


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA  
SERVICIO DE URGENCIAS**

**PROTOCOLO DE MANEJO DEL ESTADO EPILÉPTICO**

**Contenido**

1. AUTOR
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES DE LOS AUTORES/REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD
8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
9. EPIDEMIOLOGÍA
10. DEFINICIÓN
11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
12. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
14. TRATAMIENTO
15. CRITERIOS DE REFERENCIA
16. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL
17. BIBLIOGRAFÍA
18. ANEXOS

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 2 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 1. AUTOR

Dr. Eric Cheng – Pediatra

## 2. REVISORES

Dra. Alyna Arcia, Dr. Samuel Roberts, Dra. Rosa Flores, Urgenciólogos Pediatras, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

## 3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES / REVISORES

Todos los autores y revisores implicados en la elaboración de este documento declaran que no existen conflictos de intereses que puedan influir en el contenido.

## 4. JUSTIFICACIÓN

Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. La incidencia es mayor en los primeros años de vida debido a los factores predisponentes neonatales. La mediana de edad es de 3,5 años y un 40,2% son de pacientes menores de un año.

La mortalidad ha disminuido en relación con épocas pasadas, oscilando, según las series, alrededor del 1-5%.

Las secuelas neurológicas y los trastornos cognitivos se incrementan cuando la duración es superior a 2 horas; el riesgo de epilepsia posterior oscila entre el 23%-48%.


## 5. ALCANCE Y PROPÓSITO

### Alcance

La población diana de este protocolo de atención son los pacientes que acudan al Cuarto de Urgencias del Hospital del Niño “Dr. José Renán Esquivel” con Status Epiléptico.

### Propósito

Elaborar e implementar un protocolo de atención que nos permita atender de una manera uniforme a todos los pacientes con que acudan con Status Epiléptico.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 3 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 6. OBJETIVOS

### Objetivo General

Establecer un protocolo de diagnóstico, clasificación y manejo del paciente con Status Epiléptico en el cuarto de urgencias.

### Objetivos Específicos

- Realizar una valoración secuencial del paciente con Status Epiléptico.
- Detectar rápidamente lesiones que amenazan la vida en el paciente pediátrico con Status Epiléptico en el servicio de urgencias.
- Establecer prioridades en la evaluación y el manejo del paciente pediátrico con Status Epiléptico en el servicio de urgencias.

## 7. ANTECEDENTES LOCALES DEL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Según diversos autores la frecuencia de episodios paroxísticos en niños menores de 15 años es de alrededor de 15%. De ellos, un 10% corresponderían a episodios paroxísticos no epilépticos, un 3% a crisis febriles y en un 1-2% a crisis epilépticas (la mitad de ellas con carácter único).


En su gran mayoría (84%) llegan en periodo postcrítico. En los niños mayores, el principal desencadenante de la descompensación epiléptica es la falta de cumplimiento terapéutico (27-45%). En niños pequeños, los procesos infecciosos cobran una mayor relevancia (27,3%).

## 8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

Estado de mal epiléptico (EME) CIE 10 G 41.0 - G 41.9

## 9. EPIDEMIOLOGÍA

Tiene una incidencia de 17-73/100.000 niños/año. La mayor frecuencia corresponde a menores de 1 año, luego 1-4 años que va de 135-156/100000 con el mayor pico al año de edad, descendiendo posteriormente y con un alza en adultos. Si se excluyeran las causas de convulsiones febriles la incidencia disminuiría por 25-40%.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 4 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

Las etiologías más comunes son la febril prolongada (32-46%), seguido de las sintomáticas agudas como las infecciosas, metabólicas, por medicamentos (11-28%) y las sintomáticas remotas como las perinatales, malformaciones congénitas o encefalopatías hipóxico isquémicas (11-28%). Menos frecuentes son las idiopáticas (11-16%).

En algunos estudios se han encontrado que pacientes con crisis afebriles más de la mitad pueden presentar recurrencias 13.1% en menores de 1 año, 16.9% en menores de 2 años.

Se han reportado estudios que indican que un tercio de los pacientes pueden presentar un segundo episodio de status convulsivo con el doble riesgo de aquellos que presenten etiología sintomática progresiva y si son de sexo femenino.


También se han asociado en el futuro a déficits neurológicos focales, deficiencias cognitivas, alteraciones conductuales y epilepsia.

