

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**GUÍA Y EVALUACIÓN DEL MANEJO DE NIÑOS EPILÉPTICOS DE 6 A 11
AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO DE VII,
VIII Y IX SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS.**

Yuliany Suarez Sánchez, Jair Orlando Rincón

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias De la Salud
Facultad de odontología
2014**

**GUÍA Y EVALUACIÓN DEL MANEJO DE NIÑOS EPILÉPTICOS DE 6 A 11
AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA CLÍNICA INTEGRAL DEL NIÑO DE VII,
VIII Y IX SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS.**

Yuliany Suarez Sánchez, Jair Orlando Rincón

Proyecto de grado presentado como requisito para optar el título de Odontólogos

**Director
Dr. Luis Ernesto García Vargas
Odontólogo Pediatra.**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias De la Salud
Facultad de odontología
2014**

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	8
A. Planteamiento del problema	9
B. Justificación	10
C. Objetivo general	11
1. <i>Objetivos específicos</i>	11
II. MARCO REFERENCIAL	12
A. Marco Teórico	12
B. Marco Histórico	15
III. MÉTODO	17
A. Tipo de Estudio	17
B. Población y Muestra	17
C. Criterios	17
1. <i>Criterios de Inclusión</i>	17
2. <i>Criterios de Exclusión</i>	18
D. Variables	18
E. Procedimientos	18
F. Plan de Análisis Estadístico	20
1. <i>Plan de análisis univariado</i>	20
G. Consideraciones éticas	20
H. Cuadro de Operacionalización de variables	21
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSION	28

VI CONCLUSION	30
V.RECOMENDACIONES	31
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32
APENDICES	35
A. Consentimiento Informado	35
B. Evaluación manejo paciente niño epiléptico	37

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Grado de conocimiento de la población encuestada sobre la epilepsia según el semestre. 25
- Figura 2. Grado de conocimiento de los estudiantes sobre la epilepsia según el semestre. 26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Presupuesto Total	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 2. Personal	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 3. Tabla 3. Servicio Técnico Y/O Asesoría	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 4. Descripción de gastos operacionales	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 5. Material Bibliográfico	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 6. Descripción de gastos operacionales	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 7. Comunicaciones y transporte	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla8.Grado de conocimiento que tienen los estudiantes de acuerdo al semestre	

I. INTRODUCCIÓN

Realizar tratamientos odontológicos en niños con epilepsia es una tarea difícil, pero lograr manejar ese campo es una de las experiencias más satisfactorias de la práctica odontológica. Algunos de estos niños tienen que ser atendidos bajo sedación y requieren de un amplio conocimiento de sus padecimientos, del tipo de atención médica que reciben y de un manejo cuidadoso en el campo de la odontopediatría.

Actualmente existe un gran número de niños que presentan epilepsia y que además presentan otras patologías asociadas a ellas.

Se ha de intentar evaluar aspectos generales del paciente: lesiones provocadas por traumatismos o caídas debidas a las crisis epilépticas, efectos de la medicación (alopecia, hirsutismo, rash cutáneos, etc.). En la exploración bucal se valorará especialmente la existencia anomalías en cavidad oral, patología en las encías (Hiperplasia Gingival) y condiciones higiénicas bucales.⁽²⁾

Estos pacientes presentan una serie de características clínicas y odontológicas que exigen un manejo específico. Entre estos los síntomas conocidos como convulsiones recurrentes y contracciones musculares. La persona afectada puede presentar dolor de cabeza, cambios en el humor o nivel de actividad, mareos, desmayos, confusión y pérdida de la memoria. Muchos casos presentan un "aura", que son sensaciones personales que anuncian que una convulsión es inminente, y que aparece antes de sufrir una convulsión generalizada.⁽³⁾

En la intervención odontológica la prioridad son los factores de riesgo que pueden desencadenar una crisis convulsiva y en el tratamiento propiamente dicho es importante la habilidad del profesional y la organización del procedimiento a realizar para evitar complicaciones si se produce una crisis.⁽³⁾

La crisis epiléptica es una manifestación clínica debida a una descarga neuronal anormal y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales. Estas consisten en fenómenos anormales repentinos y transitorios que pueden incluir desde alteraciones del nivel de conciencia, trastornos motores, sensitivos, sensoriales y hasta crisis generalizadas tónico-clónicas.⁽³⁾

Esta enfermedad neurológica, además de los síntomas típicos de convulsiones recurrentes y crónicas puede acompañarse de cefalea, cambios en el humor o nivel de actividad, mareos, desmayos, confusión y amnesia.^(4,5)

En Colombia, está cursando un proyecto de Ley por medio del cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para la atención integral de las mismas, como aspecto relevante del ser humano y de importancia para la calidad de vida de éste.⁽⁶⁾

Para lograr que en estos casos se alcance una rehabilitación integral, es necesario conocer cuales patologías de la cavidad oral pueden estar afectando a esta población, tanto las que se producen en consecuencia de los medicamentos propios del tratamiento, como las originadas por resultado de los episodios convulsivos.

Como es conocido la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas de mayor frecuencia, se estima entorno de siete a diez casos entre 1000 habitantes, siendo el pico de mayor prevalencia en la infancia y en la tercera edad.⁽³⁾

Lo anterior motiva la realización de esta investigación con el fin de obtener un índice de enfermedades en cavidad oral en pacientes diagnosticados con epilepsia en la Fundación Instituto de Rehabilitación para Personas con Epilepsia (FIRE), teniendo en cuenta que en la actualidad no se dispone de esta información específica.

Este estudio aportará información sobre la guía de manejo en pacientes epilépticos, de igual forma a los investigadores como futuros odontólogos, contribuirá en la ganancia de conocimientos sobre este tipo de pacientes y su manejo, al tiempo que fortalece la línea de investigación.⁽³⁾

I.A. Planteamiento del Problema

Someter a un paciente a un procedimiento dental implica alterar su equilibrio fisiológico. Es necesario que el odontólogo decida y determine si es justificable someter al paciente a un determinado procedimiento odontológico, si la salud y el bienestar físico del paciente corren algún riesgo. Para lograr esto se debe evaluar al paciente, y así prepararlo para el procedimiento que se desea realizar. La evaluación incluye una serie de preguntas a su familiar más cercano acerca de la historia médica y odontológica pasada, así como padecimientos actuales.⁽¹⁾

Todo profesional de la salud debe ser capaz de proveerle a su paciente el mejor manejo posible sin riesgo de complicaciones, y para esto se diligencia la historia clínica médica y dental, el examen físico, los exámenes complementarios y las interconsultas médicas. El examen físico es una parte muy importante de la evaluación del paciente ya que durante el mismo se puede presentar varios tratamientos adecuados. Los pacientes epilépticos suelen mantenerse con medicamentos anticonvulsivantes para controlar sus episodios.⁽³⁾

El Odontólogo debe conocer los medicamentos prescritos al paciente y debe tener ciertas precauciones en caso de que un paciente experimente un episodio epiléptico,

tratando de manejarlo, no restringiendo los movimientos del paciente y no forzar las mandíbulas apretadas, pero controlando su respiración.

Si el odontólogo pasa por alto esta información, el paciente podría sufrir una complicación y presentar un mayor riesgo durante y después del procedimiento efectuado.

Existe información que el paciente no refiere verbalmente porque simplemente la desconoce pero el odontólogo debe investigar con una buena anamnesis, porque puede presentar una enfermedad sistémica, que pudiera afectar al paciente si se efectúa en procedimiento Odontológico.⁽²⁾

El Odontólogo debe saber referir al paciente con el médico especialista y/o enviarlo a realizarse una serie de exámenes complementarios si se sospecha que el paciente pudiera padecer de una enfermedad sistémica como una epilepsia.⁽¹⁾

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo diseñar una guía de manejo para paciente pediátrico con epilepsia en la atención odontológica?

