad emocional. Estos cambios no suelen resultar evidentes para el personal estomatológico. Pero pueden ser observados por alguna persona cercana al paciente.

El comienzo inminente está marcado por la aparición de un aura en la mayoría de los casos. El aura no es realmente un signo de alerta que ya se va a producir la convulsión, sino una parte de la misma. Esa misma aura suele producirse con cada crisis. Su duración es bastante breve, por lo general de unos pocos segundos. El aura por si sola se debe considerar como una convulsión parcial simple que progresa a una convulsión tonicoclónica generalizada.⁸

Fase Preictal

Inmediatamente después del aura, el paciente pierde el conocimiento. En este momento es cuando sufre la mayoría de las lesiones. Simultáneamente se producen contracciones mioclónicas mayores bilaterales generalizadas, por lo general en flexión que dura varios segundos. Con esta fase inicial se asocian cambios autonómicos, entre ellos aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial hasta dos veces por encima de los valores basales.⁸

Fase Ictal: Componente Tónico

Se producen una serie de contracciones generalizadas de los músculos esqueléticos, primero en flexión, para luego progresar a una rigidez extensora tónica de extremidades y tronco. Durante esta fase puede

apreciarse disnea y cianosis, que indican que la ventilación no es la adecuada. Esta rigidez tónica suele prolongarse 10-20 seg.⁸

Fase Ictal: Componente Clónico

Se caracteriza por movimientos clónicos generalizados del cuerpo acompañados por una respiración pesada, estertórea. Durante esta fase puede aparecer espuma en la boca, consecuencia de la mezcla de saliva y aire. También puede aparecer sangre en la boca, ya que la víctima se lesiona en ocasiones los tejidos blandos intraorales al morderse. El clonus suele durar 2 - 5 min. Los movimientos clónicos suelen hacerse menos frecuentes al progresar la convulsión, el ataque finaliza con una contracción en flexión final y los movimientos respiratorios vuelven a la normalidad y cesan los movimientos tónicoclónicos.⁸

Fase Posictal

En esa fase el paciente recupera gradualmente el conocimiento. En los primeros minutos de la fase posictal se produce un periodo transitorio de flacidez muscular. Cuando finaliza la actividad convulsiva, el paciente se relaja y duerme

profundamente. Al recuperar progresivamente la conciencia, suele mostrarse bastante desorientado y confuso. Con el paso el tiempo se aprecia un creciente grado de alerta.

Tras las convulsiones generalizadas se produce una amnesia prácticamente total de las fases ictal y posictal. En aproximadamente 2 horas se produce una completa recuperación de la función cerebral normal Preictal.⁸

Como ya se mencionó; el término *convulsión* se refiere a un trastorno transitorio del comportamiento, causado por la activación desordenada, sincrónica y rítmica de poblaciones enteras de neuronas cerebrales. Y se denomina *epilepsia* a un trastorno de la función cerebral que se caracteriza por el surgimiento periódico e impredecible de convulsiones. Éstas pueden ser “no epilépticas”, cuando se evocan en un encéfalo normal mediante recursos como electrochoque o agentes convulsivos químicos, o “epilépticas”, cuando ocurren sin provocación manifiesta. Los fármacos de uso actual inhiben las convulsiones, por lo que se les aplica la denominación general de anticonvulsivos. No se ha establecido si alguno de estos compuestos tiene valor profiláctico para prevenir la epilepsia (epileptogénesis).⁹

Se considera que las convulsiones se originan en la corteza cerebral, y no en otras estructuras del sistema nervioso central (SNC), como tálamo, tallo encefálico o cerebelo.

La Clasificación de las Crisis Epilépticas de 1981 considera dos grupos principales de crisis epilépticas: focales o parciales y generalizadas.⁹

CONVULSIONES PARCIALES

Las convulsiones parciales o focales son las que afectan una región específica del cerebro. Los signos y síntomas clínicos de las convulsiones focales están relacionados con la zona específica del cerebro afectada (el foco convulsivo).⁸ Este tipo de convulsiones focales pueden quedar localizadas, en cuyo caso la alerta y la conciencia de la víctima suelen estar algo afectadas, pudiéndose evidenciar un cierto grado de amnesia. Por el contrario, la convulsión focal puede convertirse en generalizada, con pérdida del conocimiento.⁸

Si la conciencia se mantiene totalmente durante las crisis, las manifestaciones clínicas se consideran relativamente simples y la convulsión se denomina *convulsión parcial simple*. Si la conciencia se altera, la sintomatología es más compleja y la convulsión se denomina *convulsión parcial compleja*.⁸

- **Convulsiones parciales simples**

Las convulsiones parciales simples producen síntomas motores, sensitivos, autónomos o psíquicos sin alteración evidente de la conciencia. Por ejemplo, un paciente con una convulsión parcial motora que se origine en la corteza motora primaria derecha, en la vecindad de la región que controla los movimientos de la mano, experimentará la aparición de movimientos involuntarios de la mano contralateral izquierda.

Convulsiones parciales complejas

Las convulsiones parciales complejas se caracterizan por una actividad convulsiva focal que se acompaña de una alteración transitoria de la capacidad del paciente para mantener un contacto normal con el medio. De forma práctica, esto significa que el paciente es incapaz de responder a órdenes visuales o verbales durante la convulsión y no se da cuenta de ella ni la recuerda bien. Las convulsiones comienzan con un aura (es decir, con una convulsión parcial simple), que es estereotipada en cada paciente. El inicio de la convulsión consiste en una interrupción brusca de la actividad del paciente, que se queda inmóvil y con la mirada perdida, lo que marca el comienzo del periodo que el paciente no recordará. La inmovilidad del paciente se acompaña de *automatismos*, que son conductas automáticas, involuntarias, que comprenden una amplia gama de manifestaciones

Los automatismos constan de comportamientos muy básicos, como movimientos de masticación, chupeteo con los labios, de deglución, de coger cosas con las manos o bien de comportamientos más elaborados, como la expresión de una emoción o echar a correr. Después de la convulsión el paciente exhibe un estado de confusión característico, pudiendo durar el intervalo hasta que recupera por completo la conciencia.⁷

CONVULSIONES ATÓNICAS

Las convulsiones atónicas se caracterizan por una pérdida repentina del tono muscular postural. La conciencia se altera brevemente, pero no suele haber confusión posictal. Algunas convulsiones breves provocan sólo una rápida caída de la cabeza, como un asentamiento, mientras que las convulsiones más prolongadas harán que el paciente se caiga. Este fenómeno es muy espectacular y extremadamente peligroso, ya que existe riesgo de golpearse la cabeza con la caída.⁷

Clasificación de las crisis epilépticas parciales según la liga internacional contra la epilepsia

TIPO DE CRISIS CLÍNICAS
Crisis parciales simples
Con signos motores Con síntomas sensoriales especiales Con síntomas autonómicos Con síntomas psíquicos Con ilusiones Con alucinaciones estructuradas
Crisis parciales complejas.
Inicio parcial simple, seguido de pérdida de la consciencia Con pérdida de la consciencia desde el principio
Crisis parciales con evolución a crisis secundariamente generalizadas
Crisis parciales simples que evolucionan a crisis tónico-clónicas generalizadas Crisis parciales complejas que evolucionan a crisis tónico-clónicas generalizadas Crisis parciales simples que evolucionan a parciales complejas y luego a crisis tónico-clónicas generalizadas

Tabla 1. Clasificación de las crisis epilépticas parciales según la Liga Internacional Contra la Epilepsia.¹⁰

CONVULSIONES GENERALIZADAS

La mayoría de los pacientes con convulsiones generalizadas desarrollan una de las tres formas principales: grand mal, petit mal o convulsiones psicomotoras.

- **Grand Mal**

La epilepsia de grand mal, denominada normalmente convulsiones tonicoclónicas generalizadas, es la forma más frecuente de proceso comical, se presenta en el 90% de los epilépticos. Pueden estar producidas por procesos neurológicos o pueden desarrollarse en un cerebro neurológicamente sano, secundariamente a una alteración metabólica o tóxica.¹⁰

- **Petit Mal**

Tiene una incidencia inferior al 5% entre epilépticos pediátricos. Las convulsiones de petit mal suelen producirse poco después de despertarse o cuando el paciente está quieto. Consiste en una breve pérdida del conocimiento, que dura por lo general entre 5-10 segundos.^{10,11}

- **Crisis de ausencia**

Es una forma específica de epilepsia menor, que consiste en un breve periodo de pérdida del conocimiento; casi siempre aparecen en la infancia entre los tres y diez años y es raro que persistan en la vida adulta. Ésta se considera idiopática.

Clínicamente el paciente tiene brusca cesación de su actividad y pone la mirada fija, ojos en blanco, no hace movimientos, excepto a veces parpadeos de tres veces por segundo, y ligera desviación de los ojos o de la cabeza o breves movimientos menores de labios y manos. El final de la crisis es igualmente brusco. Los trastornos más complejos de la conducta, la confusión posictal, sugieren la presencia de otro tipo de crisis menor, como el automatismo psicomotor.¹¹

- **Crisis Psicomotoras (Epilepsia del Lóbulo Temporal)**

Afectan extensas zonas de la corteza, manifestando síntomas psíquicos variados. Su duración es más prolongada que las de las convulsiones parciales simples. (1-2 min), se asocian con la afectación de la conciencia.

