



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Características clínicas de los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima-Perú

Clinic characteristics of patients with seizures and epilepsy at Hospital Nacional Cayetano Heredia in Lima-Peru

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
NEUROLOGÍA

AUTOR

FRANCO JESUS GONZALEZ MEDINA

ASESOR

HUGO FELIX UMERES CACERES

CO-ASESOR

ANA PILAR RAMOS TTITO

LIMA – PERÚ

2025

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

The screenshot shows a Turnitin similarity report. The document being checked is titled "Características clínicas de los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima-Perú" and is from the "Facultad de MEDICINA" at "UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA". The author is FRANCO JESUS GONZALEZ MEDINA, with co-authors HUGO FELIX UMERES CACERES and ANA PILAR RAMOS TITTO. The document is a research project for a neurology specialization degree in Lima, Peru, dated 2025. The similarity score is 19%.

The right-hand panel shows the sources of similarity:

Source	Similarity
Internet: repositorio.upch.edu.pe	8%
Internet: repositori.uji.es	-1%
Internet: www.researchgate.net	-1%
Internet: mail.revistas.usmca.edu.pe	-1%
Internet: worldwidescience.org	-1%

At the bottom left, it indicates "Página 1 de 10", "2093 palabras", and "121%" zoom.

## 2. RESUMEN

**Introducción:** Las crisis epilépticas y la epilepsia son patologías neurológicas con gran impacto en la morbimortalidad de la población adulta y pediátrica en la salud pública del país. El estudio clínico y de electroencefalograma (EEG) forman la parte inicial del abordaje diagnóstico. Sus características clínicas y clasificaciones operacionales varían ampliamente en los reportes de prevalencia e incidencia. Presentar personal capacitado y de recursos como el EEG, son esenciales para el diagnóstico de epilepsia, la escasez de ellos puede generar retraso en el tratamiento y manejo oportuno de sus complicaciones. Se necesitan mayores estudios de acuerdo con nuestro contexto epidemiológico que generen más investigación en este rubro con la finalidad de mejorar nuestras políticas de salud en el paciente con epilepsia. En el Perú hay mínima data sobre este tema, radicando así la importancia de esta investigación.

**Objetivo:** Describir las principales características clínicas en los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia. **Diseño de estudio:** Observacional descriptivo transversal.

**Población y muestra:** Pacientes pediátricos y adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima-Perú con el diagnóstico de crisis epilépticas y epilepsia en el año 2024. **Procedimientos y técnicas:** Búsqueda y registro de casos en las historias clínicas físicas y electrónicas procediendo al llenado de la ficha de recolección de datos. **Análisis estadístico:** Mediante el procesamiento de una base de datos anónima en el programa Stata v17.0.

**Palabras clave:** Epilepsia, crisis epilépticas, factores asociados, Perú.

### 3. INTRODUCCIÓN

Los trastornos neurológicos son una gran causa de morbilidad y forman parte de la segunda causa de mortalidad a nivel mundial de acuerdo con la OMS (1,2). Se estima que hay alrededor de 50 millones de personas con epilepsia a nivel global, la cual genera una gran carga global del 75% en términos de prevalencia, discapacidad y mortalidad, sobre todo en países de medianos y bajos ingresos (1,3). En un metaanálisis de prevalencia e incidencia de epilepsia en Latinoamérica (LA), Alva-Díaz et al. estimaron que en LA había una mayor incidencia respecto con el promedio mundial y una muy alta prevalencia en el Perú respecto a otros países de la región (4). A pesar de la gran demanda de pacientes con epilepsia en LA, se ha estimado que un 55.4% de estos pacientes no reciben el tratamiento adecuado para su condición (5).

La epilepsia es una condición cerebral que genera una predisposición de presentar recurrencia de crisis epilépticas, las cuales se manifiestan de manera transitoria como signos, síntomas o ambos debido a una actividad neuronal excesiva o sincrónica (6). Se tiene que considerar que presentar una crisis epiléptica no necesariamente hace el diagnóstico de epilepsia, es necesaria la historia clínica, exámenes auxiliares, estudios imagenológicos y electrofisiológicos, con los cuales podemos clasificar la crisis epiléptica, de acuerdo con su probabilidad de recurrencia, en: provocada, sintomática aguda, sintomática remota y no provocada (7). Con la finalidad de la estandarización de conceptos, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE, *por sus siglas inglés*), el 2014 brindó definiciones operacionales sobre el diagnóstico de epilepsia y el 2017 brindó una nueva clasificación respecto

a las etiologías de la epilepsia y en los tipos de crisis epilépticas por el origen: focal, generalizado o desconocido (6,8).

Los registros de prevalencia e incidencia de la epilepsia fluctúan debido a las diferencias en las definiciones y unidades de medida previos a esta estandarización de conceptos (9), en nuestro país previamente se ha recolectado data epidemiológica donde se recalca la necesidad de tipificar adecuadamente las crisis epilépticas y la epilepsia para optimizar o modificar el tratamiento de estas, tanto en adultos como en población pediátrica (10,11).

En un estudio cohorte prospectivo en Lima-Perú, Bedoya-Sommerkamp et al. evidenciaron que el manejo del estado epiléptico difiere de los tiempos establecidos en las guías de manejo, debido a que hay retraso en la administración de la medicación anticrisis (MAC), además muchos de estos pacientes presentaron compromiso de conciencia prolongado o fluctuante (fases no convulsivas) que retrasó más la decisión de inicio de tratamiento (12). También se evidenció, la falta del electroencefalograma (EEG) en las áreas de emergencia, que es un gran punto negativo al momento de tomar decisiones y descartar estado epiléptico no convulsivo, la cual requiere de un manejo neurocrítico especializado (12,13). Contar con un “código de crisis epilépticas” (internacionalmente conocido como “seizure code”) en las áreas de emergencia es de vital importancia en el manejo del paciente y evitan complicaciones significativas. Al momento, este código ya está siendo implementado en otros países de LA con impactos positivos (14). Se deben instaurar nuevas políticas en salud que promuevan la formación de unidades de epilepsia, siendo la presente investigación necesaria con la finalidad de asentar las

bases y presentar sustento epidemiológico de las necesidades de los pacientes con epilepsia en el Perú.