I.B. Justificación

La odontología es la especialidad que se dedica al estudio de los dientes y las encías y al tratamiento de sus dolencias. Esta disciplina se encarga de todo lo referente al aparato estomatognático, formado por el conjunto de órganos y tejidos que se encuentran en la cavidad oral y en parte del cráneo, la cara y el cuello.⁽⁴⁾

Tomando en cuenta que las afecciones bucales son un problema de salud que afecta al ser humano, no debe dejar aislados o como un fenómeno sobrenatural a las personas que sufran o padezcan de epilepsia, ya que estas personas al igual que otras, requieren de atención odontológica. Es por este motivo, que se siente una gran preocupación de la situación actual del poco conocimiento que tiene el odontólogo para la atención de estos pacientes. Dada la importancia de esta situación que en el transcurrir del tiempo ha padecido la sociedad, sobre todo en esta época que tiene una gran carga de tensiones psíquicas y emocionales que pueden llevar al individuo a un desequilibrio de su personalidad.⁽⁵⁾

Por esta razón se considera fundamental que el profesional de la odontología y de cualquier área de la salud, esté preparado para enfrentarse a cualquier tipo de paciente. La realización de este trabajo es de suma importancia, debido al déficit de conocimiento que tiene el odontólogo para la atención de un paciente con trastornos mentales y de la psicomotricidad. Por todo lo anteriormente dicho es de gran interés para el odontólogo adoptar una correcta forma de abordaje y técnicas para tratar a estos pacientes, y así de esta forma prestar un mejor servicio en la atención a la población en general y específicamente a

esta pequeña parte de la misma. Por tanto la adopción de una correcta forma de abordaje hacia el paciente con epilepsia, podría aportar grandes beneficios terapéuticos, sociales y económicos tanto el paciente, la comunidad y el operador clínico. ⁽¹⁾

I.C. Objetivo General

Realizar una evaluación y guía en poster del manejo de los niños epilépticos de 6 a 11 años de edad, para las Clínicas Integrales del Niño de VII, VIII y IX semestre de la Universidad Santo Tomas.

I.C.1. Objetivos Específicos

- Establecer el grado de conocimiento de los estudiantes de VII, VIII y IX semestre de Odontología sobre el manejo del paciente epiléptico pediátrico.
- Realizar una guía en poster del manejo del niño epiléptico en Odontología.

II. MARCO REFERENCIAL

Este proyecto está fundamentado en los estudios científicos y de revisión relacionando el manejo clínico y odontológico del paciente pediátrico con Epilepsia en las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás.

II.A. Marco Teórico

Concepto de Epilepsia la crisis epiléptica es una manifestación clínica debida a una descarga neuronal anormal y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales, para que haya crisis debe ser repetitiva en algunos casos es significativo considerar que éstas pueden ser una revelación de alguna entidad clínica específica o secundaria a un trastorno tóxico-metabólico (sin que sea epilepsia). Entre estas entidades se encuentran: hipoglicemia, hiperglicemia con estado hiperosmolar, hiponatremia, hipocalcemia, crisis febriles en niños, drogas alucinógenas como la cocaína, etc. ⁽²⁾

Las manifestaciones clínicas consisten en fenómenos anormales repentinos y transitorios que pueden incluir desde alteraciones del nivel de conciencia (cuadros de ausencias), trastornos motores (crisis tónicas), sensitivas (parestias), sensoriales (alucinaciones auditivas, visuales) hasta crisis generalizadas tónica-clónicas o ataque de “gran daño”. Estas alteraciones pueden ser percibidas por el paciente o por un observador. Cuando las crisis epilépticas se hacen recurrentes (más de dos) se habla de epilepsia. Los factores desencadenantes pueden ser: privación de sueño, alcohol, estados febriles o infecciones sobreagregadas. En algunos pacientes las crisis están exclusivamente limitadas a condiciones especiales como ingestión de licor y algunos medicamentos facilitadores de crisis como el metronidazol, las quinolonas, o la suspensión de benzodiacepinas, etc. ^(2,12)

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas de mayor frecuencia, se estima en torno a 7-10 casos /1000 habitantes, siendo el pico de mayor prevalencia en la infancia y en la tercera edad. En nuestro medio se tiende a ocultar el padecimiento de la enfermedad y exponiéndose el paciente al riesgo de tener una crisis que se hubiera evitado de actuar correctamente. ^(2, 12,16)

En casos de crisis con inicio parcial, atónicas, tónicas, mioclonías progresivas, generalmente asociadas a deterioro del paciente y en crisis de difícil control, es necesario un TAC de cráneo simple y con contraste y algunas veces una resonancia magnética del cerebro. Es frecuente que en niños con crisis de difícil control y deterioro neurológico se pida adicionalmente algunos estudios metabólicos. En pacientes con epilepsia de difícil control, sospecha de pseudocrisis o en estudio para cirugía de epilepsia se emplea de rutina el video telemetría (algunas veces durante varios días o incluso una o dos semanas); en este examen se realiza EEG continuo y se hace filmación en vídeo del paciente en forma simultánea. En los pacientes que sufren la primera crisis es de vital importancia una buena

historia clínica en donde se deben considerar varios aspectos como son: la crisis parcial en su inicio o si es claramente generalizada; indicios de una crisis anterior no interpretada como convulsiva; si en la familia hay historia de epilepsia, crisis febriles o de migraña ya que esta última se confunde en ocasiones con crisis convulsiva ; los posibles factores desencadenantes como medicamentos, tóxicos, farmacodependencia, fiebre en los niños, posibles infección de SNC, inmunosupresión. Otras causas no neurológicas como síncope de origen cardiovascular y pseudocrisis. Luego de esta evaluación si el examen físico es normal, no hay indicios de crisis previas y el EEG es normal se puede dejar el paciente sin medicación advirtiéndolo los riesgos de una segunda crisis especialmente durante los primeros 6 a 12 meses. Sin embargo en algunos casos especiales es posible que el paciente por solicitud propia o criterio médico sea prescrito con un anticonvulsivante. Con EEG anormal, signos focales al examen físico, antecedentes de crisis previas, se inicia tratamiento con la medicación que sea más adecuada para el paciente. ^(6,2)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Las entidades más comúnmente confundidas con epilepsia son: isquemia cerebral transitoria; síncope; migraña; trastornos del sueño REM; parasomnias; pseudocrisis; distonías y otros movimientos anormales. El diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas se ha de efectuar con un amplio grupo de enfermedades. De todas ellas, la más frecuentes son los cuadros sincopales y cuadros de lipotimia/hipotensión, que habitualmente consisten en episodios de pérdida de conocimiento de forma aislada sin manifestaciones neurológicas previas ni posteriores. ^(7,6)

- Síncope: cardiogénico no cardiogénico (hipotensión)
- Trastornos vestibulares: vértigo
- Migraña. Equivalentes migrañosos
- Enfermedad cerebrovascular
- Alteraciones metabólicas (hipoglicemia)
- Trastorno del sueño
- Crisis psicógenas. Trastorno de ansiedad
- Reacciones alérgicas.

