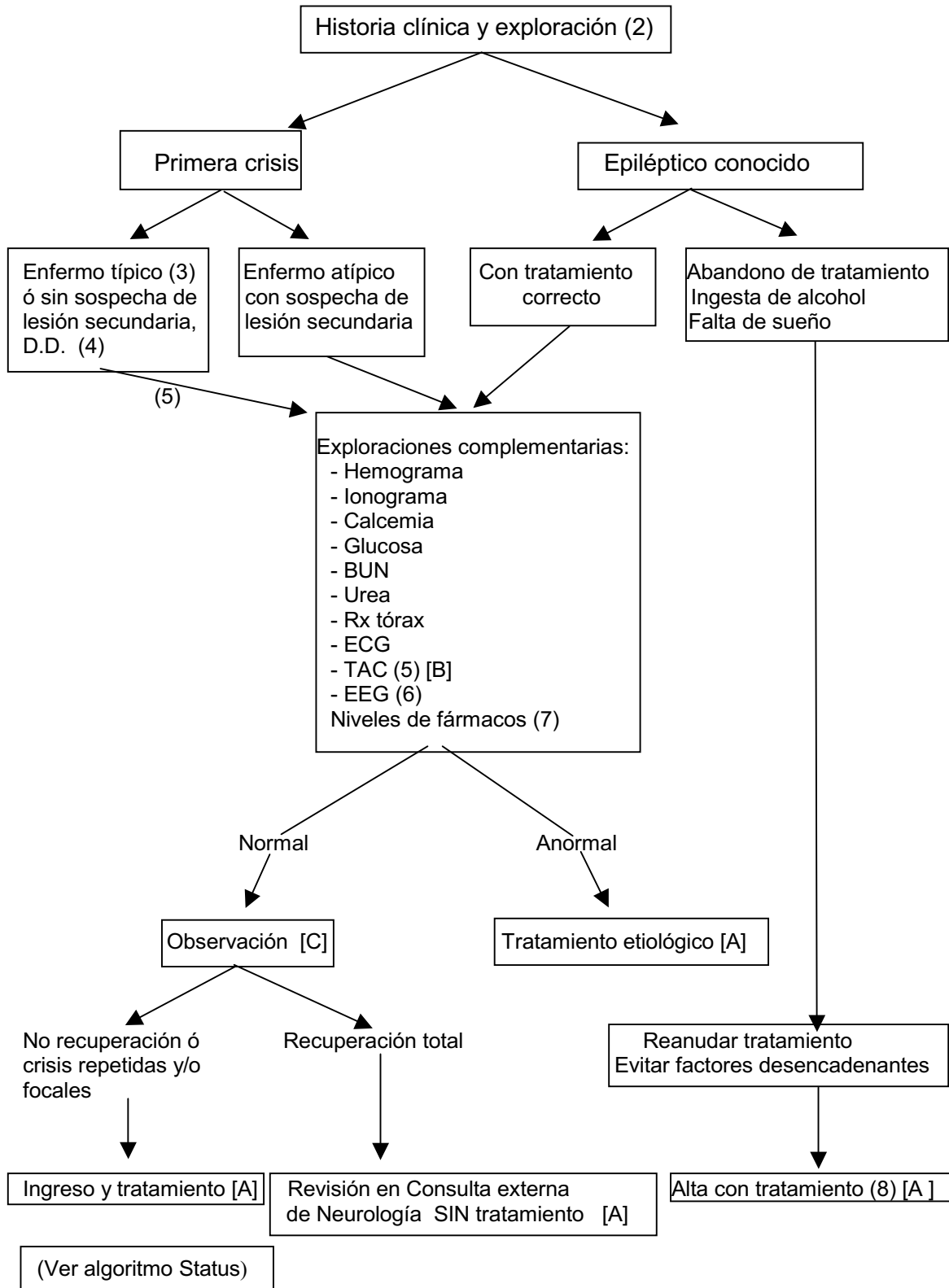


CRISIS EPILEPTICAS (1)



CRISIS EPILEPTICAS

1. Niveles de Evidencia

Categories of evidence

- (I) Based on well designed randomised controlled trials, meta-analyses, or systematic reviews
- (II) Based on well designed cohort or case-control studies
- (III) Based on uncontrolled studies or consensus

2. Grado de recomendación

Strength of recommendation

- (A) Directly based on category I evidence
- (B) Directly based on category II evidence or extrapolated recommendation from category I evidence
- (C) Directly based on category III evidence or extrapolated recommendation from category I or II evidence

(1) DEFINICIÓN.- Crisis cerebral que depende de la descarga excesiva de una población neuronal hiperexcitable, entendiendo por crisis cerebral, según la OMS, todo accidente de origen cerebral que aparece en una persona, con un estado de buena salud aparente, o bien que agrava bruscamente un estado patológico crónico. No excluye que pueda existir una asociación de crisis cerebrales epilépticas y crisis cerebrales no epilépticas. La repetición de este evento de forma aparentemente espontánea constituye una enfermedad crónica denominada Epilepsia.