## 10. DEFINICIÓN

Se considera **status convulsivo o estado de mal epiléptico (EME)** a toda crisis generalizada o focal de duración mayor de 20-30 minutos o dos o más crisis sin recuperación de conciencia en el mismo periodo de tiempo. La mayoría de las crisis tónico-clónicas ceden espontáneamente en los primeros cinco minutos, y usualmente antes de que el paciente llegue al Servicio de Urgencias, pero en ocasiones puede persistir después de cinco minutos y prolongarse en el tiempo. El status convulsivo en un niño es una emergencia médica con graves riesgos de mortalidad y de secuelas neurológicas.

Aunque la evolución va a depender principalmente de la causa que lo ha condicionado, también depende de la duración. A mayor duración, mayor dificultad existirá en revertir el cuadro. Para la práctica médica una crisis mayor de cinco minutos debe considerarse una emergencia y afrontarla inmediatamente para intentar prevenir el desarrollo de un status.

La clasificación se muestra en la Tabla 1 y la Tabla 2 muestra la distribución de las causas más frecuentes de crisis epilépticas según la edad.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 5 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

**TABLA 1.** Clasificación de las convulsiones según sus características clínicas.

<b>Crisis parciales (focales)</b>	<b>Crisis generalizadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis parciales simples (sin alteración consciencia)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motoras</li> <li>- Con signos somato-sensoriales</li> <li>- Con síntomas autonómicos</li> <li>- Con síntomas psicicos</li> </ul> </li> <li>• Crisis parciales complejas (con alteración consciencia)</li> <li>• Crisis parciales que se generalizan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencias</li> <li>• Crisis mioclónicas simples o múltiples</li> <li>• Crisis clónicas</li> <li>• Crisis tónicas</li> <li>• Crisis tónico-clónicas</li> <li>• Crisis atónicas</li> </ul>

**TABLA 2.** Causas más frecuentes de convulsiones según la edad.


<b>Neonatos</b>	<b>Lactantes y niños</b>	<b>Adolescentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encefalopatía hipóxico-isquémica</li> <li>• Infección sistémica</li> <li>• Infección SNC</li> <li>• Alteraciones iónicas</li> <li>• Déficit piridoxina</li> <li>• Errores congénitos metabolismo</li> <li>• Hemorragia cerebral</li> <li>• Malformaciones SNC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsión febril</li> <li>• Infección sistémica</li> <li>• Infección SNC</li> <li>• Alteraciones iónicas</li> <li>• Intoxicaciones</li> <li>• Epilepsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles bajos de anticonvulsivantes en niños epilépticos</li> <li>• Traumatismo craneal</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Tumor cerebral</li> <li>• Intoxicaciones (alcohol o drogas)</li> </ul>

## 11. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El **estado de mal epiléptico (EME)** es aquella situación en la que las crisis convulsivas se repiten sin que se recobre la consciencia o cuando tienen una duración suficientemente prolongada.

Actualmente se consideran diferentes fases dentro del mismo:

- *EME precoz*: crisis epiléptica anormalmente prolongada (5-30min).
- *EME establecido*: crisis que persiste > 30 min.
- *EME refractario*: crisis que persiste después de una terapia adecuada con 2 o más anticonvulsivantes.
- *EME maligno*: cuando son necesarios fármacos anestésicos para su finalización.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 6 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 12. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

*Pruebas de laboratorio urgentes:* hemograma, glicemia capilar, electrolitos, urea, creatinina, transaminasas, amonio, gasometría, PCR, tiempos de coagulación, urinálisis y tóxicos en orina, valorar hemocultivo y niveles de fármacos antiepilépticos.


Punción lumbar (luego de descartar hipertensión craneal y siempre con el paciente estabilizado y tras cesar la crisis) se debe individualizar en caso de: signos meníngeos, recién nacidos y lactantes pequeños, diagnóstico poco claro y mala recuperación postcrisis, convulsión febril atípica, convulsión febril sin foco en menor de 12 meses.

Tomografía cerebral: es urgente si se trata de trauma craneoencefálico, crisis parcial o con patrón cambiante, focalidad, alteración o lateralización en la exploración neurológica.

## 13. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los **trastornos paroxísticos no epilépticos** son episodios que no obedecen a una descarga neuronal. Su diagnóstico diferencial se detalla en la Tabla 3. Debemos sospecharlos cuando se desencadenan en situaciones concretas, ceden con maniobras mecánicas de contención o cambio de posición y no se evidencian en pleno episodio descargas neuronales.

