

Aspectos Éticos de las Crisis Psicógenas no Epilépticas (CPNE): Enfrentando dilemas.

Juan Moya Vilches¹, Marcelo Muñoz Rosas².

ABSTRACT

Psychogenic non epileptic seizures (PNES) represent one of the most frequent differential diagnoses of epilepsy detected in clinical practice, presenting as a simultaneous condition in about 20 to 30 percent of patients with epilepsy. PNES tend to be associated with previously unnoticed psychiatric comorbidities, which may lead to serious impairments in the patients' daily functioning and quality of life. Its early recognition is essential for timely management, with video electroencephalographic recordings (vEEG) being the current gold-standard for proper diagnosis. Psychologic therapy involving different models of intervention has demonstrated great potential as a treatment for PNES, achieving complete freedom of seizures in about 50 percent of cases. Recent advances in assessment and treatment of PNES have redirected attention towards other features related to this entity; a specific field that has gained utmost relevance during the last few years is the ethical dimension involved in the diagnosis, follow-up and further therapies in patients with PNES. In this document, we offer a review dedicated to the major ethical dilemmas experienced by the clinician when assessing a patient with PNES, including basic strategies for managing these issues, derived from the current available evidence in this matter.

Keywords: *psychogenic non epileptic seizures,*

PNES, ethical dilemmas, ethical aspects, differential diagnosis, epilepsy, induction of seizures, activation procedures.

RESUMEN

Las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE) representan uno de los diagnósticos diferenciales de epilepsia más frecuentemente pesquisados en la práctica clínica, presentándose además de forma concomitante en un 20 a 30% de los pacientes con epilepsia. Las CPNE suelen relacionarse con patología psiquiátrica subyacente, muchas veces inadvertida, la que puede llegar a comprometer severamente la funcionalidad del paciente y su calidad de vida. Su reconocimiento precoz es fundamental para iniciar un manejo oportuno, y el estándar de oro para el diagnóstico en la actualidad es el registro mediante video-electroencefalograma (VEEG). La terapia psicológica, basada en distintos enfoques de intervención, ha demostrado potencial para controlar las CPNE en alrededor del 50% de los casos. Los avances en el estudio y tratamiento han redirigido la atención hacia otros problemas relacionados con la condición; un aspecto que ha cobrado relevancia en los últimos años es la dimensión ética involucrada en el diagnóstico, seguimiento y terapia en este grupo de pacientes. A continuación, presentamos una revisión dedicada a los principales dilemas éticos descritos en CPNE, incluyendo algunas directrices básicas de manejo basadas en la evidencia disponible en la actualidad.

Palabras clave: crisis psicógenas no epilépticas, CPNE, dilemas éticos, aspectos éticos, diagnóstico diferencial, epilepsia, inducción de crisis, maniobras de activación.

1. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Profesor Asistente, Universidad de Chile.

2. Neurólogo Pediátrico, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. Clínica Las Condes.

Recibido: 25-11-2019. Aceptado: 15-12-2019.

INTRODUCCIÓN

Las crisis psicógenas no epilépticas (abreviadas como CPNE o PNES por sus siglas en inglés, *psychogenic non-epileptic seizures*), antiguamente conocidas como crisis pseudoepilépticas o pseudocrisis, constituyen una entidad de complejo abordaje en la práctica clínica. El entendimiento de sus principales aspectos nosológicos ha experimentado un *boom* en los últimos años, fruto de múltiples estudios e investigaciones que han abierto la puerta a un mayor conocimiento de sus potenciales tratamientos, las comorbilidades asociadas, y el impacto social que suele subyacer a la aparición de los síntomas (1–3). Aun así, el enfrentarse a un paciente con elementos clínicos sugerentes o confirmatorios de CPNE sigue siendo un enorme desafío para médicos generales, neurólogos, epileptólogos y psiquiatras: no sólo implica el abandono de diversos prejuicios transversalmente instalados, sino que además exige una aproximación multisistémica y un alto índice de sospecha (3,4).

Definiciones operacionales

El término anglosajón “*seizure*” ha sido incorporado ampliamente en la literatura relacionada con epilepsia. Al efectuar el ejercicio de traducción al español, se ha acuñado como sinónimo o casi-sinónimo de crisis epiléptica (de hecho, las clasificaciones de ILAE utilizan este término para referirse a las crisis (5). Sin embargo, *seizure* cuenta con otras acepciones distintas de las utilizadas en epilepsia. Algunos autores proponen tres usos específicos para el concepto *seizure*: a) crisis epilépticas (*epileptic seizures*), b) crisis psicógenas no epilépticas (*psychogenic non-epileptic seizures*), y c) eventos no epilépticos (*non-epileptic events*) de carácter fisiológico. Este último grupo presenta episodios usualmente vinculados con alteraciones sistémicas, como sería el caso en crisis por hipoglicemia o síncope convulsivo (6).

Respecto de las CPNE, se definen como “signos y síntomas paroxísticos autolimitados, que se presentan como alteraciones motoras, sensoriales, autonómicas y/o cognitivas; a diferencia de las epilepsias, no son causados por actividad epileptiforme ictal. Mientras las crisis epilépticas son manifestación de una descarga neuronal excesiva e hipersincrónica en el encéfalo, las CPNE tienen causas y fundamentos de origen psicológico” (6,7). Grupos de trabajo de ILAE han desarrollado esfuerzos para establecer diferencias clínicas entre CPNE y crisis epilépticas (8,9), resumidas en la Tabla 1. Además, se ha intentado caracterizar ciertas etapas o estadios de clasificación en el proceso diagnóstico de CPNE (6,8), los que se detallan en la Tabla 2.

El diagnóstico de CPNE se ha convertido en fuente de múltiples dilemas éticos en la actualidad (1,10). Muchas de estas interrogantes derivan del elevado riesgo de estigmatización en estos casos, amenaza latente y difícil de revertir, a menos que se implementen oportunamente las acciones necesarias para contrarrestar el frecuente encasillamiento que sufren los pacientes con CPNE (10,11).

Por ende, se torna indispensable que los profesionales involucrados tomen conciencia de la verdadera importancia de las CPNE, que habitualmente son sólo una de varias manifestaciones o “síntomas” vinculados con cuadros psiquiátricos de gravedad moderada a alta. El asimilar esta realidad es esencial para un adecuado manejo del cuadro, permitiendo una mejor intervención tanto de las crisis psicógenas como de las condiciones “ocultas” tras los episodios de crisis (2). El trasfondo es tan crítico, que incluso la terminología utilizada puede afectar la evolución. Un ejemplo icónico es el antiguo concepto de “pseudocrisis”, que debió ser abandonado durante la última década debido a que daba a los padres una percepción de “pseudoenfermedad” o simulación de los síntomas (12); al elegir un concepto alternativo,

se decidió modificar el enfoque, enfatizando la naturaleza no epiléptica de las crisis por sobre otras características (13).

