

Crisis Convulsivas

E.U Mg. Cristobal Nuñez Herrera



ÍNDICE

DEFINICIÓN.....	3
ETIOLOGÍA.....	4
FISIOPATOLOGÍA.....	5
DIAGNOSTICO.....	6
TRATAMIENTO.....	7
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	8
BIBLIOGRAFÍA.....	10

Crisis Convulsivas (Crisis Epilépticas)

Una crisis convulsiva (o crisis epiléptica) es un evento clínico agudo y transitorio de signos o síntomas debido a una actividad neuronal cerebral anómala, excesiva o hypersincrónica. Constituyen una emergencia neurológica que requiere una rápida identificación de la causa y un manejo adecuado para prevenir lesiones secundarias y el desarrollo de un estado epiléptico.

Definición

La crisis es la manifestación clínica de una descarga neuronal anormal. La **Epilepsia** se define como la enfermedad del cerebro caracterizada por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. El diagnóstico de epilepsia generalmente requiere **dos o más crisis no provocadas** que ocurran con más de 24 horas de diferencia.

Clasificación (ILAE 2017)

La clasificación actual se basa en el **inicio de la crisis** y es crucial para el diagnóstico y el tratamiento:

Tipo de Inicio	Características Clave	Ejemplos
Focal (Parcial)	La actividad neuronal anormal comienza en una red limitada a un hemisferio. El paciente puede estar consciente (focal sin alteración de conciencia) o tener alteración de conciencia (focal con alteración de conciencia).	Crisis con movimientos clónicos en una extremidad, o con automatismos (chupeteo, manos).
Generalizada	La actividad neuronal anormal comienza simultáneamente en ambos hemisferios	Tónico-clónica generalizada (GTCS),

	cerebrales. Siempre hay alteración de conciencia.	Ausencia (petit mal), Mioclónica.
Desconocido	Cuando el inicio no puede clasificarse como focal o generalizado (p. ej., crisis presenciada sin observadores que describan el inicio, o espasmos infantiles).	Crisis tonicoclónicas nocturnas aisladas.

Etiología

La etiología de las crisis se divide en crisis **provocadas** (agudas sintomáticas) y crisis **no provocadas** (epilepsia o causa estructural/genética subyacente).

A. Crisis Provocadas (Agudas Sintomáticas)

Son las causas que desencadenan una crisis en un cerebro que de otra manera no sería epiléptico.

- **Metabólicas/Electrolíticas:** **Hipoglucemia** (causa común), hiponatremia/hipernatremia, hipocalcemia, uremia.
- **Infecciones del SNC:** Meningitis, encefalitis, absceso cerebral.
- **Tóxicos/Fármacos:** Abstinencia de alcohol o benzodiacepinas. Sobredosis de fármacos (ej. antidepresivos tricíclicos, Isoniazida).
- **Vascular:** **Accidente Cerebrovascular (ACV)** isquémico o hemorrágico (especialmente en la fase aguda).
- **Hipertensión Intracraneal (HIC):** Por tumores, hematomas o hidrocefalia.
- **Traumatismo Craneoencefálico (TCE) Agudo.**

B. Crisis No Provocadas (Epilepsia)

El umbral convulsivo del paciente está crónicamente bajo.

- **Estructurales:** Cicatrices gliales (secuelas de ACV o TCE antiguos), malformaciones corticales, tumores cerebrales, esclerosis temporal mesial.
- **Genéticas:** Mutaciones en canales iónicos (canalopatías) o receptores que alteran la excitabilidad neuronal.
- **Causa Desconocida:** Cuando no se encuentra una etiología estructural o genética clara.

Fisiopatología

La fisiopatología se centra en la ruptura del equilibrio entre la excitación y la inhibición neuronal.

A. Desequilibrio Neurotransmisor

El cerebro mantiene un delicado balance entre:

- **Neurotransmisores Excitatorios:** Principalmente **Glutamato**, que actúa sobre receptores NMDA y AMPA.
- **Neurotransmisores Inhibitorios:** Principalmente **Ácido Gamma-Aminobutírico (GABA)**, que hiperpolariza la neurona y disminuye su excitabilidad.

En la epilepsia, existe un predominio de la excitación:

1. **Aumento de la Excitación:** Disfunción de los canales de sodio y calcio (canalopatías) que facilita la despolarización y el **disparo repetitivo y de alta frecuencia** de las neuronas.
2. **Disminución de la Inhibición:** Reducción en la función del GABA (p. ej., por lesión o genética), lo que permite que la actividad excitatoria se propague sin control.

Diagnóstico

El diagnóstico de una crisis y la clasificación de la epilepsia son principalmente clínicos, respaldados por estudios electrofisiológicos y de imagen.