CLASIFICACIÓN (1981 ILAE).-

- a) Crisis parciales:
 - Crisis parciales simples
 - Crisis parciales complejas (con afectación de la conciencia)
 - Crisis parciales con evolución a generalizadas tónico-clónicas
- b) Crisis generalizadas:
 - Ausencias
 - Mioclonías
 - Tónico-clónicas
 - Atónicas
 - Tónicas
 - Espasmos infantiles
- c) Inclasificables

(2) HISTORIA Y EXPLORACIÓN FÍSICA.- Preguntar si está diagnosticado, si toma medicación y si el tratamiento es correcto; si ha habido ingesta de alcohol o drogas o privación, fiebre, falta de sueño, traumatismo craneal previo, neurocirugía o tumores cerebrales o infecciones del SNC previos, estímulos visuales, cefalea u otros signos neurológicos o si tiene antecedentes familiares de epilepsia.

Se debe hacer exploración neurológica completa, haciendo hincapié en la presencia de rigidez de nuca ó signos de focalidad neurológica.

(3) ENFERMO TÍPICO.- Joven con antecedentes familiares que presenta una crisis en clara relación con una causa desencadenante (alcohol, falta de sueño, etc.).

- (4) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.- Con: Síncopes, enfermedad cerebro vascular, migrañas, trastornos del sueño, disturbios tóxico metabólicos o trastornos psicógenos.
- (5) TAC.- La TAC suele ser normal si la exploración neurológica es normal y la anamnesis sugiere una crisis comicial generalizada. A pesar de ello, en Urgencias, se debe de practicar una TAC cerebral ante toda primera crisis por el riesgo de que se trate de una crisis parcial secundariamente generalizada, para descartar una lesión expansiva, necrótica residual, congénita o hemorrágica reciente.
LABORATORIO Y ECG.- Así mismo, consideramos que a todo paciente con crisis convulsiva visto en Urgencias se le debe practicar determinaciones de rutina (hemograma y bioquímica) y ECG. Si la historia clínica lo sugiere determinaciones de tóxicos en sangre y orina.
- (6) EEG.- Si es posible hacerlo permite, con frecuencia, el diagnóstico de certeza o descartar histeria, aunque es una técnica NO considerada de Urgencia.
- (7) NIVELES DE FÁRMACOS.- Deben solicitarse cuando el paciente tome medicación.
- (8) TRATAMIENTO.-
- Crisis parciales adultos: Carbamazepina (1ª elección), Valproico (2ª elección)
 - Crisis parciales infanto-juveniles: Carbamazepina (1ª elección), Difenilhidantoína (2ª el.)
 - Crisis generalizadas: Valproico (1ª elección) Difenilhidantoína o Carbamazepina (alternativa).
 - Ausencias: Etosuximida (1ª elección), Valproico (2ª elección)
 - En Embarazo: Clonacepam (1ª elección) Carbamazepina (alternativa)
- * Actualmente existen otros fármacos antiepilépticos nuevos, que aunque su experiencia es limitada también pueden considerarse de primera línea. Son: Oxcarbacepina, Topiramato, Gabapentina, Lamotrigina, Vigabatrina

