



ORIGINAL

Estudio observacional multicéntrico retrospectivo sobre el manejo clínico y terapéutico de los diferentes tipos de estatus epiléptico en la práctica clínica



M.A. de la Morena Vicente^{a,*}, J.J. Granizo Martínez^a, J. Ojeda Ruiz de Luna^b, A. Peláez Hidalgo^c, M. Luque Alarcón^d, F.J. Navacerrada Barrero^e, S. Al Hussayni Hussein^f, E. García Cobos^c, L. Ballesteros Plaza^a, G. de las Casas Cámara^g e I. Viudez Jiménez^a

^a Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

^b Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

^d Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

^e Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^f Harrogate District Hospital, Reino Unido

^g Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

Recibido el 16 de mayo de 2015; aceptado el 30 de noviembre de 2015

Accesible en línea el 11 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Estatus epileptico;
Tratamiento;
Pronóstico;
Tónico-clónico;
Parcial complejo;
Parcial motor

Resumen

Introducción: El estatus epiléptico es una urgencia neurológica asociada a una mortalidad y morbilidad significativa. Analizamos las características en nuestra población.

Métodos: Se recogieron los datos de manera retrospectiva de la historia clínica electrónica de adultos con diagnóstico de estatus epiléptico en 5 centros hospitalarios durante 4 años.

Resultados: Se obtuvieron datos de un total de 84 episodios en 77 pacientes, con edad media de 60,3 años. El 52,4% tenían historia previa de epilepsia. Clasificación según el tipo de estatus: 47,6% tónico-clónico; 21,4% parcial complejo; 17,9% parcial motor; 6% parcial simple; 3,6% mioclónico y 3,6% sutil. Si analizamos el momento que finalizó el estatus según las fases definidas para este estudio obtenemos: 13,1% precoz (hasta 30 min); 20,2% establecido (entre 30-120 min); 41,7% refractario (más de 120 min) y 13,1% superrefractario (continúan o recurren después de más de 24 h de anestesia). Diez casos (11,9%) fallecieron sin haberse controlado el estatus. El porcentaje acumulativo de éxito alcanzado con el primer tratamiento fue de 8,3%; segundo 27,3%; tercero 48,7%; cuarto 58,2%; quinto 70,1%; sexto 80,8%; séptimo 83,2% y octavo 84,4%.

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos que el estatus no se controló en las primeras 2 h en casi la mitad de los casos, y un 11,9% fallecieron sin controlarse, sin haber diferencias

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masuncion.morena@salud.madrid.org (M.A. de la Morena Vicente).

significativas entre el tipo de estatus. En casi la mitad se logró el control del estatus con el tercer tratamiento, pero en algún caso se precisó hasta 8. Son necesarios registros amplios que permitan analizar el manejo en los distintos tipos y fases.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Status epilepticus;
Treatment;
Prognosis;
Tonic-clonic;
Complex partial;
Partial motor

Retrospective multicentre observational study on clinical management and treatment of different types of status epilepticus in clinical practice

Abstract

Introduction: Status epilepticus (SE) is a neurological emergency associated with significant mortality and morbidity. We analyse characteristics of this entity in our population.

Methods: Data from electronic medical records of adults diagnosed with SE were collected retrospectively from 5 hospitals over 4 years.

Results: Data reflected 84 episodes of SE in 77 patients with a mean age of 60.3 years. Of this sample, 52.4% had a previous history of epilepsy. Status classification: 47.6% tonic-clonic, 21.4% complex partial, 17.9% partial motor, 6% partial simple, 3.6% myoclonic, and 3.6% subtle SE. Based on the duration of the episode, SE was defined in this study as early stage (up to 30 min) in 13.1%, established (30-120 min) in 20.2%, refractory (more than 120 min) in 41.7%, and super-refractory (episodes continuing or recurring after more than 24h of anaesthesia) in 13.1%. Ten patients (11.9%) died when treatment failed to control SE. The cumulative percentage of success achieved was 8.3% with the first treatment, 27.3% for the second, 48.7% for the third, 58.2% for the fourth, 70.1% for the fifth, 80.8% for the sixth, 83.2% for the seventh, and 84.4% for the eighth.

Conclusions: In our study, we found that SE did not respond to treatment within 2h in approximately half the cases and 11.9% of the patients died without achieving seizure control, regardless of the type of status. Half the patients responded by the third treatment but some patients needed as many as 8 treatments to resolve seizures. Using large registers permitting analysis of the different types and stages of SE is warranted.

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El estatus epiléptico es una condición neurológica asociada a unos índices de mortalidad y morbilidad importantes. La incidencia global estimada varía dependiendo de la población estudiada y de la definición utilizada^{2,4,10,20,23}. En Europa, la incidencia del estatus convulsivo es de 3,6 a 6,6 por 100.000 habitantes, y el no convulsivo es de 2,6 a 7,8 por 100.000 habitantes^{3,12,22}. Un estudio publicado recientemente en Estados Unidos encuentra un aumento en la incidencia de 3,5/100.000/año en 1979 a 12,5/100.000/año en 2010⁵. Con respecto al tratamiento farmacológico del estatus, a pesar del importante desarrollo en los últimos años de fármacos antiepilepticos, continúa habiendo pocos ensayos aleatorizados, debido fundamentalmente a las dificultades metodológicas y éticas que plantean dichos estudios. Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con las guías terapéuticas, puede haber algunas variaciones en el tratamiento entre los distintos países debido a la diferente disponibilidad de algunos fármacos^{15,21,16}. Realizamos este trabajo para conocer las características y el manejo terapéutico de los diferentes tipos de estatus en nuestra población.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo: se han revisado las historias clínicas electrónicas de pacientes con diagnóstico de estatus epiléptico —código CIE-9 (CIE 345.3, 345.2 y 345.7)— en 5 hospitales de área de segundo nivel que atienden a 860.000 habitantes de la Comunidad de Madrid (España), desde su apertura en 2008 hasta junio de 2012. Se han recogido variables demográficas y clínicas (antecedentes de epilepsia, características del estatus, tratamientos empleados, evolución y secuelas). Definimos para este estudio las fases del estatus como: estatus precoz (menos de 30 min), estatus establecido (30-120 min), estatus refractario (duración mayor de 120 min) y estatus superrefractario (cuando continúa o recurre después de más de 24h de anestesia). Analizamos el tratamiento del estatus como en otros estudios que consideran los resultados del control farmacológico del estatus de acuerdo a una categoría de éxito definida cuando el estatus está completamente controlado con el tratamiento, sin recurrencia o crisis por retirada, o discontinuación por efectos secundarios o fallecimiento durante el tratamiento. Y se definen 5 categorías de fallo: fallo inicial, recurrencia, crisis por retirada, efectos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5631784>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5631784>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)