

MANEJO DE CRISIS EPILEPTICAS

Recordemos que una de las clasificaciones de las crisis epilépticas, es según el área del cerebro en el cual se genera la descarga eléctrica anormal, distinguiéndose en este grupo principalmente las crisis Focales y Generalizadas.

CRISIS FOCALES:

En las crisis focales; la descarga eléctrica anormal afecta solo un área del cerebro o un hemisferio cerebral y la presentación clínica en el cuerpo (la crisis), puede tener manifestaciones diversas, como:

- alteración de la consciencia (detención del comportamiento o desconexión)
- sin alteración de la consciencia
- con síntomas motores unilaterales (sacudidas de la mitad de la cara o de una extremidad, rigidez y postura anormal de una extremidad)
- sin síntomas motores

Cuando no presentan síntomas motores pueden manifestarse por:

- síntomas sensitivos: hormigueos, cosquilleos y a veces dolor, especialmente en una mano. Pueden ser seguidos por la aparición de síntomas motores.
- síntomas sensoriales: visuales (alteración del tamaño, forma o distancia a la cual son vistos los objetos), auditivos y/u olfatorios. Sensación de vértigo e inestabilidad.
- síntomas autonómicos: Incluye sensaciones abdominales, trastornos del ritmo cardíaco, palidez o rubicundez, pilo erección (pararse los pelos), dilatación pupilar, salivación, vómitos, enuresis.
- síntomas psíquicos: Dificultad para hablar; Sensación “ya visto” (“deja vú”) o de que algo nuevo ya era conocido o lo inverso, es decir desconocer lo familiar (“jamais vú”); sentimientos de despersonalización, pensamiento forzado, sensación de miedo, ilusiones.

Las crisis focales son, en general, de corta duración (alrededor de 1 minuto), pueden acompañarse de automatismos (actos o movimientos que la persona realiza de manera inconsciente) y evolucionar a un compromiso cerebral bilateral (de ambos hemisferios cerebrales) y transformarse en una crisis generalizada.

CRISIS GENERALIZADAS

La descarga eléctrica anormal abarca ambos hemisferios cerebrales. La manifestación clínica es diversa y siempre se inicia con alteración o compromiso de conciencia en el paciente. Las presentaciones más comunes son:

- Crisis Tónico-clónicas (o más conocidas como convulsiones): la persona cae inconsciente al suelo, a veces emite un “grito o quejido” previo, todos los músculos del cuerpo se ponen rígidos y después de 30 segundos aparecen clonías (movimientos) generalizados; es por esto que hay dificultad para respirar y los labios se ponen azules. La saliva se acumula en la boca y se ve como “espuma”, también puede haber mordedura de la lengua y relajación de esfínteres. La duración total de la crisis es de 1 a 2 minutos y luego (que el cuerpo se relaja y cesan los movimientos), la persona queda en un estado de compromiso de conciencia que se prolonga entre 15 a 20 minutos.

- Crisis de Ausencia: Son episodios de “desconexión”, que duran de 5-20 segundos, en el cual el niño queda inmóvil, con la vista fija, inconsciente y no reactivo a estímulos, son de ocurrencia diaria, muchas veces al día y de inicio y término abrupto. Se puede asociar pestañeo, leve caída de la cabeza y a veces algunos automatismos simples. No provocan decaimiento ni caída post crisis. Este tipo de crisis se presenta en niños entre los 3 a 7 años, pues corresponden a un síndrome Epiléptico.

- Crisis Tónicas: Suelen ser breves y consisten en caída al suelo y rigidez de todo el cuerpo, el que puede adoptar posturas bizarras. Son más frecuentes en pacientes con daño cerebral. La recuperación de la conciencia es rápida.

- Crisis Clónicas: Se refiere a una crisis con movimientos repetitivos (sin fase tónica), son menos frecuentes. Se observan especialmente en el recién nacido, la recuperación de conciencia es rápida.

- Crisis Atónicas: Es una crisis en la cual la persona pierde en forma brusca la fuerza. Puede afectar sólo a la cabeza que cae sobre el pecho o, a todo el cuerpo que cae al suelo en forma súbita. Se dan en ciertos tipos de epilepsia, aparecen en la niñez y se asocian a riesgo de lesiones físicas producto de los traumatismos en las caídas. Su duración es de unos pocos segundos, con recuperación rápida de la conciencia.