DIMENSIONES ÉTICAS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA.

Como primera responsabilidad, el clínico debe incorporar la dimensión ética de manera comprensiva en la evaluación de sus pacientes. De hecho, debe asumir que no sólo se encontrará con casos de CPNE de ocurrencia aislada, sino que se enfrentará a un subgrupo de pacientes que además cursan con crisis epilépticas como tales (1,14). Entre los elementos que deben ser incluidos en toda evaluación de CPNE, podemos mencionar (10):

- Edad, género y grado de desarrollo psicomotor;
- Posibles causas del escenario clínico observado;
- Calidad de vida y aspectos biopsicosociales relevantes para el paciente y su entorno;
- Tratamientos utilizados durante la evolución;
- Beneficios y costos de las eventuales decisiones diagnósticas y terapéuticas;
- Contexto valórico-moral del paciente y de los integrantes de su red de apoyo;
- Participación y potencial influencia -tanto positiva como negativa- del equipo tratante en la trayectoria clínica del paciente.

Por otro lado, el profesional a cargo de un paciente con posibles CPNE debe considerar la existencia de una serie de *imperativos éticos*, cuyo cumplimiento es requisito para garantizar que la evaluación sea lo suficientemente detallada, informada y fidedigna. El responder apropiadamente a dichos imperativos -o, al menos, intentar acercarse a ellos- puede marcar diferencias relevantes para el éxito o fracaso de una eventual intervención a futuro (1,6).

A continuación, describimos los principales imperativos éticos deseables en la valoración de pacientes con CPNE. A saber:

a) Debe realizarse una historia clínica acuciosa.

La anamnesis debe ser exhaustiva y suficientemente detallada, tomando el tiempo que se considere necesario para obtener la información relevante. Deben atenderse los signos de alarma frecuentemente asociados con CPNE: historia poco consistente, episodios de inicio y finalización gradual, duración prolongada de los eventos, episodios que ocurren predominante o exclusivamente en presencia de testigos (“siempre acompañadas”), entre otros (7,15). En aquellos casos con antecedente conocido de epilepsia, los elementos sugerentes de CPNE deben ser igualmente investigados (un 20 a 30% de pacientes con CPNE tiene también epilepsia) (14).

b) Debe mantenerse una actitud abierta y comprensiva.

El diagnóstico de CPNE reviste habitualmente una relación con comorbilidades de la esfera psiquiátrica, levantando un manto de concepciones prejuiciadas que es necesario abandonar durante la evaluación de cada paciente. Deben desterrarse las actitudes reprendedoras o castigadoras, pues una familia que perciba desconfianza o enjuiciamiento podría distanciarse definitivamente del equipo médico encargado (de hecho, podría negarse a recibir atención por parte de otros equipos en el futuro) (3,16).

En pacientes con CPNE y epilepsia, es recomendable evitar que el foco de atención se centre sólo en las crisis epilépticas, o que se minimice la importancia de las CPNE (14). Las CPNE constituyen una entidad frecuentemente asociada con síntomas ansiosos o del ánimo, pudiendo relacionarse con estresores psicológicos de diverso origen; por ende, es menester darse el tiempo para escuchar y, en lo posible, tratar de entender la perspectiva del paciente respecto de su enfermedad o condición (17).

c) Deben asegurarse las condiciones para un adecuado proceso diagnóstico.

Es indispensable que el clínico conozca y uti-

lice los medios adecuados para la detección oportuna de episodios concordantes con CPNE. Existe consenso en que el estándar de oro para el diagnóstico de CPNE y su diferenciación respecto de otros tipos de crisis o trastornos paroxísticos, es el video-electroencefalograma (vEEG) (6,18). La documentación audiovisual de los episodios, sumado al registro simultáneo de la actividad eléctrica cerebral, permite caracterizar la semiología de las crisis -tanto epilépticas como psicógenas- y demostrar la ausencia de actividad epileptiforme durante un evento típico de CPNE (18,19).

Cabe destacar que las condiciones diagnósticas necesarias para la pesquisa de CPNE pueden presentar gran variabilidad. Basta con un registro estándar y un episodio característico bien documentado en video para obtener información concluyente; sin embargo, algunos pacientes requieren días completos de monitoreo electroencefalográfico para objetivar los eventos (11,18). En nuestra realidad nacional, al igual que en otros países, acceder a un trazado de tan larga duración implica la hospitalización del paciente en un centro especializado, recurso de disponibilidad más bien escasa y elevado costo económico; esta situación obliga al clínico a ofrecer alternativas (20,21). Un ejemplo de ello es el monitoreo electroencefalográfico tipo Holter (de 24 o más horas de duración), cuyo carácter ambulatorio puede reducir significativamente los costos, además de contar con la ventaja de evaluar al paciente en su entorno natural. Una posible desventaja es la falta de video concomitante en algunos sistemas de Holter, la que puede ser sorteada si se realiza un apropiado registro escrito de los episodios, y se analiza cuidadosamente la actividad cerebral durante ellos. El uso complementario de video casero mediante teléfonos inteligentes suele ser de gran utilidad (19).

d) Debe promoverse la concientización y aceptación del diagnóstico.

Un diagnóstico tan complejo como el de CPNE puede permanecer ignorado o minimizado por

largo tiempo, incluso por los mismos profesionales del equipo de salud (4,16). Cuando por fin se logra aceptar la naturaleza del diagnóstico y sus implicaciones, pueden salir a la luz una serie de problemas psiquiátricos desconocidos para el paciente, su familia y el equipo tratante. De hecho, aun en casos ya diagnosticados como CPNE, puede ser difícil para el paciente y su familia el reconocer los posibles detonantes y manejarlos en consecuencia (ej: reducir altos niveles de estrés académico o social) (16,21). Se hace preciso intervenir en distintos niveles, requiriendo la participación de la familia, del entorno laboral o escolar y de los profesionales de salud para facilitar la aceptación definitiva del diagnóstico (22-24).

