

# **ATENCION EN URGENCIAS AL PACIENTE CON CRISIS EPILEPTICAS**

1 de diciembre de 2017

M. Rosa Querol Pascual

# INTRODUCCION

- Las crisis epilépticas suponen, aproximadamente, el 1% de los ingresos en urgencias.
- Hasta el 9-10% de la población puede tener una crisis a lo largo de su vida, y la incidencia es máxima en los niños y los ancianos.
- Desde el punto de vista de la atención urgente, en términos de manejo y recurrencia podemos diferenciar dos tipos:
  - crisis agudas sintomáticas o provocadas
  - crisis no provocadas o remotas.

# ¿Qué preguntas nos pueden surgir?

- ¿Es una crisis epiléptica?
- ¿Le pido un TAC y EEG?
- ¿Le pongo tratamiento?
- ¿Lo ingreso en neurología?



# ¿Es una crisis epiléptica?

- La expresión clínica de las crisis epilépticas es muy variada y tiene relación con la función de la corteza cerebral implicada en la descarga.
- Debido a esta gran variedad semiológica de las crisis epilépticas, se nos plantea, en ocasiones, la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades.

- El diagnóstico es fundamentalmente **clínico**
- Hay que hacer una buena anamnesis;
  - **Antecedentes personales** que puedan estar relacionados con crisis (patología perinatal, infecciones, ictus o trauma cerebral previo, convulsiones febriles, historia familiar de epilepsia) o cualquier enfermedad neurológica o sistémica concomitante.
  - **Factores precipitantes de crisis:** fiebre, privación de sueño, menstruación, estrés, fotoestímulos y otros estímulos específicos de las crisis reflejas (videojuegos, praxis, estímulos auditivos específicos...).



- **Posibles desencadenantes** de crisis sintomáticas agudas:
  - consumo/privación de alcohol y otros tóxicos (cocaína, anfetamínicos),
  - Fármacos, especialmente retirada brusca de psicótopos, como las benzodiacepinas, antibioticos y los antidepresivos (bupropion)
  - Enfermedades metabólicas con tendencia a descompensarse, como diabetes, e insuficiencia renal o hepática.
  
- **Síntomas premonitorios:**
  - un aura definida (sensación epigástrica, *déjà vu*, *olfativa*, *gustativa*, somatosensorial, visual...)
  - El aura es un signo de gran valor localizador para las crisis de inicio focal. Suele existir una buena correlación entre las auras más comunes (como *déjà vu*, *visuales*, *somatosensoriales*) y la zona de inicio de las crisis (temporal, occipital, parietal).
  - Síntomas que orienten a otras etiologías, como mareo, cefalea, náuseas, sudoración, palpitaciones o giro de objetos.

- En cuanto a la **sintomatología ictal**,:
  - Si existió pérdida de conocimiento y si fue completa o desconexión parcial.
  - Si el paciente tiene amnesia del episodio, es un dato que confirma pérdida de conocimiento.
  - Debemos obtener una descripción de los fenómenos motores (versión cefálica, automatismos orales o de las extremidades, rigidez, clonías rítmicas prolongadas, posturas tónicas asimétricas, mordedura lateral de lengua y ojos abiertos son habitualmente marcadores de crisis).
  - Es importante ser meticulosos con su forma de inicio, focal o generalizada, y su progresión



- Por último, es importante valorar en la **fase postictal** el nivel de alerta tras el evento:
  - una recuperación rápida sugiere síncope como primera posibilidad, frente a somnolencia o estupor, que irían a favor de un estado poscrítico tras una crisis convulsiva generalizada.
  - La presencia de un déficit focal (motor, disfasia, hemianopsia...) transitorio puede ser altamente sugerente de una crisis de inicio focal. Si es prolongado, debe sospecharse una lesión cerebral subyacente
  - La incontinencia esfinteriana no es un dato definitivo de crisis y además puede estar ausente.



# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

## SINCOPE

## CRISIS NO EPILEPTICAS PSICOGENAS (CNEP)

VASCULAR ; AIT, limb shaking

Amnesia global transitoria

Migraña

Síndrome confusional agudo

Trastornos paroxísticos del sueño

Movimientos anormales

Drops-attacks

Infancia; espasmos del sollozo, enlentecimientos, hiperplexia, estereotipias

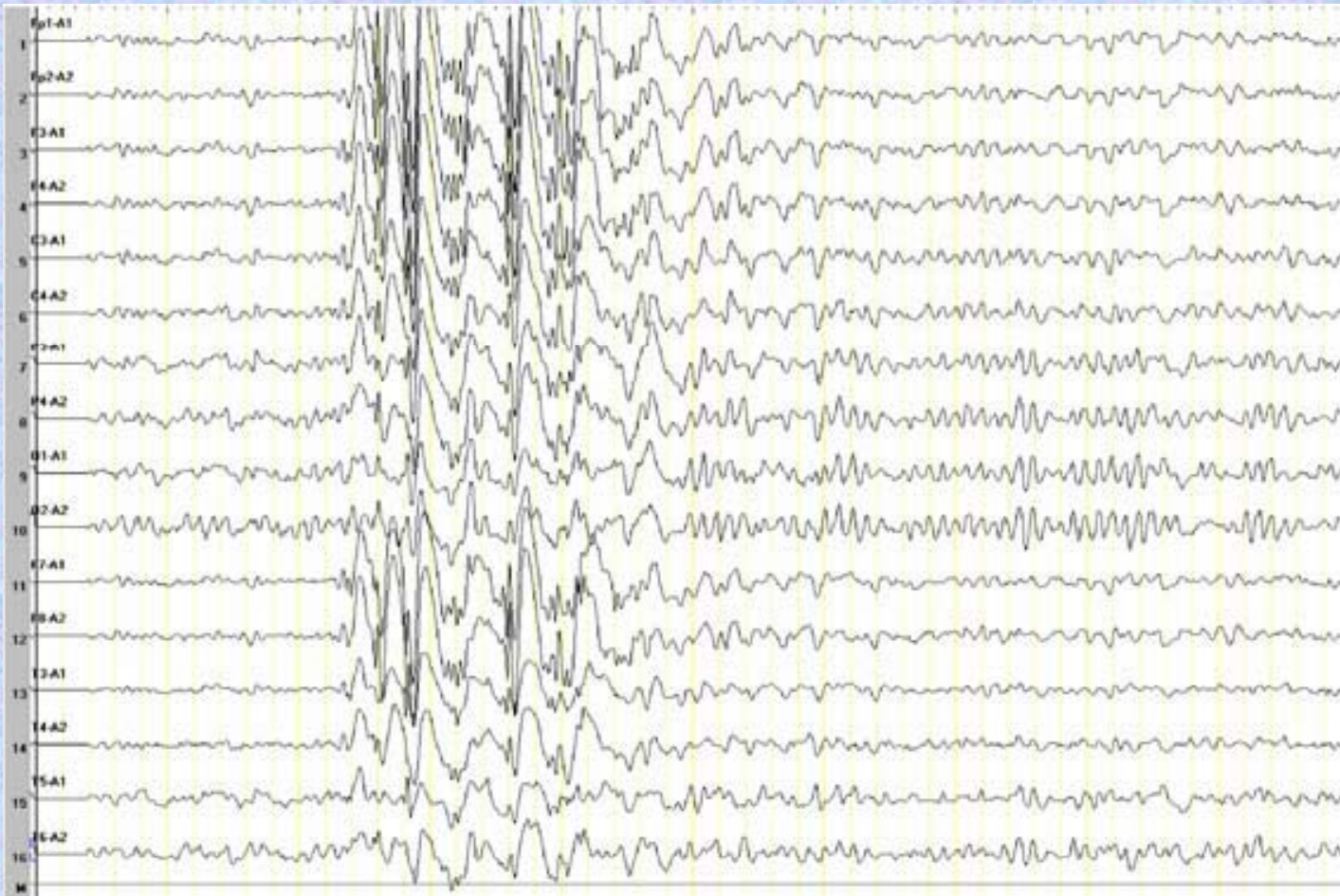
# ¿Qué pruebas debo realizar? Estudios complementarios

