



BOLETÍN



DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

SERVICIO DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CANTABRIA

AÑO XXVII

NÚMERO 1

2019

Autores: Zuloaga Mendiola R*, Cobo Ugarte MA*, Casado Casuso S**, Pino Noriega M*.

SUMARIO

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN URGENCIAS:

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS. PARTE II

Cefaleas:	pág 1
Crisis de ansiedad:	pág 7
Crisis convulsivas:	pág 8
Crisis febriles en pediatría:	pág 11
Eclampsia:	pág 11
Bibliografía:	pág 13

Este segundo número sobre el manejo de enfermedades neurológicas y psiquiátricas en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), ha sido concebido como una guía práctica para la consulta rápida de aquellos protocolos de uso común durante el ejercicio diario de la asistencia a pacientes con patologías neurológicas atendidas en los SUAP.

Se pretende generar guías de fácil uso, que ayuden en el proceso de la toma de decisiones y de la prestación de cuidados en los SUAP. Los protocolos han sido adaptados al ámbito de la asistencia extrahospitalaria en función de los fármacos disponibles en el momento actual en los botiquines de los SUAP.

*Médico de Urgencias de Atención Primaria. **Farmacéutica Especialista de Atención Primaria.

CEFALEAS¹⁻⁷

Llamamos cefalea al dolor o sensación desagradable en la región de la bóveda craneal. Constituye un motivo de consulta muy frecuente en los SUAP, siendo el más frecuente de los síndromes dolorosos, y representa un 1% de todas las consultas al médico de familia. Afecta al 93% de los varones y al 99% de las mujeres en algún momento de su vida. La cefalea puede manifestarse desde los primeros años de vida, pero el período de mayor incidencia ocurre entre los 20-35 años y ésta disminuye con la edad. La forma más frecuente de cefalea en adultos es la cefalea tensional.

La cefalea es un síntoma común que puede manifestarse desde los primeros años de vida. Constituye un motivo de consulta muy frecuente en los SUAP. La importancia de este síntoma radica en que, en algunas ocasiones, puede representar una patología de base que puede ser invalidante o potencialmente mortal; por esa razón el médico en urgencias debe conocer e identificar los signos de alarma. Es fundamental hacer un buen diagnóstico a través de una historia clínica y un examen físico y neurológico completo, aliviar el dolor y los síntomas asociados. La mayoría de los pacientes que llegan a los servicios de urgencias presentan cefalea primaria, migraña, cefalea tensional, o cefalea en racimos.

CLASIFICACIÓN

Cefaleas primarias: no asociadas a patología subyacente (90% de todas las cefaleas):

- Cefalea tensional (38-78%)
- Migraña (12-18%)
- Cefalea en racimos
- Hemicraneana paroxística crónica
- Otras cefaleas primarias.

Cefaleas secundarias: atribuidas a patología subyacente:

- Cefalea secundaria a traumatismo craneal o cervical
- Cefalea secundaria a trastornos vasculares
- Cefalea por trastorno intracraneal no vascular (tumores, infección)
- Cefalea por administración o privación de fármacos
- Cefalea de origen infeccioso que no afecta al Sistema Nervioso Central (SNC)
- Cefalea por trastorno metabólico (hipoxia, hipercapnia...)
- Cefalea por trastornos oculares, óticos, nasales, sinusales, dentales, bucales o de otras estructuras faciales o cervicales
- Cefalea por trastornos psiquiátricos
- Neuralgias craneales y dolor facial de origen central.

ANAMNESIS

La base del correcto manejo de cualquier cefalea es una anamnesis minuciosa que permita su correcta categorización:

Antecedentes personales: de traumatismo craneoencefálico (TCE).

Antecedentes familiares: existen en aproximadamente el 70 % de los pacientes con migraña.

Edad de inicio y sexo:

- Infancia/adolescencia: migraña.
- Adolescencia/edad adulta: cefalea tensional.
- Edad adulta: en varones cefalea en racimos y en mujeres la hemicraneana paroxística.
- Ancianos: arteritis de la temporal (más frecuente en mujeres).

Modo de presentación: agudo-explosivo, subagudo o crónico.

Perfil evolutivo:

- Cefalea aguda aislada (posible urgencia).
- Cefalea episódica no paroxística (migraña o cefalea tensional)
- Cefalea episódica paroxística (cefalea en racimos o hemicránea paroxística)
- Cefalea crónica progresiva (sugiere organicidad)
- Cefalea crónica no progresiva (sugiere origen psicógeno).

Características del dolor: pulsátil (migraña), opresivo (tensional), punzante o como electricidad (neuralgia).

Duración y localización: la migraña suele ser hemicraneal, la cefalea tensional, generalmente es holocraneal.

Factores que modifican el dolor: estrés, alimentos, menstruación, ejercicio físico, maniobra de Valsalva (empeora la cefalea en pacientes con hipertensión intracraneal).

Consumo crónico de analgésicos: cefalea por abuso de analgésicos.

Consumo de tóxicos o drogas.

Síntomas asociados:

- Fotofobia, fonofobia, náuseas, vómitos y aura pueden aparecer asociados a la migraña.
- La presencia de claudicación mandibular y polimialgia hará pensar en arteritis de la temporal.
- Los cambios de conducta sugieren un tumor cerebral.
- Lagrimeo, inyección conjuntival, miosis, ptosis, congestión nasal, rinorrea, sudoración son característicos de la cefalea en racimos.
- Los síntomas psiquiátricos nos harán pensar en un cuadro depresivo.
- Los síntomas sistémicos harán sospechar organicidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

