
 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA1 de 10</p>

GUIA DE ATENCION MÉDICA PREHOSPITALARIA



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad



SINDROME CONVULSIVO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92


ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA 2 de 10</p>

DEFINICION

Convulsión: Fenómeno paroxístico producido por descargas anormales, excesivas e hipersincronicas de un grupo de neuronas del sistema nervioso central.

Epilepsia: Presencia de eventos convulsivos recurrentes debidos a un proceso neuronal crónico, subyacente.

Síndrome epiléptico: Conjunto de síntomas y signos que habitualmente se presentan juntos, sugiriendo con ello, un mecanismo subyacente común.

Estado epiléptico: Es una emergencia neurológica, cuando un episodio convulsivo tiene una duración mayor a 30 minutos o cuando existen crisis repetidas y el paciente no alcanza a recuperar la conciencia entre dichas crisis.



EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de epilepsia es de 0.3 a 0.5% en las distintas poblaciones del mundo, con una prevalencia entre 5 y 10 por 1000 habitantes. Presenta una importante mortalidad del 8% en niños y del 30% en adultos. Entre el 5 al 10% de los pacientes tienen secuelas permanentes como: Secuelas cognitivas o estado vegetativo persistente. Del 12 al 30% de los pacientes epilépticos presentan status epiléptico.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Factores genéticos: Se ha demostrado que la epilepsia tiene una fuerte base genética. Se han identificado varios genes que pueden estar asociados con un mayor riesgo de epilepsia y síndrome convulsivo. Estos genes pueden afectar la excitabilidad neuronal, la función de los canales iónicos y otros procesos relacionados con la actividad eléctrica del cerebro.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA3 de 10</p>

Alteraciones neurológicas y estructurales: Lesiones cerebrales, trastornos del desarrollo cerebral, anomalías estructurales y cambios en la conectividad neuronal pueden contribuir al desarrollo de convulsiones. Estas alteraciones pueden ser el resultado de lesiones traumáticas, accidentes cerebrovasculares, infecciones, tumores cerebrales, malformaciones congénitas u otros factores.

Desequilibrios neuroquímicos: Los neurotransmisores, como la glutamato y la GABA, juegan un papel crucial en la regulación de la excitabilidad neuronal. Desequilibrios en la liberación, la reabsorción o la señalización de neurotransmisores pueden contribuir a la aparición de convulsiones.

Factores ambientales: Exposición a toxinas, infecciones, traumas físicos o emocionales, estrés, privación de sueño y otros factores ambientales pueden desencadenar o aumentar la susceptibilidad a las convulsiones en personas con predisposición genética o factores de riesgo neurológicos.

CUADRO CLINICO

Clasificación de las convulsiones:

- **Convulsiones parciales:** Aquellas en las que la actividad eléctrica anormal se circunscribe a una zona específica de la corteza cerebral.
- **Convulsiones parciales simples:** Aquellas convulsiones que no se asocian a pérdida del estado de conciencia, producen síntomas motores, sensitivos, autónomos o psíquicos.
- **Convulsiones parciales complejas:** Convulsiones en las que hay compromiso del estado de conciencia.
- Convulsiones parciales con generalización secundaria.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad





LÍNEA AMIGA
863 2828



WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA4 de 10</p>

2. Convulsiones generalizadas: Aquellas en las que la actividad eléctrica anormal se origina en ambos hemisferios.

a) De ausencia (Pequeño mal): Breves y repentinos lapsos de pérdida de conciencia sin pérdida del control postural, ni confusión postica.

b) Tónico-crónicas (Gran mal): Inicio brusco, o con síntomas premonitorios vagos, posteriormente contracción tónica de todo el cuerpo, que en la laringe produce un gruñido o “grito ictal”, alteración de la respiración, acumulación de la saliva en la oro faringe y cianosis, contracción de músculos mandibulares que producen mordedura de la lengua, aumenta el ritmo cardiaco, la presión arterial y el tamaño pupilar. Luego de 10 a 20 segundos, continúa la fase crónica, con periodos de relajación muscular, que aumentan progresivamente hasta el final de la fase ictal, no duran más de 1 minuto. Fase postica, ausencia de respuesta, flacidez muscular y salivación excesiva, que ocasiona estridor y obstrucción parcial de la vía aérea, incontinencia vesical o intestinal, recuperación de la conciencia en minutos u horas, confusión, cefalea, fatiga y dolores musculares.

