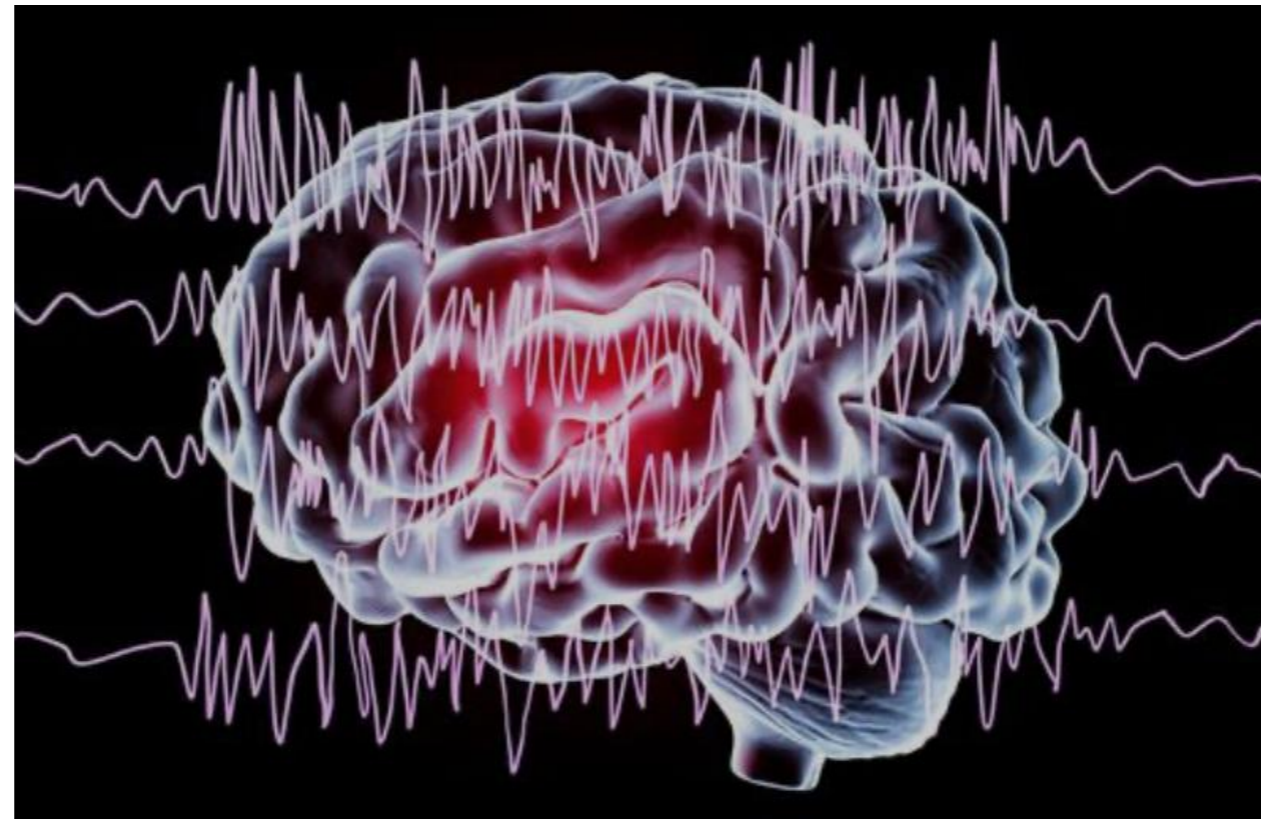




XXXI Congreso de la  
**SOMAMFYC**

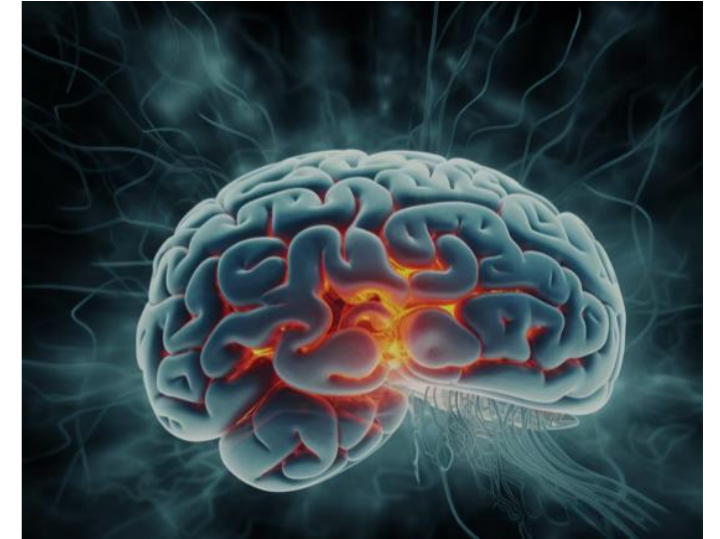


# CÓDIGO CRISIS



**Marta Rodríguez Cerro**  
**Especialista en MFYC**  
**SUMMA 112**  
**(Grupo de Trabajo de Urgencias SOMAMFYC)**

# INTRODUCCIÓN



- Objetivo -> tratamiento y manejo urgente.
- “TIEMPO ES CEREBRO”.
- Se han establecido dos tiempos.
- Uso del EEG.

## EEG:

- En pacientes sin déficit persistente realizarlo en las primeras 24 horas.
- Monitorización vídeo-EEG prolongada en pacientes con déficit persistente, EE o crisis potencialmente grave.

## UN POCO DE HISTORIA...



- 2011: promoviera la investigación y la innovación sobre la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de la epilepsia.
- 2015: reducir la “brecha terapéutica” de la epilepsia.
- 2020: plan de acción mundial intersectorial sobre la epilepsia y otros trastornos neurológicos.
- 2022: OMS presenta “Plan de Acción Global Intersectorial sobre Epilepsia y otros Trastornos Neurológicos”, cuyo objetivo es mejorar el acceso a la atención y tratamiento e impulsar la prevención de nuevos casos.

# ACTIVACIÓN CÓDIGO CRISIS (CRISIS GRAVE)



- **Estatus epiléptico** focal con afectación de nivel de conciencia (ANC) o estatus epiléptico generalizado (ver definiciones en anexo): a efectos prácticos cuando se prolonguen más de 5 minutos.
- **Estatus epiléptico focal sin alteración de consciencia en menores de 16 años.**
- Sospecha **estatus epiléptico no convulsivo** (bajo nivel de conciencia, confusión sin causa o estado postcrítico con afectación de nivel de conciencia >a una hora).
- **Déficit neurológico focal postcrítico de nueva aparición.**
- **CE en acúmulos:** 2 o más crisis generalizadas tónico-clónicas o focales con ANC en un periodo menor de 24 horas sin criterios de status epiléptico.
- Primera crisis en menores de 1 mes de vida.

**Medidas generales + medicación rescate según protocolo NRL habitual  
(en paciente con epilepsia conocida)**

Pre-aviso al médico responsable del CC en HR  
Traslado al SUH (UAM,UVI móvil) (tiempo óptimo inicio-puerta < 30 min)