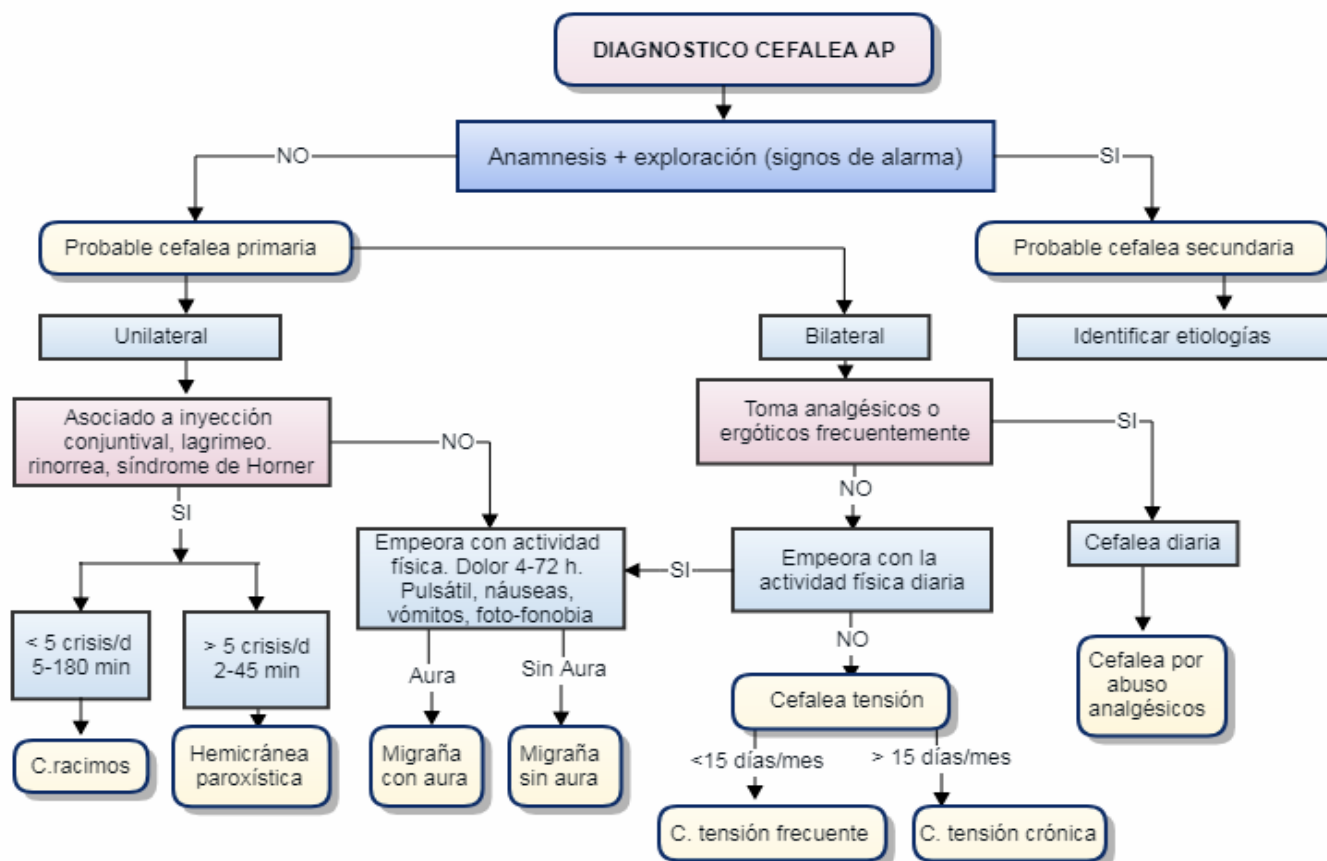
- **Exploración física general**, incluyendo la valoración de la piel: perfusión tisular, equimosis, petequias.
- **Toma de constantes:** temperatura corporal (T^a), tensión arterial (TA), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR).
- **Exploración neurológica/craneocervical** (básica en el paciente con cefalea): exploración del cráneo y columna cervical:
 - ✓ Palpación de la cabeza para ver si hay bultos o zonas de dolor.
 - ✓ Exploración de las arterias temporales (engrosadas, dolorosas o irregulares sugieren arteritis).
 - ✓ Los músculos del cuero cabelludo pueden ser dolorosos a la palpación en las cefaleas tensionales.

- ✓ Exploración de senos paranasales, oído externo y medio, articulación temporomandibular y exploración odontógena.
- ✓ Exploración columna cervical: descartar rigidez nucal, detallar si hay dolor a la movilización/palpación de la musculatura paravertebral.
- ✓ Exploración de signos meníngeos.
- ✓ Exploración de pares craneales.
- ✓ Fondo de ojo.
- ✓ Motilidad ocular, exploración de pupilas y campimetría por confrontación.
- ✓ Fuerza muscular maseteros y musculatura temporal.
- ✓ Motilidad facial.
- ✓ Audición.
- ✓ Exploración resto de pares craneales bajos (movilidad velo del paladar, reflejo nauseoso, motilidad lingual, esternocleidomastoideo y trapecios).
- ✓ Exploración de extremidades: fuerza y sensibilidad, reflejos.
- ✓ Marcha, pruebas de equilibrio y coordinación.
- ✓ Nivel de conciencia.
- ✓ Funciones superiores (lenguaje, atención, orientación y memoria).

TABLA: TIPOS DE CEFALEA

Tipos de cefalea	Epidemiología	Localización dolor	Caract. dolor	Frecuencia	Desencadenantes	Síntomas asociados
Tensional	La más frecuente. Más en mujeres 20-40 años.	Bilateral. Occipital u holocraneal.	Opresivo. Leve-moderado.	Episódica: <15 días/mes. Crónica: ≥15 días/mes durante >3 meses.	Problemas psíquicos, laborales o sociales.	Generalmente ninguno.
Migraña	Más frecuente en mujeres 10-30 años. Predisposición familiar.	Hemicraneal	Pulsátil. Moderado-severo.	Episódica: <15 días/mes. Crónica: ≥15 días/mes durante >3 meses.	Sueño, estrés, alimentos, etc.	Náuseas y vómitos. Foto y fonofobia. Aura.
Cefalea en racimos	Predominio en varones. 20-40 años.	Unilateral. Periorbitario.	Intensísimo, penetrante.	Episódica: 1/48h a 8/día con remisión >1 mes. Crónica: 1/48h a 8/día con remisión <1 mes.	Alcohol, nitroglicerina, exceso de trabajo, estrés, emociones...	Inyección conjuntival, lagrimeo, miosis, ptosis, congestión nasal, rinorrea, sudoración.
Hemicraneal paroxística crónica	Más frecuente en mujeres.	Unilateral. Orbitario o temporal.	Intensísima.	Más de 5 veces al día.		Inyección conjuntival. Lagrimeo. Rinorrea.
Arteritis Temporal	Más frecuente en mujeres. > 50 años.	Uni o bilateral. Frontotemporal.	Variable.	Continua.	Frío.	Polimialgia reumática. Claudicación mandibular. Anemia, fiebre. Ceguera (neuritis óptica).
Neuralgia del trigemino	Más frecuente en mujeres. > 50 años.	Unilateral. 2ª rama (lo más frecuente).	Muy intensa. Como una descarga eléctrica.	Paroxística.	Puntos gatillo.	Tics.