Clínicamente el paciente tiene brusca cesación de su actividad y pone la mirada fija, ojos en blanco, no hace movimientos, excepto a veces parpadeos de tres veces por segundo, y ligera desviación de los ojos o de la cabeza o breves movimientos menores de labios y manos. El final de la crisis es igualmente brusco. Los trastornos más complejos de la conducta, la confusión posictal, sugieren la presencia de otro tipo de crisis menor, como el automatismo psicomotor.¹²

Clasificación de las crisis epilépticas generalizadas según la Liga Internacional Contra la Epilepsia

TIPO DE CRISIS CLÍNICAS
Crisis de ausencia (petit mal verdadero)
Apenas con pérdida de conciencia Con discretos componentes clónicos Con componentes atónicos Con componentes tónicos Con automatismos Con componentes autonómicos Combinación de los anteriores
Crisis de ausencia atípica
Cambios de tono más pronunciados; inicio y final menos abruptos
Crisis mioclónicas
Crisis tónicas
Crisis tónico-clónicas (gran mal verdadero)
Crisis atónicas

Combinación de las anteriores

Tabla 2. Clasificación de las crisis epilépticas generalizadas según la Liga Internacional Contra la Epilepsia.¹³

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones del comportamiento en las crisis convulsivas dependen de las funciones que ejerza normalmente el sitio de la corteza donde se originan las convulsiones. Por ejemplo, la crisis convulsiva que afecta la corteza motora se relaciona con sacudidas crónicas de la parte del cuerpo controlada por esa región de la corteza.⁹

Otras variantes de la epilepsia resultan secundarias a la lesión encefálica por una enfermedad vascular cerebral, traumatismo, lesión ocupante o infección. Cerca del 66% de los casos nuevos se originan en los niños y la mayor parte de estos casos resultan idiopáticos o debidos a traumatismo a diferencia de las convulsiones o la epilepsia en la edad adulta, las cuales con mayor frecuencia se deben a una lesión encefálica subyacente o a causas metabólicas.^{14,15}

Lo que nos da lugar a decir que muchas de las personas que tienen riesgo de padecer algún ataque epiléptico tan pronto sea detonado algún factor desencadenante de la crisis, no lo saben y esto es riesgoso tanto para el paciente como para el personal estomatológico.

Es por eso una adecuada y/ completa historia clínica es de gran utilidad, además de la observación clínica del paciente todo momento; desde que llega, la forma de caminar, como actúa ante los estímulos de cualquier índole, ya que estas pueden ser piezas claves para que el profesional de la salud pueda identificar si en un algún paciente se pudiera presentar algún tipo de convulsiones. Y de esta manera en caso de ser necesario remitirlo al área médica especializada para su control.

ESTUDIOS NEUROPSICOLÓGICOS

En la exploración del niño epiléptico, es necesario valorar las principales áreas de la función cognitiva, estas incluyen: la evaluación de la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria, la habilidad para razonar, las habilidades visoespaciales y las funciones ejecutivas.

Dado que las crisis epilépticas son el desorden neurológico más frecuente en los niños y es uno de los eventos que producen mayor ansiedad en los padres. Ocurren aproximadamente entre un 4-10% de los niños y son alrededor del 1% de las atenciones de urgencia pediátrica.

Es preciso profundizar en técnicas de investigación neurofisiológica para conocer mejor la fisiopatología de los trastornos ligados a la epilepsia y establecer nuevas estrategias de manejo.⁶

Es imperativo que los profesionales de emergencia sean capaces de diferenciar crisis verdaderas de eventos que las semejan, pudiendo así proporcionar tratamiento adecuado, tranquilidad a los padres y seguridad al paciente.¹⁶

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS INFANTILES

Los factores responsables de los trastornos neuropsicológicos que se presentan en niños con epilepsia son: la edad de comienzo, el tipo de crisis, el tipo de epilepsia y su etiología, el tratamiento y la vivencia que hace el paciente de la enfermedad. La edad de comienzo de los síntomas define el compromiso del neurodesarrollo y estado de maduración de las funciones cerebrales, es por esto que mientras más pronto se presente la enfermedad, se asocia a una peor evolución.⁶

En el tipo de crisis es importante la lateralización y localización del foco ya que puede conducir a déficits visoespaciales, verbales o de memoria, principalmente en epilepsias del lóbulo temporal. De acuerdo con la etología de la epilepsia, la afectación será mayor o menor.⁶

DIFERENCIACIÓN

Es costumbre dividir la epilepsia en dos categorías: idiopática y sintomática o adquirida.

- **Epilepsia idiopática**

Se ha calificado de genética, implicando la transmisión de una predisposición para las crisis convulsivas. En muchos casos hay antecedentes familiares sobre todo en los ataques quienes empiezan en etapa temprana de la vida.¹²

- **Epilepsia adquirida**

La mayor parte de enfermedades o anomalías estructurales en el cerebro pueden acompañarse de crisis convulsivas.

Traumatismo obstétrico y asfixia son causa relativamente frecuente de lesión cerebral y más adelante, de epilepsia.¹²

Las infecciones agudas, subagudas y crónicas de cerebro y sus membranas de revestimiento, como meningitis, encefalitis y abscesos, causan ataques convulsivos durante el proceso activo, y más tarde cuando la curación deja cicatrices cerebrales.¹²

- **Convulsiones febriles**

Suelen acompañar a infecciones no específicas de lactantes y niños pequeños; deben distinguirse de la infección directa del sistema nervioso central. Las crisis suelen acompañarse de hiperexia en un niño por lo demás neurológicamente normal. Sin embargo, por lo menos el 30% de estos niños pueden desarrollar epilepsia más tarde, sin fiebre. A veces las convulsiones febriles desencadenan un estado epiléptico y contribuyen a la producción de lesión cerebral permanente.

Las heridas de cabeza son causa principal de epilepsia adquirida. Ocurren tanto en fase aguda como en etapa residual crónica.¹²

-Crisis febriles
Procesos infecciosos del sistema nervioso central
-Meningitis
-Encefalitis
-Absceso cerebral
-Infección por parásitos
Lesiones traumáticas-vasculares
-Traumatismo cerebral
-Hemorragia intraparenquimatosa
-Maltrato infantil
-Accidente cerebrovascular
-Encefalopatía hipertensiva
Condiciones tóxicas
-Intoxicación por drogas lícitas e ilícitas-Síndrome de privación de drogas
-Intoxicación por metales pesados
Alteraciones metabólicas
-Hipoglicemia
-Hipernatremia
-Hipofosfatemia

-Desorden hepático o renal
-Estados de hiperosmolaridad
-Síndrome de dependencia a la piridoxina
Desórdenes neuro cutáneos
-Neurofibromatosis
-Esclerosis tuberosa
Enfermedades neurodegenerativas
-Diálisis
-Post inmunización
-Encefalopatía hipóxico-isquémica
-Hidrocefalia aguda
-Mal función derivativa ventrículo peritoneal
-Malformación del desarrollo cortical cerebral

Tabla 3. Etiología más de crisis epilépticas en edad pediátrica

Tabla modificada de capítulo 173 Desórdenes neurológicos Rosen's Emergency Medicine, 7th ed.2009.¹⁶

Tabla 4. Elementos clínicos de una crisis febril simple
Crisis generalizada tónico clónicas
Cese espontanea de la crisis en los primeros 15 minutos
Post crisis retorna a su estado de alerta habitual
Fiebre documentada mayor a 38 grados centígrados
Ausencia de la anormalidad neurológica preexistente

Tabla modificada de capítulo 173 Desordenes neurológicos Rosen's Emergency Medicine, 7th ed.2009.¹⁶

Tabla 5. Pronóstico de crisis febriles
Población de riesgo de crisis febril 27-31%
Riesgo de recurrencia de una crisis febril después de una primera crisis 27-32%
Riesgo de recurrencia luego de una crisis febril simple 1.5-2.4%
Riesgo de recurrencia luego de una crisis febril compleja 4.1-6.3%

Tabla modificada de capítulo 173 Desordenes neurológicos Rosen's Emergency Medicine, 7th ed.2009.¹⁶

- **Ataque acinético**

El termino de ataque acinético se aplica a una crisis generalizada que se acompaña de pérdida del conocimiento y caída. Puede acompañarse de ausencia y movimientos menores, pero generalmente hay una disminución del tono postural, con caída, provocando lesiones.⁷

