

MANEJO DE LA CRISIS COMICIAL EN URGENCIAS



Tutora (L.E.A Urgencias): Carmen Astorgano De la P

MIR 3º año MFYC: Juan Martínez de Mandojana Hern



CRISIS COMICIAL

ÍNDICE

DEFINICIONES

DIAGNÓSTICO

CAUSAS SECUNDARIAS

TRATAMIENTO

NOVEDADES

CONCLUSIONES

RUEGOS Y PREGUNTAS

DEFINICIONES

Crisis comicial: episodio de disfunción neurológica **autolimitada** que ocurre por descarga neuronal excesiva.

Epilepsia: enfermedad **crónica** que cursa con crisis recurrentes.

Status epiléptico: crisis de duración **> 30 minutos** o crisis repetidas sin recuperar la conciencia entre ellas.

En la práctica cualquier crisis que dure más de 10 minutos de duración debe manejarse como status.



➤ STATUS EPILÉPTICO CONVULSIVO TÓNICO-CLÓNICO

- a) Crisis convulsiva generalizada continua de ≥ 5 minutos de duración.
- b) 2 o más crisis convulsivas generalizadas sin recuperación de la conciencia entre ellas.

➤ STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO (múltiples definiciones; precisa confirmación EEG)

Trastorno prolongado (30-60 min.) del nivel de conciencia asociado con descargas epileptiformes continuas en el EEG.

➤ STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO

Estado epiléptico continuo a pesar del empleo de 2 FAE indicados y a dosis adecuadas.

➤ STATUS EPILEPTICO SUPERREFRACTARIO.

El que continua ≥ 24 h después de iniciar la anestesia.

Dimensiones operativas: T1 indica que el tratamiento de emergencia debería iniciarse y el T2 el tiempo en a partir del cual podrían generarse

Tipos de Status Epiléptico

T1

Tiempo a partir del que una crisis se considera anormalmente prolongada, llevando a actividad epiléptica continua.

T2

Tiempo a partir del cual podrían generarse consecuencias a largo plazo (incluye daño neuronal, muerte neuronal, alteraciones en la red neuronal y deficits funcionales)

SE Tónico clónico

5 min

30 min

SE focal con alteración de la conciencia

10 min

60 min

SE de Ausencia

10-15 min (aún con poca evidencia)

desconocido

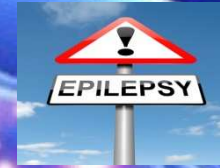


CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS

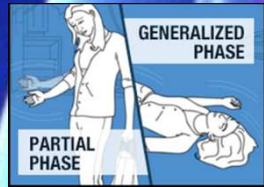
- A. Parciales: actividad de una parte del hemisferio cerebral. Pueden ser:
1. ***Simples***: sin trastornos del nivel de conciencia, asociando síntomas motores, sensoriales, autonómicos, psíquicos, etc.
 2. ***Complejas***: con alteración del nivel de conciencia.
 3. ***Generalización secundaria***.
- B. Generalizadas: ambas partes del cerebro.
1. ***Convulsivas***: pérdida de conciencia con fenómenos mayores bilaterales (tónicos, clónicos, ambos).
 2. ***No convulsivas***: alteración del nivel de conciencia (ausencia) y fenómenos motores menores (automatismo, pérdida tono muscular, etc.).

	Síncope	CRISIS EPILÉPTICA
	Habitualmente gradual	Brusco o con aura
Inicio	Segundos	Minutos
Desarrollo	Rápida	Lenta. Confusión poscrítica
Frecuencia	Ocasional	Variable
Factores desencadenantes	Bipedestación prolongada dolor, micción, tos, emoción, hambre, etc	Privación de sueño, drogas, alcohol, luces intermitentes, hiperventilación, etc.
Síntomas	Fenómenos visuales o auditivos, palidez, sudoración	Auras: olfatoria, gustatoria, alucinaciones Auditivas o visuales, sensaciones epigástricas, fenómenos dismnésicos, ...
Automatismos	No	Posibles: oroalimentarios, manuales, Conductuales, etc.
Características de la crisis	Flacidez con o sin breves Sacudidas mioclónicas (raro opistótonos)	Grito, sacudidas tónico-clónicas, Mordedura de lengua, incontinencia
Prognosis	Rara	Habitual
Tratamiento	Raro	Frecuente

CRISIS COMICIAL
EN URGENCIAS



Convulsiva o motora
Postcrítico
Recuperación 100%



Generalizada
Parcial
Cluster
Status

¿Qué hago?

