

## PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED

# SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
2017 – 2020

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p><i>[Signature]</i> Dra. Paola Vacarizas Aguirre Neuropediatra Unidad de Neurología Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Rodrigo Gurra M Médico EDF PSR La Tirana</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Camilo Montaña G. Médico EDF CESFAM Dr. Pedro Pulgar M Alto Hospicio</p>	<p><i>[Signature]</i> Dra. Paloma Ly Sánchez. Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Yukiko Kuwahara A. Oficina de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p><i>[Signature]</i> Carolina Perez Rebolledo Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p><i>[Signature]</i> Dra. María Vera Zamora Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Octubre 2017</p>	<p>Fecha revisión: Octubre 2017</p>	<p>Fecha próxima revisión: Octubre 2020</p>



**PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR- N.INF - 003**

**Edición: Primera**

**Fecha: Octubre 2017**

**Página: 2 de 19**

**Vigencia: 3 años**

**INDICE**

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....	3
INTRODUCCIÓN .....	3
MAPA DE RED .....	4
OBJETIVOS .....	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN .....	5
RESPONSABLES .....	5
POBLACIÓN OBJETIVO .....	6
DEFINICIONES .....	6
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO .....	10
FLUJOGRAMA .....	13
INDICADOR .....	15
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN .....	15
PLAN DE DIFUSION.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	16
ANEXOS.....	17, 18, 19



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF - 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 3 de 19

Vigencia: 3 años

## 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

## 2. INTRODUCCIÓN.

Las crisis convulsivas son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría, constituyendo una causa considerable de derivaciones a Neurología Infantil. Aunque la mayoría de las veces los niños llegan a la consulta en la fase post-crítica, es decir sin actividad convulsiva, en ocasiones puede tratarse de una urgencia vital, especialmente en las crisis prolongadas que conducen al status convulsivo.

Las crisis son la manifestación clínica de una alteración del equilibrio de excitación/inhibición eléctrica del cerebro, que da como resultado una descarga neuronal anormal excesiva, que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia.

Las convulsiones pueden ser **sintomáticas** o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral (hipoglucemia, traumatismos, fiebre, infección del sistema nervioso central), o de carácter **idiopático** (sin relación temporal con un estímulo conocido).

La epilepsia es una condición neurológica caracterizada por “crisis de epilepsia” no provocada por desencadenantes inmediatos identificables.

La epilepsia tiene una distribución bimodal, siendo mayor en las dos primeras décadas de vida, luego disminuye y vuelve a aumentar a partir de la sexta década.

La epilepsia afecta aproximadamente a 50 millones de personas en el mundo. La incidencia se estima en 50 por 100.000 habitantes por año, y la prevalencia de epilepsia se estima en 5 a 10 casos por 1000. En Chile los datos de prevalencia son de 17 a 10.8 por 1000 habitantes y la incidencia es de 114 por 100.000 habitantes por año (aproximadamente 1- 2% población).



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF – 003

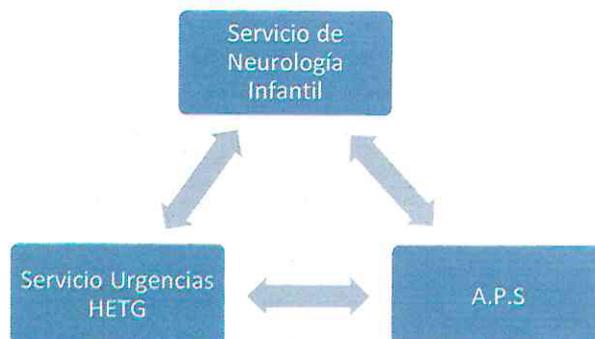
Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 4 de 19

Vigencia: 3 años

### 3. MAPA DE RED.



### 4. OBJETIVOS.

#### OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de derivación de estas patologías neurológicas pediátricas que facilite la integración y coordinación eficaz entre el nivel primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá.
- Entregar criterios de referencia o derivación concretos para ser utilizados por los médicos de atención primaria en estas patologías neurológicas pediátricas más frecuentes.
- Mejorar los canales de comunicación que existen entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.
- Contar con herramientas concretas que permitan alcanzar un nivel de pertinencia óptimo.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a pacientes pediátricos con síndromes convulsivos y epilepsia infantil.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a dicha patología.



**PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR- N.INF -003**

**Edición: Primera**

**Fecha: octubre 2017**

**Página: 5 de 19**

**Vigencia: 3 años**

## **5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario que incluye: postas de salud rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR), Consultorio Adosado de Especialidades de Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (CAE – HETG) y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG) respectivamente. En pacientes con cuadro clínico compatible.

## **6. RESPONSABLES.**

### **RESPONSABLES DE SU EJECUCION**

- Médico APS es responsable de pesquisar y derivar pacientes a policlínico de Neurología infantil o Urgencia H.E.T.G. que cumplen con las características señaladas en este documento.
- Médico APS es responsable de realizar sospecha, activar GES (de sospecha) e iniciar tratamiento según corresponda.
- Médico Especialista es responsable de confirmar el diagnóstico, a través de, informe de proceso diagnóstico (IPD), además de proceder con la entrega de la notificación GES al paciente, realizar tratamiento y seguimiento, así como realizar la contrarreferencia a APS cuando corresponda.

### **RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF - 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 6 de 19

Vigencia: 3 años

## 7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va dirigido a todo paciente en edad pediátrica (menor de 15 años) que presente un cuadro compatible con Síndrome Convulsivo o Epilepsia Infantil.

## 8. DEFINICIONES.

**Convulsión:** Trastorno transitorio de la función cerebral, con expresión clínica neurológica dependiente de la zona cerebral afectada

**Crisis de epilepsia:** Manifestación clínica de una descarga anormal y excesiva de un grupo de neuronas cerebrales.

**Crisis Febril:** Susceptibilidad genética potencialmente benigna, edad relacionada, a crisis convulsiva precipitada por fiebre ( $T^{\circ} > 38^{\circ}C$ ). Sin evidencia de una infección SNC y/u otra como causa probable de fiebre.

**Epilepsia:** Alteración de la corteza cerebral caracterizada por la predisposición a tener crisis de epilepsia y a las consecuencias sociales, psicológicas, cognitivas y neurobiológicas de esta condición. Dos o más crisis epilépticas, con más de 24 horas de intervalo, sin desencadenante asociado.

Si sólo ocurre una crisis, se define como crisis única no provocada (CUNP).

**Status epiléptico:** Crisis epiléptica continua o intermitente (sin recuperar conciencia completamente entre convulsiones) de una duración de 15 minutos o más. La definición operacional de ésta es cuando, en una crisis epiléptica generalizada o recurrente, el paciente no presenta recuperación de conciencia luego de 5 min desde el inicio del cuadro.

**Definición operacional de epilepsia (ILAE 2013):** Es una enfermedad del cerebro que tiene una de las siguientes condiciones (3):

-Por lo menos 2 crisis no provocadas que ocurren en una separación mayor de 24 horas entre ellas.

-Una crisis no provocada y la posibilidad de tener otras crisis similares al riesgo de recurrencia general después de 2 crisis no provocadas (aproximadamente el 75% o más, en pacientes con lesión cortical cerebral).

- Por lo menos 2 crisis en un contexto de epilepsia refleja.



