



URGENCIA

CRISIS CONULSIVA

El EC se define como la sucesión de 2 o más convulsiones sin recuperación de la conciencia entre ellas por un período mayor de 30 minutos o la presencia de actividad convulsiva ininterrumpida por más de 30 minutos.

Etiología

- Estado convulsivo criptogénicos: Causa no determinada en ausencia de enfermedad neurológica o antecedentes que la provoquen
- Estado convulsivo sintomáticos agudos: - Anoxia post paro cardiaco - Enfermedad cerebrovascular - Tumor cerebral - Infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) - Traumatismo craneoencefálico - Trastornos metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia, uremia, estados hiperosmolares) - Sobredosis de drogas-tóxicos (contrastes, vacunas, Teofilina, betalactámicos, Lidocaina, anticonceptivos, citostáticos) - Alcoholismo - Supresión o cambios bruscos en la terapéutica antiepiléptica
- Estado convulsivo sintomáticos remotos: El paciente tiene antecedentes de una enfermedad neurológica a la que le atribuyen la aparición del EC

Diagnóstico Clínico Se basa en: Antecedentes: La causa más frecuente es la descompensación de la epilepsia, pero en la tercera parte de los casos donde no hay epilepsia conocida debe insistirse en la búsqueda de alguna de las patologías comentadas en la etiología. Interrogatorio: Permite establecer el tiempo de la convulsión, la forma de inicio (frecuentemente focal), los factores desencadenantes, la ocurrencia de episodios similares y drogas más efectivas. Cuadro clínico: Define el diagnóstico, permite clasificar las crisis, identifica posibles alteraciones subyacentes, fundamentalmente neurológicas y posibles lesiones focales. Teóricamente existen tantas formas clínicas como tipos de crisis convulsivas; el más frecuente y grave es el tónico-clónico generalizado, pero en cerca del 20 % de los EC no hay manifestaciones motoras. El inicio del cuadro puede ser lento, con una etapa premonitoria de varias horas de duración en las cuales la actividad epiléptica se incrementa en frecuencia o severidad hasta los ataques, primero intermitentes y luego continuos, o también de forma mantenida tras la primera crisis.

Diagnóstico Clínico Se basa en: Antecedentes: La causa más frecuente es la descompensación de la epilepsia, pero en la tercera parte de los casos donde no hay epilepsia conocida debe insistirse en la búsqueda de alguna de las patologías comentadas en la etiología. Interrogatorio: Permite establecer el tiempo de la convulsión, la forma de inicio (frecuentemente focal), los factores desencadenantes, la ocurrencia de episodios similares y drogas más efectivas.

Cuadro clínico: Define el diagnóstico, permite clasificar las crisis, identifica posibles alteraciones subyacentes, fundamentalmente neurológicas y posibles lesiones focales. Teóricamente existen tantas formas clínicas como tipos de crisis convulsivas; el más frecuente y grave es el tónico-clónico generalizado, pero en cerca del 20 % de los EC no hay manifestaciones motoras.

El inicio del cuadro puede ser lento, con una etapa premonitoria de varias horas de duración en las cuales la actividad epiléptica se incrementa en frecuencia o severidad hasta los ataques, primero intermitentes y luego continuos, o también de forma mantenida tras la primera crisis.

En el niño, cada grupo de edades presenta diferencias en la etiología. En el recién nacido, las causas más frecuentes se relacionan a la hipoxia (Encefalopatía hipóxico isquémica), las infecciones del SNC, alteraciones metabólicas, lesiones encefálicas asociadas al parto, intoxicaciones y a la epilepsia. En el lactante, las principales etiologías son las infecciones del SNC, la fiebre, la anoxia e hipoxia, trastornos metabólicos y toxicológicos, el trauma de cráneo y los tumores. En el párvulo y escolar, las infecciones y tumores del SNC, el trauma craneoencefálico, las intoxicaciones y la epilepsia.

En el niño, el cuadro clínico también tiene sus particularidades según la edad del mismo: En el recién nacido, las crisis tienden a manifestarse de forma parcial, asimétrica y unilateral o en bayoneta, con localizaciones erráticas por la inmadurez cortical y de las conexiones córtico-talámicas e interhemisféricas. En el lactante, las convulsiones son más simétricas y cursan con mayor afectación de la conciencia, pero hasta los 3 ó 4 años no se proyectan simétricas y generalizadas; el tipo tónico-clónico es poco frecuente y predominan las tónicas generalizadas o unilaterales. A partir de los 5 a 6 años (Párvulo y escolar), las crisis adquieren el carácter simétrico y generalizado y son frecuentes las formas tónico-clónicas

