



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“ESTATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO EN UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS: REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GABRIELA FERNANDA GARCÍA PERALTA

DIRECTOR: DR. JORGE LUIS YÁNEZ CASTRO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“Estatus epiléptico no convulsivo en Unidad de Cuidados
Intensivos: Reporte de caso”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: GABRIELA FERNANDA GARCÍA PERALTA

DIRECTOR: DR. JORGE LUIS YÁNEZ CASTRO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Gabriela Fernanda García Peralta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106266505. Declaro ser el autor de la obra: "**Estatus epiléptico no convulsivo en la Unidad de Cuidados Intensivos: Reporte de caso**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 16 de julio de 2024

F: 
Gabriela Fernanda García Peralta
C.I. 0106266505

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Estatus epiléptico no convulsivo en la Unidad de Cuidados Intensivos: Reporte de caso**" realizado por **Gabriela Fernanda García Peralta** con documento de identidad No. 0106266505, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 16 de julio de 2024



F:

Dr. Jorge Luis Yáñez Castro
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres, por ser mi ejemplo a seguir y entregarme todo su amor, apoyo y sacrificio a lo largo de estos años. Y que a pesar de las adversidades nunca han dejado de creer en mí y han sido un pilar fundamental en mi vida para convertirme en la persona que soy.

A mi hermana, que con todo su cariño y amor me impulsa día a día para seguir adelante.
A mis abuelitos, por ser como mis segundos padres y estar apoyándome en cada paso que doy. A mis tíos, por siempre estar pendiente de mí cuidándome y aconsejándome durante esta etapa y cuando más los necesito.

A toda mi familia, que con sus palabras de aliento han estado conmigo durante todo este proceso.

Esta tesis está dedicada a todos ustedes, quienes han sido mi inspiración y han hecho posible este logro.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios quien ha sido mi mayor fortaleza en los momentos más difíciles. A mis padres, Esteban y Gabriela, quienes me han apoyado desde el día uno en mi decisión de estudiar esta carrera y sobre todo por ser mi ejemplo de lucha y superación. Por enseñarme que a pesar de los obstáculos que se presenten en mi vida nunca me tengo que dar por vencida y que siempre tengo que luchar por mis sueños. Gracias por acompañarme durante todos estos años haciendo su mayor sacrificio por mí. A Emilia, mi hermana que con sus ocurrencias siempre en mis días malos me sacaba una sonrisa, sin su apoyo constante y su amor incondicional este logro no habría sido posible.

A mis familiares, que nunca me han dejado sola y siempre han estado apoyándome y alentándome para que día a día sea una mejor persona y me supere en cada etapa de mi vida. De manera especial, a mis abuelitos Freddy y Mery que se han convertido en mis segundos padres y me han acompañado con su amor, paciencia y sabiduría en este proceso.

También quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis, Dr. Jorge Yáñez, por su paciencia, dedicación y liderazgo que han sido fundamentales en el desarrollo de este trabajo. Su compromiso con mi crecimiento académico ha sido verdaderamente inspirador.

Este logro es el resultado del apoyo de todos y cada uno de ustedes que nunca me han dejado caer y han creído en mí.

¡Muchas gracias!

RESUMEN

ANTECEDENTES: El estatus epiléptico es considerado un importante problema de salud pública con alta morbimortalidad. Un subtipo es el estatus epiléptico no convulsivo, considerándose una emergencia médica que presenta gran variabilidad en sus manifestaciones clínicas y una dificultad en su diagnóstico. Existen algunas condiciones médicas subyacentes como lesiones cerebrales, trastornos cerebrovasculares, trastornos metabólicos, que pueden aumentar el riesgo de esta patología que además constituye aproximadamente el 20% de todos los casos de estado epiléptico en pacientes en hospitales generales. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 88 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus que acude por presentar alteración del estado de conciencia por caída de su propia altura, sufriendo impacto en región derecha contra superficie dura, al analizar la tomografía se observa un hematoma subdural agudo, y se realiza craneotomía. Al segundo día de ingreso a unidad de cuidados intensivos la paciente no presenta mejoría clínica postquirúrgica y se identifica el signo de clonus; por lo que se procede a realizar el electroencefalograma, diagnosticándose un estatus epiléptico no convulsivo. Después de 9 días de tratamiento y manejo clínico, la evolución es mala y la paciente fallece. **CONCLUSIONES ESPERADAS:** El estado epiléptico no convulsivo es una patología con manifestaciones clínicas muy variadas y cuyo diagnóstico definitivo se basa en el electroencefalograma, el manejo adecuado es esencial para prevenir complicaciones y mejorar el bienestar general de quienes experimentan este estado.

Palabras clave: Diagnóstico, estatus epiléptico no convulsivo, electroencefalograma, manifestaciones clínicas, tratamiento.