Trastornos paroxísticos no epilépticos	
<b>Crisis anóxicas</b> - Espasmo del sollozo - Síncope	<b>Trastornos paroxísticos del sueño</b> - Terrores nocturnos - Movimientos anormales durante el sueño - Alucinaciones - Narcolepsia-cataplejia
<b>Trastornos motores paroxísticos</b> - Tics - Coreoatetosis paroxísticas - Discinesias paroxísticas yatrógenas - Tortícolis paroxístico del lactante - Síndrome del sobresalto - Estremecimiento - Temblor mentoniano hereditario - Síndrome de Sandifer - Síndrome distonia-mioclonía	<b>Crisis de origen psicógeno</b> - Ataques de pánico - Pseudocrisis - Síndrome de Munchausen por poderes  <b>Otros trastornos paroxísticos</b> - Vertigo paroxístico benigno - Masturbación - Ensoñación - Migraña

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 7 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 14. TRATAMIENTO

El éxito del tratamiento no dependerá, en general, de la elección de uno u otro medicamento antiepiléptico, sino en el hecho de seguir protocolos de actuación sistematizados.

Los errores más frecuentes en el tratamiento de las convulsiones son: no oxigenar adecuadamente, administrar dosis insuficientes de antiepilépticos y no dar tiempo a que la medicación alcance niveles terapéuticos.

Objetivos:

### I. Estabilización de funciones vitales (ABCD)


- A. Vía aérea: decúbito lateral (salvo si traumatismo craneal –TCE–), aspiración de secreciones, cánula orofaríngea.
- B. Ventilación: administrar oxígeno 100%.
- C. Circulación: mantenimiento estado hemodinámico. Canalizar vía periférica.
- D. Evaluación del estado neurológico. Pupilas. Escala de Glasgow (GCS).
- E. Determinación de:
  - Hipoglicemia: iniciar suero glucosado (al 50% 1 ml/kg intravenoso (iv) - 25% 2 ml/kg - 10% 10ml/kg)
  - Hiponatremia: SS Fisiológica (10-20cc/Kg), si convulsión no cede y Na<120mEq/L dar SS Hipertónica SS3% 5ml/Kg para pasar en 30 minutos. 1cc=0.5mEqNa (Preparación SS3%: 1cc NaCl 20% + 9cc de SSF)
  - Hipocalcemia: gluconato de calcio 10% 03ml/Kg para pasar en 5 minutos
  - Fiebre: antitérmicos a dosis e intervalos adecuados
  - Sospecha de sepsis-meningitis: antibioticoterapia según protocolo.

### II. Tratamiento farmacológico de las convulsiones en fase aguda

Finalización precoz de la crisis con los menores efectos secundarios posibles.

Existen gran variedad de fármacos anticonvulsivantes (FAE) para la fase aguda de una convulsión y varios guiones de tratamiento.

– *Benzodiazepinas (BDZ)*: Fármaco de primera línea. En caso de no tener acceso venoso, midazolam bucal ha demostrado ser más eficaz que diazepam rectal o intravenoso, con una administración más rápida y un cese más rápido de la crisis

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 8 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

en pacientes de 3 meses a 18 años (aunque de 3 a 6 meses su uso ha de ser hospitalario). En caso de tener acceso venoso, puede usarse cualquiera de los dos que se encuentre disponible en el momento, aunque el midazolam es más rápido en su acción al ser una BDZ de acción corta y no provocar hipotensión.

La incidencia de depresión respiratoria es similar con ambas BDZ. (Ver Figura 1)

- Dosis sin acceso venoso:

Midazolam bucal

- 3 m-1 a: 2,5 mg;

- 1-5 a: 5 mg;

- 5-10 a: 7,5 mg;

- 10-18 a: 10 mg)

o

Midazolam intranasal 0,4 mg/kg (máx 10 mg)

o

Diazepam intrarectal 0,5 mg/kg

- Dosis con acceso venoso:

Midazolam iv 0,1-0,2 mg/kg (máx 5 mg)

o

Diazepam iv 0,2-0,5 mg/kg (máx 10 mg)

- Si no cede en 5 minutos:

Midazolam iv 2ª dosis

o


Diazepam iv 2ª dosis

- Si no cede en 5 minutos:

Acido Valpróico iv 20 mg/kg.