De manera paralela a la aceptación, debe desarrollarse el proceso de *concientización*, particularmente necesario para mejorar la comprensión del cuadro clínico, aumentar la capacidad diagnóstica y guiar posibles intervenciones. Concientizar implica dejar de concebir las CPNE como una suerte de “diagnóstico emocional”, pues tal percepción tiende a restarle importancia a la grave disfunción que estas crisis traducen desde el punto de vista psiquiátrico (2,25). Es imperativo que el clínico otorgue a las CPNE la importancia clínica que les corresponde, y transmita este concepto permanentemente al paciente y su familia.

Además, es indispensable asumir que toda CPNE representa un síntoma o signo de una problemática clínica mayor, por lo que no puede ser separada y analizada como un fenómeno independiente o poco importante. Tanto así, que no existe circunstancia alguna para justificar el uso de expresiones tan desafortunadas como “son crisis psicógenas nada más, así que todo está bien” o “no tiene nada, las crisis son inventadas” (10,16).

DILEMAS ÉTICOS RECURRENTES EN EL PACIENTE CON CPNE.

Al revisar la información disponible respec-

to del tema, surge una serie de dilemas éticos fundamentales para el clínico que se enfrenta a pacientes con CPNE. A continuación, discutiremos las principales disyuntivas planteadas dentro de la literatura, entendiendo que es posible la omisión de problemáticas menos frecuentes o de menor complejidad ética (1,10).

Los dilemas éticos recurrentes en pacientes con CPNE pueden encontrarse en distintas etapas del proceso de evaluación, pudiendo clasificarse en base al momento en que habitualmente se presentan dichos conflictos (ver **Tabla 3**):

- Dilemas en el diagnóstico;
- Dilemas en el estudio complementario;
- Dilemas en el seguimiento clínico;
- Dilemas en relación con el entorno:

1) Dilemas éticos en el momento del diagnóstico.

“¿Me está diciendo que estas crisis no son epilépticas?”

“¿Está seguro de que estas crisis son causadas por estrés?”

“Pero, entonces, ¿mi hijo tiene o no tiene epilepsia?”

1.1. Dilemas derivados del diagnóstico oportuno

Un diagnóstico oportuno puede ser particularmente difícil de concretar, pues depende de múltiples factores que no siempre pueden ser manejados en su totalidad por el clínico (20,26). Como primer requisito, el profesional debe incluir las CPNE dentro de sus posibles diagnósticos diferenciales; de lo contrario, las CPNE podrían pasar inadvertidas entre otros diagnósticos más conocidos o atractivos. En segundo lugar, el profesional debe desarrollar y mantener buenas vías de comunicación hacia sus pacientes, generando mecanismos de confianza y acogida. Por otro lado, aun siendo las CPNE un cuadro primariamente psiquiátrico, suele ser el neurólogo o neuróloga quien asume la responsabilidad de explicar el diagnóstico al paciente y su familia (4,11). Considerando que

la oportunidad de atención por Psiquiatría o Salud Mental en nuestro medio es limitada, es también el neurólogo o neuróloga quien habitualmente mantiene el seguimiento.

Ahora bien: a pesar de su complejidad, el establecer un diagnóstico oportuno tiene muchas implicancias positivas. Entre otras, permite tomar (y abandonar) medidas farmacológicas, evitar derivaciones e intervenciones no farmacológicas innecesarias para el paciente, mejorar el grado de participación escolar, y mejorar el vínculo existente al interior de la tríada paciente-familia-colegio (1,2).

1.2. Dilemas en la comunicación del diagnóstico al paciente y su familia

Como se deslizaba en el apartado anterior, los padres de un niño o niña con CPNE esperan obtener una orientación de parte de su neurólogo/a tratante (*independiente* de una eventual evaluación por psiquiatría) (2,16). Debe existir retroalimentación efectiva; en los pacientes pediátricos, la entrega de información puede ser realizada en conjunto (paciente y su familia en simultáneo) o por separado (utilizando tiempos distintos para el paciente y sus cercanos). Ambas posibilidades cuentan con sus respectivas fortalezas y debilidades y, de hecho, cumplen con objetivos distintos; por ende, no son excluyentes y pueden ser aplicadas de manera complementaria (1,10).

La *retroalimentación por separado* busca respetar el nivel de desarrollo cognitivo y lingüístico del paciente, teniendo en cuenta que niños y adolescentes suelen ser “subestimados” en su capacidad de comprender la situación que los aqueja y las posibles razones que explican el cuadro. Del mismo modo, permite moderar la reacción de los padres frente al diagnóstico, disuadiendo una eventual interpretación de los síntomas como “inventados” y evitando el enfado de la familia hacia el mismo paciente o el equipo de salud. Debe aprovecharse este espacio para recalcar a padres o cuidadores que las CPNE son crisis auténticas, tan reales como los

eventos epilépticos, enfatizando la noción de que *la epilepsia no es la única causa de crisis*. Por último, una retroalimentación diferenciada puede ser la oportunidad idónea para aliviar posibles sentimientos de culpa de los padres por no haber pesquisado a tiempo el origen psicológico de las crisis (2,10).

La *retroalimentación conjunta* da cuenta de otro tipo de objetivos, que pueden ser complemento para una retroalimentación separada inicial. El mayor potencial de este tipo de comunicación es cultivar y reforzar las confianzas entre el paciente, la familia y el equipo tratante, otorgando un espacio para manifestar dudas, temores y peticiones de ayuda al interior de un ambiente protegido. Además, genera una oportunidad para promover la independencia y autonomía del paciente frente a padres y familiares, respetando las posibles reacciones que cada miembro de la familia pudiera presentar frente a este nuevo duelo diagnóstico. Este rol “moderador” del profesional de salud, quien ejerce como puente de comunicación entre el paciente y su familia, alcanza una máxima importancia en la población adolescente con CPNE (1,10,17).

2) Dilemas éticos en el estudio complementario.

“Entonces, ¿no hay Holter de electro en el hospital? ¿Tengo que hacerlo en forma particular?”

“No tuvo ninguna crisis en todo el Holter, y eso que las estaba teniendo todos los días...”

“Pero, entonces, ¿mi hijo tiene o no tiene epilepsia?”

2.1. Dilemas relacionados con un estudio oportuno e informativo

Al comenzar el presente artículo, mencionamos que el diagnóstico de certeza de CPNE exige ser respaldado a través de un examen complementario específico (video-electroencefalograma o vEEG) (6,18). Como cualquier estudio adicional, el vEEG puede verse perju-

dicado por diversas dificultades durante su realización e interpretación, siendo fuente de dilemas éticos de un nivel de complejidad variable (27). Existen múltiples problemáticas que podrían afectar la consecución de un vEEG, pero mencionaremos sólo las más frecuentes.