- *Determinaciones analíticas:*
  - Básicas
  - Alcohol y tóxicos en orina
  - LCR, si sospecha de infección en VIH, Inmundeprimidos, cefalea grave. Es normal encontrar hasta 20 leucos/mm<sup>3</sup>
  
- *ECG*

# Electroencefalograma

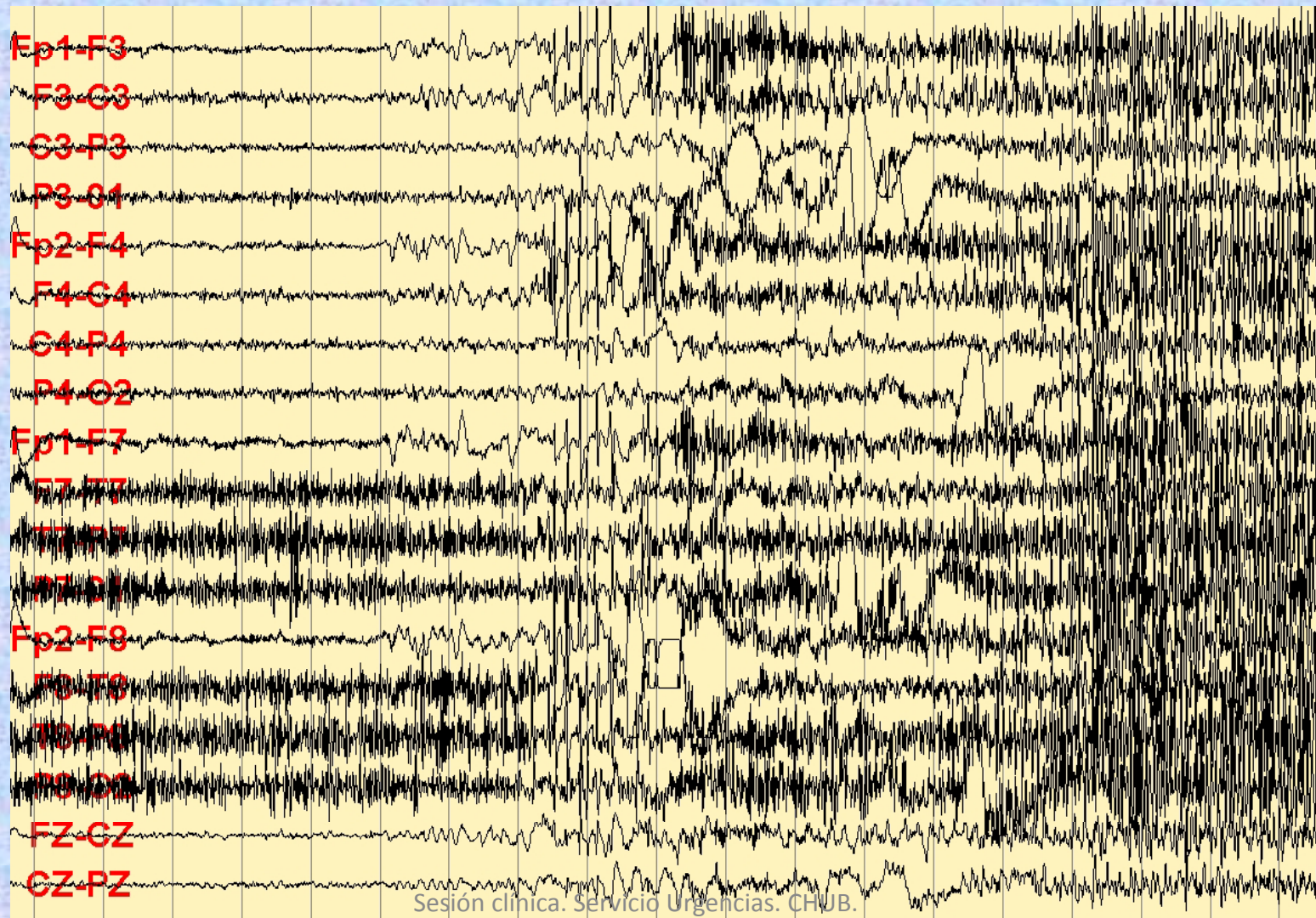
- Todo paciente con una crisis no provocada.
- La información que nos proporciona puede tener valor diagnóstico y pronóstico.
- 20-50% de los pacientes con epilepsia presenta actividad epileptiforme interictal en el EEG inicial.
- Si se detecta actividad epileptiforme, apoya el diagnóstico clínico y puede ayudar a determinar el síndrome epiléptico aun en presencia de crisis únicas.
- La actividad lenta focal, pueden ser de utilidad, ya que orientan hacia lesiones focales o déficits focales poscríticos.
- La probabilidad de recurrencia de crisis en pacientes con EEG patológico es del 50%
- Fundamental en el caso de no recuperar el nivel de conciencia para descartar estatus epiléptico no convulsivo.





Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017

# Crisis tónico-clónica



Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.