- **Convulsiones generalizadas tónico-clónicas**

Las convulsiones generalizadas tónico-clónicas primarias son el tipo de convulsión principal de, aproximadamente, 10% de todas las personas que sufren epilepsia. Suelen ser también el tipo de convulsión más frecuente como consecuencia de

trastornos metabólicos y, por este motivo, aparecen con frecuencia en situaciones clínicas muy diversas. La convulsión suele comenzar de forma brusca sin previo aviso, aunque algunos pacientes refieren síntomas premonitorios vagos en las horas previas a la convulsión. Este pródromo se debe distinguir de las auras estereotipadas que se asocian a las convulsiones focales que se generalizan secundariamente. La fase inicial de la convulsión suele ser una contracción tónica de los músculos de todo el cuerpo, siendo responsable de gran parte de las características típicas de estos episodios. La contracción tónica inicial de los músculos de la espiración y de la laringe produce un gruñido o "grito ictal". Se altera la respiración, las secreciones se acumulan en la orofaringe y el paciente se torna cianótico. La contracción de los músculos mandibulares provoca la mordedura de la lengua. El considerable incremento del tono simpático origina un aumento del ritmo cardíaco, de la presión arterial y del tamaño pupilar. Transcurridos 10 a 20 s, la fase tónica de la convulsión continúa de forma característica con una fase clónica, producida al superponerse sobre la contracción muscular tónica periodos de relajación muscular. Los periodos de relajación aumentan progresivamente hasta el final de la fase ictal, que normalmente no dura más de 1 min. La fase posictal se caracteriza por la ausencia de respuesta, la flacidez muscular y la salivación excesiva, que origina una respiración con estridor y una obstrucción parcial de la vía aérea. También en este momento aparece incontinencia vesical o intestinal. Gradualmente, los pacientes recuperan la conciencia a lo largo de minutos a horas y durante este periodo de transición habitualmente se produce una fase de confusión posictal. A continuación, los pacientes se quejan de cefalea, fatiga y dolores musculares que continúan durante muchas horas. En los pacientes que sufren convulsiones prolongadas o que tienen enfermedades subyacentes del SNC, como atrofia cerebral alcohólica, la duración de la alteración de la conciencia de la fase posictal en ocasiones se prolonga durante varias horas.⁷

- **Crisis mioclónicas**

Una mioclonía es una contracción muscular breve y repentina de una parte del cuerpo o el cuerpo entero. Una forma fisiológica frecuente y característica de mioclonía es el movimiento brusco de sacudida que aparece cuando nos quedamos dormidos. Las mioclonías patológicas aparecen asociadas a trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del SNC o a lesiones cerebrales anóxicas. Aunque la diferenciación con otras formas de mioclonías es poco precisa, las convulsiones mioclónicas se consideran verdaderos fenómenos epilépticos, puesto que están originadas por una disfunción cortical (frente a las de origen subcortical o medular).⁷

EPILEPSIA Y PROCEDIMIENTO ESTOMATOLÓGICO

Manifestaciones orales:

- Xerostomía por ingesta de medicamentos
- Aumento de caries secundaria a la xerostomía
- Agrandamiento gingival
- Alteraciones de la erupción y mal oclusiones secundarias a hiperplasia gingival.
- Cicatrices en lengua y mucosa labial como secuela del trauma durante la crisis
- Atricción severa
- Glositis migratoria benigna
- Paladar profundo
- Arrugas palatinas prominentes
- Limitación de la apertura bucal
- Labios resecos
- Agrandamiento del conducto de Stensen.¹⁷

FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

- Supresión del tratamiento antiepiléptico habitual
- Ansiedad y estrés
- Proceso infeccioso intercurrente (proceso febril)
- Estados fisiológicos (ciclo menstrual)
- Privación del sueño

- Consumo de alcohol o excitantes
- Metabólicas (hiperglucemia o hipoglucemia)
- Deshidratación
- Hiperventilación
- Luces intermitentes, ruidos Trastornos gastrointestinales
- Fármacos

Es importante:

- Realizar una adecuada historia clínica y reconocer las características de la enfermedad.
- Realizar interconsulta para verificar que el paciente este controlado.
- Preguntar al paciente si reconoce signos que presagien una crisis para poder actuar rápidamente.
- Lograr una buena adaptación para disminuir la posibilidad de crisis por ansiedad o por estrés.
- Evitar estímulos sonoros o luminosos fuertes.
- Programar y ejecutar un plan de tratamiento ágil y efectivo.
- Remitir a especialista en Periodoncia, ante la presencia de hiperplasias severas.
- Disponer los instrumentos de tal manera que sea fácil retirarlos en una crisis convulsiva.
- En caso de requerir procedimientos bajo anestesia general, debe realizar las interconsultas pertinentes.

En caso de presentar crisis en la consulta odontológica:

Proteger al paciente para que no se lesione por sus movimientos involuntarios.¹⁸

En el inicio de la consulta dental, al elaborar la historia clínica, el profesional tiene la obligación de observar minuciosamente el comportamiento del paciente, definir y valorar el comportamiento, atención, lenguaje y movimientos anormales que pudieran generar sospecha de episodios epilépticos; así bien se debe hacer una adecuada anamnesis que genere información necesaria para reconocer el estado de salud neurológica en dichos pacientes.

Los medicamentos, exámenes de gabinete y exámenes de laboratorio integrarán información esencial al clínico para iniciar un tratamiento adecuado.¹⁹

Los neurólogos a menudo son requeridos en consulta externa para referir a los pacientes con cuadros epilépticos puesto que para estas enfermedades es necesaria la intervención de un especialista.

El médico debe proporcionar al estomatólogo información detallada acerca de los pacientes que lleven un control inadecuado en las crisis convulsivas. Las drogas antiepilépticas como el fermobarbital, fenitoína, carbamazepina y ácido valporico pueden afectar la salud dental.

Las convulsiones pueden afectar la salud dental por traumatismo especialmente en aquellos con convulsiones tónicas y tónico-clónicas.¹⁹

HISTORIA CLÍNICA

La información de los pacientes epilépticos debe estar disponible para el estomatólogo para proporcionar un tratamiento adecuado y seguro, ya que se requiere la información del cuidado de la salud neuronal del paciente.

Para pacientes con epilepsia bien controlada se debe saber:

- El tipo de crisis epiléptica, cuadro clínico y frecuencia
- Drogas antiepilépticas que está tomando
- Problemas relacionados con convulsiones durante procedimientos dentales previos.¹⁶

Para pacientes con un control epiléptico deficiente, la siguiente información proporciona gran ayuda:

- Si es precedida por un aura típica a una convulsión tónico-clónica
- Complicación con los medicamentos
- La dosis medicamentosa obtenida en los últimos resultados sanguíneos
- Estrategias de prevención convulsiva

La mayoría de los pacientes epilépticos requiere variadas precauciones en los procedimientos dentales:

- Factores que provocan convulsión
- Protocolos de emergencia

Tanto el estomatólogo como el personal deben tener entrenamiento básico/profesional en primeros auxilios para las convulsiones; y saber diferenciar la atención primaria ante cada tipo de convulsión previamente descrita.

Cuando el paciente que toma drogas antiepilépticas y está libre de crisis epilépticas convulsivas por el control medicamentoso, tanto el estomatólogo como el paciente pueden proceder con el tratamiento con mayor seguridad; sin embargo, los cambios de rutina en los procedimientos tanto neurológicos como estomatológicos llevan algunas veces a situaciones adversas.

Para pacientes sin un control de las crisis convulsivas, las benzodiacepinas (por ejemplo, Lorazepam, diazepam y clonazepam 0.5 mg-1.0 mg) pueden suministrarse de 30 a 45 minutos antes del procedimiento de manera profiláctica, especialmente si una de las convulsiones de los pacientes produce un peligro mayor.¹⁸

La naturaleza impredecible de las convulsiones puede dificultar al procedimiento normal, sin embargo, la mayoría de los pacientes puede identificar los factores asociados a una convulsión; los factores más comunes son: somnolencia o privación del sueño, estrés, presencia del ciclo menstrual por alteraciones hormonales. Los pacientes con convulsiones provocadas por estrés, especialmente aquellos en los que ocurren por el tratamiento dental o durante el mismo, se pueden beneficiar por un protocolo de reducción de estrés.¹⁶

PROCEDIMIENTO DENTAL Y DROGAS ANTIEPILEPTICAS

Los pacientes que deben tomar drogas antiepilépticas usualmente deben tomarlas antes de un procedimiento dental dependiendo el caso y los factores relacionados (por ejemplo, convulsiones descontroladas, complicaciones variables) los niveles de dichas drogas en las concentraciones sanguíneas deben ayudar a confirmar la terapéutica y los procedimientos dentales. Clínicamente no hay interacción significativa entre los anestésicos comúnmente usados y las drogas antiepilépticas. Los efectos secundarios comunes en los procedimientos dentales se mencionan en la tabla 6.²⁰

Tabla 6. ¹⁶

Side Effects of Anti-Epileptic Drugs

AED	Common Side Effects Relating to Dental Procedures
Carbamazepine	ulceration, xerostomia, glossitis and stomatitis
Lamotrigine	xerostomia and oral ulcers
Phenobarbital	hepatic enzyme induction (impaired dental health)
Phenytoin	gingival hyperplasia Rarely causes thrombocytopenia, neutropenia, aplastic anemia, sedation. hepatic enzyme induction (impaired dental health)
Primidone	hepatic enzyme induction (impaired dental health)
Valproate	Can cause thrombocytopenia and decrease platelet aggregation and function. Rarely causes gingival hyperplasia.
CBZ, ESM, LTG, OXC, PB, PHT, PRM, TPM and VPA	leukopenia

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

El ácido valproico puede causar trombocitopenia y segregación plaquetaria en pacientes con conteos normales. La falta de reportes sobre complicaciones durante procedimientos dentales sugiere que la evaluación de la coagulopatía no es necesaria (tiempo de coagulación).¹⁶

EFFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICOS EN LA SALUD ORAL

La hiperplasia gingival es desencadenada principalmente por la fenitoína, seguido del pentobarbital y muy rara vez por el ácido valproico. La encía libre y la papila interdental tanto por vestibular como por lingual del maxilar y de la mandíbula son afectadas frecuente y severamente.