El fenómeno multietiológico, conocido como epilepsia, se manifiesta clínicamente en forma de crisis y cuando presenta actividad motora se conoce como crisis convulsiva. ^(7, 6,8)

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS

Existe una clasificación para las crisis que se basa en las manifestaciones clínicas, forma de inicio y hallazgos electroencefalográficos. Esta clasificación divide las crisis en generalizadas y parciales. Las crisis generalizadas se caracterizan por un registro electroencefalográfico (EEG) con descargas que comprometen ambos hemisferios en forma difusa desde su inicio. Las crisis parciales se inician en una parte o algunas partes del cerebro. ⁽¹⁶⁾

La crisis en general depende de la región donde se inicia la descarga, estas crisis pueden dispersarse a zonas vecinas y luego a todo el cerebro convirtiéndose en una crisis parcial con generalización secundaria. Las crisis parciales son denominadas simples cuando el paciente retiene la conciencia y parciales complejas cuando hay desconexión del medio sin que el paciente recuerde la crisis.⁽⁶⁾

Hay una última parte dedicada a crisis no clasificables como son las del recién nacido y aquellas que por falta de información completa es difícil clasificar como parciales o generalizadas. Esta clasificación es útil dado que permite saber si un paciente tiene crisis generalizadas o parciales, ayudando a definir la conducta a seguir y la posible medicación a escoger. Pacientes con epilepsias primarias generalizadas pueden tener combinaciones de crisis; es el caso de la epilepsia mioclónica juvenil en la cual se presentan mioclonías en 100% de los afectados y además presentan ausencias y/o crisis tónico-clónicas. La clasificación sindrómica de la epilepsia tiene utilidad ya que es un complemento de la clasificación anterior. El estatus epiléptico es la crisis que persiste un tiempo prolongado (treinta minutos o más) o aquellas crisis recurrentes en las que no existe recuperación entre las mismas.⁽⁶⁾

Los trastornos convulsivos son causados por la descarga incontrolable y excesiva de las neuronas cerebrales que dan lugar a un aplazamiento de las funciones motoras, sensoriales, de conducta. La epilepsia es un nombre dado a los trastornos convulsivos, donde la etiología no se puede definir. Antes de la edad de dos años, las convulsiones son causadas principalmente por fiebre, entre las edades de 2 – 14 años la etiología es desconocida.⁽⁶⁾

La etiología de las convulsiones parciales sintomáticas en la infancia es principalmente lesionar, mal formativa (trastornos de la migración neuronal), vascular (malformaciones arteriovenosas y cavernosas) y, más raramente, tumorales o traumáticas. Es posible distinguir dos formas de epilepsias idiopáticas: las epilepsias parciales esporádicas y las epilepsias parciales familiares; en estas últimas se identificó el gen o locus.⁽⁶⁾

EXÁMENES CON LOS QUE SE PUEDEN DETECTAR EPILEPSIA

La TAC tiene un valor limitado en la evaluación de pacientes con Epilepsia parcial, ya que los detalles del lóbulo temporal, especialmente del hipocampo, no son satisfactoriamente visualizados. La única situación en la cual la TAC es superior a la RNM es en pacientes que tienen lesiones calcificadas.

La RNM es un examen cuyas principales ventajas son: excelente resolución anatómica, estudio en múltiples planos e inocuidad (no usa radiaciones ionizantes) y permite hacer estudios metabólicos y funcionales.

La RNM tiene un 89% (Jackson G) de sensibilidad y un 86% de especificidad para el diagnóstico de "Esclerosis del hipocampo" o EH (lesión frecuente ubicada en el lóbulo temporal). Estudios cuantitativos (volumetría por RNM) han aumentado la tasa de detección de EH.

Las técnicas de espectroscopia-RNM, que muestran un mapa metabólico cerebral, han demostrado ser útiles en la detección de EH (en la EH existe una reducción del N-acetilaspártato en -relación a la colina y la creatinina.

El espectro de las displasias corticales que puede ver la RNM incluye esquizencefalia, lisencefalia, macrogiria local o difusa, polimicrogiria focal, anomalías menores de los surcos y heterotopia subependimaria. Algunas lesiones más sutiles pueden visualizarse solamente si se usan protocolos especiales.⁽⁹⁾

II.B. Marco Histórico

El cerebro humano ha sido estudiado por los científicos, por más de 2000 años sin embargo aún sigue siendo la parte más misteriosa del cuerpo cuando está funcionando bien, pasa desapercibido pero cuando no puede causar estragos inimaginables; actualmente las personas ignoran lo que significa esta enfermedad, para quienes lo padecen los juzgan y los tildan de drogadictos, alcohólicos o enfermos mentales cuando esta enfermedad es algo más serio.

En la antigüedad eran percibidos como portadores de enfermedades del alma y no del cuerpo o de la mente; en la edad media existían unos libros para cazar brujas decía que las brujas se distinguían porque ellas producían los ataques, cuando maldecían a las personas era un desorden asociado con demonios con satanismo y estas personas que presentaban esta enfermedad eran quemados en la hoguera como herejes ;Todo lo que se les podía hacer se les hacía a las personas con epilepsia , desde narcóticos hasta marihuana ,hasta sangrados y sanguijuelas ,exorcismos y ceremonias religiosas ;Hasta que un hombre con pocas convicciones religiosas Thomas Willis ,fue una figura predominante ,saco a la epilepsia del mundo espiritual, y la llevo a la ciencia fue la figura predominante del siglo XVII le dio su nombre a la neurología .Era su más grande reto unir la ciencia con la neurología , estudió el cerebro , la epilepsia y dijo debe ser tratada por médicos.

En el año 500 antes de cristo Hipócrates dijo que en la enfermedad en su” monologo de la epilepsia”, se pronunció con que la epilepsia era una enfermedad natural del cerebro, pero esta profecía se olvidó por más de 2000 años.

Pero Willis estaba con un dilema entre lo religioso y la ciencia, él no era tan valiente como para enfrentársele a la iglesia, finalmente encontró una respuesta que el cerebro alojaba más de un alma, y por eso se comportaban así los epilépticos; En la actualidad la epilepsia es tratada como se debe por la medicina, gracias a este personaje que tuvo la valentía y la inteligencia para estudiarla y que fuera investigada.⁽⁸⁾

La crisis convulsiva es un motivo de consulta variable en la clínica odontológica de pediatría, que representa un potencial de riesgo. La valoración y el tratamiento inicial del

paciente tienen como objetivo el mantenimiento de las vías aéreas, asegurar la oxigenación, ventilación, y circulación adecuada. ⁽⁸⁾

Simultáneamente suprimir la actividad convulsiva prevenir las recurrencias e identificar y tratar la causa en el paciente pediátrico, es esencial considerar el origen metabólico (hipoglucemia, alteraciones iónicas metabólicas), hay niños que son percibidos como personas enfermas en la antigüedad. ⁽⁸⁾

Se puede hacer un tratamiento inicial, suministrando el medicamento que se utilice en el paciente, hay que observar como hace efecto el medicamento; se describe el comportamiento después de suministrarlo, para orientar su manejo adecuado en la consulta odontológica.

Las crisis convulsivas en pacientes afebriles representan, un problema diferente y en pediatría se relacionan generalmente con desajustes de la medicación en pacientes con antecedentes previos o con procesos de origen epiléptico que efectúan su comienzo. ^(12,9)

Si el control al paciente es deficiente es recomendable que el paciente se someta a anestesia general; el uso de xilocaína y el umbral convulsivo es recomendable formular un programa agresivo de prevención de higiene bucal. ⁽¹⁰⁾

Hay que citar al paciente cuando este bien descansado y el odontólogo debe estar preparado para manejar una crisis.

El manejo de una crisis consiste en:
Anotar el tiempo cuando la convulsión comienza a mantener la calma, hay que posicionar al paciente para evitar cualquier injuria, no coloque nada dentro de la boca, y ponerlo en posición supina.

Se recomienda poner una toalla debajo de los hombros después de la convulsión para evitar aspiraciones vía aérea y tomar los signos vitales. ⁽¹⁰⁾

III. MÉTODOS

III.A. Tipo de Estudio

Cuasiexperimental: En este estudio, se determina de manera no aleatoria que individuos van a evaluarse y cuáles no. La mayor flexibilidad que los diseños cuasiexperimentales, que permite abordar el estudio de ciertos fenómenos no aptos de ser abordados por procedimientos experimentales, lo que contribuye a un menor número de obstáculos prácticos que hay en su realización.

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el estudio antes (pre) de un sólo grupo o con grupo de control equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes de la exposición del sujeto a la intervención experimental.

Es Cuasiexperimental por que se realizara una evaluación antes de la implementación del poster en un solo grupo no aleatorio y sin grupo control.

III.B. Población y Muestra

Universo: Estudiantes de odontología de pregrado de la Universidad Santo Tomás que realicen prácticas en las clínicas odontológicas en el primer periodo del año 2014.