Triage → Nivel I,II,III

FASE
TIPO DE CRISIS

Monitorización de constantes
Ubicación

- H^aC in situ
- Testigos
- Gestor informes
- Exploración física general y neurológica exhaustiva y periódica

Medidas soporte:

- **Monitorización y estabilización ctes:** glucemia capilar, TA, Fc, T^a, Sat.O2
- **Canalización de 2 vías periféricas** de grueso calibre.
- **Pruebas complementarias:** hemograma, bioquímica, coagulación, GAV, sistemático y tóxicos en orina, niveles farmacológicos FAEs (si procede), RX, ECG, TAC, PL.

MEDIDAS

- Proteger al paciente para que no se lesione
- Asegurar vía aérea, retirar prótesis, cuerpos extraños
- Aspirar secreciones, Tubo Guedel, O2 en VMK.

DE

- Monitorizar al paciente. Sat O2
- Glucemia capilar
- Cateterización de vía venosa periférica (x2).
- Analítica (incl. Ca^{2+} y niveles farmacológicos: CBZ, PB, VAL, PHT)

SOPORTE

- En periodo postcritico colocar en decúbito lateral.
- S.G 5% (poner antes **tiamina** en sospecha enolismo)

**Primera crisis en paciente adulto
Crisis focales o focalidad neurológica
no conocida previamente**

**Cambio de características o frecuencia
de crisis en
epilépticos conocidos**

**TAC craneal
urgente (PRIORITARIO
CONTROL DE CRISIS
ANTES)**

**Estatus epiléptico
Sospecha de epilepsia secundaria**

**Sospecha de patología infecciosa
TCE (considerar traumatismos leves
en pacientes alcohólicos)**

¡RECORDAD LA OBLIGATORIEDAD DE TAC ANTES DE PUNCIÓN LUMBAR!

Causas CE secundarias

Lesiones estructurales

TCE ←

Ictus ←

Tumores, Malformaciones.

Cirugía

Alteraciones Tóxico y/o metabólicas

Deprivación de alcohol o drogas (BZD) ←

Fármacos: imipenem, neurolépticos, insulina, hipoglucemiantes, isoniacida, teofilina

Hiper/hipoglucemia, hiper/hipo Na⁺, hipocalcemia, hipotiroidismo, uremia

Eclampsia

Infecciones del SNC

Meningitis, Encefalitis, Toxoplasmosis, etc ←

CRISIS COMICIAL EN > DE 65 AÑOS SECUNDARIA A ICTUS.