La hiperplasia gingival se presenta en más del 50% de los pacientes después de haber tomado la fenitoína por más de 3 meses. Puede ocurrir a cualquier edad, pero se ve con más frecuencia en pacientes pediátricos. La higiene dental deficiente contribuye a la hiperplasia, pero no está completamente relacionada por dicha patología.¹⁶

INTERACCIÓN ENTRE MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS Y OTROS FÁRMACOS

La interacción entre algunos fármacos comúnmente prescritos y los fármacos antiepilépticos se presentan en la tabla 7.²⁰

Antibiotics	
Macrolides	Erythromycin and troleandomycin are the most potent inhibitors of CBZ metabolism . Clarithromycin, midecamycin and roxithromycin are moderate
Narcotic analgesics	Concurrent use with VPA may exacerbate bleeding problems
Carbohydrate-based	Compromise a ketogenic diet

Tabla 7.¹⁶

Los antibióticos prescritos con mayor frecuencia en la práctica estomatológica pueden tener interacción con los agentes antiepilépticos y potencialmente causar efectos convulsivos. Por ejemplo, algunos antimicrobianos intervienen con la absorción o el metabolismo de los fármacos antiepilépticos, resultando en una creciente o decreciente concentración plasmática en los antimicrobianos, llevando a estos a perder su eficacia. Sin embargo, estos efectos generalmente son clínicamente insignificantes.¹⁶

EPILEPSIA Y ANESTESIA

Los anestésicos locales usualmente son seguros para los epilépticos, las dosis de lidocaína en concentraciones bajas no están asociadas con las convulsiones en estos pacientes, sin embargo, una administración intravenosa accidental puede provocar una convulsión.

Los antiepilépticos deprimen las funciones del sistema nervioso central (por ejemplo, benzodiacepinas o barbitúricos) estos incrementan los efectos depresores de los anestésicos. Los pacientes sometidos a sedación constante requieren dosis más bajas de agentes anestésicos. Tabla .^{16,21}

Anesthesia for Epilepsy Patients	
Anesthetic	Side Effects/Observations
Benzodiazepines	Anticonvulsant Midazolam rarely convulsant during intravenous Use for sedation
Enflurane	Convulsant
Flumazeni	Convulsant
Lidocaine	Can be used with adrenaline as a local anesthetic agent.
Methoxitone	Convulsant
NitrousOxide	Anticonvulsant Reduces risk of stress-induced seizure.
NitrousOxide/ Oxygen	Used for conscious sedation in mentally and/or physically handicapped patients.
Visteril DZP Versed	Can be used safely in normal therapeutic doses.

Tabla 8.¹⁶

TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente durante la fase tonicoclónica de una convulsión generalizada está enfocado a prevenir las lesiones y garantizar una ventilación adecuada. Casi nunca es necesario administrar medicamentos anticonvulsivantes, ya que la mayoría de las crisis son autolimitadas. Si una convulsión persiste durante un largo periodo de tiempo (<5 min), se deberá considerar el empleo de un anticonvulsivante.

Petit mal y convulsiones parciales

En este caso el tratamiento es de tipo protector. El reanimador intenta evitar que la víctima se lesione. En estos dos tipos de convulsiones rara vez se produce morbilidad.

Paso 1: interrumpir el tratamiento odontológico.

Paso 2: colocar al paciente. En la mayoría de los casos, no hay tiempo ni necesidad de alterar la colocación del paciente antes de que acabe la convulsión.

Paso 3: tranquilizar al paciente. Después de finalizar la crisis hay que hablar con el paciente para determinar su grado de alerta. Intentar determinar si hay relación entre el tratamiento odontológico y la convulsión. Si este parece ser el causante, en las citas posteriores se tomarán las medidas adecuadas para la reducción del estrés. Se deberá considerar la interconsulta con el médico del paciente.

Paso 4: dar de alta al paciente y realizar más adelante el tratamiento odontológico.^{22.18}

Convulsiones tónico-clónicas generalizadas (grand mal) Fase preictal (prodrómica)

1: interrumpir el tratamiento odontológico. Cuando el paciente con historia anterior de grand mal muestra un aura, hay que interrumpir de inmediato el tratamiento. Hay que retirar de la boca todo el material odontológico que sea posible antes de que el paciente pierda el conocimiento y progrese a la fase ictal.

Paso 2: colocar al paciente. Cuando la convulsión se produce en el sillón dental, será muy complicado mover al paciente, por lo que se le dejará en el sillón y se le colocará en posición supina.

Paso 3: solicitar asistencia médica. Si el paciente continúa con convulsiones hasta la llegada de la asistencia médica, será más fácil administrar un anticonvulsivante IV. Si el paciente ha dejado de convulsionar, podemos apoyarnos en su experiencia para evaluar el estado postictal de recuperación del paciente, incluyendo la necesidad o no de hospitalización.

Paso 4: Evitar lesiones. Evitar que el paciente pueda lesionarse cuidando que se encuentre en una zona donde no exista objetos contundentes que puedan causar lesiones. Controlar suavemente los movimientos intensos de brazos y piernas (permitiendo los movimientos menores). No hay que intentar mantener las extremidades del paciente que convulsiona en una posición fija, ya que puede dar lugar a fracturas. Se protegerá la cabeza frente posibles lesiones traumáticas, asegurándose de no flexionar la cabeza hacia adelante.

Sin embargo, si la víctima se encuentra en el sillón dental, existe la posibilidad de que se lesione con el equipo odontológico o al caerse del sillón. Por fortuna, el típico sillón dental suele ser un buen sitio para que se produzca una convulsión.

Hay que retirar cualquier almohadilla adicional al reposacabezas. La eliminación de este permite extender el cuello, levantar la lengua y aumentar la permeabilidad de la vía aérea. Por lo general, no está indicado colocar ningún objeto dentro de la cavidad oral durante las convulsiones. La mayoría de las convulsiones de grand mal solo se detectan sangrados mínimos, si es que se producen.

Paso 5: Soporte vital básico. Durante la fase crónica mejora las respiraciones, aunque pueda ser necesario que los reanimadores deban actuar en esa fase para mantener la vía aérea.

Se extenderá la cabeza de la víctima para asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Paso 6: Administrar oxígeno.

Paso 7: Monitorizar los signos vitales.^{22,23}

Fase posictal

Paso 8: Soporte vital básico si fuera necesario. Es durante la fase postictal cuando se produce importante morbilidad e incluso mortalidad.

Paso 9: Tranquilizar y recuperar al paciente. La recuperación del paciente es lenta, la recuperación de una función cerebral normal puede requerir hasta dos horas. También se aprecia inicialmente un cierto grado de confusión y desorientación. La recuperación implica la vuelta de los signos vitales prácticamente a sus valores basales, así como la recuperación de la confusión y la desorientación.

Paso 10: Dar de alta de la consulta. Si el paciente se ha recuperado más y no es necesaria su hospitalización, se le dará de alta acompañado de un adulto o de una persona responsable.^{22,23}

Estatus de Grand mal

Si persistiera una actividad convulsiva generalizada durante periodos muy prolongados (5 min o más) puede ser necesario interrumpir la convulsión mediante el empleo de fármacos anticonvulsivantes.

Paso 1: Interrumpir el tratamiento odontológico

Paso 2: Colocar al paciente

Paso 3: Solicitar ayuda medica

Paso 4: Proteger al paciente frente a las lesiones

Paso 5: Soporte vital básico, si fuera necesario

Paso 6: Administrar oxígeno

Paso 7: Monitorizar signos

Paso 8: Administración de fármacos anticonvulsivantes

Paso 9: Administrar dextrosa al 50%. Se recomienda la administración IV intravenosa de 25-50 ml de dextrosa al 50% para descartar la hipoglucemia como posible causa de las convulsiones, así como mantener los niveles de azúcar en sangre

Paso 10: Tratamiento definitivo. Todos los pacientes con status de grand mal requerirán hospitalización después de la crisis para evaluación neurológica.^{23,24}

CONCLUSIÓN

Las enfermedades convulsivas y las crisis presentadas por los pacientes que pudieran asistir a consulta estomatológica deberán tratarse de manera cautelosa por el personal de salud. Es de suma importancia proceder de manera ordenada, iniciando por la evaluación integral de salud expresada en una historia clínica minuciosa, si no hay diagnóstico establecido de síndrome o enfermedad convulsiva, se deberán evaluar los factores de riesgo que pudieran existir según el criterio clínico estomatológico.