La epilepsia farmacorresistente tiene una alta prevalencia en los pacientes con epilepsia de aproximadamente el 30% a nivel mundial (15), algunos de estos pacientes pueden ser candidatos a cirugía de epilepsia, la cual es manejada por neurólogos y neurocirujanos con entrenamiento, abriendo así la necesidad de contar con una mayor cantidad de personal especializado para cubrir la alta demanda en el país (16). Actualmente no se cuentan con programas de subespecialización en epilepsia en el Perú, lo que aumenta más la brecha en brindar el tratamiento adecuado en estos pacientes (17).

Enfermedades infecciosas prevalentes en el Perú como la tuberculosis, neurocisticercosis y el VIH-SIDA son comorbilidades que en ciertas situaciones son causas prevenibles y modificadores epidemiológicos de crisis epilépticas y epilepsia, requieren mayor investigación sobre los mecanismos y factores asociados en la epileptogénesis (18), siendo un gran desafío en la salud pública del país.

Todas estas características plantean un gran desafío en la salud pública del Perú, que no sólo debe innovar en nuevas tecnologías, sino en estratificar los factores de riesgo asociados a la epilepsia con la finalidad de tener mejores resultados costo-efectivos (19).

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), en las áreas pediátricas y de adultos se atiende a más de 1000 pacientes al año con epilepsia o sospecha de epilepsia, este estudio plantea conocer la prevalencia de las crisis epilépticas y epilepsia tanto en la población pediátrica y adulta, así como sus factores asociados

debido a que no se cuentan con estos datos epidemiológicos y estadísticos, radicando en este punto la importancia de esta investigación con la posibilidad a futuro de efectuar más estudios, en grupos de riesgos más definidos como las gestantes, etc. Finalmente, la pregunta de investigación de este proyecto radica en identificar cuáles son las características clínicas, terapéuticas y neurofisiológicas de los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia atendidos en el HNCH durante el año 2024, así como la prevalencia de esta condición. Este estudio permitirá conocer en detalle estas características, cuya información será de gran valor en la planificación y optimización de los servicios de salud, así como en el diseño de desarrollo de programas sociales dirigidos a estos pacientes y sus familias, además esta investigación puede servir de base para estudios futuros y contribuir al cuerpo de conocimiento sobre epilepsia en el contexto peruano.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **➤ Objetivo principal:**

- Describir las principales características clínicas en los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia que recibieron atención en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2024.

##### **➤ Objetivos secundarios:**

- Determinar las características clínicas y electroencefalográficas de las crisis epilépticas y epilepsia de los pacientes que recibieron atención en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2024.
- Explorar la correlación o asociación entre los principales factores de riesgo para al desarrollo de crisis epilépticas y epilepsia.

- Determinar la incidencia de los pacientes con crisis epilépticas y epilepsia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2024.

## **5. MATERIAL Y MÉTODO**

### **a) Diseño del estudio:**

Observacional descriptivo transversal.

### **b) Población:**

Pacientes pediátricos y adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia que hayan sido atendidos de manera ambulatoria o en hospitalización en el año 2024 con el diagnóstico de epilepsia y crisis epilépticas durante el periodo de enero de 2024 a diciembre de 2024. Este hospital es un establecimiento de salud del tercer nivel que atiende a la población de Lima norte y es centro de referencia nacional.

#### **Criterios de inclusión:**

- Paciente mujer o varón con diagnóstico de crisis epilépticas o epilepsia de todos los grupos etarios, incluidos los menores de un año.
- Haber recibido atención en hospitalización o seguimiento por consultorio externo de neurología adultos o neurología pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2024.

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico incierto o no definido de crisis epilépticas o epilepsia de acuerdo con la historia clínica y exámenes auxiliares.
- Pacientes con diagnóstico de imitadores de crisis epilépticas o trastornos paroxísticos no epileptiformes sin diagnóstico definitivo de crisis epilépticas y/o epilepsia.

**c) Muestra:**

Se recolectará la información de las historias clínicas de la totalidad de los pacientes pediátricos y adultos del Hospital Nacional Cayetano Heredia que hayan sido atendidos de manera ambulatoria o en hospitalización en el año 2024 con el diagnóstico de epilepsia o crisis epilépticas durante el periodo de enero hasta diciembre de 2024. El muestreo corresponde al tipo no probabilístico de casos consecutivos de pacientes que estén acorde a los criterios establecidos.

**d) Definición operacional de variables**

La definición operacional de variables está disponible en el Anexo 1.

**e) Procedimientos y técnicas:**

- ✓ Se solicitará el acceso a las historias clínicas, tanto físicas y electrónicas a el área de estadística del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se usará el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), donde se incluirán los códigos relacionados con epilepsia y crisis epilépticas del registro electrónico del HNCH, se excluirán los trastornos paroxísticos no epilépticos.
- ✓ Se recolectará los datos en las historias clínicas de los pacientes que cumplan los criterios planteados mediante la ficha de recolección de datos (Anexo 2). La información de los pacientes será codificada anónimamente y se generará una hoja electrónica de datos en Excel.
- ✓ Los electroencefalogramas se recolectarán de los archivos electrónicos de la oficina de Neurofisiología y se recolectarán los hallazgos más relevantes, las cuales están descritas en definición operacional de variables.
- ✓ El análisis de los datos recabados será procesado mediante del software de Stata 17.

**f) Aspectos éticos del estudio:**

El presente protocolo de investigación será enviado al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Comité Institucional de Ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia para su respectiva aprobación. Esta investigación se basa en el análisis de una base de datos secundaria donde la obtención de los datos se obtendrá del registro de historias clínicas de pacientes con crisis epilépticas y/o epilepsia, mediante el uso de códigos de identificación. En este aspecto, se mantendrá la confidencialidad de los pacientes y los riesgos en el análisis de datos son casi nulos. En la ejecución del estudio se aplicarán los principios éticos de la Declaración de Helsinki, y se seguirán las recomendaciones realizadas por los comités de ética institucionales mencionados previamente. Se buscará publicar este estudio en una revista científica, indexada a Medline o Scopus, con alto factor de impacto relacionado a enfermedades neurológicas.

