# Capítulo I

1. LA SALUD INFANTIL EN EL ECUADOR

 Y LAS CRISIS CONVULSIVAS

La necesidad de contar con información estadística confiable en nuestro País cada día se hace más fuerte, y es así que muchas instituciones se han dedicado últimamente a realizar estudios acerca de variables demográficas, de planificación familiar y de salud, con el fin de tener estimaciones de parámetros desconocidos y así desarrollar programas de prevención como apoyo a la planificación de actividades de los organismos encargados de velar por un buen estado de salud de los distintos estratos de la población, tanto por nivel socioeconómico como por grupos de edades.

También se ha observado en los últimos años un mayor acercamiento entre la investigación médica y las técnicas estadísticas avanzadas, pues con la ayuda de un computador y un buen software, los datos pueden ser almacenados en un mismo formato, procesados y analizados rápidamente de tal manera la aplicación de las más complejas y sofisticadas técnicas se vualvan menos pesadas. Así pues, podemos mencionar el software EpiInfo200, el cual es usado por los profesionales de la salud pública en la conducción de programas de investigación, administración de bases de datos de salud pública, análisis de sobreviviencia, otras técnicas estadísticas generales, así como también la creación de mapas digitales con información estadística.

# Razón por la cual, esta tesis titulada “*Análisis Estadístico de Pacientes con Crisis Convulsivas egresados del Hospital del Niño Francisco de Icaza Bustamante en el Año 2000*”, pretende aportar con importante información al Sector de la Salud Infantil. Dotando de indicadores que ayuden a los expertos en Salud Infantil a tomar las medidas pertinentes para disminuir la incidencia de este tipo de problemas que se pueden presentar en los niños y así prevenir otras patologías y mejorar la calidad de vida de nuestra población.

**1.1 El Gobierno y La Salud**

***“Llegará un día en que el progreso de las naciones no se medirá por su poder militar o económico, ni por el esplendor de su capital y sus edificios públicos, sino por el bienestar de sus pueblos: por sus niveles de salud, nutrición y educación; por sus oportunidades de obtener una remuneración digna a cambio de su trabajo; por su capacidad de participación en las decisiones que afectan a su vida; por el respeto a sus libertades civiles y políticas; por la atención dispensada a los más vulnerables y desfavorecidos; y por la protección ofrecida al desarrollo físico y mental de sus niños y niñas.”***

##### Estas palabras tomadas de El Progreso de las Naciones, publicadoanualmente por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, nos hacen reflexionar sobre lo que los Gobernantes de un País deben lograr para asegurar condiciones de vida dignas que permitan el bienestar integral de sus habitantes, y con ello conseguir el desarrollo y mejorar la calidad de vida del País.

##### Reuniremos los artículos de la CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR, donde se hace mención de la preocupación del Gobierno por el Sector de la Salud:

###### Capítulo 4

***De los derechos económicos, sociales y culturales***

***Sección cuarta***

***De la salud***

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejerci cio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contri bución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

***Sección quinta***
***Delos grupos vulnerables***

**Art. 47.-** En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta comp lejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

**Art. 48.-** Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos revalecerán sobre los de los demás.

**Art. 49.-** Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social, al respeto su libertad y dignidad, y a ser consultados en los asuntos que les afecten.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas, de conformidad con la ley.

**Art. 50.-** El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías:

1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.
2. Protección especial en el trabajo, y contra la explotación económica en condiciones laborales peligrosas, que perjudiquen su educación o sean nocivas para su salud o su desarrollo personal.
3. Atención preferente para su plena integración social, a los que tengan discapacidad.
4. Protección contra el tráfico de menores, pornografía, prostitución, explotación sexual, uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y consumo de bebidas alcohólicas.
5. Prevención y atención contra el maltrato, negligencia, discriminación y violencia.
6. Atención prioritaria en casos de desastres y conflictos armados.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes nocivos que se difundan a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, la discriminación racial o de género, o la dopción de falsos valores.

**1.1.1** **Instituciones y Organizaciones que Trabajan por La Salud**

 **del** **Ecuador**

El sector de la salud está constituido por diversas instituciones públicas y privadas con y sin fines de lucro, escasamente coordinadas y que operan sobre la base de acuerdos y normas del Consejo Nacional de Salud.