El protocolo de acción frente a un paciente con enfermedad convulsiva, se verá afectado por el tipo de crisis que presente, por tal motivo, es indispensable diferenciar cada una de las fases y complicaciones que se presentan de manera combinada o independiente en las distintas crisis convulsivas.

Inicialmente, si el paciente ingresa con diagnóstico de enfermedad convulsiva se deberá identificar y evaluar cada uno de los factores que pudieran afectar tanto a la atención primaria, el plan de tratamiento, así como el protocolo de emergencia.

Al haber evaluado tanto la historia clínica como los riesgos presentes en un paciente con dicha enfermedad, se determinará lo siguiente:

- Si el paciente puede ser tratado o deberá ser referido al neurólogo previo al tratamiento.

- Si el paciente es candidato para el tratamiento, con diagnóstico preestablecido, conocer su medicación y evolución. Si es necesario, se podrá implementar tratamiento profiláctico.

- Si el paciente no tiene diagnóstico previo, pero se identifican factores que pudieran generar sospecha de enfermedad convulsiva, deberá referirse al especialista previo al tratamiento estomatológico.
- Al presentarse una emergencia, valorar la crisis que se presente y de ser necesario activar servicio de emergencia para referir al paciente a trato hospitalario.
- El tratamiento e intervención médica/estomatológica es interdisciplinario y compartido

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud. Informes sobre la epilepsia en América latina y el caribe: Washington, DC: OPS; 2013. Series de informes técnicas: 525.
- 2.- Gardner W., Osburn W., Anatomía humana, 1a ed.: México; Interamericana, 1971.
- 3.- Tortora J., Graboswski S., Principios de Anatomía y fisiología. 7° ed.: Madrid España. Harcourt Brace.
- 4.- Tortosa A. Sistema nervioso: Anatomía. Colegio Oficial de Enfermeras; 1-31.
- 5.- Guyton A., Tratado de fisiología médica. 12a ed. ELSEVIER, 2012.
- 6.- Gonzales S., Gabriela A. Deterioro neuropsicológico en niños con epilepsia. Rev investigación en salud. 2006; 7(1): 44-49.
- 7.- Harrison's, Wiener, Principles of internal medicine, McGraw-Hill, 2012.
- 8.- Malamed S. Urgencias médicas en la consulta de la odontología. 4a ed. España: Mosby/Doyma libros; 1994.
- 9.- Brunton L. Lazo J., Parker K., Las bases farmacológicas de la terapéutica. 11 ed.: México, McGraw-Hill, 2007.
- 10.- Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures.

From the commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy.
Epilepsia 22(4)489-501. 1981
- 11.- Convulsiones en el área de urgencias. Autor, Rafael Lozano. Urgencias Hospital "Virgen de la victoria".
- 12.- Beeson P., Mc Dermott., Tratado de medicina interna. 14° ed.: Madrid; Interamericana.
- 13.- Torgas E, Contreras G, Ríos L. Tratamiento farmacológico de las epilepsias. Primera ed. Alade. 2014.
- 14.- McPhee S., Ganong W. Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica. 5a ed.: México, Manual Moderno, 2007.
- 15.- Rodríguez P., Dena E., Basile R, Gavito A., Fuentes M., Frecuencia de patología neurológica en estudio de cráneo por tomografía computarizada en el hospital general de México O.D. parte 1, Anales de la radiología mexicana. 2008; 4:225-231

- 16.- Solar F., Crisis epilépticas en la población infantil. Rev. Med Clin Condes. 2011;22(5):647-654.
- 17.-Manejo del Paciente epiléptico en la consulta odontológica: Revisión actualizado de la literatura: Martínez H; Segura; 25/12/2015 [abril 2018]: Disponible en:URL: <http://www.guisade.com>.
- 18.- Rojas A, Misrachi C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Av. Odontoestomatol, Madrid. 2004: 20(4)
- 19.-Berga S., El manual de Merck. 11º ed., España; ELSEVIER, 2007.
- 20.-Targas E., Contreras G., Rios L., Tratamiento farmacológico de las epilepsias. Alade:2014
- 21.-Marcius M. Arayo G. Priscila E. Revista Brasileria de anestesiología;61 (2)242-254,2011.
- 22.- Appleton R. Choonara I. Martland T, Phillips B. Scott R. The treatment of Convulsive status epilepticus in Children. Arch Dis Child 2000;83, 415-9.
- 23.-Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guia Andaluza de Epilepsia 2009 (en línea).2009
- [Citado 2009 agosto 5]; Disponible en: URL:<http://www.guisade.com>
- 24.-Victor R. Navarro M. Jorge L. Alexander G. Estado Convulsivo.CSC [internet].2006 [citado 23 junio 2018]; 11(1):59-63.

CAPITULO III. ANTECEDENTES

El hospital general Dr. Manuel Gea González, es un organismo descentralizado dependiente de la secretaría de salud que ha contribuido al cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud del pueblo de México, proporcionando atención médica integral de la más alta calidad en las especialidades y subespecialidades que ofrece.

Conforme a lo establecido en el primer objetivo prioritario del programa sectorial de salud 2020-2024 publicado en el diario oficial de la federación el diecisiete de agosto de dos mil veinte, se deberá garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como los exámenes médicos.

Ubicación

El hospital se encuentra ubicado en Calz. de Tlalpan 4800, Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, CDMX

Se atiende a pacientes no derechohabientes del IMMS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, SEMAR, etc.

Requisitos y citas de primera vez

Para citas de primera vez, deberá de asistir a las instalaciones del hospital general Dr. Manuel Gea González", ubicado en calzada de Tlalpan, sección XVI, alcaldía Tlalpan, cp. 14080, CDMX.

Procedimiento para cita médica de primera vez

- Los pacientes que acudan a consulta por primera vez y sean mayores de edad deberán presentarse en el área de informes 20 minutos antes de la hora de su consulta con la siguiente documentación en original y una copia fotostática.
- Presentar hoja de referencia de centro de salud, hoja de referencia de un hospital general local o foráneo u hoja de referencia de un instituto nacional de salud.
- Pase de interconsulta de otro servicio de la consulta externa del hospital general Dr. Manuel Gea González u hoja de atención de consulta de urgencias del hospital general Dr. Manuel Gea González.

- Identificación oficial vigente con fotografía (credencial IFE o INE, pasaporte, cartilla de servicio militar nacional, cédula profesional o credencial del INAPAM), o en su defecto, copia fotostática del acta de nacimiento
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses (teléfono, agua, luz, predial, estado de cuenta bancario, estado de cuenta de servicio de televisión por cable o satelital) o, en su defecto, constancia de domicilio expedida por la alcaldía o municipio correspondientes (anteriormente delegaciones)
- Comprobante único de registro de población (curp) vigente, en caso de no tener registro, deberá entregar copia de la constancia de no registro.
- Formato de no derechohabencia del IMSS e ISSSTE.

Requisitos para menores de edad

Los documentos para el ingreso de menores de edad se tendrán que entregar en original y copia.

- Hoja de referencia de centro de salud, hoja de referencia de un hospital general local o foráneo u hoja de referencia de un instituto nacional de salud.
- Pase de interconsulta de otro servicio de la consulta externa del hospital general Dr. Manuel Gea González" u hoja de atención de consulta de urgencias del hospital general Dr. Manuel Gea González".
- Acta de nacimiento o del certificado de nacimiento
- Identificación oficial vigente con fotografía del padre, madre o tutor
- Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses (teléfono, agua, luz, predial, estado de cuenta bancario, estado de cuenta de servicio de televisión por cable o satelital) o, en su defecto, constancia de domicilio expedida por la alcaldía o municipio correspondientes
- Comprobante único de registro de población (CURP) vigente, en caso de no tener registro, deberá entregar copia de la constancia de no registro
- Formato de no derechohabiente del IMSS e ISSSTE del paciente y ambos padres o tutor.

Se tendrá que realizar una primera velación por parte del médico el día de su

cita, el cual determinará si requiere apertura de expediente para seguimiento en nuestra institución; en caso contrario podrá aplicar alguno de los siguientes puntos:

- Será contra referido a la institución de procedencia con las indicaciones pertinentes al problema de salud.
- Será referido a otra unidad hospitalaria que cuente con la capacidad para resolver o controlar su problema de salud.
- Se le proporcionará tratamiento médico, en caso de que amerite, y será referido a su centro de salud para seguimiento
- En caso de apertura de expediente el médico le proporcionará el formato correspondiente y se realizará la entrevista con trabajo social.

Para mayor información referente a citas de primera vez y subsecuentes, se deben comunicar de la Ciudad de México al 55 4000-5700 o del Interior de la República al 800-0220-820.

El Hospital Dr. Manuel Gea González proporciona los siguientes servicios:

- Preconsulta General
- Cirugía Pediátrica
- Medicina Interna
- Cirugía General
- Cirugía Endoscópica
- Dermatología
- Ortopedia
- Pediatría
- Cirugía Plástica Reconstructiva
- Urología
- Neonatología Clínica de Obesidad
- Oftalmología
- Infectología
- Genética
- Ginecología
- Obstetricia
- Otorrinolaringología
- Estomatología – Ortodoncia

Estomatología – Ortodoncia

El horario de atención de Estomatología- Ortodoncia es de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm y urgencias hasta las 7:00 pm.