Tratamiento Objetivos

- Controlar las convulsiones
- Tratar la lesión causal de ser posible y las complicaciones
- Evitar la hipoxemia y la hipercapnea
- Mantener una hemodinamia estable
- Mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico
- Medidas generales
- Evaluación del ABCD primario y reconocimiento de la crisis o el estado convulsivo • Ingreso en el Área Intensiva Municipal
- Protección de las lesiones mecánicas, colocar en plano blando pero firme, aflojar ropas apretadas
- Permeabilizar las vías aéreas, oxigenoterapia y oximetría de pulso
- Canalizar vena periférica y controlar hemodinamia
- Obtención de sangre para parámetros de laboratorio (Glicemia, hemograma, creatinina), dosificación de drogas antiepilépticas, búsqueda de tóxicos
- Dextrosa hipertónica 20-30 % si sospecha hipoglicemia (Diabetes o alcohólicos), aunque idealmente debe tenerse el resultado por una determinación rápida. La dosis pediátrica es de 2-3 mL/kg dosis
- Tiamina 100 mg i.v. si etilismo o sospecha de hipovitaminosis
- Monitorización electrocardiográfica y electroencefalográfica si fuese posible
- Eliminar factores precipitantes
- Tratamiento de la etiología
- Medidas específicas Anticonvulsivantes PRIMERA LÍNEA (Primeros 30 minutos) Diazepam (Ámp. 10 mg/2 mL) Adulto: 10 mg i.v. en 5 minutos (2

mg/min.), se puede repetir cada 5 minutos sin sobrepasar 30 mg. Niño: 0,3-0,5 mg/kg/dosis i.v., se inicia con 0,3 y se incrementa cada 10 minutos sin pasar de 15 mg como dosis máxima. Puede utilizarse también por vía rectal, sublingual y retrolabial. Fenitoina (Bb. 250 mg)

Adulto: 1 000 mg a perfundir en 30/min. i.v. a < 50 mg/ min. (Bolo 15-20 mg/kg). Niño: 10-15-20 mg/kg/dosis i.v. a < 50 mg/min., como mantenimiento de 5 a 10 mg/kg/día dividido en dosis cada 8- 12 horas. Estos medicamentos deben asociarse dado el corto período de acción del primero y al inicio en 10-30 min. del segundo. No se recomienda el uso de Diazepam si ya ha pasado la crisis.

SEGUNDA LÍNEA (Persistencia de más de 30 min y menos de 1 hora) Fenobarbital sódico (Ámp. 200 mg) Adulto: Dosis inicial 10 mg/kg (600-800 mg) a 100 mg/min., mantenimiento 1-4 mg/kg, i.v. cada 12 horas. Niño: 20 mg/kg/dosis sin pasar de 1 gramo. Es la droga de elección en el recién nacido. Otras alternativas (consideradas en adultos) Lidocaina 2 % bolo único de 100 mg i.v. Clometiazol 8 mg/min. a microgoteo, dosis que puede aumentarse. Valproato de sodio 15 mg/kg a perfundir en 3-5 min. (mantener 1 mg/kg hora). Paraldehido enema de 10-20 mL de solución al 50 % diluidos en suero fisiológico. TERCERA LÍNEA (Actividad convulsiva de más de 1 hora con terapéutica convencional considere un EC Refractario) Thiopental sódico (Bb. 1 g) Adulto: Bolo 100-250 mg y mantener de 25-50 mcg/kg/ min. hasta lograr coma barbitúrico y desaparición de las convulsiones en el EEG. Niño: Dosis inicial de 3 a 5 mg/kg/dosis y mantener a 25 - 50 mcg/kg/min. Para ambos, es necesario mantener el coma barbitúrico por el menor tiempo posible por lo que a las 24 horas debe comenzarse a reducir paulatinamente la dosis. Pentotal sódico Adulto: Bolo 5-20 mg/kg a 25 mg/min. y mantener a 0,5-1 mg/kg/hora que puede incrementarse a 3 mg/kg/hora. Otras alternativas (Consideradas en adultos) Propofol 2 mg/kg en bolo, seguida de una perfusión de 5 - 10 mg/kg/hora. Etomidato bolo 0,3 mg/kg, seguido de una perfusión de 20 mg/kg/min.

Otras medidas • Buscar la etiología (radiografía de cráneo, fondo de ojo)

- Vigilancia hemodinámica (los barbitúricos y la ventilación mecánica pueden producir hipotensión que debe evitarse), mantener una PAM > 100 mmHg
- Adecuada ventilación y oxigenación
- Eliminar factores precipitantes
- Prevención y tratamiento del edema cerebral (Manitol 0,25 g/kg dosis, tanto para el adulto como el niño). También se recomienda el uso de esteroides por ser de etiología vasogénica
- Iniciar el tratamiento con anticonvulsivantes por vía oral (Levine) para evitar recurrencias cuando se retire la medicación parenteral