**g) Plan de análisis:**

Esta investigación contará con variables no paramétricas, entre las cuales se dividen en categóricas y continuas principalmente. En las variables categóricas se establecerán proporciones cuya interpretación de relaciones, comparación y diferencias entre grupos serán calculadas mediante la prueba de chi cuadrado y la prueba de U de Mann-Whitney, para mejorar la precisión de los resultados se aplicará la corrección de continuidad de Yates. En las variables continuas, se obtendrán medidas estadísticas como la media, desviación estándar, mediana y rango, donde la comparación diferencial entre estas variables, tales como edad, edad de primera crisis epiléptica, tiempo de generación de epilepsia luego de primera crisis epiléptica (aguda, remota y no provocada) serán comparadas usando

la prueba T de student o la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. Se realizará el subanálisis entre los diferentes tipos de complicaciones de crisis epilépticas y/o epilepsia (estado epiléptico, epilepsia farmacorresistente, SUDEP y otras) y su ingreso a hospitalización mediante el modelo de regresión logística y análisis multivariado, respectivamente. El nivel estadístico significativo de  $p < 0.05$  se aplicará en todos los análisis correspondientes. El procesamiento estadístico se hará mediante el software Stata versión 17.0.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singh G, Sander JW. The global burden of epilepsy report: Implications for low- and middle-income countries. *Epilepsy & Behavior*. 2020 Apr 1;105:106949.
2. Global health estimates: Leading causes of DALYs [Internet]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
3. Rubinos C, San-Juan D, Alva-Díaz C, Burneo J, Fernández A, Mayor-Romero LC, et al. Epilepsy Care in Latin America and the Caribbean: Overcoming Challenges and Embracing Opportunities. *Semin Neurol* [Internet]. 2024 Apr 17;44(02):130–46. Available from: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0044-1782616>
4. Alva-Díaz C, Navarro-Flores A, Rivera-Torrejón O, Huerta-Rosario A, Molina RA, Velásquez-Rimachi V, et al. Prevalence and incidence of epilepsy in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Epilepsia* [Internet]. 2021 Apr 1;62(4):984–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33651439/>
5. Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA. The epilepsy treatment gap in developing countries: A systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. *Epilepsia* [Internet]. 2008 Sep 1;49(9):1491–503. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1528-1167.2008.01693.x>
6. Wyllie E. Wyllie. *Tratamiento de Epilepsia. Principios Y Practica*. 7a ed. Baltimore, MD, Estados Unidos de América: Wolters Kluwer Health; 2021.
7. Wirrell E. Evaluation of First Seizure and Newly Diagnosed Epilepsy. *Continuum (Minneapolis, Minn)* [Internet]. 2022 Apr 1;28(2):230–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35393959/>
8. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* [Internet]. 2017 Apr 1;58(4):512–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28276062/>

9. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon CS, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurology*. 2017 Jan 17;88(3):296–303.
10. Quiñones-Núñez M, Lira-Mamani D. Epidemiological profile of epilepsy in a hospital population in Lima, Peru. *Revista de Neurología* 2004, 38(8), 712-715 [Internet]. 2004 Apr 16;38(8):712–5. Available from: <https://www.neurologia.com/38/8/10.33588/rn.3808.2003376>
11. Guillén-Pinto D, Gonzales C V., Vidal W, Santivañez C, Vila J, Juárez T, et al. Epilepsia en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima, Perú, 2010- 2016. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018 Jan 3;81(4):217–217. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3436>
12. Bedoya-Sommerkamp M, Chau-Rodríguez VH, Medina-Ranilla J, Escalaya-Advíncula A, Ticse-Aguirre R, Cruz-Ramírez WD La, et al. Convulsive Status Epilepticus in a Cohort of Patients from a Peruvian Academic Hospital. *J Epilepsy Res* [Internet]. 2021 Jun 30;11(1):83. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8357561/>
13. Rubinos C. Emergent Management of Status Epilepticus. *Continuum (Minneapolis)* [Internet]. 2024 Jun 1;30(3):682–720. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38830068/>
14. Espinosa-Jovel C, Riveros S, Valencia-Enciso N, Velásquez A, Vergara-Palma J, Sobrino-Mejía F. Seizure emergency code strategy: Improving treatment times and hospital outcomes for patients with urgent epileptic seizures. *Epileptic Disorders* [Internet]. 2024; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/epd2.20273>
15. Rocha LL, Lazarowski A, Cavalheiro EA, editores. *Pharmacoresistance in epilepsy: From genes and molecules to promising therapies*. 2a ed. Cham, Suiza: Springer International Publishing; 2023.
16. Steven DA, Vasquez CM, Delgado JC, Zapata-Luyo W, Becerra A, Barreto E, et al. Establishment of epilepsy surgery in Peru. *Neurology*. 2018 Aug 21;91(8):368–70.
17. Burneo JG, Steven DA, Englot D, Bender del Busto JE, Lin K, Wiebe S, et al. Fellowship education in epilepsy in Latin America and Africa: Results of a survey. *Epilepsy and Behavior*. 2025 Feb 1;163.
18. Ramos AP, Burneo JG. Seizures and epilepsy associated with central nervous system tuberculosis. *Seizure: European Journal of Epilepsy*. 2023 Apr 1;107:60–6.
19. Burneo JG, Tellez-Zenteno J, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Res*. 2005;66(1–3):63–74.
20. Beghi E, Hesdorffer D. Prevalence of epilepsy - An unknown quantity. *Epilepsia*. 2014;55(7):963–7.
21. Anderson PJ, Hüppi PS. Neurodevelopmental Follow-Up of High-Risk Newborns. *Volpe's Neurology of the Newborn, Seventh Edition*. 2025 Jan 1;360-377.e6.

22. D’Gama AM, Poduri A, Volpe JJ. Neuronal Migration. Volpe’s Neurology of the Newborn, Seventh Edition. 2025 Jan 1;142-165.e9.
23. Kurlemann G. Neurocutaneous syndromes. Handb Clin Neurol. 2012 Jan 1;108:513–33.
24. Pack AM, Oskoui M, Williams Roberson S, Donley DK, French J, Gerard EE, et al. Teratogenesis, Perinatal, and Neurodevelopmental Outcomes After In Utero Exposure to Antiseizure Medication: Practice Guideline From the AAN, AES, and SMFM. Neurology [Internet]. 2024 May 15;102(11):e209279. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38748979/>
25. Volpe JJ. VOLPE’S NEUROLOGY of the NEWBORN, SEVENTH EDITION. Volpe’s Neurology of the Newborn, Seventh Edition. 2024 Jan 1;1–1410.
26. Rivas-García A, Ferrero-García-Loygorri C, Carrascón González-Pinto L, Mora-Capín AA, Lorente-Romero J, Vázquez-López P. Convulsiones febriles simples y complejas, ¿son tan diferentes? Manejo y complicaciones en urgencias. Neurología. 2022 Jun 1;37(5):317–24.
27. Mesraoua B, Tomson T, Brodie M, Asadi-Pooya AA. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): Definition, epidemiology, and significance of education. Epilepsy & Behavior. 2022 Jul 1;132:108742.
28. Broderick JP, Adeoye O, Elm J. Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. Stroke [Internet]. 2017 Jul 1;48(7):2007–12. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.117.017866>

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### A. Presupuesto

Este estudio tendrá autofinanciamiento. La digitación de los datos será llevada a cabo por el investigador principal. Tanto el equipo como la papelería serán autofinanciados.