Noviembre, 2017



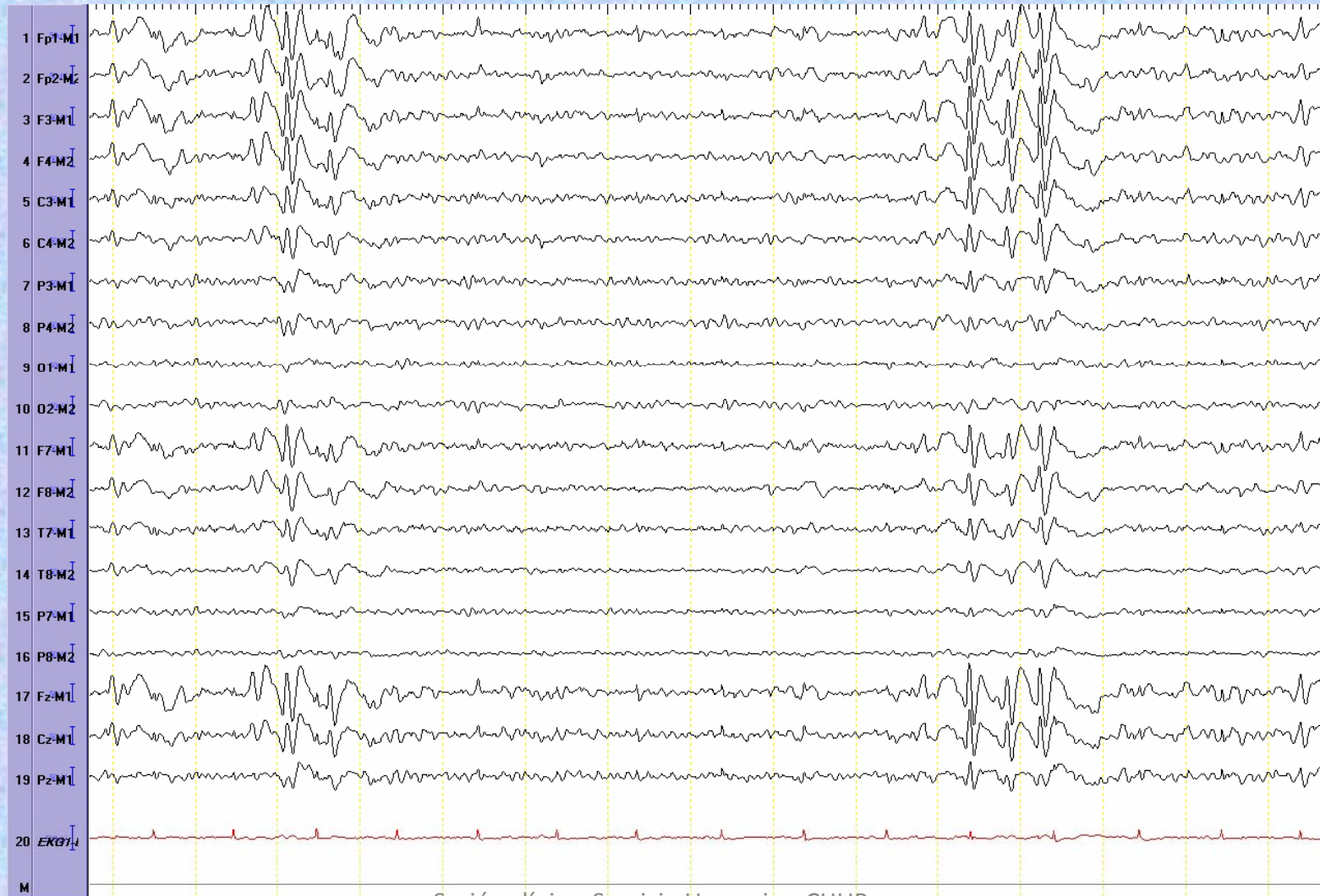
# Ausencias



Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017

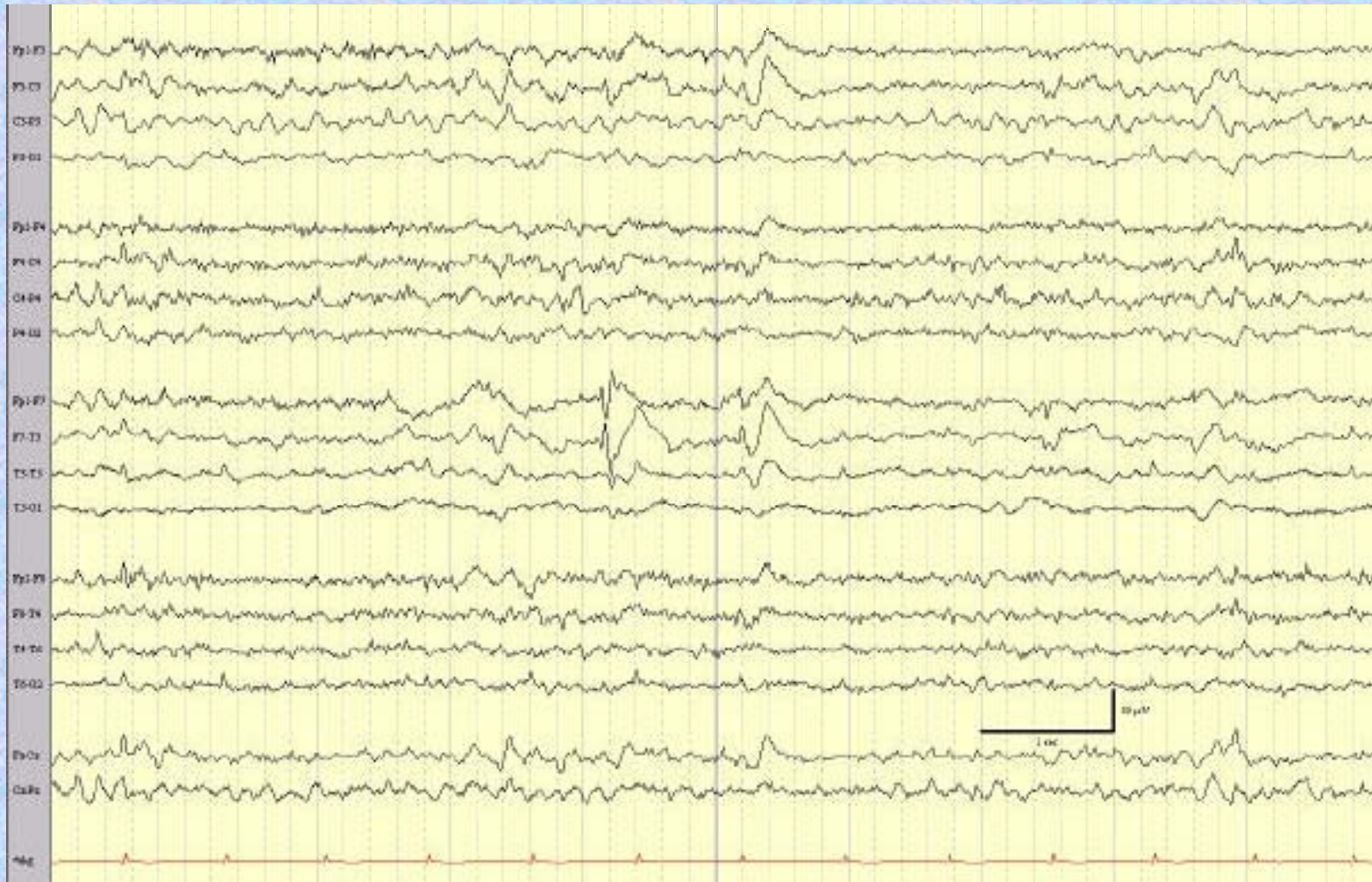


# Crisis gelástica



Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017

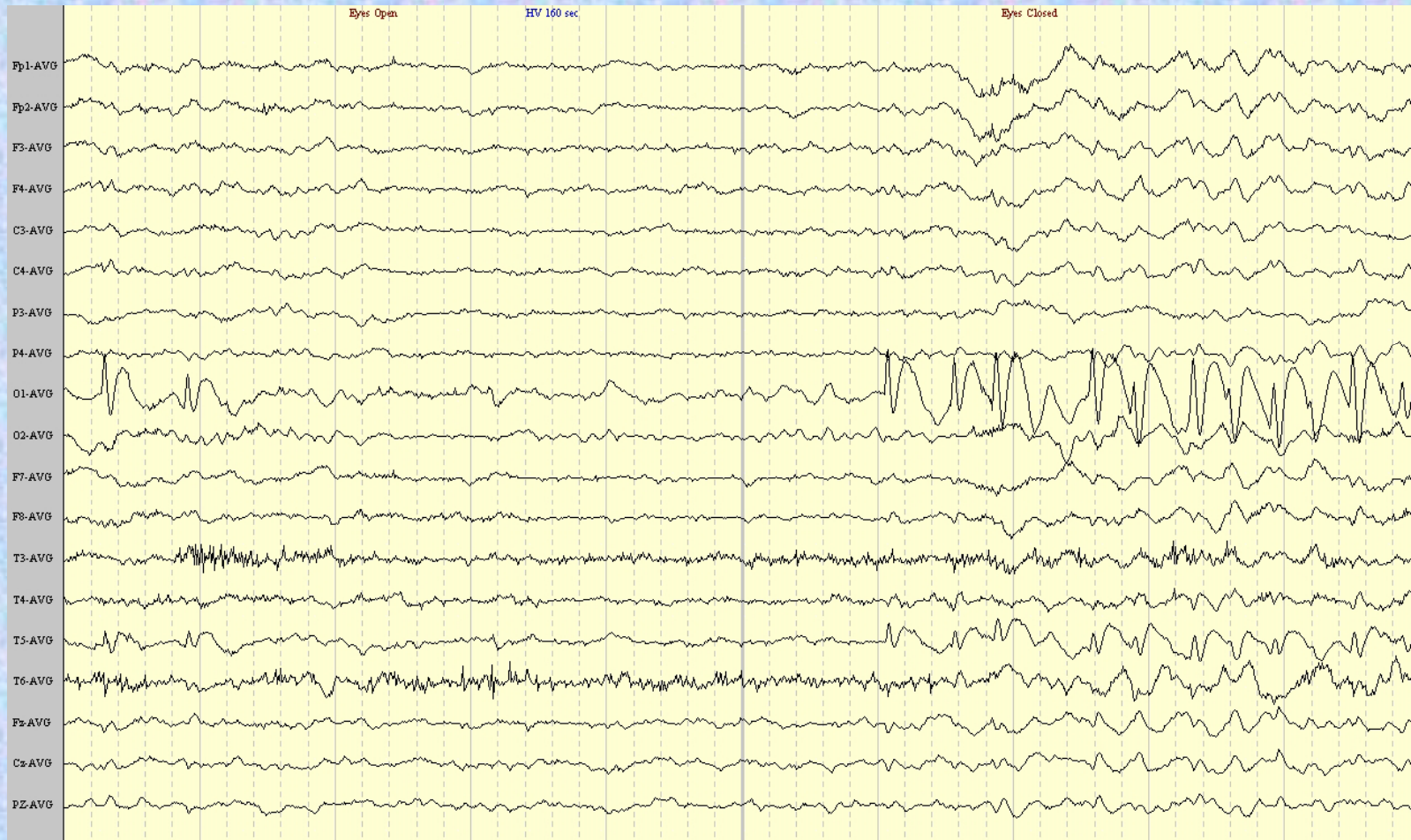
