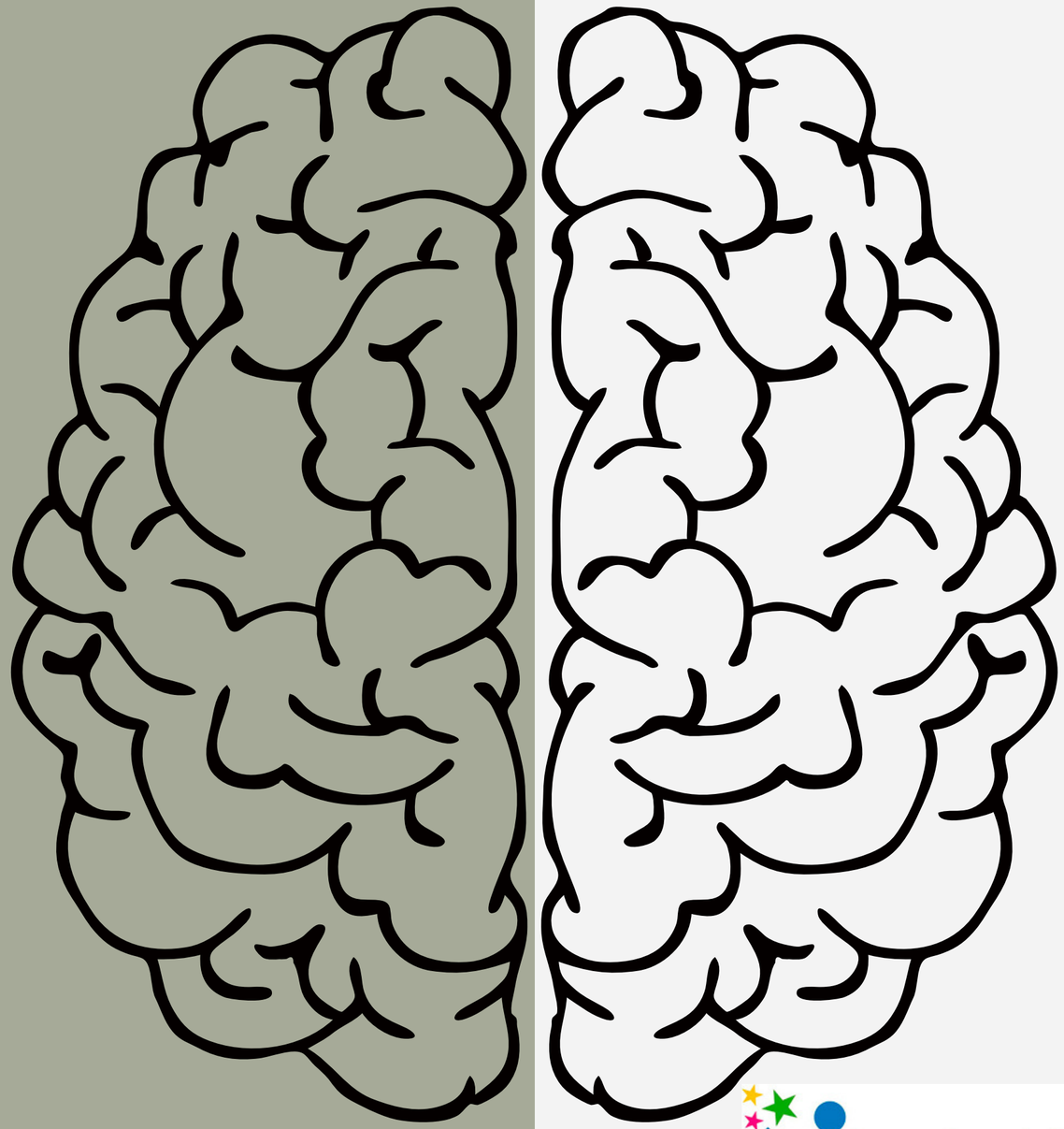
Código crisis pediátrico

Proceso asistencial CCAA Madrid

Clara Martinez Jimenez, R2 Pediatría

Tutores: Francisco Gómez y Rocío Jadraque



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



Índice

1 Justificación

2 Código crisis

- Criterios de activación
- Manejo
- EEG precoz
- Transferencia asistencial

3 Ideas clave

4 Bibliografía

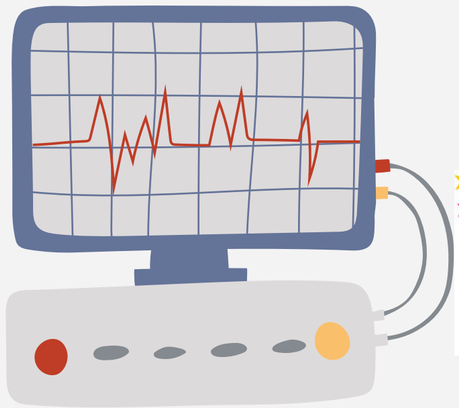
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Justificación

CONVULSIÓN: aparición transitoria de signos o síntomas debidos a actividad neuronal excesiva o síncrona anormal en el cerebro

CRISIS EPILÉPTICA: evento eléctrico caracterizado por un breve episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro, con o sin síntomas motores visibles

ESTATUS EPILÉPTICO:



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Estatus epiléptico

Crisis activa	EE precoz	EE establecido	EE refractario	EE superrefractario

T1

5' CONVUSIVOS
10' FOCAL
15' AUSENCIAS

TRATAMIENTO



T2

30' CONVUSIVOS
60' FOCAL
ND AUSENCIAS

DAÑO IRREVERSIBLE

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Justificación

EPILEPSIA: enfermedad neurológica crónica más frecuente en la infancia

CRISIS EPILÉPTICAS: 20-40% mayor prioridad de triaje

ESTATUS EPILÉPTICO: mayor morbimortalidad. 10-20% pacientes con epilépsia

OPTIMIZAR LA ACTUACIÓN ANTE UNA CE PARA EVITAR PROGRESIÓN A EE

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Justificación

EL TIEMPO ES CEREBRO

- riesgo daño neuronal
- alteraciones neurodesarrollo
- mortalidad
- recurrencia

NOTABLE VARIEDAD ENTRE CENTROS

Proceso asistencial «Crisis epilépticas graves en la Comunidad de Madrid: Código Crisis»

Adrián García-Ron[a,*], Victor Soto-Insuga[b], Noemí Núñez Enamorado[c], Eva Arias Vivas[d], Elena González Alguacil[e], María Concepción Miranda-Herrero[f], Cristina Barcia Aguilar[g], Alfonso Martín Martínez[h] e Irene García-Morales[i]

[a] Neurología Infantil, Instituto del Niño y del Adolescente, Hospital Clínico San Carlos, Código Crisis Pediátrico del Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España
[b] Neurología Infantil, Hospital Universitario Niño Jesús, Código Crisis Pediátrico del Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España
[c] Neurología Infantil, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España
[d] Neurología Infantil, Instituto del Niño y del Adolescente, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
[e] Neurología Infantil, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España
[f] Neurología Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Justificación

Conceptos



Cambio de paradigma



Definición de CE urgentes y estratificación riesgo



Refractariedad al tratamiento

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

1. Cambio de paradigma



Enfoque preventivo

~~CÓDIGO~~ ESTATUS → CÓDIGO CRISIS



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

2. Definiciones CE

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON CE GRAVES

1 **CRISIS URGENTES**



2 **CRISIS POTENCIALMENTE GRAVES**

3 **CRISIS GRAVES**

CODIGO CRISIS

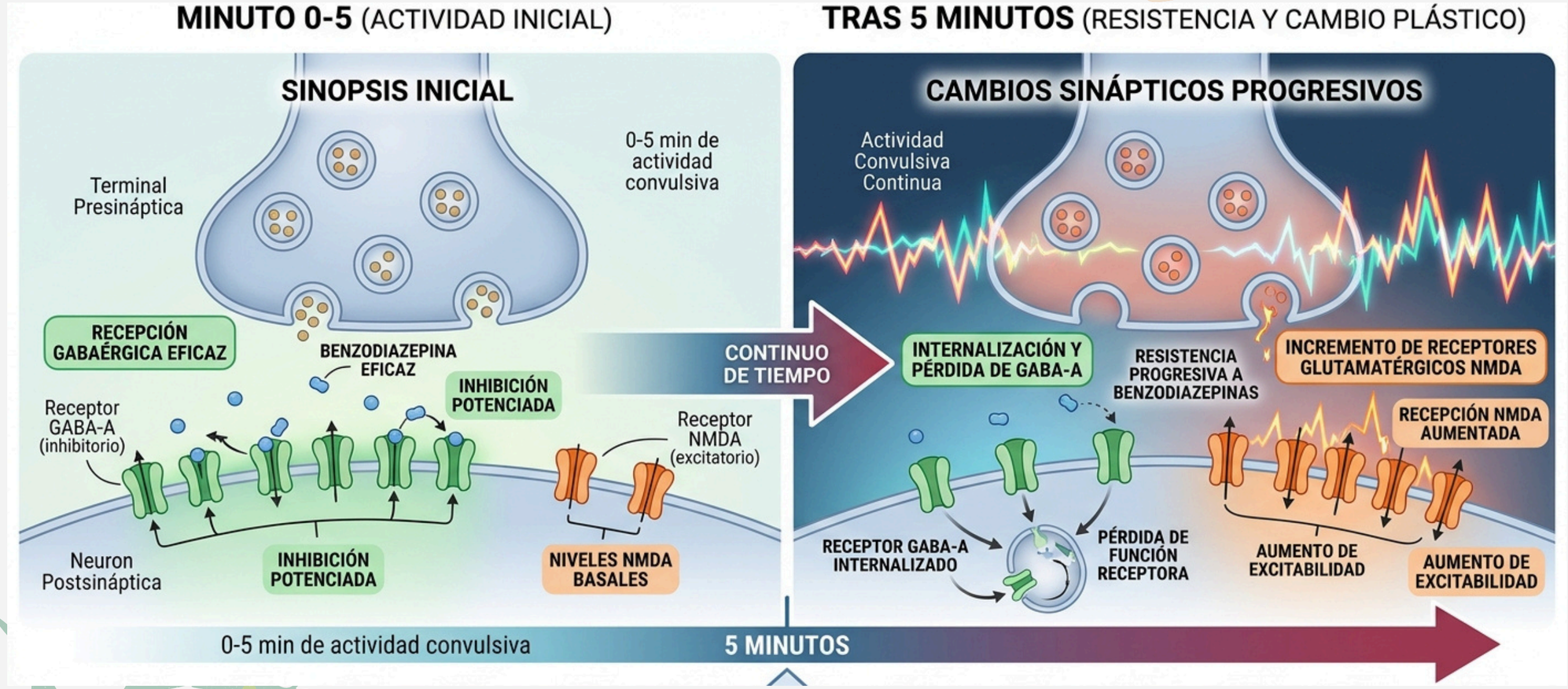
Tabla 1 Características de un «Hospital de referencia» para la atención de una CE grave