A. Anamnesis y Testimonios

- **Pilar Diagnóstico:** El relato de un **testigo ocular** es fundamental. Determinar: ¿Hubo aura? ¿El inicio fue focal (ej. movimientos en un solo lado)? ¿Hubo incontinencia? ¿Cuánto duró la fase tónica y clónica?
- **Fase Postictal:** Determinar el estado después de la crisis: **Confusión, somnolencia, o parálisis de Todd** (debilidad focal que dura horas, indicativa de inicio focal).

Examen	Propósito	Hallazgos Clave
Electroencefalograma (EEG)	Evaluar la actividad eléctrica cerebral.	Identificar descargas epileptiformes (puntas, polipuntas, ondas punta-onda) que confirman la predisposición. Un EEG normal no descarta la epilepsia.
Neuroimagen (RM/TC)	Excluir causas estructurales agudas o crónicas.	Resonancia Magnética (RM): Estudio de elección para ver lesiones sutiles (ej. esclerosis mesial temporal, displasias corticales). TC sin contraste: Uso urgente para descartar hemorragia, ACV o tumores.
Laboratorio	Descartar causas metabólicas.	Glucemia, electrolitos (Na, Ca, Mg), función renal/hepática, toxicología sérica/urinaria.

Tratamiento

El tratamiento de la crisis convulsiva es una emergencia que se centra en detener la crisis y prevenir la recurrencia.

A. Manejo de la Crisis Aguda (Estado Epiléptico)

El **Estado Epiléptico (EE)** se define clásicamente como una crisis que dura o múltiples crisis sin recuperación de la conciencia entre ellas.

1. **Primera Línea (0-5 minutos): Benzodiacepinas (BDZ).** Midazolam (IM o intranasal) o Lorazepam (IV). Estos fármacos actúan potenciando el efecto inhibitor del GABA.
2. **Segunda Línea (5-20 minutos):** Si la crisis persiste, iniciar un **Fármaco Antiepiléptico (FAE)** de acción más prolongada: **Fenitoína, Fosfenitoína (IV), Levetiracetam (IV) o Ácido Valproico (IV).**
3. **Tercera Línea (20-40 minutos):** Si la crisis es refractaria, el paciente requiere traslado a UCI e inicio de **anestesia general** (ej. Midazolam o Propofol en infusión continua) para inducir un coma farmacológico y suprimir la actividad epiléptica.

Tratamiento Crónico (Epilepsia)

- Selección del FAE según el tipo de crisis (focal o generalizada). Ejemplos comunes: Levetiracetam, Lamotrigina, Ácido Valproico.
- **Tratamiento Etiológico:** Cirugía para reseca tumores o focos epilépticos refractarios.

Cuidados de Enfermería

El rol de enfermería durante una crisis convulsiva es crucial, enfocándose en la seguridad del paciente y la documentación precisa.

A. Cuidados Durante la Crisis (Seguridad del Paciente)

1. **Seguridad y Posición:** Permanecer con el paciente. **No restringir** los movimientos. **Proteger la cabeza** colocando almohadas o ropa debajo para prevenir traumatismos.
2. **Vía Aérea:** Colocar al paciente en **decúbito lateral de seguridad** tan pronto como sea posible (especialmente si hay vómito o secreciones) para prevenir la aspiración. **No introducir** objetos en la boca.
3. **Tiempo y Observación: Cronometrar la duración de la crisis.** Observar y documentar:
 - **Inicio:** ¿Focal o generalizado? ¿Hubo desviación de la cabeza/ojos?
 - **Características:** Tipo de movimientos (tónico, clónico, mioclónico), incontinencia, coloración (cianosis).

B. Cuidados Post-Crisis (Fase Postictal)

1. **Monitorización Neurológica:** Evaluar y registrar la frecuencia y profundidad respiratoria, y el nivel de conciencia, hasta la recuperación total.
2. **Vía Aérea:** Continuar con la posición lateral. Administrar oxígeno suplementario si es necesario (hipoxia/cianosis).
3. **Acceso IV y Fármacos:** Asegurar el acceso intravenoso. Administrar las BDZ (ej. Lorazepam) según prescripción si la crisis persiste o si hay signos de EE.
4. **Cuidados Post-Procedimiento:** Si se administraron IV, monitorizar el sitio de infusión y los efectos adversos (ej. hipotensión o arritmias con Fenitoína).

C. Educación y Prevención

- **Identificación de Factores:** Revisar la adherencia a la medicación y factores precipitantes (falta de sueño, estrés, alcohol).
- **Educación al Paciente/Familia:** Instruir sobre la medicación y, fundamentalmente, sobre las medidas de seguridad durante una crisis (no contener, proteger la cabeza).

Bibliografía

1. **Fisher, R. S., et al.** (2017). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 58(4), 516-525.
2. **Glauser, T. A., et al.** (2016). Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*, 57(7), 1071-1081.
3. **Trinka, E., et al.** (2015). A definition and classification of status epilepticus – Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, 56(10), 1515-1523. (Para manejo de Estado Epiléptico).