<b>Materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Precio (soles)</b>	<b>Costo (soles)</b>
<b>Útiles de escritorio</b>	5	20.0	100.0
<b>Impresiones</b>	100	0.50	50.0
<b>Fotocopias</b>	1000	0.10	100.0
<b>Transporte</b>	100	3.50	350.0
<b>Computadora</b>	1	2500.0	2500.0
<b>Internet</b>	6	100.0	600.0
<b>Telefonía</b>	6	35.0	210.0
<b>Tablet</b>	1	1000.0	1000.0
		<b>TOTAL</b>	4910.0

## B. Cronograma

Actividades	AÑO 2024		AÑO 2025											AÑO 2026	
	No v	Di c	En e	Fe b	Ma r	Ab r	Ma y	Ju n	Ju l	Ag o	Se t	Oc t	No v		Di c
<b>1. Fase inicial:</b> Búsqueda de literatura, planteamiento del problema y formulación de hipótesis más objetivos.	X	X	X	X											
<b>2. Diseño del estudio.</b>		X	X	X											
<b>3. Aprobaciones y permisos:</b> 3.1. Solicitud de aprobación a FAMED Postgrado UPCH.				X	X										
3.2. Solicitud de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la UPCH y del Comité Institucional de Ética del HNCH.					X	X									
3.3. Obtención de permisos						X	X								

institucional es.															
4. Recolección de datos y aplicación de instrumentos.							X	X	X						
5. Análisis de datos e interpretación de resultados.									X	X					
6. Redacción y publicación: 6.1 Elaboración de manuscrito.										X	X				
6.2. Revisión y ajustes del manuscrito.											X	X			
6.3 Envío a revista científica.												X	X		
6.4. Respuesta a revisores y publicación.														X	X

## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Definición operacional de variables.

Variable	Definición operacional	Categoría	Tipo de variable	Escala de medición	Forma de registro
<b>Edad</b>	Número de años cumplidos de acuerdo con la fecha de nacimiento. Se registrará en meses la población menor de 1 año y en años el resto de la población.	Número meses o años cumplidos	Independiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Sexo</b>	Género de la persona	Femenino: 0	Independiente	Cualitativa categórica nominal	Ficha de recolección de datos

		Masculino: 1			
<b>Lugar de procedencia</b>	Distrito, provincia y departamento donde proviene el paciente.	Lima: 0 Provincia: 1 Extranjero: 2	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Grado de instrucción</b>	Grado de estudios alcanzado al momento del registro y/o durante la evolución.	Sin instrucción: 0 Primaria: 1 Secundaria: 2 Superior: 3	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Ocupación</b>	Trabajo al cual se dedica el paciente. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí trabaja: 0 No trabaja: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedente de tipo de parto</b>	Vía de parto por lo cual nació el paciente: vaginal o abdominal. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Vaginal: 0 Abdominal: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Comorbilidades psiquiátricas</b>	Los pacientes con epilepsia tienen predisposición de desarrollar trastornos psiquiátricos o presentarlos de manera concomitante como: ansiedad, depresión, psicosis, trastorno del espectro autista (TEA), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) entre otros (20). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Depresión: 0 Ansiedad: 1 TEA: 2 TDAH: 3 Psicosis: 4 Otro: 5	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Comorbilidades somáticas</b>	Presencia de otras enfermedades, como las: vasculares [ACV, HTA, arritmia cardiaca, insuficiencia cardiaca (IC), cardiopatía congénita], endocrinas [diabetes mellitus (DM), patología tiroidea], metabólicas [enfermedad renal crónica (ERC),	ACV: 0 HTA: 1 DM: 2 FA: 3 IC: 4 ERC: 5 Hipotiroidismo: 6 Dislipidemia: 7 Asma: 8	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	dislipidemia], respiratorias (asma), encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) y otras (19,20). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Cardiopatía congénita: 9 EHI: 10 Otros: 11			
<b>Comorbilidades del desarrollo y neurológicas</b>	Estas comorbilidades son especialmente prevalentes en personas con epilepsia a una edad temprana, estas pueden ser: retraso del neurodesarrollo psicomotor (RND), retardo mental (RM), parálisis cerebral infantil (PCI) y otros (11,21). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	RND: 0 RM: 1 PCI: 2 Otros: 3	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Comorbilidades infecciosas</b>	Presencia de comorbilidades infecciosas prevalentes en el Perú como: tuberculosis (TBC), paciente viviendo con el virus del sida (VIH), neurocisticercosis (NCC) y otros (18).	TBC: 0 VIH: 1 NCC: 2 Otros: 3	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Comorbilidades neoplásicas</b>	Presencia de comorbilidades neoplásicas benignas o malignas, como: meningioma, glioma de bajo o alto grado, entre otros. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Meningioma: 0 Glioma bajo grado: 1 Glioma alto grado: 2 Otros: 3	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Presencia de malformaciones cerebrales</b>	Las malformaciones cerebrales son anomalías estructurales que pueden surgir debido a las alteraciones en el desarrollo anormal del SNC, se clasifican en vasculares (ejemplo: MAV y otras) y asociadas a alteraciones	-MAV: 0 - Lisencefalia: 1 - Heterotopia: 2 - Polimicrogiria: 3	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	de la migración neuronal (lisencefalia, heterotopia, polimicrogiria, esquizencefalia y otras) (22). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	- Esquizencefalia: 4 -Otras: 5			
<b>Presencia de síndromes neurocutáneos</b>	Son grupos heterogéneos de trastornos genéticos principalmente de estructuras derivadas del ectodermo. Se pueden incluir la neurofibromatosis tipo 1 y 2 (NF 1 y 2), esclerosis tuberosa, síndrome de Sturge-Weber y otros (23). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	-NF 1: 0 -NF 2: 1 -Esclerosis tuberosa: 2 -Sturge-Weber: 3 -Otros: 4	Independiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Tiempo de presencia de comorbilidades hasta el diagnóstico de crisis epiléptica y/o epilepsia</b>	Tiempo en semanas, meses o años desde el diagnóstico de cada comorbilidad que presenta el paciente, hasta el diagnóstico de primera crisis epiléptica y/o epilepsia. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número en semanas, meses o años	Independiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Epilepsia en gestante</b>	Presentar o haber presentado gestación de manera concomitante con el diagnóstico de epilepsia. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Presentó crisis epilépticas durante gestación</b>	Presentó crisis epilépticas durante la gestación. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Suplemento con ácido fólico en la gestante con epilepsia</b>	Presentó suplemento con ácido fólico con dosis mínimas de 0.4 mg al día en la etapa preconcepcional y durante la gestación. Con	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos

	evidencia mejorar el neurodesarrollo y evitar defectos del tubo neural en el bebé (24). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Antecedente de tipo de parto</b>	Presencia de parto eutócico (sin complicaciones) o parto distócico (con complicaciones sobre canal de parto, traumas, etc.). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Eutócico: 0 Distócico: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedente de injurias perinatales</b>	Antecedente de injurias o lesiones en el periodo prenatal, en el nacimiento o durante el periodo neonatal (primeras 4 semanas). Entre ellas: lesiones cerebrales perinatales [encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), hemorragia intracraneal, infarto cerebral focal, leucomalacia periventricular] y otros (25). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	EHI: 0 Hemorragia intracraneal: 1 Infarto cerebral: 2 Leucomalacia periventricular: 3 Otros: 4	Independiente	Cualitativa politómicas	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedente de infección del sistema nervioso central</b>	Antecedente de proceso infeccioso después del periodo neonatal en el sistema nervioso central (SNC), previo y fuera de la fase aguda de la primera manifestación de crisis epilépticas y/o diagnóstico de epilepsia (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedente de traumatismo encefalocraneano (TEC)</b>	Antecedente de lesión externa tipo golpe, sacudida, impacto o herida penetrante que altera el funcionamiento	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos

	normal del cerebro (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Antecedente de crisis febriles</b>	Antecedente de episodios convulsivos de ocurren en niños de entre 6 meses y 5 años asociados a fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ sin evidencia de infección del sistema nervioso central (26). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Antecedente de cirugía intracraneal</b>	Antecedente de cualquier procedimiento quirúrgico que se realiza dentro del cráneo para tratar diversas condiciones (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Independiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Edad de primera crisis epiléptica</b>	Edad en la cual se presentó o evidenció por el paciente o testigo la primera crisis epiléptica motora o no motora (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número de meses o años cumplidos	Independiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Frecuencia de crisis epiléptica</b>	Número de recurrencia de crisis epilépticas en el intervalo de tiempo de un mes o año. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número de frecuencia de crisis epiléptica en un intervalo de tiempo	Dependiente	Numérica discreta	Ficha de recolección de datos
<b>Crisis epiléptica</b>	De acuerdo con la ILAE (2005), la crisis epiléptica es “una aparición transitoria de signos, síntomas (o ambos debidos a una actividad neuronal anómala excesiva o sincrónica en el cerebro” (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	-Crisis provocadas -Crisis sintomática aguda -Crisis sintomática remota -No provocada	Dependiente	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Crisis provocadas</b>	Crisis epilépticas que ocurren dentro de las primeras 24 horas de:	Hidroelectrolítico: 0	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	desequilibrios hidroelectrolíticos (hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia y otras), insuficiencia orgánica (hepática o renal), hipoglicemia o hiperglicemias >450, síndrome de abstinencia de alcohol o drogas, asociada a fármacos, síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), eclampsia, exposición a toxinas y otras. Estas no requieren de uso de medicación anticrisis de mantenimiento (6,7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Hipoglicemia: 1 Hiperglicemia: 2 Abstinencia: 3 Fármacos: 4 PRES: 5 Eclampsia: 6 Toxinas: 7 Otros: 8			
<b>Crisis sintomática aguda</b>	Crisis epilépticas que se desarrollan en el periodo agudo de una noxa cerebral. Dentro de la primera semana posterior a un accidente cerebrovascular (ACV), hemorragia, cirugía intracraneal o TEC y dentro de la fase activa de una infección o patología autoinmune del sistema nervioso central (SNC) (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	ACV isquémico: 0 ACV hemorrágico: 1 Infección del SNC: 2 Autoinmune: 3 TEC: 4 Cirugía intracraneal: 5 Otros: 6	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Crisis sintomática remota</b>	Crisis epilépticas que se desarrollan después de antecedentes de lesión en el SNC. Ocurren fuera de la fase aguda de una noxa cerebral (ACV, TEC, cirugía intracraneal, infección o patología autoinmune del SNC)	ACV isquémico: 0 ACV hemorrágico: 1 Infección del SNC: 2	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	(7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Autoinmune : 3 TEC: 4 Cirugía intracraneal: 5 Otros: 6			
<b>Crisis no provocadas</b>	Crisis epilépticas que no tienen una afección aguda o factores tóxico-metabólicos identificables que las expliquen (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Semiología de crisis epiléptica</b>	Manifestaciones clínicas observables o percibidas por el testigo o el propio paciente. Dependen de la localización topográfica del foco epileptogénico y propagación de la descarga epiléptica (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Temporal: 0 Frontal: 1 Occipital: 2 Parietal: 3 Insular: 4	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Tipo de crisis epiléptica</b>	El año 2017 la ILAE presentó la nueva clasificación de los tipos de crisis epilépticas. Se pueden clasificar de acuerdo con el origen: focal sin o con compromiso de conciencia (que pueden o no progresar a tónico-clónico bilateral), generalizadas y de origen desconocido. Entre ellas pueden tener manifestaciones motoras, no motoras y no clasificadas (donde se carece de información insuficiente para ubicarla en una categoría) (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Focal sin compromiso de conciencia: 0 Focal con compromiso de conciencia: 1 Focal con progresión a tónico-clónico bilateral: 2 Generalizado: 3 Desconocido: 4	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

