

TRATAMIENTO DEL ESTATUS EPILÉPTICO EN URGENCIAS

Andrea Moreno Caño
Tutor: **Raquel García González**





ESTADO EPILEPTICO

Emergencia neurológica que representa alrededor del 10% de las crisis urgentes y se asocia con una mortalidad del 20% a corto plazo.

Se definen 2 tiempos:

T1: se define el inicio tras el fracaso de los mecanismos responsables de la terminación de la crisis.

- A los 5 min en EE convulsivo generalizado tónico-clónico.
- A los 20 min en EE focal con alteración del nivel de conciencia.
- A los 10-15 min en EE focal sin alteración del nivel de conciencia o en EE en ausencias.

T2: consecuencias a largo plazo

- 30 minutos en EE convulsivo generalizado tónico-clónico.
- 60 min en EE focal sin alteración del nivel conciencia

INTRODUCCIÓN

CONCEPTOS

TRATAMIENTO

CÓDIGO CRISIS

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed



CRISIS EN ACÚMULOS (cluster)

- Recurrencia de 3 o más crisis en 24 horas.
- 2 o más crisis en 6 horas.
- 2 o más crisis en 24 horas con recuperación entre las crisis y sin prolongarse cada una de ellas el tiempo suficiente como para considerarse un EE

ESTATUS REFRACTARIO: persiste actividad crítica a pesar de 2 medicamentos IV a dosis apropiadas (uno BZD)

ESTATUS SUPERREFRACTARIO: si la actividad epiléptica perdura mas de 24 horas a pesar de tratamiento anestésico adecuado, incluyendo los casos en los que reaparece el EER tras disminución o suspensión de la anestesia.

CURSO

Actualización
de Urgencias

2ª ed



ESCALAS

INTRODUCCIÓN
CONCEPTOS
TRATAMIENTO
CÓDIGO
CRISIS

Escala STESS modificada (mSTESS)

Nivel de conciencia	Alerta o somnoliento/confuso Estuporoso o en coma	0 1
Tipo de crisis	Parcial simple Parcial compleja, mioclónica, ausencia Convulsiva Generalizada o no convulsiva en coma	0 1 2
Edad	< 70 años ≥ 70 años	0 2
Historia de crisis previas	Si No o desconocido	0 1
Escala de Rankin modificado (mRS) basal	0 (sin discapacidad) 1-3 (discapacidad leve-moderada) ≥ 4 (moderada-severa)	0 1 2
Total		(0-8)

Probable muerte al ingreso en EE (mSTESS > 4)

Escala de ADAN

Lenguaje anormal	No Si	0 1
Desviación ocular	No Si	0 1
Automatismos	No Si	0 1
Número de crisis	0-1 2 >2	0 1 2
Total		(0-5)

Probable estado epiléptico (EE) (ADAN > 1)

Escala RACESUR

Crisis Epiléptica no Generalizada Tónico-Clónica (GTC) como motivo de consulta	No Si	0 1
Consumo habitual de ≥3 fármacos	No Si	0 1
Visita al Servicio de Urgencias Hospitalario semestre anterior	No Si	0 1
Total		(0-3)

Probable resultado adverso a los 30 días del alta de urgencias (recurrencia de crisis, revisita SUH, hospitalización, o muerte) (RACESUR > 2)



ESTATUS EPILEPTICO

Duración estatus



Factor pronóstico determinante

Pérdida autorregulación
sistémica



Complicaciones

- Hipotensión
- Hipoglucemia
- Acidosis metabólica
- Hiperpirexia
- Fallo respiratorio

Actividad neuronal
epiléptica



- Riesgo deterioro cognitivo
- Epilepsia
- Otras alteraciones neurológicas

Se recomienda valorar tratamiento con antiepilépticos en toda crisis de duración mayor de 5-10 minutos.

