

CRISI COMICIAL

Francesc Carmona Jiménez

INTRODUCCIÓ

L'epilèpsia és un trastorn del sistema nerviós central caracteritzat per la presència de dues o més crisis comicials. Etiològicament es pot classificar en:

- idiopàtica, quan no es coneix el seu origen;
- simptomàtica, quan és secundària a un dany neuronal previ (AVC, TCE, infecció del SNC,...);
- criptogènica, quan es sospita una causa però no pot demostrar-se'n l'origen;
- genètica, quan hi ha una alteració genètica com a substrat de la malaltia.

Tanmateix, es poden definir diferents tipus d'epilèpsia depenent del tipus de crisi amb que es presenti. De manera simplificada trobarem:

Crisis Parcials:

- Simples: sensibles (visuals, olfactivores...) o motores (clòniques, tònic-clòniques...). No hi ha desconexió de l'entorn.
- Complexes: el pacient presenta moviments més o menys complexes (xumeig, deglució, moviments manuals...) amb la mirada absent i desconexió de l'entorn. Poden generalitzar-se secundàriament, essent en ocasions el desencadenant d'un status epilèptic.

Crisis generalitzades:

Sempre trobem desconexió del medi. Poden ser:

- Convulsives: segons el tipus de moviment poden ser tonicoclòniques, miocloniques o tòniques.
- No convulsives: absències i crisis atòniques.

Les crisis parcials complexes i les generalitzades presenten després de la seva recuperació un període postcrític durant el qual el pacient, malgrat estar conscient, es troba en un estat de confusió. Ha de cedir espontàniament i recuperar el nivell de consciència ad integrum.

Definició d'status epilepticus: crisi comicial que es perllonga més enllà dels vint minuts, o bé la concatenació de diferents crisis sense recuperació completa del nivell de consciència del pacient durant aquest període de temps. Constitueix una veritable emergència mèdica, especialment els casos de convulsions generalitzades, en els quals està amenaçada la vida del pacient.

GUIA D'ACTUACIÓ

Crisis Parcials Simples o Complexes:

1. Tranquil·litzar el pacient i interrogar sobre els seus antecedents i sobre la crisi actual (hora d'inici, tractament previ,..).
2. Prendre constants (incloent-hi la glucèmia capil·lar).

Si persisteix la crisi a la nostra arribada:

3. Canalitzar via venosa perifèrica (18-20G).
4. Administrar Clonacepam 1 mgr. ev. en 2 min o fins que cedeixi la crisi. Es pot repetir als 5-10 min. si persisteix la crisi.
5. Exploració física.

Crisis Generalitzades Convulsives:

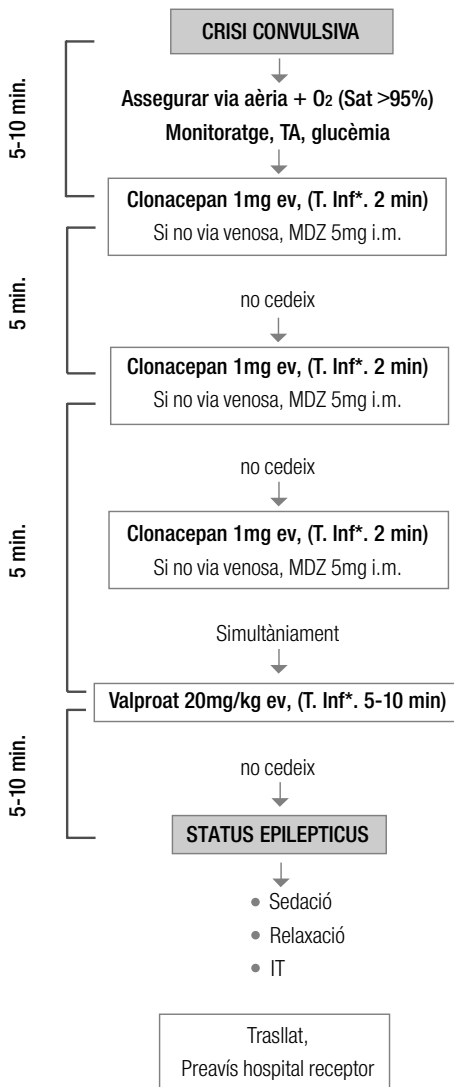
Si persisteix la crisi a la nostra arribada:

1. Aconseguir informació sobre la crisi (hora i forma d'inici, ante-cedents del pacient...), descartant una convulsió no epilèptica (pseudocrisi).
2. Assegurar la via aèria: col·locar cànula orofaríngia (quan sigui possible) i aportar l'oxigen suficient per mantenir saturacions del 95% o superiors.
3. Monitoritzar el ritme cardíac i determinar la pressió arterial i la glucèmia capil·lar. Canalitzar una via venosa perifèrica (dues si és possible, 16-18G).
4. Si es confirma hipoglucèmia administrar Glucosmon 33% a dosi de 20ml. ev. o superior. Si sospita d'etilisme crònic administrar 100mg. ev. de tiamina si s'ha administrat glucosa.
5. Després de 5-10 min. de l'inici de la convulsió administrar Clonacepam 1 mg. ev. en 2min. o fins que finalitzi la crisi. Si no s'ha pogut canalitzar una via venosa, administrar Midazolam (MDZ) 5mg i.m. o intranasal.
6. Repetir la dosi de fàrmac si la crisi no ha cedit en 5min. (aproximadament minut 10-15 de la convulsió)
7. Si la crisi no ha cedit en 5 min es pot administrar una tercera dosi de benzodiacepina (minut 15-20 de la convulsió). Simultàniament administrar Valproat sòdic a dosi de 20mg/kg, diluïts en 50ml de SF 0'9% o SG5%, a passar en 5 minuts (per una segona via, exclusiva pel Valproat).
8. El pacient presenta un status epilepticus (minut 20 de convulsió). Si s'arriba al minut 30 de convulsió es procedirà a la sedació amb Midazolam (0'1-0'3mg/kg), relaxació amb succinil colina (1mg/kg) i posterior intubació orotraqueal del pacient. El manteniment de la sedorelaxació es farà amb Midazolam (0'1-0'4 mg/kg/h) i Vecuronil (0'1 mg/kg) ó Rocuronil (0,6mg/kg).

Si la crisi ha cedit espontàniament:

● Es tracta d'una primera crisi:

1. Presa de constants incloent-hi la glucèmia.
2. Anamnesi, incidint especialment en la presa o suspensió brusca de tòxics (alcohol, drogues...), fàrmacs (antidepressius...), TCE previ, malaltia vascular cerebral prèvia, infecció del SNC, lesió estructural del SNC coneguda...



*T. Inf: temps d'infusió.

3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
 4. Canalitzar via venosa.
- Es tracta d'un pacient epilèptic conegut:
 1. Presa de constants incloent la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en els possibles factors desencadenants i en canvis en la presentació (forma i/o freqüència) de la crisi.
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
 4. Canalitzar via venosa si presenta criteris de derivació hospitalària.

Crisis Generalitzades No Convulsives:

Persisteix la crisi a la nostra arribada:

1. Aconseguir informació sobre la crisi (hora i forma d'inici, antecedents del pacient,...), descartant una crisi no epilèptica (pseudocrisi). Simultàniament:
2. Assegurem la via aèria: col·locar cànula orofaríngia (quan sigui possible) i aportar l'oxigen suficient per mantenir saturacions del 95% o superiors.
3. Canalitzar una via venosa perifèrica (18-20G).
4. Monitoratge del ritme cardíac i determinar la pressió arterial i la glucèmia capilar.
5. Si es confirma hipoglucèmia administrar Glucosmon 33% a dosi de 20ml.ev. o superior. Si sospita d'etilisme crònic administrar 100mg. ev. de tiamina si s'ha administrat glucosa.
6. Després de 5-10min. de l'inici de la convulsió administrar Clonacepam 1mg. ev. en 2min. o fins que finalitzi la crisi. Si no s'ha pogut canalitzar una via venosa, administrar Midazolam 5mg i.m.
7. Repetir la dosi de fàrmac si la crisi no ha cedit en 5min. (aproximadament minut 10-15 de convulsió).

Si la crisi ha cedit espontàniament:

- Es tracta d'una primera crisi:
 1. Presa de constants incloent-hi la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en la presa o suspensió brusca de tòxics (alcohol, drogues...), fàrmacs (antidepressius...), TCE previ, malaltia vascular cerebral prèvia, infecció del SNC, lesió estructural del SNC coneguda...
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
 4. Canalitzar via venosa.

- Es tracta d'un pacient epilèptic conegut:
 1. Presa de constants incloent-hi la glucèmia.
 2. Anamnesi, incidint especialment en els possibles factors desencadenants i en canvis en la presentació (forma i/o freqüència) de la crisi.
 3. Exploració física amb especial atenció a l'exploració neurològica i a les possibles lesions traumàtiques secundàries a la convulsió.
 4. Canalitzar via venosa si presenta criteris de derivació hospitalària.

CRITERIS DE TRASLLAT A L'HOSPITAL

- Primera crisi, independentment del tipus.
- Segona crisi en pacient sense tractament antiepilèptic.
- Nova crisi, que ha cedit, en un epilèptic conegut si:
 - S'ha administrat tractament per fer cedir la crisi.
 - Canvi en la forma de presentació de la crisi.
 - Augment en la freqüència de presentació.
 - Presència de focalitat neurològica en l'exploració.
- Crisi que no cedeix amb tractament (status epilepticus).

Bibliografia

1. "El tratamiento de las epilepsias. Guía terapéutica de la Societat Catalana de Neurologia" S. Arroyo, J. Campistol, E. Comes, P. Fossas, Ll. Padró, A. Ugarte y la Societat Catalana de Neurologia. *Rev. Neurol* 1999; 29 (8): 754-766.
2. "Avances en el tratamiento de la epilepsia: estado de mal epiléptico" Ll. Padró, R. Rovira, MD Ortega. *Rev Neurol* 2000; 30 (9): 873-881
3. "Status epilepticus" A. Tellería-Díaz, L. Gómez Fernández. *Rev Neurol* 1997; 25 (144): 1246-1256.
4. "Status epilepticus: An overview of the clinical problem" Daniel H. Lowenstein. *Epilepsia*. 40 (Suppl.1): S3-S8, 1999.
5. "Emergency treatment of acute seizures and status epilepticus" Robert C. Tasker. *Arch Dis Child* 1998;79: 78-83.
6. "Treatment of convulsive Status Epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group in Status Epilepticus" *JAMA*, August 18, 1993-Vol270, Nº 7.
7. "A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus" David M. Treiman, M.D., Patti D. Meyers, M.P.A. et al. *The New England Journal of Medicine*, September 17, 1998 Vol.339(12) 792-798.
8. "Status Epilepticus: Risk Factors and Complications" N.B. Fountain. *Epilepsia*, 41 (Suppl. 2); S23-S30, 2000.
9. "A Comparison of Lorazepam, Diazepam, and Placebo for the Treatment of Out-of-Hospital Status Epilepticus". Alldredge B.K. et al. *N Eng J Med*, Vol. 345, Nº9. August 30, 2001 p631-637.
10. "Intravenous Valproate as an Innovative Therapy in Seizure Emergency Situations Including Status Epilepticus. Experience in 102 Adult Patients" Peters CN; Pohlmann-Eden B. *Seizure* 2005 Apr;14(3):164-9.
11. "Utilización del Valproato por vía intravenosa". J.Adin et al. *Rev Neurol* 1999 ;29(8) :744-753.