

ARACELI DOMINGO GARAU.
SERVEI URGÈNCIES PEDIATRIA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU BARCELONA.

CAS CLÍNIC: CONVULSIÓ

Es tracta d'un lactant de 15 mesos d'edat que es troba a la sala d'espera del centre per ser visitat. De cop s'escolten crits i al sortir es veu una mare amb el nen a braços. Aquest es troba amb cianosi perioral i sorolls guturals, a més hi ha moviments clònics de les quatre extremitats amb desviació de la mirada cap amunt i desconexió del medi.

S'agafa el pacient i s'entra al box de visita, convidant la mare que es quedi a la sala d'espera. En aquest moment la SatHb és del 89 % amb aire ambient. S'administra oxigen i es va a preguntar a la mare pel pes del nen i ens comenta que no ho sap, venia a la revisió. Ella pregunta pel nen però no obté resposta, se li diu que després s'informarà. S'administren 2'5 mgr de diazepam rectal. El pacient persisteix amb els sorolls guturals i la cianosi, els moviments cedeixen després d'un minut de l'administració de la benzodiazepina. Progressivament el pacient millora i es queda en un estat d'hipotonia i somnolència, però reactiu als estímuls.

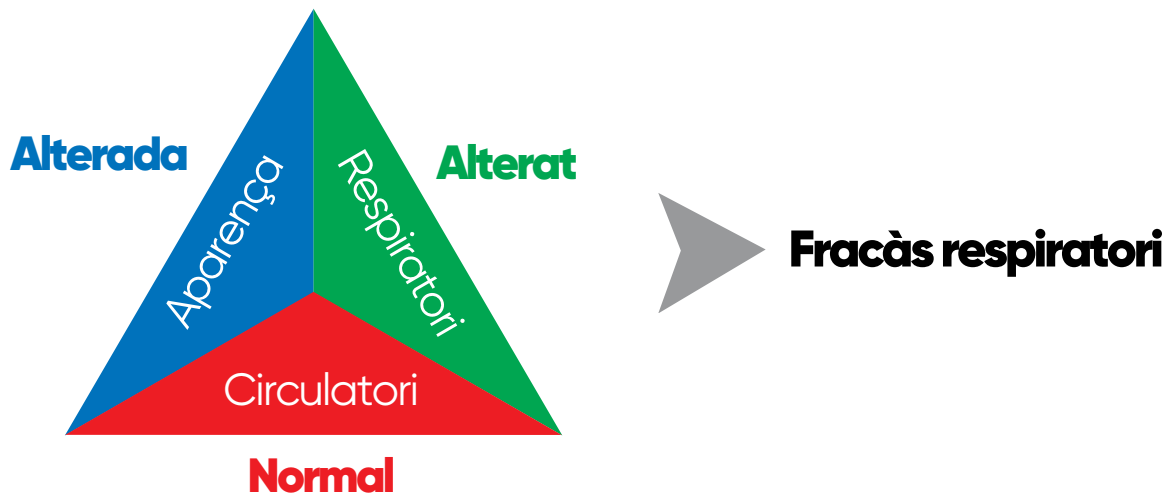
Es prenen les constants i resulta: Pes 10.200 Kg, T^a axil·lar 39.6°C, SatHb 92%, FC 140 bpm, FR 36 rpm.

Tot seguit es truca al Servei d'Emergències Mèdiques pel trasllat del pacient al centre de referència. S'informa del que ha passat: es tracta d'un nen que ha presentat una convulsió febril a la sala d'espera, que s'ha administrat una dosi de fàrmac anticonvulsiu rectal, amb resposta al minut. Es vol derivar el pacient per a control i estudi.

ERRORS DETECTATS

1. Actuació clínica inicial

En primer lloc quan entrem el pacient al box d'atenció, hem d'aplicar el triangle d'avaluació pediàtrica (TAP) per tenir la nostra primera impressió diagnòstica.



L'avaluació del TAP ens indica que es tracta d'un fracàs respiratori. Per tant, és important i prioritari que la via aèria sigui permeable i s'administri oxigen. En aquest cas i davant d'una convulsió és també important realitzar una glucèmia.

