



Módulo Epilepsia en la niñez y la infancia

Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria

Draft enero 2007

12.1 COLABORADORES

- William Theodore (neurologo expert), National Institute of Health, USA
- Claudio T. Miranda, Asesor Regional Salud mental OPS
- Martha Beltran, (IMCI expert), Colombia
- Neyde Gloria Garrido, (IMCI expert) PAHO
- Carlos Acevedo (neurologist expert), Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
- Arturo Ccarpio, Centro de Epilepsias “Ciudad de Cuenca”. Ecuador. Universidad de Cuenca.
- Claudia Amador (neurologist expert), Universidad Autonoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras
- Carlos Guerreiro (neurologist expert), Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Li Li Min (neurologist expert), Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Fernando Cendes (neurologist expert), Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Emilio Baracat, (IMCI expert) Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Rosana Onocko, Ministry of Health representative, Brazil
- Maria Augusta Montenegro (neurologist expert), Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Lucia Monteiro, PAHO consultant
- Marilisa Guerreiro, (neurologist expert), Universidade de Campinas, Campinas, Brazil
- Noemi Lisanti, (neurologist expert), Cuenca, Ecuador.
- Ricardo Gutiérrez, Consultor OPS/OMS Ecuador
- Hugo Calle, (pediatra), Cuenca, Ecuador.
- Nora Gómez, Directora salud mental, Paraguay
- Luís Armoa, Ministerio de Salud Pública, Paraguay.
- Lilian Cuadras, Ministerio Salud Pública, Chile
- María Virginia Amézquita, servicio de salud metropolitano sur oriente, ministerio salud pública, Chile
- Carlos Acevedo, internacional Bureau For Epilepsy – Campaña global: “Sacando la Epilepsia de las sombras”
- Hugo Calle, neurólogo, centro de epilepsias, Cuenca, Ecuador.
- Fabián Díaz, Ecuador
- Olga Guillen, Enfermera, Universidad de Cuenca, Ecuador
- Narcisa Arce, enfermera, Universidad Cuenca, Ecuador.
- Inés Cristina Borrero, estudiante, miembro equipo evaluativo, Ecuador
- Ismael Vásquez, estudiante, universidad de Cuenca, miembro del equipo evaluador
- Maria Elisa Torres, estudiante universidad de Cuenca, miembro del equipo evaluador
- Ana Maria Toral, estudiante universidad de Cuenca, miembro del equipo evaluador
- Roberto Chiriboga. ministerio de salud, Ecuador
- Guido Pinos. universidad de Cuenca Ecuador
- Tulio Quevedo, ministerio de salud, Perú
- Carlos Urbano, ministerio de salud, Perú
- Alberto Vélez, Neuropediatra, universidad del rosario, Colombia

- Ricardo Gutiérrez, OPS Ecuador
- Hernán Hermida, Ecuador
- Karina Quinde, ingeniera de sistemas, centro de epilepsias "ciudad de cuenca". Ecuador
- Pedro Gabriel Delgado, ministerio de salud, Brasil
- Carla López, ministerio de salud, Brasil

12.2 INTRODUCCIÓN

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes. Se trata de un trastorno crónico que representa un conjunto de síndromes de diferente pronóstico que se presentan, la mayoría, en la infancia y en la edad adulta. La tasa de prevalencia de la epilepsia es más alta en Latinoamérica y el Caribe (LAC), principalmente en niños. Esta alta tasa de prevalencia se debe a la variedad de factores de riesgo tales como una nutrición pobre en calorías y proteínas, la falta de atención médica durante el embarazo y el parto, las infecciones y el trauma de cráneo.

La epilepsia es también un importante factor que contribuye al desarrollo de discapacidades en los niños con alta incidencia de problemas emocionales que pueden durar toda la vida, con consecuencias en las aptitudes individuales y en la interacción social. Tiene importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas. Además, las tasas de mortalidad son cuatro veces más altas en adultos jóvenes con epilepsia que en la población general. El bienestar económico y social de los individuos con epilepsia está drásticamente disminuido y la carga, en los sistemas de salud, en términos de costos por la enfermedad y personales, es significativa. Sin embargo, de los 5 millones de individuos estimados con epilepsia en Latinoamérica y el Caribe (LAC), entre el 80 al 98% permanece sin tratamiento.

Es importante destacar, que aunque la epilepsia es un trastorno potencialmente controlable; en la mayoría de las familias de los países menos desarrollados el tratamiento se retrasa debido a la falta de acceso a los médicos y los medios de diagnóstico; por otro lado, las tres cuartas partes de los afectados no reciben un tratamiento apropiado, por la falta de acceso a consulta especializada, falta de formación de los médicos y un inadecuado diagnóstico.

Por lo tanto, se necesita una visión más sencilla de la epilepsia y cambiar el paradigma de que es esencial la consulta y control por un neurólogo especialista. El enfoque AIEPI ayudar definiendo las formas más frecuentes y la manera más simple y efectiva de manejar la mayoría de los casos. Por esto, se incluyó la Epilepsia Infantil como uno de los Nuevos Componentes de la Estrategia AIEPI.

El manejo temprano de la epilepsia es importante, puesto que es un trastorno controlable, si se lo detecta y trata en etapas tempranas. No obstante, esta situación es bastante diferente en los países menos desarrollados cuyas familias, principalmente las de las áreas rurales, no tienen acceso a un diagnóstico y tratamiento temprano, por no disponer de asistencia médica calificada. La utilización de la estrategia AIEPI tiene como objetivos, en estos casos, mejorar la capacidad de diagnóstico y el tratamiento de los niños con epilepsia en los servicios de atención primaria, y cambiar la idea de que la epilepsia requiere el control del especialista.

La gran ventaja de utilizar el AIEPI es su metodología. Esta incorpora los componentes de detección y control e incluye: un formulario funcional de las actividades de los cuidadores, un esquema de procedimientos que contiene actividades prácticas y un curso de entrenamiento concebido para enseñar la teoría y práctica del proceso de manejo de casos, todo lo cual es una manera efectiva de manejar a niños enfermos - que se encuentran comúnmente en las áreas marginales de los países en desarrollo,

donde hay insuficiente atención de salud primaria, pocos especialistas y faltan herramientas de diagnóstico-. Es imperativo facilitar un entrenamiento rápido y confiable para resolver la carencia de recursos humanos y financieros. Es importante, además, tener en mente que estos países, en general, tienen un alto riesgo de mayor frecuencia de epilepsia.

La gran ventaja de este curso -comparado con el entrenamiento regular de los profesionales de la salud- es que presenta, por un lado, un método para identificar rápidamente, y con seguridad, los problemas que se deben tratar primariamente; por otro, la forma de actuar para no perder la oportunidad de resolver todos los problemas que se presenten y para mejorar la condición de salud de los niños.

DETECCIÓN Y CONTROL DE LA EPILEPSIA INFANTIL

Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de los brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder?

PREGUNTAR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? ▪ ¿Presenta episodios de mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? ▪ ¿Presenta movimientos como tragar, chupeteo, saborear o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? 	OBSERVAR Y DETERMINAR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conciente ○ Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis si <ul style="list-style-type: none"> ○ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad focal ○ Hemiparesia ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado mental ○ Trastorno de la coordinación o la marcha ○ Trastornos del lenguaje (afasia, disfasia, disartria) ○ Defectos del campo visual 	CLASIFICAR	Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra con crisis epiléptica que ha durado más de 5 minutos. • Dos o más episodios, durante la consulta, de crisis sin recuperación de la conciencia 	ESTADO EPILEPTICO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir URGENTEMENTE a ➤ Administre benzodiazepina ➤ Acceso venoso si es posible ➤ Oxígeno si hay disponible
Uno de los siguientes agudo o progresivo: <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad unilateral • Asimetría física • Hemiparesia • Reflejos anormales • Cambios del estado mental • Trastorno de la coordinación • Trastorno del lenguaje • Defectos del campo visual 	PROBLEMA NEUROLOGICO GRAVE		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir al hospital 		
<ul style="list-style-type: none"> • Menores de un año de edad con crisis (excepto niños mayores de 6 meses con crisis febriles) 	TRASTORNO NEUROLOGICO SEVERO		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir al especialista 		
Todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración menos de un minuto a 3 min. • Se inician con síntomas de alarma (aura) • Movimientos involuntarios anormales, sacudidas, contracciones musculares o automatismos • Confusión postictal 	EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADA		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar ácido valproico ➤ Indicar a la madre efectos de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar inmediato 		
Todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración menos de un minuto • Periodos de consulta automática y conciencia alterada con movimientos rítmicos de una extremidad o alteración en sensaciones como disminución de visión, alucinaciones, disminución sensibilidad o movimientos como abotonarse v desabotonarse. etc 	EPILEPSIA CON CRISIS PARCIAL		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar carbamazepina ➤ Indicar a la madre efectos de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar inmediato 		
Todos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración pocos segundos • Mirada fija, parpadeo o falta de atención • Recuperación inmediata • Respuesta positiva a la hiperventilación 	EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIAS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar ácido Valproico ➤ Indicar a la madre efectos de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar inmediato 		
Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un solo episodio de crisis convulsiva, alteración de conciencia o desconexión • Signos neurológicos crónicos, estáticos (trauma de cráneo, meningitis o anoxia) • Crisis febriles • Ocurren siempre relacionados con situación específica 	NO TIENE EPILEPSIA		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfatizar a madre que la mayoría de los niños con crisis febriles no desarrollan epilepsia ➤ Enseñar a la madre como controlar la fiebre ➤ Enseñar que se debe hacer crisis 		

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON RIESGO DE EPILEPSIA

2.1 EVALÚE Y CLASIFIQUE SI EXISTE UN ESTADO EPILÉPTICO:

2.2 EVALÚE Y CLASIFIQUE SI EXISTE UN PROBLEMA NEUROLÓGICO GRAVE

2.3 EVALÚE Y CLASIFIQUE LAS CRÍISIS DE EPILEPSIA

3. TRATAR A LOS NIÑOS CON EPILEPSIA Y ACONSEJAR A LA MADRE

3.1 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO ESTADO EPILÉPTICO

3.2 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES(PARCIALES) O GENERALIZADAS

3.3 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA

4. CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON EPILEPSIA

EJERCICIOS

ANEXO I: DROGAS ANTIEPILEPTICAS

ANEXO II CUADRO DE PROCEDIMIENTO

ANEXO III HOJA DE REGISTRO

BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más comunes en todo el mundo. Se trata de un trastorno crónico que representa un conjunto de síndromes de diferente pronóstico que se presentan, la mayoría, en la infancia y en la edad adulta. La tasa de prevalencia de la epilepsia es más alta en Latinoamérica y el Caribe (LAC), principalmente en niños. Esta alta tasa de prevalencia se debe a la variedad de factores de riesgo tales como una nutrición pobre en calorías y proteínas, la falta de atención médica durante el embarazo y el parto, las infecciones y el trauma de cráneo.

La epilepsia es también un importante factor que contribuye al desarrollo de discapacidades en los niños con alta incidencia de problemas emocionales que pueden durar toda la vida, con consecuencias en las aptitudes individuales y en la interacción social. Tiene importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas. Además, las tasas de mortalidad son cuatro veces más altas en adultos jóvenes con epilepsia que en la población general. El bienestar económico y social de los individuos con epilepsia está drásticamente disminuido y la carga, en los sistemas de salud, en términos de costos por la enfermedad y personales, es significativa. Sin embargo, de los 5 millones de individuos estimados con epilepsia en Latinoamérica y el Caribe (LAC), entre el 80 al 98% permanece sin tratamiento.

Es importante destacar, por una parte, que, aunque la epilepsia es un trastorno potencialmente controlable, en la mayoría de las familias de los países menos desarrollados el tratamiento se retrasa debido a la falta de acceso a los medios de diagnóstico; por otro, que las tres cuartas partes de los afectados no reciben un tratamiento apropiado. Para estos países, incluyendo algunas áreas de LAC, se necesita una visión más sencilla de la epilepsia y cambiar el paradigma que es esencial el control de un especialista. El enfoque AIEPI ayuda logrando que las opiniones de los expertos definan las formas más frecuentes y la manera más simple y efectiva de manejar la mayoría de los casos.

El manejo precoz de la epilepsia es importante, puesto que es un trastorno controlable, si se lo detecta y trata en etapas tempranas. No obstante, esta situación es bastante diferente en los países menos desarrollados cuyas familias, principalmente las de las áreas rurales, no tienen acceso a un diagnóstico y tratamiento temprano, por no disponer de asistencia médica calificada. La utilización de la estrategia AIEPI tiene como objetivos, en estos casos, mejorar la capacidad de diagnóstico y el tratamiento de los niños con epilepsia en los servicios de atención primaria, y cambiar la idea que la epilepsia requiere el control del especialista.