Recursos asistenciales
Unidad de neuropediatría
Unidad de cuidados intensivos pediátricos
Unidad de cuidados intermedios
Capacidad para realizar TAC urgente
Neurocirujano de guardia
Posibilidad de emplear todos los tratamientos:
1. Fármacos anticrisis
2. Inmunomoduladores
3. Dietéticos
Posibilidad de realizar e interpretar video-EEG «en las primeras 24 h»
Recursos materiales
Video-EEG
TAC con estudios vasculares
RM cerebral
Realización de pruebas específicas
Laboratorio de urgencias

CE: crisis epiléptica; EEG: electroencefalograma; RM: resonancia magnética; TAC: tomografía axial computarizada.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

3. Farmacorresistencia



Internalización y pérdida de función de los receptores GABA-A y un incremento de receptores glutamatérgicos NMDA

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Justificación



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis



CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DE CODIGO CRISIS - CRISIS GRAVES

- **EE generalizado o focal,** excluyendo CE febriles controladas con una dosis de BZD
- **Sospecha de EE no convulsivo:** bajo nivel de consciencia, confusión sin causa identificada o estado postcrítico con afectación de conciencia > 1h
- **Déficit neurológico focal postcrítico de nueva aparición**, tras excluir etiología vascular.
- **CE en acúmulos:** ⩾2 crisis generalizadas TC o focales con afectación de conciencia <12h; > x3 frecuencia habitual de crisis
- **Primera CE en < 1 mes**

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis

EXTRAHOSPITALARIO



HOSPITALARIO



Homogeinizar decisiones entre niveles asistenciales

Reducir tiempos terapeuticos

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

EXTRAHOSPITALARIA

Escenarios Clínicos



Paciente con crisis epiléptica aislada

Llamada a 112/ 061

Preguntas clave para hacer por el **centro coordinador de urgencias**:

1. Antecedentes de epilepsia; 2. Edad, Temperatura y comorbilidad;
3. Duración de la crisis actual; 4. N.º de crisis; 5. Alteración del nivel de conciencia;
6. Déficit focal; 7. Situación diferente a la habitual; 8-Tratamiento habitual

Primera crisis

Paciente con epilepsia

1. Diferente a crisis habituales (en tipo o duración)
2. No ha tomado su medicación anticrisis (MAC)

Medidas generales
Personal no médico:
BZD (orales/intranasales/rectales)
Pauta de MACs de su médico
Aviso a SUEH (112/061), centro coordinador

Recuperada y similar a las crisis habituales

Activación de recursos móviles del SUEH (112/061)
para **valoración *in situ*, tratamiento y traslado a hospital**
Benzodiacepinas + Levetiracetam
Ketamina + Midazolam i.v. (si precisa sedación)
En 1ª crisis tratamiento sólo si persiste la clínica

Medidas generales y pauta de **tratamiento anticrisis** según su médico **habitual**
Observación en domicilio

PACIENTE EPILEPSIA CONOCIDA NO PRECISA TRASLADO A HOSPITAL

EPILEPSIA CONOCIDA O 1ª CRISIS PRECISA TRASLADO A HOSPITAL

No Activación Código Crisis

CRISIS GRAVE QUE PRECISA TRASLADO A HOSPITAL CON ACTIVACIÓN CÓDIGO CRISIS

Servicio Urgencias Extrahospit
SAMUR/SUMMA/Urgencias Aten

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL



TRASLADO SUEH

CRISIS URGENTE

ACCESO DIRECTO

¿CÓDIGO CRÍSIS?

SI

NO

ACTIVACIÓN CÓDIGO

¿EXISTEN FACTORES ALTO RIESGO?

- **Primera Crisis**
- Comorbilidad neurológica, alteración neurodesarrollo
- Mala adherencia al tratamiento
- Traumatismo craneal, tóxicos
- Mala Adherencia al tratamiento
- Fiebre:
  - ✓ Sospecha infección SNC en paciente no epiléptico
  - ✓ Riesgo descompensación en pacientes epilépticos.
  - ✓ Crisis febriles atípicas*

SI

NO

Aviso Neuropediatra

NO

¿RESUELTO?

SI

OBSERVACIÓN Y ALTA

1.ª CRISIS afebril

- Valoración por Neuropediatra
- EEG precoz

NO

¿RESUELTO?

SI

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- EEG/EEG PROLONGADO
- NEUROIMAGEN (RM/TC)
- Estudio LCR

TRATAMIENTO DIRIGIDO

- Semiológico
- Etiológico

- **INGRESO EN PLANTA**
- **OBSERVACIÓN 24 Horas hasta completar estudio**

Servicio de Pediatría

DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 0: estabilización

A (Vía aérea) → B (Respiración) O2 100% → C (Circulación) 2 vías → D (Déficit neurológico) → E (Exposición)

HISTORIA CLINICA

- Descripción del episodio y tipo de crisis
- Buscar factores precipitantes
- Sintomas postcrisis
- Antecedentes personales

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 0: estabilización

A (Vía aérea) → B (Respiración) O2 100% → C (Circulación) 2 vías → D (Déficit neurológico) → E (Exposición)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- AS: HG, BQ (Glu, iones, RFA), GV
- AO: anormales y sedimento
- Toxicos orina
- HC, UC: si fiebre
- Neuroimagen: TC/RM

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 1: BDZ (5 – 10')

¿Vía disponible?

