



Nombre del alumno:

Yareni Velázquez González

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Lic. Enfermería

Materia:

Prácticas profesionales

Nombre del trabajo:

Ensayo:

“Manejo de las convulsiones”

Frontera Comalapa, Chiapas a 3 de julio de 2020.

INTRODUCCION

Las convulsiones son síntomas de un problema cerebral. Ocurren por la aparición súbita de una actividad eléctrica anormal en el cerebro. Cuando las personas piensan en convulsiones, suelen imaginarse el cuerpo de una persona que se sacude rápida y sin control. No todas las convulsiones provocan estas sacudidas. Existen muchos tipos de convulsiones y algunos tienen síntomas leves. Las convulsiones se dividen en dos grupos principales. Las convulsiones focales, también llamadas convulsiones parciales, ocurren en una parte del cerebro. Las convulsiones generalizadas son el resultado de actividades anormales en ambos lados del cerebro.

La mayoría de las convulsiones duran de 30 segundos a dos minutos y no causan daños duraderos. Sin embargo, es una emergencia médica si las convulsiones duran más de cinco minutos o si una persona tiene muchas convulsiones y no se despierta entre éstas. Las convulsiones pueden tener muchas causas, entre las que se incluyen medicinas, fiebre alta, lesiones en la cabeza y ciertas enfermedades. Las personas que tienen convulsiones recurrentes debido a un trastorno cerebral tienen epilepsia.

Las crisis convulsivas son un suceso limitado en el tiempo, en el que se producen contracciones musculares a consecuencia de descargas eléctricas una convulsión corresponde a los hallazgos físicos o cambios en el comportamiento que ocurren después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro. El término "convulsión" se utiliza a menudo indistintamente con "ataque". Durante las convulsiones, una persona tiene temblor incontrolable que es rápido y rítmico, con los músculos contrayéndose y relajándose en forma repetitiva. Hay muchos diferentes tipos de convulsiones. Algunos tienen síntomas leves y sin temblores. En la gran mayoría de los sujetos la causa de la crisis se desconoce, si bien hay muchos procesos que pueden producirlas. Así se incluyen:

La epilepsia sintomática es aquella debida a una causa conocida ,por ejemplo un tumor encefálico, un accidente cerebrovascular. Las crisis que causa se llaman crisis epilépticas sintomáticas. Estas crisis son más frecuentes entre los neonatos y los ancianos.

Las crisis no epilépticas son provocadas por un trastorno o un estresante transitorio (p. ej., trastornos metabólicos, infecciones del SNC, trastornos cardiovasculares, toxicidad o abstinencia de fármacos, trastornos psicógenos). En los niños, la fiebre puede provocar una convulsión (convulsiones febriles).

Las causas frecuentes de crisis convulsivas (véase tabla Causas de las crisis convulsivas) varían según la edad de inicio:

Antes de los 2 años: fiebre, defectos del nacimiento o del desarrollo, lesiones congénitas y trastornos metabólicos

De 2 a 14 años: trastornos convulsivos idiopáticos

Adultos: traumatismo de cráneo, abstinencia alcohólica, tumores, accidente cerebrovascular y una causa desconocida (en el 50%)

Los ancianos: tumores y accidentes cerebrovasculares

Hay dos tipos de crisis epilépticas, las generalizadas y las parciales. Las primeras afectan a los dos hemisferios cerebrales (lados del cerebro) desde el inicio de la crisis, y se subclasifican en varios tipos principales: tónico-clónicas generalizadas, mioclónicas, tónicas, ausencias y atónicas.

En las crisis parciales, en cambio, el inicio de la actividad bioeléctrica está limitada en una zona específica del cerebro

Crisis epilépticas generalizadas: tónico-clónicas

Son el tipo más común y más conocido de crisis epilépticas generalizadas. Se inicia con la

rigidez de las extremidades (fase tónica), seguido por zarandeos de las extremidades y de la cara (fase clónica). Si quieres sentir lo que siente una persona al tener esta crisis

Crisis epilépticas generalizadas mioclónicas

Las crisis epilépticas generalizadas mioclónicas son contracciones rápidas y breves de los músculos corporales, que en general se producen a la vez en ambos lados del cuerpo. De vez en cuando implican un brazo o un pie. La gente suele pensar que son sacudidas repentinas o torpeza.

Crisis epilépticas generalizadas atónicas

Las crisis epilépticas atónicas producen una pérdida brusca del tono muscular, consisten en cabeceos, pérdida de la postura, o el colapso repentino. Como son tan bruscos, las personas que los experimentan se desploman, por lo que se pueden producir lesiones traumáticas en la cabeza.