La gran ventaja de utilizar el AIEPI es su metodología. Esta incorpora los componentes de detección y control e incluye: un formulario funcional de las actividades de los cuidadores, un esquema de procedimientos que contiene actividades prácticas y un curso de entrenamiento concebido para enseñar la teoría y práctica del proceso de manejo de casos, todo lo cual es una manera efectiva de manejar a niños enfermos - que se encuentran comúnmente en las áreas marginales de los países en desarrollo, donde hay insuficiente atención de salud primaria, pocos especialistas y faltan herramientas de diagnóstico-. Es, pues, un imperativo facilitar el entrenamiento rápido

y confiable para resolver la carencia de recursos humanos y financieros. Es importante, además, tener en mente que estos países, en general, tienen un alto riesgo de mayor frecuencia de epilepsia.

La gran ventaja de este curso -comparado con el entrenamiento regular de los profesionales de la salud- es que presenta, por un lado, un método para identificar rápidamente, y con seguridad, los problemas que se deben tratar primariamente; por otro, la forma de actuar para no perder la oportunidad de resolver todos los problemas que se presenten y para mejorar la condición de salud de los niños.

Este módulo contiene guías para la detección y tratamiento temprano de la epilepsia en la infancia, los pasos que necesita seguir el profesional de la salud para identificar y tratar a niños con epilepsia, y la principal información adicional necesaria para lograrlo.

Definición de los términos:

Epilepsia: dos o más crisis febriles no relacionadas con trastornos metabólicos agudos o con supresión de drogas o alcohol. Pacientes que han presentado crisis entre los 2 y los 5 últimos años y aquellos que toman medicación antiepiléptica, son considerados como portadores de una epilepsia activa.

Crisis epiléptica: alteración involuntaria de la conciencia, movimiento o sensación desencadenada por una descarga eléctrica anormal en el cerebro; convulsiones, "quedarse con la mente en blanco", como "ausente" o períodos de memoria confusa; episodios de mirada fija o períodos inexplicados de falta de respuesta al entorno; movimientos involuntarios de brazos y piernas; "desmayos" con incontinencia de esfínteres seguidos de fatiga excesiva; sonidos extraños, percepciones distorsionadas, sentimientos episódicos de miedo que no pueden ser explicados.

Las crisis epilépticas pueden ser generalizadas o focales (parciales). Las primeras ocurren cuando todas las células cerebrales están involucradas. Un tipo de crisis generalizada consiste en una convulsión con pérdida completa del conocimiento desde el inicio de la crisis.

Las crisis parciales ocurren cuando las células cerebrales localizadas en una parte del cerebro no trabajan adecuadamente. Estas crisis pueden causar períodos de "conducta automática" y conciencia alterada. Esto se tipifica como un comportamiento con un propósito determinado, tal como abotonar o desabotonar una blusa. Tal conducta, sin embargo, es inconsciente, puede ser repetitiva y generalmente no es recordada. De forma similar pueden existir movimientos rítmicos de una extremidad y alteración en las sensaciones como disminución de la visión, alucinaciones, disminución de la sensibilidad etc.

Crisis febril: cualquier crisis que ocurre en un lactante o niño pequeño (de 6 meses a 5 años de edad), conjuntamente con fiebre (temperatura $>38^{\circ}$ C) o historia de fiebre reciente, sin evidencia de crisis previa afebril o de una causa subyacente, tal como una enfermedad neurológica o infección del sistema nervioso central.

Postictal: se refiere al período que sigue a una crisis/convulsión.

2. EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO CON RIESGO DE EPILEPSIA

Es importante que la persona que realiza atención primaria en el paciente que ha presentado una crisis de inicio reciente, sea capaz de establecer el diagnóstico de epilepsia y de excluir otras posibles etiologías, médicas o neurológicas. Clasificar el tipo de crisis y asignarle el síndrome epiléptico correcto facilitará el manejo con drogas antiepilépticas (DAEs) apropiadas. El diagrama de procedimientos le guiará para valorar, clasificar y tratar, durante la consulta de atención primaria, a niños hasta los 10 años de edad con riesgo de presentar epilepsia.

Es necesario recordar que el diagnóstico de epilepsia está relacionado con la obtención de una historia completa de los hechos o con la observación de una crisis epiléptica. Aunque el niño puede presentar una crisis durante la consulta, en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace sobre la base de la narración de un familiar.

Durante la consulta, se debería preguntar al madre/familiar/cuidador si:

Durante los últimos doce meses, ¿ha presentado el niño crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder?

Si la familia dice NO, el niño no es considerado en riesgo de tener epilepsia.

Si la familia contesta SI, el niño puede estar en riesgo de presentar epilepsia. Se utilizará el diagrama de desarrollo de epilepsia para valorar el riesgo. Las preguntas que siguen y la sección de "observe y verifique" están unidas en el diagrama con el correspondiente nivel de riesgo (alto, mediano o bajo). Así, comprender e interpretar cada uno correctamente es la llave para el éxito en la evaluación de riesgo y tratamiento.

Recuerde que la crisis puede representar un episodio que asusta al niño y a la familia, y usted necesitará guiar a la familia para ayudar al diagnóstico. Si la familia dice SI a la pregunta clave, usted continuará con las siguientes preguntas para valorar el riesgo de epilepsia y tratar al niño de manera acorde.

2.1 EVALUÉ Y CLASIFIQUE SI EXISTE UN ESTADO EPILÉPTICO:

Es importante primero diagnosticar la emergencia y la urgencia (Sección roja del diagrama). Si el niño recibe la clasificación roja, necesitará tratamiento urgente en un hospital. Para determinar qué niño necesita ser clasificado en esta categoría,

- **Observe** la presencia de crisis durante la consulta y **determine** el nivel de conciencia durante la consulta (“observe y examine”)
- **Determine** la duración del estado de inconsciencia.
- **Pregunte** si el niño estaba inconsciente durante el episodio o era incapaz de responder. La pérdida de conocimiento durante la crisis es importante para clasificarla. Si el niño presenta, durante la consulta, dos o más episodios de crisis sin recuperación de la conciencia entre ellos, se encuentra en Estado Epiléptico, y necesita recibir tratamiento como una EMERGENCIA.

<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra con crisis epiléptica que ha durado más de 5 minutos. • Dos o más episodios, durante la consulta, de crisis sin recuperación de la conciencia 	<p>ESTADO EPILEPTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir URGENTEMENTE a un hospital ➤ Administre benzodiazepina ➤ Acceso venoso si es posible ➤ Oxígeno si hay
---	-------------------------------------	--

La clasificación es **ESTADO EPILEPTICO** si el niño llegó al centro de salud con una crisis de más de 5 minutos de duración, o ha presentado dos o más episodios sin recuperación de la conciencia entre ellos. ESTO ES UNA EMERGENCIA y el niño debe ser transferido inmediatamente, en una ambulancia, a la Unidad de Emergencia más cercana. Sin embargo, mientras usted espera la ambulancia debería iniciar el tratamiento con Benzodiazepina para intentar detener la crisis y evitar un daño neurológico.

2.2 EVALÚE Y CLASIFIQUE SI EXISTE UN PROBLEMA NEUROLÓGICO GRAVE

Si el niño tuvo una crisis, una breve pérdida de conciencia, sacudidas incontroladas de brazos y piernas, pareció desconectado de la realidad o fue incapaz de responder y presenta signos neurológicos focales agudos y progresivos,

- **Pregunte** acerca de problemas neurológicos agudos tales como meningitis, trauma de cráneo o anoxia, que pueden causar crisis no epilépticas;
- **Pregunte** sobre la duración del problema neurológico del niño;
- **Pregunte** si el problema se ha agravado.

Los problemas neurológicos pueden ser agudos o crónicos. Los problemas neurológicos *agudos* son aquellos que se diagnostican recientemente o durante la consulta. En tal caso el paciente debe ser remitido a un hospital que tenga neurólogo, principalmente si los síntomas neurológicos se agravan: únicamente los problemas neurológicos agudos constituyen una urgencia, no los crónicos. Los problemas neurológicos son *crónicos* cuando han estado presentes por algún tiempo (meses,

años), y son estáticos cuando son estables, no han cambiado, excepto por la aparición de una crisis (o cualquiera de los signos que constan en la pregunta clave).

➤ **Observe** si se presentan signos neurológicos focales, agudos y progresivos durante la consulta; si se presentan, deben tratarse como una URGENCIA NEUROLÓGICA. El examen neurológico puede revelar debilidad unilateral (monoparesia- hemiparesia, déficit de un(os) par(es) craneales, asimetría física, reflejos anormales, cambios del estado de conciencia o mental y trastornos de la coordinación o la marcha. Se incluyen también algunos hallazgos específicos focales -trastornos del lenguaje (afasia, disfasia, disartria) defectos del campo visual- que pueden estar relacionados con problemas neurológicos más complejos. Si el niño presenta uno de estos síntomas y signos que han aparecido recientemente y se han agravado, se le debe remitir a un hospital que disponga de un neurólogo para su evaluación.

<p>Uno de los siguientes agudo o progresivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad unilateral (monoparesia, Hemiparesia, déficit de pares craneales) • Reflejos anormales • Cambios del estado de conciencia o mental • Trastorno de la coordinación o la marcha • Trastorno del lenguaje(disfasia, disartria) • Defectos del campo visual 	<p>PROBLEMA NEUROLÓGICO GRAVE</p>	<p>➤ Referir al hospital</p>
---	--	-------------------------------------

2.3 EVALUÉ Y CLASIFIQUE LAS CRISIS DE EPILEPSIA

Si presentó alguna crisis durante los últimos 12 meses, aunque el niño no tiene crisis en este momento, y no presenta signos neurológicos focales agudos y progresivos, se debe tratar de conseguir más información acerca del episodio y de lo que sucedió durante las crisis, como breves períodos de inconsciencia, sacudidas incontrolables de brazos y piernas, como que pareciera desconectado de la realidad e incapaz de responder.

➤ **Pregunte** si el niño estaba con alteración de conciencia durante el episodio.

A veces la crisis ocurre como un breve episodio de pérdida de conciencia, y éste es el síntoma principal. Despertar de un sueño, soñar despierto, y "mi niño parece desconectado", son también diferentes formas que la familia suele describir como crisis. Sin embargo, es importante comprender que algunos niños pueden ser distraídos, sin ser necesariamente epilépticos. Los niños distraídos no están inconscientes durante su período de "soñar despierto", y responden rápidamente cuando se les llama o toca.

- **Pregunte** cuántos episodios de crisis, breves pérdidas de conciencia, sacudidas incontroladas de brazos o piernas, desconexiones o momentos en los que es incapaz de responder, ha habido en los últimos 12 meses.

Para considerar si existe o no el riesgo de tener epilepsia, el niño debería presentar al menos dos episodios de crisis de cualquier tipo. Si sólo se ha notado un episodio aislado, el paciente puede tener AUSENCIA. Se debería pedir al niño que hiperventile para provocar crisis de ausencia. El niño debe tener 3 años o más para ser capaz de hiperventilar. La hiperventilación puede continuar hasta 3 minutos para provocar ausencia, y se debería detener cuando el episodio ocurre. Si el niño no es capaz de comprender lo que significa hiperventilación, puede pedirle que sople un sorbete o una bomba, o incluso su mano, de manera rápida y repetitiva. Es siempre útil mostrar al niño cómo se debe realizar la hiperventilación, o pedirle ayuda a la madre o la persona que lo cuida.

➤ **Pregunte** a la madre:

- Presentó mirada fija, parpadeo **repetitivo** o falta de **respuesta** durante el episodio;
- Durante los episodios, el niño presentó movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares;
- Notó la presencia de automatismos, tales como deglución, **chupeteo**, saboreo o movimientos repetitivos, sin propósito, con las manos (**tocarse o buscar en los bolsillos**, etc);
- El niño se da cuenta cuando comienza la crisis porque tiene un síntoma de alerta (aura). síntomas visuales: fosfenos, visión borrosa, ceguera, etc; auditivos: pitos, zumbidos, voces, hipoacusia, vertiginosos: las cosas se mueven o el niño se mueve; motoras: desviación involuntaria de ojos, de la boca o de la cabeza hacia un lado, postura involuntaria forzada de una extremidad), alteración en el lenguaje: disfasia, disartria; alteraciones somestésicas: adormecimiento, parestesias, disestesias, alteración de la percepción del tamaño o localización de una parte corporal; sensoriales gustativas: sabor desagradable metálico

Estas preguntas son importantes, porque los síntomas asociados como el parpadeo y la mirada fija, o las sacudidas y automatismos durante la crisis, ayudan a diferenciar la epilepsia entre crisis **focales** (parciales), generalizadas y ausencias.

El diagnóstico diferencial de **EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES (PARCIALES) Y CRISIS GENERALIZADAS** se hará cuando el niño presenta crisis de hasta un minuto de duración, con síntoma inicial de alerta (el niño cuenta el aura), y movimientos anormales involuntarios o sacudidas localizados inicialmente y que posteriormente puede generalizar. Frecuentemente hay automatismos. También hay post-ictal. La duración con frecuencia es de más de un minuto. La mayor duración y el postictal ayudan a diferenciar estas crisis focales complejas (con alteración de la conciencia) de una ausencia

El diagnóstico de **EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA** se hará cuando el niño presente episodios de pocos segundos de duración, con mirada fija, parpadeo, **no respuesta al medio** y recuperación inmediata, similar a encender y apagar una luz. **No hay periodo post-ictal.**

Las crisis focales (parciales) simples pueden ocurrir a cualquier edad, y los signos y síntomas dependerán de la localización del foco epiléptico. Ejemplos de crisis parciales simples son las actividades focales rítmicas o semi-rítmicas de un lado de la cara, un brazo o una pierna.