El subsector público está constituido por el Ministerio de Salud Pública, el IESS, el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, el Instituto Nacional del Niño y la Familia, y el Ministerio de Bienestar Social. En él se pueden incluir también las instituciones autónomas de carácter privado que realizan prestaciones con finalidad social: la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. En conjunto, este subsector cubre aproximadamente 59% de la población, especialmente en atención hospitalaria. Se estima que el Ministerio de Salud Pública cubre al 31% de la población, la seguridad social el 18% y la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer y otras privadas sin fines de lucro el 10%, las Fuerzas Armadas y la Policía el 1%, diversas entidades privadas lucrativas el 10% y el 30% restante no recibe atención médica formal.

Las organizaciones privadas con fines de lucro poseen establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, consultorios y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la población con capacidad de pago. Existen aseguradoras y entidades de medicina prepagada privadas. Una proporción importante de la población, principalmente la de escasos recursos, y sobre todo la de la zona rural, recurre a la medicina tradicional.

Los principales organismos del sector, el Ministerio de Salud Pública y el IESS, aplican diferentes modelos de descentralización. El del Ministerio se basa en la propuesta de organización de áreas de salud, que constituyen pequeñas redes de servicios con delimitación geográfico-poblacional de atención y un esquema de descentralización técnica y desconcentración de la ejecución de algunas acciones administrativas, programación y ejecución del presupuesto.

La Dirección de Control Sanitario del Ministerio de Salud Pública, de conformidad con el Código de la Salud vigente, es el organismo regulador de las prestaciones de salud en general y realiza el registro de títulos y el control de la práctica de los profesionales universitarios en ciencias de la salud.

**1.2 La Salud Infantil en El Ecuador**

Para tener una idea más clara de la situación de nuestro país en el ámbito de la Salud, se hará referencia a los diferentes indicadores de Salud que permitirán conocer la realidad de este sector, y así poder atender las necesidades de este estrato de nuestra población.

En 1995 la población menor de 15 años representó el 36.4% del total de la población, cifra que descendió en relación al año 1990, en el que fue de 38.9%.

En 1995, la tasa de natalidad nacional fue de 23.7 por 1000 habitantes, lo que representa una disminución de 7.8% respecto a 1990 que fue de 24.7 por 1000 habitantes.

Respecto a la Salud Infantil, La ENDEMAIN 94 (Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil) estimó la mortalidad infantil nacional en 44 por 1.000 nacidos vivos, existiendo notables diferencias por provincias, pues en Chimborazo, donde predomina la población rural e indígena, se estimó una tasa de 100 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Pichincha y Guayas, predomina la población urbana en sus principales ciudades, Quito y Guayaquil, las tasas estimadas fueron de 32 y 33 respectivamente. Las infecciones respiratorias agudas constituyeron 37% de las causas de muerte en los niños de 1 semana a 11 meses y 32% en los de 1 a 4 años de edad, así como 28% y 24% de las causas de egresos hospitalarios, respectivamente. Las anomalías congénitas ocuparon el sexto lugar en las principales causas de mortalidad infantil, aunque en 1995 la tasa de mortalidad por esta causa se redujo a la mitad.

En el grupo de 5 a 9 años de edad la mayor reducción de muertes ocurrió a expensas de las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreicas y las respiratorias.

Del total de muertes de 1995, 4,2% correspondieron a adolescentes. Tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 la primera causa de muerte para ambos sexos fue accidentes y violencias.

 **Gráfico 1.1 Causas de Mortalidad Infantil en el año 1998**

**(Fuente: INEC)**

Para el año de 1998, según el anuario de Estadísticas Hospitalarias del INEC 1998, donde se estimó la población infantil en 298.033 y las tasas hacen referencia por 10.000 habitantes menores de 1 año, la primera causa de mortalidad infantil fue por “Enfermedades Infecciosas Intestinales” con una tasa de 185.9; la segunda causa fue “Neumonía” con una tasa de 123.3; la tercera causa fue para “Anomalías Congénitas” con una tasa de 66.1; la cuarta causa fue “Deficiencias Nutricionales” con una tasa de 26.6; la quinta causa fue “Hernia de la Cavidad Abdominal” con una atasa de 15.6; la sexta causa fue “Bronquitis, enfisema y asma” con una tasa de 15.0; la séptima causa fue “Fracturas” con una tasa de 10.8; la octava causa fue “Enfermedades del aparato urinario” con una tasa de 10.0; la novena causa fue “Paludismo” con una tasa de 5.5; y la décima causa fue “Enfermedades del ojo y sus anexos” con una tasa de 4.3.