ABSTRACT

BACKGROUND: Status epilepticus is considered an essential public health problem with high morbidity and mortality. One subtype is non-convulsive status epilepticus, considered a medical emergency that presents high variability in its clinical manifestations and difficulty in diagnosis. Some underlying medical conditions, such as brain injuries, cerebrovascular disorders, and metabolic disorders, can increase the risk of this pathology, constituting approximately 20% of all cases of status epilepticus in patients in general hospitals. **CASE PRESENTATION:** An 88-year-old female patient with a record of high blood pressure, heart failure, and diabetes mellitus presented with an altered state of consciousness due to a fall while standing, suffering an impact in the right region against a hard surface. After the analysis, the tomography revealed an acute subdural hematoma, and a craniotomy was performed afterward. On the second day of admission to the intensive care unit, the patient did not show post-surgical clinical improvement, and the sign of clonus was identified. Therefore, an electroencephalogram was performed, diagnosing non-convulsive status epilepticus. After nine days of treatment and clinical management, the evolution was poor, and the patient passed away. **EXPECTED CONCLUSIONS:** Non-convulsive status epilepticus is a pathology with varied clinical manifestations and whose definitive diagnosis is based on the electroencephalogram. Adequate management is essential to prevent complications and improve the general well-being of those who experience this state.

Keywords: Diagnosis, non-convulsive status epilepticus, electroencephalogram, clinical manifestations, treatment.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO.....	12
Información del paciente	12
Hallazgos clínicos.....	12
Línea de tiempo.....	12
Evaluación diagnóstica.....	13
Intervención terapéutica.....	15
Seguimiento y resultados.....	15
DISCUSIÓN.....	18
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes caracterizada por una predisposición duradera a generar convulsiones. La prevalencia y la incidencia de esta enfermedad es mayor en los hombres que en mujeres y tienden a alcanzar su punto máximo en la tercera década de la vida, siendo los factores predisponente el accidente cerebrovasculares, enfermedades neurodegenerativas y tumores (1–3).

Se define al estatus epiléptico (EE) como una afección potencialmente mortal en la que el cerebro se encuentra en un estado de actividad convulsiva cortical persistente. El EE puede ser de tipo generalizado y no convulsivo, siendo el primero un subtipo de estado epiléptico en el que la actividad motora excesiva y convulsiva es el síntoma principal; mientras que, el estado epiléptico no convulsivo (EENC) se refiere a un subtipo de estado epiléptico caracterizado por la asociación de la actividad ictal con el desarrollo de entidades clínicas diferentes a las convulsiones tónico-clónicas. Este fenómeno combina crisis epilépticas no convulsivas o subclínicas (con anomalías específicas en el registro electroencefalográfico) y episodios de alteraciones cualitativas de la conciencia, sin otras manifestaciones motoras importantes (4–7).

Los estudios sobre la incidencia y prevalencia del EENC se limitan a investigaciones pequeñas y en gran parte de un solo centro. Teniendo en cuenta el EE tanto convulsivo como no convulsivo, en la situación mundial la incidencia es de 26.2 por 100.000 en la población de edad avanzada frente a 5.2 por 100.000 en la población más joven. La incidencia específica del EENC a manera global es difícil de estimar debido a su variación clínica lo que genera diagnósticos no exactos, según estudios epidemiológicos oscila de 15 a 20 por 100.000 casos por año, pero podría estar muy infravalorado (8–10). En los adultos mayores, el EENC es el estado epiléptico más común, con una prevalencia del 26.6% y una incidencia de 55 a 86 casos por 100.000 personas (3). También, el estatus epiléptico no convulsivo está presente en alrededor del 8% de los pacientes comatosos en entornos de altos ingresos sin antecedentes inmediatos de convulsiones, y en los pacientes estadounidenses admitidos en Unidades de Cuidados Neurointensivos (11).

Por otra parte, si bien las crisis convulsivas son consideradas uno de los síntomas que más se reconocen en la epilepsia, el estado epiléptico no convulsivo (EENC) es una de las manifestaciones de las cuales se tiene menos conocimiento pero que es igualmente importante en esta patología. A pesar de que ya se han realizado varias investigaciones

sobre la epilepsia, el EENC ha recibido poca atención comparada a las crisis convulsivas. Por lo que, esta carencia de investigación se traduce en conocimiento limitado respecto a esta patología. Además, los pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos (UCI) a menudo presentan varias comorbilidades como trastornos metabólicos, infecciones, incluso fallo multiorgánico; condiciones que pueden interferir en la fisiopatología del EENC y así complicar su diagnóstico y tratamiento (4, 5, 11). Es por ello, que se reporta el presente caso sobre Estatus Epiléptico No Convulsivo en una paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente femenina de 88 años de edad, con antecedentes de insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, hipertensión arterial, derrame pleural crónico, derrame pericárdico crónico; con antecedentes quirúrgicos de pleudoresis y exceresis de mama. Sus familiares refieren caída desde su propia bipedestación, sufriendo un traumatismo craneoencefálico más alteración del estado de conciencia y vómito en forma de proyectil.

Hallazgos clínicos

Presión arterial 149/56 mmHg, frecuencia cardiaca 88 x minuto. Pupilas asimétricas, midriasis izquierda 5mm, hiporeactivas.. Tórax: murmullo vesicular disminuido en campo derecho. Ruidos cardiacos arrítmicos. Examen neurológico: Glasgow: 7/15 (motor: 4, verbal: 1, ocular: 2), flacidez muscular derecha, hiperreflexia patelar y respuesta plantar indiferente.

Línea de tiempo

Ver figura 1.

