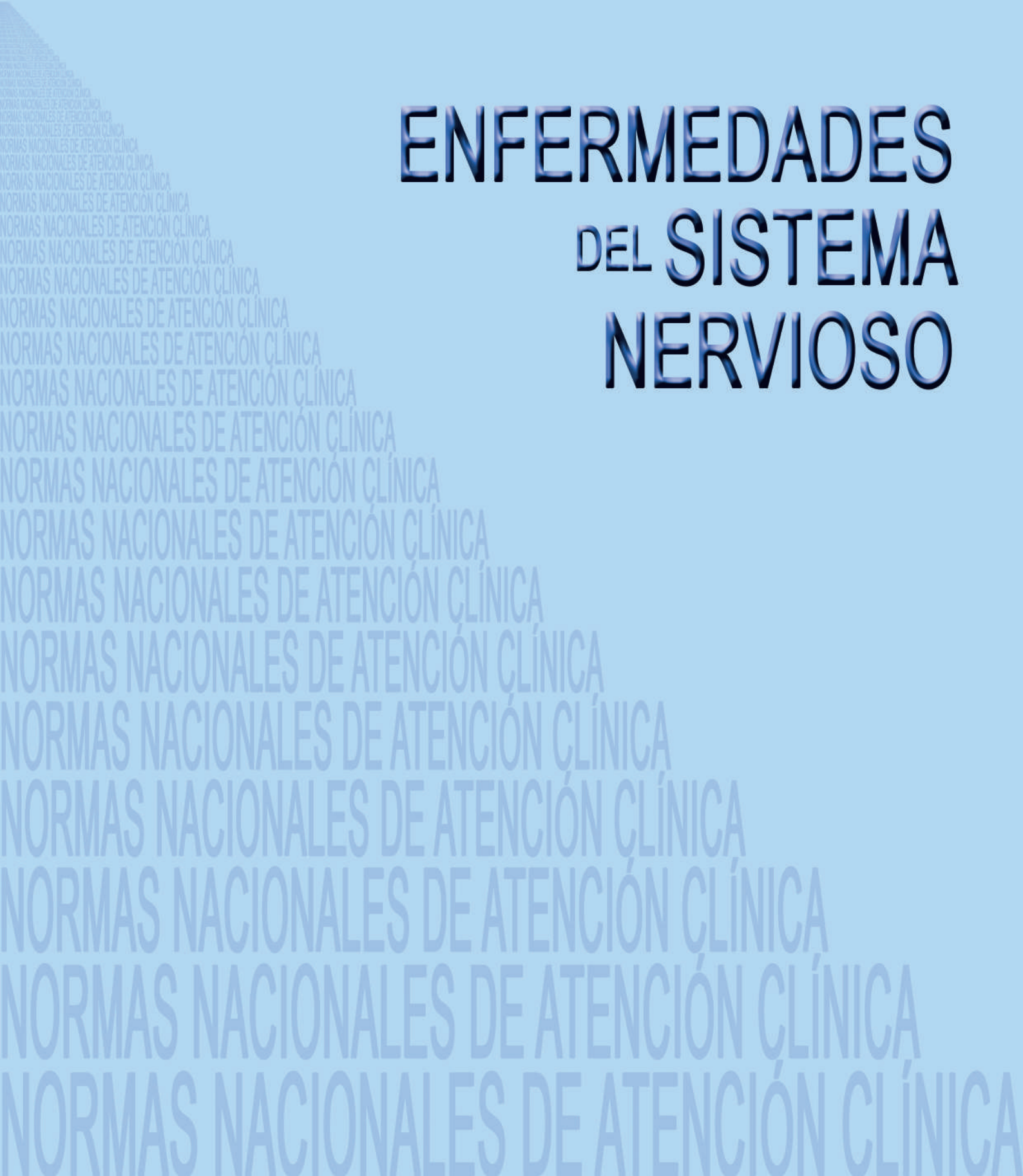


UNIDAD 9

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO



CONTENIDO

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. Prevención de estilos de vida no saludables 00

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1. Cefalea tensional 00
2. Convulsiones febriles 00
3. Dolor lumbar agudo 00
4. Enfermedad de párkinson 00
5. Enfermedades desmielinizantes – Esclerosis múltiple (EM) 00
6. Enfermedad cerebro vascular (ECV) o accidente vascular encefálico agudo 00
7. Epilepsia 00
8. Estado epiléptico 00
9. Migraña 00
10. Neuralgia del trigémino y glosofaríngeo 00
11. Parálisis facial periférica 00
12. Polineuropatía motora aguda 00

I. ASPECTOS Y ACTIVIDADES DE APLICACIÓN FUNDAMENTAL

1. PREVENCIÓN DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

ANTECEDENTES

La concepción biologicista del proceso salud-enfermedad —sintetizada en la creencia de que los servicios de salud, la tecnología médica, los medicamentos y los recursos humanos en salud altamente especializados, son la base fundamental del estado de salud de una población— ha sido la causante de los constantes fracasos del control de las enfermedades y de la irracional distribución de los muchos o escasos recursos del sector salud.

Los conocimientos científicos actuales sobre la determinación y la causalidad del proceso salud-enfermedad son contundentes al demostrar que las variables sociales poseen mayor importancia que las biológicas. Así, en 1974 se presenta el famoso informe de los **campos de salud** presentado por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, donde se identifican cuatro determinantes de la salud de la población, que se señalan en el siguiente cuadro:

CAMPOS DE SALUD DE LALONDE

CAMPO DE LA SALUD	INFLUENCIA EN LA SALUD (en porcentajes)
Estilos de vida.	43%
Factores biológicos.	27%
Medio ambiente.	19%
Servicios de salud.	11%
TOTAL	100%

Basados en este tipo de evidencias es que la OMS/OPS recomiendan que las políticas de salud a nivel mundial deben dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Asimismo el actual modelo boliviano de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural (SAFCI), prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. De ahí que en estas Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) se debe también dar énfasis a la prevención de la enfermedad en todas las actividades de atención que realice el equipo de salud, haciendo énfasis en confrontar los estilos de vida no saludables, que también se denominan factores de riesgo personales.

Se entiende por **estilo de vida** a la manera o forma como las personas satisfacen una necesidad. En cambio la **calidad** o **nivel de vida** se refiere a la capacidad de compra de un satisfactor que tienen los individuos. En muchos casos los estilos están supeditados a la calidad de vida pero igualmente en otros casos son independientes de ésta y más bien están condicionados por la educación o información que se posea. Por la importancia de la comprensión de estos dos conceptos se presenta el siguiente ejemplo: una persona tiene una necesidad, hambre, para satisfacerla puede recurrir a ingerir alimentos frescos, naturales y de temporada, o bien puede saciar su hambre consumiendo “comida chatarra”, también puede saciar su hambre adquiriendo “pan blanco” o bien “pan moreno”, ambos del mismo precio. En el primer caso puede o no estar ligada su decisión a su condición económica (calidad de vida); en el segundo caso se observa, más nítidamente, que su decisión alimentaria está ligada a un estilo alimentario condicionado por la información o conocimiento que tenga sobre alimentación saludable, al margen de su calidad o nivel de vida.

Por lo tanto, la educación sobre estilos de vida es determinante para que las personas tengan o no factores de riesgo que incrementen su probabilidad de enfermar o morir, por lo que el equipo de salud debe interactuar responsablemente con el usuario/usuaria identificando sus estilos de vida no saludables o factores de riesgo individuales con el objeto de modificar conductas negativas para su salud.

En este sentido el equipo de salud debe concientizar y recomendar a los usuarios/ usuarias sobre las siguientes medidas preventivas relacionadas con el control de los estilos de vida no saludables más perniciosos.