Población: Estudiantes de Odontología de pregrado que cursen de Clínica Integral del Niño I, II, III de la universidad Santo Tomás que realicen prácticas en las clínicas odontológicas en el primer periodo del año 2014 (aproximadamente 144)

Muestra: el cálculo del tamaño de muestra se realizó en el programa Epi-Info versión 3.2.2 de 2004 en el subprograma Statcalc con un 95% de confianza y un error tipo 1 del 5% , a partir de una población de 144 estudiantes de VII, VIII, IX semestre.

Tamaño de muestra: 144 estudiantes divididos entre los tres grupos de VII, VIII, IX para un total de 48 estudiantes de cada grupo

III.C. Criterios

III.C.1. Criterios de Inclusión

-Estudiantes de pregrado de odontología que estén cursando VII, VIII y IX de la Universidad Santo Tomás

-Estudiantes de odontología de la Clínica Integral del Niño I, II, III de la universidad Santo Tomás.

III.C.2. Criterios de Exclusión

-Estudiantes que falten a una de las dos pruebas a realizar.

-Estudiante que en momento de realizar las pruebas presenten alguna dificultad para diligenciar por sus propios medios la encuesta.

III.D. Variables

- Edad: Número de años cumplidos hasta la fecha.
- Semestre que cursa: Nivel académico recorrido en un periodo de tiempo.
- Conocimiento de los estudiantes acerca de la epilepsia: Grado de aprendizaje adquirido sobre la patología de epilepsia, que aborda principios como:
 - Concepto de epilepsia: consiste en la definición de la patología como tal.
 - Principales factores de riesgo de epilepsia: son condiciones que generan el desarrollo de la patología en los pacientes.
 - Signos y síntomas de epilepsia: características y manifestaciones de la patología y sistémico en el paciente
 - Causa de epilepsia: indica la etiología multifactorial o el origen patológico
 - Forma de diagnosticar la epilepsia: conjunto de habilidades por parte del profesional que junto con ayudas diagnósticas como exámenes neurológicos, pueden llegar a determinar una patología. Tipo de epilepsia: corresponde al nivel en el que se encuentre avanzada la patología, puede ser leve, moderada o severa.
 - Diagnóstico diferencial: corresponden a otro tipo de patologías que pueden tener características similares a los signos y síntomas de epilepsia.
 - Clasificación de epilepsia: corresponde al tipo de epilepsia que puede presentar un paciente teniendo en cuenta según el momento del día, según la existencia o no de causa aparente, según el tipo de actividad motora, según la permanencia o no de la actividad.

- Autoevaluación del conocimiento acerca de epilepsia: los estudiantes realizan auto-crítica sobre el grado de conocimiento que consideran ellos mismos tienen acerca de epilepsia, clasificándose en niveles bueno, regular, malo.
- Punto de vista sobre el manejo de la epilepsia aplicado en las clínicas de la USTA: los estudiantes consideran si el tema de epilepsia se trata de una forma correcta durante su desempeño clínico de acuerdo a conocimientos y prácticas.
- Práctica de los estudiantes acerca de epilepsia: Destreza por parte del estudiante en el manejo de un paciente con Epilepsia. Se evalúa al estudiante en 16 aspectos prácticos, si realiza de 0 a 8 se clasifica en malo, si realiza de 9 a 13 se clasifica como regular, si realiza de 14 a 16 se clasifica como bueno. Se abordan principios como:
 - Anamnesis: interrogatorio indispensable para la historia clínica del paciente y entender la naturaleza de los signos y síntomas para acercarse a un diagnóstico.
 - Interroga sobre enfermedades nerviosas: indica si el estudiante en su práctica le pregunta al paciente acerca de si sufre o no alguna enfermedad del sistema nervioso que pueda estar relacionada con epilepsia.
 - Realiza exámenes complementarios: identificar si el estudiante en su práctica solicita electroencefalograma como complemento para el diagnóstico de epilepsia.
 - Diagnostica correctamente la epilepsia: identificar si el estudiante en su práctica clínica diagnostica adecuadamente a un paciente epiléptico.
 - Recomienda tratamientos correctos de acuerdo a las características sobre epilepsia del paciente: identificar si el estudiante realiza un adecuado plan de tratamiento de acuerdo al tipo de epilepsia que posee el paciente.
 - Evaluar el conocimiento sobre la atención al paciente pediátrico epiléptico.
 - Evaluar el conocimiento del estudiante frente a un paciente epiléptico, en caso que este entre en una crisis como debe actuar.

III.E. Procedimientos

- Inicialmente se clasificará la información más pertinente y actualizada para el diseño de la guía de manejo de epilepsia.
- En colaboración con un experto en diseño gráfico, se elaborará el material, la distribución de la información en él que sea llamativo y genere recordación para un mejor aprendizaje

- Se elaborará la encuesta que se va a usar en la etapa del antes y después de acuerdo a la información leída de artículos y a las variables.(ver anexo B)
- Se realizará la solicitud de la información del número de estudiantes que asisten a la Clínica Integral del Niño I, II, III correspondientes a VII, VIII y IX semestre.
- Se realizará la calibración entre los 2 integrantes del grupo de investigación, para poder unificar conceptos con respecto a la manera en que se debe manejar un paciente epiléptico y poder evaluar con iguales criterios a los estudiantes.
- Se seleccionarán 15 participantes que representen la comunidad para realizar la prueba piloto.
- Después de la prueba piloto se corregirán los errores detectados para dar paso a la prueba definitiva.
- Para la prueba definitiva, se iniciará con la realización de la evaluación antes de un poster educativo, la cual consta de unas preguntas de evaluación sobre conocimientos básicos del manejo del paciente pediátrico epiléptico.
- Luego se publicará un poster donde estén las indicaciones de manejo del paciente pediátrico epiléptico.
- Se recolectará la información obtenida por medio de las evaluaciones en una tabla de variables en Excel.
- Los datos recolectados se consignarán en una tabla de Excel.
- Teniendo en cuenta la tabulación, se realizará el procesamiento de datos.
- Se analizarán y compararán los resultados obtenidos.

III.F. Plan de Análisis Estadístico

III.F.1. Plan de análisis univariado.

- Variables cualitativas: se utilizará frecuencia o razón.
- Para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central como la media, medida de dispersión como; desviación estándar de variación y rango.

- Se realizará el análisis bivariado en la orden de tablas del programa Epi-Info versión 3.2.2 de 2004, de los conocimientos antes y después con resultados de O.R (odds ratio), valor de $P < 0.05$. χ^2 e intervalos de confianza del 95%.

III.G. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas en este proyecto de investigación tienen gran importancia, ya que los alumnos de la Clínica Integral del Niño en la facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás podrán participar o no en él. Los principios éticos básicos que se deberán tener en cuenta al momento de realizar esta investigación son: el respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia, confiabilidad y justicia, siempre se protegerá la integridad de los vinculados, los cuales quedan estipulados en las recomendaciones de la Resolución 008430 del Ministerio de la Salud de la República de Colombia.

- Artículo 5: respetar la integridad y la dignidad tanto de los estudiantes como de los pacientes vinculados en el estudio.
- Artículo 11: la investigación es de riesgo mínimo porque consiste en la implementación de una guía didáctica de manejo de niños epilépticos.

