



25 CONGRESO
SEFAP • JEREZ
25-27 Mayo 2022

¿DEBUT EPILÉPTICO O CONVULSIONES MEDICAMENTOSAS?

Pedro Gómez Espínosa
Ma Belén de la Hija Díaz
Isabel Tofiño González

25 años SEFAP

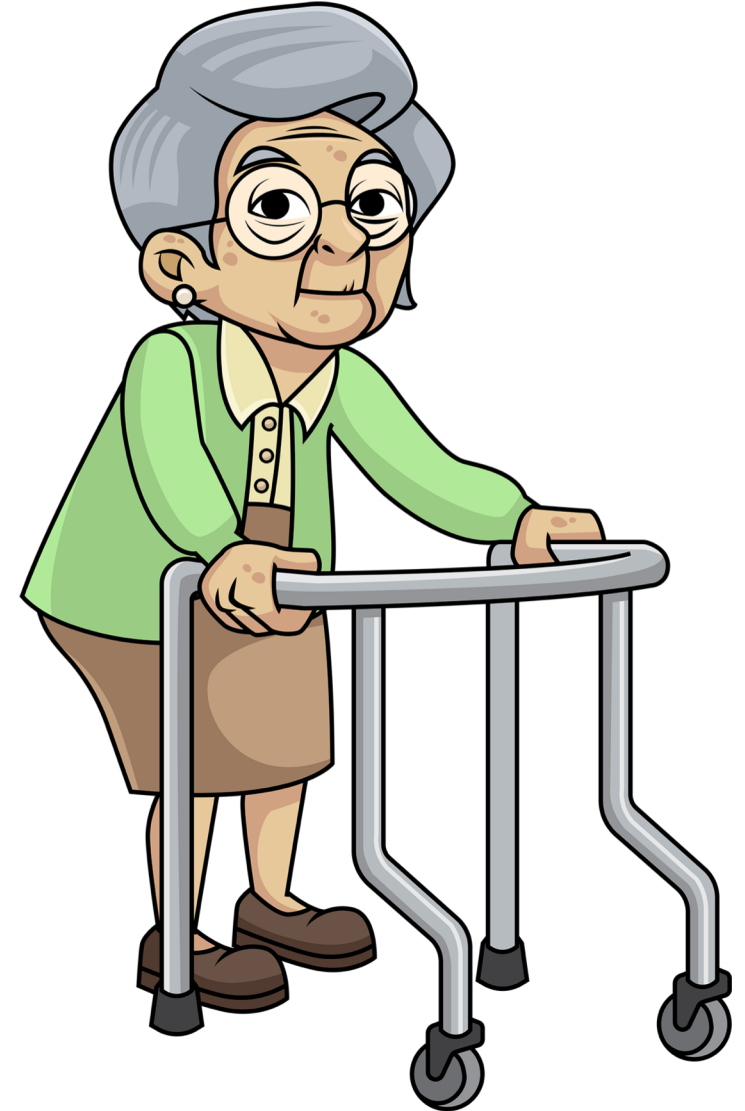
De la calidad terapéutica a la calidad asistencial





Paciente

- Anciana frágil institucionalizada
 - 89 años
 - Paciente crónica compleja
 - Avisos y consultas a urgencias
 - *¿Crisis comiciales?*
 - Pruebas y estudios
 - TAC sin alteraciones
 - Estudio neurológico incompleto





Antecedentes

Tratamientos previos a crisis convulsivas



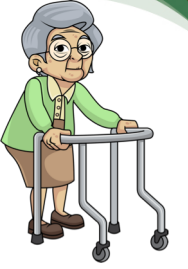
Antecedentes (I)

P. Salud	Ttos. Previos
E. Parkinson	Levodopa/Carbidopa 250/25mg /6h
Artrosis Dolor neuropático P. inquietas	Tramadol/paracetamol 32,7/325mg /8h Pregabalina 150mg /12h
E. Arterial periférica	AAS 100mg/24h
Osteoporosis	Calcifediol 266mg /14 días
HTA / IC /Valvulopatía	Manidipino 10mg/24h Espironolactona 25mg/24h Furosemida 40mg/24h



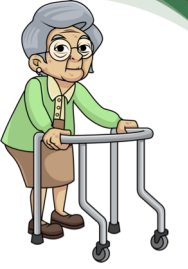
Antecedentes (II)

P. Salud	Ttos. Previos
Demencia	Rivastigmina parches 4,6mg/24h
Ttorno. Ansioso-depresivo	Citalopram 20mg/24h Mirtazapina 15mg/24h
Sínt. Cognitivo-conductuales por demencia	Quetiapina 50mg/8h
Dispepsia	Omeprazol 20mg/24h
Anemia	Hierro sulfato 80mg/24h
Déficit B12 (173pg/ml)	Sin tratar



Motivos de consulta más recientes (I)

- Enero21:
 - Derivación a psiquiatría por mayor deterioro cognitivo asociando alucinaciones
- Febrero21:
 - Ingreso: neumonía bilateral (COVID19)
- Agosto21:
 - Ingreso por traumatismo: caída



Motivos de consulta más recientes (II)

- Septiembre 21:
 - Paciente debuta con ITU y diversas crisis convulsivas que generan cambios de tratamiento
 - No signos de patologías intracraneales agudas



Cambio de tratamiento por crisis convulsivas

Fecha	Evento	Cambios de tratamiento
2/9/21 SUH	ITU 1er crisis comicial tardía	Cefditoreno 400mg/12h 7días Levetiracetam 250mg/12h
5-6/9/21 Ingreso H	Nueva crisis	↑Levetiracetam 750mg/12h Cambio ab: Cefuroxima 500mg/12h
13/9/21 MAP	4 crisis más	↑Levetiracetam 1000mg/12h +Clonazepam 0,5mg/8h Cambio ab: Nitrofurantoína 50mg/12h
14/9/21 SUH	2 crisis más	↓Clonazepam 0,5mg/12h +Lacosamida 100mg/12h

Urocultivo, *E.Coli* :
Resistente a
cefalosporinas
Sensible a
nitrofurantoína



Revisión sistemática de la medicación

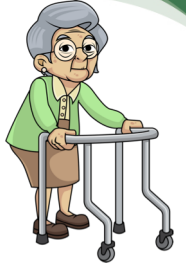
¿Rivastigmina reduce umbral convulsivo?



