

EPILEPSIA EN EL NIÑO

Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Equipo de Trabajo Protocolos Neurología Infantil	Jefe Depto. de Hospitales Jefe Depto. de Atención Primaria	Subdirector Médico	CIRA Directora
Servicio Salud Araucanía Sur	Servicio Salud Araucanía Sur	Servicio Salud Araucanía Sur	Servicio Salud Araucanía Sur
Fecha: Junio 2011	Fecha: Junio 2011		Fecha: Septiembre 2011

INDICE

I. Introducción.....	4
II. Alcance.....	4
III. Responsable de la ejecución.....	4
IV. Documentación de referencia.....	5
V. Definiciones.....	5
VI. Clasificación de las crisis epilépticas.....	6
VII. Clínica.....	7
VIII. Desarrollo.....	8
IX. Distribución.....	8
X. Responsabilidad del encargado.....	9
XI. Registro.....	9
X. Flujograma.....	10
XI. Anexos:	
Anexo 1.....	
Anexo 2.....	
Anexo 3.....	

Equipo de trabajo:

INTEGRANTES	NOMBRE - ESTABLECIMIENTOS
Medico especialista	Dr. Gianni Rivera G. Médico Neurólogo Infantil, Jefe equipo Neurología Infantil Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Dra. Eliana Palminio B. Médico Pediatra (Policlínico Neurología Infantil). Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Servicio de Salud Araucanía Sur. Dra. Andrea Cabezas U. Dr. Alvaro Retamales M. Dr. Jaime Garrido M. Médicos Neurólogos Infantiles, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Servicio de Salud Araucanía Sur.
Medico APS	Dra. Daniela Fernández G. Médico General. Centro de Salud Familiar Labranza. Departamento de Salud Municipal de Temuco.
Medico APS Hospitales	Dra. Marjorith Alvarado V. Médico General. Hospital Familiar y Comunitario de Carahue. Servicio de Salud Araucanía Sur.
Coordinación	TM. Liliana Palacios S. Tecnóloga Médica. Coordinadora de Unidades de Apoyo Clínico. Servicio de Salud Araucanía Sur.

I.- INTRODUCCION

La presente guía forma parte de un conjunto de protocolos elaborados por el Servicio de Salud Araucanía Sur, a fin de unificar criterios en los procesos de derivación de problemas de salud prevalente en cada especialidad.

OBJETIVOS

Esta guía constituye una referencia para la atención de los pacientes con Epilepsia del niño, bajo el régimen de garantías explícitas, la que tiene los siguientes objetivos:

1. Orientar a médicos generales, médicos especialistas pediatras o neurólogos y a otros profesionales de la salud en el manejo óptimo de la epilepsia en el niño, en etapa de diagnóstico y de tratamiento.
2. Orientar en la utilización adecuada de los recursos sanitarios disponibles.
3. Beneficiar a niños con epilepsia, para otorgarles una atención homogénea y de calidad.
4. Mejorar la referencia y contrarreferencia desde nivel primario y secundario al terciario.
5. Reforzar la definición de Epilepsia confirmada por especialista como patología GES.

II.- ALCANCE.

Esta guía abarca a todos los pacientes menores de 15 años con sospecha de Epilepsia, debiendo ser aplicada en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur.

III.- RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN.

Médicos generales, médicos familiares y/o profesionales médicos de otras especialidades desempeñándose en atención primaria de la Red asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Médico especialista Neurólogo Infantil de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur.

IV.- DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA.

Se cuenta como guía de referencia la Guía Clínica MINSAL 2008 EPILEPSIA EN EL NIÑO, la cual va dirigida principalmente al grupo de pacientes que debe atenderse en Atención Primaria de Salud.

Se cuenta además con guías de sociedades científicas internacionales que nos proveen recomendaciones, tanto en base a evidencia, como a opinión de expertos. Entre ellas tenemos:

- Consenso Chileno de manejo de fármacos antiepilépticos en algunos síndromes electro-clínicos y otras Epilepsias en niños y adolescentes. XI JORNADAS INVERNALES DE EPILEPSIA de Junio de 2011
- Engel J Jr; International League Against Epilepsy (ILAE). A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2001 Jun; 42(6):796-803.
- Guía Clínica "Epilepsia en el Niño" Ministerio de salud año 2008. Grupo Normativo Epilepsia Minsal. www.minsal.cl
- Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs: Treatment of new onset epilepsy. *Neurology* 2004; 62: 1252-1260.
- National Health System (NHS). Clinical Guidelines: Epilepsy, drugs therapy 2009.
- Treatment of pediatric epilepsy: European expert opinion, 2007, *Epileptic Disord* 2007;9(4) 353-412.
- Lavados .J, Germain L., Morales A., Campero M., Lavados P. A descriptive study of epilepsy in the district of El Salvador, Chile, 1984-1988. *Acta Neurol Scand*. 1992.
- Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la Liga Internacional Contra la Epilepsia.
- Diccionario de Epilepsia de la OMS

V.- DEFINICIONES.

EPILEPSIA

Se define (ILAE 1973 y OMS) como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes generadas por una descarga excesiva (hipersincrónica) de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas.