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF-003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

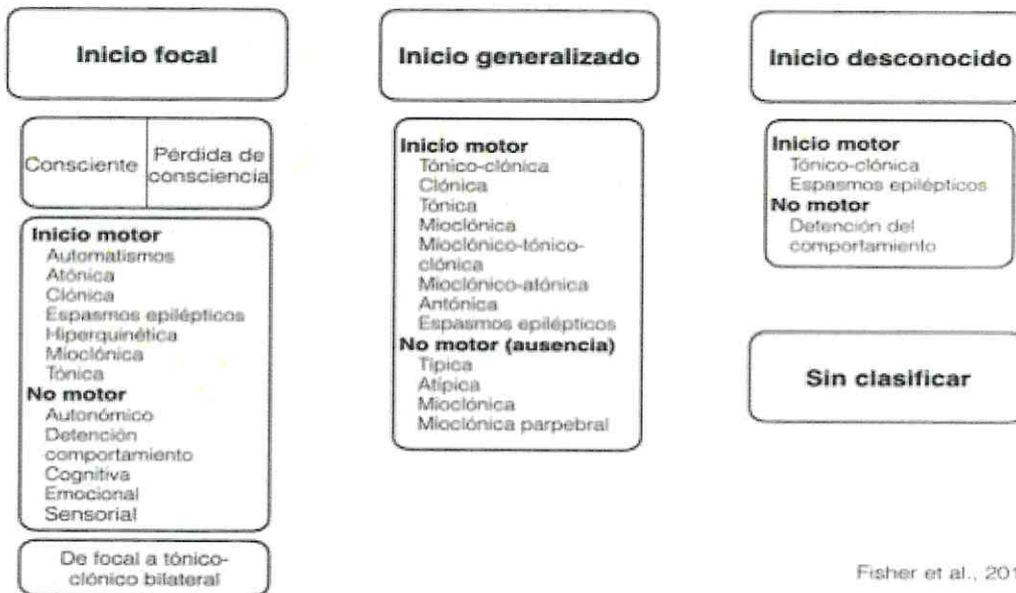
Página: 7 de 19

Vigencia: 3 años

## CLASIFICACIÓN

Con los años las distintas clasificaciones en epilepsia se han ido modificando y simplificando. La nueva comisión Internacional ILAE (International League Against Epilepsy) ha desarrollado nuevas estrategias de clasificación 2017  
**Clasificación de Crisis**

# ILAE 2017



Fisher et al., 2017



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF- 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 8 de 19

Vigencia: 3 años

## Clasificación de Epilepsia

La clasificación considera etiología y grado de especificidad sindromática.

### -Etiológica

*Epilepsia Genética:* Aquellas cuyo origen es un defecto genético y las crisis son su síntoma principal. Por ejemplo: Canalopatías, déficit de Glut1, etc.

*Epilepsia de origen estructural /metabólico:* Son aquellas en las que existe una causa estructural o metabólica adecuadamente definida y en las que se conoce la existencia de un elevado riesgo de epilepsia. Por ejemplo: Esclerosis tuberosas, malformaciones corticales, etc.

*Epilepsia de causa desconocida:* Aquellas en las que se desconoce su origen, siendo ejemplos claros la Epilepsia Rolándica, epilepsia occipital benigna de inicio tardío (Síndrome de Gastaut), etc.

### -Especificidad sindromática

*Síndrome electroclínicos:* Síndrome que reúne un conjunto de características clínicas, signos y síntomas que configuran un síndrome epiléptico determinado; como edad características, EEG característico, crisis característica. Habitualmente tiene una base genética. Se distribuye en diferentes grupos relacionados con la edad de inicio de la epilepsia.

- Periodo neonatal
- Lactancia
- Infancia
- Adolescente/adulto
- Con relación menos específica con la edad.

*Constelaciones:* síndromes epilépticos clínicamente característicos por asociarse a lesiones específicas u otras causas. Por ejemplo, epilepsia con esclerosis del hipocampo.

*Epilepsia de causa estructural/metabólica:* Coinciden con subtipo de división etiológica.

*Epilepsia de causa desconocida:* coinciden con subtipo de división etiológica.

*Entidades con crisis epilépticas no diagnosticadas como epilepsia.* Por ejemplo crisis febriles y crisis neonatales benignas.