c) Tónicas: Contracciones musculares tónicas que afectan a las extremidades, tronco, cuello o músculos de la cara y se acompañan de trastornos vegetativos.

d) Atónicas: Perdida repentina durante 1 a 2 segundos del tono muscular postural.

e) Mi clónicas: Contracción muscular breve y repentina de una parte del cuerpo o del cuerpo entero.

1. Convulsiones sin clasificar:

a) Convulsiones neonatales.



b) Espasmos infantiles.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA5 de 10</p>

ANTECEDENTES PERSONALES

- 1. Neonatos:** Hipoxia e isquemia peri natal, hemorragia intracraneana y traumatismos, infecciones agudas del SNC, trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipo calcemia, hipomagnesemia, deficiencia de piridoxina), abstinencia de drogas, trastornos del desarrollo, trastornos genéticos.
- 2. Lactantes y niños:** Convulsiones febriles, trastornos genéticos (metabólicos, degenerativos, síndromes epilépticos primarios), infecciones del SNC, trastornos del desarrollo, traumatismos, idiopáticas.
- 3. Adolescentes:** Traumatismos, trastornos genéticos, infecciones, tumores cerebrales, consumo de drogas, idiopáticas.
- 4. Adultos jóvenes:** Traumatismos, abstinencia de alcohol, consumo de drogas, tumores cerebrales, idiopáticas.
- 5. Adultos:** Accidente cerebro vascular, tumores cerebrales, abstinencia alcohólica, trastornos metabólicos (uremia, insuficiencia hepática, anomalías electrolíticas, hipoglucemia), enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades degenerativas del SNC, idiopáticas.

EXAMEN FISICO



La anamnesis se debe enfocar a buscar: Factores de riesgo pre disponibles (convulsiones febriles, antecedentes familiares de epilepsia, auras, convulsiones breves), desencadenantes (privación de sueño, enfermedades generalizadas, trastornos electrolíticos o metabólicos,, infecciones agudas, fármacos, consumo de alcohol o drogas), e identificación de riesgos epileptogénicos (trauma craneal, ECV, tumor, malformación vascular, eclampsia).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i @ y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA SINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA6 de 10</p>

Exploración física: Puede ser normal, se buscan signos de infección o enfermedades generales (trastornos neurocutáneos), signos de enfermedad metabólica, alteraciones en las fases del desarrollo, signos de trauma craneal, consumo de sustancias psicoactivas. Se debe realizar una exploración neurológica minuciosa y completa para detectar lesiones.

DIAGNOSTICO APH

El objetivo primordial es saber si fue realmente o no una convulsión, la clave para el diagnóstico es el interrogatorio bien direccionado, pues este se basa solo en la sintomatología.

Las preguntas se deben enfocar a la sintomatología previa a la convulsión, durante y después de la misma, interrogando no solo al paciente, sino a los testigos de la misma.

CODIGO CIE10

R509 - R568

PLAN DE MANEJO APH



- Comunicación con familiar o vecinos para obtener los mayores datos del estado del paciente: Síntomas, condiciones del paciente.
- Acercamiento, aseguramiento y evaluación de la escena. Recolección de información sobre el cuadro, evolución, antecedentes del paciente, a través de familiares o personas allegadas a la escena.
- Preparación del lugar con establecimiento de control de variables ambientales.
- Informar al médico regulador.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i y t
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIA SINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA7 de 10</p>