PAUTA DE INTRODUCCIÓN DE ANTICOMOCIALES

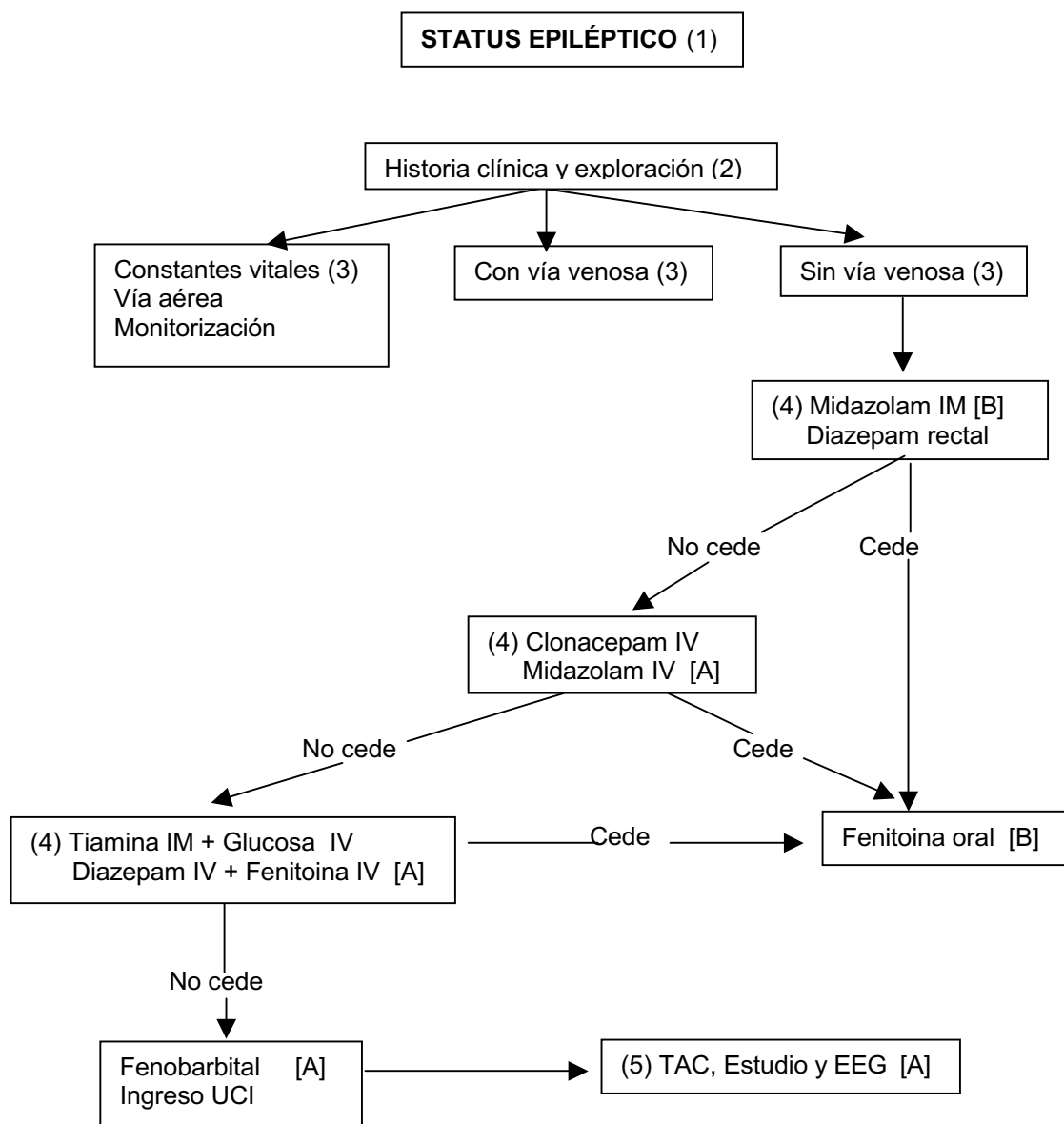
	DPH	CBZ	VAL	ETX	CLN
Dosis inicio (mg)	1000	100	200	250	0,05
Incremento (mg/3 días)	-	100	200	250	0,05
Dosis de mantenimiento (mg/Kg/día)	3-5	15-20	10-20	10-20	0,1
Nº dosis / día	1-2	3-4	3-4	2-3	2-3
Niveles plasmáticos (µmol/L)	40-80	34-51	350-700	280-700	-
Latencia	5 días	3 días	3 días	10 días	horas

DPH: Difenilhidantoína; CBZ: Carbamazepina; VAL: Valproico; ETX: Etosuximida; CLN: Clonacepam

- (9) BIBLIOGRAFÍA (crisis epiléptica):
- Martín-Araguz A, Delgado-Reyes S. Crisis Epilépticas. En: Moreno-Martinez JA, editor. Urgencias en Neurología. Madrid; 1998.p. 178-190.
 - Galán-Sánchez JM, Saez-Alvarez J, Manquillo-Esteban A, Lopez-Esteban P. Epilepsia(l). Concepto.Clasificación. Bases fisiopatológicas. EN: Medicine. Enfermedades del Sistema Nervioso III 1998; 92(7ª serie): 4263-4267.
 - Sempere AP, Villaverde FJ, Martínez-Melendez B, Cabeza C, Pena P, Tejerina JA. First seizure in adults: a prospective study from the Emergency Department. Acta Neurol Scand 1992 August; 86 (2): 134-138.
 - Tardy B, Lafond P, Convers P, Page Y, Zeni F, Viallon A, et al. Adult first generalised seizure: etiology, biological test, EEG, CT scan in a DE. Am. J. Emerg. Med. 1995 Jan; 13(1) :1-5.
 - Schoenenberger RA, Heim SM. Indication for computed tomography of the brain in patients with first uncomplicated generalised seizure. BMJ. 1994 Oct 15; 309(6960): 986-989.
 - Privitera MD. Evidence-based medicine and antiepileptic drugs. Epilepsia 1999;40 Suppl 5:S47-56.
 - Heller AJ, Chesterman P, Elwes RD, Crawford P, Chadwick D, Johnson AL et al. Phenobarbitone, phenytoin, carbamazepine, or sodium valproate for newly

diagnosed adult epilepsy: a randomised comparative monotherapy trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995 Jan;58(1):44-50.

