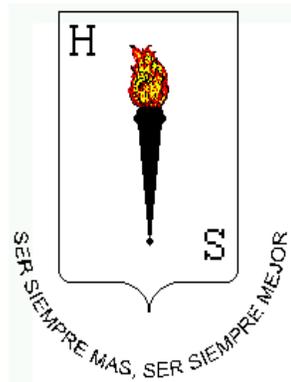


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TÉSIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PACIENTE CON CRISIS
EPILEPTICAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

JUANA IRIS GONZALEZ BERNAL

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN. 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

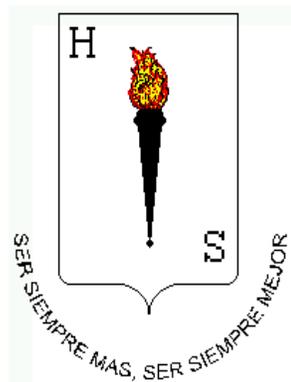
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TÉSIS

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PACIENTE CON CRISIS
EPILEPTICAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

JUANA IRIS GONZALEZ BERNAL

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACAN. 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Pág.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes: factores que influyen en el paciente con crisis epilépticas	1
1.2 Definición	5
1.2.1 Clasificación simplificada de primer nivel;	10
1.2.3 Semiología de las crisis epilépticas.....	28
1.3 Concepto y utilidad de la historia clínica en el diagnóstico de la epilepsia...	29
1.4 Procedimientos diagnósticos de los trastornos paroxísticos no epilépticos .	30
1.5 El tratamiento	32
1.5.1 Mecanismos de acción de los fármacos antiepilépticos	33
1.5.2 Modo de empleo de los farmacos antiepilepticos.....	33
CAPÍTULO II: EPILEPSIA CATAMENIAL	35
2.1 La epilepsia catamenial.....	35
2.2 Sintomatología	37
2.2.1 Prevención de la epilepsia	39
2.2.2 Cuidados en el hogar	40
2.2.3 Cuándo contactar a un profesional médico	40
2.3 Factores genéticos.....	43
2.3.1 Factores que desencadenan las crisis epilépticas	44
2.4 Factores no epilépticos:	47
2.5 ¿Que es el código de ética de enfermería?	52
2.6 Código de ética de las enfermeras.....	53
2.7 Decálogo Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México.	53
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	55
3.1 ¿Cuáles son las intervenciones de la enfermera con pacientes en crisis epiléptica?	55

3.2 justificación	58
3.3 Objetivos generales	58
3.4 Objetivos específicos	58
3.5 Hipótesis	59
3.6 Estrategia metodológica.....	60
CAPITULO IV DESCRIPCION DE RESULTADOS:	61

CONCLUSIONES

GLOSARIO

FUENTES DE CONSULTA

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres: por haberme apoyado durante todo este tiempo y brindarme su confianza para poder llegar hasta donde eh logrado llegar, por haberme apoyado en todo momento y los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una buena educación en el transcurso de mi vida.

A mis hermanos: por ser parte de mi vida y representar la unidad familiar y por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más los necesito.

Le agradezco a dios por haberme acompañado a lo largo de mi carrera por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis maestros: por brindarme su confianza, su apoyo por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

A mis amigos: por creer y confiar en mí y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidare.

DEDICATORIAS

A Dios: Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres: por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi familia en general porque me ha brindado su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padres. Por su apoyo incondicional y por compartir buenos conmigo buenos y malos momentos.

INTRODUCCIÓN

En esta síntesis se muestran antecedentes, planteamiento del problema, justificación, objetivo general y específico e hipótesis.

Mencionando las principales complicaciones que tiene el personal de salud (enfermería) ante un caso con pacientes de crisis epilépticas se dará a conocer la intervención de la misma en un caso de este tipo de crisis que y como debe actuar la enfermera.

La “Epilepsia” es considerada sinónimo de “síndrome convulsivo”. Existen muchas definiciones de Epilepsia.se acoge la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Epilepsia es la tendencia a crisis recurrentes. Una crisis a su vez es entendida como un evento paroxístico que interrumpe en forma brusca.

Es producida por una descarga anormal de las neuronas cerebrales y puede expresarse de diferentes formas esto dependerá del sitio donde se origina y la forma de propagación de la descarga vio eléctrica anómala.

En el país de Colombia, la necesidad de priorizar el manejo de la epilepsia es imperativa dadas las cifras de prevalencia: 1,12 % de la población padecen Epilepsia; de ellos, en 74 % tiene una epilepsia activa, esto es 0.88 % de la población y de estos pacientes con epilepsia activa, solo el 40 % tiene alguna ocupación, generalmente subempleo o vinculados a economía informal.

Para enfrentar esta realidad, el Ministerio de la Salud ha declarado a la Epilepsia como prioridad de Salud Pública y por ello ha incluido en el acuerdo 117 de Diciembre 22 de 1998 para establecer las actividades y procedimientos de atención para tener un diagnóstico apropiado y oportuno.

Por lo tanto la epilepsia puede deberse a un traumatismo craneoencefálico o a una lesión cerebral estructural, además puede formar parte de muchas enfermedades sistémicas. Puede aparecer de forma idiopática en personas que no presentan antecedentes de trastornos neurológicos ni ninguna otra disfunción neurológica aparente.