# Crisis temporales



Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017



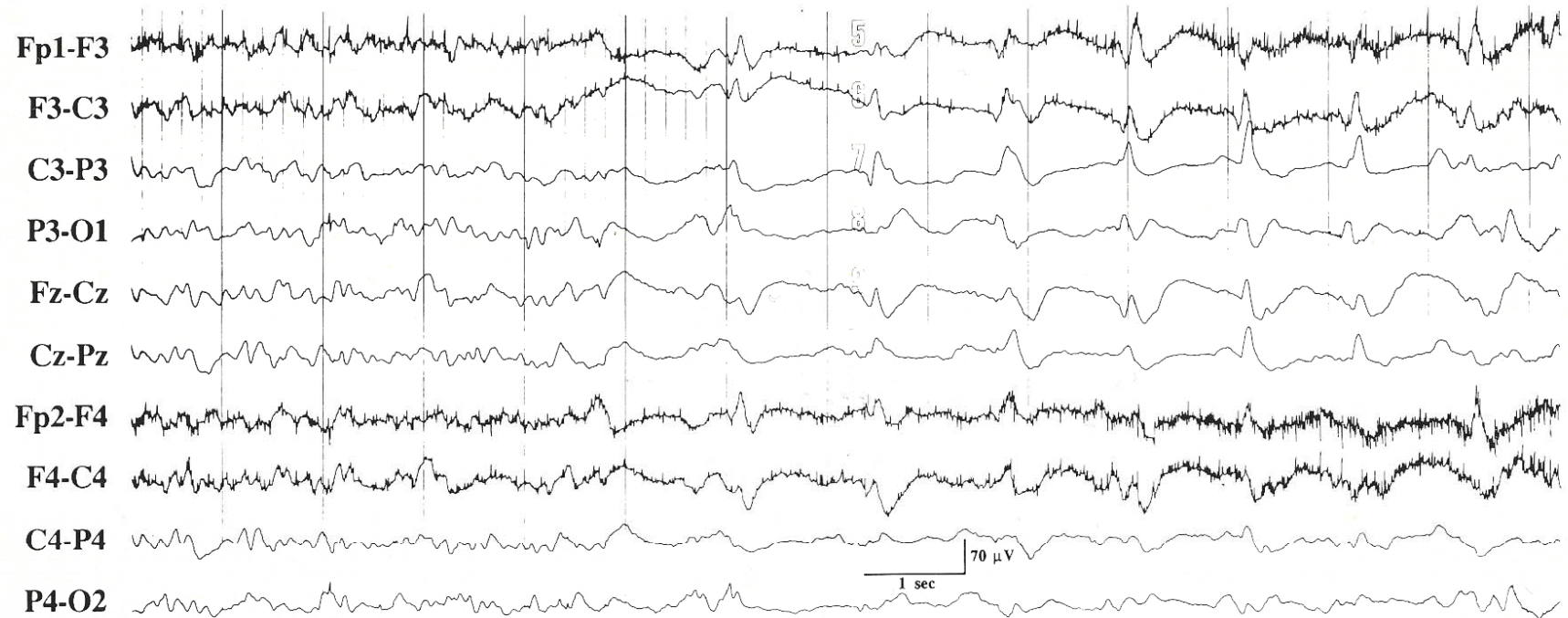
# Crisis occipitales



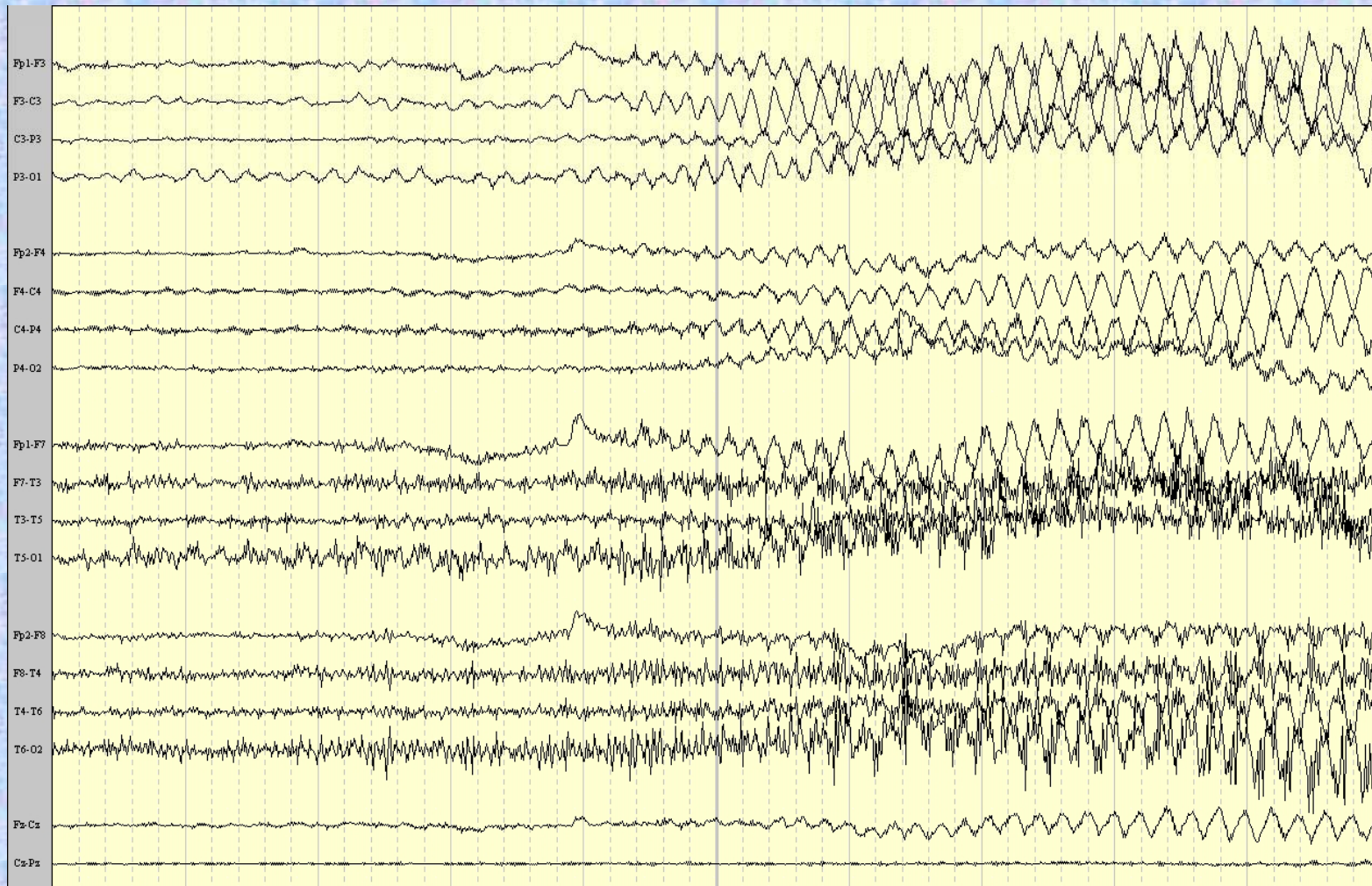
Sección clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017