- Midazolam (max 10mg):
  - bucal (0,5mg/kg)
  - nasal (0,3mg/kg)
  - IM (0,2mg/kg)
- Diazepam rectal

5 mg (<15kg) 10 mg I(>15kg)

- Diacepam i.v

(0,3mg/kg).
Max 5mg (<50kg)
Max 10mg (>50kg)

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 1: BDZ

¿Vía disponible?

- Midazolam (max 10mg):
  - bucal (0,5mg/kg)
  - nasal (0,3mg/kg)
  - IM (0,2mg/kg)
- Diazepam rectal

5 mg (<15kg) 10 mg I(>15kg)

MIDAZOLAM BUCAL

- 3 m < 1 a: 2.5mg
- 1 a < 5 a: 5mg
- 5 a< 10 a: 7,5 mg
- 10 a < 18 a: 10mg

- Diacepam i.v

(0,3mg/kg).
Max 5mg (<50kg)
Max 10mg (>50kg)

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 2: BITERAPIA (10 – 30')

- 2º dosis de BZD
  - Midazolam iv (0,2mg/kg)
  - Diazepam iv (0,3mg/kg)

+

- FAE iv dosis plenas:
  - LEV (60mg/kg)
  - VPA (40mg/kg)
  - PHT (20mg/kg)

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis





FASE 2: BITERAPIA (10 – 30')

- 2º dosis de BZD
  - Midazolam iv (0,2mg/kg)
  - Diazepam iv (0,3mg/kg)

INGRESO EN UCIP:

> 15' EE convulsivos

> 30' EE focales o no convulsivos

- FAE iv dosis plenas:
  - LEV (60mg/kg)
  - VPA (40mg/kg)
  - PHT (20mg/kg)

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Tratamiento estandarizado



MANEJO DE CRISIS EPILÉPTICA EN EL ÁMBITO EXTRA-HOSPITALARIO

ESTABILIZACIÓN INICIAL

Glucemia < 70 mg/dl (< 40 mg/dl <1 mes): Glucosado 10% i.v. 2 ml/kg. Glucagon si no acceso venoso

¿DURACIÓN DE LA CRISIS?

<5 minutos

Benzodiacepina (BZD) por la vía más rápida

>5 minutos o desconocida: BITERAPIA

Benzodiacepina por la vía más rápida +
Levetiracetam 60 mg/kg iv en 15 minutos

A los 5 minutos de la BZD

BITERAPIA

BZD+Levetiracetam 60 mg/kg iv en 15 minutos

Benzodiacepina

Si crisis >30 minutos (Estatus generalizado o focal con alteración nivel conciencia)

- Midazolam + Ketamina
- Propofol

* Valorar intubación (se recomienda utilizar inductores no barbitúricos y evitar miorrelajantes por el riesgo de enmascarar un estatus refractario)

MEDIDAS GENERALES

1. **Administrar oxígeno 02 100%.**
2. **Valorar intubación orotraqueal (IOT) si:**
   - Compromiso inminente o potencial de la vía aérea
   - Alteración del nivel de conciencia (GCS < 8 puntos)
   - Trabajo respiratorio excesivo (>40rpm) o deprimido (<10 rpm)
   - Hipoxemia (pO2 < 50, satO2 < 85%) refractaria al tratamiento
   - Acidosis respiratoria progresiva (pH < 7,2, pCO2 > 60).
3. **Canalización al menos una vía venosa, si es posible dos**
4. **Monitorización de signos vitales (FR, FC, TA, Tª, SatO2)**
5. **Determinar glucemia.**

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Tratamiento estandarizado



A. EE Generalizado Convulsivo

5 min
- Sin acceso venoso: MDZ bucal/intranasal/im
- Con acceso venoso: DZP, MDZ iv

10-30 min EE
- Segunda dosis de BZD (preferentemente iv)
- Asociar FAC iv a dosis plenas: LEV ó PHT ó VPA ó LCM (si focalidad).
- Si epilepsia previa: administrar dosis de carga de su FAE habitual
- PHT no usar en ausencia o crisis mioclónica
- Valproico: precaución en < 2 años
- INGRESO EN UCI si > 15 minutos de duración

> 30 min ER
- Añadir otro FAE iv de 2ª línea (LEV, PHT, VPA, LCM)
- Si no cede sedación: MDZ,Propofol,ketamina, barbitúricos

> 24 horas ESR
- Añadir otros FAE (TPM, BRV, PER, PB)
- Valorar inmunoterapia
- Valorar dieta cetogénica

Medidas Generales:

1. Asegurar dos accesos venosos.
2. Confirmar medicación administrada y no repetir BZD
3. Intentar averiguar desencadenantes (tóxicos, mala adherencia, cuadro catarral, problemas gastrointestinales...)
4. Determinar tóxicos en orina y niveles de fármacos anticrisis.
5. Si tolera vía oral, asegurar que toma su medicación habitual.
6. Tras administrar MACs asegurar que se deja pauta de continuación.
7. Si se trata de una primera CE que ha precisado tratamiento asegurar que se deja tratamiento de continuación pautado.
8. Intentar hablar con testigos de las crisis para tener más detalles.

