

Descompensación del paciente epiléptico



Sara Vila Bedmar

MIR Neurología HU 12 de Octubre.

Paciente epiléptico que acude a urgencias por crisis...

GUIÓN A SEGUIR

- **¿Qué debemos saber del paciente?**
 - ¿Está descompensado?
 - Tipo de epilepsia y de crisis
- **¿Qué debemos analizar en urgencias?**
 - Situaciones de alarma
 - Situaciones favorecedoras
- **¿Hay que pedir alguna prueba complementaria?**
 - Analítica - niveles
 - Neuroimagen
 - EEG
- **¿Hay que modificar su tratamiento habitual?**
- **Estatus epiléptico (EE)**



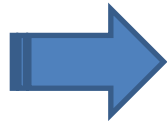
¿Qué debemos saber del paciente?

- **¿Está descompensado?**
 - Incremento significativo del número (ó duración) de crisis respecto a la frecuencia habitual.
 - Aparición de crisis en pacientes epilépticos libres de crisis (bien controlados con la medicación).
- **Para ello debemos conocer:**
 - ✕ Tipo de epilepsia.
 - ✕ Tipo de crisis.

¿Qué debemos saber del paciente?

× Tipo de epilepsia. Clasificación

1. **Idiopáticas**
2. **Sintomáticas**
(agudas vs. remotas)
3. **Criptogénicas**



1. **Genéticas**
2. **Estructurales/
Metabólicas**
3. **De causa desconocida**

Clasificación ILAE1989

Clasificación ILAE 2005-2009

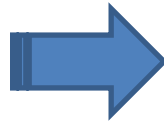
* Se introducen conceptos:

- ❑ **Síndrome electro-clínico**
- ❑ **Encefalopatía epiléptica**

¿Qué debemos saber del paciente?

✖ **Tipo de crisis:** Crisis habituales, cambio en el patrón de las crisis (**semiología**, frecuencia ó duración)

1. CPS
2. CPC
3. CPS 2ª generalizada



- **Descripción de la crisis:**
Preservación ó no de la consciencia, síntomas iniciales y progresión

Clasificación ILAE1989

Clasificación ILAE 2005-2009

¿Qué debemos analizar en urgencias?

- **Situaciones de alarma**
- ¿ Crisis subintrantes sin recuperación del nivel de consciencia ó estatus? ➡ Tratamiento. UCIP.
- ¿ Crisis como expresión clínica de enfermedad sistémica ó neurológica?
 - Anamnesis dirigida.
 - Exploración física: fiebre alta y persistente.
 - Exploración neurológica: signos meníngeos, FO, focalidad, cambios en situación neurológica previa.
 - AP de TCE.

¿Qué debemos analizar en urgencias?

- **Situaciones favorecedoras**



Identificar factores precipitantes

1. Fiebre (tratar de identificar foco)
2. Alteraciones hidroelectrolíticas
3. Incumplimiento terapéutico
4. Interacción farmacológica FAEs
5. Privación de sueño
6. Consumo de alcohol
7. Otros

¿Hay que pedir alguna prueba complementaria?

En términos generales, no. Individualizar:

- a) Crisis autolimitadas, favorecidas ó no, sin cambios en semiología habitual, con recuperación posterior completa, exploración neurológica sin cambios y en ausencia de datos de alarma ➡ **Observación 12-24 h**

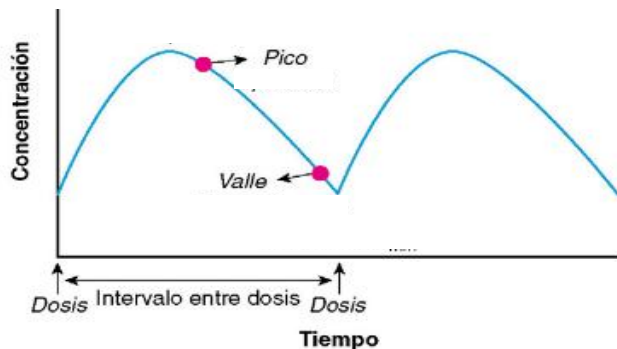


¿Hay que pedir alguna prueba complementaria?

- **Analítica general** 
- Recomendable en todos los casos. Permite descartar alteraciones bioquímicas e iónicas precipitantes.
- Siempre en casos de enf. metabólica.

➤ **Niveles FAEs** en casos de sospecha de incumplimiento, interacción ó intoxicación.

➤ **Determinación de tóxicos** en casos de sospecha de exposición ó abuso (no se recomienda de rutina).