Las crisis focales (parciales) complejas son comunes. Pueden estar precedidas por una crisis parcial simple (un aura). El paciente está siempre inconsciente, con bastante frecuencia la manifestación es solamente de mirada fija, no respuesta al medio y los automatismos son frecuentes. La conducta automática puede ser variable, e incluye muecas, gestos, movimientos de masticación, chupeteo, saborear, frotamiento de dedos y sonidos, palabras o frases repetitivas. Es importante mencionar que el paciente nunca recuerda lo que hizo.

El diagnóstico de las crisis generalizadas tónico-clónicas (CGTC) es sencillo, debido a que estas son fácilmente reconocidas por la familia o cualquier persona que acompaña al paciente. Pueden comenzar con un aura (es el caso de las crisis de inicio focal que generalizan), seguida de pérdida de conocimiento y súbita rigidez generalizada de los músculos flexores o extensores, en la fase tónica. Luego de esto, se inicia la fase clónica, con sacudidas musculares generalizadas. En la crisis generalizada tónica, clónica o tónico-clónica NO hay aura, las sacudidas o los movimientos involuntarios ocurren en ambos hemicuerpos, es muy simétrico. La mirada es central o hacia arriba y la duración con frecuencia es mayor de un minuto. Casi siempre hay post-ictal.

- **Pregunte** si el niño estaba confuso luego del episodio, pues si hubo presencia de confusión postictal, ésta ayudará a clasificar al paciente como portador de **EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES (PARCIALES) O GENERALIZADAS**.
- **Pregunte** cuándo fue la última crisis y cuánto duró: saber su duración es muy importante para clasificar la epilepsia. Las crisis que duran más de 5 minutos corresponden a un estado epiléptico y deben ser tratadas como una emergencia. Las **CRISIS FOCALES (PARCIALES) O GENERALIZADAS** duran hasta un minuto, y las **CRISIS DE AUSENCIAS** pocos segundos.
- **Pregunte** si los episodios están siempre relacionados con una situación específica, como fiebre, llanto, alimentación, miedo y traumas leves de cráneo. Si es así, el diagnóstico de epilepsia es improbable. **Las crisis febriles** ocurren en alrededor del 2 al 4 % de los niños en todo el mundo, y están relacionadas en general con una historia familiar previa. Antecedentes de **crisis febriles** en miembros de familia cercana se presentan en el 25 a 40% de los casos. Los descendientes de un padre con antecedentes de **crisis febriles** tienen un riesgo 4.4 veces mayor que el de la población general, y el riesgo aumenta 20 veces si ambos padres tienen historia de **crisis febriles**. Además, los hermanos de un paciente con **crisis febriles** tienen un riesgo 3.6 veces mayor que el de la población general. Recuerde explicar a la madre que la mayoría de los niños con **crisis febriles** no desarrollan epilepsia, pero que se debe controlar cuidadosamente la fiebre a fin de evitar nuevos episodios.

Los niños menores de un año que presentan crisis deberían ser remitidos, lo más pronto posible, a un especialista, debido a que pueden estar en riesgo de tener un cuadro neurológico severo. Sin embargo, los niños mayores de 6 meses con diagnóstico seguro de **crisis febriles** no necesitan ser enviados, debido a que las **crisis febriles** tienden a ser benignas en este grupo de edad.

<ul style="list-style-type: none"> • Menores de un año de edad con crisis (excepto niños mayores de 6 meses con crisis febriles) 	TRASTORNO NEUROLÓGICO SEVERO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir al especialista
---	-------------------------------------	---

Los niños con diagnóstico de **EPILEPSIA CON CRISIS FOCALES (PARCIALES) O GENERALIZADAS** y **CRISIS DE AUSENCIA**, se clasifican también en la sección amarilla del diagrama, lo cual significa que se trata de situaciones moderadas. Estos pacientes requerirán atención, pero no necesariamente un manejo de emergencia/urgencia.

<p>Todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración menos de un minuto a 3 min. • Se inician con síntomas de alarma (aura) • Movimientos involuntarios anormales, sacudidas, contracciones musculares o automatismos • Confusión postictal 	EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar Ácido Valproico ➤ Indicar a la madre efectos colaterales de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar de inmediato
<p>Todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración menos de un minuto • Periodos de conducta automática y conciencia alterada con movimientos rítmicos de una extremidad o alteración en sensaciones como disminución de visión, alucinaciones, disminución sensibilidad o movimientos como abotonarse v desabotonarse. etc 	EPILEPSIA CON CRISIS PARCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar carbamazepina ➤ Indicar a la madre efectos colaterales de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar de inmediato
<p>Todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos o más crisis • Duración pocos segundos • Mirada fija, parpadeo o falta de atención • Recuperación inmediata • Respuesta positiva a la hiperventilación 	EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar ácido Valproico ➤ Indicar a la madre efectos colaterales de la medicación ➤ Control en 14 días ➤ Signos de alarma para regresar de inmediato

El diagnóstico de **EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES O GENERALIZADAS** se hace en niños que presentan dos o más crisis que duran hasta un minuto, con signos iniciales de alarma y movimientos involuntarios anormales, sacudidas musculares, automatismos y confusión postictal. El tratamiento recomendado para la **EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES** en niños es Carbamazepina y la **EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADAS Y CRISIS DE AUSENCIA** es ácido valproico.

Es importante también explicar a la madre qué debe hacer durante la crisis.

El diagnóstico de **EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA** se realiza si el niño tiene dos o más episodios que duran pocos segundos, con mirada fija, parpadeo, inatención y recuperación inmediata, similar a encender y apagar una luz; o si el niño tiene sólo un episodio, pero desarrolla crisis durante la hiperventilación durante 3 minutos. En este caso el tratamiento de elección es ácido valproico.

<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un solo episodio de crisis convulsiva, alteración de conciencia o desconexión • Signos neurológicos crónicos, estáticos (trauma de cráneo, meningitis o anoxia) • Crisis febriles • Ocurren siempre relacionados con situación específica 	<p>NO TIENE EPILEPSIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfatizar a madre que la mayoría de niños con crisis febriles no desarrollan epilepsia ➤ Enseñar a la madre como controlar la fiebre ➤ Enseñar que se debe hacer durante una crisis
--	----------------------------------	---

Se considera que el niño **NO TIENE EPILEPSIA** cuando se clasifica en la sección verde del diagrama. La que incluye:

- Niños que presenten un sólo episodio de crisis, conciencia alterada o como que parecieran estar desconectados de la realidad, y que la prueba de hiperventilación fue negativa;
- Niños con signos neurológicos crónicos, no progresivos, relacionados en general a trauma de cráneo, meningitis o anoxia.
- Niños mayores de 6 meses con **crisis febriles** o con crisis desencadenada siempre por una situación específica; por ejemplo, durante o después de la alimentación, lo que puede relacionarse con reflujo gastroesofágico.

Recuerde que las **crisis febriles** ocurren entre el 2 al 4 % de los niños en todo el mundo; que siempre necesita explicar a la madre que la mayoría de niños con **crisis febriles** no desarrollan epilepsia; que es necesario controlar la fiebre en forma más cuidadosa a fin de evitar nuevos episodios, adiéstrele en el control de la fiebre, y díglele lo que debe hacer durante la crisis.

A continuación se encuentra el formulario de registro utilizado en la consulta para evaluar y clasificar a los niños con epilepsia, al finalizar el módulo se encuentran ejercicio que ayudarán al entrenamiento en su utilización.

FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE LA EPILEPSIA INFANTIL

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL	
Nombre _____	Edad _____
¿Qué problema tiene el niño? _____	
Antecedente de importancia: _____	
Primera consulta? _____	Control? _____
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? _____ ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? _____ ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? _____ ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No ___ 	<p style="text-align: center;">CLASIFICAR</p> <p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la conciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral(hemiparesia, monoparesia, déficit de un(os) par(es) craneales ○ Asimetría física ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado de conciencia o mental ○ Trastorno de la coordinación, marcha o equilibrio ○ Trastornos del lenguaje (disfasia, afasia, disartria) ○ Defectos del campo visual

3. TRATAR A LOS NIÑOS CON EPILEPSIA Y ACONSEJAR A LA MADRE

3.1 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO ESTADO EPILÉPTICO

El niño clasificado como **ESTADO EPILÉPTICO**, requiere remisión urgente a un hospital o al servicio de emergencia más cercano, mientras se remite o llega la ambulancia usted debe administrar benzodiazepina y si es posible colocar oxígeno.

¿CÓMO UTILIZAR DIAZEPAM PARA DETENER LA CRISIS?

Uso intravenoso: Dosis: 0,15 a 0.4 mg/kilogramo/dosis. La administración intravenosa (IV) debe realizarse lentamente, a razón de un minuto por cada 5 mg. (1ml) administrados. No se debe utilizar venas pequeñas y NUNCA inyectar en una arteria.

Recuerde que el Diazepam puede alterar la función respiratoria y se debe valorar al niño de manera muy cercana para detectar la evidencia de una crisis respiratoria mientras se administra la dosis. Deben monitorearse la respiración, pulso y presión sanguínea. Si aparece cualquier cambio respiratorio, se debe detener la administración de la droga y esperar que se restablezcan los parámetros respiratorios. Si el paciente no se recupera, hay que usar medidas generales de soporte, con la administración de líquidos intravenosos y un adecuado mantenimiento de las vías respiratorias, mientras se transfiere al niño a la Unidad de Emergencia más cercana.

No se debe mezclar o diluir el Diazepam con otras soluciones o drogas en jeringa o en frasco de infusión. Si no es factible administrar el Diazepam IV directamente, puede ser inyectado lentamente a través del tubo de infusión, lo más cercano posible a la inserción venosa. En el paciente convulsionando (ESTADO EPILÉPTICO), la vía IV es sin duda la preferida. Sin embargo, si la administración IV es imposible, se puede utilizar la vía rectal para administrar el Diazepam.

Dosis por vía rectal: 0,5 mg./kg/dosis.

3.2 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES O GENERALIZADAS

Los niños clasificados como **EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES O GENERALIZADAS** reciben para su tratamiento como medicación la carbamacepina, se debe instruir a la madre sobre los efectos colaterales de la misma, signos de alarma para regresar de inmediato y debe ser controlada en 14 días.

Tratamiento para la EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES O GENERALIZADAS CARBAMAZEPINA			
	Período	<40Kg	>40Kg
Dosis inicial	1 semana	5mg/Kg/ día	200mg/ día
Dosis mínima	1 semana	10mg/Kg/ día	400mg/ día
Dosis estándar* (si el paciente está libre de crisis, mantener después de 5 semanas)	5 semanas	10mg/Kg/ día	600mg/ día
Dosis adicional * Agregar a la dosis estandar si el paciente continúa con la crisis.	3 semanas	3mg/Kg/ día	400mg/ día
Dosis máxima		25mg/Kg/ día	1600mg/ día

Es recomendable dividir las dosis en dos tomas al día: la primera ha de tomarse luego del desayuno y la segunda antes de acostarse. Esta dosis debería mantenerse por una semana.

Recuerde que debe explicar a la madre acerca de los efectos colaterales y, principalmente, cómo dar la medicación. Es importante también pedir a la madre que traiga el frasco de medicina a la visita de seguimiento que deberá ocurrir en dos semanas, con una enfermera o un profesional de la salud. La razón de traer la medicina es facilitar el control del uso de la droga.

La primera visita de seguimiento, dos semanas después de la primera visita, tiene como finalidad asegurarse que la medicación se ha tomado correctamente. El profesional de la salud debe preguntar cómo se ha administrado la medicación y en qué momento ha sido administrada por la madre/cuidador. Pida a la madre que le muestre cómo mide y administra la medicación. Si el esquema terapéutico lo permite, vea al niño tomar la medicación.

En el niño mayor se puede usar también ácido valproico.

3.3 TRATAMIENTO DEL NIÑO CLASIFICADO COMO EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA

Los niños clasificados como **EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA** reciben para su tratamiento como medicación el Ácido Valpróico, se debe instruir a la madre sobre los efectos colaterales de la misma, signos de alarma para regresar de inmediato y debe ser controlada en 14 días.

Tratamiento para la EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA ACIDO VALPROICO			
	Período	<40Kg	>40Kg
Dosis inicial	1 semana	7mg/Kg/día	250mg/ día
Dosis mínima	1 semana	15mg/Kg/ día	750mg/ día
Dosis estándar* (Si el paciente está libre de crisis, mantener después de 5 semanas)	5 semanas	15mg/Kg/ día	600mg/ día
Dosis adicional * Agregar a la dosis estándar si el paciente continúa con crisis	3 semanas	5mg/Kg/ día	250mg/ día
Dosis máxima		45mg/Kg/ día	2000mg/ día

Es importante enseñar a los padres a administrar la medicación en casa, para así mejorar su seguridad y eficacia. La dosis debe determinarse en el centro de atención primaria, de acuerdo con el peso del niño. La decisión de dar tabletas o jarabe debe basarse en la preferencia del paciente, la aceptabilidad, el costo y la eficacia. Es importante mostrar a los padres cómo administrar la tableta o medir el líquido, y asegurarse de que lo entiendan bien. Por esta razón, es necesario pedirles que le den la primera dosis en el centro de atención primaria, bajo la observación del profesional de la salud. Es igualmente importante etiquetar y empaquetar bien la droga, y enfatizar que en caso de no administrar una dosis, ésta puede ser tomada posteriormente.