Figura 1.
enfermedad.

Cronología de la



Fuente: historia clínica de la paciente.

Evaluación diagnóstica

Al ingreso se realiza TAC simple de cráneo (figura 2) donde se evidencia un hematoma subdural, con criterio neuroquirúrgico por lo que se decide pasar parte operatorio para resolución quirúrgica.



Figura 2. TAC simple de cráneo al momento

del ingreso.

Descripción: Hematoma subdural del hemisferio cerebral izquierdo con desplazamiento de la línea media que colapsa el ventrículo lateral izquierdo.

Fuente: historia clínica de la paciente.

Se realizan examen hematológico, que se reportan en la tabla 1 y 2.

Tabla 1. Examen de sangre.

Leucocitos	8.6 x 10 ³ /ul
Volumen corpuscular medio	102.8 fl
Concentración media de hemoglobina	32.1 pg
Concentración corpuscular media	31.3 g/dl
Neutrófilos	7.31 x 10 ³ / ul
Monocitos %	4.3%
Linfocitos %	10.1%
Neutrófilos %	89.4%

Fuente: historia clínica de la paciente.

Tabla 2. Gasometría arterial.

BE	6.0 mmol/l
HCO ₃	32.9 mmol/l
O ₂ SAT	89.5%
PCO ₂	57.6mmHg
PH	7.375
PO ₂	58.1 mmHg

LACTATO	0.76
---------	------

Fuente: historia clínica de la paciente.

Intervención terapéutica

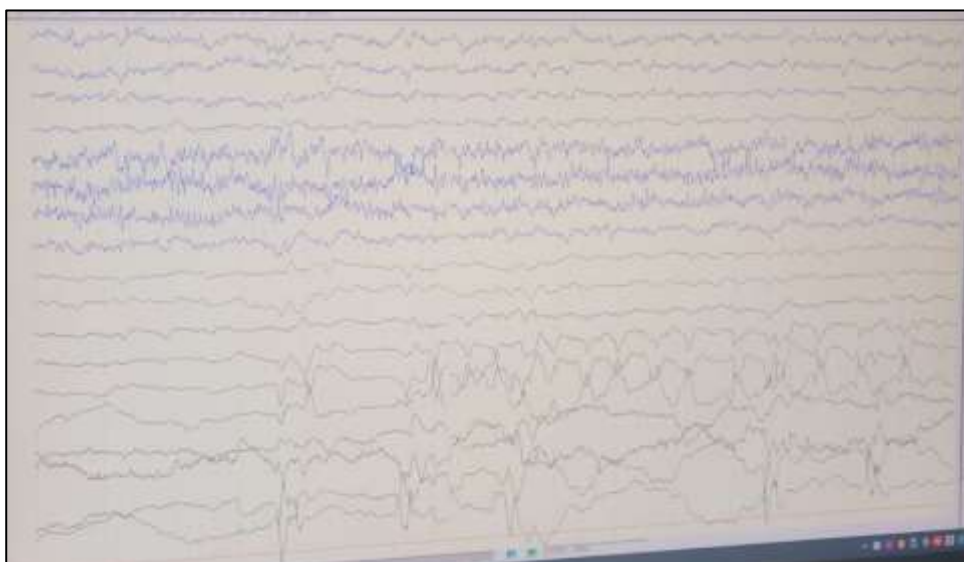
Se le efectuó una craniectomía descompresiva con drenaje, procedimiento sin complicaciones, cierre con periostio por desgarro de duramadre de 2 cm.

Seguimiento y resultados

Paciente ingresa a UCI para observación posterior a cirugía, permanece bajo efectos de sedoanalgesia con midazolam y fentanilo, bajo ventilación mecánica modo volumen control, hemodinámicamente inestable con requerimiento de soporte vasopresores a 0.11mcg/kg/min para mantener objetivo de TAM (tensión arterial media), afebril, se mantiene con antibioticoterapia profiláctica a base de ceftriaxona conservando un adecuado ritmo diurético, azoados y electrolitos dentro de parámetros normales.

El paciente en su segundo día de hospitalización en terapia intensiva presenta crisis parciales con movimientos tónicos a nivel de extremidad superior derecha y signo de chupeteo, sin presencia de taquicardia u otros signos. Se solicita electroencefalograma (figura 3), donde se exhibe patrón basal lento, irregular y actividad epileptiforme generalizada y rítmica.

Figura 3. Electroencefalograma.