B. EE Focal

10 min
- Sin acceso venoso: MDZ bucal/intranasal/im
- Con acceso venoso: DZP, MDZ iv

10-60 EE
- 2ª dosis de BZD (preferentemente iv)
- Asociar FAE iv dosis máximas (LCM ó LEV ó PHT ó VPA)
- Valoración por UCI si > 30 minutos

>60 min EE
- Añadir más FAE iv: LEV ó PHT ó LCM ó VPA
- Valorar sedación si refractariedad a pesar del tratamiento o si existen signos de generalización de la crisis

C. EE Generalizado no convulsivo

10 min
- Sin acceso venoso: MDZ bucal/intranasal/im
- Con acceso venoso: DZP, MDZ iv

10-60 EE
- 2ª dosis de BZD (preferentemente iv)
- Asociar FAC iv dosis máximas (LEV ó VPA)
- Valoración por UCI si > 30 minutos

>60 min EE
- Añadir más FAC iv: LEV ó VPA
- Valorar iniciar sedación: perfusión de MDZ o k

MDZ: midazolam; **DZP**: diazepa; **BZD:** benzodiacepina; **FAC:** Fármaco anticrisis; **LEV:** levetiracetam; **PHT**: fenitoína; **VPA**: ácido valproico; **LCM:** lacosamida; **TPM:** topiramato; **BRV:** brivaracetam; **PER:** perampanel; **PB:** fenobarbital

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Tratamiento estandarizado

Tabla 2 Dosis de FAC empleados en los pacientes con crisis epilépticas agudas

	Vía	Dosis	Complicaciones
1.ª Linea			
Diazepam (DZP)	IV IM Rectal	0,3 mg/kg; Máx 5 mg (< 50 kg), 10 mg en > 50 kg < 15 kg: 5 mg; > 15 kg: 10 mg	Depresión respiratoria
Midazolam (MDZ)	IM IM, IV	0,3 mg/kg 0,2 mg/kg Máx 10 mg	Depresión respiratoria
MDZ solución oral	VO	0,5 mg/kg (Máx 10 mg) 3 m-1 año: 2,5 mg 1-5 años 5 mg 5-10 años 7,5 mg 10-18 años 10 mg	Depresión respiratoria
2.ª Linea	Fármacos anticrisis más utilizados		
Fenitoina (PHT)	IV	18-20 mg/kg Máx 1 g/20 min	Bradicardia extrema Hipotensión Isquemia arterial por extravasación
Fenobarbital (PB)	IV	15-20 mg/kg/20 min	Sedación excesiva Depresión respiratoria
Valproico (VPA)	IV	20-40 mg/kg Máx 1.500 mg Perfusión 1-3 mg/kg/h	Encefalopatía hiperamoniémica Evitar: < 2 años y enferm mitocondrial
Levetiracetam (LEV)	IV VO	40-60 mg/kg (Máx 4.500 mg/kg)	

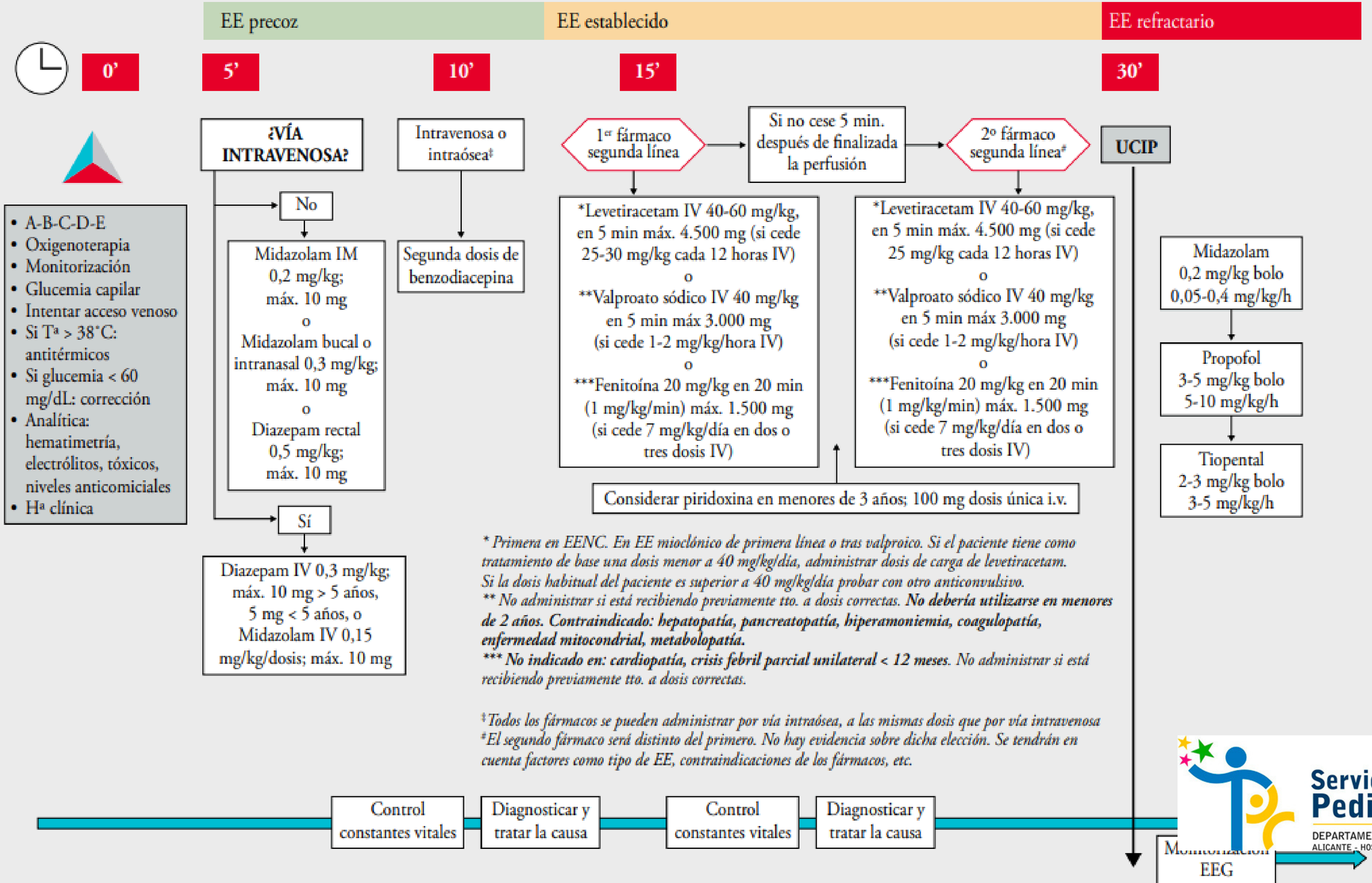
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Tratamiento estandarizado