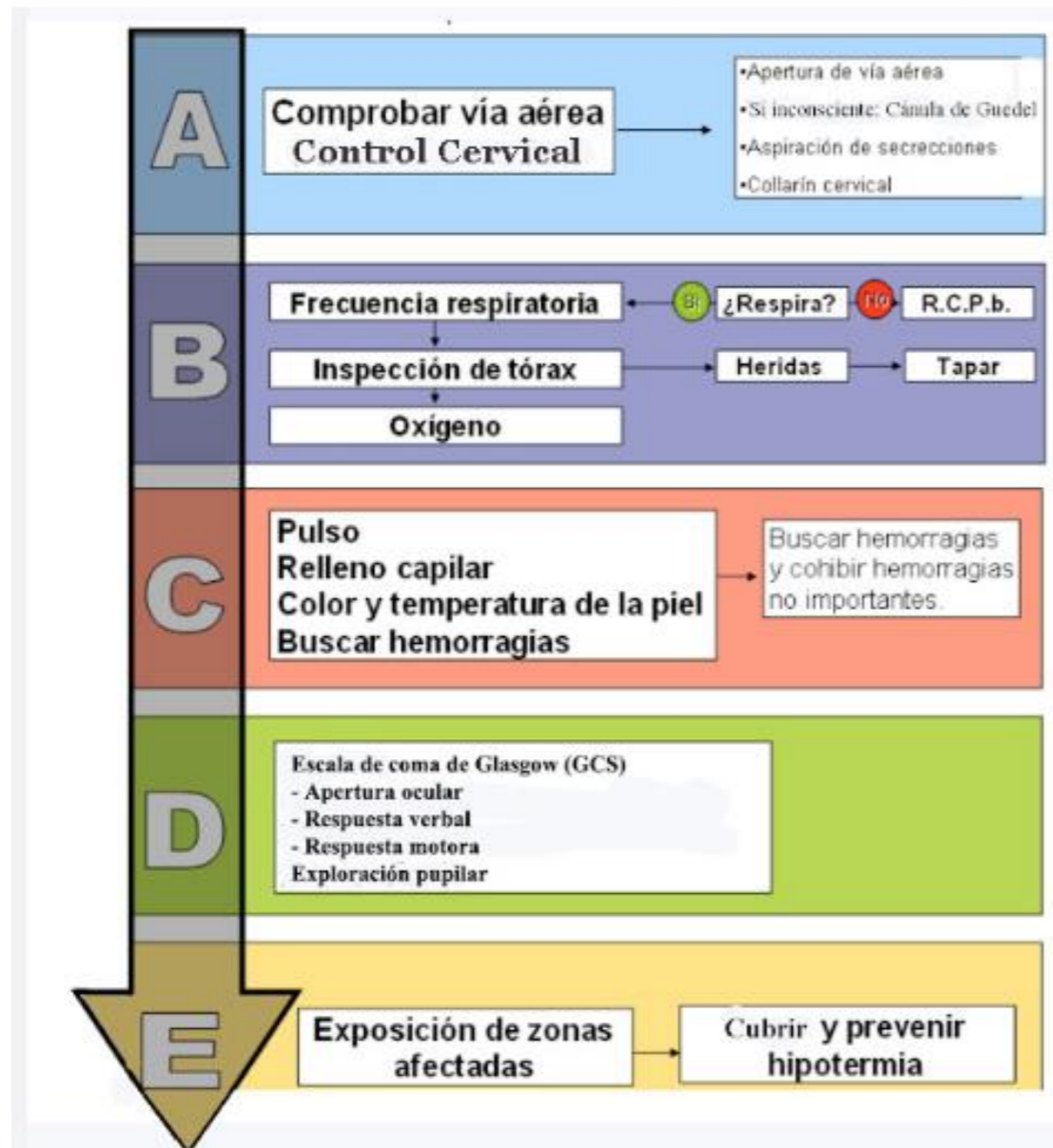
**Activación de los recursos Móviles del SUEH (112/061)**  
Iniciar tratamiento: BZD+LEV/VPA  
KET + MID si precisa sedación  
En <1mes: iniciar tratamiento sólo si deterioro clínico evidente  
LEV+MDZ (si precisa sedación)

# CÓDIGO CRISIS Y ATENCIÓN PRIMARIA

- Diferentes áreas sanitarias -> diferentes modelos asistenciales y de trabajo.
- Homogeneizar un modelo único de atención al alta hospitalaria del paciente con epilepsia.
- El informe clínico -> PILAR IMPORTANTE DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE E INSTRUMENTO DE COMUNICACIÓN CON OTROS ESPECIALISTAS.



# MANEJO INICIAL EXTRA HOSPITALARIO



## 1.5 ESCALA ADAN (predicción probabilidades de presentar un EE)

Escala de Adan	Si (1)	No (0)	
<b>Alta probabilidad de Estado Epiléptico &gt; 1 punto</b>			
¿Presenta algún trastorno del habla/enguaje? no lenguaje por disminución del nivel de conciencia, disartria, afasia, habla incoherente			
¿Presenta desviación ocular? con duración mayor de 5 minutos			
¿Presenta automatismos? movimientos automáticos repetitivos a nivel bucal de extremidades sin objetivo aparente			
<b>Número de crisis motoras en las últimas 12 horas</b> (incluye cualquier tipo de crisis de semiología motora: CTCG, focal, motora)	0-1 (0)	2 (1)	>2 (2)

Bajo riesgo: 0-1  
Riesgo medio: 2  
Alto riesgo >2

- Si se traslada al hospital llevar informes y medicación habitual del paciente.
- < 1 mes -> **NO INICIAR** tratamiento antiepiléptico sin confirmación de las crisis mediante EEG salvo deterioro clínico (desaturación, pausas de apnea, alteración del nivel de conciencia, afectación del estado general, etc) sin posibilidad de monitorización.

# MUCHAS GRACIAS