MANEJO AMBULATORIO DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

CRISIS FOCALES

Dadas las características de las crisis focales: corta duración, compromiso unilateral, con o sin compromiso de conciencia, el manejo se enfoca en:

- Observar.
- Cuidar el entorno (alejarse elementos que puedan causar daño).
- Tomar el tiempo que dura la crisis.
- Evaluar compromiso de conciencia: pregunte ¿Cuál es su nombre?, ¿dónde está?, muestre objetos para saber si los reconoce, por ejemplo: un lápiz, llaves, un papel y pregunte ¿Qué es esto?
- Una vez que termina la crisis, la persona recupera rápidamente la conciencia; relate al paciente, médico o cuidador, detalles de la crisis (que estaba haciendo antes de la crisis, que le pasó durante la crisis, cuánto tiempo duró).

CRISIS GENERALIZADAS

Crisis de ausencia: se tratan igual que las crisis focales.

Crisis tónicas y crisis clónicas: son crisis poco frecuentes, dadas sus características, debemos:

- Mantener la calma (nuestro nivel de estrés aumentará, pero debemos actuar y contener a la familia).
- Despejar el área cercana al paciente, evitando que se haga daño.
- Tomar el tiempo que dura la crisis (de forma objetiva, con reloj, celular o pedir a otro que lo haga).
- Una vez terminada la crisis, esperar que recupere totalmente la conciencia.
- Relate al cuidador o médico los detalles de la crisis (que estaba haciendo antes de la crisis, que le pasó durante la crisis, cuánto tiempo duró).

Crisis atónica: aparecen abruptamente, en este caso debemos:

- Mantener la calma
- Evaluar el daño provocado por la caída (si la crisis compromete todo el cuerpo).
- Trasladar a un servicio de urgencia de acuerdo a la lesión.
- Relate al paciente, cuidador o médico los detalles de la crisis (que estaba haciendo antes de la crisis)

Crisis tónico clónica generalizada o convulsión: Sin duda es la crisis más conocida y más “temida” dentro de las crisis epilépticas, debemos saber y reconocer que enfrentar este evento siempre nos generará angustia, pero aun así debemos estar preparados para actuar:

- Mantener la calma, actúe de forma segura y sensata.
- Pida ayuda a viva voz a 1 o 2 personas.
- Si observa el comienzo de la crisis (por ejemplo, escucha el “grito o quejido”) acérquese rápidamente a la persona y tumbenla en el suelo.
- Despeje el área cercana a la persona y ponga algo blando, (pero no abultado), bajo su cabeza, por ejemplo: un bolso, mochila, polera, chaleco; si no tiene nada a mano, no ponga nada. Esto limita los golpes que recibe la cabeza y lesiones que pudieran provocarse al comenzar las sacudidas musculares. (no ponga sus manos debajo de la cabeza, pues se hará daño y no podrá ayudarlo después).
- Tome el tiempo que dura la crisis (mientras está rígido y con clonías) de forma objetiva, con reloj, celular o pedir a otro que lo haga.
- Al terminar la crisis (el cuerpo se relaja y cesan los movimientos) poner a la persona de lado, en posición de seguridad.
- Acompañe mientras recupera la conciencia, puede ser un proceso paulatino, evaluar preguntando ¿Cuál es su nombre?, ¿dónde está?, muestre objetos para saber si los reconoce, por ejemplo: un lápiz, llaves, un papel y pregunte ¿Qué es esto?. El tiempo que demora en recuperar la conciencia puede ser de 15 a 20 minutos.

Una vez que recupera la conciencia:

- Evaluar si hubo lesiones a consecuencia de la crisis (generalmente por caídas cuando ésta inicia), y si es necesario que éstas sean tratadas en servicio de urgencia; trasladar si es necesario.
- En el caso de pacientes adultos, contactar a algún familiar para que regrese a su domicilio acompañado, ya que luego de la crisis es “normal” que el paciente refiera dolor de cabeza y presente sueño; es necesario que duerma para luego retomar sus actividades habituales.
- Relate al paciente, cuidador o médico los detalles de la crisis (que estaba haciendo antes de la crisis, que le pasó durante la crisis, cuánto tiempo duró).

Tenga presente que durante la crisis:

- No se puede realizar asistencia ventilatoria (respiración boca a boca), pues la musculatura está rígida (no hay ventilación efectiva) y el cuerpo está en movimiento.
- No hay que poner nada dentro de la boca: la dificultad respiratoria está dada por la rigidez muscular y no porque la lengua se fue para atrás; además la lengua no se corta, ni se traga, solo puede tener mordeduras durante la crisis.
- No sujetar o tratar de impedir los movimientos: las clonías o sacudidas se producen por una descarga eléctrica anormal a nivel cerebral, por lo que sujetar a la persona sólo le provocará hematomas y nos cansará innecesariamente.