La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados de forma repentina. A esto se le llama “ataque epiléptico” para considerar epiléptico a alguien los ataques deben repetirse con cierta frecuencia que este tipo de ataques sean recurrentes.

La epilepsia tiene un origen en unos cambios breves y repentinos del funcionamiento del cerebro. Por esta razón se trata de una afección neurológica la cual no es contagiosa ni está causada por ninguna por ninguna enfermedad o retraso mental.

La epilepsia es un trastorno con muchas causas posibles, cualquier cosa que impida o distorsione el patrón de actividad neuronal normal puede conducir a la aparición de una crisis epiléptica.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

En el siguiente capítulo se muestra que es la epilepsia, algunos puntos importantes que deberán conocer las enfermeras para que los pacientes y familiares tengan conocimiento de cómo enfrentarse a una situación de crisis epilépticas, se dará a conocer el tratamiento el diagnóstico así como también la causa de esta patología.

1.1 Antecedentes: factores que influyen en el paciente con crisis epilépticas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados reconocen que la epilepsia es un importante problema de salud pública. Desde que la creación de una iniciativa en 1997, la OMS, la liga internacional contra la epilepsia y la oficina internacional para la epilepsia lleva a cabo una campaña mundial, bajo el lema “salir de la sombra” cuyos objetivos son proporcionar mejor información y mayor sensibilización sobre la epilepsias, reforzar los esfuerzos públicos y privados por mejorar la atención y reducir el impacto de la enfermedad.

En otros casos la OMS revelo que existen maneras sencillas y costo eficaces para tratar esa enfermedad en torno de recursos limitados, lo que reduce significativamente las brechas de tratamiento.

Miles de años antes de cristo, las antiguas culturas hacían referencia a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y la etiología de la epilepsia. En la búsqueda de origen de este desorden, cada civilización hizo interpretaciones que se relacionaron con la superstición, los poderes sobrenaturales, los astros o la posesión demoniaca.

Desde las épocas más antiguas, aparecía la epilepsia como enfermedad vergonzante, por ejemplo, en el código Hammurabi se permite la devolución de los esclavos si estos padecían epilepsia.

En el renacimiento, Thomas Willis señalaría el cerebro como origen de la epilepsia, enfrentándose no sin problemas a la iglesia, que todavía creía en las teorías demoniacas o sobrenaturales. De hecho, la creencia extendida en muchos países, como lo son la India, China y Estados Unidos de América consideraban que lo que le sucedía a quien sufría una crisis epiléptica era producto de una fuerza o energía sobrenatural se reflejó en el nombre otorgado a este desorden.

Epilepsia deriva de la palabra griega “epilambanein”, que significa “agarrar” o “atacar”. No será hasta el siglo XIX cuando el cerebro se empezara a estudiar, conocer sus funciones, y empezar a considerar la epilepsia como enfermedad natural cuyo origen es el cerebro.

Los eventos no epilépticos son dos veces más frecuentes que la epilepsia y el diagnóstico es incierto en el 20 % de los casos al momento en que la convulsión se presenta por primera ocasión Beach, 2005.

Estudios muestran que del 8 % al 10 % de la población tiene riesgo para presentar una crisis convulsiva y un 3 % de posibilidades de presentar epilepsia afirma Pohlmann Edén, 2006.

La epilepsia es un trastorno neurológico que afecta a personas de todas las edades. En todo el mundo unos 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que convierte a esta enfermedad en la causa neurológica de defunción más común.

Cerca del 80 % de los pacientes viven en países de ingreso bajo y mediano. Las personas con epilepsia responden al tratamiento en aproximadamente un 70% de los casos. Alrededor de tres cuartas partes de las personas que viven en países de bajos recursos y medianos ingresos no reciben el tratamiento que necesitan.

Es uno de los trastornos reconocidos más antiguos del mundo, sobre el cual existen registros escritos que se remontan al 400 a.C. durante siglos, el temor, incomprensión, discriminación y la estigmatización social han rodeado a esta enfermedad. Esta estigmatización actualmente en el mundo y pueden influir en la calidad de vida de las personas con epilepsias y sus familias.

En la actualidad unos 50 millones de personas de todo el mundo padecen epilepsia. La proporción estimada de la población general con epilepsia (es decir, ataques continuos o necesidad de tratamiento) en algún momento dado sucede entre 4 y 10 por 1000 personas. Sin embargo, algunos estudios realizados en países de ingresos bajos y medianos sugieren una proporción mucho mayor, entre 7 y 14 por 1000 personas.

Según la Organización Mundial de la Salud actualmente se diagnostican aproximadamente unos 2,4 millones de casos de epilepsia, los nuevos casos registrados cada año entre la población general sucede entre 30 y 50 por 100 000 personas llegan a suceder las crisis epilépticas en países de ingresos bajos y medianos pero llegaría a ser hasta dos veces más alta.

Esto se debe probablemente al mayor riesgo de enfermedades endémicas como por ejemplo el paludismo o la neurocisticercosis. Pero la mayor incidencia de las crisis epilépticas es de traumatismos relacionados con accidentes de tránsito, traumatismos derivados del parto y variaciones de otras patologías médicas.