Según el Anuario de Estadísticas Hospitalarias del INEC de 1999, donde se estimó la población menor de un año en 297.817, las principales diez causas de morbilidad infantil aparecieron de la siguiente manera: la primera causa fue para “Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal” con una tasa de 173.5 por 10.000 habitantes, la segunda causa fue “Neumonía” con una tasa de 128.3 por 10.000 habitantes, la tercera causa fue Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso” con una tasa de 123.2 por 10.000 habitantes, la cuarta causa fue “Crecimiento Fetal Lento, Desnutrición Fetal y Trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer” con una tasa de 98.56 por 10.000 habitantes, la quinta causa fue “Feto y Recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones del embarazo, del trabajo del parto y del parto con una tasa de 89.5 por 10.000 habitantes, la sexta causa fue “Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas” con una tasa de 79.4 por 10.000 habitantes, la séptima causa fue “Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento”, con una tasa de 50 por 10.000 habitantes, la octava causa fue “Enfermedad Hemolítica del feto y recién nacido” con una tasa de 45.6 por 10.000 habitantes, la novena causa fue “Bronquitis aguda y Bronquiolitis aguda” con una tasa de 27.7 por 10.000 habitantes, y la décima causa fue “Desnutrición” con una tasa de 24.1 disminuyendo en 2.2 del año anterior.

**Gráfico 1.2: Causas de Morbilidad Infantil en el año 1999,**

 **población menor de un año estimada en 297.817**

 **habitantes, tasa calculada** **cada 10.000 habitantes**.

Una crisis convulsiva podría ser una consecuencia de alguna de estas patologías antes mencionadas, lo que nos ayudaría a detectarlas a tiempo y prevenir graves complicaciones de salud en el futuro.

**1.3 Las Crisis Convulsivas Infantiles**

Constituyen el problema neurológico más común y una de las urgencias más importantes en pediatría, llegándose a presentar hasta en un 4 a 6% de los niños menores de cinco años.

Las Crisis Convulsivas fueron tratadas como “Estatus Epiléptico” por primera vez por el médico Romano Caelius Aurelianus, y el griego Soranus de Efeso, personal médico de los Emperadores Trajano y Adriano hace 2000 años.

Fue L.F. Calmeil quien separó el “Estatus Epiléptico” ó “Gran Mal” como una entidad distinta de los ataques epilépticos y en 1824 escribió su tesis sobre el seguimiento “De l’Epilepsie” en la Universidad de París: Anotaba que, “eran eventos que sucedían uno tras otro en sucesión y pueden ocurrir de 40 a 60 sin interrupción”. El autor llamó a esto “Gran Mal y/o Estatus Epilético de Gran Mal”. Cincuenta y Dos años más tarde, Bourneville mencionó el “Gran Mal” en su libro publicado en 1876.

En la conferencia de Marsella se definió el Estatus Epilético como “Crisis Epiléticas que son frecuentemente repetitivas y prolongadas, estableciendo una condición epilética permanente". El Estatus Epiléptico también incluye la crisis con una duración de 30 a 40 minutos, evento donde la conciencia está deteriorada.

En 1980 en el Simposio Internacional de Santa Mónica se clasificó el Estatus Epiléptico bajo los siguientes parámetros:

1. Estatus Convulsivo, donde el paciente no está en estado de alerta entre los ataques.
2. Estatus Epiléptico no convulsivo tal como el estatus de ausencia, el estatus parcial complejo, en el cual, la presentación clínica es un prolongado estado “sombrío”
3. Crisis Parciales contínuas en donde la conciencia está preservada.

**1.3.1 Posibles Causas**

Una crisis convulsiva puede ocurrir debido a una descarga exagerada de las células cerebrales (neuronas), es decir un desarreglo en la actividad eléctrica del cerebro. Este desarreglo puede ser el resultado de una lesión en la cabeza, trastornos metabólicos de la glucosa, calcio, magnesio o sodio; disminución de la oxigenación cerebral, epilepsia, infecciones, choque eléctrico, intoxicaciones, envenenamiento, supresión de drogas, hemorragias o tumores del sistema nervioso, mordeduras de animales, picaduras de insectos ó culebras venenosas; causas desconocidas ó fiebre alta.