– *Ácido valproico (VPA)*: fármaco de segunda línea. Tiene mejor tolerancia y menos efectos secundarios que la fenitoína (PHT). Es preferible en casos con inestabilidad hemodinámica pero deben evitarse si hay sospecha de metabopatía o hepatopatía o en aquellos casos en que el paciente ya recibiera tratamiento con VPA a dosis correctas. (Ver Figura 1). Dosis de 20 mg/Kg en 2-5 minutos, se diluye una ampolla (4cc/400mg) en 100cc de SS Fisiológica. Si cede: Infusión continua Acido Valproico 1-2 mg/kg/h



	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 9 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

– *Levetiracetam (LEV o Keppra)*: fármaco útil en el tratamiento de las crisis convulsivas prolongadas. Su uso está aprobado por vía oral en pacientes mayores de 4 años e iv mayores de 16 años. Es un buen fármaco anticonvulsivante de 2ª línea dada su potencia en el cese de las convulsiones y sus escasos efectos secundarios. (Ver Figura 1) Se administra 20/Kg para pasar en 10 minutos. Se diluye 1 vial (5cc/500mg) en 100 ml de SS Fisiológica o Glucosa al 5%. Se debe usar vía diferente de la usada con la fenitoína ya que se precipita con la misma.

– *Fenitoína (PHT)*: fármaco de segunda línea. Es peor tolerado que el VPA y debe administrarse lentamente (1 mg/kg/min) ya que puede provocar arritmias (sobre todo si cardiopatía de base), hipotensión y flebitis. (Ver Figura 1) No se administra antes de 10 minutos tras el inicio de la crisis y 5 minutos al menos después de las benzodiazepinas. Dosis 10-20 mg/Kg iv para pasar lentamente en 10 a 20 minutos. Si la crisis no cede, el resto de la dosis hasta 20mg/Kg pasado más lentamente a ritmo de 1mg/Kg/minuto en otros 10 a 20 minutos. En niños mayores se le puede cargar 500mg e ir administrándose lentamente de 20 a 30 minutos al cese de la crisis. Recordar no diluir con sueros glucosados porque precipita. Hay riesgos de taquiarritmias, hipotensión y paro cardiorespiratorio.


– *Fenobarbital (PB)*: actualmente no se considera como fármaco de primera elección por sus efectos secundarios a excepción de las crisis neonatales (ver protocolo Neonatología). Dosis de 10-20 mg/Kg iv para pasar muy lento en menos de 60mg/minuto de 10 a 20 minutos, diluido en solución glucosada o fisiológica. Tiene un riesgo aumentado de depresión respiratoria, potenciado por el uso del diazepam y de hipotensión arterial.

### III. Evaluación y tratamiento de causas subyacentes

Mientras se está tratando se debe intentar averiguar posibles causas subyacentes mediante la anamnesis y exploración física.

– Anamnesis:

- a) ¿Tiene fiebre?
- b) ¿Es la primera convulsión o ya ha tenido más crisis? En caso de no ser la primera, ¿se repiten características? o ¿Está tomando algún FAE, cuál y a qué dosis?
- c) ¿Ha podido existir algún factor precipitante? Patología pre y perinatal, patología neurológica, antecedentes de traumatismo, signos de

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 10 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

hipertensión intracraneal, ingestión de tóxicos, transgresión de la medicación antiepiléptica,...

– Exploración física:

Valoración general completa, intentando descartar procesos infecciosos graves (*sepsis, meningitis*) y procesos que provoquen *hipertensión intracraneal* (hipertensión arterial, cefalea, alteración del patrón respiratorio, vómitos).  
Exploración neurológica exhaustiva y evolutiva.

## 15. CRITERIOS DE REFERENCIA


Criterios de ingreso hospitalario:

- Crisis convulsivas atípicas.
- Primer episodio de crisis epiléptica afebril en pacientes menores de 1 año.
- Recuperación incompleta del cuadro.
- Sospecha de enfermedad de base.
- Según las características de la crisis, especialmente crisis parciales o que hayan precisado medidas farmacológicas para su cese (más de 1 dosis de fármacos antiepilépticos).
- Angustia familiar.

## 16. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO


El tratamiento profiláctico con anticonvulsivantes es controvertido. No hay evidencia de que la profilaxis de las crisis febriles evite el desarrollo de epilepsia. Su indicación principal son los niños con antecedentes de crisis prolongadas o con elevada frecuencia. El tratamiento antitérmico no ha demostrado prevenir la aparición de crisis.