Las características de los ataques son variables y dependen de la zona del cerebro en la que empieza el trastorno, así como de su propagación. Esto puede producir síntomas transitorios, como ausencias o pérdidas de conocimiento y trastornos del movimiento y algunas alteraciones en los sentidos (en particular la visión, la audición, y el gusto) del humor o de otras funciones cognitivas.

Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos (como fracturas y hematomas derivados de traumatismos relacionados con las convulsiones) y más frecuente en trastornos psicosociales, incluidas la ansiedad y la depresión.

Del mismo modo, el riesgo de muerte prematura en las personas epilépticas es tres veces mayor que el de la población general, y las cifras más altas se registran en los países de ingresos bajos y medianos en las zonas rurales más que en las urbanas.

En esos países, una gran parte de las causas de defunción relacionadas con la epilepsia se pueden prevenir, por ejemplo, caídas, ahogamientos, quemaduras y convulsiones prolongadas.

La epilepsia no es contagiosa. El tipo más frecuente de epilepsia, que afecta a 6 de cada 10 personas, es la epilepsia idiopática, es decir la que no tiene una causa identificable. La epilepsia con causas conocidas se denomina epilepsia secundaria o sintomática.

Primero que nada debemos saber si realmente se tratan de crisis epilépticas y que es la epilepsia. La epilepsia es un trastorno cerebral grave más común a nivel mundial. No tiene edad, raza, clase social, nacionalidad ni límites geográficos.

Un estudio epidemiológico reciente sobre la carga de enfermedades neurológicas en México reportó una prevalencia de la epilepsia en 3.9 en 1,000 habitantes; en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNNMVS).

Las primeras referencias históricas que se poseen sobre epilepsia provienen de Egipto 3000 a.C y de Mesopotamia 1700 a.C. En Egipto era considerada una enfermedad misteriosa y sobrenatural el cual comprobó por su conocimiento Edwin Smith Sugical Papyrus 1700 a.C. el cual hace alusión a convulsiones provocadas por estimulación de heridas de la cabeza.

En el 2005 la liga internacional contra la epilepsia (ILAE) la propuso como un trastorno del cerebro caracterizado por predisposición persistente a generar crisis convulsivas, por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas, y sociales de la condición.

1.2 Definición

Crisis epiléptica y/o síntomas de una actividad neuronal anormal excesiva o sincrónica del cerebro.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) anualmente se ven 3,456 consultas de epilepsia de primera vez; de las cuales 578 son de epilepsia, representando 16.7 % de consultas de primera vez, en el instituto.

Los estudios epidemiológicos realizados en población urbana, suburbana y rural de la República Mexicana han demostrado que la prevalencia de esta

enfermedad es de 10 a 20 personas en 1,000 habitantes; por lo tanto, afecta a más de un millón de mexicanos, en particular a la población infantil.

La incidencia a nivel mundial es 30 a 50 personas por 100,000 al año y de 190 por 1,000,000 habitantes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. El riesgo de epilepsia desde el nacimiento hasta los 20 años es de aproximadamente de 1 y llega al 3 % de las personas presentan epilepsia en algún momento de su vida.

Por lo menos un 15 % de la población puede llegar a tener una crisis epiléptica durante su vida; sin embargo estas pueden ser provocadas por trastornos metabólicos, hipertermia, alteraciones hidroelectrolíticas además se pueden presentar crisis no epilépticas que están relacionadas a otras disfunciones neurológicas o psiquiátricas.

La tasa anual de mortalidad en epilepsia varía de una muerte por cada 100,000. La Organización Mundial de la Salud en 2011 aceptó que la epilepsia es un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

Se describe que de los millones de pacientes con epilepsia a nivel mundial son de 6 millones reciben tratamiento adecuado. Además se estima que el 50 % de los enfermos con epilepsia no consultan a especialistas sino hasta varios años después de presentar las primeras crisis. Hasta el 70 % de las personas con epilepsia pudieran dejar de presentar crisis llevando un tratamiento antiepiléptico adecuado.

Es un síndrome de Epilepsia Idiopática Generalizada (EIG) que se manifiesta de forma primordial con la presencia de ausencias típicas; sin embargo, otros tipos de crisis convulsivas como las Tónico- Clónico Generalizadas (TCG) se encuentran en el 80 % de los pacientes y las mioclonias aproximadamente en el 20 %.

Se conoce por diversos estudios que la genética juega un papel importante en la epilepsia (JAE); se ha documentado historia familiar de epilepsia entre el 29 y 35 % de los casos se ha propuesto el gen del receptor de glutamato sensible a kainato como un gen de susceptibilidad para el desarrollo de este síndrome.

La edad de inicio fluctúa entre los 9 y 13 años de edad en 70 % de los pacientes, con un rango de 5 a 20 años. Las mioclonías y crisis TCG inicia por lo general entre el 1er y hasta los 10 años después de que comienzan las ausencias.