Algunas causas son más comunes en el recién nacido, como los trastornos metabólicos, la asfixia perinatal y las hemorragias intracerebrales. Las otras son más frecuentes en el niño mayor.

De todas las causas, la convulsión febril es la más frecuente y merece especial consideración.

Un concepto muy difundido pero erróneo, establece que la fiebre o las convulsiones pueden causar meningitis, cuando lo que ocurre es precisamente lo contrario: la meningitis puede ocasionar fiebre y convulsiones.

**1.3.2 Signos y Síntomas**

Las manifestaciones más frecuentes son: pérdida del conocimiento, alteración en la actividad motora o en el comportamiento, siendo las contracciones musculares la forma de presentación más llamativa, que se caracteriza por estallidos rítmicos enérgicos de contracciones musculares que pueden afectar extremidades completas o partes de las mismas y que no pueden dominarse voluntariamente, llanto breve, cese temporal de la respiración, ojos desviados hacia arriba, coloración azulosa en la cara y los labios, babeo o espuma por la boca, posible pérdida del control de la vegija e intestinos.

**1.3.3 Clasificación de Las Crisis Convulsivas**

De acuerdo con el Simposio Internacional de Santa Mónica, en 1980, las Crisis Convulsivas se clasificaron como se indica a continuación:

1. Crisis Convulsivas primaria Generalizada, donde se incluyen las crisis tónico-clónicas, las crisis mioclónicas y las crisis clónico-tónicas-clónico.
2. Crisis Convulsivas secundariamente generalizada, donde se incluye la crisis tónico-clónicas con inicio de ataque parcial, crisis tónicas con inicio de ataque parcial y crisis convulsivas sutil generalizadas.
3. Crisis Parcial Simple: corresponde a una crisis unilateral o crisis parcial que puede ser contínua, crisis parcial sensorial y crisis o epilepsia parcial con síntomas vegetativos autonómicos.
4. Crisis no Convulsivas: Crisis de ausencia típica o atípica y crisis parcial Compleja.

**1.3.3.1 Crisis Generalizada Tónico-Clónica**

Es la forma más común y más seria de las crisis convulsivas en los niños, adolescentes y adultos. Sin ninguna advertencia el paciente pierde la conciencia y viene la fase tónica de la convulsión, el aire es forzado a salir a través de las cuerdas vocales produciendo un grito o sonido peculiar; el paciente cae al suelo, su cuerpo se torna rígido con hipertonía generalizada, su lengua puede morderse, la vejiga si está llena se evacúa, se aprecia cianosis peribucal y en las manos.

Una lesión activa o aguda del sistema nervioso podría ser la regla externa, por ejemplo infarto agudo cerebral, meningitis, encefalitis, laceraciones cerebrales por trauma, anoxia cerebral, enfermedades metabólicas como infección renal y alteración electrolítica, y dificultades cardiorespiratorias.

Siempre que la Crisis Convulsiva se presenta como primera manifestación, se podría considerar la posibilidad de un tumor cerebral. Oxbury y Whitty enfatizaron la presencia de tumor cerebral frontotemporal como la causa común de la Crisis Tónico-Clónica que ocurre en pacientes sin historia previa de epilepsia.

**1.3.3.2 Crisis Mioclónica y Crisis Clónico-Tónico-Clónico**

Consiste en la repetición simétrica o asimétrica de contracción breve de un músculo o grupo de músculos del cuerpo sin alteraciones de la conciencia. Estas crisis pueden llegar a ser Tónico-Clónicas.

**1.3.3.3 Crisis Convulsiva Generalizada Sutil**

Puede ser causado por lesiones cerebrales o encelopatías severas. La crisis Convulsiva Generalizada puede presentar descargas epileptogénicas lateralizadas o generalizadas. Esta condición es comunmente observada en el tratamiento incompleto del estatus Tónico-Clónico y es de pronóstico pobre (40% de mortalidad). El paciente con Crisis Convulsivas Generalizadas puede regresar a la normalidad bajo el uso de algunas medicaciones.

 **1.3.3.4 Crisis Parcial Simple**

Los signos o síntomas de crisis parcial contínua (motores, somatosensorial, psíquicos, autonómicos o combinados) surgen de disturbios en áreas específicas de la corteza cerebral. El paciente tiene conciencia total. Esta es la forma más común de las Crisis Convulsivas y ocurre con mayor frecuencia en la Epilepsia Parcial Sintomática.