MEDIDAS PREVENTIVAS RELACIONADAS CON ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

Los siguientes estilos de vida no saludables, independientemente de la patología o problema, deben ser indefectiblemente tratados en forma rutinaria en cada entrevista o consulta con usuarios/ usuarias del Sistema Nacional de Salud:

- NO consumir tabaco y evitar consumo de alcohol.
- Realizar ejercicios físicos por lo menos 30 minutos al día, no utilizar medios de transporte para distancias cortas, evitar el uso de ascensores y en lo posible subir y bajar gradas a pie.
- Consumir alimentos frescos y naturales, y cotidianamente frutas y verduras de la temporada.
- Evitar el consumo de grasas de origen animal y comida chatarra.
- Acostumbrarse al consumo menor a seis gramos de sal al día. No utilizar salero. Los alimentos salados, como charque y otros, deben lavarse en abundante agua antes de la preparación para su consumo.
- Controlarse el peso mensualmente. Existen dos indicadores importantes que se debe enseñar a medir e interpretar a los usuarios/ usuarias:
 - El **Índice de Masa Corporal** (IMC), cuyo valor idealmente no debe sobrepasar en rango de 24,9. La fórmula para obtener el IMC es la siguiente: **IMC = Peso (Kg.) / Estatura (m)²**.
 - La **Circunferencia de Cintura** (CC), con la que se evalúa el riesgo de enfermar patologías relacionadas con la obesidad como IAM/AVC, HTA, etc.
- Para medir la circunferencia de cintura se localiza el punto superior de la cresta iliaca y alrededor del abdomen se coloca la cinta métrica y paralela al piso. Según el sexo de la persona los datos se interpretan de la siguiente manera:
 - En mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES

- Orientación al adolescente:
 - Reconocimiento y manejo de sus emociones y sentimientos.
 - Planteamiento de metas a corto y mediano plazo.
- Apoye al o la adolescente en:
 - Fortalecer sus habilidades sociales, afectivas y cognitivas.
 - Mejorar su autoestima y autovaloración.
 - Formación de grupos de pares.
 - Capacitar en temas de interés para ellas o ellos.
 - Uso adecuado y saludable del tiempo libre.
 - Consensuar y programar la visita de seguimiento.
- Pregunte si existe algún tema pendiente para aclaración de dudas o profundización de la información.
- Además de las anteriores medidas preventivas, en los adolescentes debe hacerse énfasis en los siguientes aspectos:
 - Trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.
 - Violencia intrafamiliar y escolar.
 - Violencia sexual.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.
 - Orientación para posponer inicio de relaciones sexuales.
 - Uso del condón para prevención de ITS, VIH y el embarazo.

II. NORMAS DE ATENCIÓN CLÍNICA

1	CIE-10	R51
	NIVEL DE RESOLUCIÓN	I - II - III

CEFALEA TENSIONAL

DEFINICIÓN

Dolor somático generalmente bilateral holocraneal de carácter opresivo frecuente diurno, asociado a ansiedad o depresión.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor diario o casi diario (más de 15 veces/mes) en seis meses.
- Duración media de cuatro horas/día (sin tratamiento).
- Al menos dos de las siguientes características:
 - Opresiva.
 - Moderada en intensidad (no impide la actividad diaria).
 - Bilateral.
 - No se agrava con la actividad de rutina o física.
- Portadores de cuadros de ansiedad y depresión.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

- Electroencefalograma en caso necesario y sólo si hay cambios en la sintomatología o aparecen signos neurológicos focales o difusos.

TRATAMIENTO

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- La terapia específica recomendada se basa en la modificación de factores desencadenantes medioambientales:
 - **En niños:** analgésicos, paracetamol VO 10 mg/Kg./dosis; o ibuprofeno VO 5-10 mg/Kg.
 - **En adultos:** ansiolíticos, amitriptilina 12,5-25 mg/noche en menores de 60 años por efectos colaterales; o alprazolam 0,5 mg desde 0,5-2 mg/día fraccionado cada ocho horas; o diazepam 2,5-10 mg/día fraccionado cada 12 horas. Antidepresivos, fluoxetina o paroxetina 20 mg/día por 2 a 3 meses mínimo; o sertralina 50 mg una tableta/día; o escitalopram VO 10 mg una tableta/día. Analgésicos, paracetamol VO 500-1.000 mg cada 6-8 horas o ibuprofeno VO 300-600 mg cada 8-12 horas.
- Es recomendable evitar uso de analgésicos potentes tipo opioides y derivados.
- Recordar que el uso crónico de analgésicos puede originar y/o agravar problemas gástricos y renales, o llevar a un cuadro grave conocido como la cefalea crónica diaria por uso de fármacos.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Ante la sospecha de patología orgánica:

- Si el dolor de cabeza es diferente a otros que presentaba anteriormente.
- El dolor de cabeza empeora al acostarse.
- No cede.
- Cambios en la frecuencia, tipo e intensidad de cefaleas previas.
- Presencia de "la peor cefalea de mi vida".
- Embarazo.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión de síntomas y determinada y controlada la causa que la originó.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para seguimiento estricto de tratamiento instaurado.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Oriente a la familia y al paciente sobre:
 - Toda cefalea moderada o severa debe requerir la evaluación de un especialista.
 - Identificación y protección de los factores desencadenantes.
 - Registro en un almanaque del día que tuvo la cefalea, anotación de todo alimento consumido 24 horas antes del dolor, o de situaciones vividas, después de una 3º ó 4º crisis seguramente se podrá identificar el factor desencadenante.
 - Evitar la receta de analgésico por profesionales ajenos a la medicina.
 - Ejercicio responsable de la sexualidad.

CONVULSIONES FEBRILES

DEFINICIÓN

Es el trastorno convulsivo más común de la infancia, que ocurre entre los tres meses y los cinco años, desencadenado por fiebre pero sin evidencia de infección intracraneana o causa neurológica diferente.

CLASIFICACIÓN

Convulsión febril simple:

- Edad de presentación de tres meses a cinco años.
- Duración menor a 10 minutos.
- Convulsión que no se repite dentro de las 24 horas siguientes.
- Examen neurológico normal posterior a la crisis.
- Antecedentes familiares de convulsiones febriles.
- Sin antecedentes familiares de epilepsia.
- Crisis generalizadas clónicas, tónicas y tónico clónicas.

Convulsión febril compleja:

- Historia familiar de epilepsia.
- Antecedentes de alteración neurológica o retardo del desarrollo psicomotor.
- Examen neurológico anormal posterior a la crisis.
- Convulsión de inicio focal.
- Duración mayor a 10 minutos.
- Convulsión repetida en el episodio febril.
- Estudio electroencefalográfico posterior anormal.

DIAGNÓSTICO

Presencia de crisis convulsiva asociada a fiebre, pero sin evidencia de infección intracraneana.