El riesgo de desarrollar epilepsia (1%) es ligeramente superior a la población general (0,4%). Los factores de riesgo son: antecedentes familiares de epilepsia, existencia de alteración neurológica previa, crisis epiléptica atípica.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 11 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 17. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL

- Investigar si tienen diagnóstico de enfermedades neurológicas, retraso psicomotor, así como si están tomando medicamentos y el grado de control de sus crisis.
- Toma adecuada de su medicación anticonvulsivante para evitar niveles infra-terapéuticos del medicamento que es la causa más frecuente de convulsión en los niños que han tenido más crisis afebriles.
- Conocer si existe algún factor asociado o precipitante en los niños afebriles sobre todo si es la primera convulsión. En muchas ocasiones las crisis no podrán controlarse totalmente hasta que no es tratada la causa desencadenante.
- Investigar la existencia de patología pre y perinatal (prematuridad, sufrimiento fetal, cuadros de hipoxia-isquemia) o de cuadros que puedan producir alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia) en los neonatos y en los lactantes.
- En todos los niños se deben valorar los antecedentes de traumatismos previos, la existencia de hipertensión intracraneal o focalidad neurológica (cefalea progresiva, vómitos, alteraciones oculares, déficits neurológicos), así como la posible ingestión de tóxicos accidental (niños pequeños) o voluntaria (adolescentes).

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 12 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

## 18. BIBLIOGRAFÍA

Primera crisis epiléptica Módulo Neuropediatría Servicio de Pediatría  
 Departamento de Salud de Alicante Autores: Rocío Jadraque Rodríguez,  
 Francisco Gómez Gosálvez y Ana Elena Pascua Santamaría  
 Fecha de elaboración: Marzo 2015

