

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Referencia Rápida

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y Tratamiento de la  
Primera Crisis Convulsiva en Niños

# GPC

Guía de Práctica Clínica  
Número de Registro: IMSS-244-09

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**G40 Epilepsia**

**GPC**

**Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

Las crisis convulsivas son descargas eléctricas neuronales anormales que tiene manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.

### FACTORES DE RIESGO

Se recomienda que los niños que presentaron el primer evento convulsivo eviten los factores precipitantes de crisis convulsivas como son:

- Consumo de alcohol
- Suplementos dietéticos o energéticos que incluyan grandes concentraciones de cafeína y alcaloides de la efedra, especialmente si coexisten ambos productos.
- Desvelo
- Factores estresantes
- Fiebre alta o prolongada
- Estímulos luminosos intermitentes
- Actividad física peligrosa o extenuante

Es conveniente realizar las siguientes consideraciones en relación a factores que no son desencadenantes de crisis convulsivas :

- El consumo de cantidades moderadas de bebidas que contengan cafeína en baja concentración no está contraindicado en pacientes epilépticos.
- El metilfenidato puede usarse con seguridad en pacientes con epilepsia y déficit de atención e hiperactividad.
- Se recomienda que los pacientes con crisis convulsivas realicen una actividad física regular no peligrosa ni extenuante.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico clínico del niño con crisis convulsivas se basa en los datos clínicos obtenidos durante la fase de anamnesis y exploración física por lo que se recomienda abordar con detalle los siguientes puntos:

### **Antecedentes familiares**

- Investigación de enfermedades neurológicas familiares
- Investigación de antecedentes de CE, síndromes o enfermedades epilépticas

### **Antecedentes personales**

- Patología perinatal (trauma obstétrico, encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, convulsiones neonatales)
- Evolución del desarrollo psicomotor
- Evolución escolar y vida académica
- Consumo de alcohol o drogas
- Convulsiones febriles
- Infecciones neuromeningeas
- Traumatismos craneoencefálicos
- Otras enfermedades neurológicas o psiquiátricas
- Enfermedades sistémicas
- Tratamientos concomitantes

### **Padecimiento actual**

- Cronopatología de los episodios paroxísticos
- Descripción detallada y pormenorizada de la semiología de los episodios (forma de inicio, desarrollo del episodio, recuperación)
- Indagación minuciosa de los fenómenos motores, autonómicos y del lenguaje durante la fase ictal y periictal
- Investigación dirigida de posibles episodios paroxísticos previos desapercibidos asociados (mioclonías, auras, ausencias)
- Investigación de síntomas generales y posibles enfermedades asociadas
- Investigación de patología psiquiátrica asociada

### **Características específicas de la crisis convulsiva**

¿Qué estaba haciendo el niño justo antes del momento en que inició la convulsión?

¿Hubo síntomas sugestivos de un aura y cuales fueron?

¿Cuál fue la secuencia y el tiempo de eventos y los componentes de la convulsión?

¿Qué sucedió cuando la convulsión terminó?

¿Qué fue lo que el niño hizo después de la convulsión y por cuanto tiempo?

¿Hubo conciencia durante el evento?

¿Ocurrió falta de respuesta?

¿Presentó mirada fija?

¿Ocurrió apertura o cierre de los ojos?

¿Hubo temblor de los párpados?

¿Presentó desviación de los globos oculares? (en qué dirección)?

¿Hubo contracción facial?

¿Presentó rigidez del cuerpo?

¿Tuvo espasmos caóticos de las extremidades?

¿Presentó palidez o cianosis?

¿Presentó relajación de esfínteres?

¿Hubo algún otro hallazgo autonómico?

Si hubo más de una crisis convulsiva ¿que tan similares fueron la una de la otra?

### Exploración Física

- Exploración neurológica completa, con especial consideración de signos de hipertensión intracraneal, signos focales, meningismo o alteración cognitiva
- Existencia de estado de confusión postictal
- Existencia de parálisis de Todd, transitoria
- Disfasia
- Exploración general completa con especial consideración cardiovascular, hepática, rasgos dismórficos y examen cutáneo
- Valoración del estado psíquico

## CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

En base a las características de la crisis (cuadro 1) se pueden clasificar de acuerdo a lo establecido por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) 2001 (cuadro 2)

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Se recomienda establecer el diagnóstico diferencial de una crisis convulsiva con los trastornos paroxísticos no epilépticos, sobre todo cuando la crisis epiléptica curse con afección de la conciencia o de la conducta o cuando se produzcan manifestaciones motoras (cuadros 3 a 7)
- Se recomienda que los pacientes con sospecha de síncope cardíaco sean valorados por un cardiólogo.

## EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio en los niños que convulsionan por primera ocasión deben realizarse de manera dirigida de modo que se recomienda lo siguiente:

- 1) No solicitar biometría hemática, calcio ni magnesio en un niño que se encuentra totalmente recuperado de un primer evento convulsivo, a menos que la historia clínica sugiera la necesidad de ello.
- 2) Realizar biometría hemática, determinación sérica de glucosa y sodio en niños con evento convulsivo de primera vez cuando en forma concomitante a la convulsión existe:
  - Diarrea
  - Deshidratación
  - Afectación progresiva o persistente del estado de conciencia
  - Vómito
  - Niños que no recuperan rápidamente el nivel de alerta.
- 3) Realizar punción lumbar exclusivamente en los casos con síntomas o signos sugestivos de infección del sistema nervioso central.

## EXÁMENES DE GABINETE

Los estudios de gabinete son de gran utilidad en el abordaje diagnóstico de los niños que han presentado un primer evento convulsivo, sus indicaciones son:

Realizar **electroencefalograma** EEG a todos los niños que presentan la primera crisis convulsiva. El estudio puede realizarse en vigilia o sueño, con desvelo y fotoestimulación. Es recomendable que tenga una duración de 25 a 35 minutos y que se realice con la siguiente estimulación:

- a) Párpados abiertos y cerrados,
- b) Hiperventilación (3-4 minutos) y
- c) Estimulación luminosa intermitente a diferente frecuencia
- d) Estimulación sonora

La **monitorización video electroencefalográfica** (MVEEG) está indicada cuando se sospecha clínicamente que el paciente ha tenido convulsiones pero el EEG convencional no muestra paroxismos.

Realizar **estudios de neuroimagen** (tomografía computada de cráneo o resonancia magnética nuclear cerebral) en los niños que presenten primera crisis convulsiva en los siguientes casos:

- Crisis convulsiva con datos de focalización
- Crisis convulsivas que no cumplen características clínicas clásicas de crisis idiopáticas o criptogénicas

Realizar **tomografía computarizada de cráneo** de forma **urgente** en los niños que presentan un primer evento convulsivo en los siguientes casos:

- Traumatismo craneoencefálico
- Niños que no se han recuperado del estado postictal después de una hora de la crisis convulsiva
- Cuando la parálisis de Todd no se resuelve después de 30 minutos

Solicitar **electrocardiograma** y calcular el intervalo QT corregido en todos los niños que presentaron un primer evento convulsivo.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN FASE ICTAL

El manejo de las crisis convulsivas debe realizarse lo más tempranamente posible y de manera enérgica, siguiendo una secuencia establecida en cuanto al tipo de medicamentos y tiempos de administración (Ver Algoritmo 2).

## TRATAMIENTO ANTICONVULSIVO EN EL NIÑO ASINTOMÁTICO QUE PRESENTÓ LA PRIMERA CRISIS CONVULSIVA

- 1) Se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico de mantenimiento a los niños que presentan un primer evento convulsivo cuando se cumplan 2 de los siguientes criterios:
  - Menor de 12 meses de edad
  - Crisis convulsivas parciales
  - Convulsión prolongada: mas de 15 minutos
  - Fenómenos post-ictales de mas de 30 minutos de duración
  - Déficit neurológico a la exploración física
  - Más de 2 crisis convulsivas (de cualquier tipo) en 24 hs
  - Estado epiléptico
  - EEG epileptiforme
- 2) El anticonvulsivo se legirá de acuerdo al tipo de crisis convulsiva:
  - Crisis convulsivas parciales : carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato o valproato de magnesio
  - Crisis convulsivas generalizadas: lamotrigina, topiramato o valproato de magnesio
- 3) El tratamiento de mantenimiento podrá iniciar en el servicio de urgencias con valproato de magnesio a dosis de 10 mg/kg/día, fraccionado en 3 tomas; una vez indicado el tratamiento se podrá egresar al niño y referirlo a la consulta externa de neurología pediátrica.
  - No se recomienda ofrecer tratamiento de impregnación con fenitoina ni con ningún otro anticonvulsivo en el niño que presentó un primer evento convulsivo y se recuperó completamente.
  - No es recomendable el uso de barbitúricos ni de fenitoina en la terapia de mantenimiento del primer evento convulsivo.
  - No se recomienda el uso de medicación antiepiléptica de mantenimiento en crisis convulsivas postraumáticas .