CRITERIOS CLÍNICOS

- La convulsión coincide con ascenso brusco de temperatura.
- Aparece en general cuando la temperatura alcanza los 39°C o más.
- La convulsión es típicamente generalizada, tónico clónica menor a 10 minutos de duración (generalmente dura segundos), seguida de un breve período post crítico con somnolencia.
- Si dura más de 10 minutos sugiere una causa orgánica, como procesos infecciosos o tóxicos y exige investigación.
- La mínima sospecha de meningitis, autoriza realizar punción lumbar y analizar el líquido cefalorraquídeo.
- Es importante reconocer los factores de riesgo mayores que son: convulsiones focales, crisis con duración mayor a 10 minutos y daño neurológico previo.
- Existe predisposición genética.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Gabinete:

- Electroencefalograma que debe realizarse preferentemente después de una semana de ocurrida la crisis convulsiva.
- Solicitar otros exámenes según se encuentre patología agregada y a criterio del médico tratante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecciones del sistema nervioso central.
- Causas metabólicas.
- Epilepsia.
- Shigellosis.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I, II y III

- Aligerar la ropa y aplicar medios físicos para bajar la fiebre, nunca usar agua fría ni alcohol.
- Permeabilizar la vía aérea superior.
- Administrar oxígeno.
- Aspirar secreciones.
- Control y mantenimiento de signos vitales.
- Permeabilidad de vía venosa con dextrosa al 5% o solución fisiológica, en crisis febriles complejas.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I, II y III

- Para la fiebre: paracetamol VO o rectal, 30-40 mg/Kg./día, fraccionado cada 4-6 horas; o ibuprofeno VO en menores de seis meses a 12 años, 5-10 mg/Kg./dosis cada ocho horas; o dipirona IV 10 mg/Kg./dosis única.
- Para las convulsiones: diazepam en mayores de seis meses, IV o rectal 0,2-0,3 mg/Kg./día.

Nivel III

- Control de crisis según normas de manejo de estado epiléptico.

COMPLICACIONES

- Traumatismo orolingual u otros.
- Broncoaspiración.
- Estado epiléptico.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- A nivel superior al no responder al tratamiento y ante sospecha de patología asociada.

CRITERIOS DE ALTA

- Solucionada la convulsión, controlada la fiebre e iniciado el tratamiento de la patología desencadenante.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para control ambulatorio y control electroencefalográfico.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Indicar y orientar a la madre las técnicas para controlar la fiebre precozmente mediante medios físicos y/o antipiréticos, así como asistir a consulta médica para diagnóstico y tratamiento del cuadro febril.

DOLOR LUMBAR AGUDO

DEFINICIÓN

Dolor de inicio súbito en región lumbar con características de compromiso no neuropático o neuropático.

CLASIFICACIÓN

Causas mecánicas (97%):

- Elongación musculoesquelética (70%).
- Artrosis (10%).
- Hernia discal (4%).
- Otras.

Causas no mecánicas (1%):

- Inflamatorias.
- Infecciosas.
- Tumorales.

Causas viscerales (2%):

- Pélvicas.
- Renales.
- Retroperitoneales.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Dolor no neuropático o neuropático.
- Signo de Lassegue: déficits sensitivos, motores y reflejos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

- Radiografía de columna.
- TAC de columna.
- Resonancia magnética de columna.
- Electrodiagnóstico.

COMPLICACIONES

- Síndrome de cola de caballo.
- Déficit motor progresivo.

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I, II y III

- Reposo por tres días.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel I, II y III

- AINES para dolor no neuropático por 7 a 10 días.
- Carbamazepina, amitriptilina para el dolor neuropático.
- Relajantes musculares como diazepam 5 mg BID o TID.
- Corticoides por 3 a 5 días.
- Fisioterapia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Sólo el 20% de las hernias discales son quirúrgicas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Falta de respuesta al tratamiento.
- Sospecha de patología asociada.
- Signos de alarma:
 - Antecedentes de trauma.
 - Infecciones.
 - Mayores de 50 años y menores de 20 años.
- Referir a neurocirugía sólo en caso de banderas rojas o déficit motor progresivo y dolor por hernia discal.

CRITERIOS DE ALTA

- Mejoría con tratamiento conservador o solución quirúrgica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Descartada patología quirúrgica debe retornar para manejo ambulatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Recomiende sobre:

- Evitar sobrepeso.
- Realizar actividad física continua.
- No levantar pesos.
- Favorecer posturas adecuadas en el trabajo.
- No fumar.

ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

DEFINICIÓN

Es una enfermedad neurodegenerativa sin causa definida, caracterizada por presentar clínicamente: temblor de reposo, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural; la edad de inicio más frecuente está entre los 45 a 60 años de edad; su anatomopatología muestra una pérdida de las neuronas pigmentadas y gliosis de la sustancia negra *pars compacta* e inclusiones citoplasmáticas en los cuerpos de Lewis que determinan una disminución en la producción de dopamina.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Para el diagnóstico de la enfermedad de párkinson (EP) se precisa que exista **bradicinesia** más alguno de los siguientes signos:

- Rigidez muscular.
- Temblor de reposo de 4-6 horas.
- Inestabilidad postural.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

- Los estudios de neuroimagen son de utilidad, principalmente para el diagnóstico diferencial, descartando patología orgánica.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Sospecha en base a criterios clínicos.
- Referencia a nivel II ó III.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Inicio de tratamiento con: *agonista dopaminérgico*, amantadina VO 100 mg una tableta cada 8-12 horas, luego continuar con:
 - Primera opción: *agonistas dopaminérgicos*, pramipexol dosis inicial VO 0,25 mg cada 8-12 horas hasta una dosis de 2 mg día + anticolinérgicos, trihexifenidilo en tabletas 5 mg, dosis 2,5-5 mg cada ocho horas; o biperideno 4 mg en dosis similares, son utilizados para disminuir el temblor. En caso de no lograr una respuesta adecuada agregar levodopa carbidopa, tabletas de 125-250 mg, dosis inicial de 125 mg cada 8-12 horas, aumentar muy lentamente hasta alcanzar la dosis individual eficaz; efectos secundarios comunes son náuseas, vómitos o hipotensión, que puede ser evitado fraccionando las dosis.
 - Segunda opción: bromocriptina 2,5 mg, *agonista dopaminérgico*, dosis de 2,5-10 mg/día.
- Los *inhibidores de la MAO-B* pueden indicarse antes del uso de los dopaminérgicos, en monoterapia proporciona una eficacia sintomática moderada. La dosis de 5 mg/día es generalmente tolerada por el paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Para temblor unilateral o disquinesia severa por la medicación.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sospecha de síndrome parkinsoniano.

CRITERIOS DE ALTA

- Se sugiere controles periódicos de la evolución de la enfermedad.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Paciente con enfermedad de párkinson con tratamiento instaurado con buena respuesta.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Orientación y apoyo a la familia para el correcto desempeño del paciente.
- El manejo multidisciplinario y farmacológico adecuado mejorará la calidad de vida y aumentará la productividad del individuo.
- Cuidado para evitar caídas.
- Aplicación de fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, apoyo por fonoaudiología.
- Fomento de conformación de grupos de apoyo para colaborar a conservar la calidad de vida de los pacientes.
- Importante mantener buen estado nutricional, con dieta rica en fibra, hidratación adecuada; así como la valoración nutricional periódica para valorar manejo de proteínas en la dieta según el estadio.

ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES - ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

DEFINICIÓN

Enfermedad crónica inmunológica e inflamatoria que afecta al sistema nervioso central por compromiso de la mielina de la sustancia blanca, simulando cualquier otra enfermedad neurológica y constituye una enfermedad incapacitante para la gente joven.

FACTORES DE RIESGO

- Predisposición genética.
- Factores geográficos.

CLASIFICACIÓN

- Progresiva primaria.
- Progresiva recurrente (13%).
- Progresiva secundaria (20%).
- Recurrente remitente (53%).

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Síntomas y signos más frecuentes:

- Alteraciones sensitivas (34%).
- Debilidad (22%).
- Pérdida visual (13%).
- Ataxia (11%).
- Diplopía (8%).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

- TAC cerebro sin contraste.
- Resonancia de cerebro o médula espinal sin contraste.
- PL en caso de TAC "normal" y sospecha de hemorragia subaracnoidea.

