

Epilepsia

Enriqueta Force, Javier Colina, Montserrat Fabra*

La epilepsia es una enfermedad crónica que se caracteriza por la aparición repetida de un síntoma fundamental: la crisis epiléptica. Pero una crisis o episodio convulsivo aislado no se puede considerar epilepsia.

Según Jackson, la epilepsia es «la aparición súbita de una descarga paroxística, incontrolada e hipsincrónica de un grupo más o menos extenso de neuronas cerebrales».

La patogenia de las crisis epilépticas se encuentra en lo que se conoce con el nombre de foco epiléptógeno. Se trata de una zona de corteza cerebral cuyas neuronas presentan un estado anormal permanente y producen descargas. Este hecho, unido a los sistemas de propagación de dichas descargas (por la corteza cerebral y por los sistemas subcorticales), explica la gran variedad de cuadros clínicos que puede producir.

CLASIFICACIÓN (tabla I)

Si uno se atiende sólo a las manifestaciones clínicas y al electroencefalograma (EEG) del fenómeno epiléptico, puede distinguirse entre:

- **Epilepsia generalizada.** La descarga paroxística e hipsincrónica afecta simultáneamente a todo el sistema nervioso central.
- **Epilepsia parcial.** La descarga afecta a un sector más o menos extenso del sistema nervioso central, pero siempre limitado a las estructuras corticales y subcorticales.

Todos los tipos de crisis parciales pueden evolucionar hacia una generalización de la descarga, a partir del foco. Esta generalización puede ser tan rápida, que la crisis parcial inicial podría pasar desapercibida y parecer primitivamente generalizada.

Las modalidades epilépticas más fre-

* Profesores de la E.U.E. de la Universidad Central de Barcelona. Departamento Enfermería Médico-Quirúrgica.

Resumen

Este estudio recuerda las causas y tipos más frecuentes de epilepsia; repasa los cuidados de enfermería en una crisis epiléptica, así como la observación y registro de la secuencia de los signos y síntomas, durante la misma.

cuentes son el **gran mal** y el **pequeño mal**, a las que se refiere especialmente este trabajo.

Tabla I. Clasificación de las crisis epilépticas

I. GENERALIZADAS

1. Tónico-clónicas o gran mal.
2. Ausencias o pequeño mal.
3. Miscelánea (mioclónicas; acinéticas; febriles).

II. PARCIALES

Elementales

1. Motoras

- Movimientos tónicos o clónicos simples.
- Aberraciones posturales de ojos, cabeza y tronco.
- Inhibidoras: afasia, parestesia.

2. Sensoriales

- Parestesias en cuerpo y extremidades.
- Crisis visuales.
- Crisis auditivas
- Crisis gustativas, olfativas (generalmente, desagradables).

3. Vegetativas

- Sensaciones anómalas en cabeza y vísceras
- Alteraciones cardiovasculares.

Complejas

1. Ilusiones, alucinaciones.
2. Amnesias.
3. Emocionales.
4. Automatismos.

Etiología

Es habitual dividir a la epilepsia en dos categorías: idiopática y secundaria.

Se habla de epilepsia idiopática cuando no se descubre ninguna causa específica; por el contrario, en la epilepsia secundaria la causa puede determinarse con los medios diagnósticos disponibles (tabla II).

Tabla II. Causas frecuentes de convulsiones

I. IDIOPÁTICAS

1. Congénitas

- Gran mal.
- Pequeño mal.
- Convulsiones febriles.

II. SECUNDARIAS

1. Factores metabólicos

- Hipoglicemia.
- Hipoxia.
- Alteraciones del equilibrio ácido-base.
- Fallos orgánicos: renal, hepático.
- Supresión de drogas o fármacos: alcohol, sedantes.

2. Lesiones corticales focales

- Enfermedad vascular cerebral.
- Lesiones traumáticas.
- Infecciones (absceso, meningitis, encefalitis).

3. Congénitas (sean o no hereditarias)

- Sufrimiento perinatal.
- Alteraciones del desarrollo.
- Enfermedades cerebrales degenerativas.

Probablemente, en muchos pacientes se combinen diversos factores: Por ejemplo, una predisposición de origen genético; un aumento de la excitabilidad cerebral, relacionado con un trastorno metabólico general; la presencia de una lesión cerebral focal; o una tendencia a la insuficiencia vascular y un trastorno desencadenante como una crisis emocional o una luz parpadeante. Por lo tanto, cada paciente debe ser estudiado en sus diversos aspectos para establecer el origen causal a diferentes niveles y lograr así una terapéutica adecuada.