## CRITERIOS DE REFERENCIA

Es recomendable que todos los niños que presenten un primer evento convulsivo sean evaluados médicamente a la brevedad posible en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel, los criterios para la hospitalización son:

- Edad menor de un año
- Escala de Glasgow menor de 15 puntos después de una hora de haber presentado el evento convulsivo
- Datos de hipertensión endocraneana
- Estado general afectado (irritabilidad, indiferencia al medio vómito)
- Meningismo (rigidez de cuello, fotofobia, signo de Kernig)
- Signos respiratorios (dificultad respiratoria y necesidad de oxígeno)
- Ansiedad excesiva de los padres
- Crisis convulsivas de duración mayor a 15 minutos, focales o recurrentes
- Estado epiléptico
- Niño con fondo de ojo patológico, examen físico anormal
- Recurrencia de la crisis en las 12 hrs de observación
- Crisis convulsivas parciales

Se recomienda referir al neurólogo, de preferencia al neurólogo pediatra de segundo nivel de atención a:

1. Todos los niños que presenten la primera crisis convulsiva
2. Niños que no requirieron tratamiento farmacológico de mantenimiento y que en su vigilancia en la unidad de medicina familiar presentan recurrencia de la crisis convulsiva o anomalías neurológicas
3. Niños que ameritaron tratamiento farmacológico de mantenimiento y que durante su vigilancia por el servicio de pediatría presentan:
  - Leucopenia, plaquetopenia y alteración en las pruebas de función hepática
  - Hipertrofia gingival, sedación o trastornos cognoscitivos asociados a los anticonvulsivos
  - Descontrol de las crisis (aparición de una crisis al mes o más)

Se recomienda referencia a tercer nivel a los niños que presentan la primera crisis convulsiva en las siguientes situaciones:

- Tumores intracraneales
- Estado epiléptico refractario a tratamiento (más de 60 minutos)
- Hipertensión endocraneana
- Malformaciones arterio venosas
- Agenesia de cuerpo calloso
- Alteraciones estructurales del sistema ventricular
- Alteraciones de la migración neuronal

El niño que presentó un primer evento convulsivo y no requirió tratamiento farmacológico se referirá al primer nivel de atención para su vigilancia y seguimiento

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Es recomendable que después de haber sido valorado por el neurólogo pediatra, la vigilancia del niño que requiere tratamiento de mantenimiento se realice a través del servicio de pediatría con las siguientes medidas:

- Cita cada 6 meses con :
  - Búsqueda clínica de efectos adversos potenciales: edema, hepatomegalia, petequias,
  - Biometría hemática completa, química sanguínea y pruebas de función hepática para detección oportuna de efectos colaterales potenciales
  - Se sugiere mantener los niveles séricos en valores intermedios
  - Si hay buen control enviar a valoración por el neurólogo pediatra 2-3 años después de la última crisis, con EEG y laboratorios para decidir retiro lento del medicamento

Se recomienda que el niño que no requiera tratamiento de sostén sea vigilado por el médico familiar cada seis meses para una evaluación clínica general.

## ESCALAS

**Cuadro 1. Principales Características de los Diferentes Tipos de Crisis Convulsivas**

Tipo de crisis	Principales características
<b>Ausencias</b>	Son de corta duración y pueden llegar a tener una alta frecuencia durante el día. Por lo general no pasan de 20 segundos de duración, durante los cuales se detiene la actividad motora con alteración y recuperación abrupta de la conciencia. No tienen aura ni estado post-ictal. Frecuentemente se precipitan por la hiperventilación.
<b>Mioclonias</b>	Son sacudidas breves e involuntarias, únicas o en serie, de uno o más grupos musculares. Clínicamente pueden ser focales, segmentarias o generalizadas. Aunque de difícil demostración, en caso de presentarse una pérdida de conciencia, es de muy breve duración y no sobrepasa la duración de la mioclonía. Se precipitan característicamente con el despertar y no hay período post-ictal
<b>Crisis tónicas</b>	Son contracciones musculares sostenidas que comprometen simultáneamente varios grupos musculares, tanto agonistas como antagonistas. Tienen duración variable, de segundos a minutos. Pueden tener compromiso de toda la musculatura axial o de las extremidades de manera simétrica o asimétrica, con producción de posturas en extensión o flexión.