En el área de ortodoncia se atienden a pacientes con síndromes y alteraciones craneofaciales trabajando de manera integral con el área de estomatología.

Ortodoncia va enfocado a realizar tratamientos prequirúrgicos, es decir se enfoca en preparar al paciente con aparatos en boca (ortopedia), ortodoncia, cirugía ortognática.

Todo esto con el fin de corregir maloclusiones y brindar una mejor calidad de vida a los pacientes; este servicio cuenta con 4 médicos encargados.

En el servicio de Estomatología se realizan tratamientos de operatoria dental tales como:

Profilaxis, aplicación de flúor, técnica de cepillado, resinas, amalgamas, extracciones, cirugías, rehabilitación protésica, aparatos de ortopedia.

Una vez que el paciente está libre de focos de infección en cavidad bucal es remitido a Ortodoncia dándole citas de control cada 4 meses.

El servicio de Estomatología cuenta con 4 Doctores encargados y 13 pasantes de servicio social egresados de distintas universidades.

CAPITULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

El horario y días de trabajo durante el servicio social es de lunes a viernes de 8am a 4pm y en caso de cubrir guardia (una vez a la semana) la salida es hasta las 7pm.

Dentro del mismo tomábamos clases sobre síndromes, labio y paladar hendido, fracturas faciales, dentoalveolares y cursos sobre Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Evaluación y manejo del trauma.

Nosotros como pasantes nos encargamos de apoyar a los pacientes para continuarsus tratamientos dentro del hospital, rehabilitándolos y mejorado su salud bucal, eliminando focos sépticos, realizando actividades de diagnóstico (historia clínica, diagnóstico y plan de tratamiento, urgencias), preventivas (técnica de cepillado, profilaxis, odontoxesis, aplicación de flúor, sellador de fasetas y fisuras), intermedias(toma de impresión, obturaciones), y otras actividades (interconsultas dentro y fuera del hospital, rehabilitaciones quirúrgicas).

TABLAS Y GRÁFICAS DEL INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2017		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	5	8.92 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	5	8.92%
Radiografía periapical	1	1.78%
Radiografía panorámica	3	5.35%
	1	1.78%
Subtotal	15	26.75 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	2	3.57%
Técnica de Cepillado	1	1.78%
Profilaxis	2	3.57%
Sellador de fosetas y fisuras	8	14.28 %
Odontoxesis	1	1.78%
Subtotal	14	24.98 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	3	5.35%
Toma Impresión	4	7.14%
Obturación Provisional	8	14.28 %
Subtotal	15	26.77 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	1	1.78%
Interconsulta Dentro Del Hospital	3	5.35%
Técnica a 4 manos	6	10.71 %
Rehabilitación Quirúrgica	2	3.57%
Subtotal	12	21.47 %
TOTAL	56	100%

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE
2017**

ACTIVIDADES INTRAMUROS

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	5	6.02%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	7	8.43%
Radiografía periapical	6	7.22%
Radiografía panorámica	8	9.63%
	1	1.20%
Subtotal	27	32.5%
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	7	8.43%
Técnica de Cepillado	5	6.02%
Profilaxis	6	7.22%
Sellador de fosetas y fisuras	12	14.45 %
Odontoxesis	1	1.20%
Subtotal	31	37.32 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	7	8.43%
Toma Impresión	2	2.40%
Obturación Provisional	8	9.63%
Subtotal	17	20.46 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	1	1.20%
Técnica a 4 manos	6	7.22%
Rehabilitación Quirúrgica	1	1.20%
Subtotal	8	9.62%
TOTAL	83	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2017		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	8	10.52 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	6	7.89%
Radiografía periapical	4	5.26%
Radiografía panorámica	13	17.10 %
Subtotal	5	6.57%
	36	47.34 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	2	2.63%
Técnica de Cepillado	1	1.31%
Profilaxis	2	2.63%
Sellador de fosetas y fisuras	16	21.05 %
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	21	27.62 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	2	2.63%
Toma Impresión	1	1,31%
Obturación Provisional	6	7.89%
Subtotal	9	11.83 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0%
Técnica a 4 manos	8	10.52 %
Rehabilitación Quirúrgica	2	2.63%
Subtotal	10	13.15 %
TOTAL	76	100%

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE
2017**

ACTIVIDADES INTRAMUROS

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	3	4.10%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	2	2.73%
Radiografía periapical	1	1.36%
Radiografía panorámica	6	8.21%
	4	5.47%
Subtotal	16	21.87 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	8	10.95 %
Técnica de Cepillado	3	4.10%
Profilaxis	4	5.47%
Sellador de fosetas y fisuras	8	10.95 %
Odontoxesis	0	0
Subtotal	23	31.47 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	6	8.21%
Toma Impresión	4	5.47%
Obturación Provisional	10	13.69 %
Subtotal	20	27.37 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	1	1.36%
Interconsulta Dentro Del Hospital	4	5.47%
Técnica a 4 manos	6	8.21%
Rehabilitación Quirúrgica	3	4.10%
Subtotal	14	19.14 %
TOTAL	73	100%

**ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE
2017**

ACTIVIDADES INTRAMUROS

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	5	11.36 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	6	13.63 %
Radiografía periapical	2	4.54%
Radiografía panorámica	2	4.54%
Subtotal	4	9.09%
	19	43.16 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	3	6.81%
Técnica de Cepillado	6	13.63 %
Profilaxis	2	4.54%
Sellador de fosetas y fisuras	4	9.09%
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	15	34.07 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	2	4.54%
Toma Impresión	1	2.27%
Obturación Provisional	2	4.54%
Subtotal	5	11.35 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0
Técnica a 4 manos	4	9.09%
Rehabilitación Quirúrgica	1	2.27%
Subtotal	5	11.36 %
TOTAL	44	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ENERO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	30	16.63 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	20	12.42 %
Radiografía periapical	3	1.86%
Radiografía panorámica	15	9.31%
	10	6.21%
Subtotal	78	48.43 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	12	7.45%
Técnica de Cepillado	8	4.96%
Profilaxis	10	6.21%
Sellador de fosetas y fisuras	16	9.93%
Odontoxesis	3	1.86%
Subtotal	49	30.41 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	8	4.96%
Toma Impresión	6	3.72%
Obturación Provisional	12	7.45%
Subtotal	26	16.13 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	1	0.62%
Técnica a 4 manos	6	3.72%
Rehabilitación Quirúrgica	1	0.62%
Subtotal	8	4.34%
TOTAL	161	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE
Historia Clínica	18	30.50%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	6	10.16%
Radiografía periapical	1	1.69%
Radiografía panorámica	2	3.38%
Subtotal	1	1.69%
	28	47.42%
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Aplicación de Flúor	0	0%
Técnica de Cepillado	0	0%
Profilaxis	0	0%
Sellador de fosetas y fisuras	5	8.47%
Odontoxesis	3	5.08%
Subtotal	8	13.55%
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Dique de Hule	6	10.16%
Toma Impresión	3	5.08%
Obturación Provisional	8	13.55%
Subtotal	17	28.79%
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	1	1.69%
Técnica a 4 manos	5	8.47%
Rehabilitación Quirúrgica	0	0%
Subtotal	6	10.16%
TOTAL	59	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	12	20%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	8	13.33 %
Radiografía periapical	2	3.33%
Radiografía panorámica	6	10%
Subtotal	2	3.33%
	30	49.99 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	3	5%
Técnica de Cepillado	0	0%
Profilaxis	3	5%
Sellador de fosetas y fisuras	8	13.33 %
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	14	23.33 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	4	6.66%
Toma Impresión	1	1.66%
Obturación Provisional	6	10%
Subtotal	11	18.32 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0%
Técnica a 4 manos	5	8.33%
Rehabilitación Quirúrgica	0	0%
Subtotal	5	8.33%
TOTAL	60	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE ABRIL 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	8	14.54 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	3	5.45%
Radiografía periapical	1	1.81%
Radiografía panorámica	6	10.90 %
Subtotal	19	34.54 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	5	9.09%
Técnica de Cepillado	2	3.63%
Profilaxis	5	9.09%
Sellador de fosetas y fisuras	8	14.54 %
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	20	36.35 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	6	10.90 %
Toma Impresión	2	3.63%
Obturación Provisional	5	9.09%
Subtotal	13	22.81 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0%
Técnica a 4 manos	2	3.63%
Rehabilitación Quirúrgica	1	1.81%
Subtotal	3	5.44%
TOTAL	55	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE MAYO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	8	10.12 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	10	12.65 %
Radiografía periapical	1	1.26%
Radiografía panorámica	3	3.79%
Subtotal	1	1.26%
	23	29.08 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	5	6.32%
Técnica de Cepillado	2	2.53%
Profilaxis	8	10.12 %
Sellador de fosetas y fisuras	15	18.98 %
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	30	37.95 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	4	5.06%
Toma Impresión	3	3.79%
Obturación Provisional	9	11.39 %
Subtotal	16	20.24 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	1	1.26%
Interconsulta Dentro Del Hospital	2	2.53%
Técnica a 4 manos	6	7.59%
Rehabilitación Quirúrgica	1	1.26%
Subtotal	10	12.64 %
TOTAL	79	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JUNIO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	2	5.55%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	5	13.88%
Radiografía periapical	2	5.55%
Radiografía panorámica	8	22.22%
Subtotal	18	49.47%
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	2	5.55%
Técnica de Cepillado	2	5.55%
Profilaxis	2	5.55%
Sellador de fosetas y fisuras	5	13.88%
Odontoxesis	0	0%
Subtotal	11	30.53%
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	2	5.55%
Toma Impresión	0	0%
Obturación Provisional	1	2.77%
Subtotal	3	8.32%
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0%
Técnica a 4 manos	3	8.33%
Rehabilitación Quirúrgica	1	2.77%
Subtotal	4	11.1%
TOTAL	36	100%