Ambos sexos se ven afectados en la misma frecuencia. Se considera que la prevalencia de epilepsia (JAE) en adultos mayores de 20 años podría ser de alrededor de 2 % para todas las epilepsias y de 8 a 10 % para la epilepsia idiopática generalizada (EIG).

Las crisis de ausencia típicas definen con claridad a la epilepsia, con una incidencia de 1 a 10 eventos al día; casi todos los pacientes desarrollan después crisis de patrón TCG y una quinta parte presentaran mioclonias.

La crisis de ausencias típicas tiene una frecuencia elevada a menudo diaria, con un comienzo abrupto caracterizado por un breve periodo de deterioro de la consciencia con respuesta parcial o nula a estímulos externos.

Durante el inicio de las crisis existe arresto de la actividad motora, que puede ser parcialmente restaurada durante el evento ictal. La presencia de automatismo es habitual; ocurre entre 6 a 10 segundos después del inicio de la crisis consisten en leves mioclonias palpebrales, cabe mencionar que la presencia de otro tipo de mioclonias ya sean estas faciales, del tronco o extremidades podría ser compatible con otros síndromes de epilepsias idiopáticas generalizadas.

La duración de ausencias es entre 4 a 30 segundos (medios 16 segundos) y pueden ser precipitadas por estrés emocional o psicológico, más que por sueño o alcohol, a diferencia de los diferentes espectros de las EIG (epilepsia idiopática generalizada).

Las crisis de patrón TCG (Tónico- Clónico Generalizado) pueden ocurrir al despertar; asimismo, son de horario aleatorio. Las mioclonias tienen un predominio vespertino y se asocian a cansancio o estrés. Por ello debemos de conocer si realmente se tratan de crisis epilépticas y que cuidados dar como atención de primer nivel para poder saber proporcionar una buena atención orientación respecto al cuidado.

Los miembros de una familia o comunidad deben saber reconocer el carácter epiléptico o posiblemente epiléptico de los síntomas que presente el paciente adolescente, adulto y un niño deben saber que se trata de manifestaciones externas, es decir, de síntomas de un trastorno cerebral cuya naturaleza o caso el medico deberá investigar.

Para que el mismo indique dicho tratamiento correspondiente para que el paciente que llega a sufrir este tipo de crisis lleve un tratamiento adecuado y que si este tiene existo, la persona que la sufre pueda llevar un vida “normal” o casi normal; que, por lo tanto, la sociedad se involucra mucho en el desarrollo integral del paciente en su personalidad.

Es por ello que se debe conocer si es un desorden episódico de la función cerebral en el primer nivel, es decir, en los cuidados primordiales que se le dan a los pacientes se menciona que todo médico debe saber reconocer si los síntomas de los pacientes son de presentación episódica y de origen cerebral.

Los síntomas de cualquier órgano o tejido orgánico, pueden aparecer transitoriamente por un instante, segundos o minutos, o pueden mantener por tiempo prolongado de horas, días e incluso años.

Esto es un error no poco frecuente que el médico no llegue a precisar la índole episódica de los trastornos. Si el paciente ha presentado trastornos motores o de pérdida del conocimiento de los que se ha recuperado rápidamente, será fácil para todos determinar el trastorno como episódico; es más fácil cuando el paciente refiere trastornos subjetivos sensoriales, de la imaginación, del pensamiento o de pérdida de la memoria.

En casos lo que hace que el diagnóstico sea afirmativo son las expresiones de los pacientes que refieren o utilizan términos como (lo tengo todo el tiempo, me viene continuamente) queriendo significar un trastorno que dura solo dos minutos, que repiten una o cada dos semanas, pero que lo sufre desde hace muchos años.

En estos casos siempre debe preguntarse cuánto dura la experiencia del trastorno que es él lo lleva a que el paciente recurre al médico, cuánto dura el más breve, el más prolongado, cuánto tiempo dura aproximadamente en promedio, y cada que tiempo se repite o cuantas veces por semana, por mes o por año se presentan.

También es cierto que muchos pacientes tienen síntomas episódicos y síntomas permanentes causados por una misma enfermedad, u otra asociada a ella.

1.2.1 Clasificación simplificada de primer nivel:

- Crisis de Grand Mal (ausencias)
- Crisis Petit mal (ausencias)
- Crisis focales(motoras, sensoriales, psicomotoras)
- Crisis mioclonicas (“caídas” “sacudidas”)

Estos desordenes aparecerán como perturbaciones de la actuación de la personalidad; en algunos casos habrá disturbios de comportamiento emocional, en otros habrá un trastorno del desempeño intelectual, verbal o motor; en otros habrá una desorganización de la conducta del paciente.

El desorden puede estar limitada solo a una parte o aspecto del procesamiento de la información por el tejido nervioso, o puede comprometer toda la actividad nerviosa, en forma rápida progresiva en segundos, o súbitamente de un momento a otro. En cada caso el paciente puede darse cuenta o recordar lo sucedido o puede no hacerlo.

Por ello es importante si realmente se trata de una crisis epiléptica, si los síntomas son definidos como de origen cerebral y de presentación episódica, debe intentarse establecer la naturaleza epiléptica de tales episodios, basándonos en los principios ya mencionado. Estos ayudaran a orientar mejor la consulta que podrían necesitarse después así como también evitando las innecesarias.

