

URGENCIAS MEDICAS

DR: ALFREDO LÓPEZ

ALUMNO(A): ITZEL VALERIA ESPINOSA SARAUS

MEDICINA HUMANA

8vo SEMESTRE

16-OCTUBRE -2020

CRISIS CONVULSIVAS

La expresión crisis convulsiva o "ataque convulsivo" se refiere a una disfunción cerebral súbita o repentina que hace que la persona se desplome, tenga convulsiones o presente otras anomalías de carácter temporal en el funcionamiento cerebral, que a menudo van acompañadas de cambios en el nivel de conciencia o de pérdidas de la conciencia.

CAUSAS

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

Las convulsiones motoras de inicio generalizado pueden clasificarse además según el tipo de ataque:

Convulsiones tonicoclónicas (antes crisis de gran mal)

Convulsiones clónicas (movimientos sacádicos rítmicos sostenidos)

Convulsiones tónicas (rigidez sin movimientos sacádicos rítmicos)

Crisis atónicas (pérdida del tono muscular)

Convulsiones mioclónicas (movimientos sacádicos rítmicos no precedidos por rigidez)

Convulsiones mioclónicas-tónicas-clónicas (movimientos sacádicos mioclónicas seguidos de movimientos tónicos y clónicos)

Convulsiones mioclónica-atónicas

Espasmos epilépticos (antes, espasmos infantiles)



Las convulsiones no motoras de inicio generalizado pueden clasificarse según el tipo de ataque (definido por la característica prominente más antigua):

Crisis de ausencia atípicas

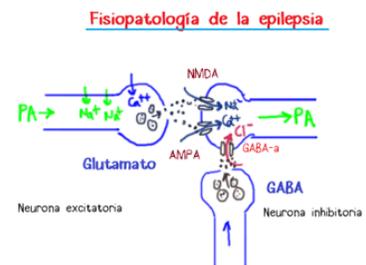
Las crisis de ausencia atípicas (p. ej., con inicio o terminación menos bruscos o con cambios anormales en el tono)

Crisis mioclónicas

Mioclónía del parpado

La mayoría de las crisis terminan espontáneamente en 1 a 2 min.

Un estado posictal suele ocurrir después de convulsiones de inicio generalizado; y se caracteriza por sueño profundo, cefalea, confusión y dolor muscular; este estado dura desde algunos minutos hasta horas. A veces, el estado posictal incluye la parálisis de Todd (un déficit neurológico transitorio, habitualmente debilidad, de la extremidad contralateral al foco epiléptico).



La mayoría de los pacientes parecen normales en términos neurológicos entre las convulsiones, aunque las dosis elevadas de fármacos utilizados para tratar los trastornos epilépticos, en particular los antiepilépticos sedantes, pueden atenuar su estado de vigilia. Cualquier deterioro mental progresivo suele estar relacionado con el trastorno neurológico que dio lugar a las crisis más que con ellas mismas.

Considerar la posibilidad de crisis de inicio focal en pacientes con anomalías transitorias, inexplicables y recurrentes que parecen psiquiátricas (p. ej., alucinaciones, automatismos de comportamientos complejos, detención del habla, disminución de la capacidad de respuesta con la mirada fija).

DIAGNÓSTICO

Para el abordaje de la CC, investigar los siguientes datos clínicos:

Presencia y grado de afectación del estado de conciencia

Tipo y topografía de actividad motora

Síntomas sensoriales

Síntomas autonómicos

Síntomas psíquicos

Conducta preictal, ictal y postictal

Se recomienda que la persona que presentó la primera CC, elaborar una historia clínica que incluya todos los antecedentes (familiares y personales) que pueden asociarse con la presencia del evento, así como una exploración física detallada

Durante los primeros 5 minutos de la fase ictal se recomienda los siguientes cuidados:

Mantener la calma,

Colocar al paciente en decúbito lateral, procurando que haya espacio suficiente alrededor

Controlar vía aérea

Evitar objetos en la boca

Medir la duración de la CC

Remover órtesis (cuando proceda)

Se recomienda que la CC que se prolongan por más de 5 minutos se trate lo más tempranamente posible, por personal calificado.

En caso de no contar con lorazepam o diazepam por vía intravenosa, se recomienda preescribir diazepam rectal o midazolam por vía intramuscular o intranasal.

Se recomienda vigilar la función respiratoria después de administrar benzodiazepinas, ya que la depresión respiratoria es el principal efecto adverso.

Evitar el uso de antiepilépticos después de una primera CC.

Interrogatorio específico sobre las características 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 cuáles 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 cuánto 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 (y en qué dirección)?

¿Hubo contracción facial?

¿Presentó rigidez del cuerpo?

¿Tuvo espasmos caóticos de las extremidades?

¿Presentó palidez o cianosis?

¿Presentó relajación de esfínteres?

¿Hubo algún otro hallazgo autonómico?

Si hubo más de una crisis convulsiva ¿que tan similares fueron la una de la otra?