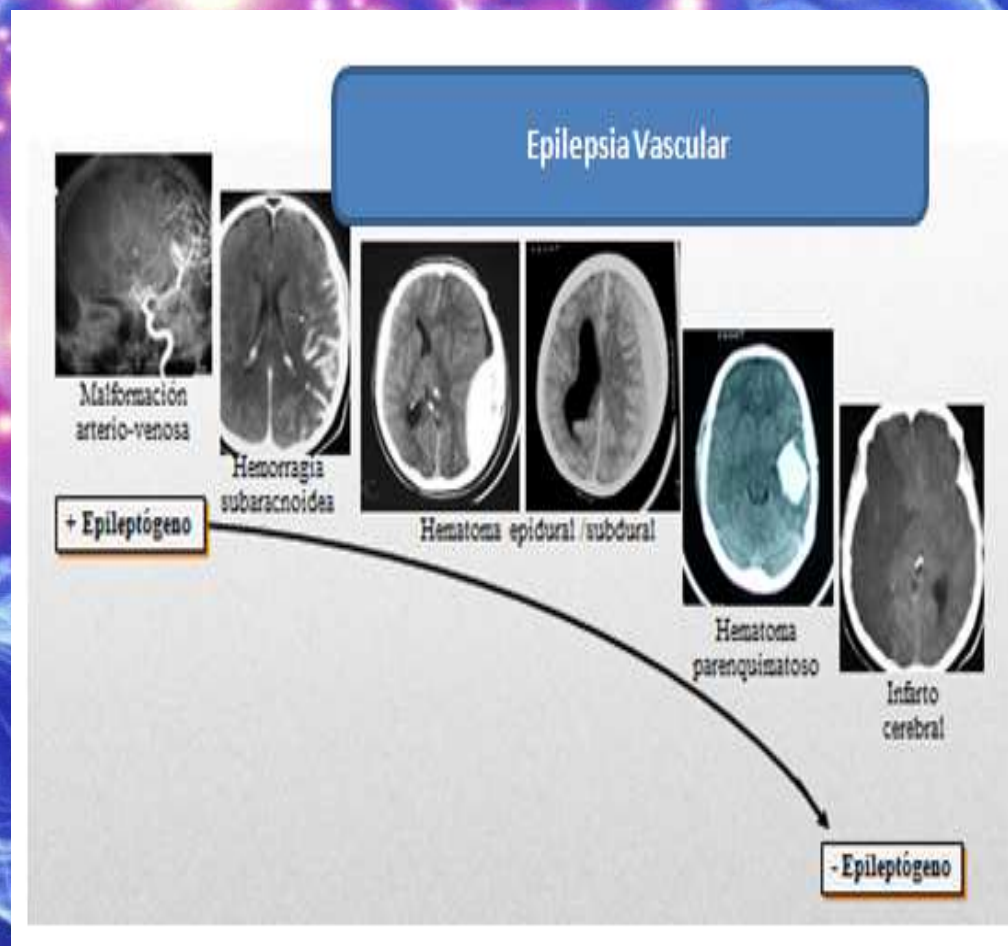
¡Precauciones!

El tratamiento de SE en ancianos (Ictus) se **evitar la sedación**, así como otros efectos secundarios e interacciones farmacológica.

En ancianos, las **benzodiacepinas** tienen efecto sedante y aumentan el riesgo de sobreinfección bacteriana.

Fenitoína puede provocar hipotensión, alargamiento del QT en ECG y otras arritmias, además de interactuar negativamente con la terapia de FAEs.

Valproato en ancianos altera la agregación plaquetaria y puede provocar encefalopatía tóxica por aumento de amonio, también interactúa negativamente con muchos medicamentos.



El 60% de Status Epiléptico (SE) en ancianos es secundario a Ictus, la mayoría son de causa vascular.

Mortalidad de SE en >80 años es del 50%

El SE sintomático agudo en paciente con Ictus agudo aumenta la mortalidad.

La mortalidad asociada a SE aumenta si el Ictus dura > 60' y si es ACV hemorrágico Vs. Isquémico.

La forma más frecuente de SE en relación a Ictus agudo es la tónico-clónica generalizada.

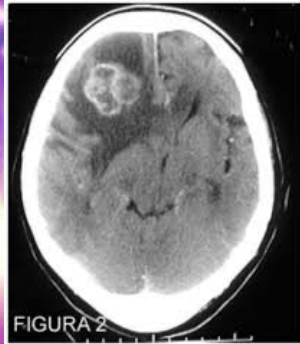
Fenobarbital, Valproato, Levetiracetam, Brivaracetam, Fenitoína y Lacosamid tienen presentación endovenosa y pueden ser utilizados en Urgencias.



CÁNCER Y EPILEPSIA. CRISIS COMICIAL EN PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE URGENCIAS

Tumores que expresan canales de sodio.
Tumores que expresan canales de sodio.