Posteriormente la Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la ILAE agregó el concepto de "no provocadas por alguna causa inmediatamente identificable".

CRISIS EPILÉPTICA

Diccionario de epilepsia de la OMS: "Crisis cerebral, consecuencia de una descarga neuronal excesiva".

Comisión de Epidemiología y Pronóstico de la ILAE: "Manifestación clínica presumiblemente originada por una descarga excesiva de neuronas a nivel cerebral. Esta consiste en fenómenos anormales bruscos y transitorios que incluye alteraciones de la conciencia, motora, sensorial, autonómica, psicológica, que son percibidos por el paciente o un observador".

Las que pueden ser:

- Crisis aislada o simple: una o más crisis ocurridas en un período de 24 hrs.
- Convulsión: Crisis con manifestaciones motoras convulsivas.

SÍNDROMES EPILÉPTICOS

De acuerdo a la propuesta de la ILAE 2001, se define un Síndrome epiléptico como un conjunto de signos y síntomas que definen una condición epiléptica única.

El concepto de síndrome epiléptico agrupa a pacientes con cierto tipo de crisis, pero incluye características de edad, anormalidades EEG, curso y pronóstico.

VI.- CLASIFICACIÓN DE CRISIS EPILÉPTICAS.

Las Crisis se clasifican de acuerdo a las características clínicas y electroencefalográficas. Si hay sintomatología parcial o focal o el EEG demuestra el inicio focal de la crisis aun cuando la semiología es generalizada, debe diagnosticarse como crisis parcial.

Clasificación Internacional de Crisis Epilépticas (ILAE 1981)

I Crisis focales o parciales (Relacionadas a localización)

- A. Crisis parciales simples (durante la crisis se conserva el nivel de conciencia).
 - 1. Con signos motores
 - 2. Con síntomas somatosensoriales o sensoriales especiales
 - 3. Con signos y síntomas autonómicos
 - 4. Con síntomas psíquicos
- B. Crisis parciales complejas (existe alteración del nivel de conciencia.)
 - 1. De inicio como parcial simple seguida de alteración de la conciencia
 - 2. Con trastorno de conciencia desde el inicio
- C. Crisis parciales con generalización secundaria
 - 1. Crisis parciales simples que se generalizan
 - 2. Crisis parciales complejas que se generalizan
 - 3. Crisis parciales simples que evolucionan a complejas y se generalizan

II Crisis generalizadas (manifestaciones clínicas corresponden a activación de ambos hemisferios cerebrales)

- A. Ausencias
 - 1. Típicas
 - 2. Atípicas
- B. Mioclónicas
- C. Clónicas
- D. Tónicas
- E. Tónico-clónicas
- F. Atónicas

III Crisis no clasificables

Clasificación Internacional de las Epilepsias y los Síndromes epilépticos. (ILAE 1989 incluye en su clasificación los síndromes epilépticos)

Clasificación de Epilepsias, Síndromes epilépticos y crisis situacionales

1. Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización

(Parciales, focales)

1.1 Epilepsias parciales idiopáticas (dependientes de la edad)

- Epilepsia parcial benigna con puntas centrotemporales (epilepsia rolándica)*
- Epilepsia infantil benigna con paroxismos occipitales (Panayiotopoulos)
- Epilepsia primaria de la lectura

1.2. Epilepsias Parciales Sintomáticas

- Epilepsia parcial continua progresiva de la niñez (síndrome de Kojewnikoff)
- Síndromes caracterizados por crisis con un modo específico de provocación
- Epilepsias según localización lobar.

Epilepsias del Lóbulo Frontal Epilepsias del Lóbulo Parietal

Epilepsias del Lóbulo Temporal Epilepsias del Lóbulo Occipital

1.3. Epilepsias parciales criptogénicas (De etiología no constatada u oculta.)

2. Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados

2.1. Epilepsias generalizadas idiopáticas (dependientes de la edad)

- Convulsiones neonatales benignas familiares
- Convulsiones neonatales benignas
- Epilepsia mioclónica benigna del niño
- Epilepsia de ausencia de la niñez (picnolepsia)*
- Epilepsia de ausencias juvenil
- Epilepsia mioclónica juvenil*
- Epilepsia con crisis de gran mal al despertar
- Epilepsias con crisis reflejas
- Otras epilepsias generalizadas idiopáticas*

2.2 Epilepsias generalizadas criptogénicas o sintomáticas

- Síndrome de West*
- Síndrome de Lennox-Gastaut-Dravet
- Epilepsia con crisis mioclónicas -astáticas
- Epilepsia con ausencia mioclónicas

2.3. Epilepsias generalizadas sintomáticas

2.3.1 Etiología inespecífica

Encefalopatía mioclónica precoz

Encefalopatía epiléptica infantil precoz con brotes de supresión

Otras epilepsias generalizadas sintomáticas

2.3.2 Síndromes específicos

Crisis epilépticas como complicación de otras enfermedades

3. Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales.

