

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DEL ESTADO CONVULSIVO
De acuerdo a los recursos disponibles en el
Hospital de Urgencia Asistencia Pública
(octubre 2008)

Dr. Jorge González-Hernández

INTRODUCCION

El estado convulsivo es una patología frecuente en nuestro hospital, con un promedio de 15 ingresos al mes por esta causa.

Se define como la persistencia continua o intermitente de convulsiones por más 30 minutos, sin recuperación de conciencia entre las crisis. Las medidas terapéuticas de urgencia deben implementarse ya a los 5 minutos de crisis.

Del manejo eficaz y oportuno dependerá principalmente su pronóstico, el cual es de aproximadamente un 20% de mortalidad y un 5% de secuela cognitiva o motora.

Los factores pronósticos más relevantes sobre los que podemos intervenir, son la duración del status y el tratamiento oportuno de su causa.

La causa más frecuente es una epilepsia previa descompensada (generalmente por abandono de tratamiento). También puede ocurrir por accidentes cerebrovasculares, trastornos metabólicos, tumores, infecciones, tóxicos, traumatismos y abstinencia de drogas o alcohol. En un 10% de los casos no se encuentra la causa.

TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES

Debe usarse Diazepam 10 mg, una ampolla endovenosa a pasar en 5 minutos, la que puede repetirse en 10 minutos en caso necesario. Algunos pacientes pueden presentar depresión respiratoria o hipotensión transitoria, por lo que debe monitorizarse estos parámetros. En caso de haberse controlado la convulsión, deberá procederse a una carga de fenitoína de 20 mg/Kg de peso, por sonda nasogástrica (asumiendo que no estaba con este tratamiento previamente).

En caso de falta de respuesta a los 20 mg de diazepam, debe administrarse la carga de fenitoína por vía endovenosa, en suero fisiológico (15 a 20 mg por Kg de peso) a una velocidad no mayor a 50 mg por minuto). Debe utilizarse monitor cardíaco y control de presión arterial frecuente durante la infusión, dado el riesgo de bradiarritmias severas o hipotensión. En caso de bradicardia o hipotensión, detener la infusión para reiniciarla a un flujo menor, una vez recuperados los parámetros.

Si estas medidas no fueran efectivas, se puede asociar fenobarbital (10 mg/Kg peso) endovenoso a velocidad no mayor a 100 mg/minuto. Repetir la dosis en caso necesario. Por la posibilidad de paro respiratorio o shock, el paciente debe estar en una unidad de cuidados intensivos (UTI).

Si aún el paciente persistiera con convulsiones, se requerirá una inducción anestésica con pentobarbital o midazolam, en UTI.

Las dosis de mantención son de 300-400 mg/día para fenitoína y 100-200 mg/día para fenobarbital. Debe monitorizarse los niveles plasmáticos.

MEDIDAS GENERALES

- Tratamiento en UCI idealmente.

- Vía aérea y venosa
- Oxigenoterapia
- Suero glucosado 10% con tiamina 30 mg (1 amp) cada 500 cc.
- Sonda nasogástrica y vesical.
- Mantenición estricta de presión arterial, equilibrio hidro electrolítico y ácido base.

IDENTIFICACION Y TRATAMIENTO DE LA CAUSA

En este punto es fundamental la historia de ingreso (antecedente de epilepsia u otra enfermedad del sistema nervioso central; cefalea, fiebre o alteración cognitiva previa a la crisis; drogas, alcohol; enfermedad hepática, renal, endocrina o tumoral asociada).

Debe solicitarse un estudio metabólico completo (especialmente descartar hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia, hipomagnesemia, uremia).

Si aún persiste la duda acerca de la etiología, complementar estudio con un TAC cerebral, examen toxicológico o punción lumbar, de acuerdo a la orientación clínica.

Todo paciente en Estado Convulsivo debería ser evaluado por neurólogo o neurocirujano.

BIBLIOGRAFIA

1. Matthew Walker. Status epilepticus: an evidence based guide. *BMJ* 2005;331;673-677
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults 2003. www.sign.uk

Correspondencia: Dr. Jorge González-Hernández jorgegonzalez@memoriza.com