- Mama
- Cérvix
- Mama
- Ovario
- Cérvix
- Leucemia
- Ovario
- Próstata
- Leucemia
- Próstata
- Colon
- Próstata
- Carcinoma de Piel
- Colon
- Linfoma
- Carcinoma de Piel
- Melanoma
- Linfoma
- Neuroblastoma
- Melanoma
- Neuroblastoma
- Glioma
- Mesotelioma
- Mesotelioma
- Microcítico Pulmón
- Macrocítico de pulmón.
- Microcítico Pulmón
- Macrocítico de pulmón.



* Fenobarbital, Valproato, Levetiracetam, Fenitoína y Lacosamida tienen presentación endovenosa y pueden ser utilizados en Urgencias.

o Elegir inicialmente FAEs de bajo poder de interacción.

o Cuidado con aquellos FAEs sensibles a quimioterápicos.
Levetiracetam sensibiliza a temozolamida.
Valproato: inhibición de desacetilasas.

ALTO PODER INTERACCIÓN	MODERADO PODER INTERACCIÓN	BAJO PODER INTERACCIÓN
<p>FENOBARBITAL FENITOÍNA VALPROATO CARBAMAZEPINA</p>	<p>LAMOTRIGINA ESLICARBAZEPINA PERAMPANEL</p>	<p>TOPIRAMATO LEVETIRACETAM BRIVARACETAM ZONISAMIDA LACOSAMIDA GABAPENTINA PREGABALINA</p>



CRISIS EPILÉPTICA



CLONAZEPAM (amp 1mg/ml)
1 mg en bolo pudiendo repetir hasta la máxima dosis (4mg) (4amp.)

DIAZEPAM (amp 10mg/2ml)
2 mg bolo, seguidos de 2 mg/mln, máx. 28 mg (2amp.)

MIDAZOLAM (amp 5mg/5ml o amp 15mg/3ml)
2-5mg/mln, máx. 30mg (2 amp)

LEVETIRACETAM Iv. (amp 500mg/5ml)
1000(<60kg)-1500mg(>60kg) 100cc SF 0,9% en 5'. (Máx 2500mg - 3000mg en 15')

VALPROATO Iv (amp 400mg)
20-30mg/kg (Para 70 kg, 3,5-5 amp. 60' en 100cc SF 0,9%)
Infusión directa en 5': 400mg

FEINITOINA Iv (amp. 250mg/5ml)
15-28 mg/kg, 50mg/mln max. (Para 70kg, 4-5 amp. En 100cc SF 0,9% en 30')

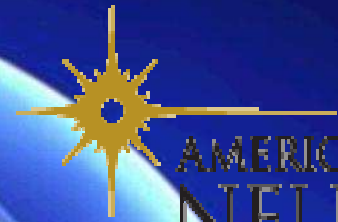
LACOSAMIDA (amp. 200mg)
Carga de 200mg - 400mg máx. en 15min. En 100cc SF 0,9%



COMA NO BARBITÚRICO

MIDAZOLAM:
Dosis: 0,2-0,3 mg/kg en bolo; ritmo: 2 mg/min; mantenimiento: 0,1-0,5 mg/kg/h

PROPOFOL:
Dosis: 1-2 mg/kg en bolo; ritmo: lento; mantenimiento: 5-10 mg/kg/h



Midazolam IM:	10 mg.>40 kg. o 5 mg <40 kg.
Lorazepam IV:	0.1 mg/kg/dosis, máximo de 4 mg./dosis, puedes repetir dosis una vez
Diazepam IV:	0.15-0.2 mg/kg/dosis, máximo de 10 mg/dosis, puedes repetir dosis una vez
Fosfenitoína IV:	20 mg. PE/kg, máximo 1500 mg. única dosis
Ácido valpróico IV:	40 mg/kg máximo 3000 mg. única dosis
Levetiracetam IV:	60 mg/kg, máximo 4500 mg. única dosis
Lacosamida?	600mg, única dosis (estudio pivotal reciente en USA)

NOVEDADES

ClinicalTrials.gov

U.S. National Institutes of Health

Ketamine, Lacosamide and Ketamine as Adjunctive Treatment of Refractory Status Epilepticus

Study is ongoing, but not recruiting participants.