Para crisis focales donde la conciencia está conservada se acepta un diagnóstico clínico de crisis contínua y crisis encefalográfica de 30 minutos o más para pensar en Crisis Epiléptica, cuando la crisis focal persiste por más de 10 a 15 minutos podría sospecharse una Crisis Epiléptica y verificarse encefalográficamente.

**1.3.3.5 Sindrome De Kojewnikow**

 Es también conocido como Epilepsia Parcial Contínua, consiste en:

1. Una combinación de la marcha Bravais-Jacksoniana y contracciones clónicas repetidas entre las crisis.
2. Apariencia de mioclonías en alguna parte del cuerpo comprometido por la marcha Bravais-Jacksoniana, pero sin reflexión somatópica en la organización de la corteza motora.

Existen dios tipos de síndrome de Kojewnikow:

1. El primer tipo se ve en adultos y niños. La lesión rolándica es la causada por varias etiologías tal como isquemia focal, glioblastoma multiforme, astrocitoma o angiomas venenosos. Cuando la lesión es estática, una excisión neuroquirúrgica de la zona, puede curar el síndrome.
2. La segunda forma es progresiva y probablemente por un agente viral lento. Esto es peculiar en niños y adolescentes, más a menudo a los 6 años de edad. La edad de comienzo está entre los 2 y 10 años. Hay deterioro mental progresivo, aparentemente con parálisis y signos focales neurológicos.

**1.3.4 Formas Raras de Crisis Convulsivas Parciales Sin Pérdida**

 **de la Conciencia**

Son caracterizadas por miedo, sensaciones auditivas, alucinaciones auditivas, sídrome cognitivos, también por cambios de conducta y personalidad

### 1.3.4.1 Crisis Convulsivas Parciales Complejas

Son sinónimos de estas crisis, las crisis sombrías prolongadas, las crisis psicomotoras, las crisis del lóbulo temporal y la poriomanía.

En contraste con la Crisis Parcia Simple hay pérdida de la conciencia.

Se pueden distinguir dos tiempos :

El primer tiempo llamado Cíclico, consiste en frecuente recurrencia de la crisis parcial compleja con síntomas psicomotores, psicosensoriales y psicoafectivos. El paciente tiene conciencia normal entre los síntomas psicomotores.

La segunda forma No Cíclica, se presenta en episodios largos y contínuos de confusión mental, conducta psicótica con o sin automatismo.

**1.3.5 Convulsiones Febriles**

La Crisis Convulsivas Febriles (CCF) son eventos que se presentan en los niños desde mucho tiempo atrás, pero fue hasta 1950 cuando se separaron de la Epilepsia.

Las convulsiones que acompañan a las enfermedades febriles agudas pero sin evidencia de infección intracraneana y sin causa definida. Pueden ocurrir hasta en un 4 % de los niños entre los tres meses y los cinco años, especialmente en sus primeros dos años de vida.

Habitualmente este tipo de convulsiones se presenta en niños que no sufren ninguna enfermedad neurológica previa, aparece cuando sube la temperatura por encima de los 39 grados y desaparece cuando la fiebre se controla, y dura menos de 10 minutos. En más del 20 % de los casos existe un familiar que ha presentado convulsiones.

La convulsión febril puede reaparecer en los primeros tres meses después del evento inicial en más del 90% de los casos no tratados pero, en general, el pronóstico es bueno cuando el niño recibe medicación.

El tratamiento ideal consiste en descubrir y corregir la causa específica que origina la convulsión, mediante un estudio clínico y paraclínico del niño, que podrá incluir pruebas tales como: exámenes de sangre, punción lumbar, electroencefalogramas o tomografías del cráneo.

La Crisis Convulsiva Febril usualmente ocurre en el inicio de algún padecimiento febril, y con bastante frecuencia es el primer síntoma de la enfermedad febril. Comúnmente se presenta durante la subida de la fiebre. La convulsión puede ser de cualquier tipo, pero lo más común es tónico- clónica generalizada. Inicialmente hay un grito seguido de pérdida de la conciencia y rigidez muscular. Durante esta fase tónica puede haber apnea e incontinencia. Posteriormente se presenta la fase clónica de repetición de tirones musculares. Terminando con la fase postictal con letargia, la cual usualmente es corta y seguida de irritabilidad (llanto) y sueño.