Tot seguit és imprescindible fer una exploració sistemàtica:

ABCDE amb monitorització del pacient:

- A: Cal mantenir la via aèria permeable i l'administració d'oxigen
 - B: Auscultació del pacient, per comprovar que ventila correctament i sense sorolls afegits
 - C: Avaluació dels tons cardíacs rítmics, polsos i temps d'ompliment capil·lar
 - D: Comprovar nivell de consciència i possibles focalitats neurològiques
 - E: Visualització de lesions externes
- Iniciar una mínima monitorització (SatHb i freqüència cardíaca)

2. Inici de tractament

Les recomanacions actuals proposen esperar entre 3 i 5 minuts a l'administració d'un fàrmac anticonvulsiu ja que en moltes ocasions la convulsió cedeix espontàniament i podem evitar-ho. Per altra banda, existeixen alternatives a la via rectal com la via intranasal o la via bucal (transmucosa) que permeten un accés més fàcil i un inici d'acció més ràpid. Les benzodiazepines i fonamentalment el Midazolam son els fàrmacs d'elecció. A la taula 1 es presenta la dosi de cada fàrmac segons la via d'administració. En cas necessari es pot repetir la dosi si als 5 minuts si la convulsió persisteix. Ja que una de les causes més habituals de la convulsió és la febre (convulsió febril) també pot estar indicat l'administració d'un antitèrmic via rectal.

FÀRMAC	DOSI
Diazepam rectal	0.5 mg/Kg (màxim 10 mg)
Diazepam endovenós	0.15 – 0.25 mg/Kg (màxim 10 mg) a passar en 2 minuts
Midazolam bucal	3 mesos – 1 any ► 2.5 mg 1 – 5 anys ► 5 mg 5 – 10 anys ► 7.5 mg 10 – 18 anys ► 10 mg (dosi màxima)
Midazolam intranasal	0.2 – 0.4 mg/Kg (màxim 10 mg ó 5 mg per cada orifici nasal)
Midazolam endovenós	0.1 – 0.2 mg/Kg (màxim 5 mg) a passar en 2 minuts

TAULA 1. DOSI DE LES BENZODIAZEPINES EMPRADES A LES CONVULSIONS.

3. Criteri de derivació

En el moment actual hi ha consens sobre l'actuació davant una convulsió febril. Si la crisi cedeix en pocs minuts, be espontàniament o pel tractament, i en el període post-crític el nen presenta una exploració física normal, no hi ha necessitat de fer proves complementàries més enllà de les recomanades pel quadre febril. Per tant, si no existeixen signes d'alarma o gravetat, el pacient no requereix altre tipus d'intervenció ni derivació hospitalària i pot ser remès al domicili.

4. Comunicació

Referent al fet de deixar la mare a la sala d'espera mentre s'estabilitza el pacient, aquesta actuació no és correcta. És important que la família estigui al costat del pacient en tot moment. Sempre s'ha de convidar la família a estar present i si és possible hi ha d'haver la figura d'informador. Aquest ha d'explicar a la família les maniobres terapèutiques que es van fent i com evoluciona o respon el pacient; a més es pot aprofitar aquesta proximitat per fer l'anamnesi, preguntar pels fets actuals, antecedents, al·lèrgies, estat vacunal, etc.

CONCLUSIONS

Referent al fet de deixar la mare a la sala d'espera mentre s'estabilitza el pacient, aquesta actuació no és correcta. És important que la família estigui al costat del pacient en tot moment. Sempre s'ha de convidar la família a estar present i si és possible hi ha d'haver la figura d'informador. Aquest ha d'explicar a la família les maniobres terapèutiques que es van fent i com evoluciona o respon el pacient; a més es pot aprofitar aquesta proximitat per fer l'anamnesi, preguntar pels fets actuals, antecedents, al·lèrgies, estat vacunal, etc.

Bibliografia

- García Ron A, Arriola Pereda G. Convulsiones febriles. *Protoc diagn ter pediatr.* 2022; 1:379-385.
- Mewasingh LD, Chin RFM, Scott RC. Current understanding of febrile seizures and their long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2020; 62:1245-9.
- Millichap JJ, FAAP, FAAN. Clinical features and evaluation of febrile seizures Uptodate. 2023.
- Offringa M, Newton R, Cozijnsen MA, Nevitt SJ. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD003031.
- Padilla Esteban ML, García Rebollar C, Foullerat Cañada S. Convulsión febril. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9):600-608.