

EPILEPSIA

EPIDEMIOLOGÍA

- Conocida desde tiempos remotos
- Ha sido muy estigmatizada en Occidente
- Algunos fueron considerados como endemoniados y fueron tratados con exorcismo
- Famosos: San Pablo, Julio César, Sta Teresa de Jesús, Dostoievski, Mahoma
- Muchos fueron recluidos en psiquiátricos, y con la Reforma de la Psiquiatría en España en los '80, aparecieron muchos casos que no habían sido notificados
- En la actualidad sigue siendo un tabú, por lo que la información, que sigue siendo ocultada, de la incidencia y prevalencia, no es real
- España
- Incidencia: 30 – 50 casos / 100.000 hab / año
- Prevalencia: 300.000 casos
- Tiende a aumentar: en parte por el aumento de notificaciones y sobretodo en las R / C las adquiridas (ECV, aumento de la esperanza de vida y aumento del nº de ancianos)
- No existe diferencia entre raza, sexo, edad, territorio
- Aparece generalmente antes de los 20 a

CONCEPTO

Condición crónica del cerebro caracterizada por la susceptibilidad a crisis recurrentes de actividad eléctrica exacerbada (son la manifestación motora de esta actividad)

ETIOLOGÍA

IDIOPÁTICA (desconocida, no 2º a ninguna enfermedad)

- Genéticas
- Defectos del desarrollo

ADQUIRIDA

- Hipoxemia (de cualquier causa)
- Fiebre (en niños)
- Infecciones del SNC (meningitis)
- Lesiones craneoencefálicas (por ACVA y metástasis; frecuentes en ancianos)
- Trastornos metabólicos y tóxicos (IRA, hiponatremia, hipocalcemia, hipoglucemia e intoxicación por plaguicidas)
- Tumores cerebrales
- Abstinencia de medicamentos y alergias

CRISIS CONVULSIVAS / EPILEPTICAS

- Súbita y excesiva descarga de actividad eléctrica en el cerebro que produce contracciones involuntarias, movimientos erráticos y alteraciones del comportamiento
- Son crisis de actividad motora y sensorial del SNA o psíquica (o una combinación de ellas) como consecuencia de la descarga excesiva y repentina de las neuronas cerebrales
- El cuadro puede comprender parte o todo el encéfalo

- Suelen ser repentinas

TIPOS DE CONVULSIONES (clasificadas internacionalmente según el área afectada del cerebro)

CRISIS CONVULSIVAS PARCIALES

Origen focal, afectan solo a una zona del cerebro, con o sin alteración de la conciencia

CRISIS CONVULSIVAS PARCIALES SIMPLES

MOTORA FOCAL

- Pequeñas convulsiones o movimientos involuntarios de los dedos o de sus zonas adyacentes (de una mano, de una muñeca)
- Puede emitir palabras sin sentido, tener mareos, sentir sienta luces, sonidos, olores, sabores raros o desagradables
- No hay pérdida de la conciencia
- No hay aura: sensación premonitoria de la inminencia de un ataque epiléptico; ya visto (déja vu)
- Dura segundos

JACKSONIANA

- Depende de la crisis motora focal, es más progresiva
- Comienza con temblor de dedos, que pasan al brazo, cara e incluso al otro lado; también sacudidas incontrolables de la boca
- No hay aura
- Puede durar incluso unos pocos min
- Es característico el periodo postictal (después de la convulsión): episodios de obnubilación, sensación de hormigueo

CRISIS CONVULSIVAS PARCIALES COMPLEJAS

- Paciente puede evolucionar de parcial simple a parcial completa
- No recuerda la crisis una vez que ha pasado
- El automatismo (actividades involuntarias repetitivas) es característico y frecuente, se repite el mismo gesto (ej: besuqueo, deglución...)
- Alteraciones en la conducta: la persona permanece estática, se mueve de forma automática o inapropiada en tiempo y espacio, tiene emociones excesivas, miedo, irritabilidad, agresividad sin motivo (incluso pegan), ilusiones y alucinaciones
- Pueden cursar con alteraciones de la conciencia
- Tienen aura
- Dura hasta 5 min
- Periodo postictal: confusión, cierto grado de amnesia retrógrada y necesidad de dormir (cansancio)