Los padres tienden a discontinuar el tratamiento cuando los síntomas desaparecen. Debido a esto, es importante aclararles que no pueden suspender el tratamiento sin indicación del médico o de la enfermera.

Recuerde explicar a los padres sobre los efectos colaterales y advertirles que comuniquen a la enfermera o al médico en caso de que el niño presente rash, esté somnoliento o parezca mareado.

La mayoría de los efectos colaterales se reducen con la reducción paulatina de la droga a bajas dosis.

Pida siempre a la madre que traiga el frasco de medicación en la visita de seguimiento que tendrá lugar en dos semanas, con una enfermera o un profesional de la salud. La razón de traer la medicina es facilitar el control del uso de la misma.

4. CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON EPILEPSIA

La primera visita de seguimiento tendrá lugar dos semanas después de la primera consulta. Una enfermera verá al paciente durante esta visita que tiene como objetivos principales saber si hay efectos colaterales, conocer si han ocurrido nuevas crisis y asegurarse del cumplimiento en la administración de la medicación. Hay que recordar que los padres fueron instruidos previamente sobre los efectos colaterales; que se les advirtió que deben comunicarse con el médico o la enfermera, si el niño parecía enfermo, presentaba un rash o estaba somnoliento o mareado; que se le ha pedido también a la madre que trajera el frasco de la medicina a la visita de seguimiento, para facilitar el control del uso de la medicación.

Es muy importante enseñar a la madre cómo debe utilizar la medicación en la casa y asegurarse de que toda la medicación se administre en forma correcta.

Durante la consulta de seguimiento se debe preguntar:

- Sobre la frecuencia de crisis;
- Sobre la dosis que están administrando,
- Y sobre los efectos colaterales

Se debe examinar al niño para buscar movimientos oculares anormales (nistagmus), problemas de la marcha y la coordinación, presencia de rash o ictericia. Repetir siempre "OBSERVE Y VERIFIQUE".

Las drogas antiepilépticas causan efectos colaterales. La mayoría de estos efectos pueden reducirse mediante la introducción lenta de la droga con bajas dosis. Es importante recordar que durante las dos primeras semanas de tratamiento, la dosis puede aún no ser la adecuada, por lo que es posible que las crisis se presenten nuevamente.

➤ **Preguntar:** *¿Han ocurrido nuevas crisis?*

Si el niño ha presentado nuevas crisis, preguntar si tiene las mismas características de las anteriores, o si son más o menos severas. Si la madre dice que las crisis son más frecuentes LLAMAR AL MÉDICO para que evalúe al paciente.

➤ **Preguntar:** *¿Ha administrado la medicación en forma regular? ¿Ha omitido alguna dosis?*

Contar las tabletas que hay en el frasco o verificar la cantidad de líquido del mismo a fin de comprobar cuánto ha sido utilizado.

Si el paciente no responde al tratamiento, el médico debería revisar la dosis, el cumplimiento del tratamiento y el diagnóstico; luego de iniciado el tratamiento, se espera un control de las crisis en el 50% de los pacientes.

Si el médico concluye que las crisis son más severas y la medicación ha sido administrada correctamente, el paciente debería ser enviado al especialista para reevaluación y asociación de drogas. Debe considerarse, a propósito, que es posible un error en el diagnóstico, sobre todo si la causa de la crisis está correlacionada con otros problemas y no con la epilepsia.

Si el médico concluye que las crisis son menos severas y que la medicación ha sido administrada correctamente, se debe pedir al paciente que regrese en dos semanas para una nueva evaluación, con el fin de ver si las crisis han cesado. Si la medicación no se ha administrado en forma correcta, se debe explicar nuevamente a la madre la forma de administración y pedirle que regrese en dos semanas para una nueva evaluación.

Si el niño no ha presentado nuevas crisis, se debe continuar el tratamiento, dependiendo de la presencia de efectos colaterales. Se debe pedir a la madre que traiga al niño nuevamente, en un mes, a fin de que sea valorado por un médico. Es importante tener en mente que se trata de un tratamiento a largo plazo; por eso la droga deberá iniciarse con dosis baja para aumentarla paulatinamente, y evitar con ello los efectos colaterales. NUNCA se debe interrumpir bruscamente la medicación de drogas antiepilépticas (DAE), excepto cuando se presenta una alergia severa. Hay que recordar que todas las DAE pueden causar efectos colaterales y que se pueden encontrar, al inicio del tratamiento, leves síntomas temporales en la mitad de los pacientes. Debido a esto, el paciente debe someterse a monitoreos periódicos regulares y la familia debe ser educada para que actúe correctamente.

Clasificación de los efectos colaterales:

Las drogas antiepilépticas pueden causar efectos colaterales variables, que se clasifican en severos y tratables.

En los niños, los efectos colaterales severos más comunes son el Rash y la Ictericia.

Si el paciente presenta efectos colaterales severos, DEBE SER TRATADO POR UN ESPECIALISTA.

La náusea, el vómito, el mareo y la somnolencia son los efectos colaterales, manejables, más comunes en los niños. Si el paciente presenta uno de ellos, en general no es necesario enviarlo al especialista; hay que disminuirle la dosis de la medicación y mantenerlo en una observación estrecha.

Los principales efectos colaterales de las drogas antiepilépticas convencionales se presentan en la tabla 1

Tabla 1. Perfil de efectos colaterales de las drogas antiepilépticas

Droga	Efectos colaterales tratables	Efectos colaterales severos
<i>Carbamazepina (CBZ)</i>	<i>Diplopía, mareo, cefalea, náusea, somnolencia, neutropenia, hiponatremia.</i>	<i>Rash, ictericia, hepatotoxicidad, anemia aplásica, agranulocitosis, síndrome de Stevens-Johnson, teratogenicidad</i>
<i>Ácido Valproico (VAL)</i>	<i>Temblor, aumento de peso, dispepsia, náusea, vómito, alopecia, edema de miembros inferiores, cambios en la textura del cabello.</i>	<i>Pancreatitis aguda, ictericia, hepatotoxicidad, trombocitopenia, encefalopatía, teratogenicidad, síndrome del ovario poliquístico.</i>
<i>Fenobarbital (PB)</i>	<i>Somnolencia, depresión, insomnio, hiperquinesia, disminución del rendimiento escolar.</i>	<i>Rash, hepatotoxicidad, trastornos artríticos, contractura de Dupuytren, teratogenicidad, distrofia simpática congénita.</i>
<i>Fenitoina (PHT)</i>	<i>Nistagmus, ataxia, náusea y vómito, hiperplasia gingival, depresión, somnolencia, anemia megaloblástica, hirsutismo, acné.</i>	<i>Rash, discrasias sanguíneas, síndrome similar al Lupus, síndrome de Stevens-Johnson, hepatotoxicidad, contractura de Dupuytren, teratogenicidad, atrofia cerebelosa, neuropatía periférica.</i>

Examine al niño:

Piel: busque rash e ictericia

Repetir "Observe y verifique"

OBSERVE Y VERIFIQUE

- ◆ Observe la presencia de crisis durante la consulta.
- ◆ Observe el nivel de conciencia después de la crisis y durante la consulta.
- ◆ Busque signos neurológicos focales progresivos y agudos.
- ◆ Busque paresia unilateral y cualquier asimetría física.
- ◆ En niños de entre 3 y 10 años de edad que han presentado un episodio de distracción breve o desconexión, realice hiperventilación durante 3 minutos para provocar una ausencia.

En la visita de seguimiento clasifique al paciente:

- Según presencia de crisis;
 - Según efectos colaterales, y
 - Según manifestaciones neurológicas.
- Si las crisis son más frecuentes, los efectos colaterales son severos y/o el niño presenta nuevas manifestaciones neurológicas, el paciente se clasifica en la zona roja y debe ser tratado por un especialista.
- Si las crisis son menos frecuentes, los efectos colaterales son tratables y el niño no presenta nuevas manifestaciones neurológicas, el paciente se clasifica en la zona amarilla. Debería considerarse una leve reducción de la dosis de la medicación a fin de evitar los efectos colaterales. Sin embargo, hay que tener en mente que el paciente ha estado tomando medicación sólo por dos semanas y puede estar todavía con una dosis baja. Se debe realizar un balance entre la severidad de los efectos colaterales y el riesgo de nuevas crisis al reducir las dosis. Pida a la madre que traiga al niño para una nueva visita de seguimiento en un mes, para ser visto por un médico.
- Si el niño no ha tenido nuevas crisis, si no se han presentado efectos colaterales ni manifestaciones neurológicas nuevas, el paciente se clasifica en la zona verde. Se debe CONTINUAR LA MEDICACIÓN. Explique al paciente y a su familia que debe administrarse la droga por al menos un año y que es muy importante no interrumpir el tratamiento; insista en que la epilepsia es una enfermedad similar a cualquier otra, en que las actividades pueden ser normales y principalmente en que el niño debe asistir a la escuela normalmente; aliente al paciente a llevar una vida normal; pida a la madre que traiga al niño nuevamente en tres meses, para ser visto por un médico, en el caso de que no ocurrieran nuevas crisis.

SEGUIMIENTO Y RECOMENDACIONES

En la visita de seguimiento pregunte:

Acerca de la frecuencia de los episodios:

¿Se han presentado más crisis?
De ser así, ¿son iguales a las anteriores?, ¿más o menos severas?

Acerca de las dosis:

Pregunte, ¿la dosis de la medicación fue administrada regularmente?
¿Se ha dejado de administrar o no se ha administrado alguna dosis?
Pida que cuente las tabletas o verifique la cantidad de líquido que hay en el frasco para ver cuánto ha sido utilizado.

Acerca de los efectos colaterales:

¿Ha notado alguna alteración en la piel como rash o ictericia?
¿Ha habido náusea, vómito, mareo o somnolencia?

Examine al niño:

Piel: busque rash o ictericia
Repetir "Observe y verifique"

Clasifique:

- Crisis
- Efectos colaterales
- Manifestaciones neurológicas

- Crisis epilépticas más frecuentes
- Efectos colaterales severos (rash, ictericia)
- Nuevas manifestaciones neurológicas (ver "observe y verifique")

- Llame al médico para evaluar al paciente (ver manual).
- Si el paciente presenta rash o ictericia, remítalo al especialista.

- Crisis epilépticas menos frecuentes
- Efectos colaterales tratables
- No hay nuevas manifestaciones neurológicas

- Considere una leve reducción de la dosis.
- Haga un balance entre la severidad de los efectos colaterales y el riesgo de crisis.

- No hay crisis epilépticas
- No hay efectos colaterales
- No hay nuevas manifestaciones neurológicas

- Continúe la medicación
- Diga al niño y sus padres que la medicación debe ser administrada por lo menos un año. Es muy importante no suspender la medicación.
- Insista en que la epilepsia es una enfermedad similar a cualquier otra, las actividades pueden ser normales, la asistencia a clases debe ser normal y el estilo de vida usualmente es normal.
- Realice un nuevo seguimiento en 3 meses.

EJERCICIOS

Caso 1: María

María es una niña de seis años, que llegó al Centro de Salud con su madre. La madre expresa que está preocupada porque María es muy distraída y varias veces no le presta atención. Ella nota que la niña está con la mirada perdida, como si estuviera viendo fantasmas, y cuando la llama parece como si la niña se despertara de un sueño. Al comienzo, la madre no le prestó atención a su hija; pero como estos episodios se habían vuelto más frecuentes en los últimos tres meses, decidió ver a un doctor. El profesional de salud notó que María estaba consciente y prestando atención a su madre en ese momento; entonces, utilizando el diagrama de procedimientos, le preguntó a la madre si la niña había tenido crisis. O breves episodios de pérdida de conocimiento, o sacudidas incontroladas de brazos y piernas, o parecía estar desconectada de la realidad e incapaz de responder, durante los últimos 12 meses. La madre de María dijo que no estaba segura. Todo sucede muy rápidamente; cuando se le preguntó si María estaba inconsciente durante el episodio o era incapaz de responder, su madre contestó que era difícil de decir. Los episodios duran sólo pocos segundos y María vuelve a su actividad normal sin notar nada raro. Algunas veces, María se cae de su bicicleta, sin darse cuenta, o no recuerda por qué. Ella nunca sabe cuándo esto le sucederá, pero está perfectamente normal luego que ella "regresa". Estos episodios han sucedido casi todos los días durante los últimos tres meses. Según su madre, la niña permanece con la mirada desorbitada o fija, y algunas veces parpadea. La primera persona que se quejó de la falta de atención de la niña fue su profesora, quien dijo que María no pronunciaba algunas palabras durante la prueba de lectura, así como tampoco escuchaba ni prestaba atención a las palabras de la profesora. Desde entonces, los padres comenzaron a notar que algo estaba mal con ella. El profesional de salud preguntó acerca de algunos problemas neurológicos tales como meningitis, trauma de cráneo o anoxia, recientemente o en el pasado. La madre de María dijo que su hija es perfectamente normal, a excepción de estos episodios de "soñar despiertos".