Mid-Atlantic Epilepsy and Sleep Center, LLC

provided by (Responsible Party):

Mid-Atlantic Epilepsy and Sleep Center, LLC

ClinicalTrials.gov Identifier:

NCT02726867

First received: December 12, 2014

Last updated: April 1, 2016

Last verified: March 2016

[History of Changes](#)

El 90% de los pacientes permaneció sin crisis durante seis meses

Resultados positivos de Lacosamida para el tratamiento de epilepsia en monoterapia

- Los datos se refieren a un ensayo en Fase III que demuestran la no inferioridad de lacosamida frente a carbamazepina-LC en monoterapia en la frecuencia de crisis durante seis meses.

Brivaracetam recibe la aprobación de la Comisión Europea

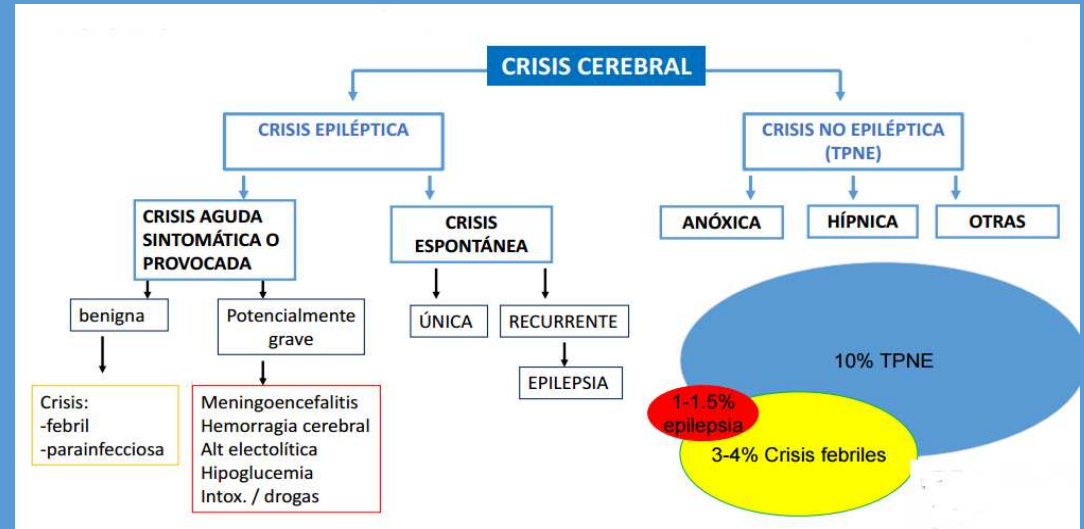
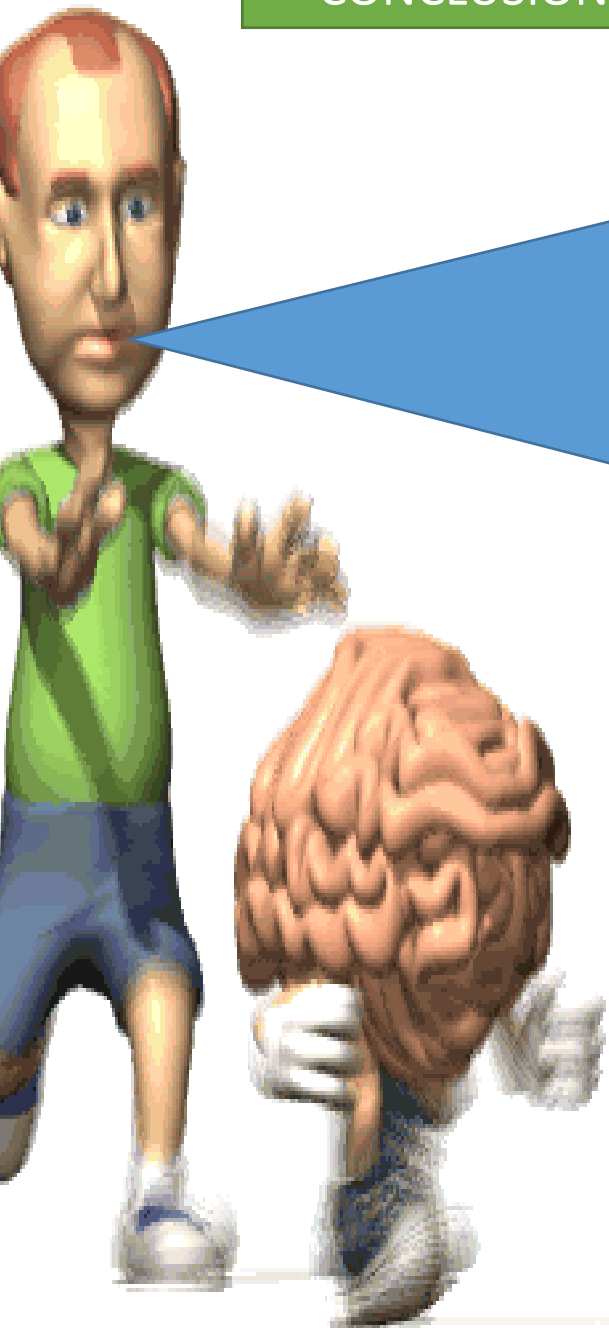
Brivaracetam ha demostrado reducir significativamente la frecuencia de las crisis epilépticas como tratamiento adyuvante para las crisis de inicio parcial en adultos con epilepsia, con un buen perfil de seguridad.