Lacosamida (LCM)	IV	5-10 mg/kg	Vigilar ECG (bradicardia,
	VO	Máx 200-400 mg	bloqueo 2.° y 3.°)
Brivaracetam (BRV)	IV	3-5 mg/kg	Somnolencia excesiva
	VO	Máx 100-200 mg	
Perampanel (PER)	Oral / SNG	20 kg: 2-4 mg (máx 6 mg)	
		20-30 kg: 4-6 (máx 8 mg)	
		> 30 kg: 4-8 (máx 12 mg)	
Topiramato (TPM)	VO	5 mg/kg: 200 mg	
3.ª Linea	Dosis mínimas anestésicos para tratar EE		
Midazolam	IV	0,03-0,3 mg/kg a 4 mg/min	0,05-0,2 mg/kg/h
			Máx: 1,3-3 mg/kg/h
Ketamina	IV	0,5-3 g/kg	0,05-0,2 mg/kg/h.
			Máx: 1,3-3 mg/kg/h
Propofol	IV	2-2,5 mg/kg	0,3-4 mg/kg/h
Tiopental	IV	3-5 mg/kg en 3-5 min; repetir bolo 1-2mg/kg	3-7 mg/kg/h

ECG: electrocardiograma; EE: estatus epiléptico; FAC: fármaco anticrisis; IV: intravenoso; SNG: sonda nasogástrica; VO: vía oral.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL


EE precoz
EE establecido
EE refractario
0'
5'
10'
15'
30'
• A-B-C-D-E
• Oxigenoterapia
• Monitorización
• Glucemia capilar
• Intentar acceso venoso
• Si Tª > 38ºC: antitérmicos
• Si glucemia < 60 mg/dL: corrección
• Analítica: hematimetría, electrólitos, tóxicos, niveles anticomiciales
• Hª clínica
¿VÍA INTRAVENOSA?
No
Midazolam IM 0,2 mg/kg; máx. 10 mg o Midazolam bucal o intranasal 0,3 mg/kg; máx. 10 mg o Diazepam rectal 0,5 mg/kg; máx. 10 mg
Sí
Diazepam IV 0,3 mg/kg; máx. 10 mg > 5 años, 5 mg < 5 años, o Midazolam IV 0,15 mg/kg/dosis; máx. 10 mg
Intravenosa o intraósea‡
Segunda dosis de benzodiacepina
1er fármaco segunda línea
Si no cese 5 min. después de finalizada la perfusión
2º fármaco segunda línea#
*Levetiracetam IV 40-60 mg/kg, en 5 min máx. 4.500 mg (si cede 25-30 mg/kg cada 12 horas IV) o **Valproato sódico IV 40 mg/kg en 5 min máx 3.000 mg (si cede 1-2 mg/kg/hora IV) o ***Fenitoína 20 mg/kg en 20 min (1 mg/kg/min) máx. 1.500 mg (si cede 7 mg/kg/día en dos o tres dosis IV)
*Levetiracetam IV 40-60 mg/kg, en 5 min máx. 4.500 mg (si cede 25 mg/kg cada 12 horas IV) o **Valproato sódico IV 40 mg/kg en 5 min máx 3.000 mg (si cede 1-2 mg/kg/hora IV) o ***Fenitoína 20 mg/kg en 20 min (1 mg/kg/min) máx. 1.500 mg (si cede 7 mg/kg/día en dos o tres dosis IV)
Considerar piridoxina en menores de 3 años; 100 mg dosis única i.v.
UCIP
Midazolam 0,2 mg/kg bolo 0,05-0,4 mg/kg/h
Propofol 3-5 mg/kg bolo 5-10 mg/kg/h
Tiopental 2-3 mg/kg bolo 3-5 mg/kg/h
* Primera en EENC. En EE mioclónico de primera línea o tras valproico. Si el paciente tiene como tratamiento de base una dosis menor a 40 mg/kg/día, administrar dosis de carga de levetiracetam. Si la dosis habitual del paciente es superior a 40 mg/kg/día probar con otro anticonvulsivo.
** No administrar si está recibiendo previamente tto. a dosis correctas. No debería utilizarse en menores de 2 años. Contraindicado: hepatopatía, pancreatopatía, hiperamoniemia, coagulopatía, enfermedad mitocondrial, metabolopatía.
*** No indicado en: cardiopatía, crisis febril parcial unilateral < 12 meses. No administrar si está recibiendo previamente tto. a dosis correctas.
‡ Todos los fármacos se pueden administrar por vía intraósea, a las mismas dosis que por vía intravenosa
# El segundo fármaco será distinto del primero. No hay evidencia sobre dicha elección. Se tendrán en cuenta factores como tipo de EE, contraindicaciones de los fármacos, etc.
Control constantes vitales
Diagnosticar y tratar la causa
Control constantes vitales
Diagnosticar y tratar la causa
EEG
Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