# Complejos trifásicos



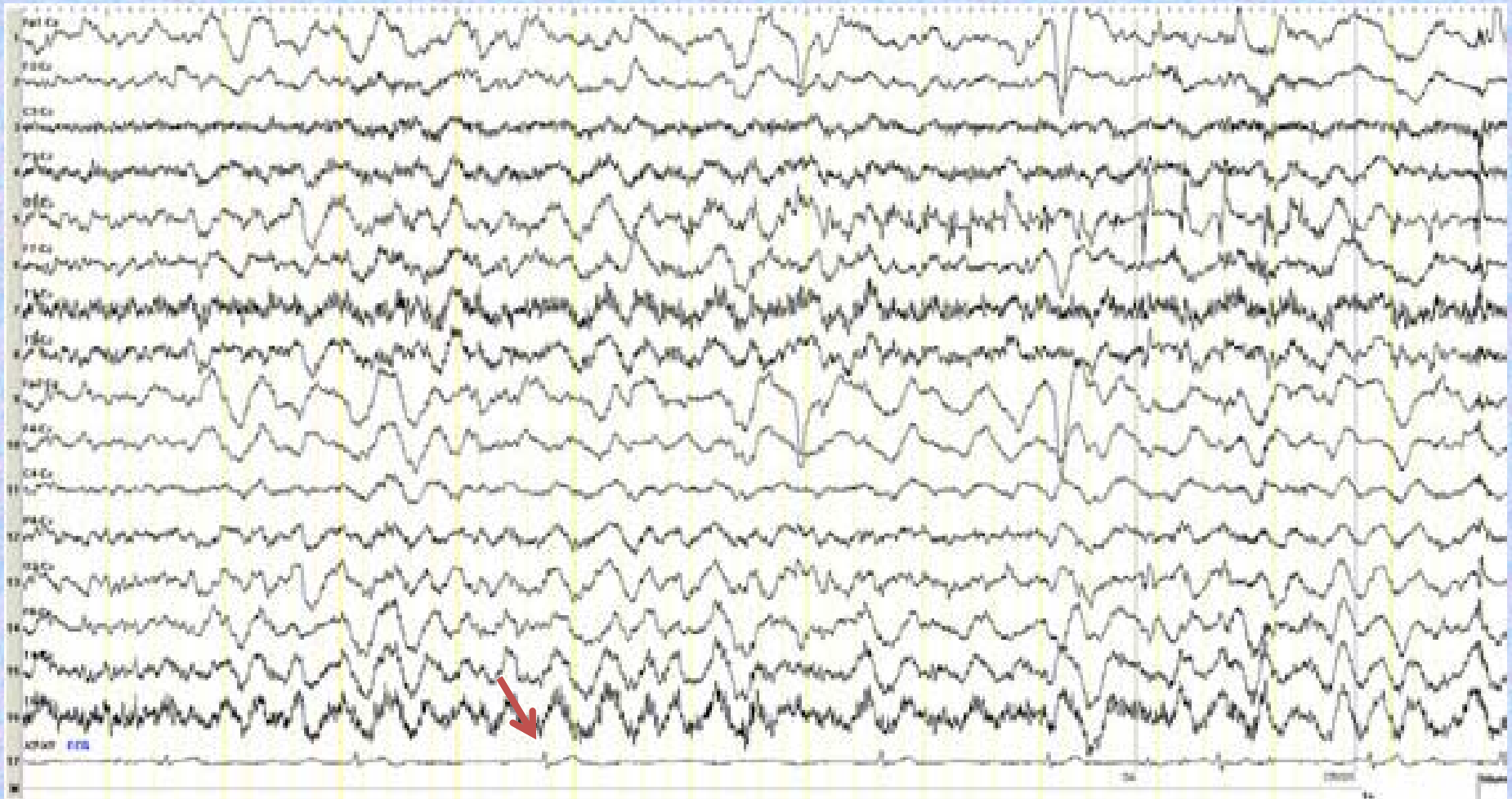
# Pseudocrisis



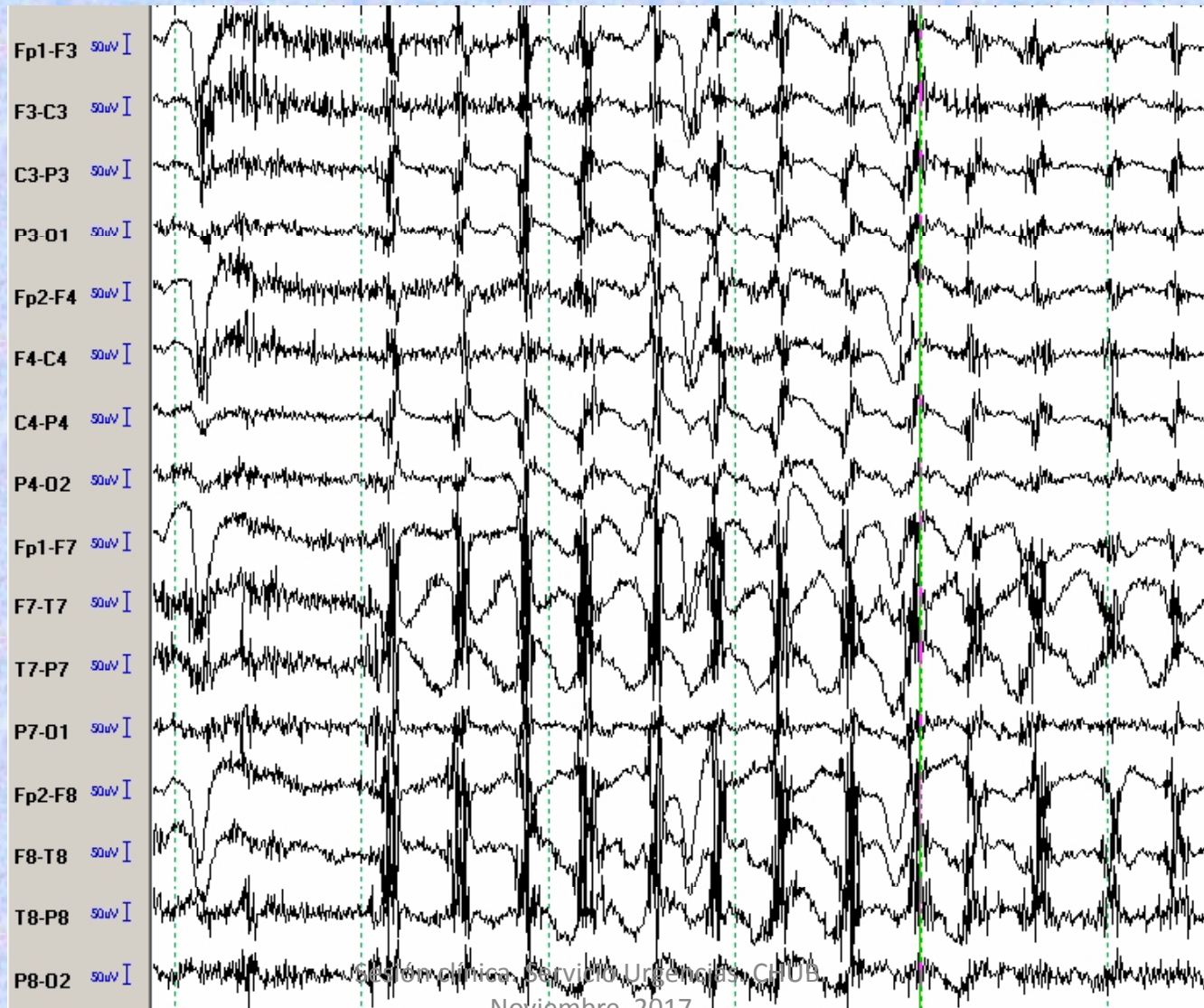
Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017