Durante el examen físico, el profesional de salud observó que no había signos de problemas neurológicos focales agudos y progresivos y que no había debilidad unilateral ni signos de debilidad asimétrica. Entonces, el profesional de salud, para provocar hiperventilación, le pidió a María que pusiera su mano cerrada alrededor de su boca y soplara varias veces, en forma rápida y repetitiva. El profesional iba a detener la actividad solicitada a la niña al cabo de tres minutos; pero, luego de dos minutos, María se detuvo. El profesional de salud notó que María estaba con la mirada fija y parpadeando.

Ahora conteste estas preguntas:

- ¿Cuáles son los signos de enfermedad que el profesional de salud identificó durante su valoración?

- ¿Hay alguna otra pregunta o algo más que examinar para tener toda la información necesaria para clasificar a la niña?

- ¿Cómo clasificaría el profesional de salud a María de acuerdo con sus hallazgos?

- ¿Qué tratamiento y recomendaciones dará el profesional de salud a la madre de María?

Utilice el formulario de registro para evaluar y clasificar a María

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL		
Nombre _____		Edad _____
Peso: _____		
¿Qué problema tiene el niño? _____		
Antecedente de importancia: _____		
Primera consulta? _____ Control? _____		
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder?</p> <p>Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? _____ ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? _____ ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? _____ ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No ___ 		<p>CLASIFICAR</p> <p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la conciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral(hemiparesia, monoparesia, déficit de un(os) par(es) craneales ○ Asimetría física ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado de conciencia o mental ○ Trastorno de la coordinación, marcha o equilibrio ○ Trastornos del lenguaje (disfasia, afasia, disartria) ○ Defectos del campo visual

Caso 2: Marcos

Marcos es un niño de 10 años de edad que fue enviado al Centro de Salud por presentar crisis epilépticas. Estas crisis estaban caracterizadas por sacudidas en su brazo y pierna izquierdos que duraban un minuto aproximadamente, seguidas de contracciones musculares rítmicas bilaterales violentas y pérdida de conocimiento. Las crisis habían comenzado seis meses después de que él sufrió un serio accidente de tránsito: el vehículo en el cual él iba como pasajero se estrelló y, como consecuencia, Marcos presentó fractura de cráneo con lesión cerebral. La tomografía de cráneo mostró un área de contusión en la superficie del lóbulo frontal derecho. Marcos estuvo inconsciente durante 8 días, con parálisis de sus miembros izquierdos; en los meses seguidos se recuperó lentamente, con la ayuda de fisioterapia. Cuando se iniciaron las

Utilice el formulario que aparece a continuación para registrar la información de Marcos:

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL	
Nombre _____ Edad _____ Peso: _____	
¿Qué problema tiene el niño? _____	
Antecedente de importancia: _____	
Primera consulta? _____ Control? _____	
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? _____ ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? _____ ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? _____ ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No ___ 	<p style="text-align: center;">CLASIFICAR</p> <p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la consciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral(hemiparesia, monoparesia, déficit de un(os) par(es) craneales ○ Asimetría física ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado de conciencia o mental ○ Trastorno de la coordinación, marcha o equilibrio ○ Trastornos del lenguaje (disfasia, afasia, disartria) ○ Defectos del campo visual

Caso 3: Ana

La señora María llegó al Centro de Salud con su bebé llamada Ana, de cuatro meses de edad. La señora dijo que ella estaba cambiándole el pañal a la niña en la casa

ANEXO I: DROGAS ANTIEPILEPTICAS

La epilepsia requiere un tratamiento prolongado que debe comenzar con UNA sola droga. La droga de elección en la EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA es el ácido valproico. La droga de elección en la EPILEPSIA CON CRISIS GENERALIZADAS O PARCIALES es la carbamazepina. Luego de comenzar el tratamiento, se espera un control de la crisis en la mitad de los pacientes. La asociación de drogas -en general dos- puede ser útil en el 20% de los pacientes restantes. Si el paciente no responde al tratamiento se debe revisar la dosis, el cumplimiento del tratamiento y el diagnóstico.

Luego de elegir la droga, se debe iniciar con una dosis baja e ir la aumentando paulatinamente, a fin de evitar los efectos colaterales.

Aunque las drogas antiepilépticas (DAE) pueden causar efectos colaterales, hay que recordar que NUNCA se deben suspender en forma abrupta, excepto en los casos de alergias severas.

Drogas Antiepilépticas:

Existen muchas drogas que pueden utilizarse en epilepsia. Se recomienda carbamazepina y ácido valproico. Si estas no están disponibles o no son bien toleradas por el paciente, se debe considerar otras drogas de primera línea.

Carbamazepina (CBZ)

La carbamazepina debe administrarse dos veces al día: después del desayuno y antes de acostarse. Para conseguir niveles séricos estables, son necesarias 4 semanas de tratamiento. Se comienza con una dosis baja, y si las crisis continúan durante estas cuatro semanas, esto permite concluir -en la primera visita de seguimiento- que puede estar relacionado con la dosis; en tal caso, se debe incrementar la dosis, progresivamente, añadiéndola una tableta cada 3 semanas, hasta conseguir el control de las crisis, o hasta que se presenten efectos colaterales, o hasta que se llegue a la dosis máxima. Es importante recordar a la familia que no interrumpa el tratamiento. Si es necesario suspender la medicación, que se lo haga en forma paulatina, disminuyendo 100mg/día (media tableta) cada 2 semanas, excepto en los casos de efectos colaterales graves.

Ácido Valproico (VAL)

Se utilizan tabletas de 250mg, que deben administrarse dos veces al día: después del desayuno y antes de acostarse. Se necesitan 3 semanas de tratamiento para conseguir niveles séricos estables. El mejor régimen es comenzar con una dosis baja y aumentarla paulatinamente. Si las crisis persisten durante las 3 semanas, esto puede estar relacionado con la dosis, por lo que se la debe aumentar, en forma progresiva, añadiéndola una tableta cada 3 semanas, hasta conseguir el control de las crisis, o hasta que se presenten efectos colaterales, o hasta que se llegue a la dosis máxima. Si es necesario, la medicación debe interrumpirse paulatinamente, disminuyendo 125mg (media tableta) por semana.

Fenitoína (PHT)

Se administran cápsulas de 100mg o jarabe (4ml=100mg), una vez al día, antes de dormir. Para obtener niveles séricos estables, se necesita 4 semanas de tratamiento. Si las crisis continúan durante este período, esto puede estar relacionado con la dosis. Si las crisis persisten luego de este período, se debe aumentar la dosis, en forma progresiva, añadiéndola 50mg cada 3 semanas, hasta conseguir el control de las crisis, o hasta que se presenten efectos colaterales, o hasta que se llegue a la dosis máxima. Si es necesario, la medicación debe interrumpirse poco a poco, disminuyendo 50mg/día (2cc de jarabe) durante 2 semanas.

Fenobarbital (PB)

Se administran tabletas de 100mg., una vez al día, antes de acostarse. Para obtener niveles séricos estables se necesita 3 semanas de tratamiento. Si las crisis continúan durante este período, esto puede estar relacionado con la dosis. Si las crisis persisten luego de este período, se debe aumentar la dosis, en forma progresiva, añadiéndola media tableta cada 3 semanas, hasta conseguir el control de las crisis, o hasta que se presenten efectos colaterales, o hasta alcanzar la dosis máxima. Si es necesario, la medicación debe interrumpirse poco a poco, disminuyendo 25mg (media tableta) por mes.

Cómo prescribir drogas antiepilépticas a niños:

Se recomienda el siguiente esquema para niños (de hasta 40 kilos) que toman medicación oral:

1. Crisis focales con o sin crisis generalizadas tónico-clónicas:

Droga de elección: carbamazepina, seguida por Fenitoína, en niños, y ácido valproico, en niñas, en caso de que continúen las crisis. Para iniciar el tratamiento, se calcula la mínima dosis de carbamazepina: 10mg/Kg./día; al comienzo se administra, por la noche, aproximadamente la mitad de la dosis, durante una semana; luego, se prescribe la dosis total calculada 2 veces al día (preferentemente en la mañana y noche). Esta dosis se debe mantener durante 4 semanas. Si el niño continúa con crisis, se debe aumentar la dosis, progresivamente, (3 mg/Kg./día) cada 2 semanas, hasta obtener el control de las crisis, o se presenten efectos colaterales, o llegue a la dosis máxima (25mg/Kg./día).

Para niños

Para iniciar el tratamiento, se calcula la dosis mínima de fenitoína (5mg/Kg./día). Al comienzo se administra aproximadamente la mitad de la dosis, por la noche, durante una semana; luego, se prescribe la dosis total calculada 2 veces al día (preferentemente en la mañana y la noche). Se debe mantener esta dosis durante 4 semanas. Si el niño continúa con crisis, se debe aumentar la dosis, progresivamente, (1mg/Kg./día) cada 2 semanas, hasta obtener el control de las crisis, o se presenten efectos colaterales, o se llegue a la dosis máxima (10mg/Kg./día). Si el niño continúa con crisis se debe enviarlo a un especialista.

Para niñas

Para iniciar el tratamiento, se calcula la mínima dosis de ácido valproico (15mg/Kg./día). Las concentraciones de valcote ® y valpakine ® son diferentes: en valcote 5ml equivalen a 250mg; en valpakine 1ml equivale a 200mg. Se comienza el tratamiento con la mitad de la dosis que debe administrarse por la noche durante una

semana; luego de esto, se prescribe la mitad de la dosis, 2 veces al día, durante una semana más. Esta dosis debe mantenerse durante 4 semanas. Si el niño continúa con crisis, se aumenta la dosis, en forma progresiva, (7mg/Kg./día) cada 2 semanas, hasta obtener el control de la crisis, o se presenten efectos colaterales, o se llegue a la dosis máxima (60mg/Kg./día). Si las crisis persisten debe tratar al niño un especialista.

2. Crisis generalizadas (en particular ausencias o mioclonías):

Se prescribe ácido valproico, como se indicó más arriba. Si no se dispone de ácido valproico, se recomienda carbamazepina y fenitoína, siguiendo las mismas instrucciones de arriba.

ANEXO II: DETECCIÓN Y CONTROL DE LA EPILEPSIA INFANTIL

PEGAR HOJA DE REGISTRO

ANEXO III: FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE LA EPILEPSIA INFANTIL

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL	
Nombre _____	Edad _____
¿Qué problema tiene el niño? _____	
Antecedente de importancia: _____	
Primera consulta? _____	Control? _____
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? _____ ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? _____ ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? _____ ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No ___ 	<p style="text-align: right;">CLASIFICAR</p> <p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la consciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral(hemiparesia, monoparesia, déficit de un(os) par(es) craneales ○ Asimetría física ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado de conciencia o mental ○ Trastorno de la coordinación, marcha o equilibrio ○ Trastornos del lenguaje (disfasia, afasia, disartria) ○ Defectos del campo visual

BIBLIOGRAFIA:

1. Chadwick D. Epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*:57, 264-277, 1994
2. Gracia F, Loo de Loa S, Castilhos L, Larreategui M, Archbold C, Brenes M M, Reeves W C. Epidemiology of epilepsy in Guaymi Indians from Bocas del Toro Province, Republic of Panama. *Epilepsia*: 31, 718-123, 1990
3. Meinardi H, Scott R A, Reis R, Sander JW. ILAE Commission on the Development World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia*, 42: 136-149, 2001
4. Sander J W, Shorvon S D. The epidemiology of epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 61: 439-440, 1996
5. WHO Neuroscience Research Protocol for studying the prevalence of neurological disorders in developing countries, developed in collaboration with the Neuroepidemiology Branch of the National Institute for Neurological Disorders and Stroke (NINDS/NIH).
6. Proposal for revised clinical and electrographic classification of epileptic seizures. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. *The Treatment of Epilepsy, Principles and Practice.*, Editor Elaine Wyllie, 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins: 291-297, 2001.
7. Bertolote, J.M: Epilepsy as a public health problem. Role of the World Health Organisation and of the co-operation between WHO and non-governmental organisation. *Tropical and Geographical Medicine*, 46 (3): supl S28-S30
8. Noronha, AL; Guerreiro, C.M; Guerreiro, M..M; Sakamoto, A; Velasco, T; Silvado, C; Albuquerque, M; Sander, L & Mim L L: Guia de prescrição de Droga Antiepiléptica na Rede Primária de Saúde (www.aspebrasil.org)-
9. Chadwick D. Epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*:57, 264-277, 1994
10. Gracia F, Loo de Loa S, Castilhos L, Larreategui M, Archbold C, Brenes M M, Reeves W C. Epidemiology of epilepsy in Guaymi Indians from Bocas del Toro Province, Republic of Panama. *Epilepsia*: 31, 718-123, 1990
11. Meinardi H, Scott R A, Reis R, Sander JW. ILAE Commission on the Development World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. *Epilepsia*, 42: 136-149, 2001
12. Sander J W, Shorvon S D. The epidemiology of epilepsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 61: 439-440, 1996
13. WHO Neuroscience Research Protocol for studying the prevalence of neurological disorders in developing countries, developed in collaboration with the Neuroepidemiology Branch of the National Institute for Neurological Disorders and Stroke (NINDS/NIH).
14. Proposal for revised clinical and electrographic classification of epileptic seizures. Commission on classification and terminology of the International League Against Epilepsy. *The Treatment of Epilepsy, Principles and Practice.*, Editor Elaine Wyllie, 3rd ed. Lippincott Williams and Wilkins: 291-297, 2001.
15. Bertolote, J.M: Epilepsy as a public health problem. Role of the World Health Organisation and of the co-operation between WHO and non-governmental organisation. *Tropical and Geographical Medicine*, 46 (3): supl S28-S30
16. Noronha, AL; Guerreiro, C.M; Guerreiro, M..M; Sakamoto, A; Velasco, T; Silvado, C; Albuquerque, M; Sander, L & Mim L L: Guia de prescrição de Droga Antiepiléptica na Rede Primária de Saúde (www.aspebrasil.org)-

GUÍA DEL FACILITADOR

1. INTRODUCCIÓN

¿Cuál es la diferencia entre este curso y otros cursos de capacitación?