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO 2018		
ACTIVIDADES INTRAMUROS		
DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	5	9.61%
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	2	3.84%
Radiografía periapical	2	3.84%
Radiografía panorámica	4	7.69%
	3	5.76%
Subtotal	16	30.74 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	0	0%
Técnica de Cepillado	3	5.76%
Profilaxis	0	0%
Sellador de fosetas y fisuras	12	23.07 %
Odontoxesis	3	5.76%
Subtotal	18	34.59 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	8	15.38 %
Toma Impresión	2	3.84
Obturación Provisional	0	0%
Subtotal	10	19.22 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	0	0%
Interconsulta Dentro Del Hospital	0	0%
Técnica a 4 manos	7	13.46 %
Rehabilitación Quirúrgica	1	1.92
Subtotal	8	15.38 %
TOTAL	52	100%

**CONCENTRADO ANUAL DE ACTIVIDADES AGOSTO DEL 2017 A
JULIO DEL 2018**

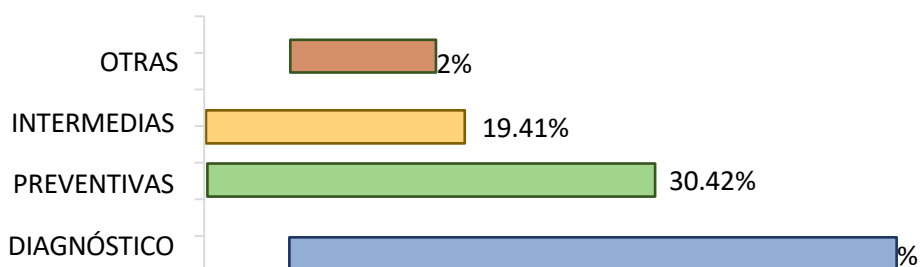
ACTIVIDADES INTRAMUROS

DIAGNÓSTICO	NÚMERO	PORCENTAJE %
Historia Clínica	109	13.06 %
Diagnóstico y Plan de Tratamiento Urgencias	80	9.59%
Radiografía periapical	26	3.11%
Radiografía panorámica	76	9.11%
Subtotal	34	4.07%
	325	38.94 %
PREVENTIVAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Aplicación de Flúor	49	5.87%
Técnica de Cepillado	33	3.95%
Profilaxis	44	5.27%
Sellador de fosetas y fisuras	117	14.02 %
Odontoxesis	11	1.31%
Subtotal	254	30.42 %
INTERMEDIAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Dique de Hule	58	6.95%
Toma Impresión	29	3.47%
Obturación Provisional	75	8.99%
Subtotal	162	19.41 %
OTRAS	NÚMERO	PORCENTAJE %
Interconsulta Fuera Del Hospital	3	0.35%
Interconsulta Dentro Del Hospital	12	1.43%
Técnica a 4 manos	64	7.67%
Rehabilitación Quirúrgica	14	1.67%
Subtotal	93	11.12 %
TOTAL	834	100%

**Referencia: Estadística diaria del departamento de
estomatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea
Gonzalez**

GRÁFICAS ACTIVIDADES INTRAMUROS

CONCENTRADO ANUAL (AGOSTO 2017 - JULIO)



FUENTE: Bitácora Personal

Figura 1. En esta gráfica se muestran las actividades realizadas durante todo el servicio social, en donde se observa que las actividades que pertenecen al rubro diagnóstico fueron las que más se realizaban, y las de menor porcentaje fueron las que pertenecen al rubro de intermedia y otras.

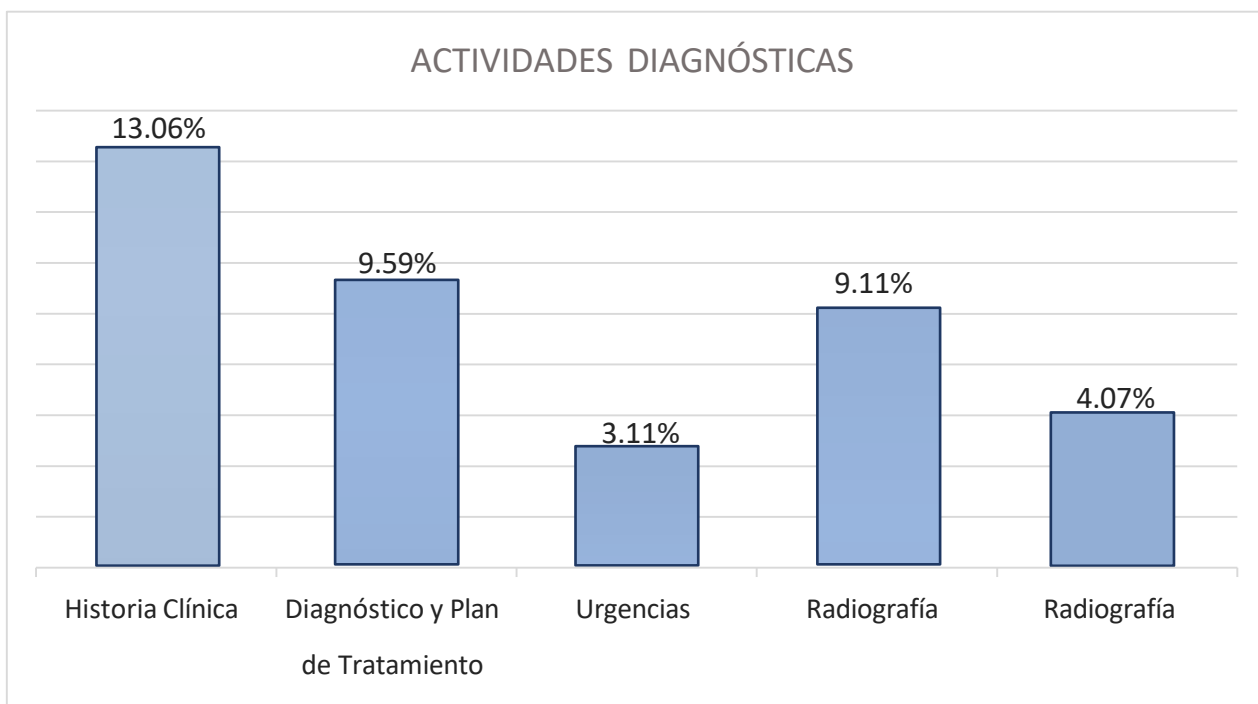


Figura 2. En esta gráfica se observa que dentro del porcentaje de las actividades de diagnóstico, las más realizadas fueron la elaboración de la historia clínica, seguida de la elaboración del diagnóstico y el plan de tratamiento.