Convulsiones

*Juan Carlos Molina Cabañero, Mercedes de la Torre Espí*

Servicio Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP

*Urgencias en Pediatría 5 Edición Protocolos diagnóstico-terapéuticos*

*Hospital Universitari Sant Joan de Déu Universitat de Barcelona SECCIÓN 3.*

SISTEMA NERVIOSO

Coordinadora: Victoria Trenchs Sainz de la Maza

Manejo de la crisis epiléptica en urgencias

*A. Deyà-Martínez, M. Puigdomenech, Y. Fernández, J. Campistol*

MANUAL DE URGENCIAS EN PEDIATRÍA

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

Área de Pediatría M<sup>a</sup> Teresa Alonso Salas


Crisis convulsivas

M.T. Alonso, M.J. Manzano Infante

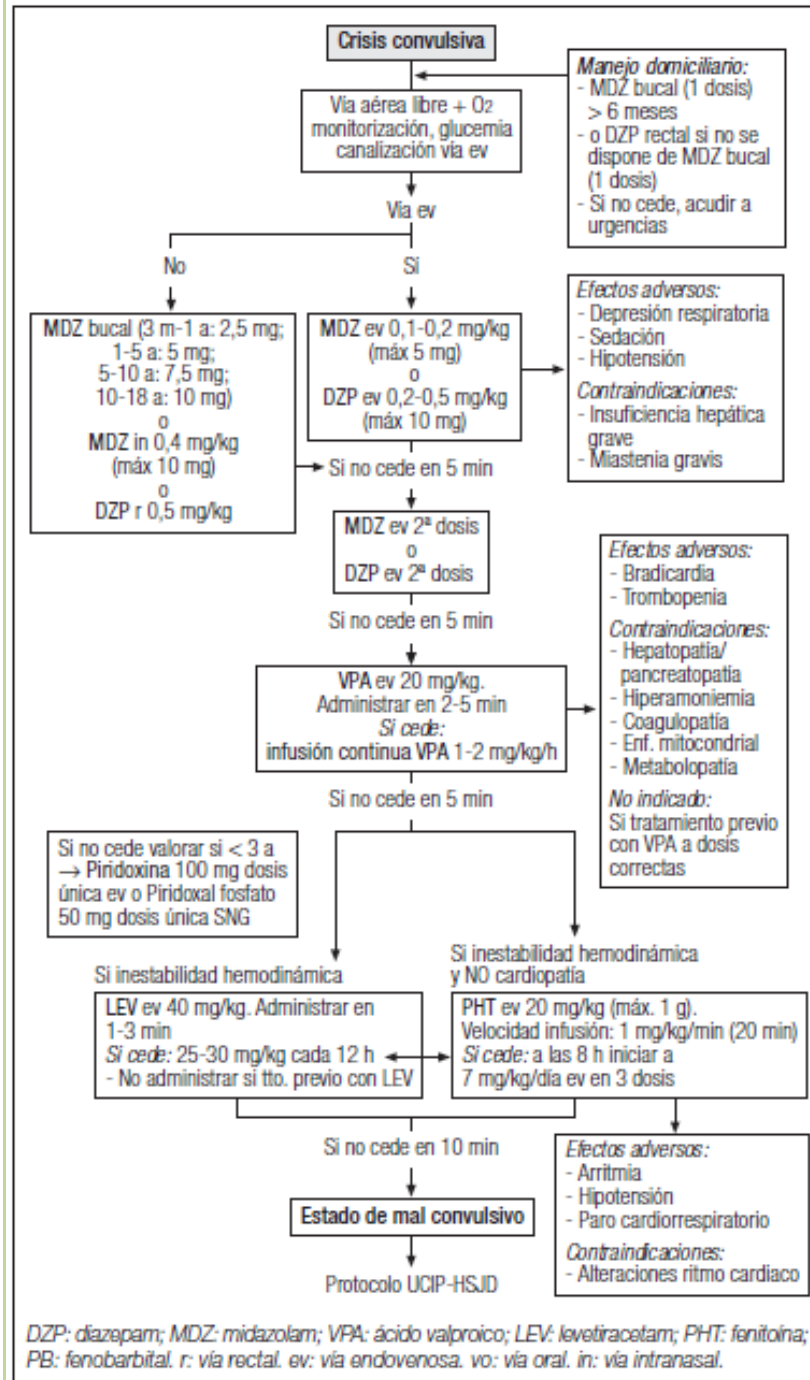
Manejo de la crisis epiléptica en urgencias en el paciente  
 epiléptico pediátrico

Servicio de Urgencias de Pediatría, 2Servicio de Neurología, Hospital Sant Joan  
 de Déu, Universitat de


Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España. Emergencias 2013; 25:  
 116-118

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 13 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

### Anexos



**FIGURA 1.** Algoritmo terapéutico de las convulsiones no neonatales en urgencias

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL</b> Servicio de Urgencias	<b>CÓDIGO: PR-18-02</b>	Página 14 de 14
	<b>Título:</b> Protocolo de manejo del Estado Epiléptico	<b>Edición:</b> Enero 2018	
	<b>Elaborado:</b> Dr. Eric Cheng Pediatra	<b>Revisión N°: 0</b>	
	<b>Aprobado:</b> Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	<b>Revisado:</b> Dr. Jorge Rodríguez Jefe de Servicio de Urgencias	

<b>Crisis anóxicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síncopes</li> <li>• Espasmos sollozo (danótico o pálido)</li> </ul>
<b>Secundarios a enfermedades sistémicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patología cardíaca, respiratoria, digestiva, alteraciones metabólicas, fármacos y drogas</li> </ul>
<b>Crisis psicógenas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rabieta</li> <li>• Ataques de pánico y ansiedad</li> <li>• Crisis de hiperventilación</li> <li>• Pseudocrisis</li> <li>• Conductas autoestimulatorias</li> <li>• Sd Munchausen por poderes</li> <li>• Trastornos paroxísticos del sueño</li> <li>• Narcolepsia</li> <li>• Sd apnea obstructiva del sueño</li> <li>• Sonambulismo</li> <li>• Terrores nocturnos</li> <li>• Pesadillas</li> <li>• Mioclonus nocturno</li> <li>• Ritmias motoras</li> <li>• Bruxismo</li> </ul>
<b>Trastornos paroxísticos motores no epilépticos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mioclonias benignas del lactante</li> <li>• Torticolis paroxística benigno del lactante</li> <li>• Desviación ocular benigna paroxística del lactante.</li> <li>• Sd Sandifer</li> <li>• Spasmus nutans</li> <li>• Tics</li> <li>• Estremecimientos</li> <li>• Hiperekplexia</li> <li>• Discinesias iatrogénicas</li> </ul>
<b>Miscelánea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vértigo paroxístico benigno</li> <li>• Migraña</li> <li>• Síndrome periódico</li> <li>• Ensoñaciones</li> <li>• Mioclonias del velo del paladar</li> </ul>