No se dan conferencias para presentar el material de este curso. En cambio, cada participante recibe un juego de cuadernillo de instrucciones, llamados módulos, que contienen la información básica que van a aprender.

La finalidad de los módulos es ayudar a los participantes a adquirir aptitudes especiales que necesitan para reconocer y tratar los casos de los niños(as) enfermos. Los participantes aprenden estas habilidades a medida que leen los módulos, observan demostraciones en vivo y filmadas, y practican las aptitudes haciendo ejercicios escritos, con vídeos u orales, discuten en grupo y representan dramatizaciones.

Después de ejercitar las aptitudes en los módulos, los participantes las practican en un entorno clínico real, con supervisión, para garantizar que el paciente reciba la atención debida.

¿Qué es un FACILITADOR?

Un **facilitador** es una persona que ayuda a los participantes a aprender las aptitudes que se presentan en el curso. El facilitador dedica mucho tiempo a las discusiones individuales o en grupo. Para que los facilitadores presten suficiente atención a cada participante, es aconsejable que haya un facilitador por cada 6 participantes. Al haber asignado la tarea de enseñar este curso, se considera que USTED es un facilitador.

Como **facilitador**, necesita estar muy familiarizado con el material que está enseñando. Su trabajo consiste en dar explicaciones, realizar demostraciones, contestar preguntas, hablar con los participantes acerca de sus respuestas a los ejercicios, dirigir dramatizaciones y discusiones de grupo, organizar y supervisar la práctica clínica en servicios de consulta externa y, en general, dar a los participantes toda la ayuda necesaria para que terminen el curso satisfactoriamente.

Como facilitador, usted hace tres cosas básicas:

1. Usted **ENSEÑA**

- **Cerciórese** de que cada uno de los participantes entienda cómo trabajar con el material completo y lo que se le pide que haga en cada módulo y en cada ejercicio.
- **Conteste** las preguntas del participante cuando surjan.
- **Explíquelo** al participante la información que le parezca confusa y ayúdelo a comprender el objetivo principal de cada ejercicio.

- **Dirija** las actividades que se realicen en grupos, tales como las discusiones, los ejercicios orales, los ejercicios con videos y las dramatizaciones, y cerciórese de que se cumplan los objetivos del aprendizaje.
- **Evalúe** oportunamente el trabajo de cada participante y déle las respuestas correctas.
- **Analice** con el participante cómo obtuvo sus respuestas, lo cual le ayudará a determinar cualquier debilidad en sus aptitudes o comprensión.
- **Proporcione** explicaciones o prácticas adicionales para mejorar las aptitudes y la comprensión.
- **Ayude** al participante a comprender cómo aplicar las aptitudes que aprendió en el curso en su propio servicio de salud.
- **Explique** lo que hay que hacer en cada sesión práctica clínica.
- **Demuestre** las aptitudes clínicas debidas, incluida la comunicación, durante las sesiones de práctica clínica.
- **De orientación** y haga comentarios cuando sea preciso durante las sesiones de práctica clínica.

2. Usted **MOTIVA**

- **Elogie** al participante cuando sus respuestas sean correctas, y cuando mejore o avance.
- **Cerciórese** de que no haya grandes obstáculos al aprendizaje (ej. Demasiado ruido o falta de iluminación)

3. Usted **ADMINISTRA**

- **Haga planes** con antelación y obtenga todos los suministros que necesite a diario, para que estén en el aula o se tomen del servicio de salud, cuando se necesiten.
- **Cerciórese** de que los desplazamientos del aula al servicio de salud y de regreso sean eficientes.
- **Supervise** el progreso de cada participante.

¿Cómo se hacen estas cosas?

- **Demuestre entusiasmo** por los temas que se tratan en el curso y el trabajo que están haciendo los participantes.
- **Preste atención** a las preguntas y necesidades de cada participante. Anime a los participantes a que se acerquen a hacer preguntas o comentarios. Esté disponible durante las horas programadas.

- Observe a los participantes mientras trabajan y ofréczales ayuda individual si ve que parecen tener problemas, están mirando al vacío, no están escribiendo las respuestas o no voltean las páginas. Estos son signos de que el participante necesita ayuda.
- Promueva una relación amistosa y de colaboración. Responda positivamente a las preguntas (diciendo, por ejemplo: “sí, ya entiendo lo que quiere decir” o esa es una buena pregunta”). Escuche las preguntas y trate de resolver las dudas del participante, en lugar de darle rápidamente la respuesta “correcta”.
- Siempre tómese el tiempo suficiente con cada participante para contestar sus preguntas completamente (es decir, para que tanto usted como el participante estén satisfechos).

¿Qué es lo que NO hay que hacer?

- Durante las horas programadas para las actividades del curso, no trabaje en otros proyectos ni discuta asuntos que no estén relacionados con el curso.
- En las discusiones con los participantes, evite usar expresiones faciales o hacer comentarios que puedan avergonzar a los participantes.
- No invite a los participantes a intervenir uno por uno como en una clase tradicional, que produce un silencio incómodo cuando el participante no sabe la respuesta. Mejor haga preguntas durante las retroalimentaciones, individualmente o en grupo.
- No dé clases sobre la información que los participantes van a leer. Dé sólo las explicaciones de introducción que se sugieren en esta guía. Si les da demasiada información demasiado rápido, los participantes podrían confundirse. Deje que ellos mismos lean la información en los módulos.
- No repase los textos párrafo por párrafo (esto es aburrido y da a entender que los participantes no saben leer solos). Repase la información sobresaliente de los textos cuando sea necesario durante la retroalimentación individual o las discusiones de grupo.
- Evite ser demasiado dramático y exagerado. El entusiasmo es fantástico (y mantiene despiertos a los participantes), pero es más importante que aprendan. Continúe observando para estar seguro de que los participantes comprenden el material. Los puntos difíciles quizás lo obliguen a ir más despacio y a prestar más atención durante el trabajo individual.
- No sea condescendiente. En otras palabras, no trate a los participantes como si fueran niños. Son adultos.
- No hable demasiado. Aliente a los participantes a hablar.
- No sea tímido ni se ponga nervioso o se preocupe por lo que va a decir. Esta guía le ayudará a recordar lo que tiene que decir. Nada más, úsela.

Para prepararse para cada módulo deberá:

Leer el módulo y resolver los ejercicios

Leer en esta guía, toda la información proporcionada sobre el módulo

Planear exactamente cómo se va a trabajar en el módulo y qué es lo más importante que debe señalar

Obtener todos los suministros necesarios para los ejercicios del módulo, y prepararse para cualquier demostración o dramatización

Pensar qué secciones podrían ser difíciles para los participantes y qué preguntas podría hacer

Planear cómo ayudarles con las secciones difíciles y cómo contestar las preguntas difíciles

Pensar en las aptitudes que se enseñan en el módulo y cómo pueden aplicarlas los participantes en su propio servicio de salud.

Hacer preguntas a los participantes que los estimulen a pensar cómo usar las aptitudes en sus servicios de salud. Cuando corresponde, se sugieren preguntas en esta guía.

TÉCNICAS PARA MOTIVAR A LOS PARTICIPANTES

1. Fomente la interacción

Observe atentamente el trabajo de cada participante. Verifique si los participantes tienen algún problema, incluso cuando no piden ayuda. Si demuestra interés y presta toda su atención a cada uno de los participantes, se sentirán más obligados a hacer el trabajo. Además, si los participantes saben que alguien está interesado en lo que están haciendo, tenderán más a pedir ayuda cuando la necesiten.

2. Mantenga a los participantes activos en las discusiones

Hágales preguntas con frecuencia para verificar su comprensión y para que piensen y participen activamente. Las preguntas que empiezan con “qué”, “por qué” o “cómo” requieren respuestas con más de unas pocas palabras. Evite las preguntas que puedan contestarse solo con un “sí” o un “no”.

Después de hacer una pregunta, haga una PAUSA. Dé a los participantes tiempo para pensar y responderla voluntariamente. Un error común es hacer la pregunta y contestarla uno mismo. Si nadie contesta su pregunta, exprésela de distinta manera para ayudar a romper la tensión del silencio. Pero no haga esto reiteradamente. *Un poco de silencio siempre es productivo.*

Reciba las respuestas de todos los participantes con un comentario, dando las gracias o inclinando la cabeza en señal de aprobación. Esto contribuirá a que los participantes se sientan valorados y estimulará la participación. Si cree que un participante no ha comprendido bien el sentido de algo, pida una aclaración, o pregunte si otro participante tiene alguna sugerencia. Si un participante tiene la impresión de que su

comentario se pone en ridículo o se ignora, tal vez se aleje por completo de la discusión o no hable nunca más voluntariamente.

3. Resuelva los problemas que se presentan

Algunos participantes pueden hablar demasiado. He aquí algunas sugerencias sobre la manera de controlar a un participante demasiado conversador:

Después de hacer una pregunta, no llame primero a esta persona.

Después de que un participante haya hablado por un tiempo, dígame: *Usted ya tuvo oportunidad de expresar sus opiniones. Vamos a oír qué tienen que decir los demás participantes sobre esta cuestión*". Luego haga la pregunta con otras palabras e invite a responder a otros participantes, o llame a algún otro inmediatamente diciendo: *"Dr. Ruiz, usted levantó la mano hace unos minutos"*.

4. Mientras los participantes están trabajando

Esté disponible, interesado y listo para ayudar.

Observe a los participantes mientras trabajan y ofrezca ayuda individual si ve que uno de ellos parece preocupado, tiene la mirada perdida en el vacío, no escribe las respuestas o no vuelve las páginas.

Incite a los participantes a hacerle preguntas siempre que deseen recibir ayuda.

Si surgen cuestiones o preguntas importantes que usted cree que no puede contestar adecuadamente, obtenga asistencia a la brevedad posible de otro facilitador o del director del curso.

Revise las cuestiones de esta Guía del facilitador a fin de estar preparado para discutir el ejercicio siguiente con los participantes.

CÓMO FACILITAR OTRAS ACTIVIDADES

1. Cuando se suministra retroalimentación individual

Antes de suministrar retroalimentación individual, consulte las notas pertinentes en esta guía para recordar los puntos principales que debe tocar.

Compare las respuestas del participante con la hoja de respuestas provista. Si la hoja de respuestas se denomina "Respuestas posibles", las respuestas del participante no necesitan coincidir exactamente, pero deben ser razonables. Si se suministran respuestas exactas, cerciórese de que las respuestas del participante coinciden con ellas.

Si la respuesta del participante a cualquier ejercicio es incorrecta o irracional, haga preguntas al participante para determinar por qué cometió el error. El error puede deberse a muchas razones. Por ejemplo, el participante tal vez no entiende la pregunta, no comprende ciertos términos utilizados en el ejercicio, aplica procedimientos diferentes en los servicios de salud donde trabaja, ha pasado por alto

alguna información sobre un caso, o no entiende un proceso básico que se está enseñando.

Una vez que haya determinado la razón o razones por las cuales se cometió el error, ayude al participante a corregir el problema. Por ejemplo, tal vez lo único que tiene que hacer usted es aclarar las instrucciones. Por otra parte, si el participante tiene dificultad para entender el proceso mismo, usted podría tratar de presentar el ejemplo de un caso determinado para mostrarle paso a paso cómo se utilizan para este caso los cuadros de atención de casos. Después que el participante comprende el proceso que le resultaba difícil, pídale que haga otra vez el ejercicio o parte del ejercicio.

Resuma, o pida al participante que resuma lo que hizo en el ejercicio y por qué. Insista en que es sumamente importante aprender y recordar el proceso demostrado en el ejercicio. Entregue al participante una copia de la hoja con las respuestas que se haya provisto.

2. Cuando se dirige una discusión de grupo

Haga los planes para realizar la discusión de grupo en el momento en que esté seguro de que todos los participantes habrán finalizado el trabajo precedente. Espere a anunciar el momento hasta que la mayoría de los participantes estén listos a fin de que los otros no se apresuren.