Se asocian a fiebre (a menudo repentina) originada fuera del sistema nervioso, en edad inferior a 5 años y ausencia de patología cerebral crónica, incluyendo retraso mental y ausencia de alteraciones estructurales o químicas agudas o crónicas del encéfalo.

Hay varios factores que se han identificado como de riesgo para una *primera* crisis convulsiva febril (CCF) y son mayormente asociadas: la fiebre elevada (mayor de 39.5°C) y antecedente familiar cercano con CCF, y menos frecuente, problemas en el período neonatal, dado de alta a los 28 días o posterior, desarrollo psicomotor lento, y niños que no son cuidados por sus padres.

**1.3.5 Tratamiento del Estatus Epileptico**

El Estatus Epilético es una urgencia médica. Los principales objetivos del tratamiento son:

* 1. Mantener las funciones vitales.
	2. Detener la actividad convulsiva y prevenir la recurrencia.
	3. Identificar y tratar los factores precipitantes.

El manejo del estatus se ha divido en cuatro fases:

En la primera se hace el diagnóstico, se establecen las medidas de soporte. En la segunda fase se usan las drogas de primera línea y si el estatus se detiene, se pasa directamente a la fase cuatro, que es una fase de procedimientos diagnósticos encaminados a encontrar el factor etiológico y su tratamiento. La fase tres es usada cuando el estatus no se detiene en la fase dos, es decir un estatus refractario y su tratamiento consiste en el uso de drogas de segunda línea.

**1.3.5.1 Primera Fase**

Historia clínica completa, examen físico valorando especialmente la función cardiovascular, pupilas y actividad motora, haciendo énfasis en la semiología de las crisis y tratando de anotar el inicio y su seguimiento fisiopatológico para poder saber de su clasificación. Se deben tomar los exámenes de tipo paraclínicos: muestra sanguínea para electrolitos, calcio , magnesio, niveles de anticonvulsivantes, tóxicos, glicemia, gases arteriales, uroanálisis en el caso de la miogliobinuria.

El tratamiento se hace con líquidos indovenosos, (solución destrozada y electrolitos). Vía aérea permeable: cánula o intubación. Oxígeno y si demuestra acidosis metabólica corregir con bicarbonato en forma inmediata.

**1.3.5.2 Segunda Fase**

Se usan las drogas de primera línea, entre las que tenemos drogas de acción rápida y breve duración como Diazepan, Clorazepan y Lorazepan y drogas de acción más prolongadas como el Fenobarbital y la Fenitoína, que posee una acción más prolongada teniendo en cuenta que se puede repetir un segundo bolo de Benzodiacepina si las crisis persisten, con previo monitoreo cardiorespiratorio.

Dentro de las diacepinas se puede manejar cualquiera de las tres dependiendo de la experiencia que cada uno tenga con ellas

**1.3.5.3 Tercera fase**

En la Tercera fase se usa Lidocaína, esta puede ocasionar crisis paradójicas con dosis altas y Acido Palpróico.

**1.3.5.4 Cuarta Fase**

Procedimiento diagnóstico buscando la causa etiológica y haciendo un plan de seguimiento con manejo de la fase inmediata después del estatus.

**1.3.6 Consejos Prácticos para un Tratamiento de Emergencia**

* Si su niño convulsiona, colóquelo en el piso de costado de

 forma tal que no se pueda lesionar ni aspirar el vómito.

* Remueva cualquier objeto con el cual el niño se pueda golpear, o aleje al niño de áreas peligrosas.
* Trate de aflojar su ropa, pero no interfiera en sus movimientos ni restrinja al niño.
* Mantenga las vías respiratorias libres. Verifique si respira, si deja de respirar aplique reanimación boca a boca.
* No trate de abrir la boca del niño, no ponga sus dedos ni objetos dentro de la boca del niño.
* Si la convulsión se presenta con fiebre, se deberá disminuir su temperatura con medios físicos (desnudarlo, colocarle compresas con agua fría pero no coloque el niño al agua).
* Permanezca con el niño hasta que cese la convulsión.
* Cuando la convulsión haya cesado, mantenga al niño boca a bajo y voltéele la cabeza hacia un lado.
* No de al niño nada de comer ni beber.
* Acuda rápidamente al puesto de emergencias más cercano a su hogar, donde se le podrán administrar medicamentos anticonvulsivantes y se le practicarán los exámenes paraclínicos correspondientes para descubrir la causa que originó la convulsión.