Nivel	Patología	Tto	Necesidad	Eficacia	Adec. /Propuesta	Seguridad
1	Ansiedad /depresión	Citalopram 20mg		SI	Mantener y/o valorar cambio ISRS	NO (Convulsiones)
		Mirtazapina 15mg		SI	Valorar retirada	NO (Convulsiones)
	Déf. Cognitivo	Rivastigmina 4,6/24h		NO	Retirar	NO (↓ umbral conv.)
	Dolor crónico (lumbalgia, osteopor.)	Tramadol, paracetamol	SI	SI	Retirar tramadol ↑ D. paracetamol	NO (interac. Tramadol)
		Pregab. 150mg/12h		SI	Mantener	SI (↑ umbral conv.)
	Sint. Cognitivos-conductuales demencia	Quetiapina 50mg/24h	Dudosa	Dudosa	Valorar retirada	SI
	Epilepsia	Levetiracetam 1000mg/24h		SI	Mantener mientras se mantengan los episodios e ir valorando por neurología	SI
		Clonazepam 0,5mg/12h		SI		SI
		Lacosamida 100mg/12h	SI	SI		SI



Nivel	Patología	Tto	Necesidad	Eficacia	Adec. /Propuesta	Seguridad
2	Anemia	Hierro sulfato 24h	SI	SI	Asociar B12 o valorar retirada	SI
	Déficit B12	...	SI	SI	Valorar introducción tras det. B12	SI
	Enf. Parkinson	...dopa/carbidopa 250/25mg / 6h	SI	SI	Mantener y vigilar aparición de hiotensión	SI
3	HTA / IC / Valvulopatía	Furosemida 40mg/24h	SI	SI	SI	SI
		Manidipino 10mg/24h	SI	SI	SI	SI
		Espironolactona 25mg/24h	SI	SI	SI	SI
	Enf. Arterial periférica	AAS 100mg/24h		SI	SI	SI
	Osteoporosis	Hidroferol 266mg/14 días		Dudosa	Monitorizar niveles y después adecuar	SI
	Prevec. Hemorragia digestiva alta	Omeprazol 20mg/24h	SI	SI	Mantener	SI



Seguridad: riesgo convulsiones

- ✓ Tramadol
 - ✓ Rívastígmína
 - ✓ Citalopram
 - ✓ Mirtazapína
 - ✓ AAS (D. aínfl)
- ↓ umbral conv.
y/o aparición de
crisis

- ✓ Citalopram + tramadol o
mirtazapína

↑ Riesgo sínd. Serotoninérgico y
convulsiones graves

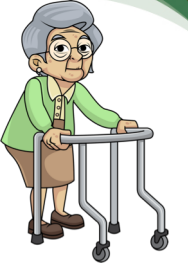
- ✓ Cefalosporinas

Producir convulsiones o reducir umbral

- ✓ Deficit de B12

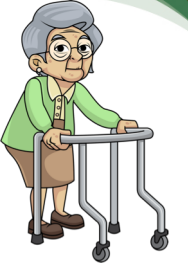
Debut: Crisis convulsivas

Mantenido: Polineuropatía,
irritabilidad, alteraciones
conductuales y demencia



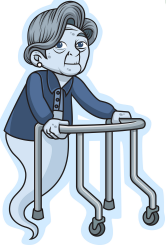
Resolución del caso y discusión

- Sospecha de crisis de origen medicamentoso
 - No imágenes de alteraciones neurológicas compatibles



Propuesta de adecuación de tratamiento (I)

- ☑ Retirada de tramadol (↑ paracetamol si necesario)
 - Fármaco más implicado en cuadro
 - CI en epilepsia no controlada y asociado con riesgo de S. serotoninérgico
- ☑ Retirada paulatina rivastigmina
 - Relación con convulsiones
 - Dudosa eficacia
 - Riesgo de bloqueo AV + lacosamida
- ☑ ¿Retirada mirtazapina?
 - Implicación en crisis + riesgo S. serotoninérgico
 - Ya toma otro antidepresivo



Propuesta de adecuación de tratamiento (II)

- ✓ Introducción B12 (tras nueva determinación)
 - Asociación o retirada de hierro
- ✓ Retirada antiépilépticos (una vez resuelto cuadro convulsivo)
- ✓ Valorar retirada de quetiapina
- ✓ Niveles VítD:
 - ¿Retirada de calcifediol? ¿Asociar a Ca^{2+} ?
- ✓ Tensión arterial: hipotensión
 - Interacción Levodopa/carbídopa, furosemida, manidípino y espironolactona
- ✓ Riesgo de sangrado (AAS+citalopram)
- ✓ Paciente falleció



Conceptos clave o conclusiones

- Rivastigmina, tramadol y otros fármacos de uso frecuente en el anciano
 - Pueden disminuir el umbral convulsivo
 - Desencadenar crisis convulsivas
 - Tanto de forma individual como al interaccionar entre ellos



¡MUCHAS GRACIAS!

pedrogomez@usal.es

mbdel@sescam.jccm.es

mitofino@sescam.jccm.es