Algoritmo diagnóstico cefaleas.



Manifestaciones de alarma ante una cefalea

Cefalea intensa de inicio reciente (especialmente en < de 40 años).
Cefalea de inicio explosivo.
Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.
Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
Localización unilateral siempre del mismo lado (excepto en caso de cefalea en racimos, hemicránea paroxística crónica, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino).
Cefalea precipitada o empeorada por un esfuerzo físico, maniobras de Valsalva o cambios posturales.
Falta de respuesta a los tratamientos habituales correctos.
Con manifestaciones acompañantes: trastorno de conducta, alteración neurológica focal, papiledema, fiebre, signos meníngeos, crisis comicial, náuseas y vómitos no explicables por cefalea primaria (migraña) ni por enfermedad sistémica.
Cefalea en edades extremas de la vida.
Cefalea en presentación eminentemente nocturna.
Cefalea en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA URGENTE DE CEFALEA

Cefalea de inicio explosivo.
Cefalea de presentación aguda o subaguda de etiología no aclarada.
Sospecha clínica de cefalea secundaria grave.
Aparición de signos neurológicos focales, edema de papila, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia.
Cefalea aguda que no cede al tratamiento sintomático adecuado.
Sospecha de arteritis de la temporal.

TRATAMIENTO

En el tratamiento y prevención de las cefaleas se utilizan una gran variedad de fármacos tanto en monoterapia como en combinación, y se enfocará en función del tipo de cefalea, la respuesta al tratamiento y la intensidad de la crisis:

- ✓ **Leve:** dolor sin interrumpir las actividades cotidianas del paciente.
- ✓ **Moderada:** dolor que interrumpe las actividades del paciente.
- ✓ **Severa:** dolor que obliga al reposo en cama.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

La migraña o jaqueca es un síndrome benigno y recurrente, consistente en cefalea pulsátil, exacerbada por el ejercicio y acompañada de náuseas, vómitos, fotofobia, sonofobia o síntomas de disfunción neurológica. Es generalmente unilateral, aunque puede ser bilateral. Aproximadamente un 15-30% de los pacientes presentan un aura antes de la crisis, consistente en la presencia de síntomas de disfunción neurológica (visual, sensitiva, motora, del lenguaje), que siguen a los pródromos y normalmente preceden a la aparición del dolor de cabeza.

Se han identificado varios **factores desencadenantes** de la crisis de migraña, siendo los más frecuentes:

- Estrés
- Alteración del ritmo del sueño
- Ingesta de alcohol
- Alimentos: cafeína, edulcorantes artificiales (aspartamo), aditivos (glutamato monosódico)
- Menstruación
- Ayuno prolongado
- Exposición al sol y cambios atmosféricos
- Esfuerzo físico.

El tratamiento de las crisis de migraña debe ser individualizado ya que cada paciente responde mejor a un fármaco. Se pueden utilizar fármacos inespecíficos (analgésicos, AINE), específicos (triptanes, ergóticos) y fármacos adyuvantes (antieméticos, procinéticos). El tratamiento analgésico debe establecerse al inicio del dolor y con un fármaco que presente una buena relación beneficio/riesgo.

Si la migraña cursa con aura, se debe esperar hasta el cese de los síntomas neurológicos e inicio del dolor para empezar el tratamiento farmacológico específico.

La existencia de náuseas y vómitos, recomienda la administración precoz de fármacos antieméticos/procinéticos.

En el tratamiento de una crisis se debe emplear desde el inicio la dosis de medicamento considerada eficaz y no aumentar en escalada la dosis. Una dosis insuficiente, o la elección de una vía de administración inadecuada (p. ej., vía oral en pacientes con vómitos) puede prolongar la clínica, aumentar la ingesta de analgésicos y cronificar el proceso.

En las **crisis leves o moderadas** se recomienda la **monoterapia** con un analgésico o un antiinflamatorio (AINE), teniendo en cuenta que el paracetamol tiene menor evidencia que algunos AINE, concretamente ácido acetilsalicílico (AAS) o ibuprofeno. En casos más graves, también se contempla el uso de una terapia combinada, AAS o ibuprofeno, con paracetamol.

En las **migrañas moderadas y severas** antes de la administración de ningún fármaco se tomarán las siguientes medidas generales:

- Reposo del paciente en un ambiente oscuro y silencioso.
- Oxígeno nasal en concentración del 100% durante 10 minutos, actúa como coadyuvante en el tratamiento y además facilita el diagnóstico por su buena respuesta en la cefalea en racimos.
- Si el paciente presenta náuseas o vómitos: metoclopramida 10 mg vo o parenteral.

En las crisis moderadas y severas que no responden a AINES se aconseja iniciar lo antes posible el tratamiento con los triptanes.

Aspectos generales de los triptanes:

- Para la elección de un triptán hay que tener en cuenta tres aspectos: el perfil de seguridad, el tipo/duración de la migraña, y el coste, ya que la vía de administración también puede influir en el coste.
- La vía oral debe ser la primera opción, reservándose otras (nasal, inyectable) para cuando la oral no es adecuada o se precisa un inicio de acción inmediato.
- Si un triptán no es eficaz no invalida al resto de los fármacos del grupo.

