



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

MATERIA: URGENCIAS MÉDICAS

ACTIVIDAD: RESUMEN

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO: MARCO ANTONIO DOMÍNGUEZ MORALES

8 SEMESTRE

CRISIS CONVULSIVA

Las crisis convulsivas son descargas eléctricas neuronales anormales que tiene manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas) y que se presentan de manera no provocada.

FACTORES DE RIESGO

- Consumo de alcohol
- Suplementos dietéticos o energéticos que incluyan grandes concentraciones de cafeína y alcaloides de la efedra, especialmente si coexisten ambos productos.
- Desvelo
- Factores estresantes
- Fiebre alta o prolongada
- Estímulos luminosos intermitentes
- Actividad física peligrosa o extenuante

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Antecedentes familiares

- Investigación de enfermedades neurológicas familiares
- Investigación de antecedentes de CE, síndromes o enfermedades epilépticas

Antecedentes personales

- Patología perinatal (trauma obstétrico, encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, convulsiones neonatales)
- Evolución del desarrollo psicomotor
- Evolución escolar y vida académica
- Consumo de alcohol o drogas
- Convulsiones febriles
- Infecciones neuromeningeas
- Traumatismos craneoencefálicos

- Otras enfermedades neurológicas o psiquiátricas
- Enfermedades sistémicas
- Tratamientos concomitantes

Padecimiento actual

- Cronopatología de los episodios paroxísticos
- Descripción detallada y pormenorizada de la semiología de los episodios (forma de inicio, desarrollo del episodio, recuperación)
- Indagación minuciosa de los fenómenos motores, autonómicos y del lenguaje durante la fase ictal y periictal
- Investigación dirigida de posibles episodios paroxísticos previos desapercibidos asociados (mioclonías, auras, ausencias)
- Investigación de síntomas generales y posibles enfermedades asociadas
- Investigación de patología psiquiátrica asociada

Características específicas de la crisis convulsiva

¿Qué estaba haciendo el niño justo antes del momento en que inició la convulsión?

¿Hubo síntomas sugestivos de un aura y cuales fueron?

¿Cuál fue la secuencia y el tiempo de eventos y los componentes de la convulsión?

¿Qué sucedió cuando la convulsión terminó?

¿Qué fue lo que el niño hizo después de la convulsión y por cuanto tiempo?

¿Hubo conciencia durante el evento?

¿Ocurrió falta de respuesta?

¿Presentó mirada fija?

¿Ocurrió apertura o cierre de los ojos?

¿Hubo temblor de los párpados?

¿Presentó desviación de los globos oculares? (en qué dirección)?

¿Hubo contracción facial?

¿Presentó rigidez del cuerpo?

¿Tuvo espasmos caóticos de las extremidades?

¿Presentó palidez o cianosis?

¿Presentó relajación de esfínteres?

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Exploración neurológica completa, con especial consideración de signos de hipertensión intracraneal, signos focales, meningismo o alteración cognitiva
- Existencia de estado de confusión postictal
- Existencia de parálisis de Todd, transitoria
- Disfasia
- Exploración general completa con especial consideración cardiovascular, hepática, rasgos dismórficos y examen cutáneo
- Valoración del estado psíquico

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS CONVULSIVAS

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CRISIS CONVULSIVAS

Ausencias: Son de corta duración y pueden llegar a tener una alta frecuencia durante el día. Por lo general no pasan de 20 segundos de duración, durante los cuales se detiene la actividad motora con alteración y recuperación abrupta de la conciencia. No tienen aura ni estado post-ictal. Frecuentemente se precipitan por la hiperventilación.

Mioclónias: Son sacudidas breves e involuntarias, únicas o en serie, de uno o más grupos musculares. Clínicamente pueden ser focales, segmentarias o generalizadas. Aunque de difícil demostración, en caso de presentarse una pérdida de conciencia, es de muy breve duración y no sobrepasa la duración de la mioclonía. Se precipitan característicamente con el despertar y no hay período postictal.