Las principales conclusiones fueron las reducciones significativas de las crisis para los dos criterios principales de valoración (100 y 200 mg/día). Se tuvieron en cuenta diferentes criterios de valoración de la eficacia del fármaco. En los Estados Unidos se valoró la reducción porcentual de la frecuencia de las crisis de inicio parcial durante 28 días frente a placebo. Por su parte, en Europa, el criterio principal de valoración de la eficacia fue la tasa de pacientes respondedores, es decir, el porcentaje de pacientes que mostraron una reducción del 50% o superior en la frecuencia de crisis de inicio parcial. Los efectos adversos más frecuentes durante el tratamiento fueron náusea, mareo y cansancio.

Current guideline. Endorsed by the American Neurological Association and the World Federation of Neurology.

For adults presenting with an unprovoked first seizure, **immediate AED therapy as compared with no treatment is likely to reduce absolute risk by about 35%** for a seizure recurrence within the subsequent 2 years (1 Class I study, 4 Class II studies) but might not affect quality of life (QOL) (1 Class II study).

CONCLUSIONES



o Crisis comicial = urgencia vital.

o Status epiléptico = emergencia vital.
Recordar Tº1 → Tº2.

o Evitar infravaloración e infradiagnóstico = protocolización extrahospitalaria/hospitalaria/multidisciplinar.

o ¡Novedad! Brivaracetam.

o Politerapia si es necesario.

o Adecuado uso de fármacos: rapidez, seguridad, eficacia, sin interacciones ni efectos adversos.