CUADRO N° 1

LESIONES SEGÚN RESONANCIA MAGNÉTICA

Localización	Varones	Mujeres	Total	%
Cerebro	7	7	14	93
Trinco encefálico	2	1	3	20
Cerebelo	4	2	6	40
Médula. espinal	1	2	3	20
Nervio óptico	1	4	5	33

CUADRO N° 2: DIAGNÓSTICO CLÍNICO - IMÁGENES - LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

DATOS CLÍNICOS	CARACTERÍSTICAS NECESARIAS
Dos o más recaídas y evidencia de dos o más lesiones.	Neuritis óptica que debe durar más de 24 horas.
Dos o más recaídas y evidencia clínica de una lesión.	Diseminación en espacio con resonancia magnética y LCR.
Una recaída y evidencia de dos lesiones.	Diseminación en tiempo con RM.
Una recaída y evidencia de una lesión.	Diseminación en espacio con RM con dos o más lesiones y LCR.
Progresión neurológica insidiosa sugerente de EM.	Progresión en un año, positiva RM de cerebro, positiva para médula y LCR.

TRATAMIENTO

BROTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Nivel I

- Sospecha en base a criterios clínicos.
- Referencia a nivel II ó III.

Nivel III

- Reposo.
- Bolos de metilprednisolona IV 500-1.000 mg en 500 ml de solución fisiológica cada 6-8 horas por cinco días.
- Control de PA – FC – glucemia – electrolitos antes y después de los bolos de metilprednisolona.

PROFILAXIS

Nivel III

- Opciones posibles:
- Interferón beta 1b 250 mcg cada dos días o interferón beta 1b 30 mcg IM cada semana.
- Mitoxantrone IM 12 mg/m² cada tres meses.
- **Nota:** iniciar terapia profiláctica indefinida, dependiendo del tipo de esclerosis múltiple.

COMPLICACIONES

- Alteraciones hepáticas.
- Alteraciones hematológicas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Cuadro clínico neurológico con signos y síntomas variables.

CRITERIOS DE ALTA

- Estabilidad clínica neurológica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Después de terapia definida.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Control de factores de riesgo estrictos.
- Evitar sobrepeso.
- Realizar actividad física regular.

ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (ECV) o ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO AGUDO o ÍCTUS

DEFINICIÓN

Enfermedad producida por obstrucción vascular con lesión isquémica regional o ruptura con posterior hemorragia, que afecta directa o indirectamente a vasos arteriales o venosos del cerebro, tronco o médula espinal.

FACTORES DE RIESGO

- Fibrilación auricular y cardiopatías.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Dislipidemias.
- ECV anterior.

FACTORES DE ALTO RIESGO EMBOLÍGENO

- Cardíaco con importancia epidemiológica:**
- Fibrilación auricular.
 - Miocardiopatía dilatada.

CLASIFICACIÓN

Isquémica (86%):

- De fuente cardíaca o embólica.
- Trombosis.
- Infartos lacunares.
- Otras.

Hemorrágica (14%):

- Hipertensiva (93%).
- Hemorragia subaracnoidea (7%).

Causas infrecuentes:

- Trombosis venosa cerebral.
- Disecciones arteriales.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Trastorno de lenguaje (súbito).
- Déficit neurológico focal motor o sensitivo.
- Compromiso de conciencia.
- Cefalea intensa, déficit neurológico difuso con compromiso de conciencia variable en la hemorragia subaracnoidea.
- Examen neurovascular.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.
- Electrolitos y glicemia.

Gabinete:

- TAC cerebral sin contraste.
- Resonancia magnética de cerebro o médula espinal sin contraste.
- PL en caso de sospecha de hemorragia subaracnoidea.

SÍNDROMES CLÍNICOS

Infarto complejo de la circulación anterior

- Trastornos de las funciones cerebrales superiores (conciencia, lenguaje memoria).
- Hemianopsia homónima contra lateral.
- Déficit motor y sensitivo contra lateral.
- Mal pronóstico.

Infarto parcial de la circulación anterior

- Sólo trastorno de las funciones cerebrales superiores (FCS).
- Dos de las características del anterior síndrome.
- Buen pronóstico.

Infarto lacunar

- Sólo déficit motor o sensitivo.
- Disartria.
- Trastornos cerebelosos.
- Buen pronóstico.

Infarto de la circulación posterior

- Parálisis homolateral de nervios craneales.
- Alternaciones del campo visual.
- Déficit motor y sensitivo generalmente bilateral.
- Trastornos cerebelosos.
- Trastornos de los movimientos conjugados de los ojos.
- Pronóstico generalmente bueno.

TRATAMIENTO MÉDICO: EQUIPO DE STROKE O ECV

MEDIDAS GENERALES

Nivel I, II y III

- Reposo.
- En ECV isquémica bajar la PA sólo si PA sistólica es mayor de 220 mmHg y/o diastólica es mayor a 120 mmHg, lentamente y sólo el 10% a 20%, con enalapril VO 10 mg.
- Viabilizar vía aérea.
- Oxígeno por mascarilla 4-6 litros/min, en caso de hipoxia.
- Cambios de posición cada dos horas.
- Controlar y bajar glicemia si es mayor de 150 mg.
- Iniciar alimentación a la brevedad posible, por sonda nasogástrica y/o luego de prueba del vaso de agua.
- Posición de cabeza 30° más elevada que el resto del cuerpo.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel III

En caso de cumplir criterios ECV isquémico menos de 4,5 horas:

- r-TPA (activador celular del plasminogeno) IV o intra-arterial.

Si no es candidato a rtPA.

- Aspirina 100 mg/día.
- Profilaxis de trombosis venosa profunda con heparina VSC 5000 UI cada 8-12 horas.

En caso de ECV hemorrágica, si PA sistólica es mayor de 180 mmHg y PAM es mayor de 130 mmHg:

- Antihipertensivo: enalapril 10 mg VO.

En caso de presencia de hipertensión intracraneal administrar manitol al 20% 100 ml cada seis horas.

COMPLICACIONES

- Hipertensión intracraneal.
- Embolia pulmonar.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Sospecha de ECV.
- No disponibilidad de TAC.

CRITERIOS DE ALTA

- Estabilidad clínica neurológica.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Después de terapia definida.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Control de factores de riesgo estrictos.
- Evitar sobrepeso.
- Realizar actividad física regular.
- No usar fármacos simpaticomiméticos.
- No fumar.
- Prevención secundaria: atorvastatina 10 mg VO/día + aspirina 100 mg VO día.

EPILEPSIA

DEFINICIÓN

Es una enfermedad crónica de la sustancia gris del cerebro, caracterizada por la presencia de crisis convulsivas o no convulsivas recurrentes, provocadas por descarga neuronal excesiva.

TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL ILAE

Parciales simples:	Parciales complejas	Parciales secundariamente generalizadas	Generalizadas:	No clasificables
<ul style="list-style-type: none"> ■ Motoras. ■ Sensitivas. 			<ul style="list-style-type: none"> ■ Tónico clónica. ■ Tónica. ■ Atónica. ■ Mioclónica. ■ Ausencia. 	

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Presencia de crisis epiléptica:
- Edad del paciente.
 - Antecedentes familiares y personales.
 - Factores de riesgo.
 - Examen neurológico completo.
 - Tipo de crisis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio (de acuerdo a criterio clínico):

- Cuadro hemático.
- Uroanálisis.
- Electrolitos séricos y calcemia.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Transaminasas.
- Gases arteriales.
- Examen citoquímico de LCR (si el caso sugiere).
- Screening metabólico para los niños

Gabinete:

- Electroencefalograma.
- Resonancia magnética nuclear si es necesaria y según disponibilidad.

TRATAMIENTO

Es recomendable que el tratamiento antiepiléptico se realice con un solo fármaco o monoterapia.