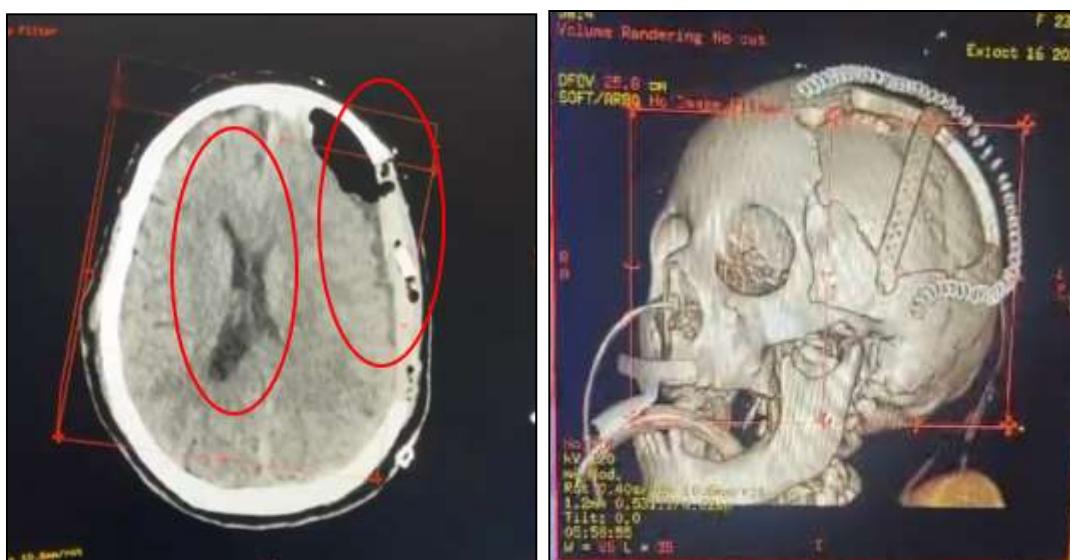
Fuente: historia clínica de la paciente.

Se decide inicio de manejo anticomitial, impregnación y mantenimiento con levetiracetam, además, se inició sedación a base de Propofol a 1mg/kg/hr para mantener Rass de -3. Se mantuvo acoplada a ventilación mecánica; hemodinámicamente inestable con requerimiento de soporte vasopresor a dosis mínimas de norepinefrina a 0.04mcg/kg/min para mantener adecuada perfusión cerebral; febril por lo que se toma cultivos periféricos, urocultivo y cultivo de secreción traqueal; sin antibioticoterapia. En exámenes complementarios se destaca neutrofilia sin leucocitosis, función renal conservada con diuresis adecuadas e hipokalemia leve sin cambios electrocardiográficos, por lo que se realiza corrección según protocolo y monitorización continua, control estricto de estado de conciencia y diámetro pupilar.

En la evolución, paciente al momento bajo efectos de sedoanalgesia con midazolam, propofol y fentanilo, se mantiene monitorizada. Mantiene rass -4. Al tercer día de hospitalización presenta convulsivas colocándose dosis de levetiracetam, se revisa electroencefalograma en donde se observa actividad epileptiforme frontal de lado izquierdo por lo que se impregna con levetiracetam, se pauta levetiracetam con horario.

En la TAC (figura 4) realizada a su tercer día en unidad de cuidados intensivos, se observa tejidos blandos superficiales aumentados de grosor y densidad a nivel fronto temporoparietal izquierda, con craniectomía a este mismo nivel, cambios postquirúrgicos del hematoma subdural crónico agudizado fronto temporoparieto occipital izquierdo, el mismo que ha disminuido y con presencia de gas, además disminución del efecto de masa y desplazamiento de las estructuras de la línea media.

Figura 4. TAC de cráneo.



Fuente: historia clínica de la paciente.

Paciente desde su ingreso a UCI se mantiene febril, en espera de resultados de cultivos periféricos, urocultivo y cultivo de secreción traqueal, al momento sin antibioticoterapia. Presenta adecuado ritmo diurético, azoados dentro de parámetros normales. Además, se recibe bajo efectos de sedoanalgesia con fármacos ya mencionados, pero se disminuye dosis de fentanilo, sin embargo, paciente mantiene r_{ass}-5 por lo que se decide suspender fentanilo y se inicia analgesia con morfina, al momento paciente r_{ass}-4 con respuesta a estímulos dolorosos profundos se mantiene monitorizada.

Se mantiene doble esquema de anticonvulsivo con levetiracetam. Su última crisis convulsiva fue hace 3 días para lo cual se decide dosis de carga con levetiracetam. Continúa acoplada a ventilación mecánica modo VC, requiere vasopresor dosis mínima para mantener la tensión arterial media objetiva, afebril, resultados preliminares de hemocultivos, urocultivo y cultivo de secreción traqueal preliminares negativos, al momento sin antibioticoterapia con fórmula leucocitaria en descenso, adecuada tolerancia a dieta polimérica 1500 kcal por sondanásogátrica.

La paciente se encuentra en plan de progresión neurológica y se suspende hace 24 horas sedoanalgesia, al examen físico presenta respuesta a estímulos dolorosos profundos y se mantiene monitorizada. Por los antecedentes antes descritos junto con su evolución mala, el paciente presenta de manera súbita desaturación y asistolia de manera persistente, por lo que se procede a reanimación cardiopulmonar avanzada por un lapso de 45 minutos sin respuesta a las maniobras, por lo que se procede a certificar su fallecimiento.