<b>Crisis clónicas</b>	Son sacudidas bruscas y rítmicas, casi siempre simétricas, que comprometen de manera alterna grupos musculares flexores y extensores, con duración variable de segundos a minutos.
<b>Crisis tónico-clónicas generalizadas</b>	Tienen inicio súbito con pérdida de conciencia, frecuentemente precedida por un grito o gemido. Aparece luego la fase tónica con posturas alternantes en extensión o flexión, seguida por la fase clónica algo más prolongada y acompañada de fenómenos vegetativos como midriasis, sudoración y taquicardia. Característicamente hay período post-ictal que puede prolongarse varios minutos.
<b>Crisis atónicas</b>	Se presentan como pérdida súbita y brusca del tono muscular. Generalmente son de corta duración y en la clínica pueden tener compromiso segmentario o generalizado. En este caso se produce la caída abrupta del individuo, con la producción de heridas faciales o del cuero cabelludo.
<b>Crisis focales simples</b>	No hay una alteración de la conciencia y sí hay memoria del evento. Se presentan como manifestaciones motoras, autonómicas, psíquicas o somatosensoriales que reflejan su origen en un área cerebral específica. La duración es variable de segundos hasta minutos y no es infrecuente la progresión a una crisis focal compleja o la generalización secundaria.
<b>Crisis focales complejas</b>	Por definición hay compromiso de la conciencia con amnesia del episodio. Generalmente exceden los 30 segundos de duración. Se pueden iniciar en el lóbulo temporal o en áreas extratemporales diferentes. Frecuentemente se producen automatismos como chupeteo, inquietud o movimientos de exploración, entre otros. Siempre existe la posibilidad de generalización. Usualmente tienen período post-ictal.
<b>Espasmos infantiles</b>	Esta categoría especial de crisis epilépticas se inicia por lo general durante el primer año de vida y se presenta como contracciones musculares simétricas o asimétricas, bilaterales, de aparición súbita en flexión, extensión o ambas. Ocurren en salvas y comprometen usualmente los músculos de la nuca, tronco y extremidades. Se desencadenan durante períodos de somnolencia o al despertar.

**Cuadro 2. Clasificación de Epilepsia ILAE 2001**

**Tipos de convulsiones epilépticas y estímulos precipitantes para convulsiones epilépticas reflejas**

<p><b>TIPO DE CE AUTO-LIMITADAS</b></p> <p><b>CE generalizadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CE tónico-clónicas (incluidas las variantes que comienzan con una fase clónica o mioclónica)</li> <li>• CE clónicas             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sin componente tónicos</li> <li>– Con componente tónicos</li> </ul> </li> <li>• CE ausencia Típica</li> <li>• CE ausencia Atípica</li> <li>• CE ausencia Mioclónica</li> <li>• CE tónicas</li> <li>• Espasmos</li> <li>• CE mioclónicas</li> <li>• Mioclonías palpebrales             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sin ausencias</li> <li>– Con ausencias</li> </ul> </li> <li>• CE mioclono-atónicas</li> <li>• Mioclonus negativo</li> <li>• CE atónicas</li> <li>• CE reflejas en síndromes epilépticos generalizados</li> </ul> <p><b>CE focales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CE focales sensitivo-sensoriales             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Con síntomas sensitivos elementales (vg. CE del lóbulo occipital y parietal)</li> <li>– Con síntomas sensitivos empíricos (vg. CE de la unión temporo-parieto occipital)</li> </ul> </li> <li>• CE focales motoras             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Con signos motores clónicos elementales</li> <li>• CE motoras tónicas asimétricas (vg. CE área motora suplementaria)</li> <li>– Con automatismos típicos (lóbulo temporal: vg. CE lóbulo temporal medial)</li> <li>– Con automatismos hiperquinéticos</li> <li>– Con mioclonus negativo focal</li> <li>– Con CE motoras inhibitorias</li> </ul> </li> <li>• CE gelásticas</li> <li>• CE hemiclónicas</li> <li>• CE secundariamente generalizadas</li> <li>• CE reflejas en síndromes de epilepsia focal</li> </ul>
<p><b>TIPO CE CONTINUA</b></p> <p><b>EE Generalizado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EE generalizado tónico-clónico</li> <li>• EE generalizado clónico</li> <li>• EE de ausencias</li> <li>• EE tónico</li> <li>• EE mioclónico</li> </ul> <p><b>EE Focal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsia parcial continua de Kojevnikov</li> <li>• Aura continua</li> <li>• EE límbico</li> <li>• Estado hemiconvulsivo con hemiparesia</li> </ul>
<p><b>FACTORES PRECIPITANTES PARA CE REFLEJAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulos visuales             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Luz parpadeante: se especificará el color cuando sea posible</li> </ul> </li> </ul>