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF-3

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 9 de 19

Vigencia: 3 años

• **CUADRO CLÍNICO**

Todo individuo que se presente en la Unidad de Emergencia o en atención primaria con una sospecha de crisis debe ser evaluado con una buena historia clínica, examen físico integral de forma de objetivar si estamos frente a una crisis o no y ser derivado a especialista en caso de sospecha o duda diagnóstica.

**Historia Clínica:** Anamnesis completa y recolección de antecedentes del usuario. Historia previa de crisis febriles, antecedentes familiares de epilepsia y caracterizar crisis:

1. Frecuencia del trastorno
2. Relación temporal: Indagar si tiene relación con vigilia o si ocurre durante el sueño, si está relacionado con fiebre, posterior a excitación/emoción, o al ejecutar un movimiento.
3. Factores desencadenantes: inicio súbito o gatillado
4. Pródromo:
  - ✓ Son indicadores de hipoperfusión: desequilibrio e inestabilidad postural progresiva, visión borrosa y sensación de desvanecimiento.
  - ✓ Son indicativos de aura del lóbulo temporal, característico de crisis epiléptica: Temor, sensación visceral, deja- vu, alucinaciones de olor y gusto previo a crisis.
5. Cambios de coloración en piel: palidez, cianosis.
6. Compromiso de conciencia: determina clasificación en crisis simple, sin pérdida de conciencia, y crisis compleja, con compromiso de conciencia.
7. Postura del cuerpo, extremidades, y postura ocular: mioclonías, opistótonos, hipertonia sostenida del cuerpo, son indicadoras de epilepsia. Mirada fija, retroversión, indicativa de crisis epiléptica.
8. Duración: determinará presencia de status, en segundos, minutos.
9. Síntomas posteriores al episodio: Estado post ictal es indicativo de crisis epiléptica. En cambio, incontinencia urinaria y movimientos tónicos de sacudidas pueden presentarse también en hipoperfusión.

**Examen Físico:** Que incluya examen físico general y segmentario con énfasis en examen neurológico, considerar piel (neurofibromatosis, esclerosis tuberosa).

**Exámen de laboratorio:** Glicemia (HGT) en caso de crisis evaluadas en servicio de Atención primaria de urgencias (SAPU).



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF- 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 10 de 19

Vigencia: 3 años

• **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

Existen eventos que pueden simular una crisis epiléptica llamados “trastorno paroxísticos no epilépticos” que se manifiestan por alteración de conciencia o conducta y/o movimiento o postura.

A. Causales de compromiso de conciencia:

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

B. Causales de movimientos anormales

- Cataplejía
- Temblor, Coreoatetosis, disnea paroxística o Tics.
- Espasmo del sollozo
- Vértigo paroxístico
- Aura migrañosa
- Calofríos

**9. DESARROLLO.**

**9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:**

- Evaluación clínica completa y manejo inicial según corresponda. En especial consideración con el uso de fármacos anticonvulsivantes durante el Status Epiléptico (Anexo N°1)

**9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Todos los pacientes con primer episodio de Síndrome convulsivo y/o Status Epiléptico deben ser derivados al servicio de urgencias del HETG para su evaluación, estudio y manejo.
- La derivación debe ser inmediata para realizar un estudio completo y evitar el daño neuronal, en caso de un Status Epiléptico.
- El uso de fármacos para el manejo del episodio debe de ser escalonado y monitorizado de manera continua, con el fin de detectar y manejar de manera precoz posibles eventos adversos asociados a su uso y debe ser iniciado a nivel de la primera consulta (**Anexo 3**).



PROTOKOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF- 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 11 de 19

Vigencia: 3 años

**9.3 Derivación de pacientes desde APS a policlínico neurología infantil del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:**

- Si el paciente asintomático consulta (o es traído por sus familiares) en policlínico APS por historia de episodios recurrentes de compromiso de conciencia, movimientos involuntarios de extremidades u otro de los síntomas enunciados anteriormente se establecerá la sospecha clínica de Epilepsia Infantil, por lo que se deberá derivar al policlínico de neurología infantil.
- De todos modos se indicará que frente a la recurrencia de estos síntomas consulte en el servicio de urgencia más cercano. En éste se manejará el cuadro y derivará al paciente según lo descrito en este protocolo.
- En el caso de cuadro agudo el paciente será referido al servicio de urgencias del Hospital Ernesto Torres Galdames (SU-HETG).

**9.4 Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.**

- Hemoglucotest.

**9.4 Exámenes que debe solicitar el médico en SU- HETG previo a la derivación al servicio de neurología infantil.**

Siempre y cuando la toma de exámenes no retrase la derivación se debe solicitar:

- Hemograma
- Perfil renal: Creatinina, nitrógeno ureico, Ac. Úrico, orina completa.
- Pruebas Hepáticas: Bilirrubina total, directa, indirecta, GGT, GPT, GOT.
- Fosfatasas alcalinas.
- Amilasa.
- Perfil Lipídico
- CK total
- pH y gases venosos (incluir ELP)
- De ser posible: Amonio y ácido láctico (frente a sospecha de causa metabólica)

**9.5 Documentos emitidos por el médico tratante de APS en SIC:**

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad), teléfono de contacto.
- Anamnesis y hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre y Rut del profesional.



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF- 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 12 de 19

Vigencia: 3 años

### 9.6 Conducta a seguir por parte del médico neurólogo infantil:

- Evaluación clínica completa.
- Estudio con exámenes.
- Diferenciar Crisis versus trastorno paroxísticos no epiléptico.
- EEG de apoyo, si lo amerita, en aquellos en que la historia clínica sugiere que crisis es de origen epiléptico.
- Establecer diagnóstico.
- Notificación GES, IPD diagnóstico y descarte.
- Clasificación del tipo de crisis y tipo de síndrome.
- Estudio con neuroimagen si es que amerita.
- Búsqueda de etiología.
- Indicar tratamiento más apropiado y/o conducta a seguir.

### 9.7 Contrarreferencia:

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología que requiera de manejo a nivel hospitalario, con documento de contrarreferencia (Anexo2).
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia (Anexo 2), el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma del profesional.

### 9.8 Tiempos de resolución:

- Desde la sospecha GES el especialista tendrá 60 días para evaluar al paciente.
- Paciente hospitalizado por las causales indicadas en este protocolo deberá ser evaluado por especialista, previo al alta, para; determinar la causa de su convulsión, el tratamiento a seguir y exámenes complementarios de ser necesario. En caso de no ser posible la evaluación por este durante la hospitalización, el paciente será derivado al policlínico de Neurología Infantil (también será evaluado en un plazo no superior a 60 días).
- Una vez confirmado el diagnóstico, se dispone de 7 días para iniciar el tratamiento (cuando es epilepsia no refractaria).
- Control APS: antes de 7 días post alta hospitalaria.