DISCUSIÓN

El presente reporte de caso permitió a conocer el estatus epiléptico no convulsivo en la unidad de cuidados intensivos. Beghi (1) y Arteaga et al. (2) refieren que la epilepsia es una condición neurológica que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, con una distribución global. La prevalencia y la incidencia de la epilepsia muestran una ligera preponderancia en los hombres en comparación con las mujeres. Este fenómeno epidemiológico se observa a lo largo de diferentes etapas de la vida, con un incremento notable en la incidencia durante la primera y la séptima década de vida. Los factores genéticos y las malformaciones del desarrollo cerebral son contribuyentes predominantes durante la infancia y adolescencia, mientras que, en la población de mayor edad, la incidencia elevada se relaciona frecuentemente con enfermedades cerebrovasculares, neurodegenerativas y otros trastornos adquiridos. Existe una relación con el caso clínico en donde la paciente es de la tercera edad y su factor desencadenante es una patología cerebrovascular hemorrágica debido a los hallazgos de hematoma subdural y hemorragia subaracnoidea.

Huang et al. (4) mencionan que el estado epiléptico no convulsivo (EENC) es una condición neurológica crítica en la que destaca la presencia de crisis epilépticas sin manifestaciones convulsivas evidentes. Esta condición a menudo se manifiesta con alteraciones significativas en el estado de conciencia y puede ir acompañada de anomalías vegetativas y cambios comportamentales. En el contexto del caso clínico presentado, la paciente experimentó un compromiso severo en su nivel de conciencia, reflejado por una puntuación de 7/15 en la Escala de Coma de Glasgow, lo cual es

indicativo de un deterioro neurológico considerable y subraya la gravedad del estado epiléptico no convulsivo. La relación entre la EENC y el compromiso del estado de conciencia en esta paciente pone de relieve la necesidad de una evaluación y manejo urgentes para evitar posibles daños neurológicos permanentes.

Tedrus et al. (15), destacan una amplia gama de asociaciones clínicas relacionadas con el estado epiléptico no convulsivo (EENC), lo que contribuye a una comprensión más profunda de su etiología y su impacto clínico. Los hallazgos revelan que un significativo porcentaje del 27% de los casos de EENC ocurre en pacientes que presentan alteración en el nivel de conciencia, etiología que se relaciona con el presente reporte de caso. El 48% de los pacientes con EENC han experimentado previamente un estado epiléptico generalizado. El 22% de los casos de EENC, se asocian con pacientes que han sufrido daño cerebral grave de origen traumático. Y un 6% de los pacientes con EENC tienen antecedentes de ictus isquémico. Estos datos proporcionan una perspectiva detallada de las múltiples facetas clínicas y las diversas condiciones subyacentes que pueden estar involucradas en la patogénesis y presentación del estado epiléptico no convulsivo.

Bögli et al. (6), observaron que el estado epiléptico no convulsivo (EENC) emerge como una condición de notable prevalencia en la demografía de pacientes internados en unidades de cuidados neurocríticos (NCCU), caracterizándose por una significativa carga de morbimortalidad. Según su investigación, se registra que el 30,1% de los pacientes sucumbe durante su estancia hospitalaria, mientras que el 63,5% de los sobrevivientes no experimentan una evolución favorable a los tres meses desde el inicio del episodio de EENC. Además, Baysal-Kirac et al. (5) aportan hallazgos complementarios al informar una tasa de mortalidad hospitalaria del 33,3%, revelando una asociación directa con etiologías potencialmente letales. Estos datos contextualizan adecuadamente el caso clínico en cuestión, donde lamentablemente la paciente fallece durante su hospitalización, reflejando así la gravedad y la complejidad inherentes al manejo del EENC en entornos de cuidados críticos.

La Sociedad Estadounidense de Neurofisiología Clínica (ACNS) (4) establece una clasificación detallada del estado epiléptico no convulsivo (EENC) en pacientes críticos, dividiéndolo en dos categorías principales: el estado epiléptico electrográfico y el estado epiléptico electroclínico. La primera categoría se diagnostica exclusivamente mediante

los hallazgos obtenidos a través de la electroencefalografía (EEG). Se basa en la identificación de patrones epilépticos característicos en el EEG, como descargas epileptiformes continuas o actividad rítmica anormal. La segunda categoría involucra tanto hallazgos clínicos como electroencefalográficos. Clínicamente, se observa un conjunto específico de signos y síntomas, que pueden incluir desviación ocular, nistagmo, espasmos faciales, y otros movimientos anormales. Estas manifestaciones clínicas deben estar presentes durante un periodo determinado y correlacionarse con anomalías en el EEG. Además, una mejora clínica notable debe ser observable tras la administración de medicación anticonvulsivante, confirmando así el diagnóstico. El caso expuesto se trata de un estado epiléptico electroclínico ya se evidencia en el electroencefalograma un patrón basal lento, irregular y actividad epileptiforme generalizada y rítmica. Además, de una clínica con movimientos tónicos a nivel de extremidad superior derecha y signo de chupeteo.

Wu et al. (13), introducen una taxonomía adicional que amplía la clasificación del estado epiléptico no convulsivo (EENC) para abarcar su manifestación en pacientes tanto comatosos como no comatosos. Dentro de este último grupo, se identifican varias subclasificaciones basadas en la naturaleza y el patrón de presentación clínica. Estas subclasificaciones incluyen la categorización de los episodios como generalizados/ausentes, focales/lateralizados y autonómicos, proporcionando así un panorama más detallado de las características clínicas y fisiopatológicas del EENC en una variedad de contextos clínicos. En este contexto la paciente se encontraba en la clasificación EENC no comatoso.

