

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

Raquel Regueira Gonzalez. Serv de Urgencias de CHUB.

CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS

Epilepsia es una de las alteraciones neurológicas más frecuentes del mundo. Prevalencia de 5-8 /1000 habitantes.

Crisis epiléptica (C.E): descarga neuronal hipersincronica paroxística con disfunción neurológica repentina y transitoria.

Epilepsia: La presencia de al menos una CE junto con predisposición continuada a presentar crisis (alteración persistente en EEG y / o neuroimagen)

E. Refractaria: a pesar de 2 fcos antiepilépticos no está libre de crisis

Estatus epiléptico (S.E): actividad epiléptica superior a 5 m caracterizado por crisis duradera o más de 2 crisis sin recuperación de conciencia completa entre ambas.

CLASIFICACION CLINICA DE CRISIS EPILEPTICA

1 GENERALIZADAS

- ▶ **Tónico-clónicas en cualquier combinación.**
- ▶ **Ausencias:**
- ▶ Típicas
- ▶ Atípicas
- ▶ Ausencia con características clínicas especiales (Ausencia y mioclonías, Ausencia y mioclonías palpebrales)
- ▶ Mioclónicas (Mioclónicas, Mioclónicas-atónicas, Mioclónicas tónicas)
- ▶ **Clónica**
- ▶ **Tónica**
- ▶ **Atónica**

-

2 FOCALES

- ▶ **Parciales Simples:** Sin alteración de la consciencia, correspondiendo al concepto de aura y que pueden tener distinta denominación según las manifestaciones clínicas (focal motora, autonómica...)
- ▶ **Parciales Complejas:** Con alteración de la consciencia.

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

- ▶ **Convulsivas Generalizadas:** Con afectación bilateral (tónicas, clónicas o tónico-clónicas)

INDETERMINADA O CAUSA DESCONOCIDA

ESPASMOS EPILEPTICOS

1. Anne T. Berg, Samuel F. Berkovic, Martin J. Brodie, Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. Epilepsia 2010, 51(4):676–685.

CLASIFICACION ETIOLOGICA C.E.

American College of Emergency Physicians (ACEP)

1- Crisis Epilépticas Provocadas: Crisis sintomáticas agudas

1a Crisis sintomáticas agudas con lesión cerebral aguda en la primera semana (Son más frecuentes las C.E Focales). Pueden ser:

- Postraumática**, tce, cirugía-craneotomía.
- Postictal** (> en hemorragia y < en isquemia);
- Infección SNC.**

1b Crisis sintomática aguda **Toxico metabólico** (Mas frecuentes las C.E Generalizadas)

- Fcos. Tóxicos. (Abstinencia e intox)
- Alteraciones metabólicas (HiperG, hipoglucemia < 36 mg / dl, hiponatremia<115mg / dl, hipocalcemia < 5 mg / dl, hipomagnesemia < 0.8 mg / dl, uremia con creat > 10 mg / dl, fallo hepático, sepsis...)

2- Crisis Epilépticas no provocadas o espontaneas o Crisis sintomática remotas.

C.E focales son la manifestación más frecuente en este grupo.

- Malformaciones, lesiones congénitas y perinatales
- Ictus evolucionados
- Lesiones cerebrales residuales (gliosis postradioterapia)
- Lesiones ocupantes de espacio.**
- Cambios degenerativos (Alzheimer)

3- Crisis Epilépticas Indeterminadas: Idiopáticas y criptogenicas

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

Idiopáticas: En menores de 21 a pueden ser primera manifestación sd epiléptico. Antec personales, adecuado a la edad y factores favorecedores

Criptogenicas: sintomáticas y ampliar estudio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- ▶ **SINCOPE** (Tras caída existen espasmos tónicos y clónicos y no hay poscrisis)
- ▶ **PSEUDOCRISIS** (actividad variada y crisis frecuentes)
- ▶ **ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO** (hay focalidad neurológica)
- ▶ **AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA** (amnesia más duradera)
- ▶ **AURA MIGRAÑOSA**; La migraña no provoca alteración del nivel de conciencia. En la CPC la cefalea es poco frecuente. Los síntomas deficitarios tienen una progresión lenta.
- ▶ **TRASTORNOS DEL SUEÑO**
- ▶ **TRASTORNOS METABÓLICOS Y ENDOCRINOS**

ANAMNESIS DE CRISIS EPILEPTICA (Imprescindible para el diagnostico)

- Realizada a paciente y testigos
- Antecedentes familiares y personales:
 - Daño perinatal, crisis febriles e historia familiar
 - Traumatismos, infecciones previas del SNC, Enfermedad neurológica, ACVA o sistémica concomitante.
 - Pródromos y circunstancias de aparición o desencadenantes
 - Edad de comienzo, duración, estereotipia
 - Nivel de conciencia
 - Secuencia y ritmo de actividad motora
 - Vocalización
 - Manifestaciones vegetativas
 - Postictal: nivel de alerta y déficit focal

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Bioquímica y hemograma
- Tóxicos en sangre y orina
- Niveles de fármacos antiepilépticos (FAEs)
- ECG (descartar episodios cardiacos)
- TAC craneal*
- EEG; En las 24-48h próximas al evento (S 77%).**
- Punción lumbar***

INDICACIONES DE TAC CRANEAL EN PRIMERA CRISIS*

- Déficit neurológico no previo
- Alteración persistente del nivel de conciencia.
- Presencia de fiebre.
- Traumatismo reciente
- Presencia de cefalea
- Historia de proceso neoplásico.
- Consumo de ACO
- Sospecha de infecc VIH o primera crisis
- Consumo abusivo de alcohol.
- Mayores de 25 años.