- Un escenario frecuente es la imposibilidad de captar episodios sospechosos de CPNE en el vEEG, generando incertidumbre y ansiedad, debido a la falla del recurso diagnóstico más importante. Si el examen suma la característica de ser un monitoreo prolongado (hospitalario o ambulatorio), la expectativa y costos involucrados multiplican el grado de angustia de pacientes y familiares (11,21).
- Otra coyuntura es la existencia de patología “dual”, es decir, presencia de crisis epilépticas y CPNE de manera simultánea en el mismo paciente; lejos de ser infrecuente, la dualidad diagnóstica se observa hasta en un 20-30% de personas con epilepsia (sin incluir, por ejemplo, a los hermanos de pacientes con epilepsia) (2,14).
- Un último ítem es la llamada “mudanza diagnóstica”. si las CPNE fueron previamente interpretadas como crisis epilépticas o de otro tipo, el diagnóstico debe ser actualizado, y la condición del paciente pasa de ser neurológica a constituirse en psiquiátrica. En Chile, al igual que en otros países (incluyendo EE.UU.), los planes de salud otorgan escasa cobertura financiera en salud mental; por otra parte, la retirada del diagnóstico de epilepsia implica una eventual salida del GES (Plan de Garantías Explícitas en Salud). Muchos de estos problemas pueden ser prevenidos mediante un uso apropiado del lenguaje al “reemplazar el diagnóstico”, utilizando conceptos que sean asimilados correctamente por el paciente y favorezcan una respuesta comprensiva de parte de los proveedores de salud (11,12).

Un aspecto particularmente crítico, que merece ser abordado en párrafo aparte, es la disponibilidad de los exámenes de utilidad habitual en el diagnóstico de CPNE. En los centros hos-

pitalarios dedicados a epilepsia en EE.UU., no sólo existe amplia disponibilidad de EEG de rutina, sino que ésta también se extiende al vEEG hospitalario de 8 o más horas (81% del total de centros). Sin embargo, otras realidades son bastante menos afortunadas, pues se ha documentado que el diagnóstico de certeza de CPNE -apoyado en vEEG- guarda dependencia directa del nivel de ingreso del país. En países de alto ingreso, un 80% de los casos de CPNE cuenta con crisis grabadas en el vEEG, porcentaje que disminuye a un 30% en países de mediano ingreso y alcanza un desesperanzador 2% en naciones de menores ingresos (11). En Chile, el vEEG ha aumentado su disponibilidad en las últimas décadas, aunque el acceso a registros prolongados (8 o más horas) es aún limitado.

2.2. *Uso de maniobras de inducción de crisis en el video-electroencefalograma.*

El uso del vEEG ha dado pie para la aparición de ciertas circunstancias en las que la ética se ve confrontada directamente con la evidencia científica y médica. Existe evidencia clara respecto de la utilidad de las maniobras de provocación como detonantes de CPNE; tanto así, que pueden evitar los costos de un registro prolongado, al aumentar la pesquisa de eventos típicos en vEEG breves o ambulatorios (28–30). El problema radica en que los protocolos de provocación exhiben alta variabilidad entre distintos centros, y no existe una pauta universal para la activación de episodios en CPNE:

El recurso más aceptado y más frecuentemente utilizado es la aplicación de maniobras de *sugestión de crisis*, cuya premisa principal es dirigir la atención del paciente hacia la eventual aparición de eventos (en otras palabras, crear *expectación ansiosa*) (29,31). Dentro de las acciones más utilizadas como agentes de sugestión, se incluyen: a) descripción de las crisis por parte del paciente previo al examen, b) registro de notas y lectura detallada de las mismas en voz alta, c) refuerzo de la sensación de riesgo durante la hiperventilación o fotoes-

timulación, y d) uso de consentimiento informado, con énfasis en los potenciales riesgos derivados de una supuesta provocación de crisis. Las maniobras de hiperventilación y fotoestimulación son la técnica de preferencia para inducir CPNE, precipitando los episodios hasta en un 70% de los pacientes (1,32).

Otros estresores de corte más “agresivo” son controversiales, y no cuentan con una aceptación generalizada en los estudios relacionados. Se describen técnicas activas o explícitas de sugestión, basadas en reiterar “la importancia de obtener crisis” o “el alto riesgo de tener crisis”, reforzar y verbalizar síntomas que exhiba el paciente, e incluso “solicitar” la aparición de síntomas en forma directa (33). En cuanto a los procedimientos de activación, algunos autores escalan varios peldaños, llegando a utilizar desde suero endovenoso hasta alcohol frío o agujas. Cualquiera de estas maniobras conlleva considerables riesgos, incluyendo daño físico, descompensación de cuadros de base, o provocación de crisis epilépticas (34,35).

Es tanta la variabilidad en este ítem, que surgen al menos dos preguntas de respuesta sujeta a opiniones y preferencias personales. A saber:

- *Primera pregunta o dilema: ¿es ético usar maniobras de provocación?* En primer término, no existe evidencia que sugiera un mayor rendimiento de las maniobras activas de provocación comparadas con un buen acto de sugestión en el EEG habitual (28,31,33). Parece claro el hecho de que la provocación es un escenario evitable; no obstante, a pesar de la evidencia, las guías de estudio de CPNE tampoco recomiendan explícitamente la sugestión (34). Esta ambigüedad ha traído como consecuencia una lista larga y heterogénea de métodos de provocación, haciendo difícil alcanzar un hipotético consenso respecto de cuál es el mejor protocolo de activación en CPNE.
- *Segunda pregunta o dilema: ¿es el engaño mejor que la sugestión?* Primero, debemos

aclarar que una maniobra de provocación puede dar espacio a distintas variedades de *engaño*: mentiras (como asegurar al paciente que el suero administrado causa crisis en un 100% de casos), omisiones (sugerir que la fotostimulación puede gatillar crisis, pero sin mencionar cuál) o franco delito (por ejemplo, obtener firma de consentimiento después de realizada una maniobra riesgosa). Más allá de lo cuestionable de todos estos tipos de engaño, la evidencia actual ha demostrado que una sugestión bien aplicada es suficiente, sin necesidad de mentir, omitir o engañar (10,33).