<b>Tiempo de aparición de primera crisis epiléptica luego de cuadro sintomático agudo relacionado</b>	Tiempo en días, semanas, meses o años desde presentar primera crisis epiléptica luego de cuadro sintomático agudo relacionado. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número en días, semanas o meses	Independiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Imitadores de crisis epilépticas</b>	Presencia de eventos paroxísticos no epileptogénicos que pueden simular crisis epilépticas, para descartarlas se requieren de cautela en la historia clínica, neuroimágenes y/o electroencefalograma. Los pacientes con epilepsia las pueden presentar concomitantemente o no. Registrado al ingreso y/o durante la evolución. Dentro de ellos, tenemos a los siguientes: síncope cardiogénico, vasovagal y neurogénico. ataque isquémico transitorio (TIA), ataxia episódica, eventos no epileptogénicos psicógenos, migraña hemipléjica, migraña con aura, narcolepsia, cataplexia, ataques de pánico, intolerancia ortostática, movimiento periódico de piernas en sueño, trastornos del sueño REM, tics, ataques de furia/rabietas, trastornos del movimiento rítmicos en sueño, parasomnias, daydreaming o ensoñación excesiva,	Crisis psicógenas: 0 Migraña: 1 TIA: 2 Síncope: 3 Otros: 4	Dependiente	Cualitativa politómicas	Ficha de recolección de datos

	síndrome del vómito cíclico, vértigo paroxístico benigno, conducta autoestimulante, estereotipias, hiperekplexia, espasmo nutans, síndrome de Sandifer, espasmo del sollozo cianótico o pálido, crisis de estremecimiento, mioclonías benignas de la infancia, temblor neonatal, mioclonía benigna del sueño (7).				
<b>Epilepsia</b>	Es la predisposición crónica para presentar recurrencia de crisis epilépticas en el tiempo. De acuerdo con la ILAE (2014), la definición operacional es la siguiente: a) $\geq 2$ crisis epilépticas no provocadas que ocurren con $> 24$ horas de diferencia, b) 1 crisis epiléptica y la probabilidad de recurrencia $\geq 60\%$ (crisis en sueño, neuroimagen anormal, EEG anormal epileptiforme e injuria cerebral previa) después de dos crisis no provocadas y c) diagnóstico de un síndrome epiléptico (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	-	Dependiente	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Epilepsia de etiología estructural</b>	Es una etiología de epilepsia debido a: lesiones adquiridas (ACV, TEC y MAV), tumores cerebrales benignos o malignos, esclerosis temporal	Estructural: 0 Genética: 1 Infecciosa: 2 Metabólica: 3	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	mesial y malformaciones del desarrollo cortical (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Autoinmune : 4 Desconocida: 5			
<b>Epilepsia de etiología genética</b>	Es una etiología de epilepsia que gracias al avance de la tecnología genética cada vez más se identifican genes relacionados, como ejemplos tenemos a las encefalopatías epilépticas del desarrollo y mutaciones de genes en específico (como los síndromes neurocutáneos) (6,7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Epilepsia de etiología infecciosa</b>	Es una etiología de epilepsia secundaria a un proceso infeccioso en el SNC, como: meningitis, encefalitis viral, malaria, neurocisticercosis, entre otras (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Epilepsia de etiología metabólica</b>	Es una etiología de epilepsia que se pueden relacionar con errores innatos del metabolismo. Se pueden clasificar en: trastornos del metabolismo energético (como las mitocondropatías), trastornos de los neurotransmisores, trastornos de la glicosilación congénita, trastorno del ciclo de las vesículas, trastornos del metabolismo de aminoácidos y cofactores y trastorno del metabolismo de lípidos (6,7). Registrado al				

	ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Epilepsia de etiología autoinmune</b>	Es una etiología de epilepsia relacionada a los procesos de autoinmunidad, por ejemplo, la encefalitis autoinmune por anticuerpos contra los receptores de superficie neuronal y/o intranucleares (7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Epilepsia de etiología desconocida.</b>	Son aquellas donde no se dilucidan las otras etiologías de la epilepsia. Son las catalogadas previamente como idiopáticas y se pueden dividir en dos categorías: las epilepsias generalizadas idiopáticas y las epilepsias focales idiopáticas ((6,7). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Tiempo de diagnóstico de epilepsia</b>	Tiempo en semanas, meses o años desde que el paciente presentó el primer episodio de crisis epiléptica catalogada como crisis sintomática aguda, remota o no provocada hasta el diagnóstico de epilepsia por un médico capacitado o neurólogo, de acuerdo con los criterios diagnósticos operacionales de epilepsia Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número de semanas, meses o años	Independiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Medicación anticrisis (MAC)</b>	Registro de tratamiento actual y previo usado en el manejo de las crisis epilépticas o epilepsia.	Fenobarbita 1: 0 Fenitoína: 1	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos

	La elección del medicamento depende del tipo de epilepsia, género, edad, estado de salud del paciente y las posibles interacciones medicamentosas (6). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Carbamazepina: 2 Valproato: 3 Lamotrigina: 4 Levetiracetam: 5 Topiramato: 6 Otro: 7			
<b>Primera MAC</b>	Primera medicación anticrisis prescrita por médico o neurólogo de adulto o pediátrico. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Fenobarbita 1: 0 Fenitoína: 1 Carbamazepina: 2 Valproato: 3 Lamotrigina: 4 Levetiracetam: 5 Topiramato: 6 Otro: 7	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Tiempo hasta el inicio de segunda MAC</b>	Tiempo en semanas, meses o años hasta el inicio de segunda medicación anticrisis. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número en semanas, meses o años	Dependiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Tiempo hasta que cambió de nuevo tipo de MAC</b>	Tiempo en semanas, meses o años hasta el cambio de un tipo de medicación anticrisis por otro nuevo tipo de MAC. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número en semanas, meses o años	Dependiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos
<b>Estado epiléptico convulsivo</b>	Definición clásica de no recuperación total de la conciencia entre crisis y crisis epiléptica. De acuerdo con la ILAE (2015), tiene la siguiente definición operacional (13): ▪ Tiempo 1: Crisis epiléptica tónico-	Sí: 0 No: 1	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos

	<p>clónico bilateral <math>\geq 5</math> minutos.  Tiempo 2: Que esta crisis sea <math>\geq 30</math> minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiempo 1: Crisis epiléptica focal con compromiso de conciencia <math>\geq 10</math> minutos.  Tiempo 2: Que esta crisis sea <math>\geq 60</math> minutos.</li> <li>▪ Crisis de ausencia con duración de más de 10-15 minutos.</li> </ul> <p>Registrado al ingreso y/o durante la evolución.</p>				
<b>Estado epiléptico no convulsivo</b>	<p>Condición donde se presentan crisis epilépticas no motoras de manera continua o repetitiva, esto se confirma con electroencefalograma (EEG) utilizando los criterios de Salzburg (13):</p> <p>a) <math>&gt;25</math> descargas epileptiformes por cada 10 segundos de registro EEG.</p> <p>b) Actividad delta/theta rítmica que excede <math>&gt; 0.5</math> por segundo o si las descargas epileptiformes son menores o iguales a 2.5 por segundo más al menos uno de los siguientes criterios adicionales: mejoría clínica y en el EEG tras la administración de medicación administración de MAC, fenómenos clínicos sutiles o evolución espacio temporal típica.</p>	<p>Sí: 0  No: 1</p>	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos

	Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Presencia de epilepsia fármaco-resistente</b>	Se define como la incapacidad para lograr un control sostenido de las crisis epilépticas tras haber realizado ensayos adecuados con al menos 2 medicamentos anticrisis (15). Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP)</b>	Presencia de muerte súbita inesperada en epilepsia (SUDEP, por sus siglas en inglés). Donde no se encuentra una causa alternativa de muerte tras autopsia completa (27). Registrado en la historia clínica.	Sí: 0 No: 1	Dependiente	Cualitativa dicotómica	Ficha de recolección de datos
<b>Otras complicaciones de crisis epilépticas</b>	Presencia de neumonía aspirativa, fracturas y otros durante hospitalización por cuadro complicado de crisis epilépticas. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Sí: 0 No: 1 Otros: 3	Dependiente	Cualitativa politómica	Ficha de recolección de datos
<b>Número de veces que paciente ingresó a hospitalización por estado epiléptico, epilepsia fármaco-resistente y otras complicaciones</b>	Número de veces que paciente ingresó por emergencia y/o hospitalización por estado epiléptico, epilepsia farmacorresistente y otras complicaciones relacionadas. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	Número de veces	Dependiente	Cuantitativa discreta	Ficha de recolección de datos
<b>Tiempo de hospitalización por estado</b>	Tiempo en días o semanas en emergencia y/o hospitalización por estado epiléptico,	Número en días o semanas	Dependiente	Cuantitativa numérica continua	Ficha de recolección de datos

<b>epiléptico, epilepsia fármaco-resistente y otras complicaciones</b>	epilepsia farmacorresistente y otras complicaciones relacionadas. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.				
<b>Nivel de funcionalidad</b>	Situación de la persona que por sus condiciones físicas y mentales duraderas se enfrenta con notables barreras de acceso a su actividad social o fallecimiento, según la <i>escala de Rankin modificado (Rm)</i> (28): 0 = asintomático; 1= sin discapacidad significativa: presenta algunos síntomas y signos, pero sin limitaciones para realizar sus actividades habituales y su trabajo. 2= discapacidad leve: presenta limitaciones en sus actividades habituales y laborales previas, pero es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. 3= discapacidad moderada: necesita ayuda para algunas actividades instrumentales, pero no para las actividades básicas de la vida diaria. Camina sin ayuda de otra persona. Necesita de cuidador al menos dos veces por semana. 4= discapacidad moderadamente grave. Incapaz de atender satisfactoriamente sus necesidades, precisando ayuda para caminar y	Rm 0: 0 Rm 1: 1 Rm 2: 2 Rm 3: 3 Rm 4: 4 Rm 5: 5 Rm 6: 6	Dependiente	Cuantitativo categórica ordinal	Ficha de recolección de datos

	para actividades básicas. Necesita de cuidador al menos una vez al día, pero no de forma continuada. Puede quedarse solo en casa durante algunas horas.5= Discapacidad grave: necesita atención constante. Encamado. Incontinente. No puede quedar solo. 6= muerte.				
<b>Hallazgos en neuroimagen</b>	Tipo de lesión cerebral y zona del parénquima afectado. Asimismo, el diagnóstico radiológico. Registrado al ingreso y/o durante la evolución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromiso de sustancia gris cortical.</li> <li>- Compromiso de sustancia blanca.</li> <li>-Atrofia de hipocampos</li> <li>.</li> <li>-Atrofia cerebral.</li> <li>- Compromiso lobar.</li> </ul>	Dependiente	Cualitativa nominal	Informe de estudio radiológico recolectado en ficha de recolección de datos
<b>Hallazgos en EEG</b>	Hallazgos y conclusiones del estudio de electroencefalograma, descritos por neurólogo o neurólogo pediatra en el laboratorio de neurofisiología del HNCH.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia de actividad epileptiforme ictal.</li> <li>-Presencia de actividad epileptiforme interictal.</li> <li>-Presencia de enlentecimiento generalizado.</li> <li>-Ninguno</li> </ul>	Dependiente	Cualitativa politómica	Informe de estudio electrofisiológico recolectado en ficha de recolección de datos

## Anexo 2. Ficha de recolección de datos.

### CÓDIGO:

#### 1. Datos sociodemográficos:

- Edad:
- Sexo: Femenino ( ) – Masculino ( )
- Lugar de procedencia: Lima ( ) – Provincia ( ) – Extranjero ( ). ¿Cuál?
- Grado de instrucción:  
Sin instrucción ( ) - Primaria ( ) - Secundaria ( ) - Superior ( )
- Ocupación: Sí ( ) – No ( ). ¿Cuál?

