
Síndrome convulsivo

AUTORES: SILVANA GOMEZ, ALEJANDRO LARRIERA.
Hospital de Clínicas, "José de San Martín", U.B.A.
ASESOR MÉDICO: DR. RICARDO BARCIA.

PRIMERA CONVULSIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Solicitar:

Sodio, glucemia.

Prueba de embarazo en mujeres en edad fértil.

Mg, Calcio y Fósforo en caso de cuadro compatible (ej: Insuficiencia renal crónica: IRC). Realizar tomografía computada (TC) de cerebro cuando se sospecha un proceso intracraneano, antecedente de trauma, cáncer, inmunocompromiso, fiebre, cefalea persistente, anticoagulación, foco neurológico al examen físico, >40 años ó el antecedente de foco neurológico antes de la convulsión.

- Los pacientes con examen neurológico normal pueden ser dados de alta de la sala de emergencias con seguimiento ambulatorio.
- Los que no presentan comorbilidades ni enfermedad estructural cerebral no necesitan comenzar con fármacos antiepilépticos.
- Los que presentan lesión estructural en la TC o convulsiones parciales que luego se generalizaron se benefician con el inicio de tratamiento antiepiléptico.

TRATAMIENTO: Difenilhidantoina (DFH): Administrar una dosis de carga intravenosa (IV) de 18 mg/kg (diluida en solución fisiológica (SF), pasar en 30 minutos), intramuscular (IM) u oral, seguido de un mantenimiento con 300 mg/día VO (100 mg cada 8 horas).

ESTATUS EPILEPTICO (EE)

Convulsión que dura como mínimo 5 minutos o dos convulsiones seguidas sin recuperación de la conciencia. Se subdivide en status epiléptico convulsivo generalizado (SECG) y status epiléptico no convulsivo (SENC) basado en la clínica y el electroencefalograma (EEG).

Se considera EE refractario cuando no responde a drogas de segunda línea.

TRATAMIENTO DE SOSTÉN (ABCD)

PROTECCIÓN DE LA VÍA AÉREA

Cánula o mascarilla nasal con oxígeno.

Puede perderse el tono faríngeo y provocar aspiración. La decisión y el momento de intubación orotraqueal (IOT) y de asistencia respiratoria mecánica (ARM) dependen de la clínica.

ACCESO IV

- **Monitorear:** oximetría de pulso, electrocardiograma, tensión arterial y diuresis con sonda vesical.
- **Laboratorio:** Na, K, Cl, glucosa, Mg, Calcio iónico, hepatograma, hemograma, CPK, niveles séricos de antiepilépticos y tóxicos.
Controlar glucemia y corregir rápidamente si hay hipoglucemia (25 g de glucosa IV. Ej: 50 mL de solución con Dextrosa (Dx) al 50% o 250 mL de Dx al 10%. Administrar 100 mg de tiamina.

- **Determinar estado ácido-base (EAB):** el status convulsivo produce acidosis que finaliza con él y que rara vez requiere corrección.
La acidosis respiratoria en el estatus convulsivo requiere ARM. Se debe tratar agresivamente la **hipertermia** (medios físicos y fármacos antitérmicos).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INICIAL

Debe realizarse: luego de 2-3 minutos de la convulsión.

• PRIMERA LÍNEA:

- **Lorazepam** (fármaco de elección, 0.1-0.2 mg/kg). En bolos de 4 mg IV en forma lenta, sin superar 8 mg/dosis. Si no hay acceso IV se puede administrar por vía intrarrectal o intramuscular.
- **Diazepam:** (Ampollas 10 mg/2 mL) (Dosis 0.1-0.15 mg/kg). Se administra 5-10 mg IV en 5 minutos y se puede repetir cada 5 minutos sin superar 30 mg o 0.5 mg/kg. Debe asociarse a otro fármaco que evite las recurrencias: **DFH:** (dosis 18 mg/kg a <50 mg/min). Infusión de 900 mg en 500 mL SF a 30-40 mg/min hasta que cedan las crisis.

• SEGUNDA LÍNEA:

Administrar alguno de los siguientes fármacos y asegurar la protección de la vía aérea.

- **Midazolam:** 0.2 mg/kg en bolo seguido de 0.05-2.0 mg/kg/hora (diluido en SF o en Dx 5%).
- **Propofol:** 3-5 mg/kg como dosis de carga, administrar lentamente, seguido de infusión continua 1 a 15 mg/kg/h (diluido en Dx 5%).

En los pacientes con status epiléptico, realizar EEG cuando se sospecha:

- Status no convulsivo.
- Coma inducido por fármacos.
- Pacientes que recibieron un paralizante de larga duración.

Bibliografía:

1. Edward M Manno, MD. Nuevas estrategias de manejo en el tratamiento del estatus convulsivo. Simposio de convulsiones. Mayo Clin Proc. 2003;78:508-518.
2. Políticas Clínicas: asuntos críticos en la evaluación y manejo de los pacientes adultos que se presentan al departamento de Emergencias con convulsiones. The American College of Emergency Physicians. doi:10.1016/j.annemergmed.2004.01.0178