- *Tercera pregunta o dilema: ¿se puede engañar a un paciente?* Esta pregunta excede el mero campo de las CPNE y alude a cualquier situación de engaño del clínico hacia sus pacientes. La respuesta es clara: engañar es tremendamente riesgoso, no sólo para la relación médico-paciente, sino también para la percepción que el paciente o su familia tienen del sistema de salud. Un paciente que se sienta engañado puede abandonar el seguimiento permanentemente y/o presentar exacerbaciones de una psicopatología concomitante, por lo que las prácticas engañosas están **contraindicadas en todos los casos (10,34,35)**.

El potencial éxito o fracaso de un examen con maniobras de activación para CPNE, guarda vinculación directa con la claridad del tratante. El clínico debe tener claro: a) qué maniobras se utilizarán, b) qué espera observar, c) qué conductas tomará si el examen es positivo/negativo, y d) qué pacientes presentan un riesgo adicional frente a las activaciones (por ejemplo, mayores riesgos de la hiperventilación en pacientes con cardiopatía o vasculopatía) (1,3,28).

Para finalizar este complejo apartado, quisiéramos entregar algunos lineamientos generales. Como principal mensaje, es imposible llegar a una norma estándar que decida lo que “se hace” o “no se hace” durante una activación de crisis.

Las decisiones debieran tomarse caso por caso, pensando en las características del paciente, de sus crisis y del examen. De lo que no hay duda, es acerca de los peligros del engaño y la desconfianza entre un profesional tratante y su paciente (1–3,10).

3) Dilemas éticos que afectan el seguimiento clínico.

“¿Está seguro de que, si retiramos los antiepilepticos, no me vendrán más crisis?”

“En el consultorio me están dando los antidepresivos, pero no hay hora para psicólogo... renunció hace un mes...”

“Pero, entonces, ¿mi hijo tiene o no tiene epilepsia?”

3.1. Problemas en la adherencia a controles

Por lo general, el diagnóstico de CPNE conlleva una elevada carga emocional, pues representa la “punta del iceberg” que permite desentrañar y sacar a la superficie una serie de disfuncionalidades familiares, escolares e individuales. De hecho, es posible que las CPNE revelen la presencia de psicopatología no reconocida anteriormente, al actuar como detonante en un momento de vulnerabilidad debido a este *nuevo duelo* diagnóstico (36,37).

Esta situación de crisis puede generar un alto grado de temores y aprensiones, derivado del escaso conocimiento que se tiene de las CPNE como entidad clínica (37). Una fuente adicional de temor radica en la indicación de retirar los fármacos antiepilepticos, algo relativamente esperable cuando el diagnóstico de CPNE sustituye al de epilepsia, pero difícil de comprender para el paciente y sus familiares. La sensación de duda frente a esta condición desconocida, sumada a una eventual aprensión por suspender los medicamentos, puede mermar la adherencia a controles, culminando en un abandono de los mismos, la búsqueda de una segunda opinión o el éxodo definitivo del sistema (36).

3.2. Dilemas derivados de cambios en el tratamiento

La suspensión de antiepilépticos es uno de los problemas más importantes observados tras el diagnóstico de CPNE, y debe discutirse por separado. Esta medida terapéutica implica un estrés significativo no sólo para el paciente, sino que también para el médico tratante. Ambos suelen exhibir reticencia a detener los fármacos, aunque las motivaciones que subyacen a esta inseguridad difieren entre uno y otro lado.

En el caso de los profesionales tratantes, casi la totalidad de ellos (96%) tiene claras las razones para el retiro de medicamentos, pero hasta el 22% del total resuelve continuar el tratamiento debido a petición del paciente o los padres (38). Una posible causa es la sincera intención de facilitar el proceso de aceptación diagnóstica y el posterior inicio de terapia psicológica, pero con la idea de suspender los fármacos más adelante. Sin embargo, es igualmente posible que el profesional dé muestras de inseguridad respecto de sus conocimientos en CPNE (10,38).

Para los padres, las razones pueden ser varias. Un primer motivo, y posiblemente el más difícil de revertir, incluye a aquellos pacientes en que las crisis epilépticas aumentan de manera coincidente (mas no causal) al retiro de algún medicamento (10,14). Convencer a quienes se encuentran en esta situación es difícil, pero alcanzable mediante explicaciones repetidas y mucho trabajo de concientización. Otro factor menos frecuente es el miedo al estigma, manifestado por el paciente o sus padres frente a la incomodidad de explicar al entorno el porqué del retiro de fármacos (esencialmente, pasar de tener epilepsia a “algo psiquiátrico”) (11). Un tercer elemento, igualmente relevante, es el poco acceso a Salud Mental, que suele convertir al neurólogo o neuróloga en el responsable del tratamiento antiepiléptico y psiquiátrico (6,11). En tales casos, suele eludirse la innovación, sobre todo si el paciente es usuario de fármacos con efecto dual sobre las crisis y el estado de ánimo (lamotrigina, valproico, u otro).

Para enfrentar estas dificultades, se han sugerido algunas recomendaciones al plantear el retiro de medicamentos. Como medidas básicas, es indispensable mantener las líneas de confianza y seguridad, detallar los riesgos de un tratamiento innecesario, y respetar los tiempos del paciente para comprender todo lo anterior (10). Es importante darse el tiempo para explicar que el tratamiento farmacológico no es gratuito: los fármacos tienen efectos a corto y largo plazo, pudiendo producirse una cadena de problemas éticos (por ejemplo, que el personal de urgencia asuma las CPNE como crisis epilépticas y las trate como tal, debido al antecedente de uso del fármaco) (1,2).

Debe recalarse el hecho de que no existe obligación de mantener un fármaco no indicado, y el tratante puede retirarlo si lo cree innecesario. Es habitual que un porcentaje variable de pacientes busque otras opiniones y, por lo demás, es libre de hacerlo si lo considera adecuado (10).

3.3. Dilemas derivados del acceso a atención de Salud Mental

En la actualidad, las recomendaciones de tratamiento en todos los países de alto ingreso reconocen que **la psicoterapia es el tratamiento de elección en CPNE**, ya que la efectividad de antidepresivos y otros fármacos relacionados parece ser limitada en este conjunto de pacientes (23,24). En cuanto a las alternativas de terapia psicológica por implementar, la terapia cognitivo-conductual ha sido utilizada con buena respuesta en el Reino Unido, mientras que en Japón se apuesta por un manejo sistémico del ambiente (familiar y laboral), buscando modular escenarios culturales que son potencial fuente de estrés (2,22,23).

Un metaanálisis realizado por Carlson & Nicholson en 2017 (23) consolidó a la intervención psicológica como un tratamiento efectivo en CPNE, al demostrar que -con un buen plan de terapia- alrededor del 50% de los casos lograba la libertad total de eventos psicógenos.