Por ejemplo, si el paciente dice tener “mareos” y no es preciso su verdadero origen, podría ser enviado para un estudio otológico, si dice tener “nubla miento de la visión” podría ser remitido al oftalmólogo, si los trastorno psíquicos subjetivos se interpretan como síntomas conversivos o de carácter “nervioso” el paciente deberá ser referido al psiquiatra, o podría ser o suceder que no se le indique interconsulta alguna.

En muchas de las ocasiones el médico que atiende por primera vez al paciente está en las mejores condiciones para definir cierto carácter epiléptico de una crisis. Puede por ejemplo, ver y asistir un paciente justamente en el momento en que presenta alteración de su actividad personal.

Nada mejor para el paciente, que el medico observe atente atentamente el curso de los acontecimientos; si le dicen que el trastorno acaba de empezar, o que esa persona estaba bien y ahora le encuentra algo diferente o con una clara perturbación de su comportamiento, desempeño o conducta, habrá que observarle sin apartar los ojos de el por varios minutos mientras se hace el interrogatorio y se le checan los signos vitales esto también nos ayudara a darnos cuenta si el paciente realmente está presentando una crisis epiléptica.

A veces la naturaleza epiléptica de la crisis es evidente, en otras podrían no ser reconocidas como tales; en este caso será mejor mirar y describir los detalles de la actuación, síntomas del paciente; su expresión facial, los movimientos de ojos, parpados, labios garganta, cuello y miembros.

Si el paciente se recupera gradualmente el carácter episódico y su posible origen cerebral quedaran establecidos. En la mayor parte de los casos, sin embargo,

el paciente acude a una consulta médica por haber presentado ciertos trastornos pasajeros o transitorios.

En estos casos, una vez que el paciente o el testigo espontáneamente han referido los síntomas observados, debe pedírseles que describan nuevamente el primer episodio, el último y el que mejor se acuerdan para que esto nos ayude a determinar de cierta forma que realmente son crisis epilépticas.

Como se ha mencionado, a veces los únicos datos que refieren a síntomas postictales, es decir, el paciente puede despertar por la mañana con dolor de cabeza, el cuerpo cortado, adolorido, con náuseas o aturcido. Aunque es usual que estos síntomas sigan a una crisis epiléptica, en estos casos no es difícil deducir la naturaleza epiléptica del desorden subyacente.

El diagnóstico de la epilepsia se basa en la aparición de crisis convulsivas con síntomas y signos característicos (semiología de la crisis). Este diagnóstico, depende principalmente de la información obtenida por un médico después de una entrevista detallada con el paciente y los testigos de la crisis y tras un examen neurológico.

Con la ayuda de otros exámenes que nos van a orientar al diagnóstico como son el electroencefalograma y las pruebas de neuroimagen como la tomografía axial computarizada, resonancia magnética, son necesarias para confirmar el tipo de crisis y la etiología.

La forma adecuada para llegar a realizar el diagnóstico de la epilepsia, y el orden habitual de cómo hacerlo es la semiología del electroencefalograma, el

diagnóstico diferencial se realiza con una serie de crisis no epilépticas. Las dificultades diagnósticas más importantes se encuentran en casos de crisis psicogénicas, sincopes, espasmos del sollozo y trastornos del sueño.

Clasificación Puesto que las epilepsias constituyen un grupo de trastornos con distinta etiología y tratamiento, es esencial la clasificación adecuada de las crisis epilépticas y de los síndromes epilépticos. En general, es importante establecer la distinción entre epilepsias Idiopáticas o Primarias y epilepsias Sintomáticas o Secundarias.

1.2.2 Clasificación clínica de la crisis epiléptica

1. Grand mal
2. Petit mal
3. Crisis psicomotoras
4. Crisis parciales motoras, sensoriales o psíquicas
5. Crisis mioclonicas
6. Síndrome de west (espasmos infantiles)
7. Síndrome de Lennox- Gastaut (crisis tónicas, clónicas, atónicas)

En otras ocasiones el paciente es encontrado y llevado a una unidad médica pero está ya en estado de coma, confuso o delirante; si ha sufrido una crisis despertara gradualmente en forma espontánea, podría referir entonces que sufre ataques.

Se trata de crisis epilépticas agudas o crónicas, en pacientes que presentan crisis tónico- clónicas generalizadas o parciales motoras por primera vez, es indispensable su atención hospitalaria por la posibilidad de que se trata de una crisis aguda. Se le llama crisis aguda a aquella que ocurre como manifestación inmediata

de una enfermedad intracraneal o sistémica aguda casi, siempre muy al comienzo del proceso patológico.

En estos casos, la crisis puede ser única, puede repetirse a intervalos de horas o en forma subintrante. Se entiende que una vez curado el proceso patológico causal, las crisis remitirán en consecuencia, pero ser necesario usar medicación antiepiléptica.

Si la crisis se repite en forma recurrente con intervalos intercríticos de normalidad real o aparente, las crisis epilépticas se catalogan como crónicas y el síndrome clínico se define como epilepsia o enfermedad epiléptica.

Si el paciente tiene crisis agudas, los síntomas o signos de la enfermedad básica están presentes, incluso desde antes de la primera crisis y pueden estar en plena evolución.