- Patrones (formas)
- Otros estímulos visuales
- Pensamiento
- Música
- Comiendo
- Actos práxicos
- Somato-sensorial
- Propioceptivo
- Lectura
- Agua caliente
- Sobresalto

Engel J. A Proposed Diagnostic Scheme for People with Epileptic Seizures and with Epilepsy: Report of the ILAE Task Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001; 42(6):796-803.

**Cuadro 3. Diagnóstico Diferencial entre Síncopes y Crisis Convulsivas**

	<b>SINCOPE</b>	<b>CRISIS CONVULSIVAS</b>
<b>Inicio</b>	Habitualmente gradual	Brusco o con aura
<b>Duración</b>	Segundos	Minutos
<b>Recuperación</b>	Rápida	Lenta
<b>Frecuencia</b>	Ocasional	Variable
<b>Factores precipitantes</b>	Bipedestación prolongada, dolor, micción, tos, emoción, hambre, ...	Privación de sueño, drogas, alcohol, luces intermitentes, hiperventilación,...
<b>Pródromo</b>	Fenómenos visuales o auditivos, palidez, alucinaciones	Auras: olfatoria, gustatoria, auditivas o visuales sudoración (ruido, música, visión de colores o figuras), sensaciones epigástricas, fenómenos dismnésicos, ...
<b>Automatismos</b>	No ,...	Posibles: oroalimentarios, manuales, conductuales
<b>Pérdida de conciencia</b>	Flacidez con o sin breves sacudidas mioclónicas (raro opistótonos)	Grito, sacudidas tónico-clónicas, mordedura de lengua, incontinencia
<b>Incontinencia</b>	Rara	Habitual
<b>Daño físico</b>	Raro	Frecuente

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009 [En línea]. 2009 [citado 2009 agosto 5]; Disponible en: URL:<http://www.guiasade.com>

**Cuadro 4. Diagnóstico Diferencial entre Crisis Convulsiva y Crisis Psicógena no Epiléptica**

	<b>Crisis convulsiva</b>	<b>Crisis psicógena no epiléptica</b>
<b>Forma de comienzo</b>	Brusca	Progresiva
<b>Duración &gt; 2 minutos</b>	Rara	Frecuente
<b>Inicio en el sueño</b>	Posible	Raro
<b>Ojos cerrados</b>	Raro	Frecuente
<b>Movimientos descoordinados</b>	Raro	Frecuente
<b>Balanceo pélvico</b>	No	Frecuente
<b>Llanto</b>	No	Frecuente
<b>Vocalizaciones</b>	No	Frecuente
<b>Incontinencia de orina</b>	Frecuente	Rara
<b>Mordedura lingual</b>	Frecuente	Rara
<b>Estupor y confusión poscrítica</b>	Frecuente	Rara
<b>Recuerdo del episodio</b>	Raro	Frecuente
<b>Cianosis</b>	Frecuente	Rara
<b>Reflejo corneal</b>	Ausente	Presente
<b>Resistencia a la apertura ocular</b>	Ausente	Frecuente
<b>Reflejo cutáneo plantar</b>	Frecuente extensor	Flexor
<b>Inducibles por sugestión</b>	Raro	Frecuente
<b>Anomalías EEG basales</b>	Posibles	No
<b>Anomalías EEG durante la crisis</b>	Sí	No

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009 [En línea]. 2009 [citado 2009 agosto 5]; Disponible en: URL:<http://www.guiasade.com>