Antes de iniciar la discusión, consulte las notas pertinentes de esta guía para recordar el propósito de las discusiones y las cuestiones importantes por abordar.

Siempre comience por decir a los participantes el propósito de la discusión.

Generalmente no hay una única respuesta correcta. Simplemente esté seguro de que las conclusiones del grupo son razonables y de que todos los participantes entienden cómo se llegó a las conclusiones.

Trate de que la mayoría de los integrantes del grupo intervengan en la discusión. Anote las ideas importantes en un rotafolio a medida que se ofrezcan. Mantenga su participación a un mínimo, pero formule preguntas para que la discusión se mantenga dinámica y encarrilada.

Resuma siempre, o pida a un participante que resuma lo discutido en el ejercicio. Entregue a los participantes una copia de la hoja de respuestas que se haya provisto.

Respalde a los participantes que se hayan esforzado en el trabajo (por ejemplo):

Elogiándolos por la lista que hayan compilado.

Haciendo un comentario sobre su comprensión del ejercicio.

Haciendo algún comentario sobre las sugerencias imaginativas o valiosas para aplicar las técnicas en el empleo.

Elogiándolos por su capacidad para trabajar juntos como un grupo.

II. DIRECTRICES DEL FACILITADOR DEL TALLER: EPILEPSIA INFANTIL

1. INTRODUCCIÓN DEL TALLER

Procedimientos

Preséntese y pida a los participantes que se presenten

Los participantes dicen donde trabajan y brevemente, sus responsabilidades en la atención de los niños enfermos

Realice las tareas administrativas necesarias

Explique su función como facilitador

Distribuya y haga la introducción del módulo. Los participantes leen el módulo.

Resuma el módulo y responda a las preguntas

Ejercicio

2. HAGA LA INTRODUCCIÓN DEL MÓDULO

Distribuya el módulo.

Explique que el presente curso se enfoca, principalmente en la detección de casos de epilepsia infantil, recuerde como durante años los programas se han encargado de detectar y tratar enfermedades y problemas agudos, sin enfrentar el problema del niño con problemas crónicos no infecciosos. Este módulo muestra la importancia que tiene este problema y la necesidad de iniciar un tratamiento adecuado en el primer nivel y de hacer un seguimiento estricto, ya que muchos de estos niños tienen gran dificultad de acceder a consulta de neurólogo o neoropediatra, por esto, debe iniciar su manejo en primer nivel y remitir lo indispensable. .

Explique que en este módulo los participantes aprenderán a conocer el proceso de atención integrada. Dígalos que siguiendo el proceso que se muestra en las tablas los participantes podrán:

Conocer la situación actual del problema de la epilepsia en la Región de las Américas

Conocer la relación del componente de epilepsia infantil, dentro de la estrategia de Atención Integrada de la Niñez
Comprender el proceso de atención de casos
Aprender el proceso adecuado para utilizar los Cuadros de Procedimientos y el Formulario de Registro

Explíqueles que aprenderán cada parte de las tablas a medida que vayan trabajando durante el curso, hasta terminar los módulos. Déles confianza explicándoles que no tienen que aprenderse y entender todos los pasos de la tabla inmediatamente. Cada parte representa un paso en el proceso que se les enseñará en el módulo y durante las sesiones de práctica clínica.

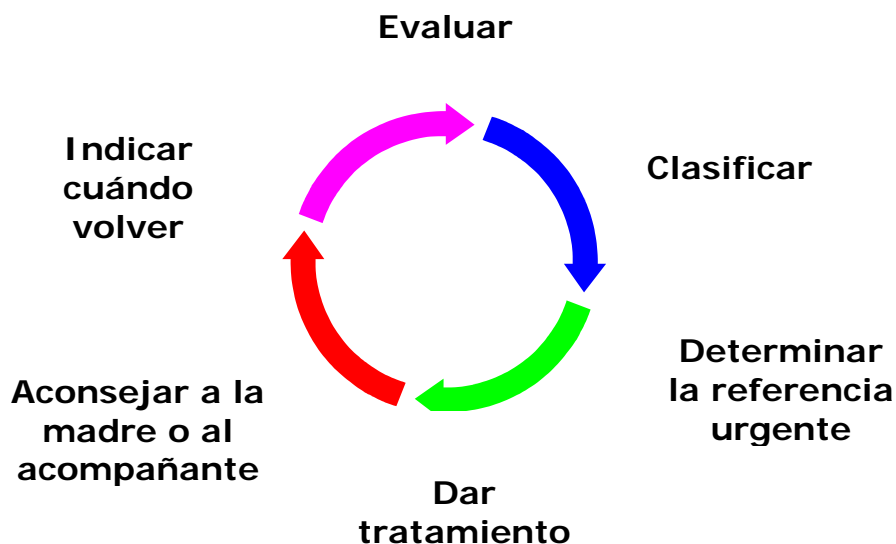
3. CAPITULO: INTRODUCCIÓN

Explique: que en esta actividad se discutirá la importancia de realizar acciones que se orienten a detectar niños con epilepsia, se encuentra una definición de términos que ayudará a estandarizar conceptos y el lenguaje en que se describen las crisis..

Pida a los participantes que lean la introducción del Manual AIEPI: Epilepsia Infantil y luego, realice una discusión grupal para resolver dudas.

4. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE CASOS

Dibuje en el rotafolio el diagrama del **proceso de atención de casos** para una mejor explicación, recuerde que es el mismo proceso utilizado en todos los módulos de AIEPI.



Explique que los Cuadros de Procedimientos, tienen una secuencia lógica que se inicia desde cómo evaluar, luego clasificar, seguido de cómo manejar la referencia

urgente, determinar y dar tratamiento, aconsejar a la madre e indicar cuándo volver a una consulta.

De esta manera se logra una atención integrada y ayuda a no olvidarse de alguna intervención inmediata, de alguna vacuna o alguna recomendación especial para la madre.

5. PRESENTACIÓN DE LOS MATERIALES DE APOYO

Los Cuadros de Procedimientos

Explique que la estrategia AIEPI, como ustedes ya conocen, considera entre sus principales materiales de apoyo, a los *Cuadros de Procedimientos*. Para el componente de Epilepsia Infantil también se han elaborado cuadros de procedimientos que son específicos para la detección y clasificación de este problema, de manera que estos cuadros de procedimientos son complementarios.

(Distribuya un ejemplar de los *Cuadros de Procedimientos* a cada participante)

Los *Cuadros de Procedimientos* contienen todos los temas que serán desarrollados durante el curso, además los algoritmos para la toma de decisiones.

Muestre los algoritmos correspondientes al primer tema: Evaluar y Clasificar la Epilepsia Infantil

A la izquierda se encuentran los signos que deben ser identificados, en base a los cuales se realizará la clasificación y luego se decidirá un tratamiento.

Recuerde que las clasificaciones se encuentran en filas de 3 colores (rojo, amarillo y verde), según la gravedad y el riesgo de muerte. Rojo implica mayor gravedad y riesgo de muerte, las clasificaciones en la fila amarilla indica "alerta" o sea que se puede realizar el manejo en el servicio de salud, pero es necesario un seguimiento estrecho. Verde implica bajo riesgo y generalmente el manejo está basado fundamentalmente en la consejería.

Todas las indicaciones de tratamiento y seguimiento se encuentran explicadas en recuadros (muestre uno)

Además los *Cuadros de Procedimientos* contienen los medicamentos recomendados y sus dosis.

Nota: *Los Cuadros de Procedimientos deben ser consultados permanentemente durante la atención, por lo tanto deben estar en un lugar fácilmente accesible.*

(De unos 5 minutos para que los participantes revisen y se familiaricen con los materiales)

La Hoja de Registros

Explique que para la evaluación y clasificación se ha elaborado una *Hoja de Registro* la cual es complementaria con las hojas de registro que se manejan en la Estrategia.

(Muestre y distribuya un ejemplar a cada participante o pídale que la vean en el anexo)

La *Hoja de Registro* guarda relación con los Cuadros de Procedimientos. Al inicio las Hojas de Registro tienen un encabezado, el cual debe ser llenado correctamente.

Contienen los signos que deben ser evaluados; los signos presentes deben encerrarse en círculos y algunos requieren que se ponga una marca (✓) al lado de la palabra Si o No. En la columna de la derecha existe un espacio para realizar la clasificación. En el reverso de la hoja deben anotarse las indicaciones de tratamiento y cuándo volver.

Nota: La Hoja de Registro sirve para sistematizar (ordenar) y garantizar la calidad de una atención integral. No reemplaza los formularios del Sistema Nacional de Información, los cuales deben ser llenados según las instrucciones correspondientes.

7. CAPÍTULO 2: EVALUAR Y CLASIFICAR LA EPILEPSIA INFANTIL

Objetivos de Aprendizaje:

Al finalizar la sesión todos los participantes serán capaces de:

Interrogar adecuadamente a un niño con episodios convulsivos o similares.

Definir cuáles de esos episodios son convulsiones y cuáles no.

Poder diferenciar las crisis epilépticas según su presentación, conocer cuáles son parciales, cuáles generalizadas, cuáles ausencias, cuáles tónico-clónicas, etc.

Podrá clasificar la gravedad de los cuadros neurológicos que se acompañan de convulsión y podrá definir cuáles son una emergencia, una urgencia y cuáles necesitan manejo pero la remisión podrá hacerse diferida a consulta externa.

Pida a los participantes que lean el capítulo 2: EVALUAR Y CLASIFICAR LA EPILEPSIA INFANTIL

Luego, realice una discusión grupal para resolver dudas.

Reparta un formulario de registro a cada participante y pida que en forma individual lo estudien para correlacionarlo con lo leído.

Explique que más adelante realizarán ejercicios para practicar la utilización del mismo.

8. CAPÍTULO 3: TRATAR AL NIÑO CON EPILEPSIA INFANTIL

Objetivos de Aprendizaje:

Al finalizar la sesión todos los participantes serán capaces de:

Iniciar manejo adecuado en una emergencia neurológica convulsiva.

Iniciar manejo adecuado dependiendo de la clasificación de la convulsión

Según la clasificación definir la urgencia o emergencia de una remisión

Conocer los medicamentos de uso común para el tratamiento de la epilepsia, sus dosis, como iniciar y como ajustar estas dosis, sus efectos secundarios, el seguimiento que requieren estos medicamentos, etc.

Pida a los participantes que lean el capítulo 3: TRATAR AL NIÑO CON EPILEPSIA INFANTIL

Luego, realice una discusión grupal para resolver dudas.

9. CAPÍTULO 4: CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Objetivos de Aprendizaje:

Al finalizar la sesión todos los participantes serán capaces de:

Conocer los planes de manejo del niño con epilepsia, poder ofrecer una conducta adecuada dependiendo de la clasificación.

Dar algunas recomendaciones de cuidados y los tópicos importantes a manejar en el niño epiléptico.

Conocer cuando debe remitirse un niño epiléptico

Hacer el seguimiento de estos niños. En los problemas crónicos como la epilepsia uno de los problemas más grandes es lograr un tratamiento crónico adecuado y los controles que se requieren para poder seguir al paciente, ajustar medicación y evitar efectos secundarios. Este capítulo enseña exactamente que se debe seguir en estas consultas, que se espera lograr y que se quiere evitar y cuando el paciente se sale del control y tratamiento del primer nivel y es indispensable conseguirle una consulta con neuropediatría, independiente de distancia y problemas de acceso.

Pida a los participantes que lean el capítulo 4: CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Luego, realice una discusión grupal para resolver dudas y reparta hojas de registro para la realización de los ejercicios.

10. EJERCICIOS

- Pida a los participantes que desarrollen el ejercicio
- Los ejercicios deben desarrollarse individualmente
- Cada participante debe llenarlo por completo
- Cerciórese que cada participante utilice el cuadro de procedimientos durante el desarrollo de los ejercicios.
- Pida a los participantes que avisen a los facilitadores cuando terminen el desarrollo de los ejercicios.
- Revise los ejercicios de cada participante en forma individual, corrija y discuta los errores encontrados, de razones para modificar alguna clasificación, muestre como utilizando el cuadro de procedimientos las clasificaciones siempre son acertadas.
- Recuerde que el participante debe quedar convencido de la respuesta correcta.
- Recuerde que en la práctica diaria son ejercicios de evaluar, clasificar y tratar lo que harán los participantes, y lo que ayudará a mejorar las prácticas durante la consulta, por lo tanto asigne el tiempo necesario para el desarrollo de los ejercicios, no los resuma, ni los acorte, ni los omita.

A continuación se encuentran los ejercicios con las respuestas sugeridas:

Caso 1: María

María es una niña de seis años, que llegó al Centro de Salud con su madre. La madre expresa que está preocupada porque María es muy distraída y varias veces no le presta atención. Ella nota que la niña está con la mirada perdida, como si estuviera viendo fantasmas, y cuando la llama parece como si la niña se despertara de un sueño. Al comienzo, la madre no le prestó atención a su hija; pero como estos episodios se habían vuelto más frecuentes en los últimos tres meses, decidió ver a un doctor. El profesional de salud notó que María estaba consciente y prestando atención a su madre en ese momento; entonces, utilizando el diagrama de procedimientos, le preguntó a la madre si la niña había tenido crisis. O breves episodios de pérdida de conocimiento, o sacudidas incontroladas de brazos y piernas, o parecía estar desconectada de la realidad e incapaz de responder, durante los últimos 12 meses. La madre de María dijo que no estaba segura. Todo sucede muy rápidamente; cuando se le preguntó si María estaba inconsciente durante el episodio o era incapaz de responder, su madre contestó que era difícil de decir. Los episodios duran sólo pocos segundos y María vuelve a su actividad normal sin notar nada raro. Algunas veces, María se cae de su bicicleta, sin darse cuenta, o no recuerda por qué. Ella nunca sabe cuándo esto le sucederá, pero está perfectamente normal luego que ella "regresa". Estos episodios han sucedido casi todos los días durante los últimos tres meses. Según su madre, la niña permanece con la mirada desorbitada o fija, y algunas veces parpadea. La primera persona que se quejó de la falta de atención de la niña fue su profesora, quien dijo que María no pronunciaba algunas palabras durante la prueba de lectura, así como tampoco escuchaba ni prestaba atención a las palabras de la profesora. Desde entonces, los padres comenzaron a notar que algo estaba mal con ella. El profesional de salud preguntó acerca de algunos problemas neurológicos tales como meningitis, trauma de cráneo o anoxia, recientemente o en el pasado. La madre de María dijo que su hija es perfectamente normal, a excepción de estos episodios de "soñar despiertos".

Durante el examen físico, el profesional de salud observó que no había signos de problemas neurológicos focales agudos y progresivos y que no había debilidad unilateral ni signos de debilidad asimétrica. Entonces, el profesional de salud, para provocar hiperventilación, le pidió a María que pusiera su mano cerrada alrededor de su boca y soplara varias veces, en forma rápida y repetitiva. El profesional iba a detener la actividad solicitada a la niña al cabo de tres minutos; pero, luego de dos minutos, María se detuvo. El profesional de salud notó que María estaba con la mirada fija y parpadeando.

Ahora conteste estas preguntas:

- ¿Cuáles son los signos de enfermedad que el profesional de salud identificó durante su valoración?

EPISODIOS DE MIRADA FIJA DE POCOS SEGUNDOS, EPISODIOS EN QUE SE DESCONECTA DE SEGUNDOS

- ¿Hay alguna otra pregunta o algo más que examinar para tener toda la información necesaria para clasificar a la niña?

SI PRESENTA AUTOMATISMOS

- ¿Cómo clasificaría el profesional de salud a María de acuerdo con sus hallazgos?

EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA

- ¿Qué tratamiento y recomendaciones dará el profesional de salud a la madre de María?
 - ⇒ Administrar ácido valproico
 - ⇒ Indicar a la madre efectos colaterales de la medicación
 - ⇒ Control en 14 días
 - ⇒ Signos de alarma para regresar de inmediato

Utilice el formulario de registro para evaluar y clasificar a María

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL	
Nombre <u>MARIA</u> Edad <u>6A</u> Peso: _____	
¿Qué problema tiene el niño? <u>tiene episodios de desconecte soñar despierta</u>	
Antecedente de importancia: <u>no</u>	
Primera consulta? <input checked="" type="checkbox"/> Control? _____	
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder?</p> <p>Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? <u>múltiples</u> ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? <u>hoy</u> ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? <u>segundos</u> ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de atención durante el episodio? Si <input checked="" type="checkbox"/> No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No <input checked="" type="checkbox"/> 	<p>CLASIFICAR</p> <p>EPILEPSIA CON CRISIS DE AUSENCIA</p>
<p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ <input type="checkbox"/> Nivel de conciencia: <u>Conciente</u> Inconciente ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la conciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral ○ Asimetría física ○ Hemiparesia ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado mental ○ Trastorno de la coordinación ○ Trastornos del lenguaje ○ Defectos del campo visual 	

Caso 2: Marcos

Marcos es un niño de 10 años de edad que fue enviado al Centro de Salud por presentar crisis epilépticas. Estas crisis estaban caracterizadas por sacudidas en su brazo y pierna izquierdos que duraban un minuto aproximadamente, seguidas de contracciones musculares rítmicas bilaterales violentas y pérdida de conocimiento. Las crisis habían comenzado seis meses después de que él sufrió un serio accidente de tránsito: el vehículo en el cual él iba como pasajero se estrelló y, como consecuencia, Marcos presentó fractura de cráneo con lesión cerebral. La tomografía de cráneo

mostró un área de contusión en la superficie del lóbulo frontal derecho. Marcos estuvo inconsciente durante 8 días, con parálisis de sus miembros izquierdos; en los meses seguidos se recuperó lentamente, con la ayuda de fisioterapia. Cuando se iniciaron las crisis aún tenía dificultad para concentrarse y su pierna izquierda la movilizaba con ligera dificultad.

Ahora conteste estas preguntas:

- De acuerdo con el diagrama de procedimientos, ¿cómo debería el profesional de salud abordar al paciente y a su familia?

DEBE UTILIZAR EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS Y PREGUNTAR CADA UNA DE LOS INTERROGANTES PARA PODER CLASIFICAR DE FORMA ADECUADA LAS CRISIS Y DEFINIR EL TRATAMIENTO IDEAL.
CUANTOS EPISODIOS, CADA CUANTO

- ¿Cuáles son los signos de enfermedad que el profesional de salud identificó durante su evaluación?

TIENE EPISODIOS QUE SON FOCALES INICIALMENTE Y LUEGO GENERALIZAN CON PERDIDA DE CONCIENCIA APARENTEMENTE SIN AURA, HAY QUE PREGUNTAR ESPECÍFICAMENTE SI EL NIÑO SIENTE O SABE CUANDO LE VA A DAR LA CRISIS,

- ¿Hay alguna otra pregunta o algo más que evaluar para tener toda la información necesaria para clasificar al niño?

PRESENCIA DE AURA.
SI TODAS SON IGUALES O TIENE EPISODIOS DIFERENTES A ESTAS QUE SE DESCRIBEN

- ¿Cómo clasificaría el profesional de salud a Marcos de acuerdo con sus hallazgos?

EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES QUE SE GENERALIZAN es decir, epilepsia con crisis generalizadas

- ¿Qué tratamiento y recomendación dará el profesional de salud a la madre de Marcos?

- Administrar ÁCIDO VALPROICO
- Indicar a la madre efectos colaterales de la medicación
- Control en 14 días

➤ Signos de alarma para regresar de inmediato

Utilice el formulario que aparece a continuación para registrar la información de Marcos:

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL		
Nombre <u>MARCOS</u> Edad <u>10A</u> Peso: _____		
¿Qué problema tiene el niño? <u>TIENE EPILEPSIA</u>		
Antecedente de importancia: <u>TCE severo con hemiparesia posterior</u>		
Primera consulta? <input checked="" type="checkbox"/> Control? _____		
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? <u>?</u> ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? <u>?</u> ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? <u>1 MINUTO</u> ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si <input checked="" type="checkbox"/> No _____ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de atención durante el episodio? Si _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si <input checked="" type="checkbox"/> No _____ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si _____ No _____ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si <input checked="" type="checkbox"/> No _____ 		<p>CLASIFICAR</p> <p>EPILEPSIA CON CRISIS PARCIALES QUE SE GENERALIZAN</p>
<p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Inconciente ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la consciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral ○ Asimetría física ○ Hemiparesia ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado mental ○ Trastorno de la coordinación ○ Trastornos del lenguaje ○ Defectos del campo visual 		

Caso 3: Ana

La señora María llegó al Centro de Salud con su bebé llamada Ana, de cuatro meses de edad. La señora dijo que ella estaba cambiándole el pañal a la niña en la casa cuando notó que Ana se sacudía. Era la primera vez que ocurría eso. Ana es su primera hija y ella estaba muy asustada.

El profesional de salud tranquilizó a la señora y examinó a la niña, quien estaba quieta, pero atenta y no presentaba las sacudidas en ese momento. Su temperatura era 36.5°C y no había ningún signo patológico. La madre dijo que no sabía cuándo comenzó el episodio, pero que este terminó cuando estaba en camino al hospital. Durante el examen, la señora María observaba a su niña y se dio cuenta de que estaba bien y tranquila, pero se le informó que Ana necesita ser transferida a un hospital en forma urgente.

Ahora conteste estas preguntas:

- De acuerdo con diagrama de procedimientos, ¿necesita Ana ser transferida a un hospital? ¿Es urgente?

SI EL EXAMEN NO PRESENTA NINGÚN DÉFICIT, NECESITA CONSULTA CON ESPECIALISTA NO URGENTE

- ¿Cuáles son los signos de enfermedad que el profesional de salud identificó durante su evaluación?

NINGUNO, SOLO LA HISTORIA DE CRISIS DE CONVULSION

- ¿Existe alguna otra pregunta o algo más que evaluar a fin de tener toda la información necesaria para clasificar a la niña?

DEBEN INTERROGARSE ANTECEDENTES, PARTO, POSIBILIDAD DE SACUDIDAS, DEBE CONOCERSE TAMBIÉN ANTECEDENTES FAMILIARES, CONTROLES PREVIOS COMO VA, ETC

- ¿Cómo clasificaría el profesional de salud a Ana de acuerdo con sus hallazgos?

TRASTORNO NEUROLÓGICO SEVERO

- ¿Qué tipo de tratamiento y recomendaciones le dará el profesional de salud a la mamá de Ana?

SE REMITE PARA CONSULTA CON ESPECIALISTA

Utilice el formulario para registrar la información sobre Ana:

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL		
Nombre <u>ANA</u> Edad <u>4M</u> Peso: _____		
¿Qué problema tiene el niño? <u>TUVO MOVIMIENTOS COMO SACUDIDAS</u>		
Antecedente de importancia: <u>???</u>		
Primera consulta? <input checked="" type="checkbox"/> Control? _____		
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? <u>1</u> ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? <u>AHORA</u> ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? <u>MINUTOS</u> ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si <u>?</u> No _____ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de atención durante el episodio? Si <u>?</u> No _____ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si <input checked="" type="checkbox"/> No _____ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta algún sintoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si _____ No <input checked="" type="checkbox"/> ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si _____ No <input checked="" type="checkbox"/> 		<p>CLASIFICAR</p> <p>TRASTORNO NEUROLÓGICO SEVERO</p>
<p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: <u>Conciente</u> Inconciente ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la consciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral ○ Asimetría física ○ Hemiparesia ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado mental ○ Trastorno de la coordinación ○ Trastornos del lenguaje ○ Defectos del campo visual 		

Al finalizar el módulo haga un resumen de lo revisado durante este taller y discuta con los participantes su función en la detección y manejo del niño con epilepsia y como pueden ayudar a lograr que estos problemas se clasifiquen en forma adecuada y como deben iniciar el manejo adecuado dependiendo de la clasificación, y comenzar a educar padres y cuidadores sobre el seguimiento de estos niños. Iniciando esto, podremos tener cifras reales de cuanta epilepsia infantil tenemos y que tan importante es este problema para nuestros países.

12.6 HOJA DE REGISTRO

FORMULARIO DE REGISTRO PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE LA EPILEPSIA INFANTIL

FORMULARIO DE REGISTRO EPILEPSIA INFANTIL		
Nombre _____		Edad _____
¿Qué problema tiene el niño? _____		Peso: _____
Antecedente de importancia: _____		
Primera consulta? _____		Control? _____
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha presentado crisis convulsivas, breves episodios de pérdida de conocimiento, sacudidas involuntarias de brazos o piernas, o pareció estar por momentos desconectado de la realidad o incapaz de responder? Si la respuesta es AFIRMATIVA:</p> <p>PREGUNTAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuántos episodios ha presentado en los últimos 12 meses? _____ ▪ ¿Cuándo fue la última crisis? _____ ▪ ¿Cuánto le duran las crisis? _____ ▪ ¿Pierde la conciencia durante los episodios? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta mirada fija, parpadeo o falta de respuesta durante el episodio? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta movimientos involuntarios anormales, incontrolados, sacudidas o sobresaltos musculares? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta automatismos como deglución, chupeteo, saboreo o movimientos repetitivos sin propósito con las manos? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta algún síntoma antes de iniciar la crisis (aura)? Si ___ No ___ ▪ ¿Presenta confusión después del episodio? Si ___ No ___ 		<p>CLASIFICAR</p>
<p>OBSERVAR Y DETERMINAR: (encierre en un círculo lo positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentra durante la consulta en crisis. ▪ Nivel de conciencia: Conciente Alteración de conciencia ▪ Presenta durante la consulta 2 o más episodios de crisis sin recuperación de la consciencia entre ellos. ▪ Signos y síntomas neurológicos de aparición aguda o progresiva: <ul style="list-style-type: none"> ○ Debilidad unilateral(hemiparesia, monoparesia, déficit de un(os) par(es) craneales ○ Asimetría física ○ Reflejos anormales ○ Cambios en el estado de conciencia o mental ○ Trastorno de la coordinación, marcha o equilibrio ○ Trastornos del lenguaje (disfasia, afasia, disartria) ○ Defectos del campo visual 		