Clinica

Crisis convulsivas. Gran mal

El modelo más típico de convulsiones epilépticas son las convulsiones motoras generalizadas, tónico-clónicas o ataques de gran mal. A ellas corresponden el cincuenta por ciento del total.

En algunas ocasiones, la crisis va precedida por el **aura**, una breve sensación que precede a los ataques epilépticos y que guarda relación directa con la localización del **foco** (origen del ataque). Son **auras** frecuentes la sensación de miedo, un olor desagradable, diversas alucinaciones visuales y auditivas.

La crisis tiene un comienzo extremadamente brusco, marcado por un grito (expiración brusca, consecuencia de la tensión de la musculatura respiratoria), una caída al suelo responsable de contusiones y pérdida de conciencia. Se desarrolla en tres fases, que duran en total de cinco a quince minutos.

1. **Fase tónica.** Se caracteriza por una contracción intensa y prolongada de la musculatura de los miembros, del raquis, del tórax y de la cara, que condiciona una apnea, cianosis y frecuentemente mordedura de la lengua.

2. **Fase clónica.** Se traduce por violentos espasmos musculares generalizados.

3. **Fase postcrítica.** Corresponde al coma, con resolución muscular generalizada, respiración estertorosa e incontinencia de esfínteres, que indica el final de la crisis.

Después de la fase post-crítica, el paciente recupera poco a poco la conciencia, frecuentemente después de un período de sueño, con cefalea y amnesia retrógrada al despertar.

Se consideran como factores desencadenantes a la estimulación luminosa intermitente, la supresión brusca de la medicación, las alteraciones metabólicas, la menstruación, la fatiga, el alcohol...

Actuación de enfermería ante una crisis epiléptica

Durante la crisis, el objetivo de enfermería será el de impedir la lesión del paciente; esto incluye no solamente asistencia física sino también apoyo psicológico.

- Una crisis epiléptica puede atemorizar y alterar a las personas que nunca hayan visto una. Si hay otros enfermos en la habitación, se colocará un biombo alrededor de la cama del paciente, lo que le reconfortará cuando recupere la conciencia.
- Si se cuenta con tiempo suficiente hay que acostarlo en el suelo, para evitar que se caiga. Colocar una manta doblada o una almohada debajo de la cabeza, como medio de protección ante posibles lesiones.
- Aflojar las ropas del paciente.
- Apartar cualquier objeto o mueble que pueda lesionarle durante la crisis.
- Colocar un depresor o un tubo de mayo en la boca para evitar que se muerda la lengua. No intentar abrir la boca, si hay espasmo muscular: se podrían romper los dientes y lesionar los labios.
- No intentar sujetar al paciente durante las crisis, pues las contracciones musculares son potentes y se podría originar una fractura.
- Después del ataque hay que colocar al paciente en decúbito lateral para impedir una aspiración, y asegurarse de que existe una vía aérea satisfactoria.
- Al finalizar la crisis, se deben controlar los signos vitales del paciente.
- Cuando el paciente recupere la conciencia, hay que reorientarlo en el medio.

Ausencias. Pequeño mal

Existe una alteración de la conciencia que comienza y acaba bruscamente, con una duración de cinco a quince segundos.

Esta crisis se manifiesta por una interrupción brusca de la actividad. Durante unos segundos, el niño permanece con la mirada perdida, tras lo cual se recupera completamente, con un olvido total de lo sucedido.

En este tipo de epilepsia no se producen convulsiones motoras; a lo sumo, el paciente presenta pequeños espasmos musculares en los párpados.

Las crisis de pequeño mal aparecen en la infancia y desaparecen con los años; suelen tener pronóstico benigno, cuando se realiza un tratamiento correcto.

Se consideran como factores desencadenantes a la hiperventilación, la estimulación luminosa intermitente o a la televisión, si se la observa de cerca.

Status epiléptico

Es la prolongación en el tiempo, o la repetición con intervalos breves, de una crisis epiléptica, que provoca un estado epiléptico fijo y persistente.

Por lo general, tiene una duración de 48 horas y las crisis se repiten con una frecuencia de cuatro a cinco por hora. Una vez finalizadas, son seguidas por un período de coma, cuya duración guarda

relación con la del status epiléptico y con la etiología.