3.1. Epilepsias y síndromes epilépticos que presentan a la vez crisis generalizadas y crisis focales.

- Crisis neonatales*
- Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- Epilepsia con puntas-ondas continuas durante el sueño lento
- Síndrome de Landau-Kleffner
- Otras epilepsias indeterminadas

3.2. Epilepsias y síndromes epilépticos cuyas características no permiten clasificarlos como generalizados o focales

4. Síndromes especiales

4.1. Crisis en relación a una situación en especial

- Convulsiones febriles*
- Crisis aisladas o estados epilépticos aislados
- Crisis relacionadas a eventos metabólicos o tóxicos agudos

(*) CRISIS RELEVANTES A LA EDAD PEDIÁTRICA

VII.- CLÍNICA.

Diagnóstico de Epilepsia

El diagnóstico de la epilepsia es eminentemente clínico, **y se basa primordialmente en la anamnesis**, tanto del paciente como los posibles observadores. Existen estudios complementarios que permiten confirmar la sospecha clínica o a identificar una causa responsable del cuadro.

Ante la sospecha de encontrarnos frente a un paciente con epilepsia es importante:

1. Confirmar mediante la historia clínica que los episodios que sufre son efectivamente crisis epilépticas.
2. Identificar el tipo de crisis que padece.
3. Definir el tipo de epilepsia.
4. Identificar la etiología del cuadro.

Diagnóstico Diferencial

Eventos paroxísticos pueden ser confundidos con crisis epilépticas, tales como:

1. Causales de compromiso de conciencia:
 - Síncope (no cardiogénico o cardiogénico)
 - Accidentes isquémicos transitorios
 - Hipoglicemia
 - Crisis de pánico
2. Causales de movimientos anormales:
 - Cataplexia
 - Temblor, Coreoatetosis, Disonía paroxística o Tics
 - Vértigo paroxístico
 - Aura migrañosa
 - Patología del sueño REM
 - Episodios de descontrol de impulsos

VIII.- DESARROLLO.

1. **Ante la sospecha diagnóstica de Epilepsia**, el médico debe emitir Interconsulta con el diagnóstico de OBSERVACIÓN DE EPILEPSIA, esta debe incluir:
 - a) Anamnesis completa, descripción y caracterización del evento convulsivo.

- b) Examen físico general y examen neurológico. Deseable fondo de ojo.

Para estos pacientes se dispondrá de 1 cupo semanalmente por neurólogo infantil ejerciendo labores en policlínico del Hospital Hernán Henríquez Aravena. Total de cupos semanales cuatro.

Los cupos serán ofertados por vía independiente a la oferta actual, la cual está destinada a todo tipo de patologías concernientes a la neurología infantil.

La Priorización de estos cupos será efectuada por el Encargado de Gestión de Demanda y Lista de Espera, o quien la entidad disponga.

En caso de no haber pacientes con sospecha de epilepsia en espera de evaluación o que el paciente citado no concurra el día de la evaluación, los cupos serán reasignados a pacientes con otras patologías en espera de evaluación por neurología infantil.

2. **Paciente con diagnóstico confirmado de Epilepsia (GES):**

- a) **Inactiva (compensada):** Al concluir su atención médica en nivel terciario debe pasar a la SOME correspondiente para registrar su control, el cual puede ser solicitado directamente por el paciente en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento "CDT" Temuco o por el OFA encargado de Interconsultas de su Establecimiento.
- b) **Activa (descompensada):** Deben ir directamente con su carnet de control al Centro de Diagnóstico y Tratamiento "CDT" Temuco, Módulo de neurología infantil para adelantar su hora de control o ser evaluado por sobrecupo.

IX.- DISTRIBUCIÓN.

Esta guía debe estar en conocimiento de:

- Profesionales médicos, generales y especialistas, ejerciendo labores en establecimientos de Atención Primaria de la Red Asistencial.
- Comité de Lista de Espera de cada establecimiento.
- Médicos neurólogos infantiles de la Red Asistencial.
- Oficina de Gestión de Demanda y Lista de Espera.
- Oficina de Farmacia.

X.- RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO.

La Dirección del Establecimiento en conjunto con su Comité de Lista de Espera, representado por el médico encargado de la priorización de pacientes con interconsultas, son los encargados de velar por la correcta aplicación y cumplimiento de lo establecido en el presente protocolo.

XI.- REGISTRO.