Crisis tónicas: Son contracciones musculares sostenidas que comprometen simultáneamente varios grupos musculares, tanto agonistas como antagonistas. Tienen duración variable, de segundos a minutos. Pueden tener compromiso de toda la

musculatura axial o de las extremidades de manera simétrica o asimétrica, con producción de posturas en extensión o flexión

Crisis tónico-clónicas generalizadas: Tienen inicio súbito con pérdida de conciencia, frecuentemente precedida por un grito o gemido. Aparece luego la fase tónica con posturas alternantes en extensión o flexión, seguida por la fase clónica algo más prolongada y acompañada de fenómenos vegetativos como midriasis, sudoración y taquicardia. Característicamente hay período post-ictal que puede prolongarse varios minutos.

Crisis atónicas: Se presentan como pérdida súbita y brusca del tono muscular. Generalmente son de corta duración y en la clínica pueden tener compromiso segmentario o generalizado. En este caso se produce la caída abrupta del individuo, con la producción de heridas faciales o del cuero cabelludo.

Crisis focales simples: No hay una alteración de la conciencia y sí hay memoria del evento. Se presentan como manifestaciones motoras, autonómicas, psíquicas o somatosensoriales que reflejan su origen en un área cerebral específica. La duración es variable de segundos hasta minutos y no es infrecuente la progresión a una crisis focal compleja o la generalización secundaria.

Crisis focales complejas: Por definición hay compromiso de la conciencia con amnesia del episodio. Generalmente exceden los 30 segundos de duración. Se pueden iniciar en el lóbulo temporal o en áreas extratemporales diferentes. Frecuentemente se producen automatismos como chupeteo, inquietud o movimientos de exploración, entre otros. Siempre existe la posibilidad de generalización. Usualmente tienen período post-ictal.

Espasmos infantiles: Esta categoría especial de crisis epilépticas se inicia por lo general durante el primer año de vida y se presenta como contracciones musculares simétricas o asimétricas, bilaterales, de aparición súbita en flexión, extensión o ambas.

Ocurren en salvas y comprometen usualmente los músculos de la nuca, tronco y extremidades. Se desencadenan durante períodos de somnolencia o al despertar.

EXÁMENES DE GABINETE:

Realizar electroencefalograma EEG a todos los niños que presentan la primera crisis convulsiva. El estudio puede realizarse en vigilia o sueño, con desvelo y fotoestimulación. Es recomendable que tenga una duración de 25 a 35 minutos y que se realice con la siguiente estimulación:

- a) Párpados abiertos y cerrados,
- b) Hiperventilación (3-4 minutos) y
- c) Estimulación luminosa intermitente a diferente frecuencia d) Estimulación sonora

La monitorización video electroencefalográfica (MVEEG) está indicada cuando se sospecha clínicamente que el paciente ha tenido convulsiones pero el EEG convencional no muestra paroxismos.

Realizar estudios de neuroimagen (tomografía computada de cráneo o resonancia magnética nuclear cerebral) en los niños que presenten primera crisis convulsiva en los siguientes casos:

- Crisis convulsiva con datos de focalización
- Crisis convulsivas que no cumplen características clínicas clásicas de crisis idiopáticas o criptogénicas

Realizar tomografía computarizada de cráneo de forma urgente en los niños que presentan un primer evento convulsivo en los siguientes casos:

- Traumatismo craneoencefálico
- Niños que no se han recuperado del estado postictal después de una hora de la crisis convulsiva
- Cuando la parálisis de Todd no se resuelve después de 30 minutos

Solicitar electrocardiograma y calcular el intervalo QT corregido en todos los niños que presentaron un primer evento convulsivo.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- En caso de no contar con valproato de sodio intravenoso: administrar valproato de magnesio por vía rectal en niños

- Si no se cuenta con fenobarbital (como medicamento de tercera línea): pasar a la fase de tratamiento el estado epiléptico refractario

El anticomisial se elegirá de acuerdo a la crisis convulsiva

- Crisis convulsivas parciales : carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato o valproato de magnesio

- Crisis convulsivas generalizadas: lamotrigina, topiramato o valproato de magnesio

BIBLIOGRAFÍA

Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México: secretaria de salud, CENETEC, 02/julio/2015.