- Se consideran eficaces cuando el dolor disminuye o desaparece en un plazo de dos horas.
- En todos los casos si la primera dosis es eficaz y el ataque recurre dentro de las siguientes 24h puede administrarse una segunda dosis separadas entre sí 1-2h según el fármaco utilizado.
- La repetición de la dosis no está justificada si la primera no es eficaz.
- La frecuencia de uso del triptán no debería superar los 2 días por semana (10 días al mes), para disminuir en lo posible la cefalea por exceso medicación (rebote).
- El perfil de seguridad de los triptanes es bueno, los orales presentan un perfil similar, pero los mareos y sedación son más frecuentes con rizatriptán y zolmitriptán que con sumatriptán y naratriptán.
- El sumatriptán oral se asocia a menos efectos adversos que el subcutáneo. Los triptanes de vida media prolongada e inicio de acción lento (naratriptán y frovatriptán) se toleran mejor.
- Los triptanes NO están aconsejados en la fase de aura.
- Contraindicados en pacientes con enfermedad vascular: HTA moderada-grave o no controlada, cardiopatía isquémica, enfermedad de Raynaud, enfermedad vascular periférica, accidente cerebrovascular.
- Contraindicados en la utilización conjunta con ergóticos, estos últimos no tienen indicaciones de novo y sólo deben mantenerse en pacientes que los hayan utilizado durante años con buena respuesta.

Algoritmo tratamiento de la migraña

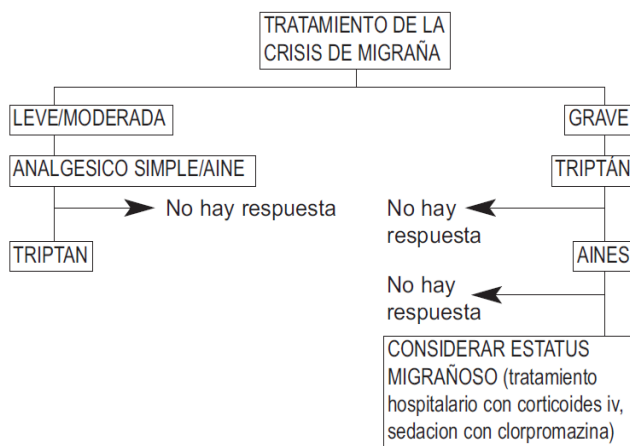


Tabla comparativa de triptanes

Triptán	Inicio de acción	Vida media de eliminación	Coste por dosis (€)
Almotriptán oral	30-60 min	3-4 h	4,88
Eletriptán oral	30-60 min	≈ 4 h	7,45
Frovatriptán oral	≈ 2 h	≈ 25 h	5,35
Naratriptán oral	1-3 h	≈ 6 h	3,19
Rizatriptán oral	30-60 min	2-3 h	4,40
Sumatriptán oral	30-60 min	≈ 2 h	3,07
nasal	10-15 min		10,95
subcutáneo	10 min		13,11
Zolmitriptán oral	30-60 min	2-3 h	2,68
nasal	10-15 min		5,35

Aunque el tratamiento es principalmente farmacológico, las técnicas de relajación, las terapias cognitivo-conductuales, combinados con fármacos preventivos pueden aportar una mejoría adicional. Sin embargo, tratamientos no convencionales, como: crioterapia, manipulación quiropráctica cervical, acupuntura u homeopatía, no disponen de evidencia científica.

TRATAMIENTO CEFALEA TENSIONAL

Primera línea (monoterapia): los AINE, el AAS o el paracetamol, a dosis similares a las empleadas en la migraña.

Segunda línea: se propone el naproxeno (500 mg, 2 veces/día).

Tratamiento no farmacológico: evitar factores desencadenantes (ver tabla: Tipos de cefaleas). También se pueden utilizar diversas técnicas que pueden ser eficaces especialmente a largo plazo, como: técnicas de relajación, ejercicio físico, técnicas de biorretroalimentación con electromiografía (EMG biofeedback) y la fisioterapia manual; mientras que la terapia cognitivo-conductual no cuenta con evidencias suficientes para establecer su eficacia.

TRATAMIENTO CEFALEA EN RACIMOS

No se ha establecido un tratamiento de eficacia contrastada. La guía NICE propone de elección la administración de Oxígeno al 100 % durante 10-15 minutos. Se administra con una tasa de flujo de 7-12 litros/minuto, durante al menos 15

minutos y suele ser eficaz en la mayoría de los pacientes.

Conjuntamente, o como alternativa, puede optarse por un triptán no oral, preferentemente sumatriptán subcutáneo, 6 mg en una primera dosis y se puede administrar una segunda dosis en las siguientes 24h como mínimo 1h tras la primera dosis si hay recurrencia o el alivio de los síntomas no es completo.

En aquellos pacientes que no toleren el sumatriptán subcutáneo se puede optar por sumatriptán (20 mg) o zolmitriptán nasal (5 mg), aunque son menos efectivos y con inicio de acción más lento.

TRATAMIENTO CEFALEA DE LA ARTERITIS TEMPORAL

Cuando en el contexto de las urgencias extrahospitalarias nos encontramos con un paciente con sospecha de arteritis de la temporal debemos derivarlo al servicio de Urgencias Hospitalaria para su valoración.

Ante la sospecha clínica y la imposibilidad de derivación y/o valoración urgente por un especialista se debe comenzar tratamiento con **prednisona** a dosis de 1mg/kg/día.

TRATAMIENTO CEFALEA HEMICRANEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

El tratamiento de elección es la **indometacina** (75-150 mg vo al día) y su respuesta sirve también como diagnóstico del cuadro.

TRATAMIENTO NEURALGIA DEL TRIGEMINO

El tratamiento de elección es la **carbamecepina**, se recomienda empezar a dosis bajas 50-100 mg/12h. Posteriormente se va aumentando la dosis 100 mg cada 3 días hasta llegar a 600-1200mg/día repartidos en 2-3 tomas.

Otros fármacos son la **fenitoina** a dosis de 100 mg/8h o **gabapentina** a dosis de 300 mg/8h aumentando progresivamente hasta alcanzar 900-2.400 mg/día.