EEG precoz



Herramienta diagnóstica prioritaria (primeras 24h):

- Diagnóstico diferencial rápido
- Monitorización continua
- Orientación terapéutica

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Transferencia asistencial

Informe de alta

INFORME PERSONALIZADO DE EPILEPSIA: NIÑO



Diagnósticos:

- Tipo de Crisis.
- Tipo de Epilepsia.
- Síndrome Epiléptico.
- Etiología.
- Comorbilidades.

Tratamiento:

- Fármacos.
- Principales efectos adversos.
- ¿Qué debo hacer si se me olvida una toma?.

Crisis:

- ¿Hay algún factor desencadenante para las crisis?
- ¿Qué pasa si mi hijo tiene una convulsión?
- ¿Qué debo hacer si mi hijo tiene una crisis prolongada?
- ¿Qué debo hacer si mi hijo tiene convulsiones breves pero repetidas?

Debemos valorar y tratar de inmediato a niños, jóvenes y adultos que presenten crisis convulsivas prolongadas (que duren 5 minutos o más) o repetidas (tres o más en una):

Colocar al paciente en posición de seguridad (de lado).

No introducir ningún objeto en la boca.

Administrar medicación de rescate pautada:

- **Midazolam bucal.**
- **Diazepam rectal** si se prefiere o no se dispone de midazolam bucal.
- Se debe tener cuidado para asegurar la vía respiratoria del niño, adolescente o adulto y evaluar su función respiratoria y cardíaca tras la administración del fármaco de rescate.

Según la respuesta al tratamiento, la situación clínica o la capacitación de la persona que atienda al paciente, debe avisar al servicio de emergencias si:

- La crisis convulsiva continua 5 minutos después de que se haya administrado la medicación de rescate.
- El paciente tiene antecedentes de episodios frecuentes de agrupación de crisis convulsivas.
- El paciente tiene antecedentes de estatus convulsivo.
- Es el primer episodio que requiere la utilización de tratamiento de rescate.
- El cuidador tiene dificultades o preocupaciones para el manejo de las crisis convulsivas.

Teléfono de contacto o mail ante:

- Descompensación de las crisis (aumento en el número de crisis).
- Aparición de crisis diferentes a las habituales.
- Síntomas nuevos que aparecen tras inicio de un nuevo tratamiento.

Tipo de crisis y tratamiento

Plan de actuación

Signos de alarma

Contacto

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Ideas clave

1



CONCEPTO DE CRISIS URGENTE vs ESTATUS

Enfatiza su enfoque preventivo: la identificación y tratamiento precoz de las crisis antes de su progresión a EE

2



BITERAPIA PRECOZ

La aplicación temprana de BZD asociado a FAEs como 2º línea, disminuye la progresión a EE refractario y la estancia en UCIP

3



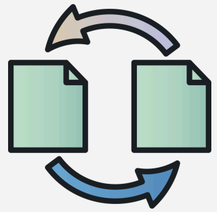
EEG PRECOZ

Herramienta diagnóstica prioritaria. Se recomienda su realización en las primeras 24 h tras una CE

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Ideas clave

4



TRANSFERENCIA ASISTENCIAL

Es esencial asegurar una transición eficaz hacia atención primaria y capacitar a las familias para el manejo inicial de nuevas crisis

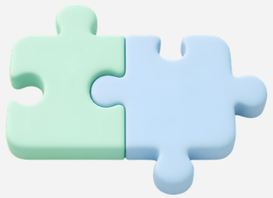
5



INFORME DE ALTA PERSONALIZADO

- Tipo de crisis y tratamieto
- Signos de alarma
- Plan de actuación
- Via de contacto con especializada

6



ATENCIÓN INTEGRAL

Desde el entorno extrahospitalario hasta el seguimiento postalta

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

El **Código Crisis de la Comunidad de Madrid** coincide con los protocolos actuales en el tratamiento precoz de las crisis epilépticas. Sin embargo, **va más allá de la recomendación habitual al introducir un fármaco anticrisis no benzodiacepínico de forma conjunta y más temprana**. Esa parte es una innovación prometedora, aunque todavía no cuenta con ensayos comparativos reseñables.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Bibliografía

- González Hermosa A. Estatus epiléptico. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;1:119-140.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Proceso asistencial crisis epiléptica urgente. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Dirección General Asistencial, Gerencia Asistencial de Hospitales; 2023.
- García-Ron A, Soto-Insuga V, Núñez Enamorado N, Arias Vivas E, González Alguacil E, Miranda-Herrero MC, et al. Proceso asistencial «Crisis epilépticas graves en la Comunidad de Madrid: Código Crisis». An Pediatr (Barc). 2026;104:504242. doi:10.1016/j.anpedi.2026.504242.
- González Hermosa A. Estatus epiléptico. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 4.ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024. p. 1-18.