Derivación

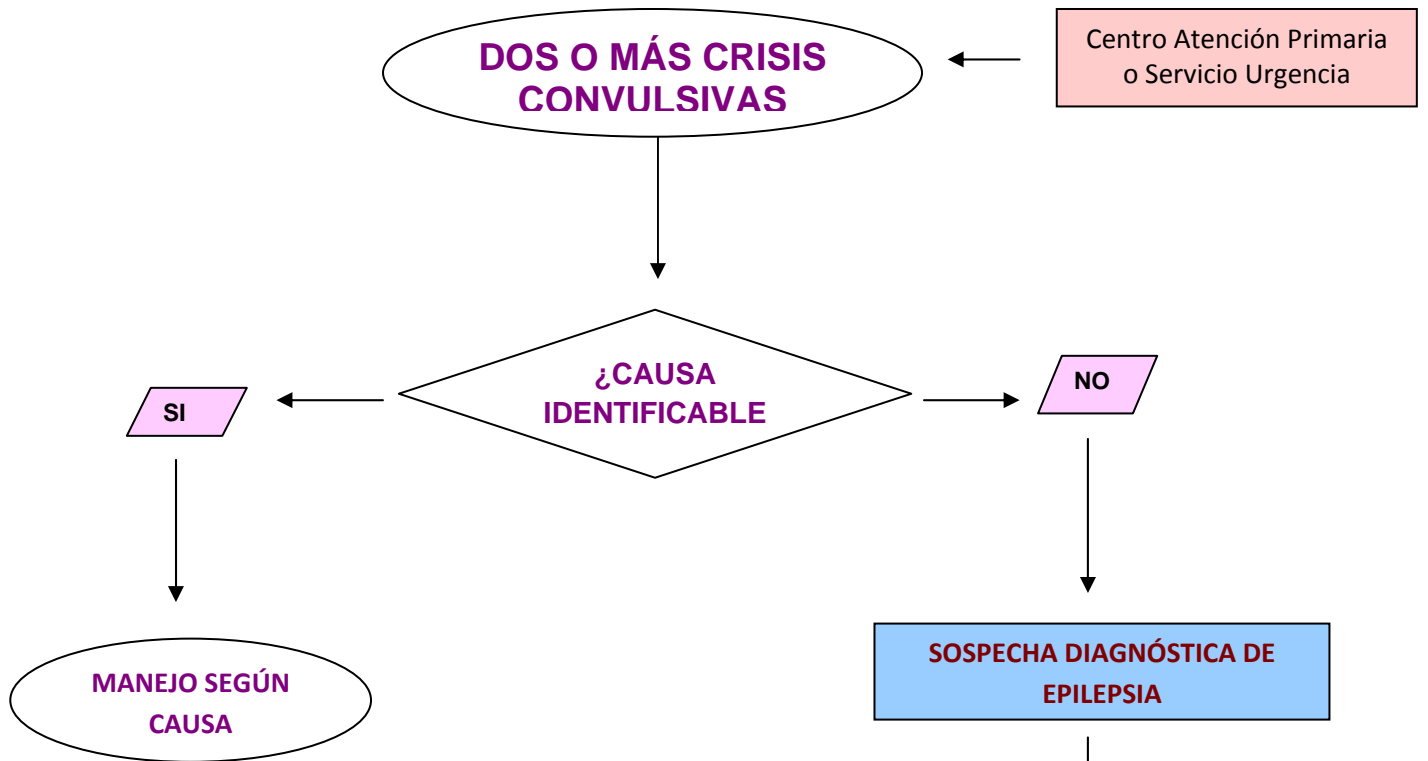
- Para pacientes con sospecha diagnóstica:
Hoja de Interconsulta o Agenda electrónica disponible en www.ssasur.cl para derivación desde atención primaria a especialista de pacientes con sospecha diagnóstica de Epilepsia.

- Para pacientes con epilepsia en control atención terciaria (activa) descompensados: Carnet de crónico de neurología infantil en conjunto a la atención de urgencia.

Contrarreferencia

1. Contrarreferencia de pacientes AUGÉ epilepsia en los documentos oficiales GES.
2. Contrarreferencia en Hoja de Interconsulta de pacientes diagnosticados como epilepsias sintomáticas (secundaria) con tratamientos crónicos que no requieran controles frecuentes por especialista, deben manejarse en APS u hospital comunitario correspondiente.
3. Carnet de control neurológico con receta de crónicos por varios meses, en el caso de pacientes que sólo necesitan retirar fármacos en su establecimiento de origen para evitar gastos de traslado, pero que continuarán en control con neurólogo infantil en Nivel Terciario. La receta debe ser validada por el médico de APS para el retiro de fármacos en forma expedita.

XII.- FLUJOGRAMA.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Causales de compromiso de conciencia:

- Síncope (no cardiogénico o cardiogénico)
- Accidentes isquémicos transitorios
- Hipoglicemia
- Crisis de pánico

Causales de movimientos anormales:

- Cataplexia
- Temblor, Coreoatetosis, Distonía paroxísticas o Tics
- Vértigo paroxístico
- Aura migrañosa
- Patología del sueño REM
- Episodios de descontrol de impulsos

CONVULSIONES O CRISIS FEBRILES

Las crisis febriles afectan alrededor de un 4% de los lactantes y preescolares, teniendo su mayor incidencia a los 17 meses. Son episodios precipitados por la fiebre en los que **no existe evidencia** de infección cerebral u otra causa intracraneal que pudiera ser el desencadenante. En el 25% existen antecedentes familiares y, en general, son crisis convulsivas motoras clónicas, y con menor frecuencia tónicas, tónico-clónicas o hipotónicas

Se clasifican en **simples o complejas**. Se considera una crisis febril simple una crisis única desencadenada por un alza febril, de duración inferior a 15 minutos, generalizada y simétrica. Se presenta en niños normales entre los 6 meses y 5 años de edad. Se denominan crisis febriles complejas a aquellas de duración superior a 15 minutos, o de carácter parcial (afectan sólo a un hemicuerpo), o que se repiten en el mismo proceso febril (antes de 24 horas).

