

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	AP	DURACIÓN	PPCC	CLÍNICA	CONSCIENCIA
CRISIS	Auras Mioclonías Ausencias	30"-2'	Elevación CK leucocitosis	Mordedura lingual Relajación esfínteres Cianosis	Alterada 5-30' posteriores Amnesia para el episodio
AIT	FRCV, FA ictus previo	10'- 2h	Angiopatía TA elevada INR bajo	Déficit focal Soplos carotídeos	No alterada
AURAS MIGRANA	AF o AP de migraña	15-60'	TC normal	Cefalea EVA>7 Fotofobia sonofobia, nauseas vómitos	No alterada
SINCOPE VAOVAGAL	Tª extremas Estrés	<1'	TA baja	Cortejo vegetativo Visión borrosa Mareo Ortostatismo	Variable
SINCOPE CARDIOG ÉNICO	FRCV Cardiopatía LOD	< 1'	EKG anormal TA o FC bajas Soplo cardíaco	Dolor torácico Palpitaciones	No postcrítico Amnesia para el episodio
TNO EXTRAPIRA MIDAL	Fármacos Parkinson	Horas- Día	Lesiones ganglios basales	Clínica motora reprimible en ocasiones	No alterada
CRISIS PSICOG ÉNICAS	AP PSQ	>2'	Normales	Movimiento pélvico y no- no Clonias asíncronas Cierre ocular voluntario	No alterada

ANAMNESIS

- **AP:** Edad de inicio, antecedente traumático o infeccioso del SNC, Antecedentes familiares, consumo de tóxicos, tratamiento habitual y fármacos utilizados previamente. Comorbilidad psiquiátrica, neurológica y patología hepatorenal
- **Semiología de las crisis:** Síntomas motores, sensitivos, autonómicos, psíquicos. Localización, duración y afectación de nivel de consciencia.
- **Desencadenantes:** Incumplimiento terapéutico, alteraciones del sueño, estrés, menstruación, fiebre, tóxicos, fármacos que disminuyan umbral epileptógeno (psicofármacos, antibióticos, opiáceo...)
- **Exploración física:** Estado general, estabilidad hemodinámica, nivel de consciencia, focalidad neurológica, meningismo

DEFINICIONES

- **Crisis epiléptica:** Conjunto de síntomas o signos transitorios debidos a una descarga neuronal del cerebro anormal por su intensidad y sincronía
- **Crisis epiléptica focal:** Aquellas que se producen en un área limitada a un hemisferio
- **Crisis epiléptica generalizada:** Aquella que se inician en redes neuronales de ambos hemisferios
- **Crisis epiléptica no provocada:** Aquella en la que no se identifica causa aguda responsable
- **Crisis epiléptica provocada/sintomática:** Aquella que aparece en relación con agresión aguda del cerebro (ictus, traumatismo, anoxia, encefalitis, alteración tóxica metabólica aguda...)
- **Estatus epiléptico convulsivo:**
 - Crisis convulsiva generalizada >5 minutos
 - Dos o más crisis convulsivas generalizadas sin recuperación del nivel de consciencia
 - Tres o más crisis convulsivas generalizadas en 1h
- **Estatus epiléptico no convulsivo:** Trastorno prolongado (30-60 minutos) del nivel de consciencia asociado con descargas epileptiformes en EEG
- **Estatus epiléptico refractario:** Estatus que persiste a pesar del empleo de dos FAEs a dosis adecuadas

EPILEPSIA EN URGENCIAS

En colaboración con el Servicio de Neurología

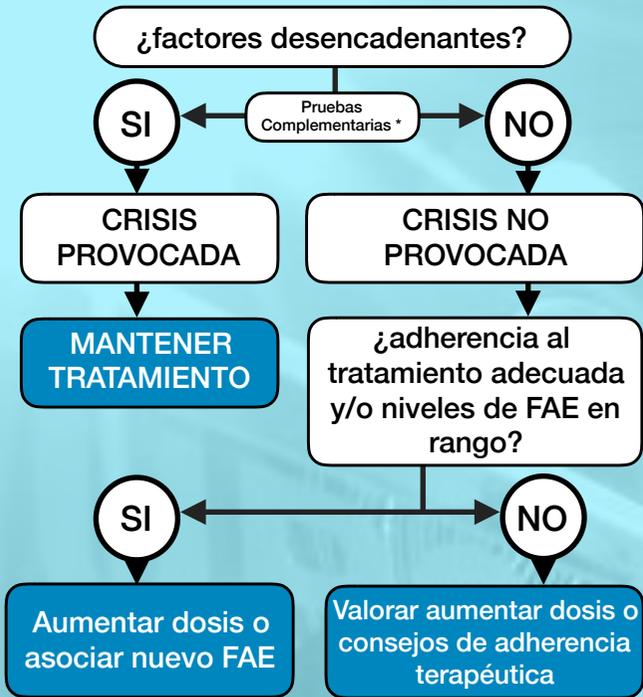
GUILLERMO TABAR COMELLAS
ENRIQUE GISBERT TIJERAS
ALBA MARÍA DIEZMA MARTÍN
DAVID GARCÍA MELÉNDEZ
FERNANDO AYUGA LORO
CLARA ISABEL CABEZA ÁLVAREZ
RAFAEL RUBIO DÍAZ



BIBLIOGRAFIA

1. Mercadé Cerdá, J. M., Toledo Argani, M., Mauri Llerda, J. A., López Gonzalez, F. J., Salas Puig, X., & Sancho Rieger, J. (2016). Guía oficial de la Sociedad Española de Neurología de práctica clínica en epilepsia. Neurología, 31(2), 121-129.
2. M. Brainin, M. Barnes, J.C. Baron, N.E. Gilhus, R. Hughes, K. Selmaj, Guidance for the preparation of neurological management guidelines by EFNS scientific task forces revised recommendations 2004. Eur J Neurol, 11 (2004), pp. 577-581
3. Fisher, R. S., Cross, J. H., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., ... Zuberi, S. M. (2017). Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia, 58(4), 522-530.
4. J.J. Zarranz. Neurología. Sexta edición

CRISIS EN EPILÉPTICO CONOCIDO



Si no precisa ingreso, observación 6-12 horas

FAE	TITULACIÓN	MANTENIMIENTO
LTG	25mg/2 sem	100-500mg/día
LEV	500-1000mg/sem	1000-3000mg/día
BRV	25 mg/ sem	50-200mg/día
ZND	50mg/ sem	200-500mg/día
TPM	25mg/2 sem	200-500mg/día
LCM	100mg/sem	200-400mg/día
CBZ	200 mg/sem	600-1200mg/día
OXC	300mg/sem	600-1200mg/día
ESL	400mg/sem	800-1200mg/día
PER	2 mg/2sem	4-8mg/día
VPA	300-500mg/sem	1000-2000mg/día

CRISIS EPILÉPTICA NO CONOCIDA



SEGÚN RESULTADOS Y SITUACIÓN CLÍNICA

OBSERVACIÓN 6 -12 h	INGRESO
---------------------	---------

ESTATUS EPILEPTICO CONVULSIVO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

VÍA AÉREA

PA

ECG

SATO₂

Glucemia

BUSCAR Y TRATAR CAUSA

1º ESCALÓN: BENZODIACEPINAS
(doblar dosis si no respuesta)

1. Diazepam iv: 5-10 mg
2. Clonazepam iv: 0,5-1 mg
3. Midazolam im: 5-10 mg

2º ESCALÓN F. ANTIEPILEPTICOS (FAE)
(Usar 2 fármacos si no respuesta)

1. LEV 1-4g bolo iv 10'
2. LCM 200-400mg bolo iv 3-5'
3. VPA bolo 400mg x 2 15' + 1600mg/24h
4. BRV 50-400mg 5'

3º ESCALÓN: AVISO A UCI PARA INDUCIR COMA BARBITÚRICO
24-48H

*En caso de estatus no-convulsivo, mismo manejo y fármacos, pero los tiempos se alargan hasta 2 veces

* PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- LABORATORIO** BQ (incluyendo Ca, CPK +/- troponina, concentración de fármacos) + Hemograma y coagulación + Tóxicos en orina
- Rx TÓRAX y ECG** Descartar causas de síncope cardiogénico
- TC CRANEAL** indicaciones: Primera crisis; Estatus epiléptico; Cambio en características o frecuencia de crisis; Sospecha pat. Infecciosa; Déficit focal nuevo; Alt. Nivel consciencia persistente; Traumatismo reciente; Historia cáncer reciente o VIH; Anticoagulados o con diátesis hemorrágica



¿PUNCIÓN LUMBAR? Indicado si sospecha infección SNC o HSA
Hallazgos: la pleocitosis es común tras crisis (<100 cels con predominio PMN + discreta hiperproteíorraquia)