Baysal-Kirac et al. (5) y Cerrahoğlu (10) identifican múltiples obstáculos y complejidades inherentes al manejo del estado epiléptico no convulsivo (EENC), lo que implica una seria consideración de su impacto clínico, la necesidad de una evaluación y gestión clínicas precisas y oportunas. Entre los desafíos identificados se incluyen el riesgo potencial de diagnóstico erróneo y la consiguiente demora en el inicio del tratamiento, factores que contribuyen significativamente a una morbimortalidad elevada asociada con esta condición neurológica. La subdetección del EENC frecuentemente se atribuye a la ausencia de manifestaciones motoras convulsivas evidentes, especialmente en el contexto de otras presentaciones clínicas como alteraciones del estado mental o coma, lo que subraya cuán importante es sospechar y considerar cuidadosamente tanto la clínica como los factores de riesgo pertinentes en la evaluación diagnóstica. Esta

brecha mencionada no se puede relacionar al caso ya que el diagnóstico y abordaje fue oportuno durante su estancia hospitalaria, sin embargo, se puede destacar la importancia del abordaje terapéutico temprano que en este caso no se pudo realizar debido a predisposición de la familia.

Además, Tedruss et al. (15) hacen énfasis que la pronta identificación y tratamiento del estado epiléptico no convulsivo (EENC) revisten importancia crítica, ya que, durante la actividad epiléptica, se produce un aumento del flujo sanguíneo hacia el cerebro, acompañado de edema citotóxico y vasoconstricción cerebral, lo que puede desencadenar isquemia cerebral y un incremento en la demanda metabólica. Estos procesos pueden agravar el daño cerebral y tener un impacto significativo en el pronóstico del paciente. Por lo tanto, detectar tempranamente y una oportuna intervención son fundamentales para reducir el riesgo de complicaciones mejorando así los resultados clínicos en individuos afectados por EENC. Lastimosamente en el caso de la paciente, su intervención tardía tuvo una serie de complicaciones que terminaron siendo letales.

Baysal et al. (5) resaltan la carencia de datos exhaustivos acerca del tratamiento óptimo del estado epiléptico no convulsivo (EENC), enfatizando que el objetivo primordial sigue siendo la rápida terminación de las convulsiones. Además, señalan que el enfoque inicial del tratamiento debe priorizar el diagnóstico y la intervención de condiciones potencialmente mortales, tales como: la hipoglucemia, obstrucción de las vías respiratorias, la hiponatremia y la hipo o hipertermia, antes de proceder con la cesación veloz de las convulsiones. Por el contrario, Bogli et al. (6) sugieren que las benzodiazepinas representan la terapia de primera línea recomendada para el manejo del EENC. La administración de benzodiazepinas puede no solo servir como un indicador diagnóstico, sino también como una medida terapéutica, ya que el EENC puede resolverse y el estado del paciente mejorar con este tratamiento inicial. Por otro lado, Bravo et al. (17) señalan que el tratamiento de segunda línea comprende dosis intravenosas de fosfenitoína (fenitoína), valproato, fenobarbital, levetiracetam o midazolam. A pesar de que la fenitoína y el valproato son ampliamente utilizados en el manejo del EENC, la eficacia de los fármacos antiepilépticos (FAE) en esta condición no ha sido suficientemente estudiada. Es importante mencionar que en el caso clínico expuesto el tratamiento empleado se centró en la intervención de condiciones potencialmente mortales como fue el accidente cerebrovascular hemorrágico.

Moreno et al. (19) señalan que, a lo largo de varias décadas, el valproato de sodio ha sido reconocido como uno de los fármacos más eficaces tanto en terapia combinada con otros anticonvulsivos como en monoterapia para el tratamiento de trastornos convulsivos. La eficacia de este medicamento se atribuye a su capacidad para modular el sistema ácido γ -aminobutírico (GABA), aumentando la concentración postsináptica de GABA mediante la estimulación enzimática, además de inhibir los procesos catabólicos de GABA. Además de estos efectos, se han observado beneficios adicionales del ácido valproico en la regulación del sistema hormonal. Sin embargo, García et al. (9) en su estudio indican la importancia de tener en cuenta que el tratamiento del EENC es complejo y puede variar según las características individuales de cada paciente. Algunos pacientes pueden responder bien al valproato de sodio, mientras que otros pueden requerir otros medicamentos antiepilépticos o combinaciones de estos. Además, siempre es crucial una evaluación cuidadosa del paciente y una supervisión médica continua para ajustar el tratamiento según sea necesario y para minimizar los efectos secundarios potenciales del medicamento.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

No se puede conocer la perspectiva debido a que la paciente falleció.

CONCLUSIONES

El estado epiléptico no convulsivo (EENC) representa un desafío diagnóstico significativo en la práctica clínica, ya que su presentación clínica a menudo carece de signos y síntomas motores convulsivos evidentes. Esta falta de manifestaciones clínicas evidentes puede llevar a un subdiagnóstico de la enfermedad, lo que resulta en una morbilidad y mortalidad potencialmente alta. Además, las limitaciones en los criterios de diagnóstico y la falta de consenso sobre las formas de presentación del EENC y su tratamiento complican aún más su manejo clínico.