Evaluación del niño con crisis febril

Frente a una **crisis febril**, el aspecto más relevante es descartar una meningitis, por lo que se indica la punción lumbar en todos los lactantes menores de 12 meses y en los mayores ante la mínima sospecha, especialmente en niños con gran compromiso de estado general, vómitos, compromiso de conciencia mantenido, uso previo de antibióticos y obviamente ante la presencia de signos meníngeos. Si el lactante consulta posterior a una crisis y se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales, la punción lumbar puede reemplazarse por un período de observación.

Un niño sano, con antecedentes de una crisis febril simple no requiere mayor estudio. No está indicado el EEG ni la realización de neuroimágenes. Sólo debe manejarse la fiebre y el foco infeccioso si corresponde y dar la información a los padres en relación al cuadro y las medidas para prevenir otra crisis.

Por ser una patología benigna y considerando los efectos secundarios de los Fármacos Anti Epilépticos (FAE), no está indicado el tratamiento permanente con antiepilépticos, aun cuando el niño haya presentado episodios en otras oportunidades.

El riesgo de recurrencia frente a una crisis febril simple se estima en 30%, lo que aumenta a un 80% después de la segunda crisis, disminuyendo con la edad, siendo muy infrecuentes después de los 4 años de edad.

En las **crisis febriles complejas** se recomienda la evaluación con EEG, considerar realizar neuroimágenes e indicar tratamiento preventivo con Fenobarbital o ácido Valproico. El tratamiento profiláctico debe considerarse también en niños con trastornos previos del neurodesarrollo y signos deficitarios, en los cuales es difícil definir si han presentado una crisis febril o se trata de una epilepsia con crisis desencadenadas por la hipertermia.

Tratamiento agudo de la crisis febril

- Asegurar soporte vital (ABC): Mantener vía aérea permeable, aporte O₂, vía venosa.
- Monitoreo de signos vitales.
- Administrar Diazepam (0,3 a 0,5 mg/kg) o Lorazepam (0,1 mg/kg) intravenoso o midazolam ev 0,1-0,2 mg/kg.

Si en 5 minutos la crisis no ha cedido, se puede aplicar una dosis adicional de Diazepam (sin diluir) de 0.5 mg/Kg. Máximo dosis total de 2 - 3

Si no se logra controlar, utilizar Fenobarbital o Fenitoína IV a 15-20 mg/Kg/dosis LENTO (10 a 20 min.).mg/Kg

Si la crisis no cede repetir por una vez

Si no cede ingresar a UCI para inducción anestésica Tiopental o Midazolam en No debe diferirse el tratamiento si no se logra una vía intravenosa.infusión continua.

Puede usar Diazepam rectal (0,5 a 1 mg /kg). Se pueden utilizar ampollas de Diazepam o preparaciones en gel de 5 o 10 mg/pomo. (Pacinax ®)

Lorazepam intramuscular o Midazolam bucal o rectal (0,5 mg/kg) intramuscular (0,1-0,3 mg/kg) o intranasal.

No debe diferirse el tratamiento si no se logra una vía intravenosa.

Puede usar Diazepam rectal (0,5 a 1 mg /kg). Se pueden utilizar ampollas de Diazepam o preparaciones en gel de 5 o 10 mg/pomo. (Pacinax ®)

Lorazepam intramuscular o Midazolam bucal o rectal (0,5 mg/kg) intramuscular (0,1-0,3 mg/kg) o intranasal.

Criterios de ingreso hospitalario:

Primera convulsión febril en menor de 18 meses

Convulsiones febriles o epilépticas con cambio importante en sus características (patrón de crisis) o aumento importante del número de crisis.

Sospecha de enfermedad subyacente: encefalitis, meningitis, lesiones postraumáticas, (maltrato infantil) etc.

Sospecha de Síndrome de West.

Alteración nueva del examen neurológico

Criterios de ingreso hospitalario:

Sospecha de Síndrome de West.

Alteración nueva del examen neurológico

- **Primera crisis excepto:
Epilepsia con ausencia típica de la infancia
Epilepsia Rolándica de la infancia**

Tratamiento continuo

Su indicación es excepcional. En caso de decidir tratar las crisis en forma continua por ser repetidas y prolongadas (de más de 15 minutos) o en fracaso de terapias previas.

Indicación por Neurologo infantil.

ANEXO Nº2

STATUS EPILÉPTICO EN NIÑOS

Definición

Es definido por la Liga Internacional Contra la Epilepsia y la Organización Mundial de la Salud, como “una condición caracterizada por una crisis epiléptica que se repite tan frecuentemente o tan prolongada que crea una condición fija y duradera”.

Desde el punto de vista clínico, status es una condición caracterizada por una “crisis epiléptica continua o intermitente, sin recuperar conciencia completamente entre convulsiones, de una duración de 30 minutos o más”.

Cualquier tipo de crisis puede evolucionar a un status epiléptico, pero el más común es el status epiléptico “convulsivo” tónico - clónico, el que representa una urgencia neurológica.