La descarga neuronal produce alteraciones metabólicas y vasculares que, al ser prolongadas, ocasionan lesiones graves; por ello, el pronóstico del **status epiléptico** no tratado es grave y puede ser causa de muerte o, como mínimo, dejar graves secuelas.

El comienzo del **status epiléptico** puede ser espontáneo; pero, muchas veces, la causa desencadenante es la supresión de la medicación, así como cualquier enfermedad concomitante que, en el curso de su evolución, pueda provocar crisis epilépticas.

Diagnóstico (tabla III)

Dado que la epilepsia puede ser un signo o una entidad propia, el primer paso para el diagnóstico es la realización de una anamnesis lo más detallada posible; recabar datos del propio enfermo y de las personas que puedan dar detalles sobre las características de la crisis.

La exploración clínica del paciente debe ser completa, no sólo desde el punto de vista neurológico, sino también sistémico. Es frecuente no hallar alteraciones neurológicas o físicas importantes. El estudio analítico debe comprender aquellas determinaciones cuya anomalía puede ser causa de crisis epilépticas; fundamentalmente urea, glucosa, calcio y potasio.

Tabla III. Diagnóstico de las convulsiones epilépticas

1. Historia clínica detallada: testigos presenciales.
2. Exploración sistémica y neurológica.
3. E.E.G.
4. Estudios metabólicos en sangre:
 - Electrolitos. Calcio.
 - Glucosa.
 - Equilibrio ácido-base.
 - BUN, pruebas de función hepática.
5. Valoración focal del proceso
 - TAC cerebral.
 - Punción lumbar.
 - Radiografía de cráneo.
 - Isótopos radiactivos.

Electroencefalograma (EEG). Tiene especial valor en el diagnóstico de la epilepsia, puesto que es capaz de registrar la actividad eléctrica característica de la enfermedad. Sería deseable realizar un EEG inmediatamente después de un ataque, puesto que en este momento aumentan la frecuencia y distribución de las anomalías, aunque su intensidad no guarda una relación exacta con las manifestaciones clínicas.

Sin embargo, el EEG tiene una serie de limitaciones y es importante puntualizar que el hallazgo de un EEG normal no excluye la existencia de una epilepsia.

Para conocer la naturaleza y localización del trastorno, se realizarán radiografías de cráneo, estudios radioisotópicos y, especialmente, un TAC cerebral. En última instancia se hará una punción lumbar para descartar la existencia de una meningitis o una enfermedad cerebral difusa.

Tratamiento

El tratamiento de la epilepsia debe tener presente no sólo al paciente con su trastorno, sino también a su familia y a su tipo general de vida.

1. Tratamiento médico

Se dispone de muchos fármacos anti-convulsivantes (tabla IV), mediante los cuales se puede lograr que los ataques disminuyan, o desaparezcan, en la mayor parte de pacientes.

Para que el tratamiento sea eficaz, es necesario tener en cuenta las siguientes condiciones:

1. Nunca se trata una crisis aislada.
2. Comenzar con un solo fármaco y aumentar progresivamente la dosis, hasta que sea totalmente eficaz o

TABLA IV. Tratamiento de las crisis convulsivas

Tipo de crisis	Tratamiento
Tónico-clónicas	Fenobarbital Difenilhidantoinas Carbamacepina Primidona
Ausencias	Etusuximida Valproato sódico
Status epiléptico	Diacepán Barbitúricos

aparezcan efectos indeseables. Para controlar la dosis se harán determinaciones periódicas del fármaco en sangre.

3. Si el primer fármaco es ineficaz, se añadirá otro, pero sin retirar el anterior.
4. La supresión brusca de la medicación es muy peligrosa, ya que puede provocar **status epiléptico**.
5. Una vez conseguido el control de los ataques, no debe suspenderse la medicación hasta por lo menos transcurridos uno o dos años; esta reducción debe ser muy lenta y progresi-

va. El número de enfermos sin ataques, a quienes puede suprimirse la medicación, es relativamente bajo.