Fármaco	"Techo" de niveles ⁹ (mg/l)	Intervalos terapéuticos "concéntricos" ¹⁰ (mg/l)*
Carbamacepina	11	(3) 4-8 (12)
Etosuximida	100	(20) 40-80 (150)
Fenitoína**	20	(5) 10-20 (25)
Fenobarbital	40	(10) 15-25 (40)
Primidona	12	5-10 (15)
Valproico	100	50-100 (150)

¿Hay que pedir alguna prueba complementaria?



TC craneal

Evitar radiaciones innecesarias.
En general muy poco rentable.

Excepciones:

- Epilepsia sintomática con causa estructural susceptible de complicación (ej. tumor)
- TCE con criterios clínicos de alarma



EEG

Puede ser útil

Valorar EEG urgente en:

- Pacientes que no recuperan su situación neurológica previa (DD)
- Estatus epiléptico

¿Hay que modificar su tratamiento habitual?

- **En términos generales no, especialmente si crisis favorecidas** ➡ Evitar factores precipitantes.
- Preferible no introducir fármacos nuevos y realizar ajuste de dosis si es necesario de forma ambulatoria.
- Recordar recomendaciones régimen de vida.
- **Excepciones**
 1. Aumento en el número de crisis en los últimos días / semanas y niveles bajos ➔ valorar subir dosis
 2. Crisis bien controladas y signos de toxicidad con niveles altos ➔ valorar bajar ó espaciar dosis

Estatus epiléptico (EE)

- **Definición.** Evolución.

Una única crisis prolongada ó varias crisis sin recuperación entre ellas.

ILAE 1981

Una única crisis de **>30 min.** ó varias crisis sin recuperación durante > 30 min.

ILAE 1993

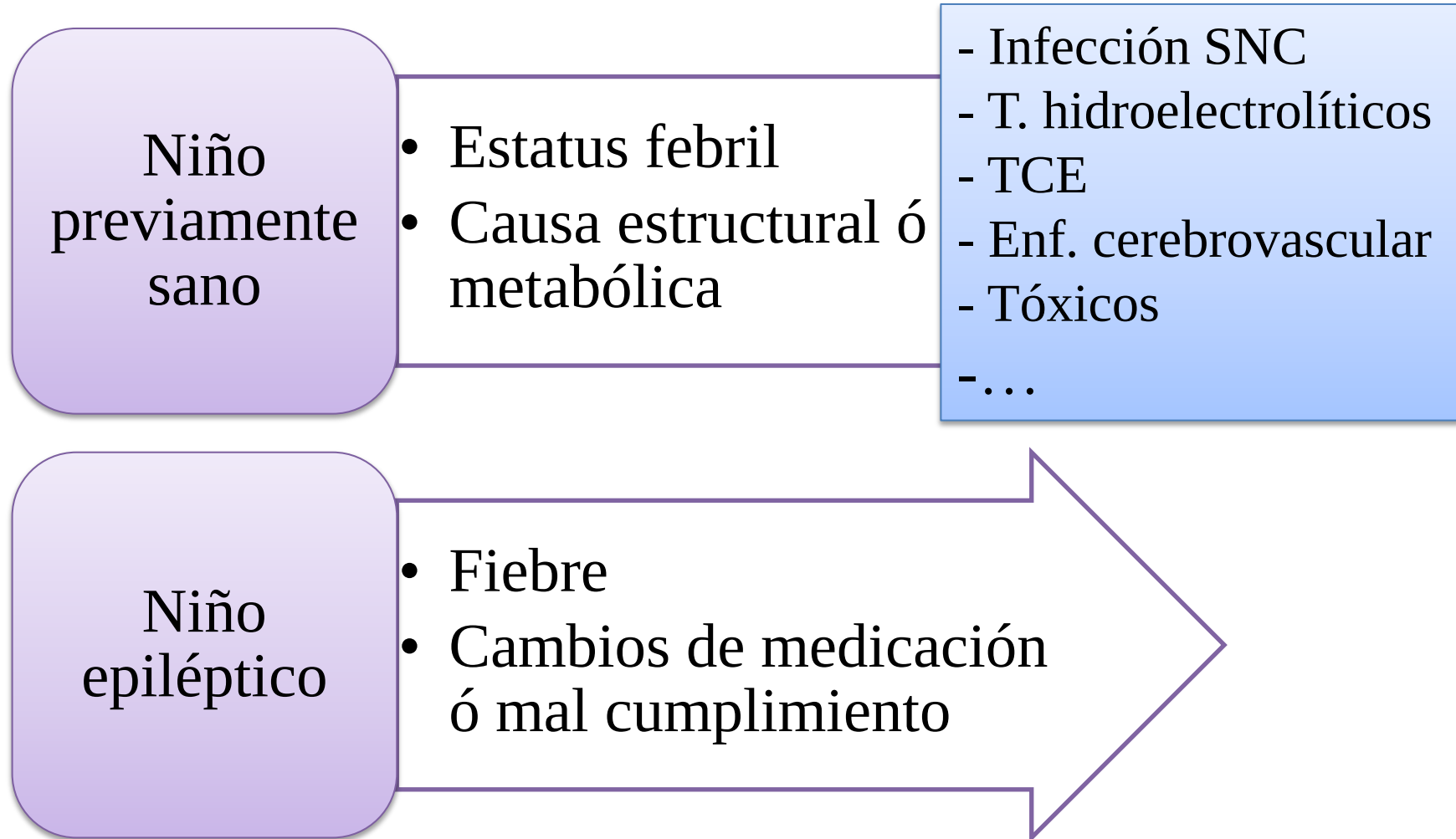
Una ó varias crisis de duración igual ó superior a **5-10 min.** (pre-EE)