INTRODUCCIÓN

CONCEPTOS

TRATAMIENTO

CÓDIGO CRISIS

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed



TRATAMIENTO

Minuto 0: estabilización paciente (mantenimiento constantes vitales). No debe llevar mas de 5-10 minutos,

Minuto 5:

Monitorizar

- Temperatura corporal
- Presión sanguínea
- ECG
- Función respiratoria: pulsioximetría y gasometría arterial
- EEG

Vía intravenosa con suero salino

- Muestra sanguínea: determinación niveles antiepilépticos, glucosa, electrolitos y urea.
- Si hipotensión: hidratación y vasopresores.
- Hipertermia: medidas de enfriamiento
- Acidosis: bicarbonato
- Hipoglucemia: glucosa al 50% - 50mL
- Déficit tiamina: tiamina 100 mg IV antes o durante glucosa



TRATAMIENTO

Minuto 10:

Benzodiazepinas IV:

- Diazepam (amp 10mg/10mL): 5-10 mg IV bolo o en 50cc SSF en 2 min. Inicio de acción rápido (1-3 min).
- Midazolam (amp 15mg/3mL): 1-2mg/1min. Dosis máx 15 mg
- Clonazepam: 1-2 mg (amp 1mg/mL): 1mg IV bolo, repetir bolo a los 5 minutos.

Benzodiazepinas no IV: midazolam IM (5-10mg), intranasal o gingival. Diazepam rectal



TRATAMIENTO

Minuto 20: fármacos de segunda línea (FAE)

- **Levetiracetam:** (amp 500mg/5mL; diluir en 100 cc SSF o glucosado): 2000-4500mg (30-60mg/kg) en 15 min.
- **Lacosamida** (amp 200mg/20mL con o sin diluir): 100-400mg (6mg/Kg) en 15 min.
- **Ácido valproico** (amp 400mg/4mL con o sin diluir): 800-1200mg (20-40mg/kg) en bolo IV lento (máx 6mg/Kg/min)
- **Fenitoína** (amp 250mg/5mL, diluir en 250cc SSF (NO glucosado): 1000-1250 mg (15-30mg/kg) en 30 min. Envase plástico
- **Brivaracetam** (amp 50mg/5ml con o sin diluir): 100-200mg (2mg/kg) en 10-15 min. No indicado en monoterapia en EE.

INTRODUCCION

CONCEPTOS

TRATAMIENTO

CÓDIGO CRISIS

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed



TRATAMIENTO

Minuto 30: fármacos de tercera línea

Inestabilidad hemodinámica asocia necesidad de coma inducido: anestésicos no barbitúricos con BZD (midazolam en perfusión)

Secuencia de intubación rápida: inductores no barbitúricos (etomidato o propofol) y evitar miorelajantes por riesgo de enmascarar EER.

Midazolam: 1-2mg/1min en bolo inicial + infusión 0,1-0,4 mg/kg/h
Ketamina 50-1000 (0,5 a 3 mg/kg) en bolo + infusión 1-10mg/kg/h
Propofol 3-5mg/kg en bolo lento inicial + infusión 5-10 mg/kg/h
Tiopental 2-3mg/kg en bolo 30s + infusión a 3-5mg/kg/h