Artículo 15: El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. (VER APENDICE A).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR
Edad	Tiempo que ha vivido un ser humano	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas	Cualitativa	Nomina	Masculino: 1 Femenino: 2
Semestre	Seis meses de actividad académica	Cuantitativa	Nominal	Séptimo: 1 Octavo: 2 Noveno: 3
Clínica	Programa del pensum académico en odontología	Cualitativa	Ordinal	Clínica del niño I: 1 Clínica del niño II: 2 Clínica del niño III: 3

Conocimiento de los estudiantes acerca de la epilepsia	Grado de aprendizaje adquirido sobre la patología de epilepsia.	Cualitativa	Nominal	Múltiple respuesta con opciones de 1, 2, 3,4.
Principales factores de riesgo de epilepsia	características y manifestaciones de la patología y sistémico en el paciente	Cualitativa	Nominal	Múltiple respuesta con opciones de 1, 2, 3,4.
Causa de epilepsia	indica la etiología multifactorial o el origen patológico	Cualitativa	Nomina	Múltiple respuesta con opciones de 1, 2, 3,4.
La epilepsia es una acto	La conciencia es la función del cerebro por medio de la cual nos percatamos de los acontecimientos externos e internos.	Cualitativa	Nominal	1.conciente 2.inconciente
Forma de diagnosticar la epilepsia	Conjunto de habilidades por parte del profesional que junto con ayudas diagnósticas como exámenes neurológicos, pueden llegar a determinar una patología. Clase de epilepsia del : corresponde al nivel en el que se encuentre avanzada la patología, puede ser leve, moderada o severa	Cualitativa	Nominal	Múltiple respuesta con opciones de 1, 2, 3,4.
Diagnóstico diferencial:	Corresponden a otro tipo de patologías que pueden tener características similares a los signos y síntomas de epilepsia.	Cualitativa	Nominal	Múltiple respuesta con opciones de respuesta 1,2,3,4
La etiología de la epilepsia	Indica las múltiples causas por las cuales pueden aparecer las crisis epilépticas según la edad de inicio pueden ser más frecuentes unas que otras	Cualitativa	Nominal	Múltiple respuesta con opciones de respuesta 1,2,3,4
La epilepsia solo se manifiesta en pacientes niños	Grado de aprendizaje adquirido sobre la patología de epilepsia, que ayuda a resolver este interrogante que se presenta en cualquiera de los dos no tiene edad inicial.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No.
La parte del cuerpo que se debe examinar clínicamente y que sufren más consecuencias cuando el paciente sufre epilepsia	Con los conceptos adquiridos debe el estudiante tener claro que debe examinar clínicamente al finalizar una crisis epiléptica, al realizar la anamnesis	Cualitativa	Nominal	1.piernas 2.brazos 3.cabeza 4.espalda

Acciones que deben realizarse al momento de una crisis convulsiva en la cita odontológica	Con los conceptos que se adquieren en el aprendizaje sobre epilepsia, como es el manejo con el paciente epiléptico.	Cualitativa	Nominal-Nominal	Múltiple respuesta con opciones de respuesta 1,2,3,4,5,6
Autoevaluación del conocimiento acerca de epilepsia	los estudiantes realizan auto-crítica sobre el grado de conocimiento que consideran ellos mismos tienen acerca de epilepsia, clasificándose en niveles bueno, regular, malo	Cualitativa	Ordinal	1.Bueno 2.Regular 3. Malo
Punto de vista sobre el manejo de la epilepsia aplicado en las clínicas de la USTA:	los estudiantes consideran si el tema de epilepsia se trata de una forma correcta durante su desempeño clínico de acuerdo a conocimientos y prácticas	Cualitativa	Nominal-Nominal	1.Si 2.No

IV. RESULTADOS

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS

Con el objeto de realizar una evaluación y guía de manejo en poster del manejo de los niños epilépticos de 6 a 11 años de edad atendidos en la Clínica Integral del Niño, a 144 estudiantes de la facultad de Odontología de la USTA matriculados en la Clínica Integral del Niño I, II, III, en el periodo comprendido entre el 19 hasta el 27 de mayo de 2014 en la Clínica Integral del Niño de VII, VIII, IX, donde se encontraban los estudiantes a evaluar.

El promedio de edad es de 22 años de edad con una desviación típica de 4,13 años la mínima de 19 años y la máxima de 29 años indica que hay una homogeneidad en la edad

Tabla 1.

VARIABLE	Nº	%
EDAD		
15-20 años	22	14.5%
21-25 años	115	81.9%
26-30 años	7	3.6%
SEXO		
Masculino	61	45,2%
Femenino	74	54,8%
SEMESTRE		
Séptimo	44	32,6%
Octavo	44	32,6%
Noveno	47	34,8%
CLÍNICA		
CLINICA DEL NIÑO I	44	32,6%
CLINICA DEL NIÑO II	44	32,6%
CLINICA DEL NIÑO III	47	34,8%

Resultados de la evaluación: Al momento de realizar las mediciones se observó que los estudiantes evaluados requieren una guía de manejo de paciente epiléptico por que no se le ha dado la importancia necesaria a esta temática a lo largo de la carrera.

Dentro de las observaciones realizadas a la prueba piloto se concluyó que era viable realizar una sola evaluación, y no como se planteó por primera vez (utilizar una sola evaluación y después publicar el poster puesto que los conceptos de los estudiantes están bien). Debido a esto se realizaron modificaciones en los objetivos generales y específicos. Dichas correcciones ya se encuentran realizadas en este trabajo.

Luego de aplicar las evaluaciones a la población estudiantil de la universidad Santo Tomás se encontraron los siguientes resultados:

Teniendo en cuenta los resultados se decide unir los resultados como se muestra a continuación grado de conocimiento con semestre y falta mejorar en prácticas y conocimiento acerca del tema de la epilepsia con semestre.

Grado de conocimiento Vr. Semestre

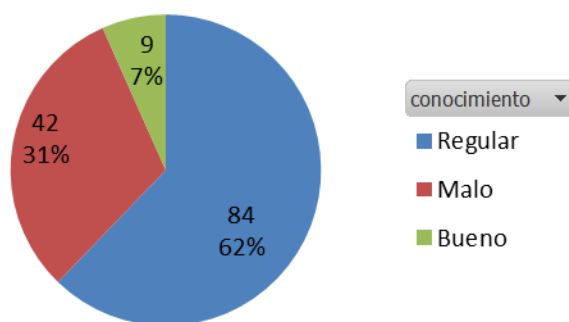


Figura 1. Grado de conocimiento de la población encuestada sobre la epilepsia.

	Qué grado de conocimiento tiene?							
Semestre	Regular	%Regular	Malo	%Malo	Bueno	%Bueno	Total general	%Total general
Séptimo	26	0,31	16	0,38	2	0,22	44	0,326
Octavo	26	0,31	14	0,33	4	0,44	44	0,326
Noveno	32	0,38	12	0,29	3	0,33	47	0,348
Total general	84	1	42	1	9	1	135	1

Tabla 1. Grado de conocimiento que tienen los estudiantes de acuerdo al semestre

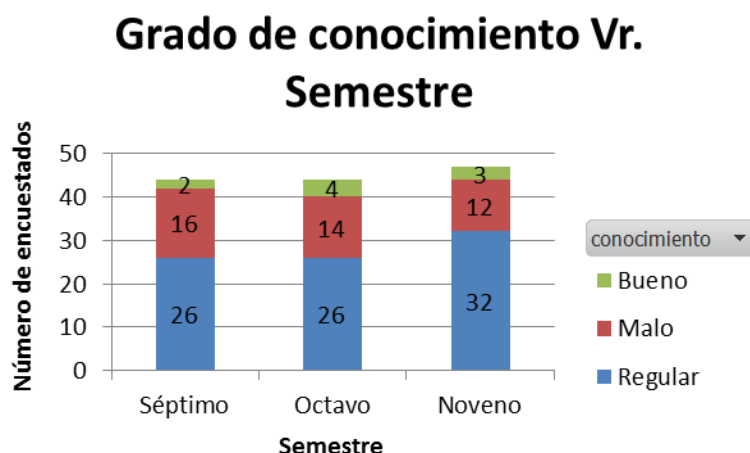


Figura 2. Grado de conocimiento de los estudiantes sobre la epilepsia según el semestre.

Teniendo en cuenta los datos presentados en la Tabla 9 se demuestra que los estudiantes de VII, VIII y IX semestre de la Clínica Integral del Niño, requieren profundizar sus conocimientos sobre el manejo del paciente epiléptico pediátrico ya que de 144 estudiantes que hicieron la prueba 62 % respondieron regular, esto equivale a 84 alumnos, 31% respondieron malo, esto equivale a 42 estudiantes, y 7% respondieron bueno y esto es 9 alumnos.