Cuadro 5. Diagnóstico Diferencial entre Parasomnias y Epilepsia Nocturna del Lóbulo Frontal

	Parasomnias No REM	Parasomnias REM Pesadillas	Epilepsia frontal nocturna
<b>Edad de comienzo</b>	< 10 años	<10años	Variable
<b>Género</b>	Cualquiera	Cualquiera	Predominio masculino
<b>Historia familiar</b>	60-90%	si	< 40%
<b>Evolución</b>	Remisión espontánea	Remisión espontánea	No remisión espontánea
<b>Duración de los episodios</b>	1-10 minutos	3-30 min.	Segundos – 3 min.
<b>Media de crisis por noche</b>	Una	Una	Varias
<b>Episodios por mes</b>	Ocasionales	Ocasionales	Frecuentes
<b>Presentación en el sueño</b>	Primer tercio	Ultimo tercio	Cualquier
<b>Factores desencadenantes</b>	Privación de sueño, fiebre, alcohol, estrés,...	Estrés	A menudo no identificables
<b>Semiología motora</b>	Raras estereotipias	Raras estereotipias	Múltiples estereotipias
<b>Manifestaciones autonómicas</b>	Múltiples	Algunas	Algunas
<b>Recuerdo del episodio si despierta</b>	No	Si	Inconstante

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009 [En línea]. 2009 [citado 2009 agosto 5]; Disponible en: URL:<http://www.guiasade.com>

**Cuadro 6. Diagnóstico Diferencial de las Crisis Convulsivas con Otros Trastornos Paroxísticos (TP) no Epilépticos**

<p>TP secundarios a anoxia o hipoxia</p> <p>1. Síncopes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No cardíacos (reflejos)</li> <li>- Cardíacos</li> </ul> <p>2. Espasmos de sollozo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cianótico</li> <li>- Pálido</li> </ul>	<p><b>TP psicógenos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rabieta</li> <li>2. Crisis de pánico</li> <li>3. Onanismo</li> <li>4. Pseudocrisis</li> <li>5. Crisis de hiperventilación psicógena</li> <li>6. Trastorno facticio (S. de Münchhausen)</li> </ol>
<p><b>TP del sueño</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipersomnias</li> <li>-Narcolepsia-cataplejía</li> <li>- Síndrome de Kleine-Levin</li> <li>2. Trastornos durante el sueño</li> <li>- Parasomnias</li> <li>• Despertares confusos</li> <li>• Sonambulismo</li> <li>• Terrores nocturnos</li> <li>• Pesadillas</li> <li>- Mioclonías rítmicas</li> <li>- Sobresaltos hípnicos</li> </ol>	<p><b>TP motores</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Temblores del neonato</li> <li>2. Crisis de estremecimiento</li> <li>3. Mioclonías benignas de la lactancia</li> <li>4. Hiperekplexia</li> <li>5. Corea focal benigna del lactante</li> <li>6. Síndrome de Sandifer</li> <li>7. Drop attacks</li> <li>8. Discinesias y Coreoatetosis paroxísticas</li> <li>9. Tics</li> <li>10. Ataxias episódicas primarias</li> </ol>
	<p><b>TP con sintomatología variable</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auras migrañosas</li> </ol>

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009 [En línea]. 2009 [citado 2009 agosto 5]; Disponible en: [URL:http://www.guiasade.com](http://www.guiasade.com)