Un hallazgo interesante fue la variedad de enfoques terapéuticos involucrados: terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica, terapia de intención paradójica (“invertir” los temores), mindfulness, psicoeducación, e intervenciones mixtas. Todas las opciones señaladas mostraron un nivel de efectividad comparable; más que el mecanismo empleado, lo importante parece ser la instalación oportuna de apoyo psicológico.

Dicho esto, el mayor dilema ético no se relaciona con el tipo de terapia recomendada, sino que con el costo financiero intermedio-alto de todas las alternativas propuestas. Este costo puede elevarse sustancialmente en aquellas terapias no disponibles al interior del sistema público de salud. Es posible que la familiaridad médica con los fármacos por sobre las terapias de intervención agregue un elemento adicional, dentro de los múltiples obstáculos que enfrenta el paciente con CPNE para recibir el principal eje de tratamiento sustentado en la evidencia (11,21).

4) Dilemas éticos que involucran la relación con el entorno.

“Lo llevaron corriendo a urgencias y le pasaron medicamentos”

“No siempre sabemos cuáles son crisis epilépticas y cuáles no”

“Pero, entonces, ¿mi hijo tiene o no tiene epilepsia?”

4.1. Dilemas en la comunicación hacia el entorno.

Aunque la lógica parece indicar que el diagnóstico debe ser comunicado al entorno directo del paciente sin dilación, desde la perspectiva ética la decisión involucra valores contrapuestos. Por un lado, asoma la importancia de evitar una eventual negación diagnóstica, junto con la necesidad de evitar medidas innecesarias y desproporcionadas (el manejo de CPNE repetidas como si fuera un estado epiléptico representa un ejemplo clásico). Por otra parte, es

también importante el derecho del paciente a preservar su privacidad y protegerse del potencial estigma asociado con el diagnóstico de CPNE (2,10).

La divulgación de esta noticia debe considerar los distintos entornos en los que se desenvuelve el paciente: familia y cercanos, ambiente escolar, y equipos de salud que brindan atención en urgencias o servicios hospitalarios. La decisión final de comunicar o no la noticia debe nacer del paciente y su familia; desde su vereda, el tratante puede ser de gran ayuda como mediador, procurando mantener continuidad y coherencia con el discurso entregado anteriormente a la red del paciente (10,16,37).

La “Opción de No Comunicar” puede ser elegida por el paciente debido a diferentes motivos, incluyendo una posible subestimación o sobrevaloración de la gravedad de los síntomas de parte de los cuidadores externos, el temor a la ridiculización o bullying proveniente de los pares, y el riesgo de empeorar condiciones psiquiátricas de base debido al estrés. Sin embargo, el *no comunicar* cuenta con riesgos inherentes a la decisión: puede favorecer la diseminación de información incorrecta, dar pie al diagnóstico presuntivo (y erróneo) de crisis epilépticas, y desemboca en el consiguiente uso de medidas inapropiadas y/o invasivas. Debe agregarse que mantener el “secretismo” hacia el entorno es una tarea extremadamente difícil, sobre todo en niños, para quienes el ocultar información puede producir una importante carga psicológica (10,20,26).

Si se mantiene la decisión de *no comunicar*, existen algunas medidas que pueden dar respuesta a las problemáticas mencionadas. Puede enfocarse la transmisión de información hacia el personal de salud del respectivo colegio o lugar de trabajo, considerando que representan la primera línea de acción para evitar medidas o tratamientos innecesarios. Si existiesen preguntas frecuentes desde el entorno, el paciente puede explicar a otros que ya está recibiendo

ayuda por sus crisis, y que agradece el interés. En cualquier caso, el objetivo principal es alcanzar un consenso con el paciente y sus cercanos, para dar solución rápidamente a los posibles conflictos (2,6).

La “*Opción de Comunicar*” tiene sus propias motivaciones: prevenir intervenciones inapropiadas, promover el valor de la “verdad” y la aceptación del diagnóstico, ejercer un potencial beneficio para la autoestima del paciente (reduciendo sentimientos de vergüenza o culpa), y educar al entorno para romper el estigma (efecto comunitario) (16,17,37).

Si el paciente resuelve *comunicar*, existen varias conversaciones que deben llevarse a cabo con anterioridad. Debe entregarse orientación sobre los riesgos del estigma, previendo posibles reacciones negativas de pares y adultos externos. Del mismo modo, debe reforzarse el concepto de que este nuevo diagnóstico es igual de importante que otros, no puede ser desmerecido por ser psicógeno, y no representa un engaño o falsedad (16,17,21). Un último punto, más bien pragmático, pero igualmente relevante, es la discusión acerca de los posibles conflictos con el seguro de salud y los caminos para evitar el desentendimiento de la entidad aseguradora (2,11).

4.2. Dilemas relacionados con la educación en el ambiente escolar y sanitario.

El proceso de educar sobre el diagnóstico de CPNE se relaciona con la adopción de diversas medidas ambientales, que buscan promover la seguridad del entorno escolar. Es esencial el dar orientación a educadores y profesores; estableciendo el margen de acción de cada miembro de la comunidad educativa, “*sin quedarse congelado ni actuar más de la cuenta*”. Más que promover acciones, lo importante es disuadir de aquellas reacciones habituales ante crisis epilépticas (llamado a urgencias, uso de fármacos vía rectal, entre otras). Debe explicarse que una posible sobreacción puede perpetuar los detonantes de CPNE, y que el manejo es muy

diferente de las crisis epilépticas: contener, calmar al paciente, reducir la ansiedad, mostrar acogida y -sobre todo- no invalidar los síntomas (3,23).

Para alcanzar los objetivos trazados en el párrafo previo, es necesario definir de antemano la manera de enfrentar determinadas situaciones. Dado que se requiere una educación conjunta de pares, profesores y administrativos, el proceso puede ser difícil de llevar a cabo, por lo que debe asegurarse la inclusión de todas las personas importantes para el entorno del paciente. También es perentoria la discusión de aspectos legales, estableciendo directrices de acción para ciertos escenarios de riesgo: por ejemplo, debe quedar definido el mecanismo de respuesta en pacientes con crisis epilépticas y CPNE simultáneas, dando herramientas para distinguir entre ambas y tomar decisiones en consecuencia (2,10,23).