FÁRMACOS DE RESCATE O SOS

Los medicamentos de rescate o SOS, son fármacos utilizados en el contexto ambulatorio, que pueden ser administrados por el propio paciente, familiar o cuidador y que tienen como objetivo detener la crisis epiléptica o evitar la recurrencia de las crisis. Se indica a algunos pacientes que a pesar de encontrarse en tratamiento con dosis adecuadas de fármacos antiepilépticos, pueden experimentar aumento en la frecuencia o duración de sus crisis epilépticas, ya sea por causa aguda (descompensaciones por cuadros febriles o crisis catameniales), por la etiología de la epilepsia, por ejemplo, en epilepsias del lóbulo frontal, aquellos que poseen malformaciones del desarrollo cerebral y/o en casos de epilepsias refractarias al tratamiento.

En estos casos, la indicación de un fármaco de rescate permite evitar la progresión a un estado epileptico, disminuir las visitas a servicios de urgencia y mejorar la calidad de vida.

Los fármacos de rescate mayormente utilizados, son las benzodiacepinas, debido a su rápida acción, fácil administración, vida media prolongada y buena tolerancia.

CLONAZEPAM	ORAL, SUBLIMINAL	0,25mg ó 0,5mg	Comprimido
DIAZEPAM	RECTAL	0,25mg/kg ó 10mg	Ampolla
LORAZEPAM	ORAL, SUBLIMINAL	1 ó 2mg	Comprimido
MIDAZOLAM	SUBLIMINAL, NASAL, RECTAL	0,2 ó 0,5 mg/kg	Ampolla

Los principales efectos adversos descritos son la somnolencia y el de mayor preocupación es la depresión respiratoria. Estos efectos aumentan con la administración de dos o más dosis o también en pacientes que ya usan benzodiazepinas en el esquema de fármacos antiepilépticos. Por lo tanto, para disminuir los riesgos es necesario la educación con relación a las dosis efectivas y enfatizar en la importancia de que una dosis puede ser administrada de forma segura por los familiares o el mismo paciente.

MANEJO EN SERVICIO DE URGENCIA DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

Las crisis epilépticas corresponden al 1% del total de las consultas en los servicios de urgencia de adultos y al 2% de las consultas en servicios de urgencia pediátricos.

Los criterios de derivación a urgencia de las crisis epilépticas son los siguientes:

- **Primera crisis:** La mayoría de las crisis, recibidas habitualmente en los servicios de urgencia, son crisis epilépticas sintomáticas o agudas (aquellas que se originan o son consecuencia de una alteración orgánica aguda, por ejemplo: abstinencia alcohólica; fiebre, consumo de drogas, hipoglucemia, etc.)
- Mujer embarazada: se ha demostrado que las crisis pueden tener efectos deletéreos sobre el feto, por lo tanto, hay que monitorizarlo.
- Crisis tónico clónica que se prolonga por 5 minutos.
- Más de una crisis, con o sin recuperación de conciencia entre ellas.
- Crisis focales que se prolongan por 10 minutos, con o sin recuperación de conciencia entre ellas.
- No hay recuperación de conciencia o la conciencia permanece alterada luego de 30 minutos después de la crisis.

Una crisis epiléptica que llega al servicio de urgencia, debe considerarse una emergencia médica, cuyo objetivo prioritario es detener la crisis.

El Estado Epiléptico (EE) se caracteriza por una crisis de epilepsia que dura más de 5 minutos, o bien, varias crisis intermitentes, ya sea clínicas o eléctricas, que duran más de 30 minutos, con o sin una completa recuperación de conciencia entre ellas. Su pronóstico depende del tipo de EE, refractariedad de las crisis y complicaciones derivadas de la atención.

El EE se debe a una falla de los mecanismos cerebrales responsables de dar término a una crisis de epilepsia o la persistencia de aquellos que prolongan los mecanismos de inicio y perpetuación de la crisis. Todo lo anterior conduce anormalmente a crisis prolongadas que pueden tener como consecuencias a largo plazo: muerte neuronal, injuria neuronal y alteraciones de la red neuronal dependiendo del tipo y duración de las crisis.

Es la urgencia neurológica más común en el mundo con una incidencia de 10.3 a 18.3 casos por 100.00 habitantes por año, según cifras internacionales.

La mortalidad es alta varía entre 24 a 38% siendo más alta a mayor duración de las crisis. Otros factores de riesgo de mortalidad son la edad (mayor en adultos que en niños), la comorbilidad (enfermedad cerebro vascular, hipertensión, cardiopatías, anemia, diabetes, infecciones), la etiología y la presencia de complicaciones producto del EE.