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Bibliografía

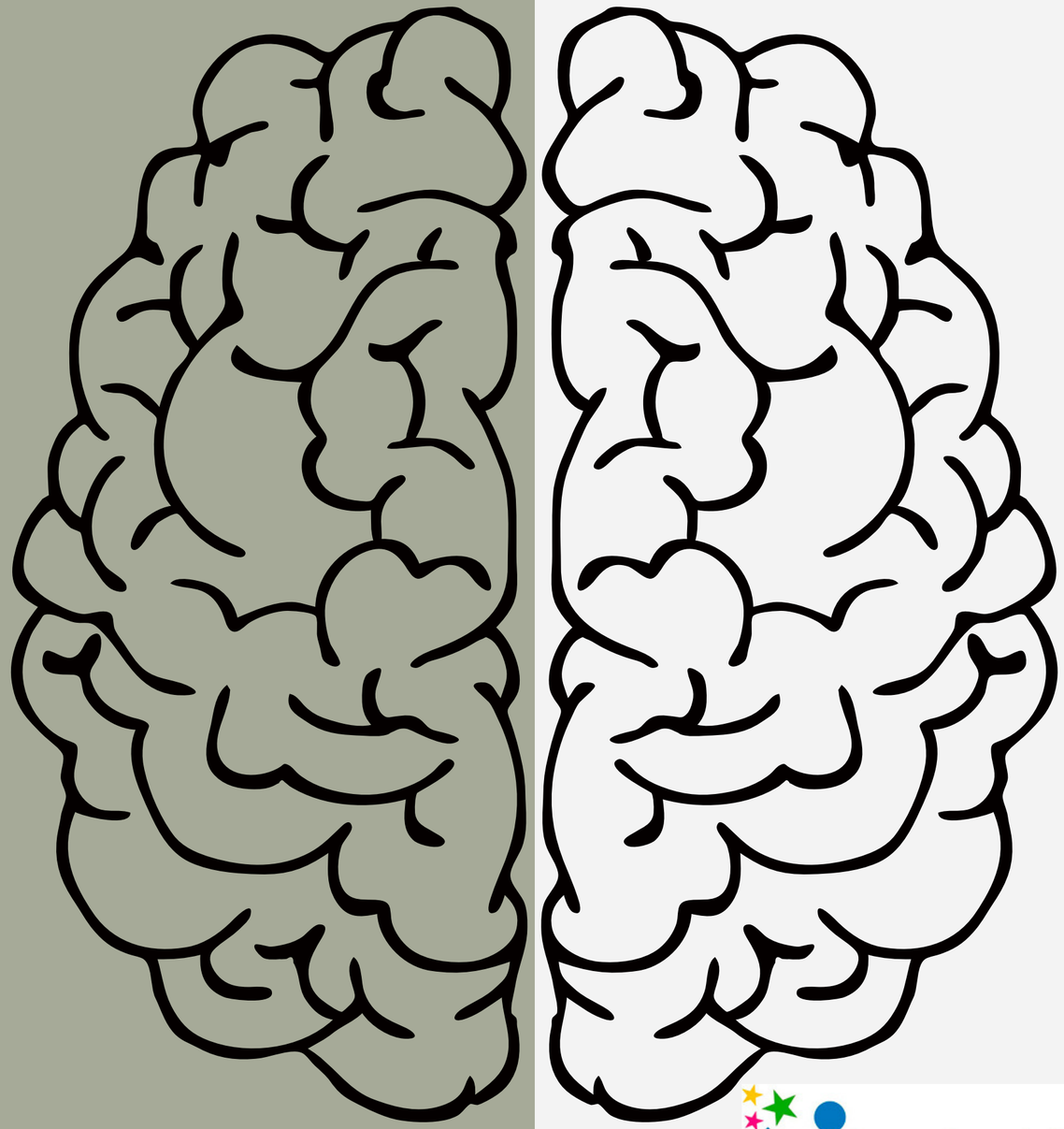
- T. Glauser, S. Shinnar, D. Gloss, B. Alldredge, R. Arya, J. Bainbridge, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Curr, 16 (2016), pp. 48-61
- R. Roberti, A. Riva, G. D'Onofrio, E. Giacheri, E. Amadori, M.S. Vari, *et al.* A proposal for a shared therapeutic algorithm in children with prolonged convulsive seizures and status epilepticus. Expert Rev Neurother, 24 (2024), pp. 133-138
- González Alguacil E, García Peñas JJ, Soto Insuga V. Epilepsia. Pediatr Integral. 2025;29(7):503-512. doi:10.63149/j.pedint.80

Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

Código crisis pediátrico

Proceso asistencial CCAA Madrid

Clara Martinez Jimenez, R2 Pediatría
claramartnezj16@gmail.com



Servicio de Pediatría
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL