

	GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO		VERSIÓN: 01
	CODIGO PT – 2005233-08	FECHA EDICION 01-06-2009	PÁGINA: 1 DE 6

# GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO PT – 2005233-08

Equipo Clínica de Paciente con Discapacidad – 2008		
<b>Elaboró</b>	<b>Validó</b>	<b>Aprobó</b>
<b>NORA ELENA ROJAS CASTRO</b>		

	<b>GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>CODIGO</b> <b>PT – 2005233-08</b>	<b>FECHA EDICION</b> <b>01-06-2009</b>	<b>PÁGINA: 2 DE 6</b>

## **TABLA DE CONTENIDO**

- 1. GENERALIDADES**
- 2. CLASIFICACION**
- 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES**
- 4. MANIFESTACIONES ORALES**
- 5. MANEJO ESTOMATOLOGICO**
- 6. BIBLIOGRAFIA**

	<b>GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>
	<b>CODIGO</b> <b>PT – 2005233-08</b>	<b>FECHA EDICION</b> <b>01-06-2009</b>	<b>PÁGINA: 3 DE 6</b>

## 1. GENERALIDADES

**DEFINICIÓN:** Es el síntoma de un trastorno cerebral caracterizado por ataques recidivantes con alteración del estado de la conciencia, de comienzo brusco y duración leve. Debe considerarse un síntoma neurológico inespecífico de sobre excitación cerebral patológica.

### TERMINOLOGÍA:

- Epilepsia: Síndrome cerebral crónico, con crisis recurrentes causadas por descargas excesivas de las neuronas.
- Convulsión: contracción involuntaria de la musculatura corporal.

## 2. CLASIFICACION

<b>GENERALIZADAS:</b>	<b>PARCIALES:</b>
Ambos hemisferios Comprometidos	Un hemisferio cerebral
Movimientos tónico clónicos.	Son simples o complejas, según compromiso de conciencia.
Perdida de conocimiento.	
Bilaterales y simétricas.	

<b>Kioto (1981)</b>	<b>Hamburgo (1985)</b>
Crisis parciales simples	Síndromes focales o parciales
Crisis parciales complejas	Síndromes generalizados
Crisis generalizadas simple	
Crisis generalizadas complejas	

	GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO		VERSIÓN: 01
	CODIGO PT – 2005233-08	FECHA EDICION 01-06-2009	PÁGINA: 4 DE 6

### 3. CARACTERÍSTICAS GENERALES

#### 3.1. Clasificación Internacional (Kyoto 1981)

- Crisis parciales simples (Kioto 1981)
  - Con signos motores: pérdida de la marcha, pérdida de la vocalización ó detención de la palabra.
  - Con signos autonómicos: sensación epigástrica, palidez, sudoración, piloerección, dilatación pupilar.
  - Con síntomas somato sensoriales visual, auditivo, olfatorio, gustativo ó vertiginoso.
  - Con síntomas psíquicos: alteraciones del sueño, sensación de tiempo, miedo, ira, alucinaciones estructurales.
- Crisis parciales complejas (Kioto 1981)
  - Sin compromiso de la conciencia
  - Con compromiso de la conciencia
- Crisis generalizadas (Kioto 1981)
  - Simples: Ausencias típicas (pequeño mal)
  - Complejas: Componente clónico, atónico

#### 3.2. Clasificación Internacional (Hamburgo 1985)

- Síndromes focales o parciales:
  - Idiopáticas o primarias
    - Epilepsia benigna de la infancia: síndrome breve de convulsión simple, inicia con parestesias que comprometen lengua y boca, músculos de la faringe. 1 – 2 minutos.
    - Epilepsia infantil: síntomas visuales, ilusiones, alucinaciones.
  - Sintomáticas o secundarias
    - Síndromes de gran variabilidad de localización anatómica (lóbulo frontal, temporal, parietal, occipital).
- Síndromes generalizados
  - Epilepsias idiopáticas ó primarias: Se clasifican según la edad de aparición.
    - Convulsiones neonatales familiares: 2 – 3 día de nacimiento.
    - Convulsiones neonatales benignas: 5 día de nacimiento.
    - Epilepsia mioclónica benigna de la infancia: 1er y 2do año de vida.
    - Epilepsia de ausencia en la infancia: 6 – 7 años (edad escolar).
    - Epilepsia de ausencias juveniles: mayores de 7 años.

	GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO		VERSIÓN: 01
	CODIGO PT – 2005233-08	FECHA EDICION 01-06-2009	PÁGINA: 5 DE 6

- Epilepsia mioclónica juvenil o pequeño mal impulsivo: 12–19 años.
- Epilepsia tipo gran mal en pacientes en vigilia: segundo decenio de la vida.

#### Epilepsias sintomáticas secundarias

- Síndrome de West: espasmos infantiles, retardo o deterioro en el desarrollo psicomotor.
  - Síndrome de Lennox – Gastaut: encefalopatía elíptiforme.
  - Crisis astático mioclónicas: predisposición hereditaria frecuente, desarrollo no se ve alterado.
- Síndromes especiales:
    - Convulsiones con relación a situaciones: febriles, estrés, cambios hormonales, drogas, alcohol y falta de sueño.
    - Eventos aislados: sin causa o factor precipitante.
    - Epilepsia refleja: asociada con estímulos simples, como la luz. Dejar de sentir un miembro.
    - Epilepsia parcial continuada de la infancia ó síndrome de Kozenicov: crisis parciales motoras, lesiones variables en la corteza motora, como tumores ó lesiones vasculares. Puede ocurrir déficit motor progresivo y deterioro mental.

#### 4. MANIFESTACIONES ORALES

- Xerostomía por ingesta de medicamentos.
- Aumento de caries secundaria a la xerostomía.
- Agrandamiento gingival.
- Alteraciones de la erupción y maloclusión secundarias a hiperplasia gingival.
- Cicatrices en lengua y mucosa labial como secuela del trauma durante la crisis.
- Atrición severa.

#### 5. MANEJO ESTOMATOLOGICO

- Realizar una adecuada historia clínica y conocer las características de la enfermedad.
- Realizar interconsultas para verificar que el paciente esté 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 ó 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.
- Preferiblemente instaurar prótesis fijas, debido a la probabilidad de fracturas y bronco aspiraciones durante 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.

	GUIA DE MANEJO PACIENTE CON SÍNDROME CONVULSIVO		VERSIÓN: 01
	CODIGO PT – 2005233-08	FECHA EDICION 01-06-2009	PÁGINA: 6 DE 6

- Despejar el sitio, retire la mesa del instrumental, procurar no mover al paciente del sillón durante la crisis convulsiva.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral.
- Se puede sujetar cuidadosamente al paciente contra el sillón y tratar de guiar sus movimientos evitando violencia.
- Para evitar que se muerda la lengua, colocar una toalla o pañuelo entre los dientes antes de que se produzcan espasmos en los músculos de la masticación.
- Si la crisis es muy repentina, no intentar retirar los instrumentos que se encuentran en la boca de forma apresurada. Estos deben ser anudados previamente con seda dental
- Si se presenta una crisis, posponer la cita.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Fundamentos de Odontología, Odontología Pediátrica, Darío Cárdenas Jaramillo, 2da ed., Corporación Para Investigaciones Biológicas de Medellín, 2000
- Pinkham, odontología pediátrica Mc Graw Hill, 3ra ed. 2001
- Germán A Hernández y col guías de manejo en estomatología pediátrica
- Psicología del desarrollo, Diane E Papalia, Sally Wendkos Olds, 7ª ed., Mc Graw Hill
- Medicina en Odontología, Manejo de Pacientes con Enfermedades sistémicas, José Luis Castellanos y col, manual moderno, 2da ed. 2002
- Fisiología, manejo médico e implicaciones dentales del trastorno de déficit de atención / hiperactividad, Arthur H Friedlander y col, JADA, vol 2 No 4, 2007

ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Guía de Manejo Paciente con Síndrome Convulsivo	Nora Elena Rojas Castro