6. Debe prohibirse la ingesta de alcohol y evitar las actividades físicas que produzcan fatiga.

2. Tratamiento psicológico y sociológico

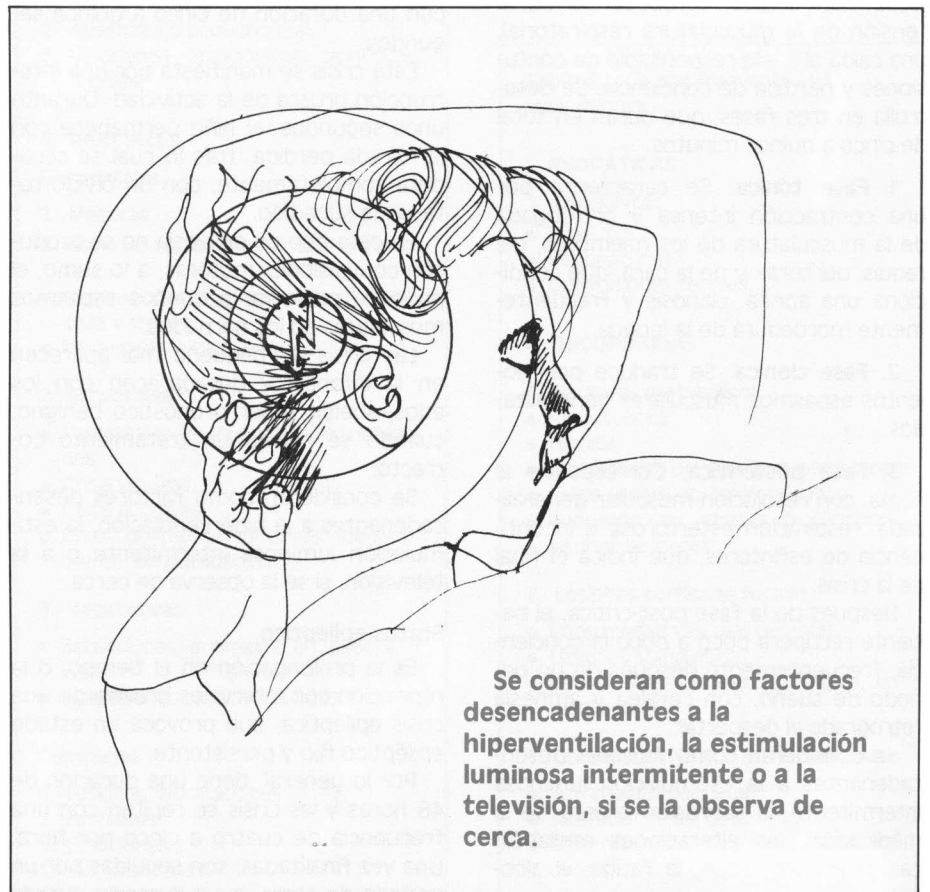
En muchos casos la coexistencia de crisis epilépticas y problemas personales necesita una combinación de terapéutica médica anticonvulsivante y apoyo psicológico.

Algunos pacientes con trastornos emocionales presentan un incremento en la frecuencia de las crisis y necesitan cantidades mayores de anticonvulsivantes.

La comprensión de la familia es de vital importancia. Hay que intentar que los pacientes que padecen epilepsia vivan, hasta donde sea posible, como personas normales, en su casa, en la escuela, en el trabajo. Sólo un número relativamente pequeño de pacientes necesita un medio protegido.

En algunos casos hay cierto deterioro mental, debido a cambios orgánicos, en pacientes que experimentan crisis frecuentes e intensas de **gran mal**.

En la mayoría de los casos, los problemas más graves a que se enfrenta el epiléptico se deben a los prejuicios y



Se consideran como factores desencadenantes a la hiperventilación, la estimulación luminosa intermitente o a la televisión, si se la observa de cerca.

conceptos erróneos de la sociedad, en relación con esta enfermedad. Aunque las actitudes han mejorado considerablemente en los últimos años, muchas personas todavía asocian epilepsia con disminución de la inteligencia y de la capacidad, y obedecen a un estigma que ha prevalecido desde tiempos antiguos.

No hay una personalidad característica asociada a la epilepsia. Existen las mismas variaciones en personas con epilepsia que en las que no la sufren. Los trastornos de la personalidad y de la conducta es más probable que se asocien con ataques causados por lesión orgánica. En algunos casos, las personas con epilepsia presentan cambios en la personalidad, se muestran resentidos, volubles, emocionalmente inestables y suspicaces. Estos rasgos, observados en la llamada personalidad epiléptica, no son resultado directo de la enfermedad sino que generalmente aparecen a causa de las injusticias, rechazo y frustraciones a que ha sido sometida la persona.

La enfermera desempeña un importante papel de ayuda al paciente, y su familia, en la aceptación del diagnóstico de epilepsia.