CRISIS CONVULSIVAS GENERALIZADAS

Origen inespecífico; pueden afectar a ambos hemisferios al mismo tiempo (reaccionan ambas mitades del cuerpo, seguida por alternancia de relajación y contracción muscular); con alteración de la conciencia; en niños de 6 – 14 a

CRISIS DE AUSENCIA GENERALIZADA (pequeño mal)

- Hay pérdida de conciencia, la persona se queda medio catatónica, ausente; cuando cesa la actividad eléctrica cerebral, vuelve a recuperar la actividad que estaba desarrollando
- No recuerdan la crisis una vez que ha pasado
- No tienen aura
- Dura segundos o 1 min
- No hay periodo postictal

CRISIS TÓNICO-CLÓNICAS GENERALIZADAS (gran mal)

- Clásicamente conocidas como ataques epilépticos
- Forma más importante
- Dura unos 3 min
- Fase tónica
- Pérdida de conciencia
- Contracción simultánea de los músculos de la respiración, que pueden producir el característico grito epiléptico
- En ocasiones, cianosis
- Puede haber relajación del esfínter vesical y anal
- Pueden morderse la lengua
- Pueden caerse
- Fase clónica
- Contracciones involuntarias del cuello y MM
- Hiperventilación ruidosa y abdominal
- Sialorrea (excesiva producción de saliva, parece espuma)
- Hay aura
- Periodo postictal: estupor, confusión, cefaleas, irritabilidad, desorientación témporo-espacial, amnesia retrógrada, pudor (por la relajación de esfínteres); la persona suele estar confundido, difícilmente recupera la conciencia y tal vez duerma horas

FACTORES CONDICIONANTES / DESENCADENANTES

- Pacientes con crisis previas
- Los niveles séricos de medicamentos no son terapéuticos o porque no están bien ajustados o por una mala adhesión al ttº farmacológico; estos niveles son insuficientes y provocan nuevas crisis; hay que determinar los valores séricos y ajustarlos
- Estrés emocional
- Circunstancias irritantes
- Estado de salud
- Hipoglucemia
- Fiebre (sobretudo en niños)
- Estreñimiento
- Estado de desarrollo
- Menstruación
- Embarazo
- Estilo de vida
- Alcohol
- Drogas: sobre todo la cocaína esnifada (las partículas chocan sobre el tejido cerebral)
- Café: excitante
- Sedentarismo
- Sueño
- Fatiga extrema
- Otros

- Olores
- Ritmos
- Ruidos
- Luces: algunos pacientes no pueden ver TV durante mucho tiempo

COMPLICACIONES DE LA EPILEPSIA DERIVADAS DE PROBLEMAS R / C

- Accidentes: por caídas
- Lesiones: por caídas, mordedura de lengua...
- Estado epiléptico
- Cuadro de extrema urgencia por sus efectos acumulativos: las contracciones musculares vigorosas suponen un gran consumo metabólico y dificultan la respiración; en el punto máximo de cada crisis, ocurre hasta cierto punto parada respiratoria, que produce congestión venosa e hipoxia cerebral, éstas a su vez, lesiones encefálicas irreversibles y letales
- Sucesión de crisis convulsivas generalizadas (tónico – clónicas, con cianosis, apnea), prolongadas y agudas, sin que paciente recupere la conciencia entre una crisis y otra
- Es considerado también ataque epiléptico, las crisis que duran más de 10 min, incluso aunque no disminuya la conciencia

DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA

EEG para determinar la actividad eléctrica del cerebro (impulsos nerviosos)

TTº DE LA EPILEPSIA

- Individual, de manera que satisfaga las necesidades de cada paciente y no sólo controle o evite los ataques; difiere porque algunas formas de la enfermedad son originadas por lesiones del encéfalo y otras dependen de alteraciones de la química cerebral
- Se inicia con un solo fármaco; la dosis de comienzo y frecuencia de adm se aumentan según haya o no efectos adversos
- Los controles séricos se hacen porque la velocidad de absorción varía de una persona a otra
- Farmacológico
- Carbamacepina
- Diacepam: efecto relajante y antiepiléptico (breve), se adm 1º, lentamente e iv para, controlar de inmediato las convulsiones
- Fenobarbital: tras diacepam, para potenciar su efecto anticonvulsivo
- Fenitoína: el más usado; ídem anterior
- Primidona
- Durante el ttº
- Mantener una buena adhesión al ttº para mantener una concentración sérica constante
- No debe cesar el consumo del fármaco de forma súbita, ya que pueden aparecer convulsiones
- No tomar alcohol ni drogas
- No se puede conducir un automóvil, aunque existe una prescripción legal, según la cual, se puede conducir sólo si han pasado 5 a después de la última crisis
- No manejar maquinaria peligrosa
- Conservar la higiene bucal y limpieza regular de los dientes en pacientes que tomen fenitoína por riesgo de hiperplasia gingival (inflamación de las encías que puede cursar con sangrado)
- Acudir a controles de laboratorio para controles séricos del fármaco
- Llevar consigo una tarjeta de identificación personal que indique el nombre del fármaco que toma
- Efectos adversos
- Hematológicos
- S.N.C