- 8- Mattson RH, Cramer JA, Collins JF. A comparison of valproate with carbamazepine for the treatment of complex partial seizures and secondarily generalized tonic-clonic seizures in adults. The department of Veterans Affairs Epilepsy Cooperative Study No. 264 Group. *N. Engl. J Med* 1992; 327: 765-771.
- 9- Christie W, Kramer G, Vigonius V, Pohlman H, Steinhoff BJ, Brodie MJ et al. A double-blind controlled clinical trial: oxcarbazepine versus sodium valproate in adults with newly diagnosed Epilepsy. *Epilepsy Res* 1997 Mar; 26(3): 451-460.
- 10- Bill PA, Vigonius U, Pohlmann H, Guerreiro CA, Kochen S, Saffer D et al. A double blind controlled clinical trial of oxcarbazepine versus phenytoin in adults with previously untreated epilepsy. *Epilepsy Res*. 1997 Jun; 27(3):195-204



STATUS EPILÉPTICO (SE)

- (1) **DEFINICIÓN:** Una crisis epiléptica (CE) que dura más de treinta minutos ó CE intermitentes que duran más de treinta minutos, durante las cuales el paciente no recupera la conciencia. El objetivo del tratamiento es que las crisis desaparezcan antes de los veinte minutos. Las principales causas de SE son hemorragias y traumatismos craneales.
- (2) **HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN:** La confirmación de SE se realizará en los primeros cinco minutos, sin demorar el tratamiento.
- (3) **MEDIDAS INICIALES:** En los primeros 10 minutos se deberá canalizar vía venosa, estabilizar vía aérea y monitorización de constantes vitales. En caso de no poder canalizar vía venosa, los fármacos se administrarán vía rectal o intramuscular.

(4) TRATAMIENTO:

Fármaco	Vía de administración	Dosis
MIDAZOLAM	IM (bolo)	0,2 mg / Kg
MIDAZOLAM	IV (bolo)	0,1-0,2 mg / Kg
MIDAZOLAM	IV perfusión	0,1-0,6 mg / Kg / h
DIAZEPAM	RECTAL	0,3 mgs / Kg
DIAZEPAM	IV	10 mg diluido en S. Fisiológico: 2 mgs/min
FENITOÍNA	IV	15-20 mg / Kg en S. Fisiológico (*)
TIAMINA	IM	100 mgs
GLUCOSA	IV	-
VALPROÍCO	IV	25 mgs / Kg (**)
CLONACEPAM	IV (bolo)	1 mg (máximo 5 mgs). Repetir cada 5 min.

(*) La mitad de la dosis calculada se administra en bolo iv y la otra mitad diluida en suero fisiológico en 30 minutos.

(**) Es un alternativa a la fenitoína. Se administran 15 mg/Kg en bolo en 5 minutos. El resto hasta 25 mg/Kg en 30 min.

(5) TAC Y EEG: Su realización nunca debe demorar el tratamiento. Se harán una vez estabilizado el paciente (en UCI).

(6) BIBLIOGRAFIA:

- 1- Treiman DM, Meyers PD, Walton NY, Collins JF, Colling C, Rowan AJ et al. A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus. Veterans Affairs Status Epilepticus Cooperative Study Group. N Engl J Med. 1998 Sep 17; 339(12).p.792-798.
- 2- Shaner DM, McCurdy SA, Arenque MO, Gabor AJ. Treatment of status epilepticus: a prospective comparison of diazepam and phenitoin versus phenobarbital and optional phenytoin. Neurology. 1998 Feb; 38(2).p.202-207.
- 3- Willmore LJ. Epilepsy emergencies: The first seizure and status epilepticus. Neurology 1998 NOV; 51(5 Suppl 4): S34-8.
- 4- Fountain NB, Adams RE. Midazolam treatment of acute and refractory status epilepticus. Clin Neuropharmacol 1999 Sep-Oct; 22(5).p.261-267.
- 5- López-López E, López-Esteban P. Protocolo terapéutico del estatus epiléptico. En: Medicina. Enfermedades del Sistema Nervioso III 1998;92(7ª serie).p.4305-4307.