

Preguntas y respuestas sobre la epilepsia

TEODOSIA BARDAJÍ FANDOS

Profesora titular de Enfermería Médicoquirúrgica. Departamento de Enfermería Fundamental y Médicoquirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. España

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor la crisis convulsiva?

- a. Es el resultado de una descarga brusca, anormal por su intensidad e hipersincronía de un grupo de neuronas cerebrales.
- b. Es la descarga brusca de un grupo de neuronas cerebrales que se repite crónicamente.
- c. Es la repetición crónica de crisis epilépticas.
- d. Es la descarga rápida e intensa de un grupo de neuronas cerebrales.

Respuesta: a. La c corresponde a la definición de epilepsia, y la b hace referencia a la descripción de epilepsia.

2. Entre las causas más frecuentes de epilepsia en la edad adulta figuran:

- a. Las infecciones del sistema nervioso central.
- b. Las causas genéticas.
- c. Los tumores cerebrales.
- d. Las anomalías del desarrollo del sistema nervioso central (SNC).

Respuesta: c. En la edad adulta, los tumores cerebrales, las lesiones vasculares, los traumatismos, los tóxicos y las demencias son las causas más frecuentes. En la infancia, las más frecuentes son las causas genéticas, las infecciones del SNC y las anomalías del desarrollo del SNC.

3. Las crisis parciales pueden ser:

- a. Convulsivas o no convulsivas.
- b. Afectar a todo el cerebro.
- c. Simples o complejas.
- d. No progresar nunca hacia crisis generalizadas.

Respuesta: c. Pueden ser simples o complejas. Las crisis parciales se inician con hiperactividad neuronal en un lado del encéfalo, pero pueden extenderse y afectar al otro hemisferio. Pueden durar desde 30 s a varios minutos. Una crisis parcial simple puede convertirse en crisis parcial compleja, y ésta, convertirse en crisis generalizada. Las diferencias entre crisis simples y crisis complejas no siempre son fáciles de precisar y generalmente se refieren a la mayor o menor afectación del nivel

de conciencia y a la complejidad de los actos automáticos que el paciente realiza durante la crisis.

4. Durante las crisis parciales simples el paciente puede presentar:

- a. Ausencias.
- b. Amnesia poscrítica.
- c. Alucinaciones.
- d. Pérdida de conciencia.

Respuesta: c. Las crisis parciales simples se caracterizan por la preservación de la conciencia, si son prolongadas pueden dar lugar a déficit poscríticos como la “parálisis de Todd”. Pueden provocar diferentes manifestaciones en función de la zona donde se originan. La afectación de la zona parietal puede provocar alucinaciones visuales, auditivas, olfatorias, gustativas, vertiginosas, vegetativas (palpitaciones, calor, rubor, sialorrea, náuseas, dilatación pupilar, etc.). Las ausencias cursan con supresión brusca y breve de la conciencia. La pérdida de conciencia se da en las crisis generalizadas, y en las parciales complejas también existe deterioro de la misma.

5. La postura de opistótonos puede observarse en algunas crisis generalizadas tonicoclónicas. ¿En cuál de las fases puede observarse?

- a. Prodrómica.
- b. Tónica.
- c. Clónica.
- d. Poscrisis.

Respuesta: b. Se observa en la fase tónica como consecuencia de la contractura tónica de los músculos. El pródromos, no siempre presente, es premonitorio de crisis.

6. La supresión brusca y breve de la conciencia, acompañada o no de fenómenos motores, autonómicos, atónicos o automatismos, responde a la definición de:

- a. Aura.
- b. Crisis parciales complejas.
- c. Ausencias.
- d. Crisis parciales simples.

Respuesta: c. En las ausencias se produce la suspensión brusca y breve de la conciencia, acompañada o no de fenómenos motores (parpadeo, clonias de las manos), autonómicos (midriasis, palidez), atónicos (pérdida del tono de la cabeza) o automatismos. El aura es en ocasiones el preludio de una crisis con pérdida de conciencia, y el paciente puede advertir alteraciones visuales, auditivas, gustativas u olfativas. Las crisis parciales complejas se desencadenan en una región de la corteza cerebral, pero los pacientes presentan alteración completa o parcial de la conciencia y no pueden explicar todo o parte de lo sucedido. En las crisis parciales simples no se altera la conciencia y el paciente es capaz de explicar los síntomas de la crisis.

7. La prueba más útil y que mayor certeza aporta en el diagnóstico de la epilepsia es:

- a. El electroencefalograma (EEG).
- b. El EEG con estimulación cortical.
- c. La monitorización vídeo-EEG.
- d. La resonancia magnética.