Los objetivos de los cuidados son: prevenir los ataques y fijar metas realistas para la práctica de una vida social satisfactoria y de sostenimiento de sí mismo.

El paciente y su familia deben ser estimulados para que hablen de la enfermedad. Esto es probable que saque a la

Valoración de enfermería durante una crisis epiléptica

Es responsabilidad de enfermería observar y registrar la secuencia de los síntomas, cuya naturaleza indica generalmente el tipo de tratamiento que debe instaurarse.

Durante la crisis es necesario que enfermería advierta y anote:

1. La hora de inicio y la duración de cada fase.
2. La forma de inicio. El lugar del cuerpo en que se inician las contracciones. Posición de la cabeza y de los globos oculares al empezar la crisis. (Estas observaciones pueden ser de suma utilidad para conocer la situación del foco epileptógeno en el cerebro.)
3. El tipo de movimientos, así como su progresión a lo largo de la crisis.
4. Tamaño de las pupilas.
5. Incontinencia urinaria o fecal.
6. Describir el carácter de la respiración –apnea, estertorosa– así como el color de la piel: cianosis.
7. Estado del paciente después de la crisis: obnubilación, confusión, déficits neurológicos...

luz los conceptos erróneos y las ansiedades y dé, así, la oportunidad de aclararlos.

A las personas que sufren epilepsia se les debe aconsejar que eviten actividades y ocupaciones que, en caso de un ataque, podrían ser peligrosas para ellos y para otros. Estas son entre otras: escalear, nadar, trabajar en alturas o con cierta maquinaria, montar en bicicleta o a caballo y conducir un automóvil.

Se instruye a la familia y a los amigos sobre el cuidado del epiléptico durante la crisis, y se les advierte que deben evitar la protección excesiva y el rechazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Stein, J.H.: **Medicina interna**. Barcelona, Salvat, 1983.
2. Cambier, J., Masson, M.: **Manual de neurología**. Barcelona, Toray-Masson, S.A., 1978.
3. Cecil: **Textbook of Medicine**. 15. ed. Philadelphia, WB Saunders Company, 1979.
4. Audubert du Theil, L.: «Epilepsia». **Medicine: Tratado de medicina práctica**, Tercera serie, 1982, n.º 39, pp. 13-37.
5. Watson, J. E.: **Enfermería médico-quirúrgica**. 2.ª ed. México, Interamericana, 1983.
6. Brunner-Suddarth: **Enfermería médico-quirúrgica**. 4.ª ed., México, Interamericana, 1983.
7. Luckmann, J., Sorensen, K. C.: **Medical surgical**. 2.ª ed. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1980.

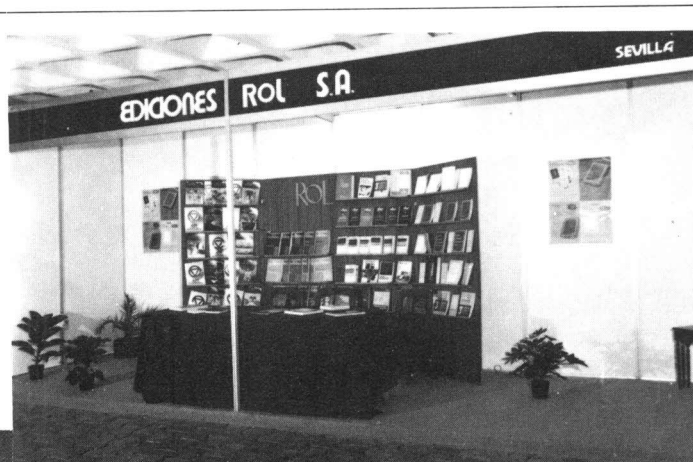
AVISO PARA LAS JEFATURAS Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA

La «Revista ROL de Enfermería» se pone en contacto con vosotros. Llamadnos a nuestros teléfonos:

(93) 200 80 33 y 200 84 82

o escribidnos a:

REVISTA ROL DE ENFERMERÍA
C/. San Elías, 31-33 - 08006 Barcelona



y recibiréis nuestra visita para presentaros, en vuestro centro de trabajo, la revista y los libros –más de 100 títulos– de nuestra BIBLIOTECA DE ENFERMERÍA, con descuentos, ofertas y **obsequios** para todo el personal (D.U.E., A.T.S. y Auxiliares) de Enfermería.

¡No importa desde dónde llaméis!

Tendremos mucho gusto en conoceros.