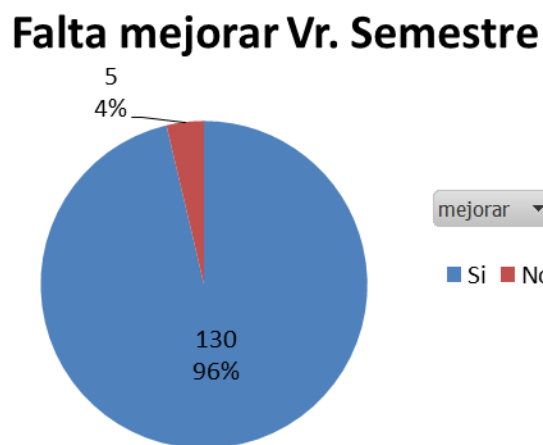


Figura 3. Opinión de los alumnos sobre mejorar el conocimiento y práctica de la epilepsia.

	Cree usted que falta mejorar?					
Semestre	Si	%Si	No	%No	Total general	%Total
Noveno	44	0,33846	3	0,6	47	0,348148148
Octavo	43	0,33077	1	0,2	44	0,325925926
Séptimo	43	0,33077	1	0,2	44	0,325925926
Total general	130	1	5	1	135	1

Tabla 2. Porcentaje de los alumnos sobre mejorar el conocimiento y práctica de la epilepsia según el semestre.

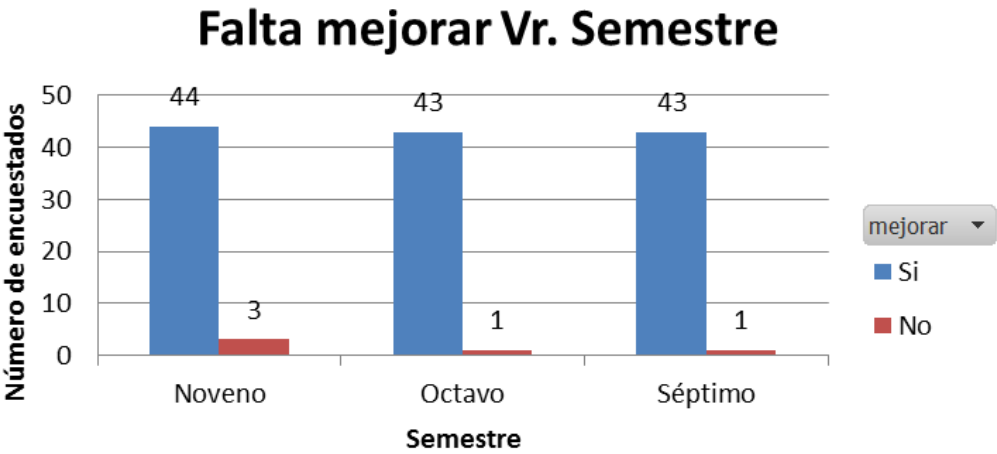


Tabla 3. Opinión de los alumnos sobre mejorar el conocimiento y práctica de la epilepsia según el semestre.

Según los resultados de esta unión se puede decir que es necesario ampliar su conocimiento y practica sobre el manejo del niño epiléptico, ya que 130 estudiantes contestaron que si es necesario y esto da un 90% de los estudiantes el otro 4% respondieron no eso da un total de 5 personas, esto resulta ser contradictorio con respecto a su grado de conocimiento.

DISCUSION

La estrategia que se utilizó de la guía de manejo en poster es una herramienta novedosa derivada del mercado comercial, recomendada en las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud –OMS-, La Organización Panamericana de la Salud - OPS- la Fundación de las Naciones Unidas para la Niñez –UNICEF-, y la Conferencia de Ottawa, para planear, diseñar, ejecutar, controlar y evaluar los proyectos, programas y campañas de educación y promoción de la salud y prevención de las enfermedades por los resultados positivos y éxitos alcanzados con su aplicación⁽³⁸⁾.

Este estudio tuvo como objetivo modificar la conducta en el manejo de paciente epiléptico pediátrico de 6 a 11 años por medio de una evaluación y aplicación de un material educativo en una población de 144 estudiantes de 7º, 8º y 9º semestre de Clínica Integral del Niño de la USTA. Tipos de estudios similares se referencian y amparan en el proceso de cambios demostrados por los programas de investigación acción, los cuales advierten de mejores resultados cuando se involucra a la población en prácticas y cuestionamientos de autorreflexión antes que en el desarrollo normal de un programa.

Cabe entonces señalar, que cualquier tipo de intervención educativa que se salga del aula de clase y trate de innovar atrae la curiosidad del educando provocando acertadamente cambios en la atención y por tanto en el aprendizaje. También es probable que el hecho de enfatizar en un tema específico este se conciba más atractivo que cuando se dan muchos temas en una asignatura⁽³⁶⁾.

Los estudios de programas educativos no reportan resultados que señalen que hombres o mujeres tengan mayor grado de aprendizaje unos que otros, este estudio no revela cambios en cuanto al nivel de conocimientos según sexo antes ni después de la aplicación de la estrategia educativa⁽³⁷⁾.

Concuerdan estas aseveraciones con autores quienes afirman los programas de investigación-acción utilizados para el proceso de enseñanza aprendizaje es favorable y genera cambios.

En Canadá la Colonia británica y el Ministerio de Salud “British Columbia’s “tobacco Industry’s Poster child”: one part a bigger picture” con el objetivo de disminuir el índice de fumadores publicaron un poster denominado “poster de niño”, en el cual se presenta la imagen de una niña de 14 años con las consecuencias manifiestas por este hábito. El impacto del poster fue positivo reflejando una disminución del 31% al 29% de fumadores entre los años 1995 a 1996. La efectividad del uso del poster también se hace evidente en la publicación de Kaakko DDS, Murtomaa, DDS. Quienes aplicaron una estrategia visual (poster) en los autobuses y sitios de frecuencia de posibles participantes para la investigación en odontología, el éxito del poster fue evidente al lograr una inscripción del 69% de personas que vieron el poster y 18.8% que se inscribieron por el voz a voz; el poster educativo que será instalado para manejo de paciente epiléptico también producirá

resultados positivos ya que de un 100% de estudiantes que no sabían el manejo de paciente epiléptico pediátrico.

Los pacientes con epilepsia presentan una serie de características clínicas y odontológicas que exigen un manejo específico. Es de gran importancia dejar de lado mitos con respecto a la epilepsia que hacen que muchas personas lo oculten por miedo a ser discriminadas, exponiéndose a riesgos innecesarios. Conocer y comprender lo que les pasa permite mejorar su calidad de vida; se han logrado grandes avances científicos solo resta la disminución de las barreras sociales.⁽⁸⁾

El éxito del tratamiento dental del paciente pediátrico con necesidades especiales es saber utilizar la técnica correcta para controlarlo en caso de que el episodio ocurra y prevenirlo para que no se presente el episodio. El tratamiento dental de un niño con discapacidad requiere el tratamiento interdisciplinario de pediatría, odontopediatría y anestesiólogo pediátrico, quienes en sus áreas de responsabilidad deben actuar para valorar el riesgo y la necesidad de intervenir a este tipo de pacientes bajo anestesia general.⁽²⁸⁾

CONCLUSIÓN

Se aplicó la evaluación y la guía de manejo en poster, para reforzar sus conocimientos y prácticas, de esta manera aportar una atención integral del paciente; Se concluye a partir de los resultados obtenidos que existe una gran necesidad de ampliar los conocimientos del manejo sobre el paciente epiléptico pediátrico para saber cómo es su atención al momento de presentarse una situación de crisis.