El infradiagnóstico del EENC puede tener consecuencias graves, ya que puede resultar en un retraso en el óptimo tratamiento de las convulsiones, aumentando así el riesgo de complicaciones como daño cerebral y empeoramiento del pronóstico del paciente. Además, las complicaciones asociadas con el EENC pueden incluir un mayor riesgo de lesiones, deterioro cognitivo y trastornos emocionales, lo que repercutiría negativamente sobre la calidad de vida de los pacientes afectados.

El EENC es una enfermedad subdiagnosticada y subtratada debido a su presentación clínica atípica y a las limitaciones en el diagnóstico y tratamiento. Para una mejora en cuanto a la calidad de vida y resultados clínicos, es fundamental aumentar la conciencia sobre esta enfermedad, mejorar los criterios de diagnóstico y desarrollar estrategias de tratamiento más eficaces y personalizadas. Esto requiere una colaboración estrecha entre profesionales de la salud para garantizar una evaluación completa y un manejo óptimo de esta compleja condición neurológica.

BIBLIOGRAFÍA

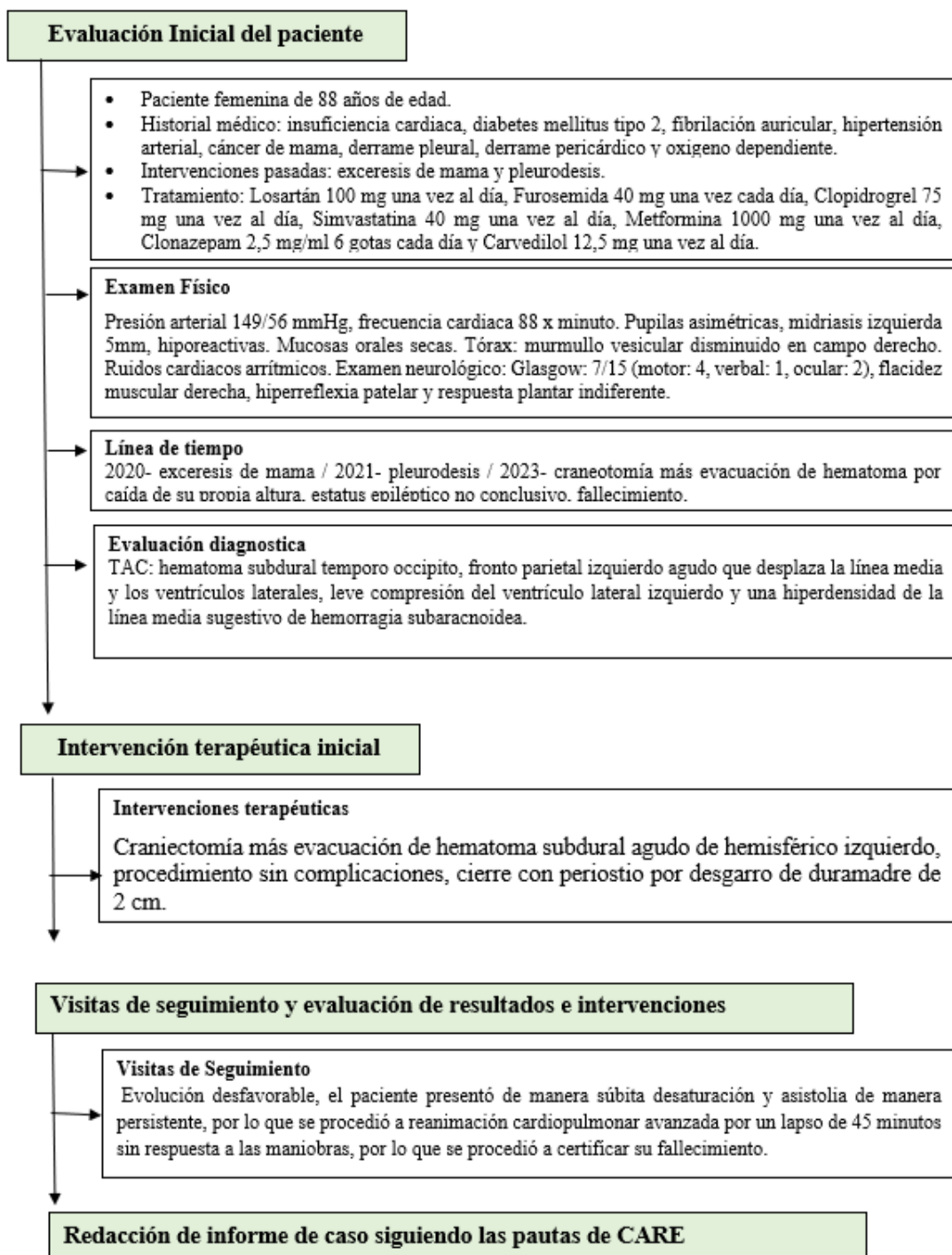
1. Beghi E. The Epidemiology of Epilepsy. *Neuroepidemiology*. 2020;54(2):185–91.
2. Arteaga Rodríguez C, Menine Kubis M, Teixeira Arteaga CB, Hernández Fustes OJ. Características clínicas de pacientes con epilepsia atendidos en la atención primaria. *Rev Neurol*. 2022;75(01):7.
3. Reséndiz-Aparicio JC, Pérez-García JC, Olivas-Peña E, García-Cuevas E, Roque-Villavicencio YL, Hernández-Hernández M, et al. Guía clínica. Definición y clasificación de la epilepsia. *Rev Mex Neurocienc*. 2023;20(2):7–12.
4. Huang Y, Yuan D, Hou X, Gui L. Nonconvulsive status epilepticus in Neurological ICU patients. *Neuro Endocrinol Lett*. 2023;44(2):68–73.
5. Baysal-Kirac L, Cakar MM, Altiookka-Uzun G, Guncan Z, Guldiken B. Electroclinical patterns in patients with nonconvulsive status epilepticus: Etiology, treatment, and outcome. *Epilepsy Behav [Internet]*. 2021;114:107611.
6. Bögli SY, Schmidt T, Imbach LL, Nellessen F, Brandi G. Nonconvulsive status epilepticus in neurocritical care: A critical reappraisal of outcome prediction scores. *Epilepsia*. 2023;64:2409–20.
7. Khanna L, Agarwal N. Nonconvulsive Status Epilepticus: Current Status and Future Perspectives. *Int J Epilepsy*. 2021;7(2):39–44.
8. Dupont S, Kinugawa K. Nonconvulsive status epilepticus in the elderly. *Rev Neurol (Paris) [Internet]*. 2020;176(9):701–9.
9. García-Villafranca A, Barrera-López L, Pose-Bar M, Pardellas-Santiago E, Montoya-Valdés JG, Paez-Guillán E, et al. De-novo non-convulsive status epilepticus in adult medical inpatients without known epilepsy: Analysis of mortality related factors and literature review. *PLoS One*. 2021;16:1–12.
10. Cerrahoğlu Şirin T. Nonconvulsive status epilepticus features with EEG monitoring in the neurological intensive care unit: a prospective study. *J Turkish Epilepsi Soc*. 2021;27(3):183–91.
11. Manfredonia F, Saturno E, Lawley A, Gasverde S, Cavanna AE. Prevalence and