Respuesta: c. La prueba más útil y que mayor certeza aporta en el diagnóstico es la monitorización vídeo-EEG, en la que se registra la actividad eléctrica cerebral y la actividad clínica en aquellos pacientes con dudas diagnósticas o dudas en la localización topográfica de las crisis. El EEG realizado en condiciones normales puede ser negativo hasta en el 30-40% de epilépticos y será imprescindible realizar maniobras de estimulación cortical (hiperventilación forzada durante 3 min, fotoestimulación y hasta con privación de sueño) para registrar la actividad eléctrica del cerebro en vigilia, adormecimiento, durante el sueño y al despertarse. La resonancia magnética está indicada para la detección de anomalías cerebrales responsables de epilepsia.

8. En los últimos 10 años ha habido un importante avance en el tratamiento farmacológico del enfermo epiléptico y han aparecido nuevos fármacos antiepilépticos.

En la actualidad se dividen entre antiguos o clásicos y nuevos o modernos. Pertenecen al grupo de los nuevos:

- a. Fenobarbital y etoxusimida.
- b. Fenitoína y primidona.
- c. Carbamazepina y ácido valproico.
- d. Vigabatrina y gabapentina.

Respuesta: d. Fármacos del grupo de los antiguos: fenobarbital, fenitoína, primidona, etoxusimida, carbamazepina y ácido valproico; de los nuevos: vigabatrina, lamotrigina, gabapentina, topiramato, felbamato, tiagabina, oxcarbazepina y levetiracetam.

9. El grupo de fármacos antiepilépticos modernos se diferencian de los clásicos porque:

- a. Su eficacia sólo está demostrada en ensayos clínicos rigurosos.
- b. Su farmacocinética carece de complicaciones.
- c. Poseen menos inconvenientes.
- d. Son más baratos.

Respuesta: a. Los clásicos poseen más inconvenientes farmacocinéticos, pero su eficacia ha sido contrastada durante décadas. Los nuevos tienen una farmacocinética más cercana a lo ideal pero son más caros, y su eficacia, aunque demostrada

en ensayos clínicos rigurosos, debe acabar de demostrarse con el tiempo.

10. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO actúa como anticonvulsivante?

- a. Midazolam.
- b. Fenitoína.
- c. Ácido valproico.
- d. Haloperidol.

Respuesta: d. El haloperidol es un antipsicótico utilizado para reducir la ansiedad.

11. Independientemente del fármaco antiepiléptico elegido, la norma a la hora de establecer el tratamiento al paciente epiléptico es:

- a. Valorar el compromiso del enfermo en la terapia farmacológica.
- b. La monoterapia.
- c. La combinación de 2 fármacos en función del tipo de crisis.
- d. Concretar la vía de administración.

Respuesta: b. La elección del fármaco depende del tipo de crisis o síndrome epiléptico y de las características del paciente. Sea cual sea el fármaco elegido, la norma es intentar el tratamiento en monoterapia.

12. La cirugía de la epilepsia se plantea principalmente a pacientes:

- a. Con epilepsia refractaria al tratamiento.
- b. Con epilepsia focal refractaria al tratamiento.
- c. Cuyas crisis afectan a su calidad de vida.
- d. Que no toleran los anticonvulsivantes.

Respuesta: b. Se plantea en aquellos pacientes con epilepsia focal que no se controla a pesar de diferentes tratamientos farmacológicos y que afectan en gran medida a su calidad de vida. La selección de los candidatos a la cirugía se hace dentro de un equipo multidisciplinar (neurólogo, neurofisiólogo, neurocirujano, neurorradiólogo, neuropsicólogo, enfermeras especialmente formadas).

13. La dieta cetogénica, reservada habitualmente a epilepsias infantiles farmacorresistentes no quirúrgicas, se caracteriza por ser:

- a. Rica en proteínas y pobre en grasas y glúcidos.
- b. Rica en grasas y pobre en proteínas y glúcidos.
- c. Rica en glúcidos y pobre en grasas y proteínas.
- d. Rica en proteínas y glúcidos y pobre en grasas.

Respuesta: b. La dieta rica en grasas y pobre en proteínas y glúcidos pretende generar una cetosis a nivel cerebral.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los riesgos de la dieta cetogénica es cierta?

- a. Es de fácil seguimiento.
- b. Su elaboración es sencilla.
- c. Existe el riesgo de anemia.
- d. Carece de riesgos.

Respuesta: c. Existe riesgo de anemia o de alteraciones en el crecimiento, lo que obliga a un riguroso seguimiento. Por otro lado, la dificultad en su elaboración hace difícil que pueda mantenerse en un régimen extrahospitalario.