La experiencia previa reconoce dos claves para el éxito del proceso: promover el vínculo entre colegio y familia, y evitar “invadir” las atribuciones que son propias de la escuela y sus profesores. Es preciso entender que, con una orientación apropiada y el uso de protocolos de acción establecidos, la respuesta del ambiente será adecuada durante la mayor parte o la totalidad de los posibles episodios (10,23).

CONCLUSIONES

Las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE) constituyen una entidad reconocida desde hace décadas en la literatura, cuyas verdaderas implicancias para el paciente no fueron abordadas hasta iniciado el presente siglo. El creciente interés por realizar un mejor diagnóstico de esta condición ha motivado una importante cantidad de investigaciones en los últimos 20 años, permitiendo mejorar la comprensión del fenómeno clínico subyacente a las CPNE. Como resultado, se han obtenido avances significativos en la elección de técnicas de diagnóstico oportuno (principalmente mediante vEEG)

y la implementación de tratamientos basados en evidencia (terapias psicológicas de distintos enfoques).

El mayor conocimiento de las alternativas diagnósticas y terapéuticas ha abierto la puerta a otro tipo de interrogantes, desplazando la atención hacia la gran cantidad de dilemas éticos que implica el diagnóstico en nuestra sociedad actual. El desarrollo de la discusión ética en CPNE se ha convertido en un tema prioritario, dada su importancia para preservar una apropiada relación médico-paciente, asegurar la adherencia a seguimiento y mantener la confianza del paciente y su familia en las instituciones de salud. Todavía existen muchas preguntas sin responder; sin embargo, contamos con herramientas para acceder a dichas respuestas.

Nuestro mayor desafío es conservar el fino equilibrio existente entre la aceptación de un diagnóstico complejo como son las CPNE y el deber de enfrentar la amenaza latente de estigmas y prejuicios injustificados, algo que hemos vivenciado en nuestros pacientes con epilepsia. A pesar de las dificultades, para nuestros pacientes es posible vencer estas preconcepciones, y enfrentar el diagnóstico con entereza; no debemos olvidar que nuestro apoyo, el de sus padres y el de la comunidad completa puede ser fundamental para derribar los estigmas y enterrarlos definitivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takasaki K, Diaz Stransky A, Miller G. Psychogenic Nonepileptic Seizures: Diagnosis, Management, and Bioethics. *Pediatr Neurol* [Internet]. 2016;62:3–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2016.04.011>
2. Gasparini S, Beghi E, Ferlazzo E, Beghi M, Belcastro V, Biermann KP, et al. Management of psychogenic non-epileptic seizures: a multidisciplinary approach. *Eur J Neurol*. 2019;26(2):205–15.
3. Carter A, Denton A, Ladino LD, Hassan I, Sawchuk T, Snyder T, et al. Experience of psychogenic nonepileptic seizures in the Canadian league against epilepsy: A survey describing current practices by neurologists and epileptologists. *Seizure* [Internet]. 2018;61(August 2018):227–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.08.025>
4. O'Sullivan SS, Sweeney BJ, McNamara B. The opinion of the general practitioner toward clinical management of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2006;8(1):256–60.
5. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475–82.
6. LaFrance WC, Baker GA, Duncan R, Goldstein LH, Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach: A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia*. 2013;54(11):2005–18.
7. Devinsky O, Gazzola D, LaFrance WC. Differentiating between nonepileptic and epileptic seizures. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2011;7(4):210–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2011.24>
8. Avbersek A, Sisodiya S. Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic nonepileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(7):719–25.
9. Gates JR, Ramani V, Whalen S, Loewenson R. Ictal Characteristics of Pseudoseizures. *Arch Neurol*. 1985;42(12):1183–7.
10. Cole CM, Falcone T, Caplan R, Timmons-Mitchell J, Jares K, Ford PJ. Ethical dilemmas in pediatric and adolescent psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2014;37:145–50.
11. Hingray C, El-Hage W, Duncan R, Gigineishvili D, Kanemoto K, LaFrance WC,

- et al. Access to diagnostic and therapeutic facilities for psychogenic nonepileptic seizures: An international survey by the ILAE PNES Task Force. *Epilepsia*. 2018;59(1):203–14.
12. O'Hanlon S, Liston R, Delanty N. Psychogenic nonepileptic seizures: time to abandon the term pseudoseizures. *Arch Neurol*. 2012 Oct;69(10):1349–50.
 13. Madaan P, Gulati S, Chakrabarty B, Sapra S, Sagar R, Mohammad A, et al. Clinical spectrum of psychogenic non epileptic seizures in children; an observational study. *Seizure [Internet]*. 2018;59(2018):60–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.04.024>
 14. Kutlubaev MA, Xu Y, Hackett ML, Stone J. Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: Systematic review and meta-analysis of frequency, correlates, and outcomes. *Epilepsy Behav [Internet]*. 2018;89:70–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.10.010>
 15. Kerr WT, Janio EA, Braesch CT, Le JM, Hori JM, Patel AB, et al. Identifying psychogenic seizures through comorbidities and medication history. *Epilepsia*. 2017 Nov;58(11):1852–60.
 16. Altalib HH, Elzamzamy K, Pugh MJ, Gonzalez JB, Cheung KH, Fenton BT, et al. Communicating diagnostic certainty of psychogenic nonepileptic seizures — a national study of provider documentation. *Epilepsy Behav [Internet]*. 2016;64:4–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.08.032>
 17. Arain A, Tamma M, Chaudhary F, Gill S, Yousuf S, Bangalore-Vittal N, et al. Communicating the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: The patient perspective. *J Clin Neurosci [Internet]*. 2016;28:67–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocn.2015.10.030>
 18. Whitehead K, Kane N, Wardrope A, Kandler R, Reuber M. Proposal for best practice in the use of video-EEG when psychogenic non-epileptic seizures are a possible diagnosis. *Clin Neurophysiol Pract [Internet]*. 2017;2:130–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cnp.2017.06.002>
 19. Ramanujam B, Dash D, Tripathi M. Can home videos made on smartphones complement video-EEG in diagnosing psychogenic nonepileptic seizures? *Seizure [Internet]*. 2018;62(705):95–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.10.003>
 20. Valente KD, Alessi R, Vincentiis S, Santos B dos, Rzezak P. Risk Factors for Diagnostic Delay in Psychogenic Nonepileptic Seizures Among Children and Adolescents. *Pediatr Neurol [Internet]*. 2017;67(February 2017):71–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatr-neurol.2016.10.021>
 21. Rawlings GH, Reuber M. What patients say about living with psychogenic nonepileptic seizures: A systematic synthesis of qualitative studies. *Seizure [Internet]*. 2016;41(2016):100–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.07.014>
 22. LaFrance WC, Baird GL, Barry JJ, Blum AS, Webb AF, Keitner GI, et al. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(9):997–1005.
 23. Carlson P, Nicholson Perry K. Psychological interventions for psychogenic non-epileptic seizures: A meta-analysis. *Seizure [Internet]*. 2017;45(2017):142–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.12.007>
 24. Salpekar JA. Treatment Works, So Who's Afraid of PNES? *Epilepsy Curr*. 2019;19(3):159–60.
 25. Willment K, Hill M, Baslet G, Loring DW. Cognitive impairment and evaluation in psychogenic nonepileptic seizures: An integrated cognitive-emotional approach. *Clin EEG Neurosci*. 2015;46(1):42–53.
 26. Asadi-Pooya AA, Tinker J. Delay in diagnosis of psychogenic nonepileptic sei-

- zures in adults: A post hoc study. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2017;75:143–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.08.005>
27. Benbadis SR, Tatum WO. Overintepretation of EEGS and misdiagnosis of epilepsy. *J Clin Neurophysiol*. 2003;20(1):42–4.
 28. Stagno SJ, Smith ML. Use of induction procedures in diagnosing psychogenic seizures. *J Epilepsy* [Internet]. 1996;9(3):153–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0896697496000023>
 29. Wilner A, Keezer MR, Andermann F. The effective and ethical use of voluntary induction of psychogenic drop attacks in a patient with idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010 Apr;17(4):569–70.
 30. Benbadis SR. Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Arch Neurol*. 2001 Dec;58(12):2063–5.
 31. Devinsky O, Fisher R. Ethical use of placebos and provocative testing in diagnosing nonepileptic seizures. *Neurology*. 1996 Oct;47(4):866–70.
 32. Popkirov S, Gronheit W, Wellmer J. Hyperventilation and photic stimulation are useful additions to a placebo-based suggestive seizure induction protocol in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2015 May;46:88–90.
 33. Smith ML, Stagno SJ, Dolske M, Kosalko J, McConnell C, Kaspar L, et al. Induction procedures for psychogenic seizures: ethical and clinical considerations. *J Clin Ethics*. 1997;8(3):217–29.
 34. Leeman BA. Provocative techniques should not be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009 Jun;15(2):110–8.
 35. Gates JR. Provocative testing should not be used for nonepileptic seizures. *Arch Neurol*. 2001 Dec;58(12):2065–6.
 36. Razvi S, Mulhern S, Duncan R. Newly diagnosed psychogenic nonepileptic seizures: health care demand prior to and following diagnosis at a first seizure clinic. *Epilepsy Behav*. 2012 Jan;23(1):7–9.
 37. Carton S, Thompson PJ, Duncan JS. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure*. 2003 Jul;12(5):287–94.
 38. Plioplys S, Siddarth P, Asato MR, Caplan R. Clinicians' views on antiepileptic medication management in nonepileptic seizures. *J Child Neurol*. 2014 Jun;29(6):746–50.

ANEXOS

Tabla 1. Signos clínicos y potencial valor diferenciador entre crisis psicógenas no epilépticas (CPNE) y crisis epilépticas. [Adaptado de: Avbersek A, Sisodiya S. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010 Jul; 81(7): 719-25].

Signos sugerentes de CPNE	Signos sugerentes de crisis epilépticas	Signos de insuficiente valor diferenciador
<ul style="list-style-type: none"> - Larga duración - Curso fluctuante - Movimientos asincrónicos - Bamboleo pélvico - Movimiento corporal o cefálico de lado a lado (side-to-side) - Ojos cerrados - Llanto ictal - Recuerdo del evento 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocurrencia confirmada por electroencefalograma en sueño - Confusión postictal - Respiración estertorosa (en crisis tónico-clónicas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio gradual - Eventos poco estereotipados - Sacudidas y movimientos corporales bruscos - Opistótonos en arco circular o "arc de cercle" - Mordedura de lengua - Incontinencia urinaria

Tabla 2. Niveles diagnósticos propuestos para diagnóstico de certeza de crisis paroxísticas no epilépticas (CPNE). Adaptado de: LaFrance WC, Baker GA, Duncan R, et al. *Epilepsia*. 2013; 54(11): 2005–2018.

Nivel Diagnóstico	Criterios de Etapificación		
	Historia compatible	Características de los testigos del evento	Hallazgos en el Electroencefalograma (EEG)
<i>CPNE Posible</i>	(+)	Testigos no clínicos; reportes o descripción del mismo paciente.	Sin actividad epiléptica en EEG <i>interictal</i> de rutina o con privación de sueño.
<i>CPNE Probable</i>	(+)	Presenciado por clínico (en video o de forma presencial), con semiología típica de CPNE.	Sin actividad epiléptica en EEG <i>interictal</i> de rutina o con privación de sueño.
<i>CPNE Clínicamente establecida</i>	(+)	Presenciado por clínico experto en diagnóstico de epilepsia (en video o de forma presencial), con semiología típica de CPNE, sin registro electroencefalográfico.	Sin actividad epiléptica en EEG de rutina o registro ambulatorio <i>ictal</i> , durante evento típico de CPNE, en el que la semiología haría esperable la presencia de actividad epileptiforme ictal en crisis epilépticas equivalentes.
<i>CPNE Documentada</i>	(+)	Presenciado por clínico experto en diagnóstico de epilepsia, con semiología típica de CPNE, durante el registro electroencefalográfico.	Sin actividad epiléptica inmediatamente antes, durante o después de evento registrado en video EEG <i>ictal</i> , con semiología típica de CPNE.

Tabla 3. Dilemas éticos habituales en las distintas etapas del proceso de evaluación de un paciente con crisis psicógenas no epilépticas.

<i>Dilemas en el diagnóstico</i>	<i>Dilemas en el estudio complementario</i>	<i>Dilemas en el seguimiento clínico</i>	<i>Dilemas en relación con el entorno</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Dilemas derivados del diagnóstico oportuno. - Dilemas en la comunicación del diagnóstico al paciente y su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilemas relacionados con un estudio oportuno e informativo. - Uso de maniobras de inducción de crisis en el video-EEG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en la adherencia a control. - Dilemas derivados de cambios en el tratamiento. - Dilemas derivados del acceso a atención de Salud Mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilemas en la comunicación hacia el entorno. - Dilemas relacionados con la educación en el ambiente escolar y sanitario.