Tratamiento farmacológico:

- **Crisis parciales simples, complejas y con generalización secundaria**, opciones:
 - Primera opción: carbamazepina dosis pediátrica 20-30 mg/Kg./día; dosis adultos 400-1200 mg/día cada 8-12 horas.
 - Segunda opción: fenitoína dosis pediátrica 5 mg/Kg./día; dosis adultos 200-300 mg/día cada 12 horas.
- **Crisis generalizadas (no convulsivas) tipo ausencia**, opciones:
 - Primera opción: ácido valproico, dosis pediátrica 20 a 30 mg/Kg./día; dosis adultos 1 a 3 g/día cada 8-12 horas.
 - Segunda opción: fenitoína dosis pediátrica 5 mg/Kg./día; dosis adultos 200 a 300 mg/día cada 12 horas.

■ Crisis generalizada convulsiva, opciones:

- Primera opción: valproato de sodio, dosis pediátrica 20 a 30 mg/Kg./día; dosis adultos 1 a 3 g/día cada 8-12 horas.
- Segunda opción: fenitoína dosis pediátrica 5 mg/Kg./día; dosis adultos 200 a 300 mg/día cada 12 horas.
- Tercera opción: fenobarbital dosis pediátrica 5 a 7 mg/Kg./día; dosis adultos 100 a 300 mg/día.
- Cuarta opción: carbamazepina dosis pediátrica 20 a 30 mg/Kg./día; dosis adultos 400 a 1200 mg/día cada 8-12 horas.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Persistencia de crisis, efectos colaterales o alergias.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Control de crisis estable.

OBSERVACIONES

- El seguimiento y control debe ser estructurado y regular para toda persona con epilepsia.
- En niños/niñas y jóvenes se debe realizar un control por lo menos una vez al año por un especialista (aunque puede ser trimestral), en adultos al menos una vez al año por un generalista o un especialista, dependiendo de lo bien controlada que esté la epilepsia y/o la presencia de problemas específicos en la forma de vida (por ej. patrón de sueño, consumo de alcohol).
- Realizar control de niveles plasmáticos de acuerdo a la evolución clínica a las cuatro semanas.
- Control EEG según evolución clínica.
- Control hematológico y bioquímico por toxicidad farmacológica.

RECOMENDACIONES*

Sobre los exámenes complementarios:

- Los niños/niñas, jóvenes y adultos que necesitan un electroencefalograma deben realizarlo cuanto antes (plazo: cuatro semanas) después de haber sido solicitado.
- Hacer electroencefalograma de 12 derivaciones en los adultos con sospecha de epilepsia. En niños/niñas y jóvenes, considerar la electrocardiografía de 12 derivaciones en los casos de diagnóstico incierto. La resonancia magnética es el estudio por imagen de elección para cualquiera con epilepsia.
- Las imágenes por resonancia magnética son particularmente importantes en aquellos pacientes que:
 - Desarrollan epilepsia antes de los dos años de edad o en la edad adulta.
 - Tienen algún indicio de un comienzo focal en la historia, el examen o la electroencefalografía (a menos que haya una clara evidencia de epilepsia focal benigna).
- En niños, jóvenes y adultos que la necesitan, la resonancia debe ser hecha cuanto antes.

Sobre el abordaje del tratamiento:

- El estilo de consulta debe permitir a los niños/niñas, jóvenes o adultos con epilepsia y sus familiares y/o cuidadores participar en todas las decisiones sobre su salud y tener plenamente en cuenta su raza, cultura y necesidades específicas.
- Todas las personas con epilepsia deben tener un plan de atención integral acordado con el paciente, su familia y/o cuidadores, y los prestadores de atención primaria y secundaria.
- La estrategia para el tratamiento con medicamentos antiepilépticos debe individualizarse de acuerdo al tipo de convulsión, el síndrome epiléptico y los medicamentos recibidos por otras comorbilidades, el estilo de vida del niño/niña, joven o adulto y las preferencias de la persona, su familia, y/o cuidadores, según corresponda.
- Si utiliza carbamazepina, ofrecer preparaciones de liberación controlada.

Sobre el inicio del tratamiento:

- Si es posible el medicamento antiepiléptico se elegirá según el tipo de síndrome epiléptico. Si la presentación del síndrome epiléptico no es clara, se elegirá según el tipo de convulsiones.

Sobre el tratamiento de primera línea para las convulsiones focales de reciente aparición:

- Ofrecer la carbamazepina o la lamotrigina como tratamiento de primera línea.
- Si la carbamazepina y la lamotrigina no son adecuadas o toleradas, ofrecer levetiracetam, oxcarbazepina, o valproato de sodio.
- Considere la posibilidad de un tratamiento adyuvante, si un segundo fármaco bien tolerado no es eficaz (nueva recomendación).

Sobre el tratamiento adyuvante para las convulsiones focales refractarias:

- Si los tratamientos de primera línea son ineficaces o no se toleran, ofrecer clobazam, carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, valproato de sodio, o topiramato como tratamiento adyuvante.
- Si el tratamiento adyuvante es ineficaz o no se tolera, discutir o consultar con un especialista en epilepsia, quien puede considerar otros FAE: acetato de eslicarbazepina, lacosamida, fenobarbital, fenitoína, pregabalina, tiagabina, vigabatrina y zonisamida. Cuando se usa la vigabatrina debe haber un cuidadoso equilibrio entre los riesgos y los beneficios, debido al riesgo de efectos **irreversibles en el campo visual** (nueva recomendación).

Sobre el tratamiento de primera línea de las convulsiones tónico clónicas generalizadas de reciente diagnóstico:

- Ofrecer valproato de sodio como tratamiento de primera línea, si no es adecuado, ofrecer la lamotrigina pero si la persona tiene convulsiones mioclónicas o se sospecha que ha tenido epilepsia mioclónica juvenil, tener en cuenta que la lamotrigina puede exacerbar las crisis mioclónicas.
- Considere la posibilidad de carbamazepina y oxcarbazepina, pero tener en cuenta el riesgo de exacerbar las convulsiones mioclónicas o de ausencias.

Sobre el tratamiento adyuvante para las convulsiones tónico clónicas generalizadas:

- Si los tratamientos de primera línea son ineficaces o no se toleran, pasar a los de segunda línea: clobazam, lamotrigina, levetiracetam, valproato de sodio o topiramato como tratamiento adyuvante.
- Si las convulsiones mioclónicas están ausentes o si se sospecha epilepsia mioclónica juvenil, no ofrecer carbamazepina, gabapentina, oxcarbazepina, fenitoína, pregabalina, tiagabina, o vigabatrina.

Sobre el mantenimiento del tratamiento farmacológico:

- Mantener un alto nivel de vigilancia para detectar el surgimiento de efectos adversos asociados con el tratamiento farmacológico (por ej. disminución de la densidad mineral ósea) y problemas neuropsiquiátricos (ya que hay un pequeño riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas, los datos disponibles sugieren que este riesgo se aplica a todo medicamento antiepiléptico y puede ocurrir tan pronto como en las primeras semanas después de comenzar el tratamiento).

Sobre la dieta cetogénica:

- Niños/niñas y jóvenes con ataques de epilepsia que no han respondido a los antiepilépticos apropiados deben referirse a un especialista en epilepsia pediátrica de nivel III, para considerar la introducción de una dieta cetogénica.

Sobre mujeres y jóvenes en edad fértil:

- Discutir el riesgo de malformaciones del desarrollo y las posibles alteraciones fetales que pueden producir los medicamentos antiepilépticos con las mujeres y jóvenes en edad fértil, incluidas mujeres jóvenes en edad de procrear que requieren la continuación del tratamiento, además informar a sus padres y/o cuidadores. Es importante evaluar los riesgos y beneficios del tratamiento con cada fármaco, teniendo en cuenta que los datos de los riesgos para el feto que se asocian a los nuevos fármacos todavía son limitados; especial consideración se debe tener acerca del riesgo para el recién nacido en cuanto a la continuación del uso del valproato de sodio, tomando consciencia del efecto de las altas dosis (> 800 mg/día) y los tratamientos múltiples.

