

MATERIAL ADICIONAL

Tabla 1e. Criterios para establecer el diagnóstico de estado no-convulsivo. El diagnóstico se efectúa combinando criterios clínicos y electroencefalográficos. (adaptado de¹³)

Criterios electroencefalográficos
Pacientes sin estado encefalopático epiléptico: <ul style="list-style-type: none">• Descargas epileptiformes > 2.5Hz o• Descargas epileptiformes ≤2.5Hz o actividad delta / theta rítmica >0.5Hz y al menos uno de los siguientes:<ul style="list-style-type: none">◦ Evolución temporo espacial típica◦ Cuadro clínico epiléptico sutil durante el patrón electroencefalográfico mencionado arriba◦ Mejoramiento electroencefalográfico y clínico después de la administración de antiepilepticos endovenosos
Pacientes en estado encefalopático epiléptico: <ul style="list-style-type: none">• Aumento de las predominancia o de las frecuencias de las características mencionadas anteriormente en comparación con el EEG basal, más cambio observables del estado clínico• Mejoramiento clínico y de electroencefalográfico con antiepilepticos endovenosos
Criterios clínicos (≥ 10 minutos de duración)
<ul style="list-style-type: none">• Cambios en el estado de conciencia de minutos a horas (transición de un estado previo al actual)• Paciente no mejora de manera sostenida en los últimos minutos u horas, excepto por fluctuaciones de la conciencia momentáneas• La neuroimagen no explica el patrón electroencefalográfico• Ausencia de alteraciones metabólicas y de electrolitos que pueda explicar el patrón encefalográfico

Figura 1e

El Sistema denominado “10-20” de la Sociedad Internacional de Neurofisiología Clínica Americana⁴, es un sistema standard y universal. Este sistema standard se basa en la medición de la cabeza del paciente utilizando puntos de referencia anatómicos. **A.** La referencia inicial se da por una línea imaginaria entre lo que se llama nasión al inión pasando por el vertex. Nasión es el área de la base de la nariz y el inión es la protuberancia occipital. En esa línea imaginaria se coloca los electrodos Z (electrodos centrales). Desde el nasión al inión se divide en segmentos de 10%, 20%, 20%, 20%, 20% y 10%. **B.** Luego otra línea imaginaria que une a ambas áreas pre auricular y también es dividida en segmentos de 10%, 20%, 20%, 20%, 20% y 10%. **C.** Luego se traza una línea imaginaria circunferencial en la cabeza y se divide en segmentos de 10%. **D.** Despues, dos líneas imaginarias para sagitales que se dividen en segmentos de 25%, y finalmente dos líneas transversales que se intersectaran con las líneas para sagitales. La intersección de ambas líneas determina la posición de los últimos electrodos. **E y F.** Una vez que se tienen todos estos puntos de referencia, los electrodos podrán ser colocados.