Evaluación del niño con status epiléptico

A. Iniciar tratamiento

B. Búsqueda de etiología y factores desencadenantes

Las dos situaciones más frecuentes se refieren a:

1. Niño en tratamiento por epilepsia y que puede haber suspendido la medicación.
2. Niño previamente sano que debuta con un status febril, en el que debe descartarse una infección del sistema nervioso central.

Debido a la frecuencia de status EPILÉPTICO en niños secundario a infecciones del SNC, debe considerarse la punción lumbar (PL), posterior a la fase inicial de estabilización.

Tratamiento

Aunque el resultado de un episodio de Estado epiléptico convulsivo (EEC) está determinado principalmente por su causa, la duración es también importante. Mientras más larga la duración del episodio, es más difícil de terminar, por lo que para propósitos prácticos, el acercamiento al niño que presenta con una **convulsión tónico clónica** que **dura más de 5 minutos** debe ser igual al niño con un status epiléptico establecido.

Metas del tratamiento del estado epiléptico convulsivo

- A. Asegurar una adecuada función cardiorespiratoria y oxigenación cerebral.
 - Colocar al paciente en posición decúbito lateral, aspirar secreciones.
 - Administrar oxígeno al 100%
 - Intubación electiva y el soporte ventilatorio son urgentes.

B. Terminar la convulsión y prevenir recurrencia de crisis. (las dosis recomendadas en la literatura varían ampliamente)

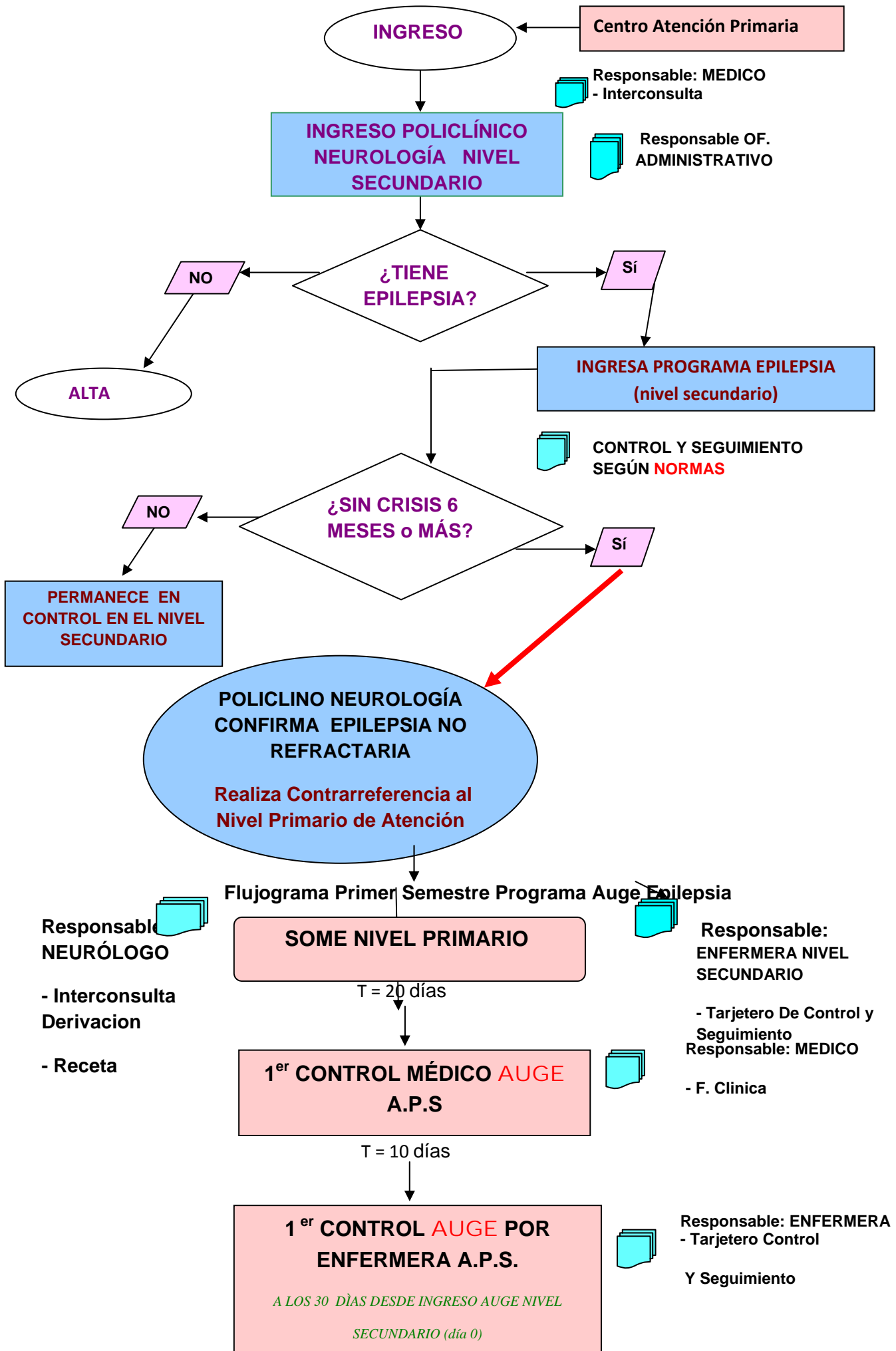
<ul style="list-style-type: none">• Benzodiazepinas: (vigilar hipotensión y depresión respiratoria).
<u>Diazepam</u>: EV 0.3 - 0.5 mg/kg sin diluir, 1-2 dosis IV con intervalo de 10 min. Inicio de acción 1-3 min
<u>Lorazepam</u>: EV 0.1 mg/kg. Inicio de acción 1-3 min.
<u>Midazolam</u>: EV 0,02 a 0.2 mg/kg lento - sin diluir. Inicio de acción 1.5-5 minutos. IM 0.2 mg/kg con buena absorción. Dosis máxima 5mg/dosis. Bucal 0,2 – 0,5 mg/kg. Dosis máxima 5 mg/dosis.
No debe diferirse el tratamiento si no se logra una vía intravenosa.
Puede usar Diazepam rectal (0,5 a 1 mg /kg). Se pueden utilizar ampollas de Diazepam o preparaciones en gel de 5 o 10 mg/pomo. (Pacinx ®)
Lorazepam intramuscular o Midazolam bucal o rectal (0,5 mg/kg) intramuscular (0,1-0,3 mg/kg) o intranasal.
<ul style="list-style-type: none">• Anticonvulsivante de acción prolongada:
Se debe utilizar simultáneamente con la primera dosis de benzodiazepina cuando se sospecha que la crisis lleva más de 15 minutos de duración.
<u>Fenitoína</u>:18- 20 mg/Kg.
<u>Fenobarbital</u>: 15-20mg/Kg.