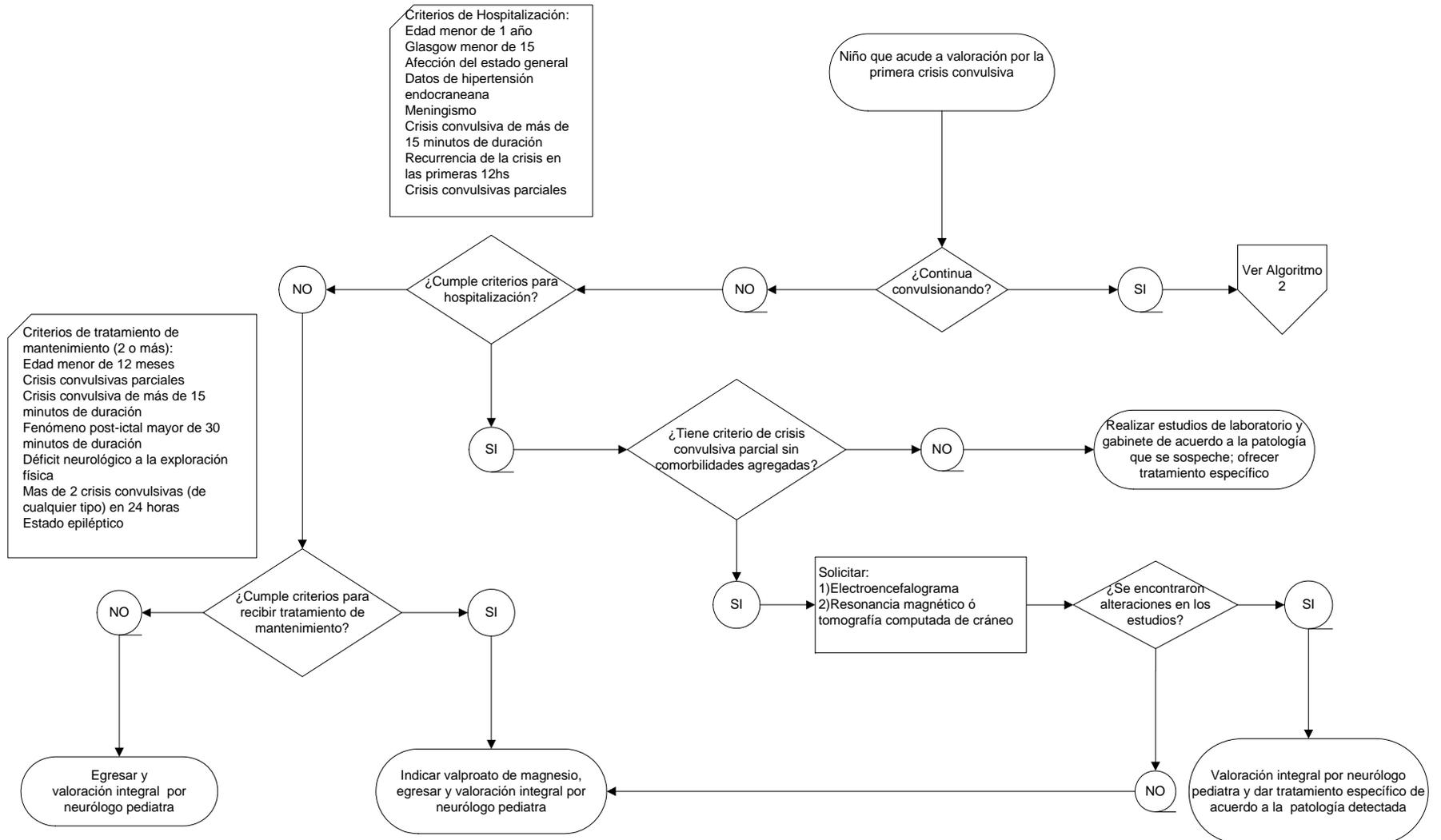
**Cuadro 7. Clasificación de las Causas de Síncopes**

<p>1. Síncope de origen cardíaco</p> <p>Fracaso bomba cardíaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arritmia (supra e intra ventricular, bloqueos aurículo-ventriculares, síndrome del QT largo)</li> </ul> <p>Enfermedad estructural cardíaca</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad valvular, miocardiopatía, cardiopatía isquémica, pericarditis.</li> </ul>
<p>2. Síncope de origen no cardíaco</p> <p>Fracaso del control neural de la circulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síncope reflejo (vasovagal, miccional, tusígeno, estimulación seno carotídeo)</li> </ul> <p>Hipotensión ortostática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso autonómico (atrofia multisistémica, neuropatías autónomas)</li> </ul> <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beta-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos, levodopa</li> </ul> <p>Hipovolemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida sanguínea, diuréticos, enfermedad de Addison</li> </ul>

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009 [En línea]. 2009 [citado 2009 agosto 5]; Disponible en: [URL:http://www.guiasade.com](http://www.guiasade.com)

## ALGORITMOS

### Algoritmo 1. Abordaje del Niño que Presenta la Primera Crisis Convulsiva



**Algoritmo 2. Tratamiento Farmacológico del Niño con Crisis Convulsiva en Fase Ictal**