(*) Basado en la experiencia y la opinión del GDG y resultados de estudios descriptivos en: *Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en adultos y niños*. Resumen de las nuevas guías basadas en la mejor evidencia disponible con recomendaciones importantes para la práctica clínica, especialmente en casos controvertidos. Delgado V., Sawyer L., Neilson J., Sarri G., Cross JH. BMJ 2012; 344:e281

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- NO interrumpir medicación sin indicación de médico tratante.
- NO consumir bebidas alcohólicas.
- Mantener un horario de sueño adecuado de siete horas aproximadamente.
- Evitar consumo de fármacos sin el conocimiento de su médico.
- Ante un cuadro infeccioso comunicar a su médico del mismo.
- Evitar reflejos luminosos intensos, si se ha observado que desencadenan crisis convulsivas.
- Todos los niños/niñas, jóvenes y adultos con sospecha de convulsiones, de reciente aparición, deben ser vistos con urgencia (dentro de las dos semanas) por un especialista, con el fin de asegurar la precisión y el diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento adecuado.

PACIENTE CON EPILEPSIA CONTROLADA es una persona normal, **PUEDE Y DEBE LLEVAR UNA VIDA NORMAL, NO DEBE SER DISCRIMINADO EN EL COLEGIO, TRABAJO O EN CUALQUIER ACTIVIDAD QUE REALICE.**

ESTADO EPILÉPTICO

DEFINICIÓN

Se refiere a crisis epiléptica convulsiva o no convulsiva, que dura más de 30 minutos o dos o más convulsiones entre las cuales no hay recuperación del estado de alerta o éste sea incompleto y dura 30 minutos o más.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Lo fundamental es la historia clínica obtenida con ayuda del paciente u otros observadores del evento.
- En caso de desconocer el momento de inicio de la crisis se debe considerar como estado epiléptico la crisis presente.

Antecedentes a considerar:

- Traumatismo reciente.
- Suspensión brusca de medicación antiepiléptica.
- Ingesta y/o supresión de alcohol.
- Alteraciones del sueño.
- Paciente diabético con hipoglicemia inducida por fármacos.
- Paciente con lupus eritematoso y posibilidad de compromiso del sistema nervioso.
- Infecciones bacteriana, viral o parasitaria del sistema nervioso central.
- Afecciones vasculares del sistema nervioso central.
- Lesión ocupativa intracerebral.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio

(de acuerdo a criterio clínico):

- Cuadro hemático.
- Uroanálisis.
- Electrolitos séricos y calcemia.
- Glicemia.
- Creatinina.
- Transaminasas.
- Gases arteriales.

Gabinete:

- Punción lumbar (si el caso sugiere).
- Electroencefalograma (según disponibilidad).
- Tomografía (según disponibilidad).

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Vía aérea permeable.
- Oxígeno: mascarilla 2-4 litros/minuto o bigotera 1-2 litros/minuto, permanente.
- Anticonvulsivante: diazepam niños IV 0,2-0,3 mg/Kg. IV STAT, repetir dosis si no se controla (preparar referencia inmediata). Adultos 5-10 mg IV lento con una velocidad máxima de 5 mg/min, puede ser necesario repetir dosis en caso de persistir las crisis.
- Control de signos vitales con horario: frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, temperatura.
- Cánula de Mayo o similar en cavidad oral (según necesidad y disponibilidad).
- Canalización de vía venosa para mantenimiento de líquidos basales.
- Toma de muestra sanguínea para pruebas hemáticas, bioquímicas y toxicológicas, según disponibilidad.
- Glicemia por glucómetro según disponibilidad.
- Procure determinar la causa del estatus y de ser necesario tome providencias acerca de otros eventos acompañantes.
- Colocar sonda nasogástrica, en niños, de preferencia sonda orogástrica.
- Referencia inmediata acompañada con personal de salud capacitado en RCP.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

Además de lo indicado en el nivel I:

- Corregir la causa del estado epiléptico.
- Control de estado epiléptico:

0-20 minutos:

- Venoclisis con solución glucosada al 5% 500 ml a goteo de mantenimiento, en niños 100 ml/Kg. a goteo de mantenimiento.
- Administración de tiamina 100 mg IV directo en caso de paciente alcohólico o en quien se desconocen antecedentes.
- Anticonvulsivantes, utilizar las siguientes alternativas:
 - Diazepam: niños iniciar IV 0,3 mg/Kg. peso, se puede repetir a los cinco minutos hasta un máximo de 5 mg para menores de cinco años y 10 mg para mayores de cinco años, se puede usar la vía rectal como alternativa, en caso de repetir dosis de diazepam administrar misma dosis, agregar piridoxina IV 200 mg en menores de dos años; adultos IV lento 5-10 mg, con una velocidad máxima de 5 mg/minuto, puede ser necesario repetir dosis en caso de persistir las crisis; ancianos 5-10 mg IV, lento y con una velocidad máxima de 5 mg/minuto, puede ser necesario repetir dosis.
 - Fenitoína: 20 mg/Kg. administrar a 50 mg por minuto para evitar arritmias. Si no se tiene fenitoína en ampollas, administrar fenitoína sódica 20 mg/Kg. por SNG, esperando que el nivel plasmático alcance en 2 a 4 horas.
 - En caso de hipoglucemia: solución glucosada al 50% (50 ml), directo IV en bolo (previa administración de tiamina IV 100 mg). En niños la dosis es 2 ml/Kg. de solución glucosada al 25%.

21-40 minutos:

Repetir dosis de diazepam IV en caso de crisis hasta que la fenitoína alcance su nivel plasmático, especialmente si se administró fenitoína por SNG.

41- 60 minutos:

- En caso de persistir las crisis: repetir dosis de diazepam y preparar una solución glucosada 5% 1.000 ml, agregar 10 ampollas de diazepam y administrar a un goteo de 14 gotas por minuto.
- Traslado a un centro de nivel III o a una UTI para coma barbitúrico hasta que los fármacos administrados logren el control de las crisis.

60 minutos:

- Paciente en terapia intensiva con coma barbitúrico, monitorizado y en tratamiento multidisciplinario con intensivista, neurólogo y fisioterapeuta.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- A nivel superior al no responder al tratamiento y ante sospecha de patología asociada.

CRITERIOS DE ALTA

- Solucionada la convulsión y descartada o resuelta la patología agregada.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para control ambulatorio del cuadro de base.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Recalcar que el tratamiento es importante, no interrumpir medicación sin indicación de médico tratante.
- Recomendar prácticas de higiene y alimentación saludable.

MIGRAÑA

DEFINICIÓN

Es una cefalea periódica primaria intensa, pulsátil, generalmente unilateral, acompañada de náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia. El 15 a 30% de pacientes experimentan un aura o disfunción focal cerebral que precede o coincide con el inicio de la crisis. Existen períodos libres de dolor. Es un trastorno con base genética, generalmente se inicia en la infancia, pero puede hacerlo en la adolescencia o vida adulta. Es más frecuente en el sexo femenino.

TIPOS MÁS FRECUENTES

Migraña sin aura:

- Dolor unilateral o bilateral, pulsátil, de intensidad moderada a grave; se agrava por la actividad física y se asocia con alguno de los siguientes síntomas: náuseas y/o vómitos, fonofobia y/o fotofobia.