- clinical correlates of non-convulsive status epilepticus in elderly patients with acute confusional state: A systematic literature review. *J Neurol Sci* [Internet]. 2020;410:116674.
12. Octaviana F, Bestari A, Loho A, Indrawati L, Wiratman W, Kurniawan M, et al. Nonconvulsive Status Epilepticus in Metabolic Encephalopathy in Indonesia Referral Hospital. *Neurol India*. 2021;69(2):354–9.
 13. Wu D, Liu X, Yao X, Yang Y, Zhang J, Yang H, et al. Analysis of electroclinical features of nonconvulsive status epilepticus: a study of four cases. *Acta Epileptol* [Internet]. 2022;4(1).
 14. Piana-Castillo D, Zúñiga-Vera A. Non convulsive status epilepticus due to Systemic Lupus Erythematosus and Anti-phospholipid syndrome. *Rev Ecuatoriana Neurol*. 2021;30(2):102–4.
 15. Tedrus GM, Nogueira E, Vidal MA. Elderly patients with nonconvulsive status epilepticus: Clinical-EEG data, hospital mortality, STESS and EMSE. *Seizure* [Internet]. 2022;94(September 2021):18–22.
 16. Leitinger M, Gaspard N, Hirsch LJ, Beniczky S, Kaplan PW, Husari K, et al. Diagnosing nonconvulsive status epilepticus: Defining electroencephalographic and clinical response to diagnostic intravenous antiseizure medication trials. *Epilepsia*. 2023;64(9):2351–60.
 17. Bravo P, Vaddiparti A, Hirsch LJ. Pharmacotherapy for Nonconvulsive Seizures and Nonconvulsive Status Epilepticus. *Drugs* [Internet]. 2021;81(7):749–70.
 18. Pensado JCP, Gómez AG, González SC. Estado epiléptico no convulsivo. *Rev del Hosp Psiquiatr la Habana*. 2019;7(2).
 19. Lebedyn Z. Diagnostic Procedure and Therapeutic Approaches in Nonconvulsive Status Epilepticus (NCSE). *Eur J Med Heal Sci*. 2020;2(4):1–5.
 20. Moreno-Mayorga B, Vélez-Botero H, Fandiño-Franky J, Pérez-Almanza N, Agudelo-Hernández F, González-González NY. Quality of life in people with epilepsy: beyond seizures. *Rev Neurol*. 2023;76(8):257–64.
 21. Viloría Alebesque A, López Bravo A, Bellosta Diago E, Santos Lasasosa S, Mauri Llerda JA. Usefulness of electroencephalography for the management of epilepsy in emergency departments. *Neurologia* [Internet]. 2020;35(4):238–44.

22. Lattanzi S, Giovannini G, Brigo F, Orlandi N, Trinka E, Meletti S. Clinical phenotypes within nonconvulsive status epilepticus. *Epilepsia*. 2021;62(9):e129–34.

ANEXOS

Anexo 1. Síntesis del caso clínico.



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Gabriela Fernanda García Peralta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106266505. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Estatus epiléptico no convulsivo en Unidad de Cuidados Intensivos: Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de julio de 2024

F:


Gabriela Fernanda García Peralta
C.I. 0106266505