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIÁTRICO

SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF- 003

Edición: Primera

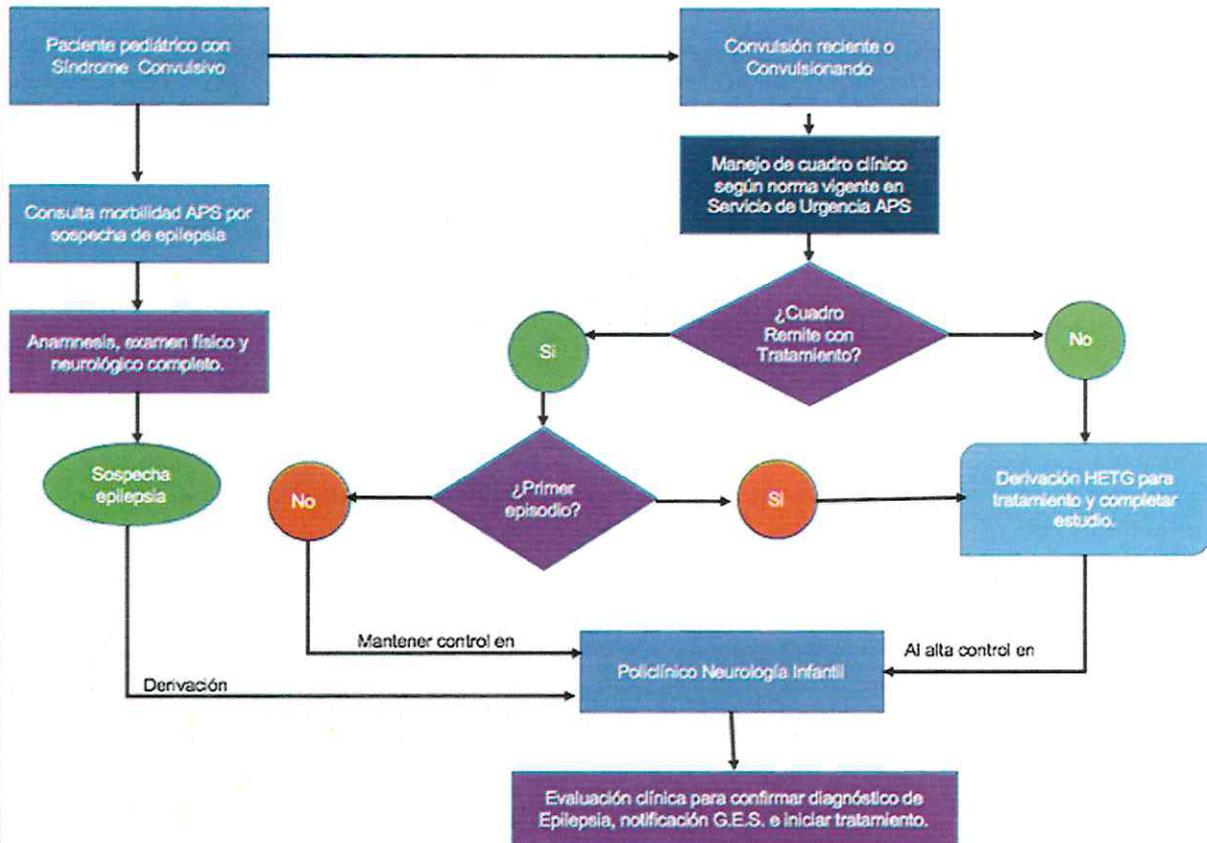
Fecha: octubre 2017

Página: 13 de 19

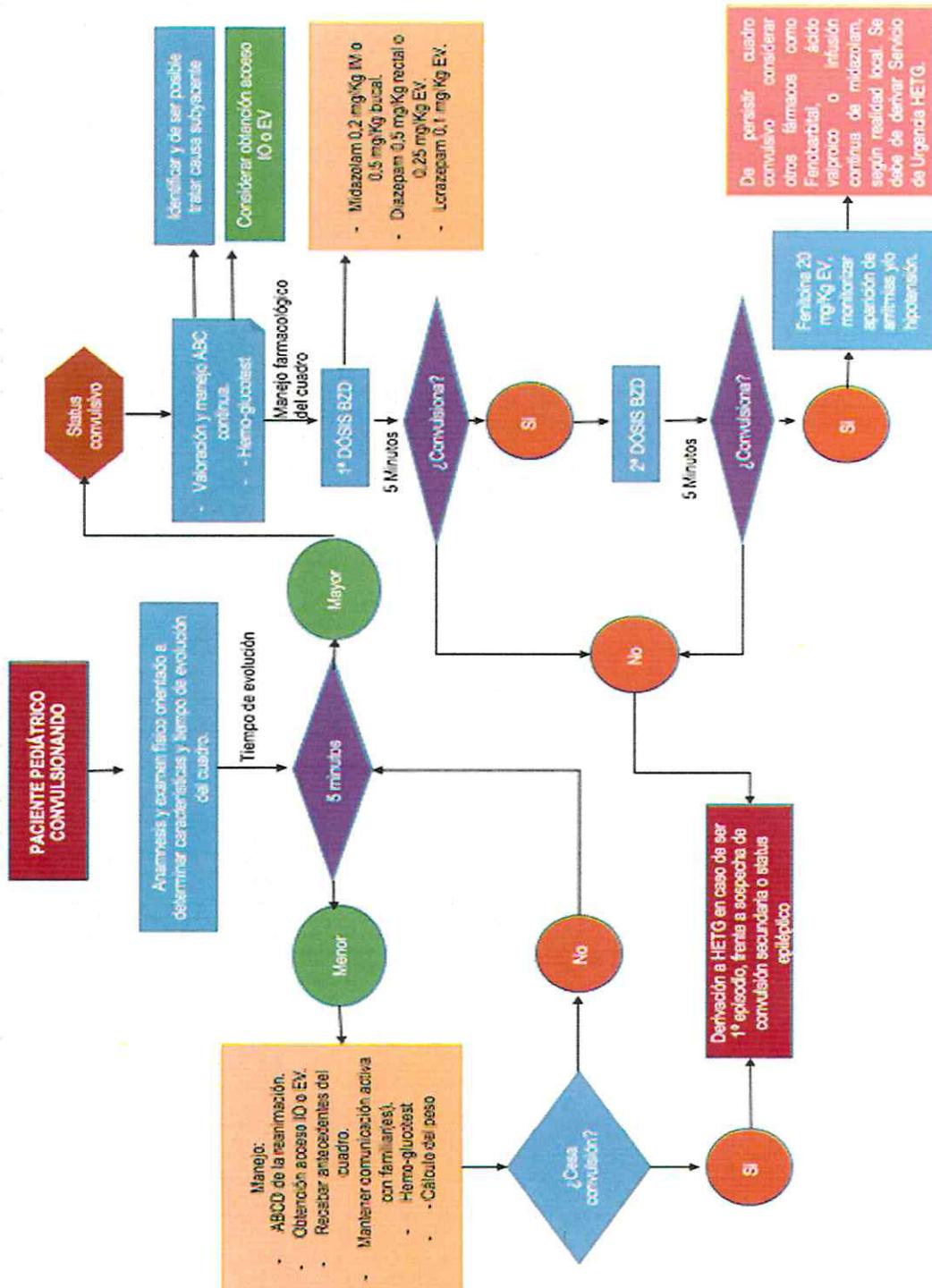
Vigencia: 3 años

## 10. FLUJOGRAMA.

### 10.1 Flujoograma de derivación frente al paciente pediátrico con Síndrome Convulsivo



10.2 Flujoograma para el manejo de la convulsión y status convulsivo de un paciente pediátrico.





PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF-003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 15 de 19

Vigencia: 3 años

## 11. INDICADOR.

- **Numerador:** N° de pacientes con diagnóstico en APS de Epilepsia Infantil, tratados y contrarreferidos desde el Servicio de Urgencias/Policlínico de Neurología Infantil que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.
- **Denominador:** N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Urgencias/Policlínico de Neurología Infantil, con diagnóstico de Epilepsia Infantil, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.

N° de pacientes con diagnóstico en APS de Epilepsia Infantil, tratados y contrarreferidos desde el Servicio de Urgencias/Policlínico de Neurología Infantil que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCr.