Migraña con aura:

- Precedida de aura, frecuentemente visual, pero puede tener síntomas sensitivos del habla o lenguaje u otros.
- El aura se desarrolla en forma gradual y los síntomas duran entre 5 y 60 minutos.
- La cefalea es similar al de la migraña sin aura.

Migraña complicada:

- Es una migraña asociada a déficit neurológico (confusión, alteraciones del equilibrio, lenguaje, disminución de la fuerza muscular, oftalmoplejia).
- La resolución del episodio es más difícil y tardío.

Estado migrañoso:

- Ataque prolongado de migraña con una duración mayor a 72 horas. El dolor es unilateral, pulsátil e incapacitante. Puede tener un intervalo libre de cefalea menor a cuatro horas. El riesgo de complicaciones es mayor.

FACTORES DESENCADENANTES

- Factores alimentarios: alimentos con tiramina, feniletilamina o glutamato (ej. carnes frías rojas, chocolate, vainilla, api, saborizantes artificiales), ayuno, deshidratación, ingesta de algunas bebidas alcohólicas.
- Factores medio ambientales como cambios bruscos de temperatura, cambios de iluminación, luces intermitentes, tubos fluorescentes, cambios de altitud. Exposición a luz solar.
- Hábitos: exceso o déficit de sueño.
- Uso de anticonceptivos orales.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

- Cefalea pulsátil de moderada a severa intensidad.
- Alteraciones de la visión (manchas negras, puntos, luces brillantes).
- Náuseas y/o vómitos.
- Sensibilidad al ruido y luz (sonofobia y fotofobia).
- Empeora con actividad física, mejora con el reposo.

El diagnóstico es clínico. No existe examen de gabinete o laboratorio para hacer o confirmar el diagnóstico de migraña. En casos dudosos o de mala respuesta al tratamiento se pueden hacer estudios para excluir otras causas de cefalea.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Biometría hemática.
- Química sanguínea.

Gabinete:

- TAC de encéfalo (según disponibilidad).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Cefalea tensional.
- Cefalea crónica diaria.
- Otras causas de cefaleas secundarias.
- Cefalea en racimos.
- Sinusitis.

TRATAMIENTO

TERAPIA FARMACOLÓGICA

Nivel I, II y III

FASE AGUDA:

- Analgésicos y antiinflamatorios, una de las siguientes tres alternativas:
 - Paracetamol dosis pediátrica VO 10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas; dosis adulto VO 500-1.000 mg/dosis cada 6-8 horas; o ibuprofeno dosis pediátrica de seis meses a 12 años, 5-10 mg/Kg./dosis; dosis adulto 400-600 mg/dosis cada 4-6 horas; o naproxeno VO 275-550 mg dosis única, en adolescentes y adultos.
 - Medicación específica: ergotamina, no se administra en menores de 12 años; dosis adultos una tableta al inicio aura visual en los primeros 15 minutos de iniciada la cefalea pulsátil, se puede repetir por una vez más una tableta en los próximos 30 a 60 minutos.
 - Si no tuvo respuesta, debe asociarse domperidona VO 10 mg/dosis única.
 - En caso de persistir el dolor administrar ketorolaco: adultos IV o IM 30-60 mg/dosis única y en caso necesario añadir dexametasona IV o IM 4-8 mg dosis única/día.
 - En caso de vómitos una de las siguientes alternativas: domperidona dosis adultos IV 10 mg o metoclopramida adultos IV 10 mg cada ocho horas o 10 mg sublingual (de acuerdo a disponibilidad).

ESTADO MIGRAÑOSO:

- Administrar una de las siguientes alternativas: dexametasona en niños y adolescentes IV 0,4 mg/Kg./dosis única; adultos IV 4 mg cada ocho horas o prednisona VO 1-2 mg/Kg./día fraccionada cada 12 horas + ketorolaco adultos IM 60 mg; o ketoprofeno adultos y adolescentes 200 mg diluidos en 500 ml de solución dextrosa para 12 horas.

TERAPIA PREVENTIVA FARMACOLÓGICA

- En niños: propranolol VO 1-3 mg/Kg./día, fraccionado cada 12 horas; o ciproheptadina 2 mg/5 ml cada /12 horas.
- En adultos por seis meses y luego evaluar: propranolol VO 20-40 mg/día; o flunarizina VO 5-10 mg por las noches; o amitriptilina 12,5-25 mg cada noche VO para adulto, y para niños 0,25 a 0,5 mg/Kg./día. Se puede incrementar la dosis de adultos hasta 75 mg fraccionada en tres dosis; o ácido valproico 10-20 mg/Kg./día, fraccionado cada 8-12 horas.

TERAPIA PREVENTIVA NO FARMACOLÓGICA

- Educación a paciente y familiares para precaver y eludir factores desencadenantes.
- Terapia de retroalimentación.
- Fisioterapia.
- Terapia cognitiva.

COMPLICACIONES

- Infarto o hemorragia cerebral 1 al 17%.
- Cefalea por analgésicos.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Estado migrañoso.
- Migrañas complicadas.
- Sospecha de infarto migrañoso.
- Presencia de vómitos incoercibles.
- Aumento en frecuencia, duración y horario de las cefaleas.
- Aparición de déficit neurológico focal o difuso.

CRITERIOS DE ALTA

- Remisión del episodio migrañoso.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Control del estado migrañoso.
- Seguimiento de tratamiento preventivo.
- Seguimiento de tratamiento antimigrañoso.

OBSERVACIONES

El uso crónico de analgésicos puede originar y/o agravar problemas gástricos y renales, o llevar a un cuadro grave conocido como la cefalea crónica diaria por uso de fármacos.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Oriente a la familia y al paciente sobre:
 - Identificación y protección de los factores desencadenantes.
 - Registro en un almanaque del día que tuvo la cefalea, anotación de todo alimento consumido 24 horas antes del dolor, o de situaciones vividas, después de 3 ó 4 crisis seguramente se podrá identificar el factor desencadenante.
 - Tomar sus medicamentos antimigrañosos al inicio del cuadro.
 - Se debe evitar recetas de analgésicos por otros profesionales ajenos a la medicina.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y GLOsofaríngeo

DEFINICIÓN

Episodios paroxísticos de dolor neuropático muy intenso, de segundos de duración pero varias veces al día, en el trayecto de una o más ramas del nervio trigémino o del nervio glossofaríngeo, en personas por encima de los 50 años, excepto para patología inflamatoria, tumoral o vascular.

CLASIFICACIÓN

- Clásica o primaria o idiopática.
- Secundaria: tumores, inflamación, meningitis, schwannomas, desmielinizantes, etc.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Ataques paroxísticos de dolor facial o frontal cuya duración oscila entre segundos y menos de dos minutos.

El dolor presenta al menos cuatro de las siguientes características:

1. Distribución a lo largo de una o más ramas del nervio trigémino o nervio glossofaríngeo.
2. Inicio súbito, intenso, superficial, lancinante o urente.
3. Gran intensidad.
4. Se produce por estimulaciones de zonas gatillo, resultado de ciertas actividades diarias como: comer, hablar, lavarse la cara o los dientes.
5. Ausencia de dolor entre paroxismos de dolor.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

Para descartar patología vascular, tumoral o inflamatoria:

- TAC de encéfalo.
- Resonancia magnética según disponibilidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Aneurismas.
- Malformaciones vasculares.
- Esclerosis múltiple.
- Tumores que compriman el nervio.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Analgésicos: paracetamol niños VO 10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas; adultos VO 500 mg cada seis horas; o ibuprofeno niños VO 5-10 mg/Kg./dosis cada 6-8 horas; adultos 400-600 mg VO cada 6-8 horas.
- Aciclovir en crema, aplicaciones tópicas, si se asocia a lesiones en piel por herpes trigeminal.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Se recomienda usar al menos dos fármacos para el dolor neuropático, si el primer medicamento usado no ha sido suficiente:
 - **Opción 1:** carbamazepina VO 200 mg/día, fraccionada cada 12 horas, aumentar 200 mg/semana hasta un máximo de 1.600 mg/día o aparición de efectos colaterales, si no es suficiente añadir amitriptilina de 25 mg, ½ comprimido cada noche e incrementar la dosis cada semana hasta 75 mg cada 24 horas, en caso de intolerancia a la carbamazepina reemplazar con fenitoína.