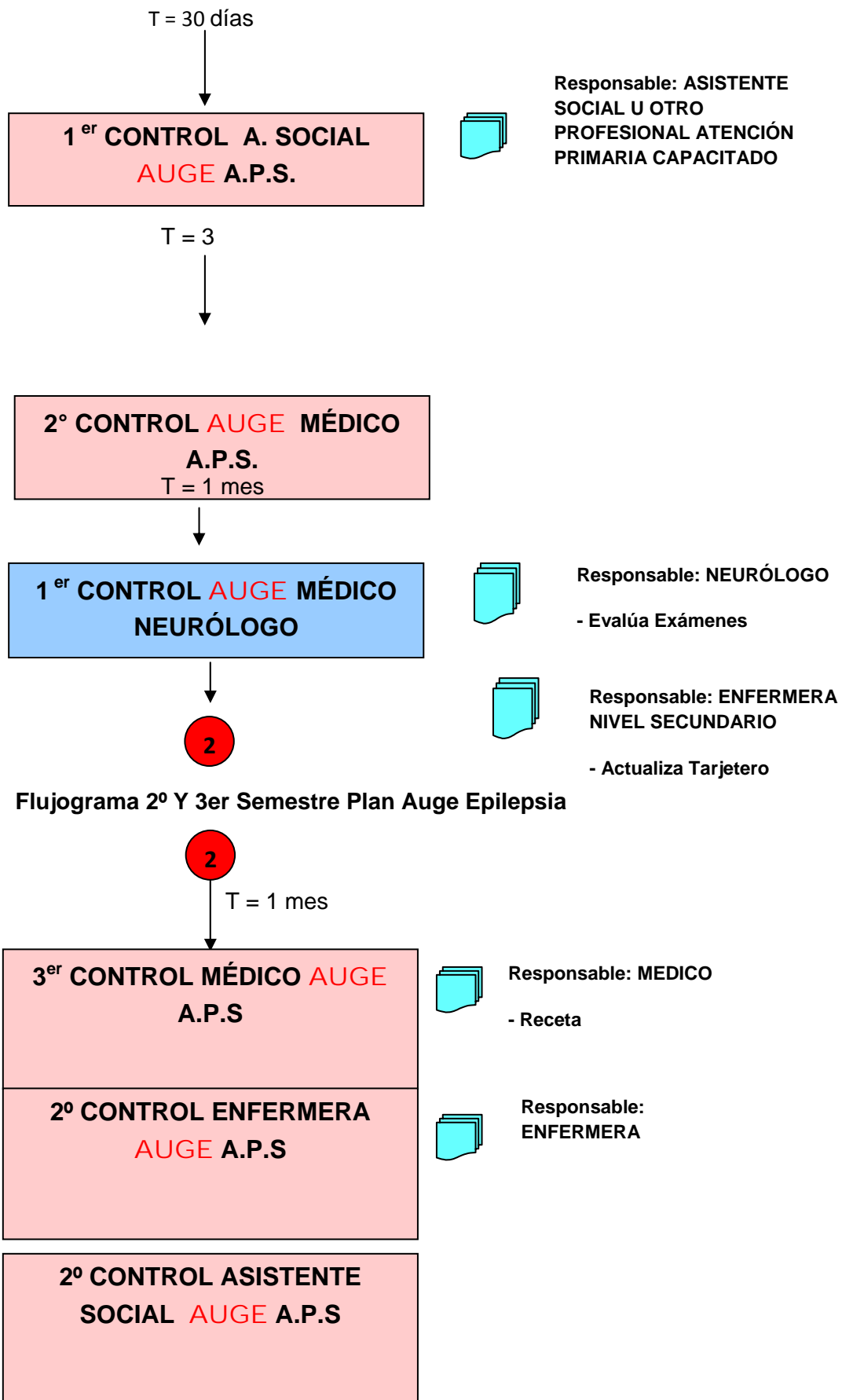
C. Pesquisa y terapia inicial de posibles causas precipitantes de status: hipoglicemia, alteración hidroelectrolítica, infección, fiebre, lesión ocupante de espacio.