Figura 1

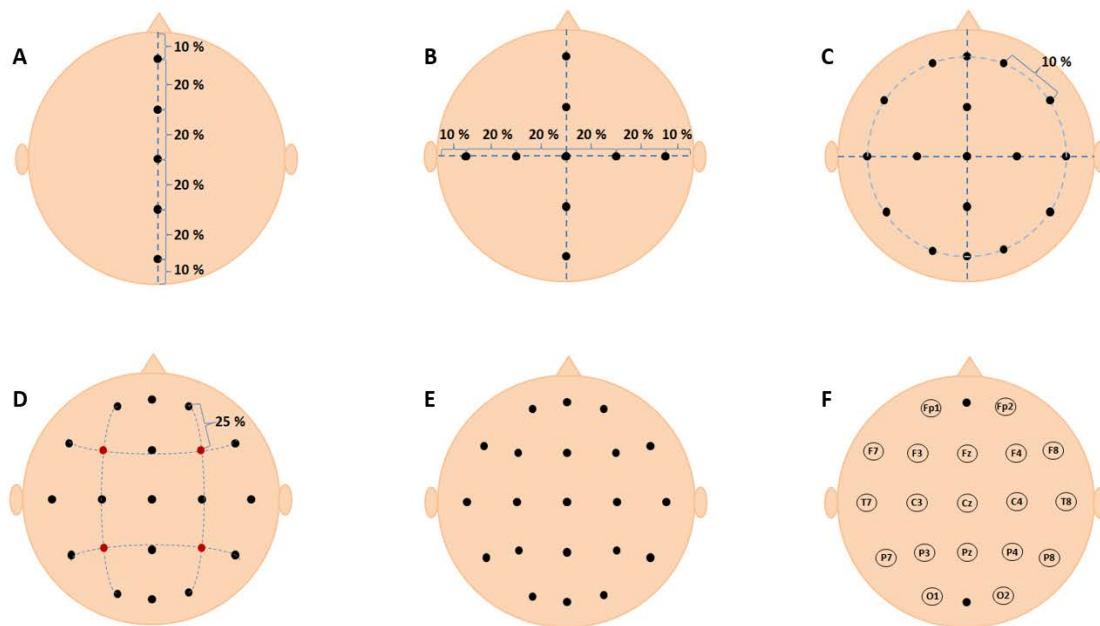


Figura 2e Amplificador diferencial: la señal de salida como la diferencia entre las dos entradas eléctricas

Figura 2

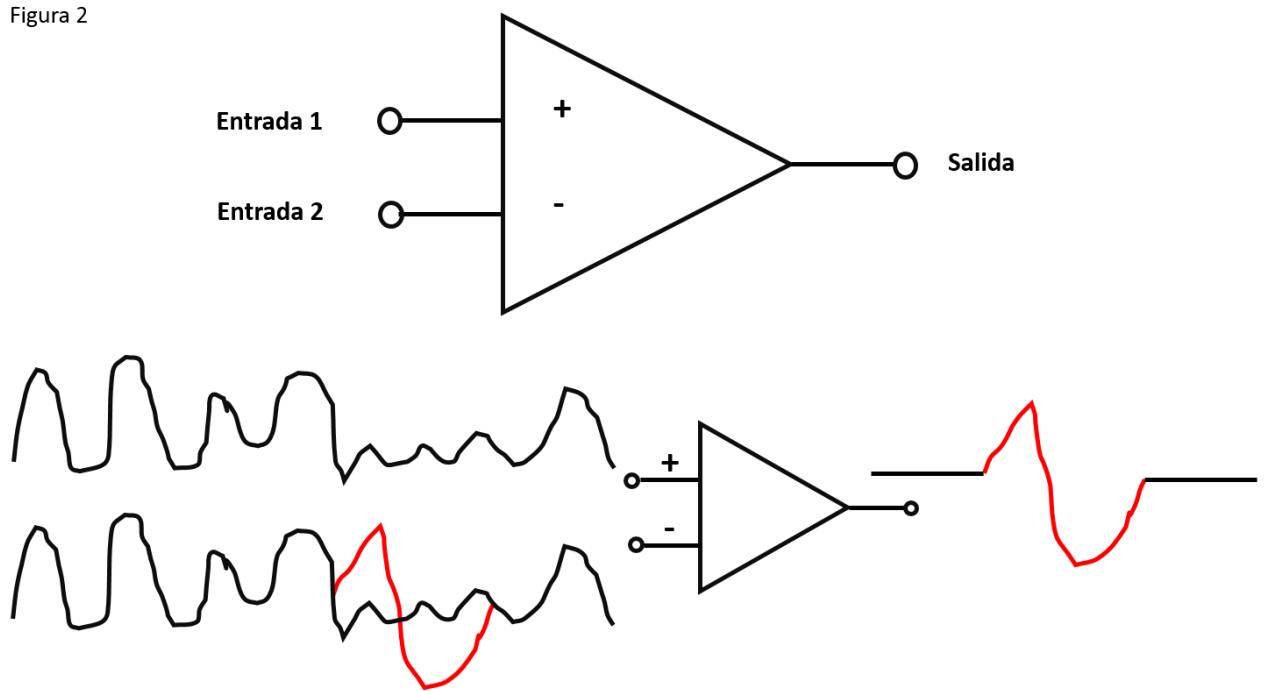


Figura 3e Escala del índice biespectral (BIS) y su correlación con el estado de conciencia/sedación y la morfología de onda del EEG.