Las circunstancias que predisponen mayormente a un EE son las crisis causadas por lesiones cerebrales de cualquier índole, ya sean crónicas o agudas, como tumores o malformaciones, hemorragia subaracnoidea, accidente cerebro vascular u otra causa. La búsqueda de la etiología debe ser precoz una vez que se logra detener la crisis epiléptica.

En el estado epiléptico refractario (EER) es frecuente el antecedente de traumatismos cerebrales, genopatías, infecciones o malformaciones en el Sistema Nervioso Central, alteraciones inmunológicas, alteraciones cerebrovasculares, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoxia, intoxicación y otros.

La mayoría de las personas con EE no tienen historia de epilepsia, pero después de presentarlo, las posibilidades de desarrollarla es de 22% hasta 40% en poblaciones de adultos o de niños.

Operativamente, el año 2015 la ILAE, definió el EE en dos dimensiones, de acuerdo a la duración de las crisis y según el tipo:

T1: determina el tiempo en el que el tratamiento farmacológico debe iniciarse, por vía intramuscular y/o endovenosa, pues hay un fracaso en los mecanismos responsables del cese de las crisis o la aparición de aquellos involucrados en la prolongación de las crisis.

T2: determina el tiempo en que es necesaria una progresión del tratamiento implementado, para prevenir las consecuencias del EE, pues la duración de la crisis puede generar daño a largo plazo.

TIPO DE ESTADO EPILÉPTICO	T1	T2
TÓNICO CLÓNICO GENERALIZADO	5 MINUTOS	30 minutos
FOCAL	10 MINUTOS	60 minutos
DE AUSENCIA	10 - 15 MINUTOS*	desconocido
*La evidencia es limitada, actualmente, y datos futuros pueden conducir a modificaciones.	Iniciar terapia farmacológica para detener la crisis	Escalar en la terapia farmacológica para detener la crisis

Lo más importante es detener la crisis y de manera paralela realizar maniobras para asegurar la vía aérea y mantener acceso venoso permeable, ante la alta posibilidad de compromiso vital del paciente. Posteriormente hacer tamizaje en busca de la etiología del EE.

El objetivo del tratamiento considera 3 pilares:

- Detener o eliminar la crisis electro-clínica
- Prevenir la recurrencia de la crisis
- Manejar las complicaciones y evitar la morbi-mortalidad.

Tratamiento farmacológico a utilizar:

- Primera línea: benzodiazepinas: midazolam, diazepam, lorazepam
- Segunda línea: otros fármacos antiepilépticos: fenitoína, ácido valproico, levetiracetam, fenobarbital, lacosamida.
- Tercera línea: anestésicos: tiopental, propofol, ketamina (manejo paciente en unidad de cuidados intensivos).

EXISTEN 4 FASES OPERACIONALES EN EL MANEJO DEL EE SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

TIPO ESTADO EPILÉPTICO	TIEMPO DE DURACIÓN DE LAS CRISIS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	MANEJO DEL PACIENTE
EE Precoz	Desde los 5 minutos hasta los 30 minutos	Benzodiazepinas: Midazolam (mucosa oral, nasal, IM o EV) Diazepam (rectal o EV) Lorazepam (EV)	Asegurar vía aérea; O2 alto flujo; asegurar vía venosa; toma de exámenes; monitoreo EEG continuo. Si paciente se estabiliza buscar la causa del EE
EE Establecido	Desde los 30 a 60 minutos	Benzodiazepinas por vía enovenosa FAES endovenosos: Fenitoína Acido valproico Levetiracetam Otros: Lacosamida, Fenobarbital	

TRASLADO DEL PACIENTE A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

TIPO ESTADO EPILÉPTICO	TIEMPO DE DURACIÓN DE LAS CRISIS	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	MANEJO DEL PACIENTE
EE Refractario	Desde los 60 minutos hasta las 24 horas	Midazolam dosis de carga EV y luego en infusión continua	Manejo del paciente en Unidad de cuidados intensivos, UTI o UCI
EE Super refractario	Sobre las 24 horas	Anestésicos dosis de carga EV y luego en infusión continua: Tiopental Propofol Ketamina	

¿Cuándo considerar trasladar al paciente a una unidad de cuidado intensivo (UTI o (UCI)?

Si la crisis se prolonga, recurre, no es posible detenerla en el servicio de urgencia o según los fármacos utilizados para detener la crisis (efectos secundarios).