Tal es el caso de los pacientes con traumatismo craneoencefálico, meningitis, intoxicación. Si se establece que el paciente tiene epilepsia, el estudio de su estado clínico está determinado a ciertos lineamientos:

Con el término de crisis de Grand mal, en un adulto, casi siempre se hace referencia a crisis generalizadas tónico-clónicas. Esta nos indica que hay cambios patológicos importantes de cualquier naturaleza, que pueden ser primarios del cerebro, focales o generalizados o secundarios a una enfermedad sistémica.

Si el paciente tiene estas crisis desde antes de los 20 años de edad, con intervalos de meses o años, y si el examen clínico del paciente incluyendo la

anamnesis, es negativo, es decir, el paciente solo sufre de crisis convulsivas, se necesita de una consulta al neurólogo directamente.

Sin embargo, una primera crisis después de los 20 años de edad ya requiere de un estudio neurológico especializado.

Un paciente con una crisis de petit mal, casi siempre significa que sufre epilepsia primaria generalizada. En este caso generalmente hay historia familiar positiva, pero un desarrollo personal normal.

Las crisis de ausencia aparecen entre 6 y 12 años de edad, y el electroencefalograma muestra complejos "punta- onda" de 3 segundos generalizados. Usualmente las ausencias son seguidas y reemplazadas en la adolescencia por crisis Grand mal. Estas por lo tanto requieren de consulta con el especialista a neurología para descartar alguna otra patología diferente a la epilepsia y para que le sea determinado el tratamiento específico.

Por ello todo paciente con crisis epilépticas de cualquier etiología requiere de dicho tratamiento para la prevención de las crisis. Desde el primer nivel de atención, el médico debe saber que el objetivo primordial de este tipo de tratamiento es que el paciente pueda desarrollarse y desempeñarse como la personalidad que es, sin las limitaciones que llegan a imponer las mismas crisis los efectos adversos de la medicación antiepiléptica.

No es pues solo un problema de suprimir las crisis, pues ya que no faltaran pacientes en quien es preferible una crisis ocasional a los cambios emocionales o cognoscitivos que pudieran ocurrir a consecuencia del medicamento.

Es frecuente que a este nivel de atención los pacientes tengan que ser sometidos al seguimiento que les ayude y oriente en el manejo de sus problemas inmediatos que se involucren en una de estas crisis o que sean causantes de estas.

Puesto que las epilepsias constituyen un grupo de trastornos con distinta etiología y tratamiento, es esencial la clasificación adecuada de las crisis epilépticas y de los síndromes epilépticos. En general, es importante establecer la distinción entre epilepsias idiopáticas o primarias y epilepsias sintomáticas o secundarias.

Las epilepsias idiopáticas tienen un origen presumiblemente genético desconocido, son habitualmente de curso benigno y tienden a la remisión espontánea con algunas excepciones como la epilepsia mioclónica juvenil.

Las epilepsias sintomáticas se deben a enfermedades neurológicas reconocibles, anomalías o lesiones. En estos casos las crisis pueden ser la única manifestación clínica o bien pueden ser parte de un espectro clínico más amplio y además del tratamiento de las crisis puede ser necesario tratar la enfermedad, o lesión en sí.

Se usa el término criptogénico cuando se sospecha una etiología sintomática pero no ha sido posible demostrarla. Esto depende esencialmente de la disponibilidad de recursos diagnósticos.

El tratamiento global antiepiléptico tiene determinados objetivos que son:

1. Que el paciente consiga y cumpla eficientemente su trabajo social
2. Que se logren suprimir las crisis epilépticas

3. Lograr una educación adecuada en el adolescente
4. Lograr un adecuado ajuste social del paciente
5. Evitar los riesgos a los que está expuesto

Si las posibilidades de referir al paciente a un centro especializado son remotas o se tiene que diferir, y que el paciente tenga crisis recurrentes, el médico debe empezar el tratamiento antiepiléptico.

Los problemas de dotación de los cuadros antiepilépticos tradicionales, es decir, entre ellos se encuentran la fenitoina, fenobarbital, carbamazepina y valproato en el nivel de atención primaria así como intermitentemente respecto de este último también en los niveles secundario y terciario se hacen cruciales se considera su sostenida eficacia clínica en diversos síndromes epilépticos.

Así estos compuestos conservan hasta hoy la condición de agentes de primera elección en epilepsias focales (fenitoina, carbamazepina) y generalizadas (valproato), apareciendo el fenobarbital como una segunda opción como terapia asociada a la carbamazepina en síndromes focales como la alternativa al valproato en monoterapia en síndromes generalizados.

Al igual que otras regiones del mundo, porcentajes de eficacia en el control de crisis de 65 a 70 % bajo esquemas de monoterapia con compuestos tradicionales, otro problema frecuente, en algunos países de la región, respecto a los fármacos clásicos es falta de estudios de biodisponibilidad de los fármacos genéricos utilizados en los sistemas públicos de salud y además los reiterados cambios en los proveedores de estos.