CEFALEA POR EXCESO DE ANALGESIA

La cefalea por exceso de medicación analgésica, o cefalea de rebote, es similar a la

migraña o a la cefalea tensional. Se define como una cefalea que se presenta durante ≥ 15 días/mes y que se desarrolla o empeora a pesar de la administración regular de medicación sintomática. Suele ser difusa, de intensidad leve o moderada, en ocasiones pulsátil y de duración variable, relacionándose su aparición con el inicio o la retirada del fármaco. En la etiología de esta cefalea es más importante la frecuencia de las dosis de analgésicos, que la cantidad de dosis de fármaco consumido de forma episódica.

El tratamiento consiste en realizar **una retirada brusca (no gradual)** de la medicación durante 1 mes, advirtiendo al paciente que los síntomas pueden empeorar a corto plazo antes de mejorar.

También pueden presentarse náuseas y síntomas gastrointestinales, que suelen durar 1 semana cuando se retiran los triptanes, o 4 semanas o más para los opioides. En este último caso, cuando se trata de opiodes la retirada del fármaco debe ser más gradual.

CRISIS DE ANSIEDAD⁸⁻¹⁶

- ◆ **Ansiedad:** se define como una sensación de aprensión difusa y desagradable, acompañada con frecuencia de síntomas físicos inespecíficos, que carece de eficacia adaptativa e interfiere con la funcionalidad del paciente.
- ◆ **Ataque de pánico:** se define como crisis de ansiedad brusca, inesperada, en un contexto de aparente normalidad, con al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos: disnea, mareos, palpitaciones, sudoración, temblor, sofocación, náuseas, parestesias, distermias, dolor precordial, despersonalización, miedo a morir y a volverse loco. Alcanza su máxima expresión a los 10 minutos, acompañada de sensación de peligro, muerte inminente y necesidad de escapar. Durante el periodo intercrisis el sujeto está libre de síntomas, aunque puede existir ansiedad anticipatoria o conductas evitatorias.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, el cuadro de presentación es un paciente que suele referir desde síntomas inespecíficos como pueden ser: inestabilidad, miedo a perder el control, parestesias, hasta síntomas que nos llevan a tener que realizar en ocasiones un diagnóstico diferencial con cuadros orgánicos como pueden ser: palpitaciones, opresión torácica, sensación de muerte inminente...

Tiene un inicio súbito, apareciendo típicamente mientras que el paciente se encuentra en una situación tranquila o despertándolo por la noche, con una duración variable pero generalmente menor a una hora, en la que se presentan una serie de síntomas psicológicos (sensación de muerte inminente, de pérdida de control, de despersonalización y desrealización), además de un intenso temor a volverse loco o perder el control junto a otros de características vegetativas (disnea con hiperventilación, palpitaciones, sudoración, escalofríos, temblores, mareos, molestias precordiales o abdominales, irritabilidad, nerviosismo, parestesias, náuseas...).

TRATAMIENTO

Tratamiento inmediato:

- ✓ Primera elección: benzodicepinas, tipo **alprazolam** (0,5-1 mg vo), **diazepam** (5-10 mg sl, vo o im) pudiendo repetirse estas dosis a los 15 min. El primero tiene más efecto sobre la ansiedad somatizada y el segundo sobre lo miorrelajante.
- ✓ Segunda elección: si no se logra resolución del cuadro, se pueden administrar neurolépticos sedantes como la **levomepromazina** a dosis de 25 mg im.
- ✓ Si hiperventilación indicar al paciente que respire lentamente, utilizando el diafragma, respirar en circuito cerrado, en bolsa de plástico o papel para evitar hipocapnia.

Tratamiento de mantenimiento:

Se recomiendan benzodicepinas de vida media larga, tipo **lorazepam** 3 mg/día vo, repartidos en 2-3 tomas durante 3 semanas, pasado ese tiempo, reducir la dosis a razón de un 50 % cada semana siguiente.

CRISIS CONVULSIVAS¹⁷⁻²⁰

Una convulsión es un fenómeno paroxístico producido por descargas anormales, excesivas e hipersincrónicas de un grupo de neuronas del SNC. De acuerdo con la distribución de las descargas, esta actividad anormal del SNC se manifiesta de diferentes formas, que van desde una llamativa actividad convulsiva hasta fenómenos de experiencia subjetiva difíciles de advertir por un observador.

Aunque una gran variedad de factores influyen en la incidencia y prevalencia de las convulsiones, entre un 5 y 10 % de la población tendrá al menos una convulsión durante su vida; la incidencia es mayor en la primera infancia y al final de la vida adulta.

Resumen práctico de los conceptos:

Crisis convulsiva: contracciones musculares producidas por descargas eléctricas neuronales anormales.

Crisis epiléptica: manifestación clínica de malfuncionamiento neuronal autolimitado. Según la zona del cerebro dañada la sintomatología puede ser sensitiva, motora, vegetativa o psíquica.

Es importante aclarar *que "no toda convulsión es una epilepsia ni toda epilepsia se manifiesta con convulsiones"*.

Epilepsia: se define como patología crónica, donde existen 2 o más crisis y no hay patología aguda subyacente.

ETIOLOGÍA

La etiología de la crisis varía en función de la edad del paciente

Neonatos:

- Hipoxia perinatal
- Infecciones: encefalitis, meningitis, abscesos
- TCE
- Trastornos metabólicos
- Malformaciones congénitas
- Trastornos genéticos.

Infancia (menor 12 años):

- Crisis febriles
- Infecciones
- TCE
- Alteraciones metabólicas
- Enfermedades degenerativas
- Idiopáticas.

Adolescencia:

- Idiopáticas
- TCE
- Infecciones
- Enfermedades degenerativas
- Alcohol.

18-35 años:

- TCE
- Alcoholismo
- Tumor cerebral.

> 50 años:

- ACVA
- Tumor cerebral
- TCE.

- ✓ Antecedentes personales y familiares
- ✓ Medicación
- ✓ Enfermedades asociadas (neoplasia, DM..)
- ✓ Factores desencadenantes
- ✓ Descripción de la crisis:
 - síntomas iniciales y progresión
 - presencia de aura
 - actividad motora
 - alteración del nivel de conciencia
 - duración
 - relajación de esfínteres
 - mordedura de lengua
 - coloración cutánea
 - periodo postcrítico.