RECOMENDACIONES

- Incluir en la asignatura de pediatría el tema de manejo a paciente epiléptico, ya que los estudiantes presentan un nivel de conocimiento regular.
- Hacer un seguimiento de acuerdo como esté establecido en la universidad, a través de una evaluación práctica y teórica, para saber cómo ha avanzado el grado de conocimiento y manejo del paciente epiléptico.
- Es importante resaltar, que si los estudiantes desean ampliar esta investigación deberán estar asesorados por un profesional en neurología.
- Incluir en los protocolos que se encuentran en SIPCO, ya que no existe información alguna sobre el manejo de pacientes epilépticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. McCarthy, em.sudden, Unexpected in the dental office journal of american dental association. disponible en: www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3649.pdf.
2. Giménez J, López J, Boj Estudio epidemiológico de la caries en un grupo de niños con parálisis cerebral. med oral 2003 ,8:45- 50
3. Epilepsy Foundation. La verdad sobre la Epilepsia. Disponible en: <http://www.epilepsyfoundation.org/living/upload/EFA319.pdf>.2011.
4. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional. Rivera G., García Verdugo., Soriano M., Aledón, L., Cascón S., Blázquez, J.L. and Pastor. Héctor M, Diana A. y Gerardo R. (2010). Panamericana, 2007.
5. Guía práctica sobre el manejo y prevención de la salud bucodental para niños con discapacidad en México. Infórmate año7, numero 27 2011. Disponible en: <http://www.infarmate.org.mx>.
6. Roso V, Izquierdo A, Álvarez A, Medina C, Descripción de los pacientes con epilepsia de difícil control en un hospital colombiano de cuarto nivel. Acta Neurol Colomb 2009; 25: 114 / 122. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2009/25/3/114.pdf
7. Medina C, Uscátegui A. Epidemiología- dimensión del problema. En: Medina Malo. Epilepsia. Aspectos clínicos y psicosociales 2004; 1:39.
8. Guerrini R. Epilepsy in children. Lancet 2006; 367:499–52.
9. Galdón A. Protocolo de evaluación neurofisiológica prequirúrgica En epilepsia resistente a tratamiento. RevNeurol 1999; 28: 593-600.
10. Sell E. Indicaciones y resultados de la cirugía de la epilepsia en niños. Rev Neurol 2006; 42(3): 61- 6.
11. López J, Giménez P., Boj Quesada, JR (1998): Características Odontológicas de la Parálisis Cerebral. Precauciones para su Tratamiento. Revista Europea de Odonto – Estomatología.
12. Dr. Migue P. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria disponible en www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/.../epilepticossanitario

13. Vélez A. Epilepsia de difícil control. En: Uribe M. Guía Neurológica 2. ACN, Bogotá: Exilibris Ed.S.A.; 2000:123-135.
14. Wieser HG, Blume WT, Fish D, et al. Proposal for a new classification of outcome with respect to epileptic seizures following epilepsy surgery. *Epilepsia* 2001; 42:282-286.
15. Wiebe S, Blume WT, Girvin JP, et al. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. *N Engl J Med* 2001; 345: 311-318.
16. Tejeiro J; Barcenilla B. Epidemiología de la epilepsia. *Rev Neurol Clin* 2000; 1: 229-45.
17. Izquierdo M, Avellaneda A. Enfermedades raras: un enfoque práctico. Madrid: Instituto de Investigación de Enfermedades Raras; 2004.
18. Cavazos JE, Lum F, Spitz M. Seizures and epilepsy. Overview and classification. *Br Med J* 2002; 318: 1106-10.
19. Cockrell OC, Johnson AL, Sander JW, Hart YM, Shorvon SO. Remission of epilepsy: results from the national general practice study of epilepsy. *Lancet* 1995; 348: 140-4.
20. Marson AG, Chadwick DW. Comparing antiepileptic drugs. *Clin Opin Neurol* 1996; 9: 103-6.
21. Mattson RH, Cramer JA, Collins JF, Smith DB, Delgado-Escueta AV, Browne TR, et al. Comparison of carbamazepine, phenobarbital, phenytoin, and primidone in partial and secondarily generalized tonic-clonic seizures. *N Engl J Med* 1985; 313: 145-51.
22. Marson AG, Zadir ZA, Chadwick DW. New antiepileptic drugs: a systemic review of their efficacy and tolerability. *Br Med J* 1996; 313: 1169-74.
23. Tassinari CA, Michelucci R, Chauvel P, Chodiewicz J, Shorvon S, Henriksen O, et al. Double-blind placebo controlled trial of topiramate (600 mg daily) for the treatment of refractory partial epilepsy. *Epilepsia* 1996; 37: 763-8.
24. Bullón P, Machuca G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Ed. Laboratorios Normon S.A.; 1996.p.609-14.
25. Newacheck PW, Strickland B, Shonkoff JP, et al. El perfil epidemiológico de los Niños con Necesidades Especiales de Salud. *Pediatrics*. 1998 1;102(1 Pt 1):117-23.
26. Crall JJ. Mejorar la salud bucal de los pacientes con necesidades especiales de salud. *Pediatr Dent*. 2007; 29(2):98-104

27. Pinkham J, Casamassimo P, Fields HW, et al. Odontología Pediátrica - infancia hasta la adolescencia. Cuarta Edición. Elsevier, pgs 309-19
28. La Academia Americana de Odontología Pediátrica Directrices Ch necesidades especiales. Ch. 24. 2011
29. Steinbacher DM, Glick M. El Paciente Dental con asma. An update and oral health considerations. J Am DentAssoc. 2001; 132(9):1229-39
30. Lewis C, Robertson AS, Phelps S. Insatisfechas necesidades de atención dental de los niños con Necesidades Especiales de Salud: Implicaciones para la Casa de Salud. Pediatrics. 2005; 116(3):e426-31
31. Martin AB, Probst J, Wang JY, Hale N. Efecto de tener un proveedor de atención médica personal de acceso a la atención dental de los niños. Diario de Gestión de Salud. J PublicHealthManagPract. 2009; 15(3):191-9
32. Davis MJ. Problemas en el acceso a la atención de la salud bucal de los pacientes de Cuidados Especiales. Dent Clin North Am. 2009; 53(2):169-81, vii.
33. Sánchez, L. Mejía I Rodríguez E Valores en la comunidad publicitaria para jóvenes España 2004.
34. Kaakko, DDS, Murtomaa, DDS, Recruiting Research Subjects: Effectiveness and cost. Departamento de ciencias de la salud Pública dental de la universidad de Washington, Seattle.
35. Martínez, L. Monserrat J. Tur B. El color en spots infantiles: prevalencia cromática y relación con el logotipo de marca. España 2012. 36. British Columbia
36. Eliot J. la investigación-acción en educación editorial: Morata edición 5, Madrid, 2005) Aránzazu M y Col. Evaluación a Mediano Plazo de un Material Educativo Orientado a Promover la Prevención del síndrome del Túnel Carpiano en los Odontólogos Docentes de la clínica de la USTA Bucaramanga. Tesis, 2008.
37. Martínez CA. Blanco ED. Calderón LK. Palma IR. Aplicación de un material educativo multimedia (MEM) sobre disfunción temporomandibular. Revista de la Federación Odontológica Colombiana Vol. 1, No 3 (2010) Arauz AG. Sánchez G. Padilla G. Fernández M. Reselló M. Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria.
38. Arango M, (Conferenciante). El marketing social como estrategia para la promoción de la salud. 1995 Universidad católica de Manizalez.

Apéndice A. Consentimiento Informado

INFORMACIÓN QUE DEBE SER LEIDA POR EL PERSONAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN A LOS ESTUDIANTES Y DEMÁS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO COMO LOS PACIENTES EPILEPTICOS QUE VAN A COLABORAR.

El **CONSENTIMIENTO INFORMADO** es la manifestación libre y voluntaria, que da por escrito, una persona, luego de la consejería pre-prueba, autorizando que se le realicen cuestionarios que manejen ámbitos de conocimientos y prácticas.

PROPÓSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA

El propósito es medir la utilidad y función de una evaluación en estudiantes de VIII y IX semestre de odontología de la universidad Santo Tomás, por medio de una encuesta antes y después de la intervención de la guía de manejo para posteriormente comparar los resultados.

El beneficio consiste en reforzar el aprendizaje de los estudiantes quienes van a mejorar en su desempeño al momento de manejar y tratar un paciente con bruxismo.

INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA

Inicialmente se realizará la encuesta del antes para medir los conocimientos previos, seguido a esto se tomarán datos sobre la práctica de manejo de los estudiantes frente a un paciente epiléptico, como lo examina, diagnostica y que recomendaciones de tratamiento le parecen óptimas.

Seguido a esto se entregará la guía de manejo y en un mes se repite el proceso.

LIMITACIONES DE LA PRUEBA

Los investigadores deben realizar una calibración para que puedan quedar los 3 con los mismos criterios al momento de evaluar a los estudiantes en su práctica, ya que de no ser así los resultados pueden variar o alterarse.

RIESGOS DE LA PRUEBA

Teniendo en cuenta que no se va a realizar ninguna intervención clínica que genere modificación, los estudiantes ni los pacientes que van a colaborar no tendrán ninguna alteración, física, psicológica y/o emocional la prueba no genera riesgos.

PRIVACIDAD

Los datos recolectados con este programa serán utilizados única y exclusivamente por la Universidad Santo Tomás y los investigadores del programa educativo donde prevalecerá el anonimato de acuerdo al artículo 15 de la resolución 008430 de 1993.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIANTES DE VII, VIII Y IX SEMESTRE DE ODONTOLOGIA DE LA USTA
GUÍA DE MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES CON EPILEPSIA**

Yo _____, identificado (a) con cédula No _____ de _____ acepto voluntariamente participar en el programa de investigación titulado **EVALUAR EL CONOCIMIENTO SOBRE MANEJO DE ATENCION EN NIÑOS EPILÉPTICOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS EN EL AREA DE CLÍNICA DEL NIÑO DE VII,VIII,IX SEMESTRE**, a cargo de los estudiantes YULIANY SUAREZ SANCHEZ Y JAIR ORLANDO RINCON, me han explicado la naturaleza y propósito del procedimiento y me garantizan mi bienestar, la confidencialidad, calidad ante los procedimiento ejecutados y manejo de la información.

Me explicaron además que mi participación en este estudio puede resultar importante para mejorar los conocimientos y prácticas en el manejo de un paciente epiléptico, lo que a futuro me hará un odontólogo integral.

La información recolectada será confidencial manteniendo mi total privacidad y anonimato

El suscrito _____ deja constancia que se le ha explicado al estudiante el procedimiento, los riesgos y los beneficios de este proyecto.

Nombre del estudiante y CC

Firma del estudiante y CC.

Nombre del investigador y código

Firma del investigador y CC.

Apéndice B. Evaluación de Manejo a paciente epiléptico.



GUÍA Y EVALUACIÓN DEL MANEJO DE NIÑOS EPILEPTICOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL NIÑO DE, VI, VIII, IX SEMESTRE EN EL AREA DE PEDIATRIA.

El objetivo de este proyecto consiste en desarrollar una guía de manejo paciente pediátrico con convulsión dirigida a los estudiantes de odontología para reforzar sus conocimientos y prácticas, de esta manera aportar a una atención integral del paciente.

Responda y marque con una x la respuesta correcta solo una opción de respuesta.

1. ¿Cuál es su edad?

2. Sexo

Masculino (1) ☐

Femenino (2) ☐

3. ¿Qué semestre cursa actualmente?

Séptimo (1) ☐

Octavo (2) ☐

Noveno (3) ☐

4. ¿Qué es la epilepsia?

(1) Síntoma de una posesión espiritual.

☐

(2) Actividad del cerebro que conlleva a contracciones y distensiones repetitivas y temblorosas en varios músculos.

☐

(3) **Recurrencia de la crisis convulsiva de manera crónica.**

☐

(4) Evento súbito de corta duración, por una actividad anormal del cerebro.

☐

5. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de la epilepsia?

(1) Condiciones médicas, enfermedades infecciosas, lesión cerebral.

☐

(2) Ser mayor de 40 años, estrés, enfermedades infecciosas

☐

(3) **locales, sistémicos, psicológicos y hereditarios.**

☐

(4) problemas psicológicos, ambientales, estrés, hereditarios

☐

6. ¿Cuáles son los signos y síntomas más determinantes de la epilepsia?

- (1) Lesión cerebral, tumor malformación cerebral, dolores musculares
- (2) espasticidad muscular, perdida del olfato, movimientos involuntarios en brazos.
- (3) Dolor muscular, pérdida de conciencia, dolor referido.
- (4) Perdida de sensibilidad en el cuerpo, adormecimiento de extremidades.

☐
☐
☐
☐

7. ¿Cuáles son las principales causas de la epilepsia?

- (1) Factores idiopáticos patologías a nivel cerebral relacionadas con lesiones cerebrales, factores psicológicos, hereditarios, distorsiones de actividad neural.
- (2) Hábito de fumar, el estrés, enfermedades sistémicas
- (3) La herencia genética, patologías relacionadas con los músculos, fumar.
- (4) Estrés, mal sueño, genética

☐
☐
☐
☐

8. La epilepsia es un acto :

- (1) Consciente
- (2) Inconsciente

☐
☐

9. ¿Cómo se diagnostica la epilepsia?

- (1) Anamnesis, examen visual, juego periapical, radiografía panorámica palpación
- (2) Historia clínica, reconocimiento de lesiones intraorales, palpación
- (3) Anamnesis, reconocimiento de lesiones, examen radiográfico, palpación de músculos de cabeza y cuello
- (4) Historia personal y médica del paciente, electroencefalograma, tomografía computarizada.

☐
☐
☐
☐

10. Teniendo en cuenta la etiología, la epilepsia puede ser:

- (1) Primario o idiopático
- (2) Secundario o iatrogénico
- (3) Primario o iatrogénico
- (4) Secundario o idiopático
- (5) Solo 1 y 2 son verdaderas
- (6) Solo 3 y 4 son verdaderas

☐
☐
☐
☐
☐
☐

11. La epilepsia solo se manifiesta en pacientes niños:

- (1) Si
- (2) No

☐
☐

12. ¿Cuáles es la parte del cuerpo que se deben examinar clínicamente y que sufren más consecuencias cuando el paciente sufre de epilepsia?

- (1) Piernas ☐
- (2) Cabeza ☐
- (3) Brazos ☒
- (4) Espalda ☐

13. Que se debe hacer en caso de una crisis epiléptica :

- (1) introducir el fármaco medicado en la boca antes o después de la crisis, apartar objetos que estén al alcance del epiléptico, ponerle una almohada o una prenda de vestir debajo de la cabeza para evitar golpes en esta. ☐
- (2) hay que ponerle un objeto alargado y duro en la boca por los movimientos bruscos que realiza ☐
- (3) no se puede trasladar de sitio, no se debe dejar solo puesto que queda muy confundido. ☐
- (4) darle agua y dejarlo solo. ☐
- (5) Solo 1 ,2 y 3 son verdaderas ☒
- (6) Solo 1, 3 y 4 son verdaderas ☐

14. ¿Cómo enfrentase a la enfermedad?

- (1) Intervención de un neurólogo. ☐
- (2) Intervención de un psiquiatra para ayudar a comprender y asimilar la situación. ☐
- (3) El domicilio, y los lugares que frecuente el epiléptico deben estar bien equipados ☐
- (4) Todas las anteriores ☒
- (5) Solo 1y3 son verdaderas ☐

15. Considera usted que su conocimiento sobre el manejo de un paciente con epilepsia es :

- (1) Bueno ☐
- (2) Regular ☐
- (3) Malo ☐

16. ¿Cree usted que en las clínicas odontológicas de la universidad santo Tomás hace falta mejorar en práctica y conocimiento acerca del tema de la epilepsia?

- (1) Si ☐
- (2) No ☐

