

# Actuación ante unha CRISE nas USVA

## Diagnóstico

### Hª Clínica:

Epilepsia coñecida  
1ª crise  
Crise focal ou xeneralizada

### Parámetros:

Tª, Glicemia, TA, SatO2, ECG

### Datos de interese:

- Tempos: inicio\*, duración, última crise
- Crise diferente á habitual
- Cadro postictal, aura
- Mordedura lingua, relaxación esfínteres
- Focalidade neurolóxica
- Meninxismo
- Tóxicos
- Administración de BZD na crise
- Adiantaron toma do seu Faes

\*Non presenciada: última vez que o viron ben

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Pseudocrise
- Ictus
- Síncope

## Crises epilépticas URXENTES

### EN ACÚMULOS

- 2 ou máis crises en 24 h/2 ou máis en 6 h
- Frecuencia non habitual para o paciente

### ALTO RISCO

- ADAN >1
- Primeira crise
- Xestante
- Pediátrica
- Comorbilidade\*
- Complicacións pola crise\*\*
- Mala adherencia ao to (>24 h sen to)

\* Patoloxía psiquiátrica, problema social.  
\*\* Broncoaspiración, TCE, queimaduras.

### ESTADO EPILEPTICO

**t1**(cando se debería iniciar o to)      **t2**(cando aparecen consecuencias)

- 5' Convulsión TC xeneralizada
- 10' focal con alt. consciencia
- 15' focal sen alt. consciencia
- 15' ausencias
- 30' Convulsión TC xeneralizada
- 60' focal con alt. consciencia

### Escala de ADAN

Linguaxe anormal	Si	Non	1	0
Desviación ocular	Si	Non	1	0
Automatismos	Si	Non	1	0
Número de crises	0-1	2	0	1
	>2		1	2

## Tratamento

### Benzodiazepinas

#### Midazolam

Pediátrica: 0,2 mg/kg  
iv(IB): 0,1-0,2 mg/kg en birlos de 1-2 mg/min  
(pódese repetir aos 10' ata un máx de 15 mg de dose total)

Intranasal ou intramuscular (iIB): 5\*- 10 mg

Pediátrica:  
3 m.-1 a: 2,5 mg  
1-4 a: 5 mg  
5-10 a: 7,5 mg  
<10 a: 10 mg

#### Diazepam

iv(A): 5\*-10 mg (0,15 mg/kg) Máx: <5 a: 5 mg  
Pediátrica: 0,3 mg/kg > 5 a: 10 mg

(en birlos de 2 mg/min ou en 100 ml de SF en 2)  
(pódese repetir aos 10' ata un máx de 20 mg de dose total)

\*5 mg en anciáns ou <40 kg

### Anestésicos no EER

#### INFUSIÓN

#### Midazolam

iv(IB): 0,1-0,2 mg/kg

0,1-0,4 mg/kg/h

#### Ketamina:

iv(IV): 0,5-3 mg/kg

1-10 mg/kg/h

#### Propofol:

iv(IV): 3-5 mg/kg

5-10 mg/kg/h

### Anestésicos

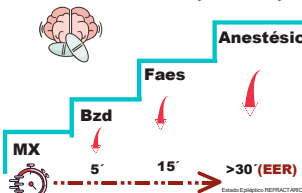
### Antiepilépticos (Faes)

#### Levetiracetam

iv(II): 30-40 mg/kg en 15-20' (máx 3500 mg)  
En EER 60 mg/kg (máx 4500 mg)  
Pediátrica: máx 2500 mg

#### Valproico:

iv(II): 20 mg/kg en 5-10' (máx 2500 mg)  
En EER 40 mg/kg (máx 3000 mg)  
15-20 mg/kg en anciáns, nenos ou <45 kg



### Medidas xerais

- apertura vía aérea. Retirada de corpos estraños. Aspiración secrecións.
- osíxeno durante a crise. Valorar illamento da vía aérea (GCS <8, FR: >10 ou >40 rpm stO2 <85%)
- Monitorización de: TA, Tª, Pulsioximetría, FC, FR

Vía venosa

### Tratar causas:

- Hipoglucemia: tratala con glicosa
- Hiperglucemia: pautar insulina
- Enolismo ou desnutrición: Tiamina 100 mg iv/im en birlo e 100 ml SG5%

### ALTO RISCO

- ADAN >1
- Primeira crise
- Crise diferente á habitual
- Xestante
- Pediátrica
- Comorbilidade
- Complicacións pola crise
- Mala adherencia ao to

### TRASLADO AO HOSPITAL

### ESTADO EPILEPTICO

EERrefractario : non cede con 2 FAE a doses correctas via iv (unha delas Bzd)

### EN ACÚMULOS

- 2 ou máis crises en 24 h/2 ou máis en 6 h
- Frecuencia non habitual para o paciente

### ALTA IN SITU e valorar pautar dose adicional de 1 FAE:

- Esqueceu a medicación <24 h
- Recuperación tras crise habitual con bo seguimento terapéutico\*

\*Se fallan moitas horas para a seguinte dose