- Establecimiento del diagnóstico, el estado del paciente y sus necesidades en salud.
- La base del tratamiento consiste en controlar la crisis lo más rápidamente posible, antes de los 30 minutos de iniciada, dar medidas de soporte de las funciones vitales, identificar y tratar el factor precipitante, y asegurar el control crónico de las crisis.
- La SaO₂ debe ser mayor de 90%, lo cual se logra con el ABC primario: Permeabilización de la vía aérea, retiro de prótesis, aspiración de secreciones, proteger la lengua de una probable mordedura, lateralización de la cabeza para evitar una bronco aspiración, y si así lo requiere utilización de dispositivos más avanzados como la IOT, uso de BVM si el paciente presenta depresión respiratoria sostenida.
- Vía venosa permeable, para evitar la hipotensión (PAM <90mmHg), que puede potenciar o exacerbar el daño cerebral.
- Monitorización del ritmo cardiaco y las arritmias, que se pueden producir por sufrimiento hipotalámico.
- Realizar glucometría para determinar alteración metabólica.
- Trasladar a un centro asistencial de primer o tercer nivel según el estado del paciente.

CRITERIOS DE REFERENCIA APH

- Estado epiléptico.
- Depresión respiratoria.
- Observación en urgencias después de tratamiento farmacológico con benzodiazepinas o barbitúricos porque pueden desencadenar paro respiratorio.
- Sospecha de trastornos metabólicos o enfermedad general causante de convulsión.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**GUIA DE ATENCION MEDICA
PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO**