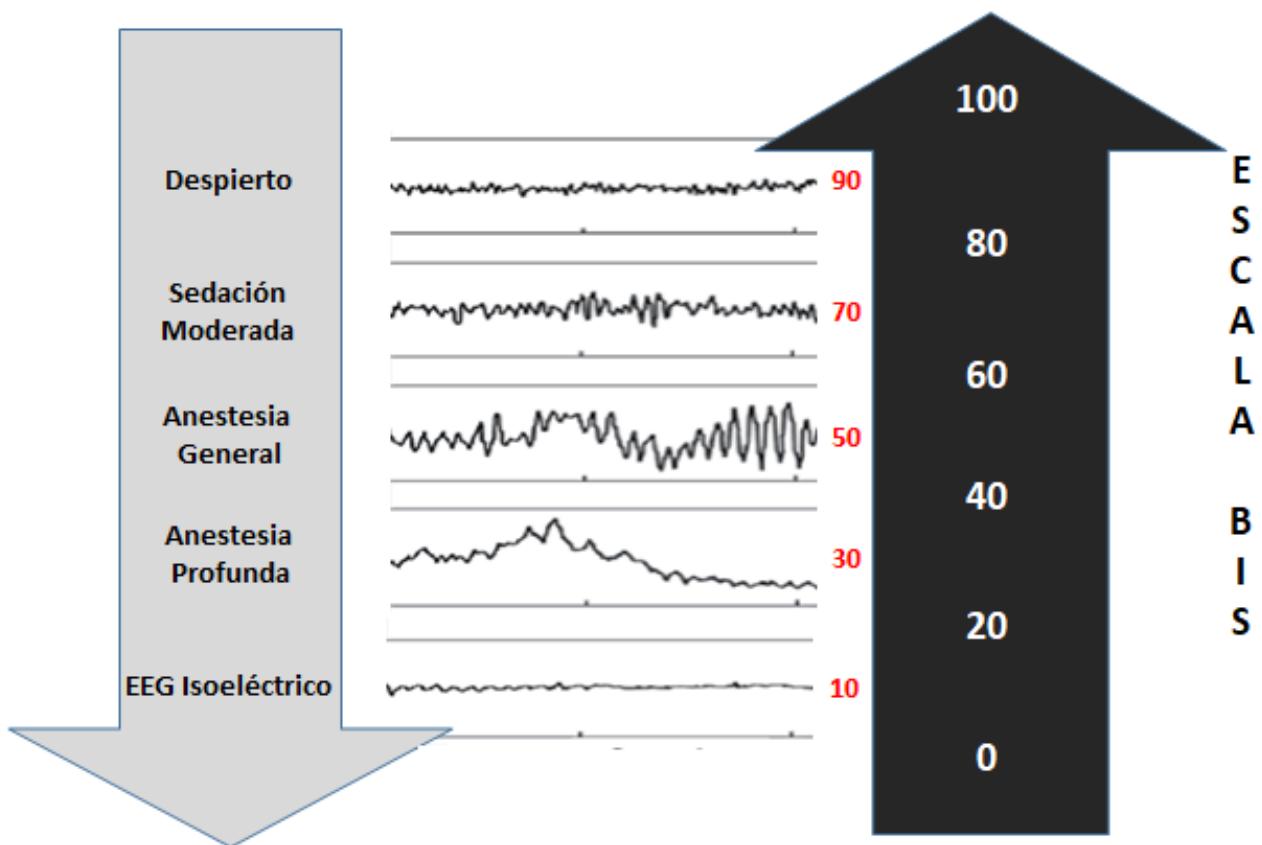


Figura 4e Ondas Trifásicas. El EEG de un paciente de 72 años de edad con sangrado intracerebral y drenaje extraventricular, complicado con ventriculitis. Nótese la primera fase es una deflexión negativa (hacia arriba, flecha roja); seguida por una positiva (hacia abajo, flecha negra) y luego por otra negativa (flecha azul), con un retraso de dirección anteroposterior, visualizándose la primera deflexión unos ~200 milisegundos antes que la última deflexión. Los cuadros rojos indican otras ondas trifásicas vistas en esta imagen del EEG.