- Tomar muestra de sangre para determinar gases, glucosa, calcio, electrolitos, hemograma, niveles de drogas antiepilépticas, cultivos (bacterianos y virales), estudios toxicológicos (dependiendo de la historia y examen físico). Las muestras pueden ser tomadas en APS y derivadas con el niño.
- Determinación de glicemia (capilar o micrométodo) para establecer la necesidad de un bolo de glucosa
- Manejo agresivo de hipertermia
- Corregir alteraciones metabólicas.
- Prevenir complicaciones sistémicas.
- Tratamiento de la etiología del Status y evaluación posterior

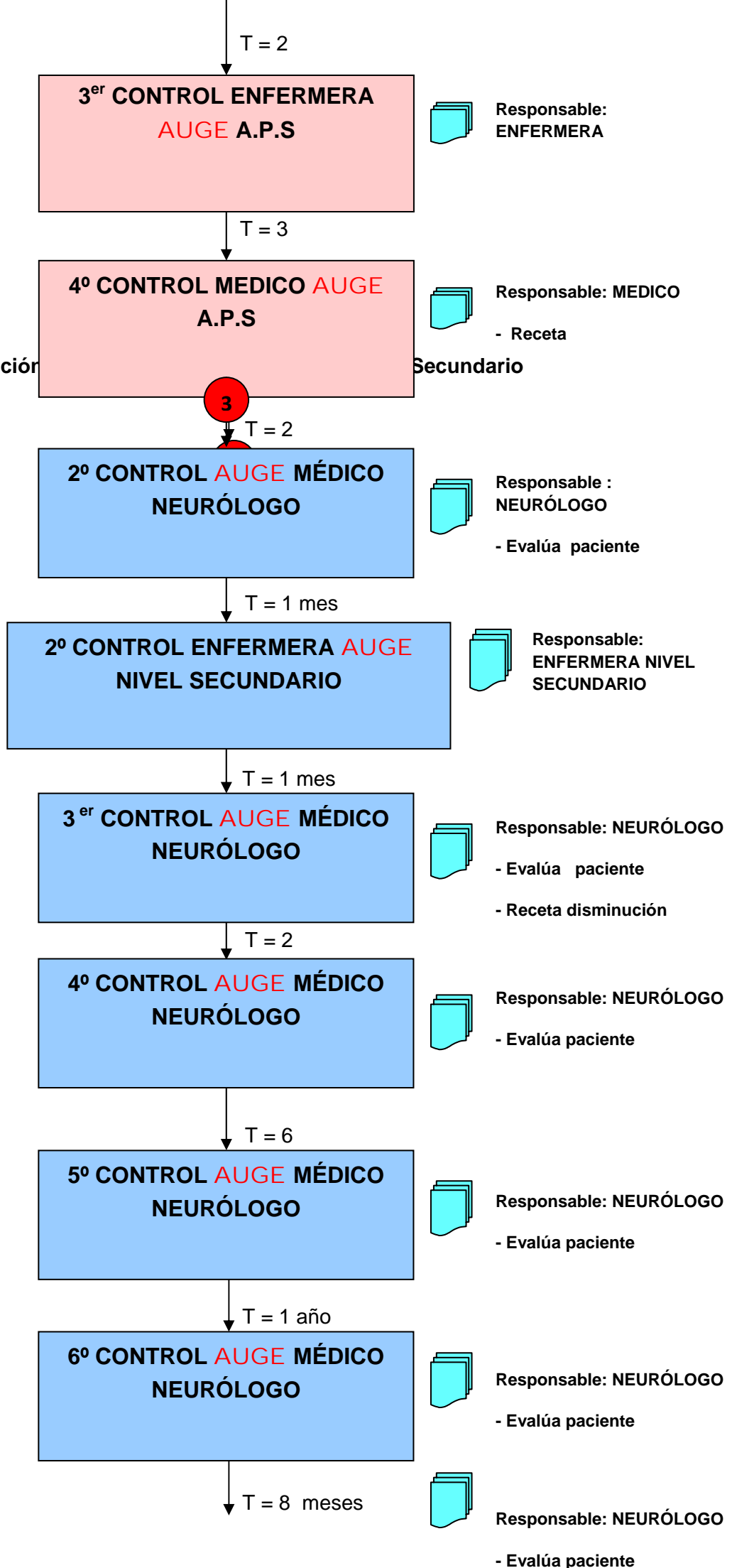
D. Derivar a centro de mayor complejidad.

FLUJOGRAMA GES EPILEPSIA





Flujograma Disminución



**7º CONTROL AUGE MÉDICO
NEURÓLOGO**



ALTA



**Responsable: ENFERMERA
Nivel Secundario.**