PROCESO:
REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA

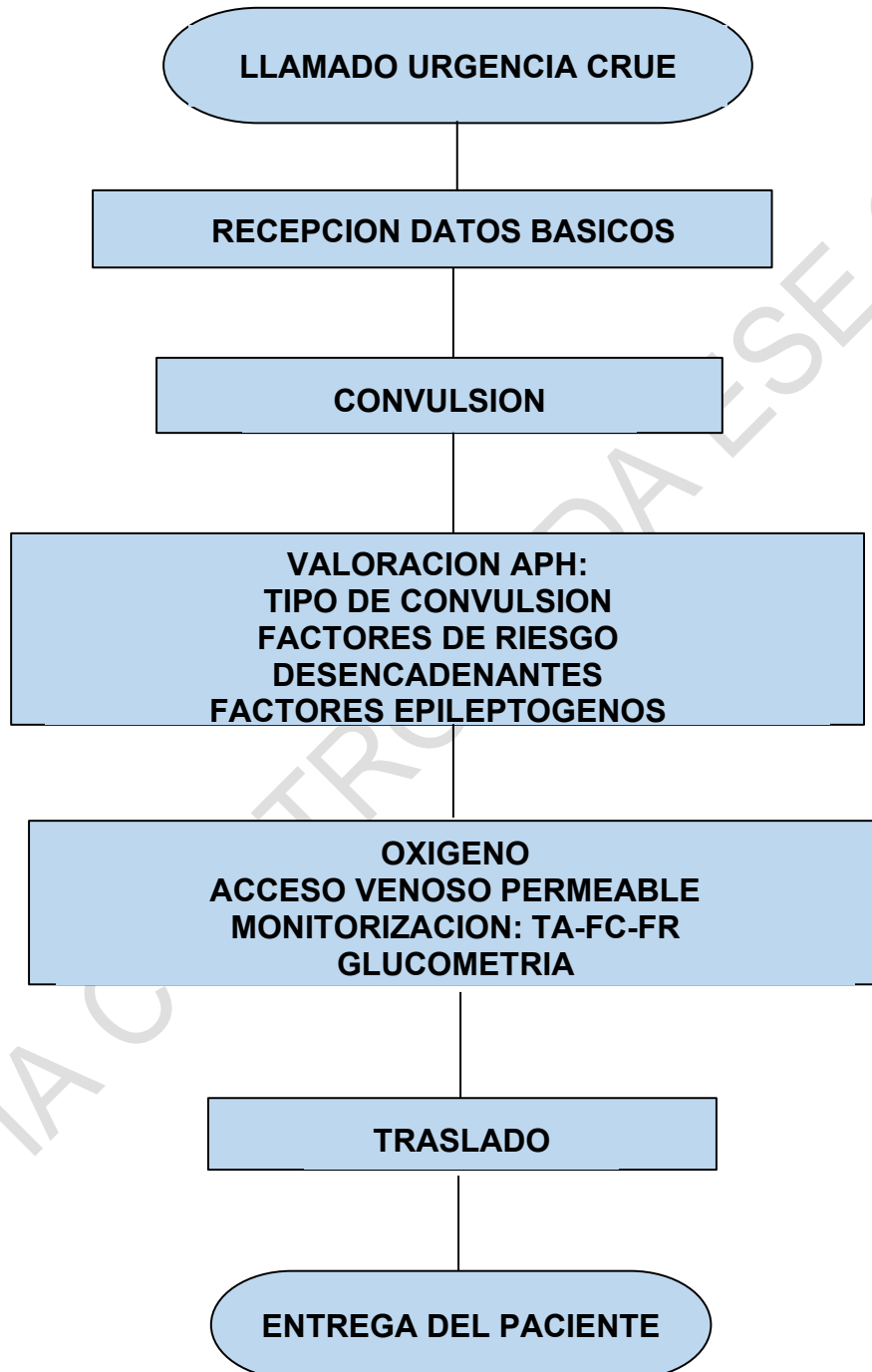
CODIGO: SRC-S1-G7

VIGENCIA: 21/11/2025

V5

PÁGINA8 de 10

FLUJOGRAMA





Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o y
ESE Carmen Emilia Ospina

 <p>ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad</p>	<p>DOCUMENTO DE APOYO GUIA DE ATENCION MEDICA PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO</p>			
<p>PROCESO: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</p>	<p>CODIGO: SRC-S1-G7</p>	<p>VIGENCIA: 21/11/2025</p>	<p>V5</p>	<p>PÁGINA9 de 10</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Hauser, W. A., Annegers, J. F., & Kurland, L. T. (1993). Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940-1980. *Epilepsia*, 34(3), 453-468.
2. Fisher, R. S., van Emde Boas, W., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472.
3. Kasperaviciute, D., Catarino, C. B., Matarin, M., Leu, C., Novy, J., Tostevin, A., ... & Sander, J. W. (2013). Epilepsy, hippocampal sclerosis and febrile seizures linked by common genetic variation around SCN1A. *Brain*, 136(10), 3140-3150.
4. Kwan, P., & Brodie, M. J. (2000). Early identification of refractory epilepsy. *New England Journal of Medicine*, 342(5), 314-319.
5. Löscher, W., & Schmidt, D. (2011). Modern antiepileptic drug development has failed to deliver: ways out of the current dilemma. *Epilepsia*, 52(4), 657-678.
6. Neligan, A., Hauser, W. A., Sander, J. W., & Sander, J. W. (2012). Epilepsy in the WHO European Region: Fostering Epilepsy Care in Europe. *Epilepsia*, 53(12), 2158-2167.
7. Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., ... & French, J. A. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482.
8. Hauser, W. A., Annegers, J. F., & Rocca, W. A. (1996). Descriptive epidemiology of epilepsy: contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota. *Mayo Clinic Proceedings*, 71(6), 576-586

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
**GUIA DE ATENCION MEDICA
PREHOSPITALARIASINDROME CONVULSIVO**



PROCESO:
REFERENCIA Y
CONTRAREFERENCIA

CODIGO: SRC-S1-G7

VIGENCIA: 21/11/2025

V5

PÁGINA10 de 10

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el Cambio	Fecha de aprobación
2	Modificación del documento:	25/11/2013
3	Modificación del documento: Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de la vigencia • Se actualiza logo institucional 	08/11/2021
4	Modificación del documento: Con la finalidad de obtener un mejoramiento dentro de los estándares del subproceso "Sistema de referencia y Contrareferencia". Se realizan los siguientes ajustes: <ul style="list-style-type: none"> • Modificación del contenido de los ítems: Definición, epidemiología, etiología, examen físico, plan de manejo APH. • Actualización de la vigencia. • Ajustes estructurales. 	15/04/2024
Nombre: María Alejandra Rojas Mora Contratista área Sistema de Referencia y Contrareferencia.	Nombre: Lina María Vásquez Díaz. Cargo: Subgerente de Servicios de Salud	Nombre: Lina María Vásquez Díaz. Cargo: Gerente (E)
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad



LÍNEA AMIGA
863 2828



WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina