

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Diagnóstico y tratamiento oportuno del
ESTADO EPILÉPTICO**
en el primer y segundo
niveles de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-092-08**

**CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL**



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10: G41.9 Estado epiléptico G41.0 Estado epiléptico generalizado

GPC: Diagnóstico y tratamiento oportuno del estado epiléptico en el primero y segundo niveles de atención

Definición

Es una condición neurológica grave que se manifiesta por un descontrol de crisis convulsivas continuas (dos o más) entre cinco y 30 minutos de duración y no permiten la recuperación de la vigilia y la conciencia del enfermo.

Factores de riesgo

Las condiciones de riesgo para desarrollar el estado epiléptico están relacionadas, en la mayor parte de los casos, con la suspensión de medicamentos antiepilépticos o con los ajustes de tratamiento durante el uso crónico de antiepilépticos. En otros casos se relaciona con abuso de alcohol, de drogas, con la enfermedad vascular cerebral, traumatismos craneoencefálicos, alteraciones metabólicas, fármacos o procedimientos quirúrgicos o diagnósticos.

Educación para la salud

Se recomienda que todo paciente con descontrol de crisis convulsivas durante más de cinco minutos, sin recuperación de la conciencia, se considere en estado epiléptico y se maneje como tal, a fin de no permitir la progresión de crisis y la falla del tratamiento oportuno.

Signos de alarma

- Persistencia de crisis en tiempo y frecuencia.
- Falta de recuperación de la vigilia y conciencia.
- Falla a tratamiento específico de "primera línea".
- Hallazgos anormales en la tomografía craneal computada o en el líquido cefalorraquídeo.

Evaluación general

- ABC: evaluación y control de la vía aérea y las funciones ventilatoria y cardiovascular.
- Suplemento de oxígeno y control gasométrico.
- Electrocardiograma y monitoreo de la tensión arterial. Detección de arritmias cardíacas.
- Balance de líquidos con soluciones normales. Balances neutros inicialmente.
- Solución glucosada, si se sospecha de hipoglucemia, más tiamina, 250 mg
- Posición semifowler.
- Radiografía de tórax: descartar bronco aspiración, excesos de secreciones, neumonía; causas de obstrucción completa de la vía aérea o de falla respiratoria; edema pulmonar.

Estudios de laboratorio

- Biometría hemática completa; tiempos de coagulación; estudios de función renal y hepática.
- Gasometría arterial; calcio y magnesio séricos.
- Toxicológicos (estado epiléptico de causa incierta).
- Tomografía computada cráneo, dependiendo de las circunstancias clínicas, y punción lumbar cuando se considere la posibilidad de neuroinfección como causa.
- Electroencefalograma, en caso de disponer de éste recurso.

MEDICAMENTOS

"Primera línea" de intervención

- **Tiamina**, 100 a 250 mg vía intravenosa.
- Solución glucosada al 50%, 50 ml (hipoglucemia confirmada o en sospecha).
- **Diazepán** 0.2 a 0.3 mg /Kg en bolo, hasta 20 mg; vigilar depresión ventilatoria.
- **Fenitoína sódica (DFH)** 15-20 mg/Kg dosis de impregnación. Pasar a 50 mg/min. La dosis total para 30 minutos. Alternativamente puede calcularse a 30 mg/kg pasando 20 mg/Kg en los primeros 30 minutos, y en caso de falta de respuesta, aplicar posteriormente los otros 10 mg/Kg.
- **Valproato** 20 mg/ Kg. Un gramo vía intravenosa, en infusión para 60 min equivalente a 5 mg / Kg/ hora.
- Vigilar estrechamente la presión arterial sistémica (hipotensión)

Ante la falta de respuesta:

Medicamentos de "segunda línea" de intervención (tercer nivel de atención).

Paciente intubado en unidad de cuidados intensivos:

- **Tiopental:** 2-4 mg/kg en bolo y en infusión de 2 a 8 mg/Kg/hora.
- **Fenobarbital:** 10 -15 mg en bolo y en infusión de 1 a 3 mg/kg/hora.
- **Pentobarbital:** 10 a 15 mg/Kg en bolo (durante uno a dos minutos) y en infusión 1 a 3 mg/Kg/hora.
- **Propofol:** 2 mg /Kg bolo y en infusión de 1 a 5 mg/Kg/hora.
- **Midazolam:** 0.2 mg/Kg en bolo y en infusión de 0.1 a 0.6 mg Kg/hora.

Los pacientes se evalúan en el segundo o tercer nivel de atención a través de:

- Biometría hemática.
- Perfil renal y hepático.
- Electrolitos séricos.
- Niveles séricos de antiepilépticos.

- Perfil toxicológico (en caso de sospecha de intoxicación).
- Tele radiografía de tórax, para evaluar posible broncoaspiración y la colocación del catéter central.
- Radiografía de tórax óseo en pacientes ancianos, cuando sospecha de fractura costal o de columna.
- Tomografía computada de cráneo, sobre todo en el "debut" de estado epiléptico, o cuando existan datos focales o anormales en el examen neurológico (papiledema, hemiparesia o signos meníngeos).
- Líquido cefalorraquídeo, si no existe contraindicación clínica ni en la tomografía computada de cráneo (hemiparesia o papildema), o si la sospecha diagnóstica es de neuroinfección.
- EEG (: Monitoreo intermitente o continuo, hasta remisión del estatus epiléptico. Considerándose este corregido 12 a 24 horas después de presentarse patrón electro cerebral sin actividad de estatus (última crisis clínica o electroencefalográfica).

En el electroencefalograma, el nivel de sedación puede ser en patrón paroxismo-supresión (paroxismo de tres a cinco segundos y supresión de diez a 15 segundos) o bien a patrón de supresión total (silencio electro cerebral).

Tratamiento del estado epiléptico en adultos y niños:

1ª etapa (0 a 10 minutos): status temprano.

Medidas generales:

- Asegurar vía aérea y reanimación.
- Agregar oxígeno.
- Evaluar función cardiorrespiratoria.
- Vía venosa permeable.

2ª etapa (menos de 30 minutos).

- Instalar monitoreo regular y considerar la posibilidad de estado no-epiléptico:
- Medicamentos antiepilépticos.
- Investigar situaciones de emergencia.

- Cuando hay abuso de alcohol y/o desnutrición: tiamina, 250 mg IV y 50 ml de solución glucosada al 50%.
- Tratar la acidosis.

3ª etapa (30 a 60 min): status establecido.

- Establecer la etiología.
- Informar a anestesia y unidad de terapia intensiva.
- Identificar y tratar complicaciones agregadas.
- Vasopresores, en caso necesario.

4ª etapa (60 a 90 min): status refractario. Ingresar a terapia intensiva:

- Establecer cuidados intensivos y monitoreo EEG
- Monitoreo de presión intracraneal cuando sea conveniente
- Continuar el mantenimiento de antiepilépticos a dosis óptima.

Monitoreo

- Establecer regularmente mediciones de frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura.
- Electrocardiograma, bioquímica sanguínea, gases sanguíneos, tiempo de coagulación, niveles séricos de antiepilépticos.
- Electroencefalograma: es necesario en estado epiléptico refractario, para evaluar el nivel electroencefalográfico del coma terapéutico, ya sea en supresión total de la actividad epiléptica, o bien con un patrón brote- supresión (brotes de tres a cinco segundos, intervalos de 15 segundos y ritmo de fondo plano).

Cuando el enfermo ha recibido tratamiento pre-hospitalario con benzodiazepinas y/o un antiepiléptico, el protocolo de manejo debe ajustarse a las necesidades, tomando en cuenta las dosis recibidas de los fármacos usados.

Clasificación del estado epiléptico

Clasificación clínica

Convulsivo:

- Generalizado
- Parcial

No convulsivo:

- De ausencia
- Eléctrico

El estado no convulsivo eléctrico y el de ausencia requieren demostración electroencefalográfica.

El pseudoestatus y los fenómenos simulados conversivos requieren evaluación por psiquiatría.

Diagnóstico diferencial

- Pseudoestatus en estado epiléptico (estatus epiléptico) generalizado convulsivo.
- Enfermedad psiquiátrica, psicosis, delirio, trastorno del afecto, supresión del alcohol o drogas.

Criterios de referencia a tercer nivel

- Paciente con enfermedad refractaria al tratamiento de primera línea.
- Paciente con requerimiento de monitoreo electroencefalográfico.

Criterios de egreso

- Resolución del estado epiléptico.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL ESTADO EPILÉPTICO