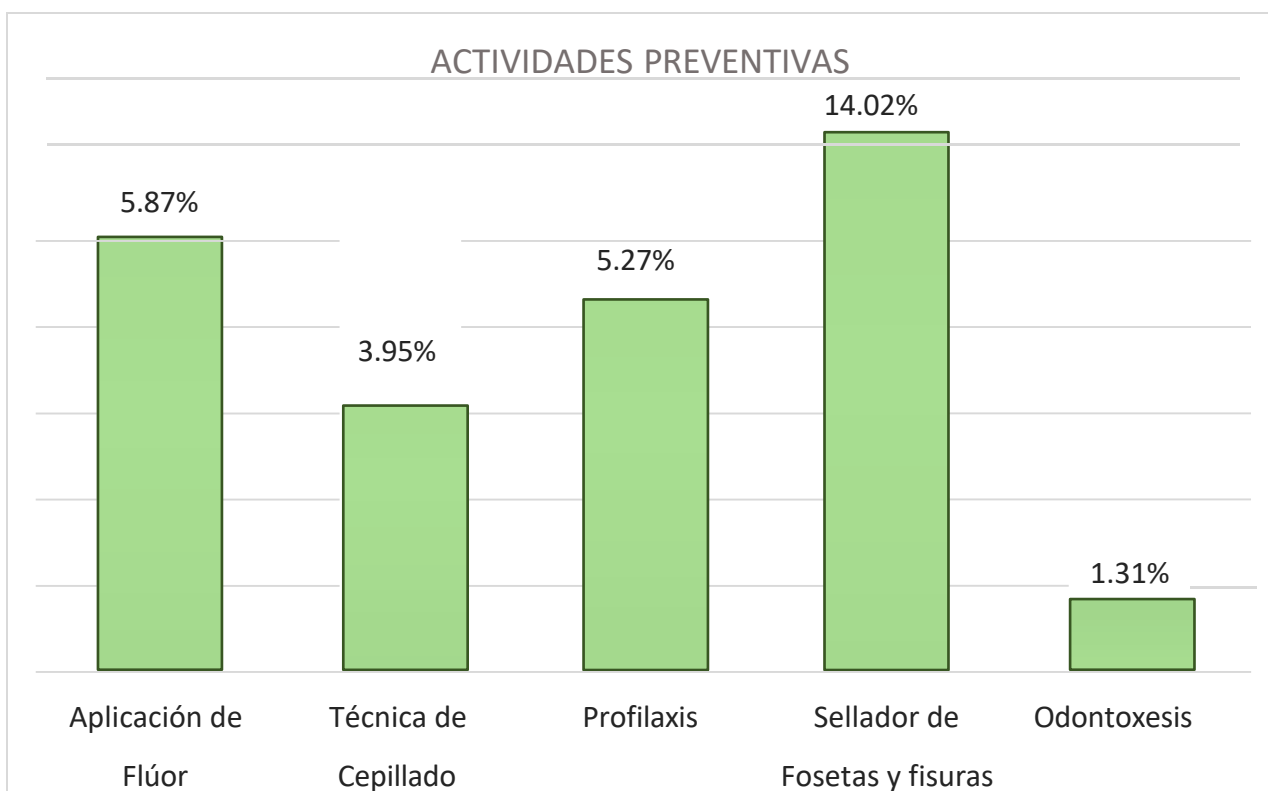


Figura 3. En esta gráfica se observa que, dentro del porcentaje de las actividades preventivas, las más realizadas fue la aplicación de selladores de fosetas y fisuras, seguida de la aplicación de flúor.

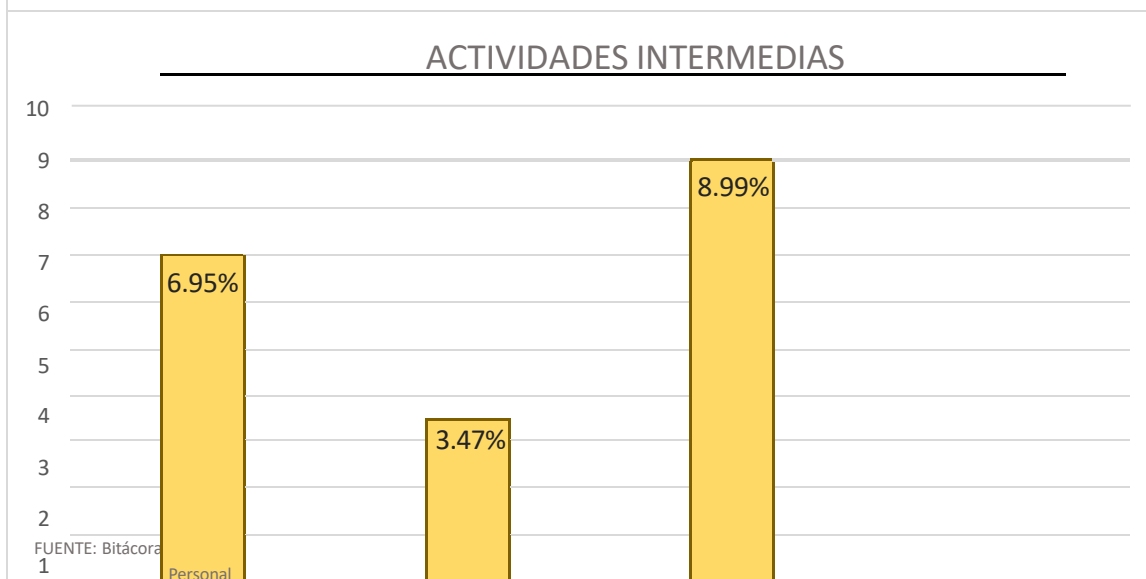


Figura 4. En esta gráfica se puede observar las actividades que pertenecen al grupo de intermedias, en donde la más destacada fue la de obturación temporal (8.99%) y la de menor porcentaje fue la toma de impresión (3.47%).

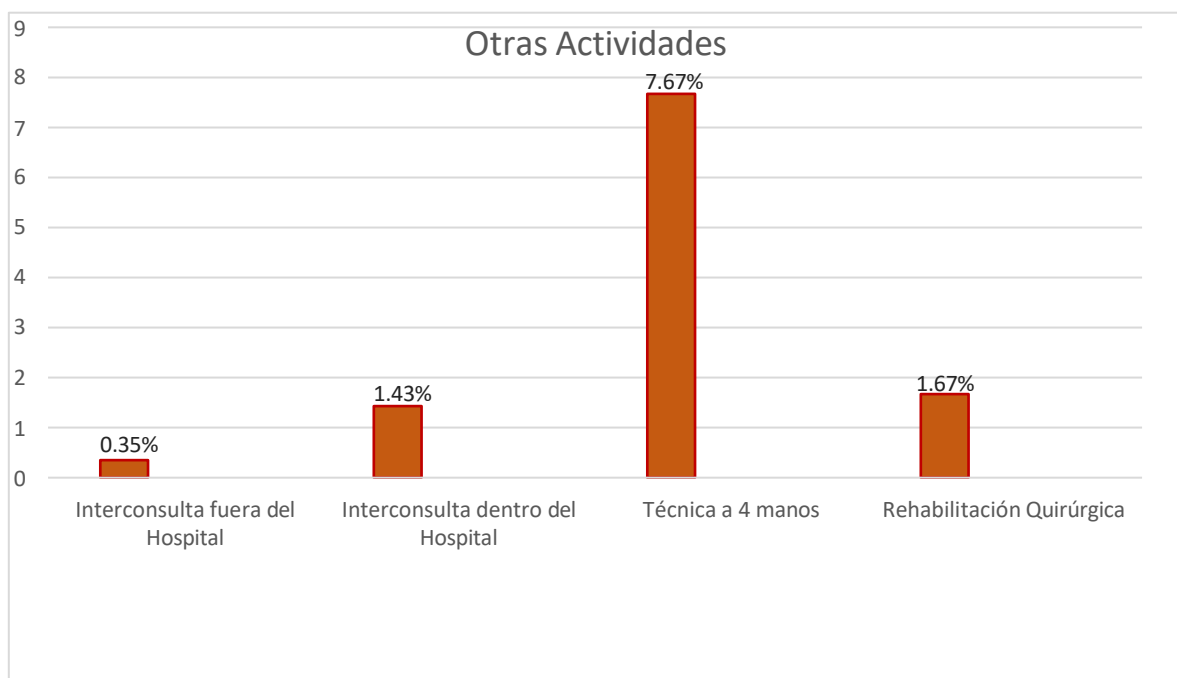


Figura 7. En esta gráfica se observa que de entre otras actividades realizadas, la técnica a 4 manos, fue la más alta la cual representó el 7.67%.

CAPITULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el servicio social, atendí un total de 534 pacientes durante el año que dura este mismo, y realizando a su vez un total de 834 tratamientos durante mi estancia.

De las actividades realizadas divididas por rubros tenemos que durante todo el año se realizaron 834, de las cuales se observa que las actividades que pertenecen al rubro diagnóstico fueron las más realizadas con un 38.94%, y las de menor fueron las pertenecientes al rubro de intermedias (19.41%) y otras (11.12%).

Dentro del porcentaje de las actividades de diagnóstico, las más realizadas fueron la elaboración de historia clínica, seguida de la elaboración de diagnósticos y plan de tratamiento, con 13.06% y 9.59% respectivamente.

Las actividades pertenecientes al grupo de actividades preventivas, en donde la más realizada fue la aplicación de selladores de fasetas y fisuras con 14.02%, seguida de la aplicación de flúor con un 5.87%.

De las actividades que pertenecen al grupo de actividades de intermedia, las más realizadas son las obturaciones provisionales con un 8.99%, seguido del uso de dique de hule en tratamientos con un 6.95%.

Entre otras actividades realizadas durante el año del servicio social, la técnica a 4 manos durante los tratamientos fue la más realizada con un 7.67% y a su vez la interconsulta dentro del hospital fue la menos realizada con un 1.43%.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES

El realizar mi pasantía en un hospital de primer nivel me ayudo a expandir mi conocimiento referente al diagnóstico y tratamiento en pacientes con síndromes y anomalías craneofaciales.

De igual manera me brindo una gran experiencia en el ámbito multidisciplinario ya que en esta institución la atención a cada paciente es de manera individualizada y no generalizada, así nos enseña a que cada especialidad o disciplina es fundamental en el protocolo de atención hacia los pacientes y de esta manera poder lograr brindar un buen diagnóstico y tratamiento.

Además de tener esa parte humana y solidarizarnos tanto con los pacientes como con sus familiares.