FACTORES PRECIPITANTES

- ✓ Emociones y estrés
- ✓ Ejercicio intenso
- ✓ Estímulos luminosos y acústicos
- ✓ Fiebre
- ✓ Menstruación
- ✓ Deprivación del sueño
- ✓ Alcohol y tóxicos (cocaína esnifada)
- ✓ Fármacos: ácido fólico, antipsicóticos, antidepresivos, metronidazol, quinolonas.

CLASIFICACIÓN

CRISIS PARCIALES O FOCALES: alteración hemisférica unilateral.

- ✓ P. SIMPLES: sin disminución del nivel de conciencia, con síntomas motores, sensitivos, autonómicos y psíquicos.
- ✓ P. COMPLEJAS: con disminución de nivel de conciencia.
- ✓ P. COMPLEJAS EVOLUCIONABLES: que evolucionan a secundariamente generalizadas.

CRISIS GENERALIZADAS: alteración hemisférica bilateral y del nivel de conciencia.

- ✓ NO CONVULSIVAS:
 - Ausencias
 - Crisis atónicas.
- ✓ CONVULSIVAS:
 - Crisis generalizadas tónico-clónicas
 - Crisis tónicas
 - Crisis mioclónicas.
- ✓ CRISIS INCLASIFICABLES.

ANAMNESIS

Interrogar al paciente y observadores:

- ✓ Eventos similares (¿primera crisis?)

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **INSPECCIÓN**
 - Actitud
 - Coloración cutánea (palidez, cianosis, petequias, hematomas, manchas café con leche)
 - Dificultad respiratoria (tiraje, ruidos respiratorios).
- **CONSTANTES VITALES:** T^a, FC, FR, TA, glucemia, ECG, Saturación O².
- **EXPLORACION POR APARATOS:**
 - ACP (arritmias, hipoventilación...)
 - Exploración neurológica
 - Nivel de conciencia (Glasgow)
 - Pupilas
 - Pares craneales
 - Fuerza y sensibilidad
 - Reflejos osteotendinosos (ROT)
 - Motilidad
 - Meningeos
 - Rigidez de nuca
 - Fontanelas
 - Etc...

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ✓ Síncope
- ✓ Trastorno de conversión
- ✓ Discinesias agudas
- ✓ Síndrome extrapiramidal
- ✓ Síntomas orientativos (hacia episodio convulsivo)
 - Comienzo y término bruscos
 - Duración breve (90-120 seg)
 - Alteración del nivel de conciencia
 - Movimiento sin finalidad
 - Falta de provocación
 - Estado postcrítico.

ACTITUD TERAPÉUTICA

Enfocada hacia:

- ✓ Mantenimiento de la vía aérea, oxigenación, ventilación y circulación adecuadas (ABC).
- ✓ Supresión de la actividad convulsiva y prevención de recurrencias.
- ✓ Diagnóstico y tratamiento etiológico, si es posible.

Durante la crisis:

- ✓ Asegurar la vía aérea (maniobras ABC).
 - Tracción mandibular.
 - Extracción cuerpo extraño.
- ✓ Evitar autolesiones (no contención física forzada).
 - Colocar Guedel.
 - Aspirar secreciones.

- Ventilar con ambú, si necesario.
- ✓ Administrar O₂ alto flujo.
- ✓ Monitorización y constantes: FC, FR, TA, T^a, ECG, glucemia.
- ✓ Caterización de vía venosa con suero fisiológico (no se debe usar glucosado).
- ✓ Utilizar vía rectal, intramuscular o intranasal, si imposibilidad de acceso venoso
- ✓ Si duración > 2 min iniciar tratamiento iv.

En el periodo postcrítico:

- Colocar al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral izquierdo).
- Administrar O₂.
- Asegurar acceso venoso para prevención de recidiva.
- Realizar exploración física exhaustiva.

TABLA: Tratamiento convulsiones.

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS	ADMINISTRACIÓN	PRECAUCIONES
DIAZEPAM	10 mg ampolla 2 ml	Inicial hasta 10 mg	Iv: diluir 1 amp en 8 ml de SSF (1 mg/ml), adm 2 ml/min	Depresión respiratoria, hipotensión. Antídoto: flumazenil. Precipita en soluciones glucosadas.
MIDAZOLAM	15 mg ampolla 3 ml	0,1 mg/kg iv y 0,2 mg/kg im	Iv: diluir 1 amp de 3 ml en 12 ml SSF. (1 mg/ml)	Depresión respiratoria, hipotensión. Antídoto: Flumazenil.
LIDOCAÍNA	5% ampolla 10 ml (50 mg/ml)	Bolo de 10 mg y perfusión 3-4 mg/min	2 ml en bolo que puede repetirse, seguido de perfusión. 40 cc en 500 cc SSF a 15-20 gotas/min.	A tener en cuenta en caso de crisis refractarias a tratamiento convencional y cuando las BDZ estén contraindicadas (EPOC).
FENITOÍNA	250 mg ampolla 5 ml	Dosis adultos D.carga iv: 18 mg/kg en 250 ml SSF a pasar en 30 min. D. Mantenimiento: 6 mg/kg/día Dosis niños 15-25 mg/kg	Diluir 5 amp en 150 ml de SSF a 100 gotas/min, después 2 amp en 500 ml SSF a 6 gotas/min. No pasar de 50 mg/min.	Precipita en soluciones glucosadas. Puede producir bloqueo AV, bradicardia e hipotensión, por lo que el paciente debe estar monitorizado.
MAGNESIO	1,5 g ampolla 10 ml	D. carga iv: 4-6 g (se diluyen 3 amp en 100 ml SSF a pasar en 15-20 min). D. mantenimiento: se diluyen 5 amp en 500 ml SG a ritmo de 1-2 g/hora	Cada 4 h se administra 5 g de solución de Sulfato Mg al 50 % im profunda en región glútea de manera alternada.	El tratamiento se suspenderá cuando desaparezca el reflejo rotuliano, exista depresión respiratoria o la excreción urinaria sea < 100 ml.
TIAMINA	100 mg ampolla 1 ml	Adultos iv o im: 100 mg. Niños iv o iv: 10-25 mg.		La administración de tiamina debe ser siempre previa a la de Glucosa.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Primera crisis convulsiva
- Desencadenante no aclarado o que precise hospitalización en sí mismo.