INDICACIONES DE TAC EN EPILÉPTICO CONOCIDO*

- Sospecha de nueva lesión neurológica
- Estatus sin causa obvia

INDICACION DE EEG URGENTE**

- Sospecha estatus epiléptico no convulsivo.
- Coma de origen desconocido.

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

- Estados confusionales.
- Episodios de pérdida breve de conciencia de origen desconocido
- Crisis postraumáticas agudas

NO DEBE USARSE PARA EXCLUIR EL DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA CDO LA PRESENTACION APOYA EL DIAGNOSTICO DE PAROXISMO NO EPILEPTICO ^a

(Guía diagnóstica y terapéutica de Epilepsia de SEN 2012)

INDICACIONES PUNCIÓN LUMBAR URGENTE***

- Sospecha de Hemorragia subaracnoidea, Infecciones del SNC
(La presencia de pleocitosis puede ser debida a la propia crisis)
- Estatus epiléptico sin causa aparente.
- Primera crisis en paciente VIH.

TRATAMIENTO GENERAL EN FASE AGUDA ABORDAJE ABCDE

- 1-Posición decúbito supino y vía aérea permeable (guedel).
(Posterior decúbito lateral de seguridad)**
- 2-Oxígeno al 100% en Estatus epiléptico**
- 3-Canalizar 1 ó 2 vías venosas periféricas y abstención de muestras (glucemia...)**
- 4-Descartar etiologías que requieran tratamiento inmediato (hipoglucemia, hipoxia, eclampsia....)**
- 5-Monitorización PA, FC, FR, Temperatura y pulsioximetría.**
- 6-Evitar complicaciones principalmente en postcrítico.**
- 7-En SE administrar reposición hidrosalina y Tiamina im.**
- 8-Administrar fármacos antiepilépticos (FAE)**

FASE PRECOZ (0 - 5 minutos):

- 1-Diazepam 10 mg: 1 ampolla diluida en 10 cc de SF ivl. Max 20 mg.**

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

(**VALIUM 10 mg iv o im, STESOLID 10 mg rectal**)

2-Clonacepam 1 mg: 1 ampolla diluida en 10 cc de SF ivl. Max 4 mg.

(RIVOTRIL 1 mg). Sc en c.paliativos.

3-Midazolam (10 mg im, iv, goteo nasal u oral, aceptado en uso pediátrico)

OJO !!! Vigilar respiración y si fuera necesaria Flumacenoilo (ANEXATE)

_FASE PRECOZ (10-30 minutos); Estatus epiléptico inicial y mantenido

1-Levetiracetam 500 mg (Keppra): 1 g en 15 m (500 mg cad 15 m x3). 500 mg- 1 g / 12h . EN ANCIANOS Y ONCOLOGICOS Y ALTA COMORBILIDAD.

2-Acido Valproico 400 mg (Depakine): Para adulto de 70 kg

Bolo inicial de 3 ampollas en 5 minutos, seguido de perfusión de 2-4 ampollas en 500 ml de SF en 24h. NO EN HEPATOPATIA, VIH Y EMBARAZADAS

3- Fenitoina 250 mg : 1g en 500 ml de SF en 30-60 min y tras 12h adm 100 mg / 8h MONITORIZACION ECG.

OJO ANCIANOS E HIPOTENSOS.

NO EN CARDIACOS.

_SEGUNDA FASE (> 30 minutos)

CONSIDERAR Estatus epiléptico refractario

UCI

CONSIDERAR IOT+ VMNI

Alta morbimortalidad.

Objetivo finalizar la crisis de forma precoz y reconocer factores precipitantes.

Inducción de coma anestésico no barbitúrico con:

1 Midazolam (amp 5-15mg): inicio con 3 mg / min ---0.05 a 2 mg / kg/h mantenimiento.

2 Propofol (amp de 10 mg y 20 mg), inicio 1-2 mg / kg en bolo lento y mantenimiento con 5 -10 mg / kg /h.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Cuando existe riesgo de recurrencia de la crisis o gran exigencia psicosocial del paciente (trabajo de riesgo)

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.

FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA DE CE.

- 2 o más crisis.
- Crisis con inicio focal, etiología sintomática remota, debut de SE
- Alteraciones EEC,
- Alteraciones en neuroimagen.
- Exploración neurológica anormal
- Trastorno o déficit neurológico, trastorno del aprendizaje o retraso en el desarrollo.

DERIVACION A NEUROLOGIA

- Primera crisis generalizada en pac joven, sin focalidad ni fiebre y con TAC craneal normal.
- Epiléptico conocido con niveles de FAEs alterados.
- Primera crisis en pac joven en relación con toma de tóxicos.

INGRESO HOSPITALIZACION

- Estatus epiléptico.
- Crisis reiteradas (> 3 ce en 24h)
- Focalidad en la exploración neurológica
- Crisis focales.
- Crisis sintomáticas (TCE, infección...)

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandez Alonso, C.Tratamiento de las crisis epilépticas en urgencias. Monografía de Emergencias. 2014; 1-22.
2. Guías diagnóstica y terapéutica de la Sociedad Española de Neurología (SEN) 2012. Guía oficial para la práctica clínica en epilepsia. Edit. Mercade Cerda JM, Sancho Rieger J, Mauri Llerda JA, Lopez Gonzalez FJ, Salas Puig X, Madrid. Sociedad Española de Neurología; 2012.
3. Gregory K. Bergey, MD,FAAN.Management of a first seizure. Continuum(Minneap Minn)2016; 22(1):38-50

MANEJO CRISIS COMICIALES EN URGENCIAS.