

CRISI COMICIAL A L'EDAT PEDIÀTRICA

Francesc Carmona Jiménez

GUIA D'ACTUACIÓ

Crisis Parcial Simples o Complexes:

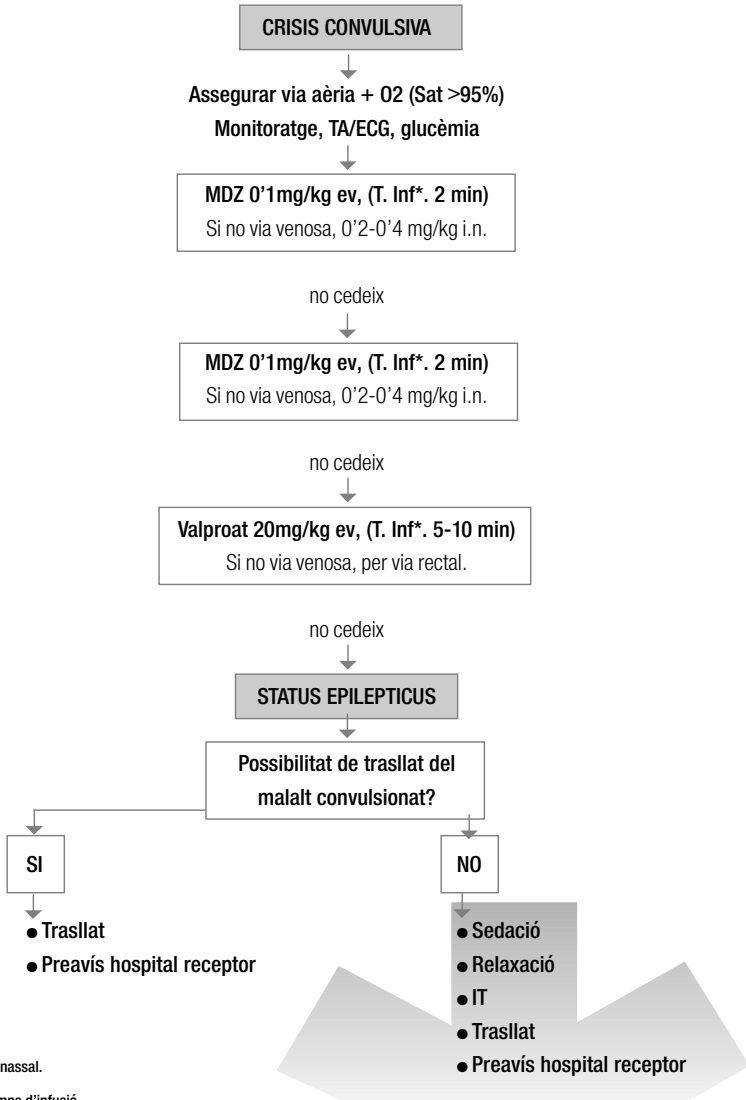
1. Tranquil·litzar el pacient (si conserva el nivell de consciència) i interrogar sobre els seus antecedents i sobre la crisi actual (hora d'inici, tractament previ...).
 2. Prendre constants (incloent-hi la glucèmia capil·lar).
- Si persisteix la crisi a la nostra arribada:
3. Administrar Midazolam 0'2mgr/kg intranasal. Es pot repetir als 5-10 min. si persisteix la crisi.
 4. Exploració física.

Crisis Generalitzades Convulsives:

Persisteix la crisi a la nostra arribada:

1. Aconseguir informació sobre la crisi (hora i forma d'inici, antecedents del pacient, tractament, febre...), descartant una convulsió no epilèptica (pseudocrisi). Simultàniament:
2. Assegurar la via aèria: col·locar cànula orofaríngia (quan sigui possible) i aportar l'oxigen suficient per mantenir saturacions del 95% o superiors.
3. Monitoritzar el ritme cardíac i determinar la pressió arterial, la temperatura i la glucèmia capil·lar.
4. Si es confirma hipoglucèmia administrar Glucosmon 33% a dosis de 0'5-1ml/kg. ev. o superior si fos necessari per corregir la glucèmia, prèvia canalització de via venosa perifèrica. Si el pacient té febre administrar paracetamol rectal.
5. Després de 5min. de l'inici de la convulsió administrar Midazolam 0'1mg/kg. ev. en 2 min. o fins que finalitzi la crisi, prèvia canalització de via venosa perifèrica. Si no s'ha pogut canalitzar una via venosa, administrar-lo a dosis de 0'2-0'4 mg/kg, via intranasal.
6. Repetir la dosi de fàrmac si la crisi no ha cedit en 5min. (aproximadament minut 10 de convulsió).
7. Si la crisi no ha cedit en 5 min (minut 15-20 de convulsió), administrar Valproat a dosis de 20mg/kg i.v. en 5-10 min. De no disposar de via venosa, administrar per via rectal.
8. Minut 20-25 de convulsió: el pacient presenta un status epilepticus. Arribat aquest punt, de permetre-ho les mides del pacient i/o la situació ambiental, traslladarem el pacient a l'hospital. En cas contrari pa-ssarem a la sedació, relaxació i intubació del pacient per procedir al trasllat.
9. Donat el millor pronòstic de l'status epilepticus als nens només procedirem a la intubació orotraqueal en aquests quan es produeixi un compromís de la via aèria i/o la ventilació, primària o secundària a l'administració de drogues anticonvulsivants o en aquells que per les seves mides o per les circumstàncies ambientals ho aconsellin per garantir l'estabilitat del

malalt durant el trasllat. Prèviament a la intubació orotraqueal haurem de sedar al pacient amb Midazolam (0'1-0'3mg/kg), i posteriorment relaxar-lo amb succinilcolina (1mg/kg). El manteniment de la sedació es farà amb Midazolam (0'1-0'4 mg/kg/h) i la relaxació amb Vecuroni (0'1mg/kg) ó Rocuroni (0,6mg/kg).



*i.n.: intranassal.

*T. Inf: temps d'infusió.

Si la crisi ha cedit espontàniament:

- Es tracta d'una primera crisi:
 1. Presa de constants incloent-hi la temperatura i la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en la presa de tòxics (alcohol, drogues...) o fàrmacs (antidepressius...) si s'escau, TCE previ, infecció del SNC, lesió estructural del SNC coneguda...
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
- Es tracta d'un pacient epilèptic conegut:
 1. Presa de constants incloent-hi la temperatura i la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en els possibles factors desencadenants i a canvis en la presentació (forma i/o freqüència) de la crisi.
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.

Crisis Generalitzades No Convulsives:

Si persisteix la crisi a la nostra arribada:

1. Aconseguir informació sobre la crisi (hora i forma d'inici, antecedents del pacient...), descartant una crisi no epilèptica (pseudocrisi). Simultàniament:
2. Assegurar la via aèria: col·locar cànula orofaríngia (quan sigui possible) i aportar l'oxigen suficient per mantenir saturacions del 95% o superiors.
3. Monitoratge del ritme cardíac i determinar la pressió arterial i la glucèmia capil·lar.
4. Si es confirma hipoglucèmia administrar Glucosmon 33% a dosis de 20ml. i.v. o superior, prèvia col·locació d'una via venosa.
5. Després de 5-10min. de l'inici de la convulsió administrar Midazolam 0'2-0'4mg/kg, intranasal.
6. Repetir la dosi de fàrmac si la crisi no ha cedit en 5min. (aproximadament minut 10 de crisi).

Si la crisi ha cedit espontàniament:

- Es tracta d'una primera crisi:
 1. Presa de constants incloent-hi la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en la presa de tòxics (alcohol, drogues...), fàrmacs (antidepressius...) TCE previ, infecció del SNC, lesió estructural del SNC coneguda...
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
- Es tracta d'un pacient epilèptic conegut:
 1. Presa de constants incloent-hi la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en els possibles factors desencadenants i en canvis en la presentació (forma i/o freqüència) de la crisi.
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.

Convulsions Febrils:

Apareixen en nens entre els 3 mesos i els 6 anys en el context d'un quadre febril. Són les més freqüents en aquesta franja d'edat (entre un 2-5% del nens les presenten). Poden ser tònicoclòniques, tòniques, clòniques i atòniques, habitualment generalitzades i de duració inferior a 5 minuts, tot i que poden tenir una presentació diferent (crisi atípiques). Davant d'una crisi febril:

- Si el pacient encara es troba convulsionant l'actitud a seguir serà la mateixa que s'ha descrit abans, segons el tipus de convulsió que presenti.
- Si el pacient ja no convulsiona:
 1. Presa de constants incloent-hi la temperatura.
 2. Anamnesi, amb la intenció d'esbrinar el focus de la febre.
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i als possibles focus d'origen de la febre.
 4. Es pot administrar un antitèrmic (paracetamol o ibuprofè), tenint en compte que aquest NO és un preventiu de la crisi convulsiva, sinó una mesura de confort pel nen.
 - Paracetamol rectal: 20mg/kg de pes.
 - Ibuprofè oral: 10mg/kg de pes.

Convulsions Postraumàtiques:

Apareixen en menys del 10% dels traumatismes craniocefàlics (TCE) i poden associar-se a greus lesions del sistema nerviós. Malgrat això no és infreqüent trobar pacients que convulsionen després d'un TCE menor amb un interval lúcid (GCS=15) després del traumatisme. En aquests casos la probabilitat de trobar lesions al SNC és molt baixa. Per aquest motiu haurem de ser conservadors i esperar que passi el període postcrític abans de tornar a valorar el GCS del nen i de prendre mesures agressives de tractament i protecció de la via aèria.

CRITERIS DE TRASLLAT

- Primera crisi, independentment del tipus.
- Segona crisi en pacient sense tractament antiepilèptic.
- Nova crisi, que ha cedit, en un epilèptic conegut si:
 - Canvi en la forma de presentació de la crisi.
 - Augment en la freqüència de presentació.
 - Presència de focalitat neurològica en l'exploració.
 - Crisi que no cedeix amb tractament (status epilepticus).
 - Angoixa dels pares.
 - S'ha administrat tractament per fer cedir la crisi.

Bibliografia

1. "Tratado de Urgencias en pediatría" Benito J, Luaces C. 2005. Ed. Ergon, (1ª edición).
2. "El tratamiento de las epilepsias. Guía terapéutica de la Societat Catalana de Neurologia" S. Arroyo, J. Campistol, E. Comes, P. Fossas, Ll. Padró, A. Ugarte y la Societat Catalana de Neurologia. Rev. Neurol 1999; 29 (8): 754-766.
3. "Status Epilepticus and Acute Repetitive Seizures in Children, Adolescents, and Young Adults: Etiology, Outcome, and Treatment" W.G. Mitchell, *Epilepsia*, 37(Suppl. 1); S74-S80, 1996.
4. "Nasal Rather than Rectal Benzodiazepines in the Management of Acute Childhood Seizures?" M.E. O'Regan et al. *Developmental Med. And Child Neurology*, 1996, 38, 1037-1045.
5. "Evaluation and Management of Febrile Seizures in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings" Warden C.R, et al. *Ann Emerg Med.* Feb 2003;41:215-222.
6. "Comparison of Intranasal Midazolam with Intravenous Diazepam for Treating Febrile Seizures in Children: Prospective Randomised Study" Lahat E. et al. *BMJ* 8 July 2000, Vol.321 p83-86.
7. "Do Children Require Hospitalization After Immediate posttraumatic seizures?" James F. Holmes et al. *Ann Emerg Med* 2004 Jun;43(6):706-10.