# sincope

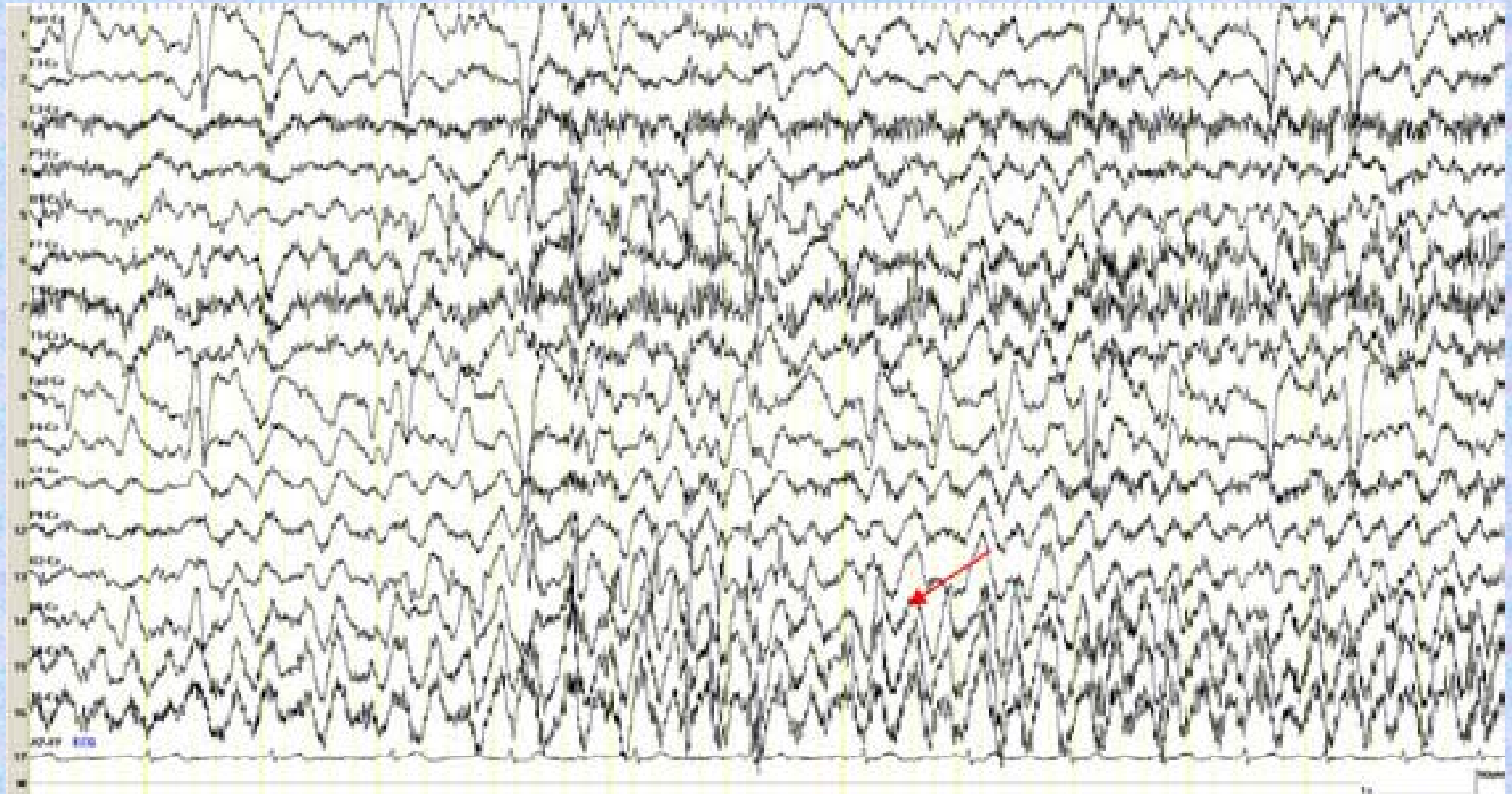


# Masticación



Noviembre, 2017





Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017

## INDICACIONES DE EEG URGENTE

Crisis epiléptica en paciente no diagnosticado

Sospecha de crisis frente a otros episodios paroxísticos de pérdida de conocimiento

Coma de etiología no conocida

Síndrome confusional

Sospecha de estatus no convulsivo

Monitorización de respuesta al tratamiento

Cambio en el patrón de las crisis de pacientes con epilepsia conocida



# Neuroimagen

- Debe realizarse una prueba de neuroimagen en todo paciente adulto con una primera crisis.
- La TAC si:
  - TCE agudo
  - Excluir tumores, abscesos o hemorragias
  - En pacientes con marcapasos o clips no compatibles con resonancia magnética
  - Si se quiere apreciar lesiones con calcio.
- Probabilidad de encontrar lesión en el TAC 10% y en la RM 50%

# Tratamiento de las crisis epilépticas en urgencias

- PACIENTE EPILEPTICO CONOCIDO
  - Crisis similares
  - Crisis nuevas
- PACIENTE CON UNA PRIMERA CRISIS
  - Provocada
  - No provocada



# Tratamiento de las crisis epilépticas en urgencias

- **Pacientes con historia de crisis previas:**
  - Cambios recientes en la dosis o el tipo de fármacos antiepilépticos,
  - Otros tratamientos añadidos con potenciales interacciones,
  - Adherencia al tratamiento
  - Posibles factores precipitantes de crisis

- **Si las crisis son similares a las previas:**
  - No son necesarias pruebas complementarias
  - Analítica para descartar alteraciones metabólicas o niveles de FAEs, PHT, CBZ, AVP, PB y LMT
- **Si las crisis son distintas,** hay focalidad neurológica nueva, o alteración del nivel de conciencia persistente; lo trataremos como si fuera epiléptico no conocido



# Crisis sintomáticas agudas

- Suponen el 20-30% de las primeras crisis.
- Se deben a algún proceso agudo simultáneo que puede ser sistémico (alteraciones metabólicas, como la hipoglucemia, y electrolíticas, tóxicos o fármacos) o neurológico (trauma craneal, infección del sistema nervioso central, ictus) que suceda en un período máximo de siete días entre la lesión y las crisis.
- No suelen precisar tratamiento a largo plazo
- No tienden a recurrir

# Crisis no provocadas o sintomáticas

- No hay ninguna causa aguda directa
- El riesgo global de recurrencia es del 42% a los 2 años y es máximo en los 6 primeros tras la crisis.
- Los principales factores de riesgo asociados con recurrencia:
  - Son anomalías epileptiformes en el EEG,
  - Lesión cerebral en la neuroimagen
  - Crisis nocturna.
  - Otras variables clínicas que se han propuesto son; edad, la historia familiar de epilepsia, el tipo de crisis y la presentación como estado epiléptico o crisis múltiples con recuperación entre ellas en un período de 24 horas.