15. Juan, acompañado de su madre, ha ingresado en urgencias por presentar una crisis epiléptica. Al poco rato del ingreso presenta una segunda crisis tónico-clónica.

De las siguientes intervenciones que realiza la enfermera, ¿cuál NO es adecuada realizar en ese momento?

- a. Valorar el nivel de conciencia periódicamente.
- b. Administrar el tratamiento anticonvulsivante.
- c. Tomar medidas para prevenir lesiones y traumatismos.
- d. Iniciar una educación sanitaria exhaustiva.

Respuesta: d. Al tratarse de un debut, cabe esperar que tanto el enfermo como su madre estén bajo el impacto del diagnóstico. Puede ser más conveniente proporcionar apoyo psicológico (tranquilizar e informar acerca de la situación) y realizar más tarde la valoración, con el fin de identificar conductas de riesgo que pueden desencadenar crisis.

16. ¿Cuál de las siguientes respuestas obtenidas en la valoración de un enfermo epiléptico NO es relevante?

- a. Sus hábitos recreativos o de ocio.
- b. Sus hábitos tóxicos.
- c. Su nivel cultural.
- d. Su hábito tabáquico.

Respuesta: d. Determinadas actividades recreativas pueden ser desencadenantes de crisis (las luces intermitentes intensas de discotecas o los ruidos intensos, destellos de la TV) o constituir un riesgo si se produce una crisis durante la realización de deportes de riesgo, trabajo con máquinas pesadas, en la construcción, etc. Los hábitos tóxicos, como las drogas (cocaína), el alcohol, etc., pueden ser desencadenantes de crisis. El nivel cultural constituye un factor importante en cuanto a la adherencia al tratamiento y al seguimiento de las normas preventivas.

17. Al valorar la enfermera a un paciente epiléptico con el fin de detectar conductas desencadenantes de crisis convulsivas, ¿en cuál de las siguientes necesidades básicas es fundamental profundizar?

- a. Necesidad de respirar.
- b. Necesidad de comer y beber.
- c. Necesidad de vestirse y desnudarse.
- d. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Respuesta: b. En la necesidad de comer y beber se valora el hábito de ingerir alcohol, factor éste desencadenante de crisis, especialmente asociado a la falta de descanso nocturno.

18. La actuación ante una crisis convulsiva tiene como objetivo prioritario:

- a. Prevenir la crisis.
- b. Mantener la intimidad del enfermo.
- c. Prevenir el estatus epiléptico.
- d. Registrar la duración de la crisis.

Respuesta: c. Si bien es importante mantener la intimidad del paciente durante una crisis o registrar la duración de ésta, prevenir complicaciones (traumatismos, disfunción respiratoria y estado epiléptico) constituye el objetivo prioritario debido a sus consecuencias. Prevenir las crisis no resulta fácil, pues no siempre hay signos premonitorios.

19. ¿Cuál de las siguientes acciones está contraindicado realizar a un paciente durante una crisis convulsiva tónico-clónica?

- a. Proteger su cabeza para evitar fracturas durante la convulsión.
- b. Apartar los objetos que puedan representar un peligro durante la convulsión.
- c. Sujetarle suavemente acompañando los movimientos convulsivos.
- d. Introducir un objeto entre los dientes para mantener la apertura de la boca.

Respuesta: d. Si el paciente tiene la mandíbula contraída no hay que forzar nunca la apertura de la boca, pues podría lesionarse al paciente. Las crisis generalizadas suelen durar de 3 a 4 min; si pasado este tiempo la crisis no cede, hay que acudir a un centro sanitario.

20. De las siguientes respuestas, identifica la que NO es correcto incluir en la planificación de la educación sanitaria de un enfermo epiléptico:

- a. Explicar al paciente y a la familia las situaciones predisponentes de crisis.
- b. Remarcar la importancia del seguir correctamente el tratamiento farmacológico.
- c. Explicar la obligatoriedad de llevar una identificación que indique su trastorno.
- d. Indicar la importancia de respetar las medidas restrictivas en relación al alcohol y las drogas.

Respuesta: c. No se trata de obligatoriedad, sino de una recomendación. 

BIBLIOGRAFÍA

- Focadas MI. Epilepsia, esa desconocida. *Summa Neurológica*. 2003;2:5-18.
- Herranz JL. Vivir y comprender la epilepsia. En: Herranz Fernández, editor. Madrid: NILO; 2001.
- Hopkins A, Appleton R, editores. *Epilepsia: perspectiva actual*. Barcelona: Ediciones Mayo; 1997.
- Suñer Soler R. *Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados*. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2005.

Correspondencia:

T. Bardají Fandos.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.
Barcelona. España

Correo electrónico:
tbardaji@ub.edu