- Epiléptico conocido:
 - Crisis atípicas o diferentes a lo habitual
 - Crisis repetidas
 - Lesiones traumáticas asociadas
 - Circunstancias asociadas (embarazo..).
- Alta domiciliaria:

- No contraindicaciones
- Observación de 6-8 horas
- Consenso familiar.

CRISIS FEBRILES PEDIATRÍA¹⁷⁻²⁰

Es aquella que se manifiesta en menores de 6 años durante un proceso febril sin evidencia de infección del SNC ni patología neurológica. Se excluyen de esta clasificación niños con crisis afebriles previas.

ETIOPATOGENIA

- ✓ Inmadurez cerebral y bajo umbral convulsivante.
- ✓ Componente genético (con herencia dominante de penetrancia reducida).
- ✓ Infecciones virales (IRA 57%), sobre todo herpes virus.

CLASIFICACIÓN

- ✓ **Tipicas:**
 - 6 meses- 5 años.
 - Primeras 24 h de fiebre.
 - Generalizadas.
 - Menos de 15 minutos de duración.
 - No repiten en mismo episodio convulsivo.
 - Recupera en 1 h.
- ✓ **Atípicas:**
 - < 6 meses , > 5 años.
 - Focales.
 - Duración > 15 minutos.
 - Repetición dentro mismo episodio.

RECURRENCIA

- Riesgo de recurrencia 33% ,si hay más de 1 crisis 50%, si 3 o mas 90%.
 - ✓ < 12 m
 - ✓ Historia familiar de crisis febriles
 - ✓ Menor temperatura
 - ✓ Primeras dos horas de fiebre
 - ✓ Convulsión inicial prolongada.
- Riesgo de tener epilepsia 2-4%.

TRATAMIENTO

Ver tabla tratamiento convulsiones.

ECLAMPSIA¹⁷⁻²⁰

Convulsiones en embarazadas >20 semanas hasta 30 días después del parto, que no puedan ser atribuibles a otra causa. Se trata de una **urgencia vital** con una mortalidad del 2% si es tratada y del 30% si no lo es.

ETIOLOGÍA

- Alteraciones vasculares uteroplacentarias (alta resistencia y alta presión).
- Alteraciones circulatorias (disminución volumen plasmático, aumento viscosidad).
- Alteraciones renales (disminución de filtrado glomerular y de la perfusión).
- Alteraciones hematológicas (hemolisis, trombopenia, daño endotelial).

FACTORES DE RIESGO

- Primigesta.
- Embarazo adolescente o > 35 años.
- Raza negra.
- Embarazo múltiple.
- Antecedentes de DM, HTA, enfermedad renal, eclampsia previa.

CLÍNICA

- Hipertensión.
- Edemas.
- Proteinuria.
- Dolor abdominal.
- Alteraciones neurológicas.
- Convulsiones.
- Coma.

DIAGNOSTICO

Es imprescindible llevar a cabo una anamnesis detallada, indagando los factores que puedan orientarnos sobre la causa del proceso. En muchas ocasiones deberemos valernos de conocidos o familiares de la paciente. Indagar sobre semana de gestación actual, antecedentes de epilepsia, hipertensión, toma de fármacos, embarazos previos con/sin preeclampsia, síntomas prodrómicos (cefalea fronto-occipital, epigastralgia, diplopia, escotomas o amaurosis, hormigueo manos y cara, etc.).

ACTITUD TERAPÉUTICA

- Disminución lenta de la TA.
- Control estricto de la diuresis.
- Contraindicados IECAS y diuréticos.
- Terminar con el embarazo.

TRATAMIENTO:

Medidas generales:

- Ayuno
- Maniobras ABC
- Reposo decúbito lateral izquierdo
- Colocación de Guedel
- Aspiración de secreciones
- Administración de O₂
- Monitorización
- Toma de constantes
- Valoración neurológica
- Canalizar 2 vías venosas
- Colocar sonda de Foley.

Tratamiento anticonvulsivante:

Suero glucosado 5% 250 ml carga rápida y luego 1000 ml cada 8 horas.

Sulfato de Magnesio (1,5 g/10 ml).

Dosis de ataque 4 g en 100 ml SG 5 % a pasar en 1 hora. Mantenimiento 1-2 g/hora en perfusión continua.

Vigilar la función renal, neurológica y cardiorrespiratoria, en caso de intoxicación administrar 1 g de gluconato de calcio diluido en 100 ml de suero fisiológico en 15 minutos. La desaparición del reflejo rotuliano es un signo muy importante, ya que constituye el primer aviso de que se está produciendo toxicidad.

Diazepam (10 mg /2 ml).

Se diluye una ampolla en 8 ml de suero fisiológico, administrando 2 mg/min. Se puede repetir la misma dosis cada cinco minutos hasta una máximo de 40 mg.

Fenitoína (250 mg/5 ml).

- Dosis de ataque 15 mg/kg iv a pasar en una hora.
- Mantenimiento: 250-500 mg/12 horas oral o iv.

Tratamiento antihipertensivo

Si TA sistólica >160-170 mmHg o TA diastólica >110 mmHg.

Urapidilo: fármaco con acción bloqueante alfa-1 adrenérgico, y agonista de receptores centrales de 5 HT_{1A} serotoninérgicos. Ha demostrado ser beneficioso en el tratamiento de la hipertensión provocada por la preeclampsia. Ha demostrado no disminuir el flujo sanguíneo placentario. Su mínima acción bloqueante beta-1, no produce la taquicardia que siguen a la administración de otros vasodilatadores.

Dosis: se comienzan con bolos de 25 mg en 2 minutos, pudiéndose administrar otra dosis de 25 mg, y otra de 50 mg. En perfusión pueden administrarse dosis de 30 a 60 mg/h.

Hidralazina iv: 5 mg en bolo, repetir a los 10 min si no hay respuesta. Perfusión continua a 3-10 ml/h.

Nifedipino: Es un bloqueante de los canales del calcio, por tanto vasodilatador periférico y un buen tocolítico. Se absorbe rápidamente por vía oral y alcanza su máximo efecto 30 minutos después de la ingestión. Dosis: 10 mg sublingual cada 10-30 min.

Extracción del feto

El tratamiento definitivo pasa por trasladar de manera urgente a la paciente al hospital para que una vez que la tensión arterial está controlada, los especialistas tomen la decisión de terminar o no el embarazo.

CONCLUSIONES

• Cefalea:

- Las cefaleas son causa frecuente de discapacidad y es fundamental un diagnóstico adecuado para diferenciar las principales cefaleas primarias: migraña, cefalea tensional y en racimo.
- No existen actualmente fármacos curativos, por lo que nuestro arsenal terapéutico está enfocado a paliar los síntomas agudos y a realizar una prevención para disminuir la frecuencia y gravedad de las crisis.
- Se recomienda como tratamiento de primera línea de las crisis de la migraña la administración conjunta de un triptán con un AINE (o con paracetamol), más un antiemético opcional; aunque también puede instaurarse una monoterapia.

- No existe evidencia de que un triptán sea mejor que otros y la ausencia de eficacia de un triptán no excluye la eficacia de otro.
 - Para la cefalea tensional, no están indicados los triptanes. Se trata con ácido acetilsalicílico, paracetamol o AINE.
 - La cefalea en racimo, de menor prevalencia pero más grave, se trata con oxígeno y/o con triptanes.
 - En la cefalea por abuso de medicación analgésica se debe retirar el medicamento de forma abrupta.
 - Existen numerosos fármacos que pueden inducir cefalea como efecto adverso.
- **Crisis de ansiedad:** Los pacientes con crisis de angustia son usuarios que por el temor a morir y/o padecer una enfermedad somática grave acuden de manera frecuente a los servicios de urgencia en situaciones de agudización, siendo necesario conocer y estar familiarizados con este tipo de trastorno, para establecer un diagnóstico y abordaje correctos.
 - **Convulsiones:** Una crisis epiléptica puede manifestarse de muchas formas clínicas pero es característico que lo haga en forma de crisis recurrentes. Dado que la sintomatología suele ser alarmante tanto para el paciente como para su entorno, va a ser un motivo frecuente de consulta en urgencias, incluso en el caso de pacientes epilépticos ya conocidos. El médico de Urgencias debe intentar reconocer una crisis, diagnosticar las causas reversibles y valorar la necesidad de tratamiento.
 - **Eclampsia:** Ante cualquier mujer que convulsiona, el principal diagnóstico a descartar es la eclampsia, que se trata de una emergencia médica y requiere de un tratamiento lo más precoz posible para yugular la crisis y poder disminuir así la altísima morbimortalidad materno-fetal que presenta este cuadro. Es vital la acción coordinada de los servicios de emergencias para la atención temprana así como para su traslado al servicio de ginecología lo más rápido posible.

SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Calle Vargas 57 (5ª, 7ª y 8ª planta)
39010 Santander Teléfono: 942 20 27 93

ISSN: 1576-8295

Dep Legal: SA 165-2000

<http://www.scsalud.es/web/scs/farmacia>

BIBLIOGRAFÍA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of headache in adults. *A national clinical guideline*. <https://www.sign.ac.uk/assets/sign107.pdf>
2. Ezpeleta D, editor. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2016.
3. Drugs for migraine. *Med Lett Drugs Ther*. 2017; 59(1514):27-32.
4. Romero Castro S, Lora Martínez J. Manejo de la cefalea en Urgencias. ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias 2ª Edición. 2012.
5. American Academy of Neurology: Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). *Neurology* 2000;55(6):754.
6. Edlow J, Panagos P et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. *American College of Emergency Physicians (ACEP)*. *Ann Emerg Med* 2008;52(4):407-436.
7. NICE. Headaches in over 12s: diagnosis and management. *Clinical Guide CG150*. 2012 [Updated 2015]. <http://nice.org.uk/guidance/cg150>.
8. Sánchez-García ME y cols. Protocolo diagnóstico del delirio y del síndrome confusional agudo. *Medicine* 2011;10(76):5174-7.
9. Quiñonez Bareiro F, Pérez Molina I, Garrido Robres A. Síndrome confusional agudo. Delirium. En: Julián Jiménez A (ed.). *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias*. Complejo hospitalario de Toledo. 4ª ed. 2016.
10. NICE. ational Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. Delirium in adults. *Clinical Guide* 2014. <http://nice.org.uk/guidance/qs63>.
11. British Geriatrics Society and Royal College of Physicians. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people. Concise guidance to good practice series, N° 6. London: RCP, 2006.
12. Lopez Valdés E., Sanz Garcia RM, Porta J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica*, Hospital Universitario 12 de Octubre. 2000.
13. Cabrera Solé R, y cols. *Urgencias en Medicina, Diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Aula Médica. 1999;169-174.
14. Forster PL, Buckley R, Phelps MA. Phenomenology and Treatment of Psychotic Disorders in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiat Clin North America* 1999; 22, 4: 735-754.
15. Gonzalez Salvador MT, Arango López C, Lyketsos CG. Tratamiento de la agitación en pacientes con demencia. *Med Clin (Barc)* 1999, 113: 592-597.
16. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical assessment of patients presenting with psychiatric symptoms in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(4):819-850.
17. Miquel Sánchez Sánchez | José Millá Santos dirección y coordinación. Algoritmos de decisión en urgencias de Atención Primaria. D.L.: B-2944-2010.
18. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia 2008. Grupo de estudio de la epilepsia. Sociedad Española de Neurología.
19. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las crisis epilépticas y de la epilepsia en situaciones de urgencia 2008. Sociedad Andaluza de Epilepsia (SAde), con el aval de la SEN, la SAN y la SEMES.
20. M. Sanchez- Sanchez. Claves para el tratamiento urgente del paciente que ha presentado una crisis comicial. *Jano* 10-16 Febrero 2006. N° 1594.