- **Opción 2:** gabapentina, iniciar con VO 300 mg/día hasta una dosis máxima de 2.500 mg/día; o pregabalina VO iniciar con 75 mg dosis única/día hasta 150 mg cada 12 horas.
- Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis bajas y aumentar gradualmente hasta el control del dolor, también se debe explicar al paciente los efectos colaterales frecuentes pero temporales de los medicamentos.

COMPLICACIONES

Reacciones alérgicas a los medicamentos, especialmente con la carbamazepina.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Mala respuesta a terapia o efectos colaterales.

CRITERIOS DE ALTA

- Control del dolor y descartada la patología orgánica compresiva o inflamatoria.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Para control y seguimiento ambulatorio.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Explicar que la terapia es prolongada y se espera un pronóstico favorable.
- Hay períodos de remisión y nuevamente se suele presentar a lo largo de los años.

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

DEFINICIÓN

Parálisis unilateral de los músculos superiores e inferiores de la cara.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Signos unilaterales:

- Asimetría de la mímica facial.
- Epífora.
- Borramiento de los surcos frontales.
- Escasa elevación del párpado superior y falta del cierre total del ojo.
- Desviación de la comisura labial al sonreír.
- Borramiento del surco nasogeniano.
- Alteración del gusto.
- Hiperacusia del lado afectado.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.

Gabinete:

- Estos exámenes no son de rutina:
 - Resonancia magnética para descartar patologías del ángulo pontocerebeloso.
 - Electromiografía para definir pronóstico.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Medidas de protección ocular como lágrimas artificiales o pomadas oftálmicas.
- **¡IMPORTANTE!** oclusión palpebral del ojo afectado por la parálisis por 4 a 6 semanas.
- Fisioterapia rehabilitadora por dos semanas.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Prednisona, niños con peso menor a 40 Kg., VO 1 mg/Kg./día durante una semana; niños con peso mayor a 40 Kg., adultos y ancianos, 1 mg/Kg./día y reducir progresivamente hasta llegar a 0 en 10 a 12 días.
- Aciclovir, si se asocia herpes zoster, niños con peso menor a 30 Kg., VO 30-40 mg/Kg./día fraccionado cada seis horas, por cinco días; niños con peso mayor a 30 Kg., adultos y ancianos, VO 600-800 mg cada cuatro horas durante 7 a 10 días.
- Protectores gástricos en adultos: omeprazol VO 20 mg cada 12 horas o ranitidina 150 mg cada 12 horas, el tiempo que dure el tratamiento corticoide.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

No requiere a menos que sea secundaria a lesión ocupante o compresiva.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Parálisis facial periférica asociada a otros signos neurológicos como hemiparesia o signos cerebelosos.

CRITERIOS DE ALTA

- No requiere hospitalización.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Una vez diagnosticado y tratado para su control posterior.

OBSERVACIONES

Es importante la búsqueda de infecciones concomitantes: infección por herpes zoster (síndrome de Ramsay Hunt), resfríos previos, tumores que invadan el hueso temporal, fracturas del peñasco, Guillain Barré, infección por VIH, lepra.

PRONÓSTICO

- El 71% de los pacientes con parálisis facial periférica se recuperan completamente en 2 a 4 meses, con o sin tratamiento, el resto de los pacientes dependen de la presencia de factores de mal pronóstico tales como hipertensión arterial, diabetes, vasculitis.
- Se sugiere no administrar corticoides en estos pacientes.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

Si la parálisis facial periférica se repite enviar al especialista porque se podría tratar de una vasculitis o de otra patología en curso.

POLINEUROPATÍA MOTORA AGUDA (Síndrome de Guillain Barré)

DEFINICIÓN

Es la causa de parálisis generalizada más frecuente en el mundo, es una enfermedad inflamatoria aguda grave que lesiona la mielina y en ocasiones el axón de las raíces de los nervios periféricos, desencadenada por una infección previa de origen viral o bacteriano.

CLASIFICACIÓN

- PNP motora aguda desmielinizante.
- PNP motora y sensitiva aguda.
- PNP motora axonal aguda.
- Síndrome de Miller Fisher.

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS CLÍNICOS

Cualquier debilidad motora aguda es Guillain Barré mientras no se demuestre lo contrario, sin límite de edad:

- Antecedente de cuadro infeccioso viral o bacteriano 10 a 15 días previos a la enfermedad.
- El cuadro clínico debe ser la base para el diagnóstico:
 - Debilidad motora aguda flácida sin compromiso esfinteriano ni sensitivo con ausencia o disminución marcada de los reflejos.
 - Debilidad generalizada de inicio agudo.
 - Parestesias y dolor leve en plantas.
 - No hay alteración de conciencia ni esfínteres.
 - No debe haber fiebre.
 - Reflejos ausentes y flacidez.
 - Progresa en cuatro semanas.
 - Puede provocar la muerte cuando la debilidad muscular es severa y ascendente hasta pares craneales y centro respiratorio.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio:

- Hemograma completo.
- Examen general de orina.
- Examen citoquímico de LCR.

Nota: la punción lumbar es útil después de los 7 a 10 días para observar en el líquido cefalorraquídeo la disociación albumino citológica.

Gabinete:

- Electromiografía (mejor método para identificar las lesiones de nervio periférico).

REPORTE OBLIGATORIO A SEDES CORRESPONDIENTE

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Parálisis periódica hipokalémica.
- Mielopatías compresivas.

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDIDAS GENERALES

Nivel I

- Permeabilización de vía aérea superior.
- Aspiración de secreciones.
- Oxigenoterapia en caso necesario.
- Referencia acompañada con personal de salud capacitado en RCP.

Nivel II y III

- Lo anteriormente indicado más:
- Cambios de posición cada dos horas.
- Permeabilidad de vía venosa.
- Enviar unidad de terapia intensiva.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Nivel II y III

- Inmunoglobulina humana IV 0,4 g/Kg./día por cinco días.
- Para el dolor: pregabalina VO 75 mg/día e incrementar dosis cada siete días en 75 mg cada 12 horas con un máximo de 300 mg/día; o gabapentina VO 300 mg/día e incrementar dosis hasta un máximo de 2.500 mg/día.
- Fisioterapia de rehabilitación.
- Preparación para probable ventilación asistida.

COMPLICACIONES

Dentro de las cuatro semanas de enfermedad:

- Insuficiencia respiratoria.
- Broncoaspiración – Neumonías.
- Embolias pulmonares.
- Muerte.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Paciente con debilidad motora aguda progresiva.

CRITERIOS DE ALTA

- Paciente sin signos de insuficiencia respiratoria aunque con debilidad en extremidades para su tratamiento ambulatorio.

CRITERIOS DE CONTRARREFERENCIA

- Después de la rehabilitación motora generalizada.

MEDIDAS PREVENTIVAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS Y ORIENTACIÓN EN SERVICIO, FAMILIA Y COMUNIDAD

- Evitar contactos con pacientes portadores de infecciones respiratorias agudas.
- Cuidado en consumo de alimentos contaminados.
- Medidas de higiene, con énfasis en el lavado de manos.