#### 2. Comorbilidades:

- **Psiquiátricas:**  
Depresión ( ) – Ansiedad ( ) – TEA ( ) – TDH ( ) - Psicosis ( ) - Otros ( ): ¿Cuál?
- **Somáticas:**  
ACV ( ) - HTA ( ) – DM ( ) – Insuficiencia cardiaca ( ) – Fibrilación auricular ERC ( ) – Hipotiroidismo ( ) — Dislipidemia ( ) – Asma ( ) - Cardiopatía congénita ( ) – EHI ( )  
Otros ( ): ¿Cuál?
- **Del desarrollo y neurológicas:**  
Retraso del neurodesarrollo ( ) – Retardo mental ( ) – Parálisis cerebral infantil ( ) – Otros ( ): ¿Cuál?
- **Infeciosas:**  
TBC ( ) – VIH ( ) – NCC ( ) - Otros ( ): ¿Cuál?
- **Neoplasias:**  
Meningioma ( ) – Glioma de bajo grado ( ) – Glioma de alto grado ( ) – Otros:
- **Malformaciones cerebrales:**  
MAV ( ) – Lisencefalia ( ) – Esquizencefalia ( ) – Heterotopia ( ) – Polimicrogiria ( ) – Otras ( ):
- **Síndrome neurocutáneos:**  
Neurofibromatosis tipo 1 ( ) – Neurofibromatosis tipo 2 ( ) – Esclerosis tuberosa ( ) – Sturge-Weber ( ) – Otros ( ):

<b>Tiempo de presencia de comorbilidades hasta el diagnóstico de crisis epilépticas y/o epilepsia</b>	Número en semanas, meses o años

### 3. Epilepsia y gestación (si aplica):

Epilepsia en gestante	Sí ( )	No ( )
Presentó crisis epilépticas durante gestación:	Sí ( )	No ( )
Ácido fólico de mínimo 0.4 mg durante la gestación y en la etapa de la preconcepción.	Sí ( )	No ( )

### 4. Antecedentes:

- Tipo de parto: Eutócico ( ) – Distócico ( ) : ¿Motivo?  
Edad gestacional al nacimiento:
- Injurias perinatales: EHI ( ) – Hemorragia intracraneal – ( ) – Infarto cerebral ( )- Leucomalacia periventricular ( ) – Otros:
- Infección del SNC: meningitis ( ) – encefalitis ( ) – Ninguno ( )
- TEC: Sí ( ) – No ( )
- Crisis febriles: Sí ( ) – No ( )
- Cirugía intracraneal: Sí ( ) – No ( )

### 5. Crisis epilépticas:

- Edad de primera crisis epiléptica: ( ) años ( ) meses.
- Frecuencia de crisis epilépticas: ( ) por mes.

Crisis epiléptica	Etiología	Tipo de crisis	Semiología de crisis
<b>a) Crisis Provocada</b>	-Hidroelectrolítico ( ) . Tipo: -Hipoglicemia ( ) -Hiperglicemia > 450mg/dL ( ) -Abstinencia alcohólica ( ) - Fármacos ( ) -PRES ( ) -Eclampsia ( ) -Tóxico ( ) - Otros:  Nota:	-Focal sin compromiso de conciencia ( )  -Focal con compromiso de conciencia ( )  -Focal con progresión a tónico-clónico bilateral ( )	-Temporal ( )  -Frontal ( )  -Occipital ( )  -Parietal ( )  -Insular ( )  -Generalizada ( )  Nota:
<b>b) Crisis sintomática aguda</b>	ACV isquémico: ( ) ACV hemorrágico: ( ) Infección del SNC: ( ) Autoinmune del SNC: ( ) TEC: ( ) Cirugía intracraneal: ( ) Otros:	-Generalizada ( )  -Desconocido ( )	

<b>c) Crisis sintomática remota</b>	ACV isquémico: ( ) ACV hemorrágico: ( ) Infección del SNC: ( ) Autoinmune del SNC: ( ) TEC: ( ) Cirugía intracraneal: ( ) Otros:		
<b>d) No provocadas</b>	-Sí ( ) -No ( )		

<b>Tiempo de aparición de primera crisis epiléptica luego de cuadro sintomático agudo relacionado</b>	Número de días – semanas - meses
---	----------------------------------

### 6. Imitadores de crisis epilépticas:

<b>Causas de imitadores de crisis</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Especificar el tipo</b>
Crisis psicógenas			
Migraña			
Accidente isquémico transitorio			
Síncope vasovagal - cardiogénico			
Otros:			

### 7. Epilepsia:

<b>Etiología de epilepsia</b>	<b>Presencia</b>	<b>Causa específica</b>
Estructural	Sí ( ) – No ( )	
Genética	Sí ( ) – No ( )	
Infecciosa	Sí ( ) – No ( )	
Metabólica	Sí ( ) – No ( )	
Inmunitaria	Sí ( ) – No ( )	
Desconocida (se incluyen las idiopáticas)	Sí ( ) – No ( )	

<b>Tiempo de diagnóstico de epilepsia desde:</b>	Número de semanas – meses – años
Crisis sintomática aguda	

Crisis sintomática remota	
Crisis no provocada	

### 8. Tratamiento:

Medicación anticrisis (MAC)	Tratamiento previo	Tratamiento actual	¿Primer MAC? (Sí/No)	Tiempo hasta inicio de segunda MAC (si aplica)	Tiempo hasta cambio a nuevo tipo de MAC
Fenobarbital				(semanas, meses o años)	(semanas, meses o años)
Fenitoína					
Carbamazepina					
Valproato					
Lamotrigina					
Levetiracetam					
Topiramato					
Otro:					

### 9. Complicaciones de epilepsia y/o crisis epilépticas:

Complicaciones	Sí	No	Número de atenciones por emergencia y/o hospitalización	Tiempo de hospitalización (días o semanas)
Estado epiléptico convulsivo				
Estado epiléptico no convulsivo				
Epilepsia fármacorresistente				
SUDEP				
Neumonía aspirativa				
Fracturas				
Otros:				

**10. Nivel de funcionalidad (marcar con una “X”):**

Rankin modificado	0	1	2	3	4	5	6
-------------------	---	---	---	---	---	---	---

**11. Neuroimagen: (colocar con una “X” los campos presentados)**

Neuroimágenes	Hallazgos	Diagnóstico radiológico
Resonancia magnética cerebral ( )	-Compromiso de sustancia gris cortical ( )	
Tomografía cerebral ( )	-Compromiso de sustancia blanca ( ) -Compromiso hipocampos ( ) -Compromiso lobar ( ) -Atrofia cerebral ( )	

**12. Electroencefalograma (EEG): (colocar con una “X” los campos presentados)**

Estudio electrofisiológico	Hallazgos	Conclusión de estudio
EEG ( )	-Presencia de actividad epileptiforme ictal. ( )	Nota:
Video-EEG ( )	-Presencia de actividad epileptiforme interictal. ( )  - Presencia de enlentecimiento focal ( )  -Presencia de enlentecimiento generalizado ( )  - Ninguno ( )	