Debe mencionarse además la utilidad actual que presta en la terapia antiepiléptica la medición de niveles plasmáticos de fármacos. Se considera hoy que este examen mantiene vigencia en situaciones específicas. Así esta medición es provechosa en determinación del cumplimiento, seguimiento de concentración plasmática en manejo de estado epiléptico.

En casos se llega a recurrir a la cirugía, la cirugía de la epilepsia solo se realiza en pacientes, quienes pesen a tomar dosis máximas de fármacos antiepilépticos, siguen presentado crisis, las cuales les dificulta llevar una vida normal.

De los 5 millones de personas que padecen epilepsia alrededor del 10 % del total (500.000 pacientes) sufren de algún tipo de epilepsia refractaria o también llamada farmacoresistente, es decir, continua con crisis pese a dosis máximas de fármacos antiepilépticos.

La falla en el control de crisis es aun mayor en la epilepsia focal (50 % de todas las epilepsias) es decir crisis donde antes de plantear una cirugía de la epilepsia, el paciente debe ser evaluado por un equipo médico altamente especializado y sometido a una serie de exámenes, donde se destacan: resonancia magnética de cerebro el monitoreo continuo de video electroencefalografía y la evaluación neuropsicológica.

La meta de la cirugía es rescatar el máximo de tejido epileptogeno la lesión cerebral (de existir esta) y ahorrar el máximo de cerebro sano. El éxito de la cirugía de la epilepsia y el lóbulo afectado. El control total de las crisis post- cirugía fluctúa entre un 50 a 80 % esto puede permitir al paciente reintegrarse a una vida normal.

Los tipos de cirugía aplicada a la epilepsia son:

a) Curativas: en ella la meta es dejar al paciente libre de crisis, estas corresponden a las epilepsias focales, donde se logra localizar el lugar exacto de origen de las crisis. Esta cirugía son más frecuentes en el lóbulo temporal, seguidos del lóbulo frontal.

b) Paliativas: es un procedimiento quirúrgico donde previamente se sabe que es imposible dejar al paciente totalmente libre de crisis.

El 80 % de las cirugías de epilepsia en el mundo corresponden a cirugía sobre el lóbulo temporal. Dado que es la epilepsia refractaria más frecuente, además de ser la que presenta los mejores resultados post- operatorios logrando que hasta un 80 % de los pacientes queden libres o con una significativa reducción de sus crisis y solo un 10 % permanece.

La ansiedad e inseguridad que se siente por el riesgo de ocurrencia de crisis en el trabajo o en sitios públicos es un problema real y frecuente, al igual que la depresión, particularmente en el adulto.

El apoyo psicológico y la incorporación de los psiquiatras al manejo de la epilepsia son requisitos muy importantes para el manejo rutinario de los pacientes con epilepsia.

Epilepsia- hemiconvulsion hemiplejia:

En 1960, Henri Gastraut caracterizó a una serie de casos aludiendo a reportes esporádicos realizados desde 1827: por Bravais y otros como Gowers, Voisin, vislumbrando la tríada clínica hemiconvulsion, hemiplejia, y epilepsia en la infancia.

La epilepsia hemiconvulsión hemipléjica se define por un trastorno de incidencia decreciente, caracterizado por un estado epiléptico hemiclónico de ocurrencia en la infancia más frecuentemente que en el adolescente esta se caracteriza más en los niños de 4 años de edad.

Se manifiesta en el curso de un proceso febril que genera como consecuencia inmediata una hemiplejía fija que evoluciona como epilepsia focal, ocurriendo en el 85 % de los casos entre 6 meses y 4 años de edad.

- a) Su historia natural es diferenciable en tres fases:
- b) Estado epiléptico parcial continuo
- c) Hemiplejía fija ipsilateral
- d) Epilepsia parcial recrudesciente (de aparición tardía)

El síndrome de epilepsia hemiconvulsiva hemiplejía es un trastorno muy raro, quizá por ser poco alertado, pero con alto riesgo de impactar la calidad de vida del paciente y de su familia.

Resultando en una alta demanda de recursos terapéuticos, farmacológicos y neuroquirúrgicos. No obstante, dadas las nuevas evidencias sobre su etiología permanece su inclusión en las propuestas y revisiones actuales de clasificación de las epilepsias.

Sin embargo, esto, esto no sucede en el 100 % de los pacientes expuestos a tales agentes como la varicela zoster, virus Epstein Barr, herpes virus 6, herpes virus 7, estas seguidas por daño tisular irreversible por edema citotóxico.

Por lo que patogénicamente se infiere una predisposición estructural y funcional, quizás mutaciones. No están aclarados los mecanismos de propagación al mismo tiempo delimitación del daño inicial a la sustancia blanca y a un solo hemisferio.

Los hallazgos neuropatológicos sugieren un trastorno inmunomediado contra la mielina pues no hay evidencia de elementos trombocitos. Se infiere daño axonal por anomalías neurofilamentosas inmunoreactivas en áreas talámicas, así como, espongirosis, hipo campal, sin daño celular y necrosis laminar difusa entre las capas 3- 5 de la corteza.