# Principales etiologías de las crisis

ADULTOS	ANCIANOS
TCE	Enfermedad cerebrovascular
Tumores del SNC	Demencia
Tóxicos-alcohol	Tumores
Infecciones del SNC	Tóxicos-alcohol
Idiopáticas	Trastorno craneoencefálico
Lesiones perinatales/ malformaciones congénitas	

## MANEJO INICIAL DE LA EPILEPSIA

Confirmar el diagnóstico de crisis, establecer su semiología y descartar otros diagnósticos diferenciales

Determinar la etiología para indicar un tratamiento específico si procede

Diferenciar crisis provocadas o sintomáticas agudas de crisis no provocadas

Realizar un diagnóstico sindrómico para establecer un pronóstico y decidir el mejor tratamiento

En el caso de crisis aislada, estudiar los factores de riesgo de recurrencia que ayudan a la decisión de iniciar o no tratamiento con antiepilépticos

Valorar iniciar tratamiento con el fármaco más adecuado al tipo de crisis, en monoterapia, incremento lento de dosis y vigilancia de efectos secundarios

Informar al paciente sobre las repercusiones sociales y laborales que implica el diagnóstico (conducción de vehículos, riesgos en algunos deportes o profesiones)



# TRATAMIENTO DE LAS CRISIS EPILEPTICAS EN URGENCIAS

- **CRISIS SINTOMÁTICAS AGUDAS**

- Corregir la causa
- FAEs de forma transitoria; generalmente de presentación IV; fenitoína, ácido valproico, levetiracetam o lacosamida
- Evitar las benzodiazepinas en situaciones que puedan interferir con el nivel de conciencia.
- En abstinencia alcohólica; diazepam 10-20 mg /8 horas o clonazepam 2-3 mg/12 horas + Tiamina.

- Embarazo; monoterapia a dosis muy fraccionadas evitando el AVP.
- En **eclampsia**; sulfato de magnesio bolo IV 4-6 gr en 10-20 minutos seguido de una perfusión de 1-3 g/hora 8 máximo 40 gr al día.
- En enfermedades **cardíacas**; evitar las CBZ, OXC. Si hay antecedentes de BAV o IAM; AVP, LEV o LCM.



- **PACIENTES CON HISTORIA PREVIA DE CRISIS**

- Si falta de cumplimiento o desencadenantes; No se cambia el tratamiento
- Efectos secundarios del tratamiento; Reducción de la dosis. Si son graves; ingreso hospitalario
- Si cumplimiento correcto y sin desencadenantes; cambio de la medicación o añadir un segundo FAE

- **PRIMERA CRISIS NO PROVOCADA**

- Generalmente **no** se inicia
- **Si** en el caso de EEG o neuroimagen alterados que aumenten el riesgo de recurrencia.
- El tratamiento iniciado de manera inmediata tras una primera crisis no provocada reduce el riesgo de recurrencias a corto plazo, aunque no modifica el pronóstico a largo plazo, no modifica el riesgo de muerte ni tampoco el riesgo de desarrollar una epilepsia.

Amplio espectro en crisis generalizadas	Crisis focales Con/sin generalización segunda	Fármacos antiepilépticos con usos específicos
<p>Ácido valproico</p> <p>Levetiracetam</p> <p>Lamotrigina</p> <p>Topiramato</p> <p>Zonisamida</p> <p>Perampanel</p>	<p>Carbamacepina,</p> <p>Oxcarbacepina</p> <p>Acetato de eslicarbacepina</p> <p>Lacosamida</p> <p>Brivaracetam</p> <p>Fenitoína</p> <p>Clonacepam</p> <p>Fenobarbital</p>	<p>Vigabatrina: síndrome de West</p> <p>Etosuximida: ausencias típicas</p> <p>Corticotropina, esteroides: síndrome de West</p> <p>Rufinamida: síndrome de Lennox (coadyuvante)</p> <p>Clonacepam: mioclonías</p>



# ESTATUS EPILEPTICO

- **DEFINICION**

- Una crisis continua de  $\geq 5$  de min de una o dos crisis o mas entre las que hay recuperación incompleta de la conciencia

- Hay dos tiempos;

- **T1** se ponen en marcha mecanismos que no permiten que una crisis ceda de manera espontánea y que determina el inicio del tratamiento

- **T2** a partir del cual hay daño neuronal que determina la agresividad del tratamiento

- Hay tantos tipos de estatus como de manifestaciones clínicas epilépticas.

- **SEMIOLOGIA**

- **Actividad motora:**

- Con síntomas motores prominentes
    - Sin síntomas motores prominentes; formas no convulsivas

- **Alteración del nivel de conciencia,**

- EE convulsivo con/sin alteración del nivel de conciencia
    - EE no convulsivo en coma es una situación con muy mal pronóstico y tratamiento urgente
    - EE no convulsivo sin alteración del nivel de conciencia.

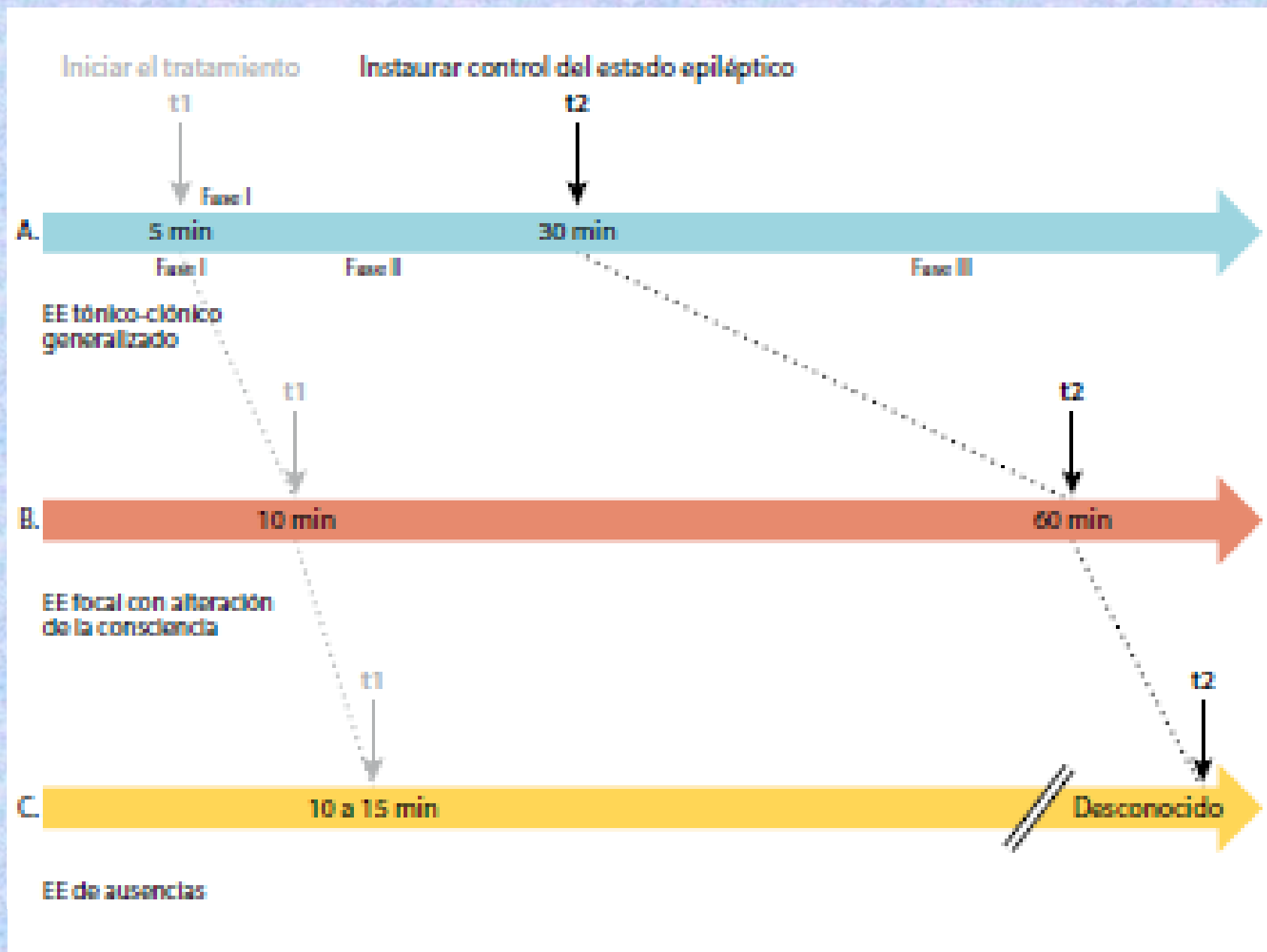
# ESTADIOS

- Todos los protocolos de tratamiento reconocen un enfoque escalonado con diferentes fármacos utilizados en las diferentes fases:
  - Estadio 1: fase precoz
  - Estadio 2: EE establecido.
  - Estadio 3: EE refractario.
  - Estadio 4: EE superrefractario.