- C.V
- G.I
- Oftalmológico
- O.R.L
- Cutáneos
- Metabólicos

ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA

DURANTE LA CONVULSIÓN

- Proporcionar intimidad; si el enfermo tiene un aura, quizá tengamos tiempo suficiente para llevarlo a un sitio seguro
- Mantener la calma y tranquilizarle si está consciente (tener en cuenta que el paciente puede perder la conciencia de repente o poco a poco)
- No abandonar nunca al paciente durante la crisis
- Tenderle en el suelo con cuidado, si hay tiempo suficiente
- Retirar muebles, elementos contra los que el paciente pueda golpear; durante la crisis proteger la cabeza del paciente con toallas... para evitar lesiones por golpes contra superficies duras
- Aflojar la ropa que oprima, para favorecer la respiración; usar Guedell si fuera necesario
- Colocarle en posición de seguridad (SIMS); si no es posible, sujetar el mentón hacia arriba y hacia delante con la cabeza inclinada hacia atrás, para ayudar a abrir las vías respiratorias
- Si el paciente está en la cama, subir las barandillas acolchadas y retirar almohadas por peligro de sofocación
- Si un aura precede a la crisis, y paciente no ha cerrado las mandíbulas, introducir un objeto blando (abatelenguas) entre los dientes para reducir la posibilidad de morder la lengua o los carrillos
- Si ha cerrado los maxilares por un espasmo, no forzar, no intentar abrirlos para introducir algo, podríamos provocar una fractura de mandíbula, lesionar dientes, labios, lengua
- Retirar dentadura postiza para tener acceso a la cavidad bucal
- No moverle ni sujetarle durante la crisis, porque sus contracciones musculares son potentes y podría romperse un hueso al oponernos a su fuerza o movimiento
- Observar la crisis
- Aparición y duración
- Hechos que precedieron a la crisis (estímulo visual, auditivo...)
- Parte del cuerpo por la que empezó la crisis
- Ojos: abiertos o cerrados, pupilas...
- Partes del cuerpo implicadas, tipo de movimientos
- Actividades motoras involuntarias (chasquido de labios, degluciones repetidas...)
- Incontinencia urinaria o fecal
- Pérdida de la conciencia
- Después de la crisis: capacidad de hablar, adormilado...

DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN

- Cuando recupere la conciencia (en fase postictal), tranquilizarle y reorientarle
- Si repite crisis sin recuperar la conciencia, evacuar al hospital

DEMANDA DE AC: EQUILIBRIO SOLEDAD E INTERACCION

VALORACIÓN

Frecuencia de relaciones sociales antes y después del diagnóstico

OBJETIVO

Mantener relaciones sociales satisfactorias

ACCIONES

- Ayudar al paciente a reconocer la necesidad de las relaciones: evita que se aleje de la familia, amigos...
- Proporcionar apoyo y decirle que sus sentimientos son normales: hay que ser conscientes del impacto que tienen las crisis sobre la imagen corporal del paciente, el concepto que tiene de sí mismo y el interés por las actividades sociales
- Ayudarle a identificar actividades placenteras y no peligrosas
- Recalcar la importancia del cumplimiento estricto del ttº farmacológico y de llevar identificación de su enfermedad: ayuda a evitar o reducir los ataques
- Animarle a comentar el diagnóstico con familiares, amigos y compañeros de trabajo: el diálogo abierto con otras personas les previene sobre posibles crisis, pudiendo reducir el shock que supone presenciar una y, posiblemente, permitir que proporcionen asistencia
- Orientarle hacia grupos de autoayuda: hablar con otros pacientes en situaciones similares, puede darle un punto de vista más realista sobre el ataque epiléptico y cómo lo toma la sociedad

Cuidados a pacientes con crisis convulsivas.