Crisis epilépticas generalizadas de ausencia

Este tipo de crisis epilépticas consiste en lapsos de pérdida de consciencia que comienzan y terminan bruscamente, en los que se detiene la actividad que está realizando el paciente y permanece con la mirada fija durante unos segundos

Crisis epilépticas parciales

Como hemos dicho antes, en las crisis epilépticas parciales el inicio de la actividad bioeléctrica está limitada a una zona específica del cerebro. Se dividen en las crisis parciales simples (en el que la conciencia se conserva), y crisis parciales complejas (donde la conciencia se altera). Las crisis epilépticas parciales pueden llegar a propagarse por todo el cerebro y producir una crisis generalizada.

Las convulsiones parciales son las más comunes entre las personas con epilepsia.

Prácticamente cualquier movimiento, sensación, emoción o síntoma puede interpretarse como parte de una crisis parcial, incluidas las alucinaciones visuales o auditivas.

Anamnesis

Debe interrogarse a los pacientes que tienen una convulsión acerca de sensaciones inusuales, que sugieren un aura y, por lo tanto, una crisis convulsiva y sobre las manifestaciones convulsivas típicas. Los pacientes normalmente no recuerdan las crisis de inicio generalizado, por lo que una descripción de la propia convulsión se debe obtener de los testigos.

Las manifestaciones de otros trastornos, como la isquemia encefálica global súbita (p. ej., debido a una arritmia ventricular) pueden asemejarse a aquellas de una crisis comicial, que incluyen la pérdida de consciencia y algunas sacudidas mioclónicas.

La anamnesis debe contener información sobre la primera crisis y las siguientes (p. ej., duración, frecuencia, evolución secuencial, intervalo más largo y más corto entre las crisis, aura, estado posictal, factores precipitantes). Se debe interrogar a todos los pacientes sobre los factores de riesgo para las crisis:

Traumatismo de cráneo o infección del SNC previos

Trastornos neurológicos conocidos

Consumo de sustancias químicas o su abandono, sobre todo las de uso recreativo

Abstinencia alcohólica

Falta de consumo de los antiepilépticos

Antecedentes familiares de crisis convulsivas o trastornos neurológicos

Examen físico

En pacientes que han perdido la consciencia, la mordedura de lengua, la incontinencia (p. ej., orina o heces en la ropa) o una confusión prolongada después de la pérdida de la consciencia sugieren una convulsión.

No suele ocurrir una actividad típica de la fase tónica, seguida por la fase clónica.

La progresión de la actividad muscular no corresponde a los patrones de las crisis verdaderas (p. ej., sacudidas que mueven el cuerpo de un lado a otro y regresan [progresión no fisiológica], movimientos pelvianos exagerados).

La intensidad puede aumentar y disminuir.

Estudios complementarios

Se realizan de rutina estudios complementarios, pero los resultados normales no excluyen necesariamente un trastorno convulsivo. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser finalmente clínico. Los estudios complementarios dependen de los resultados de la anamnesis y el examen neurológico.

Meningitis o infección del SNC con resultados normales en neuroimágenes: se necesita una punción lumbar.

Consumo no declarado de drogas recreativas que pueden producir las crisis o contribuir a ellas: se puede realizar un examen de detección de drogas, aunque esta práctica es controvertida porque los resultados positivos no indican causalidad y las conclusiones de las pruebas pueden ser inexactas.

ACTITUD TERAPEUTICA

Si se presencia una crisis tónico-clónica la actitud a tomar es la que a continuación se describe:

1. Evitar auto lesiones en el Paciente: Se colocará un Guedel para evitar que se muerda la lengua, sin demasiada violencia. Si no se dispone de Guedel es preferible no forzar la colocación de otro objeto en la boca.
2. Colocar la cabeza del paciente (y al naciente mismo) hacia un lado para evitar la bronco aspiración. La mayor parte de las crisis son autolimitadas y no es necesario abortarlas con medicación, esto se hará en el Centro Hospitalario en caso de estatus convulsivo.

TRATAMIENTO

1. BENZODIACEPINAS. Son el fármaco de elección en el tratamiento de las crisis. Se utilizará diazepam o Midazolam en las pautas descritas en el punto VII*
2. LIDOCAINA Alternativa a las anteriores en caso de contraindicación, o bien el siguiente escalón terapéutico *
3. FENITOÍNA. Siguiendo escalón terapéutico y siempre bajo monitorización EKG por sus efectos secundarios*
4. BARBITÚRICOS Y RELAJANTES MUSCULARES. Exigen la intubación endotraqueal del paciente, debiendo reservarse para el estatus convulsivo refractario

La mayoría de las convulsiones tonicoclónicas de inicio generalizado y de focalizado a generalizado remiten espontáneamente en varios minutos y no requieren un tratamiento farmacológico de urgencia.

CONCLUSION

La epilepsia es un trastorno cerebral que se caracteriza por fuertes convulsiones debido a una alteración de la actividad cerebral el que se prolongan por un tiempo determinado. Este puede deberse a una causa idiopática o causas comunes, como accidente cerebrovascular, tumor cerebral, etc. Hay que tener cuidado con la medicación y siempre actuar de una forma correcta ante una crisis epiléptica.