ILAE 2005-2009

- La tendencia a acortar el tiempo necesario para considerar EE se base en que **el tto farmacológico debe iniciarse precozmente en caso de crisis persistentes (>5-10 min.)** ya que a mayor duración, menor probabilidad de que cedan espontáneamente.

Estatus epiléptico (EE)

• Causas



Estatus epiléptico (EE)

- **Proceso diagnóstico** (no debe retrasar el tto)

Niño
previamente
sano

Siempre:

- **Analítica**
- **TC-RM**
- **EEG**

Valorar:

- Punción lumbar *
- Tóxicos en orina
- Cribado metabólico

Niño
epiléptico

Siempre:

- **Analítica
con niveles
FAEs**

Valorar:

- TC-RM
- EEG
- Punción lumbar *

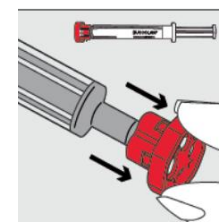
* Si fiebre no explicada

Estatus epiléptico (EE)

• Tratamiento EE convulsivo

Inicial (<10')

- En ámbito extrahospitalario: **midazolam sol. bucal**.
- Administración parenteral: **midazolam iv ó im, diazepam iv**.
- **No > 2 dosis de BZ (riesgo depresión respiratoria).**



Buccolam®
(2.5, 5, 7.5 y 10 mg)

Definido (10-30')

- * En pacientes epilépticos optimizar niveles de tto anticomitial basal si existe formulación iv.
- **Fenitoína** [18-20 mg/kg] ó **Fenobarbital*** [15-20 mg/kg]-(máx. 1g)
- **Ác. Valproico** [bolo 30-45 mg/kg (máx. 1,5g)→infusión 1-2 mg/kg/h].
No si se sospecha etiología metabólica ó desconocida en < 3a.
- Otros: **Levetiracetam** [20-60 mg/kg], **Lacosamida** [5-10 mg/kg]

Refractario (>60')

- Inducción de coma hasta *patrón EEG brote-supresión*.
- **Midazolam** [bolo 0,2 mg/kg, infusión 0,5-1 mg/kg/h], **Propofol** [bolo 1,5 mg/kg, infusión 5 mg/kg/h] ó **Tiopental** [bolo 3 mg/kg, infusión de hasta 15 mg/kg/h].

Puntos clave:

Paciente epiléptico descompensado

- ✓ Identificar y corregir los **factores precipitantes** de crisis más habituales (fiebre y medicación).
- ✓ Conocer y buscar **datos de alarma** que hagan sospechar alguna complicación (patología sobreañadida).
- ✓ **Individualizar** la necesidad de realizar pruebas complementarias. En general, suficiente con una analítica básica con niveles de FAEs.
- ✓ Se recomienda **no modificar tratamiento antiepiléptico basal** en urgencias, salvo excepciones.
- ✓ En crisis prolongadas (>5-10 min.) iniciar **tratamiento** de forma **precoz**.

Bibliografía

- Sánchez Álvarez JC et al. **Guía Andaluza de Epilepsia 2015. Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en niños y adultos.** 3ª Ed. Barcelona: Viguera Editores, S.L.U. 2015.
- Anne T. Berg et al. **Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009.** Epilepsia, 51(4):676–685, 2010.
- Steven M. Wolf, Patricia E. McGoldrick. **Seizure Patterns in Childhood.** Pediatric Annals 2015, 44: 24-29.
- Dorothe'eG. A. Kasteleijn-Nolst Trenite. **Provoked and reflex seizures: Surprising or common?** Epilepsia, 53(Suppl. 4):105–113, 2012.
- Giuseppe Capovilla et al. **Treatment of convulsive status epilepticus in childhood: Recommendations of the Italian League Against Epilepsy.** Epilepsia, 54(Suppl. 7):23–34, 2013.
- Emily R. Freilich et al. **Pediatric status epilepticus: identification and evaluation.** Curr Opin Pediatr 2014, 26:655–661