CURSO

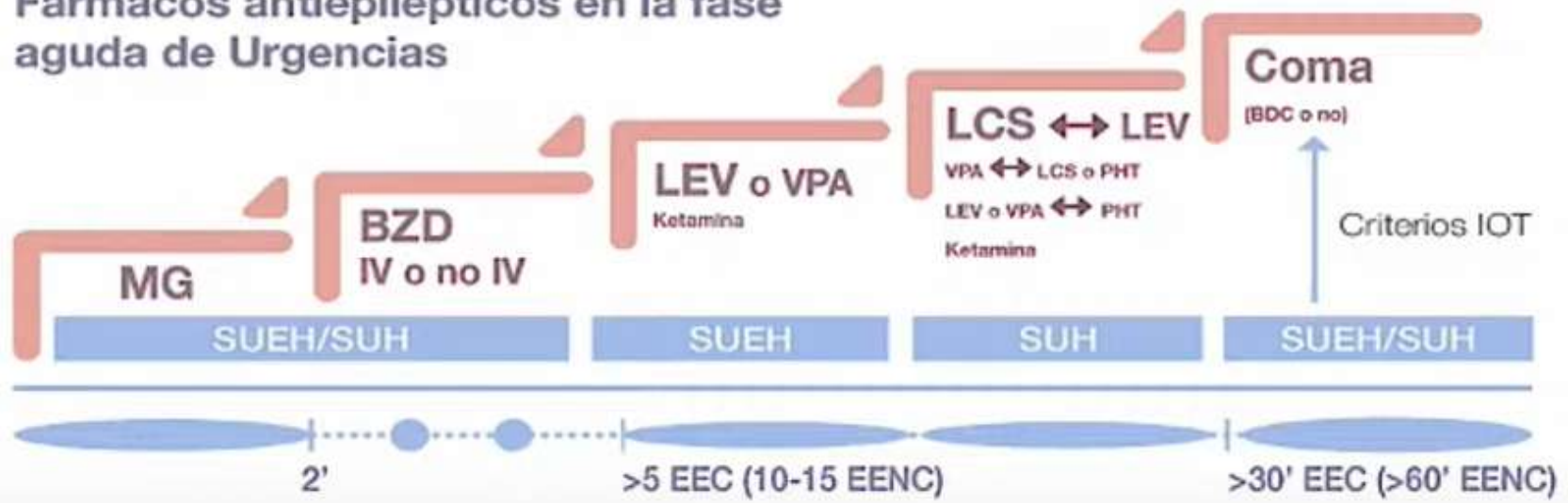
Actualización
de Urgencias

2ª ed

Tratamiento actual de las crisis epilépticas en urgencias



Fármacos antiepilépticos en la fase aguda de Urgencias



- INTRODUCCION
- CONCEPTOS
- TRATAMIENTO
- CÓDIGO CRISIS

CURSO
Actualización
de Urgencias
2ª ed



CÓDIGO CRISIS

Optimizar tiempos → Evitar llegar a estatus epiléptico

Incluyen situaciones potencialmente graves y que pueden derivar en estatus epiléptico

Criterios de inclusión:

- EE focal o generalizado
- Probable EENC (bajo nivel de conciencia o confusión sin causa)
- CE en acúmulos
- “Pseudoictus” (síntomas neurológicos deficitarios descartado código ictus, ADAN>1)
- Crisis de alto riesgo

Criterios de exclusión:

- Enfermedad terminal con expectativa inferior a 6 meses
- Situación previa de gran dependencia (mRankin=4-5 o Índice de Barthel <60)

Procedimiento:

- Traslado con preaviso a centro con neurólogo de guardia y disponibilidad de monitorización vEEG
- Atención urgente extra e intrahospitalario según diagramas de flujo
- Priorizar el acceso a pruebas diagnósticas (TC multimodal) y resultados por parte de servicios implicados en el diagnóstico



BIBLIOGRAFÍA

Morales IG, Alonso CF, Koochani NB, Fernández JMS, Rein AG-N, Toledo M, et al. Documento de consenso para el tratamiento del paciente con crisis epiléptica urgente [Internet]. Revistaemergencias.org. [citado el 22 de agosto de 2024]. Disponible en: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-2020_32_5_353-362-362.pdf

Mercadé Cerdá JM, Toledo Argani M, Mauri Llerda JA, López Gonzalez FJ, Salas Puig X, Sancho Rieger J. The Spanish Neurological Society official clinical practice guidelines in epilepsy. Neurologia. 2016;31:121-9.

Guía oficial de práctica clínica en epilepsia. Edit. Mercadé Cerdá J M^a, Sancho Rieger J, Mauri Llerdá JA, López González FJ, Salas Puig X. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología (SEN); 2012.

INTRODUCCION

CONCEPTOS

TRATAMIENTO

CÓDIGO CRISIS

CURSO

Actualización
de Urgencias2^a ed