# OBJETIVOS

- Priorizar el reconocimiento precoz y el tratamiento de las crisis en cada etapa con el objetivo de reducir la morbilidad, la mortalidad y las consecuencias a largo plazo (mas allá de T2).
- Medidas generales de urgencias;
  - mantener la vía aérea,
  - Estabilización de constantes: presión arterial, temperatura y glucemia)
  - Búsqueda exhaustiva de la etiología.
- Tratamiento farmacológico.



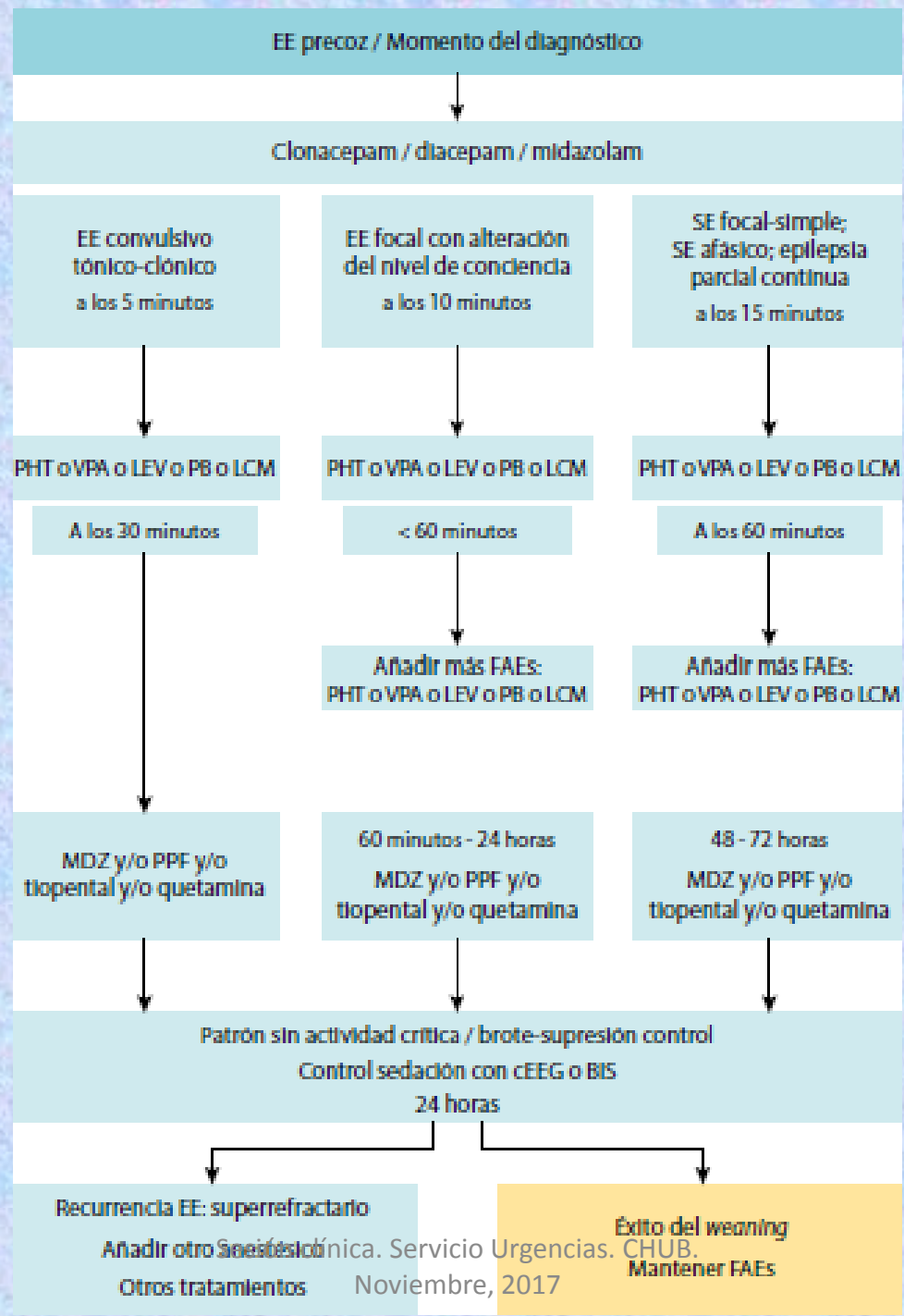
# Fase precoz

	Vía de administración	Dosis de adulto	Dosis pediátrica
Diacepam	IV	10 mg en 50 cm <sup>3</sup> SF en dos minutos	0,25-0,5 mg/kg
Clonazepam	IV	1-2 mg en un minuto	200-500 µg
Midazolam	IM/IV	10 mg	5 mg (13-40 kg)
Midazolam	Bucal / intranasal	5-10 mg	0,15-0,3 mg/kg
Diacepam	Rectal	10-30 mg	0,5-0,75 mg/kg



# FASE ESTABLECIDA

	DOSIS
<b>FENITOINA</b>	15-20 mg/kg. Infusión < 50 mg/minuto
<b>ACIDO VALPROICO</b>	30 (20-40) mg/kg en 5-10 minutos
<b>LEVETIRACETAM</b>	60 (30-60) mg/kg, max. 4.500 mg, en 5-10 minutos
<b>FENOBARBITAL</b>	10-20 mg/kg en 15-20 minutos
<b>LACOSAMIDA</b>	400 mg (5-6 mg/kg) en 5-10 minutos



# CONCLUSIONES

- Las crisis epilépticas son episodios frecuentes, de semiología muy diversa, que a menudo plantean el diagnóstico diferencial con múltiples entidades, sobre todo con el síncope.
- La valoración urgente del paciente con crisis epilépticas debe estar orientada, en primer lugar, a detectar causas agudas responsables de crisis sintomáticas que requieran un manejo específico y que habitualmente no precisan fármacos antiepilépticos de manera mantenida.
- En los pacientes con una primera crisis, una historia detallada debe indagar episodios epilépticos previos y se deben realizar estudios EEG y de neuroimagen.



# CONCLUSIONES

- La presencia de lesiones neurológicas previas y actividad epileptiforme es predictiva de recurrencia de crisis y puede aconsejar el empleo de fármacos antiepilépticos.
- En los pacientes con epilepsia previa debemos valorar posibles efectos adversos o interacciones del tratamiento, incumplimiento terapéutico o cambios en el patrón habitual de sus crisis antes de realizar ajustes del tratamiento
- Estatus es conseguir que la situación no alcance el tiempo T2 y evitar las secuelas a largo plazo

**MUCHAS GRACIAS  
POR VUESTRA  
ATENCIÓN**

Sesión clínica. Servicio Urgencias. CHUB.  
Noviembre, 2017