N° de pacientes referidos por médico desde APS a Servicio de Urgencias/Policlínico de Neurología Infantil, con diagnóstico de Epilepsia Infantil, que cumplen con los criterios de derivación

## 12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de Neurología Infantil del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique



**PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR- N.INF- 003**

**Edición: Primera**

**Fecha: octubre 2017**

**Página: 16 de 19**

**Vigencia: 3 años**

### **13. PLAN DE DIFUSION**

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizara una eventual auditoria para evaluar la correcta implementación del protocolo
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en octubre 2020.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.

### **14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- Guía Clinica GES MINSAL, Epilepsia Niños,2014.
- Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology. Epilepsia 2010.
- Simon D. Shorvon. The etiologic classification of epilepsy. Epilepsia 2011.
- Robert S. Ficher, A practical clinical definition of Epilepsy, ILAE Official Report, 2014.
- Elza Targas Yacubian. Actualización sobre clasificación de las crisis epilépticas. Revista Chilena de Neurología, 2011.
- Consenso Chileno de manejo de fármacos atiepilépticos en algunos síndromes electro-clínicos y otras Epilepsias en niños y adolescentes. XI Jornadas invernales de Epilepsia, Junio 2011.
- William D. Gaillard, et all. Guidelines for imaging infants and children with recent-onset epilepsy. Epilepsia, 2009.
- [www.ilae.org](http://www.ilae.org)



PROTOCOLO  
SÍNDROME CONVULSIVO Y EPILEPSIA EN EL  
PACIENTE PEDIATRICO  
SERVICIO SALUD IQUIQUE

Código: RCR- N.INF - 003

Edición: Primera

Fecha: octubre 2017

Página: 17 de 19

Vigencia: 3 años

## 15. ANEXOS.

### Anexo N° 1 “Dosis de Fármacos anticonvulsionantes según vía de administración” (Guía GES Epilpesia Infantil MINSAL 2014)

Fármaco	Admin.	Dosis	Consideraciones
Diazepam	Rectal	0,5 mg/Kg	
	Endo Venosa	0,25 mg/Kg, administrar a 5 mg/min (max 10 mg/dosis)	
Lorazepam	Endo Venosa	0,1 mg/Kg, administrar a 2 mg/min (máx 4mg/dosis)	
Midazolam	Bucal	0,5 mg/Kg	Aplicar entre encia inferior y mejilla
	Intra muscular	0,2 mg/Kg (max 10 mg)	
	Endo Venosa	0,2 mg/Kg (max 10 mg), luego 0,1 mg/Kg/hora. Se puede repetir bolo y aumentar concentración hasta 2mg/Kg/min.	Puede producir depresión respiratoria.
Fenitoina	Endo Venosa	20 mg/Kg, administrar a 1 mg/Kg/min (max 1250 mg)	Monitorizar PA y ECG, frente a hipotensión o arritmias detener infusión
Ácido Valproico	Endo Venosa	30 mg/Kg, administrar a 5 mg/Kg/min (max 1800 mg)	3ª línea mayores de dos años
Fenobarbital	Endo Venosa	20 mg/Kg, administrar a 2 mg/Kg/min (max 60 mg/ min y 1200 mg)	3ª línea menores de dos años. Depresión respiratoria

**Anexo N° 2 “DOCUMENTO DE CONTRARREFERENCIA”**

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
HOSPITAL REGIONAL DR. E. TORRES GALDAMES  
CONSULTORIO DE ESPECIALIDADES

**Policlínico de Neurología  
Contrarreferencia a Atención Primaria de Salud**

Nombre:

Rut:

Edad:

Ficha:

Teléfono/celular:

Dirección:

CESFAM:

**Diagnóstico:**

**Exámenes:**

- Hemograma:
- Perfil renal: Creatinina, nitrógeno ureico, Ac. Úrico.
- Orina completa:
- P. Hepáticas:
- Niveles plasmáticos:
- EEG:
- Otros:

**Observaciones:**

**Indicaciones:**

- Control según guía GES
- Próximo control con especialista en \_\_\_\_\_ meses.

/ /  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Médico/firma/timbre

## Anexo N° 3