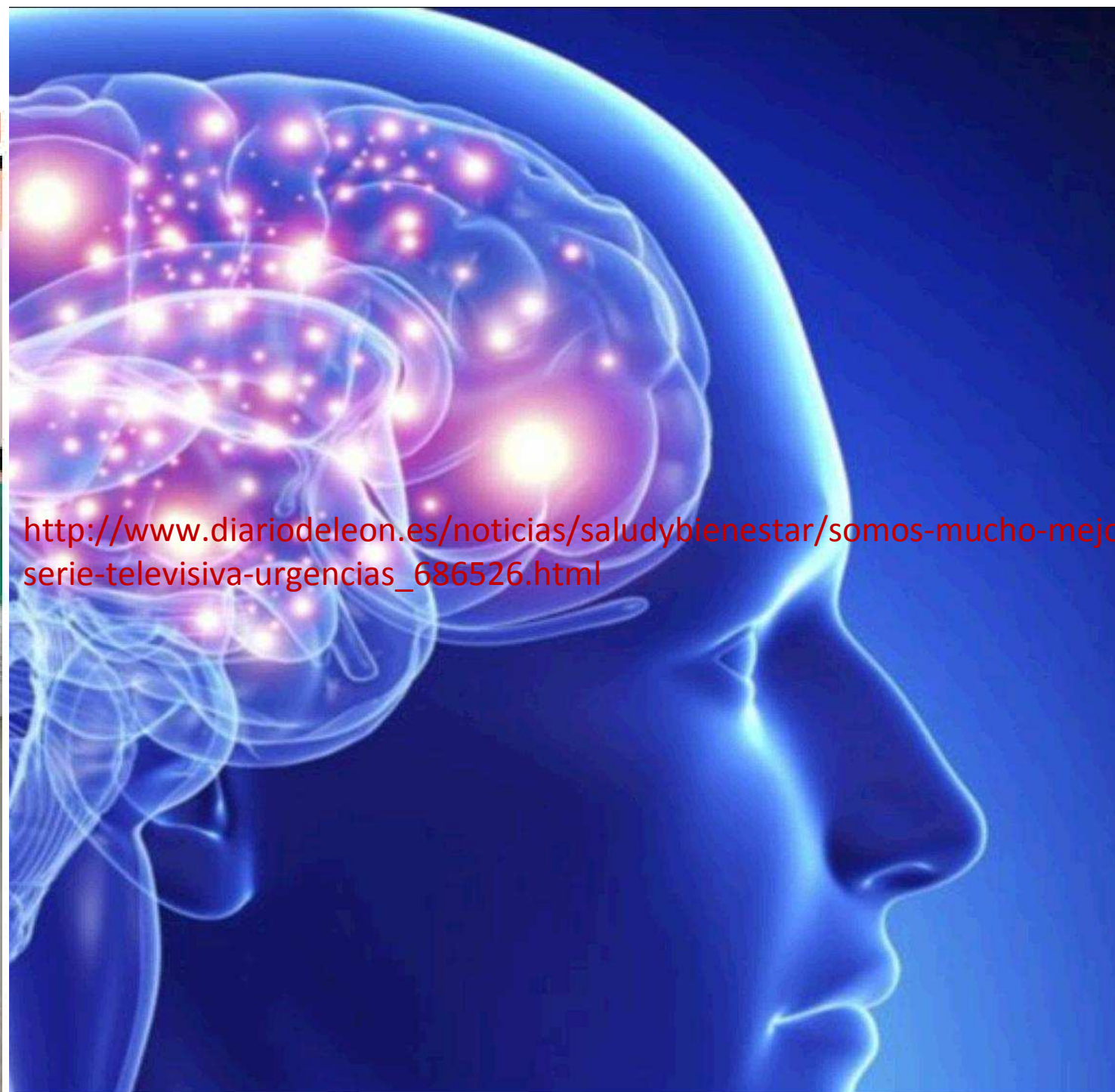
Recordar “bajo perfil” de Lacosamida y Levetiracetam, sobre todo en pacientes pluripatológicos y polimedicados en pacientes oncológicos o situaciones clínicas como ictus.

RUEGOS Y PREGUNTAS



«Somos mucho mejores que en la serie
«Urgencias»»

Compartir:   



http://www.diariodeleon.es/noticias/saludybienestar/somos-mucho-mejor-que-en-la-serie-televisiva-urgencias_686526.html



BIBLIOGRAFÍA

- ❑ Actualización del manejo de la crisis comicial en urgencias; protocolo de actuación del servicio de urgencias del HCU Valladolid; Dr. Raúl Alonso Avilés (L.E.A Urgencias HUV).
- ❑ Definición y Clasificación del Status Epiléptico (SE) según la Fuerza de Trabajo en este tema de la ILAE, publicado en septiembre de 2015 en la revista Epilepsia. (Epilepsia :1–9, 2015 doi: 10.1111/epi.13121).
- ❑ L. Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación 4ª ed.
- ❑ Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 4ª ed. Coruña: Ofelmaga; 2012.