La semiología de las crisis descritas en este síndrome dicta:

Inicio en vigilia con versión superior, lateral de la cabeza y de los ojos, seguidos de movimientos clónicos hemicorporales con pérdida gradual de la consciencia los cuales pueden tener comportamiento multifocal, segmentario, migrante con o sin marcha jacksoniana, con duración por lo general superior a 24 horas acompañándose con frecuencia de manifestaciones vegetativas.

El diagnóstico diferencial en este tipo de epilepsia debe ser el primer ejercicio clínico aplicado ante un caso de debilidad aguda focal después de una crisis, pues unas son la causa graves que deben esclarecerse y en lo posible resolver.

El estudio de imagen por resonancia magnética y la angiorresonancia permiten excluir lesiones estructurales tales como neoplasias, abscesos intracerebrales, encefalomielitis diseminada aguda, malformaciones del desarrollo cerebral o signos de trauma o lesión vascular por infartos o hemorragias

Epilepsia en el adulto mayor.

Tiene un claro de inicio de edad, varia en la literatura entre 60 y 65 años. Sin embargo, casi todos la describen como aquella que inicia en personas mayores de 65 años.

En el adulto mayor, las caídas, lipotimia, síncope, ataque isquémico transitorio y amnesia global transitoria son causas frecuentes de visita al servicio de urgencias: algunos de estos pacientes pueden tener epilepsia pero el diagnóstico puede llegar a ser confuso debido a que tienen a menudo múltiples comorbilidades y deterioro cognitivo.

Es por esto que la evaluación, manejo y diagnóstico diferencial deben ser precisos, ya que en el 30 % de ancianos diagnosticados como epilépticos de recién inicio, no se consideró esta posibilidad en la primera evaluación.

La probabilidad de tener crisis epilépticas se correlaciona mejor con la edad biológica que con la edad cronológica a mayor edad existe la probabilidad de padecerla.

En distintos estudios poblacionales la incidencia de epilepsia después de la infancia se incrementa con la edad y el riesgo acumulativo después de los 80 años se considera entre el 1.3 y 4 %

Comparando con los jóvenes la población mayor de 65 años tienen mayor susceptibilidad de presentar crisis epilépticas, ya sean provocadas por enfermedad aguda o sin causa obvia precipitante es de 85.9 por 100, 000 personas se incrementa a 135 por 100, 000 en mayores de 80 años de edad.

En edad avanzada, la mortalidad por epilepsia incrementa de 2 a 3 veces comparando con la población general. El 30 % de adultos mayores debutan con estado epiléptico con una mortalidad cercana al 40 %.

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de epilepsia en el adulto mayor, ocupando el 50 % de los casos.

Después de un infarto cerebral, el riesgo de presentar crisis epilépticas es de 20 veces mayor durante el primer año, y las crisis epilépticas en el anciano predisponen 3 veces más el riesgo de infarto cerebral como factor independiente.

Las enfermedades neurodegenerativas asociadas con deterioro cognoscitivo ocupan del 10 al 20 % de la epilepsia en el anciano, dentro de este grupo la enfermedad de Alzheimer tiene 10 veces más probabilidad de presentar epilepsia.

El control de crisis no parece ser más difícil conforme progresa la demencia; no obstante, se desconoce si las crisis epilépticas influyen sobre cognición o subsecuente neurodegeneración en este grupo de enfermos.

En el adulto mayor la epilepsia causada por traumatismo craneoencefálico corresponde a un 20 % de los casos, los factores de riesgo son mayores durante el primer año, por presencia de la pérdida del estado de alerta durante el evento, haber cursado con amnesia durante las primeras 24 hr o más, ser mayor de 65 años, fractura craneal y hematoma subdural.

Los tumores encefálicos son causa de epilepsia entre el 10 y 30 % en el anciano, los más comunes asociados corresponden a tumores primarios como los gliomas de bajo grado meningiomas y metástasis cerebrales.

La ingesta de medicamentos, alteraciones metabólicas infecciones, inclusive la apnea del sueño son causa de crisis epilépticas agudas sintomáticas en el adulto mayor, pueden llegar a disminuir el umbral a las crisis cuando tienen epilepsia previamente diagnosticada.

Las caídas en el adulto mayor son frecuentes, el problema inicial es determinar si corresponde a caída accidental, pérdida de alerta, estado confusional agudo, presencia de amnesia en el evento.

Cuando ocurre alteración o pérdida transitoria de la conciencia, el diagnóstico diferencial entre síncope y epilepsia es complicado dada la alta incidencia de enfermedades cardiacas.

Las crisis epilépticas en este grupo de edad son descritas a menudo de manera atípica, ya que los automatismos son menos frecuentes y la confusión postictal puede ser más prolongada en presencia de demencia preexistente tomar en cuenta que llegue a cursar con fluctuaciones de la conciencia, delirium intermitente, asterixis o mioclonias y se puede pasar por alto un estado epiléptico parcial complejo.

Los adultos mayores tienen por lo general muchos otros factores que precipitan crisis generalizadas: como alteraciones metabólicas.

Debe obtenerse semiología cuidadosa con apoyo de un observador que facilite la descripción del evento. Se aconseja en todos los casos realizar electrocardiograma de 12 electrodos para descartar arritmias, ya que en presencia de esta podría sugerir enfermedad vascular cerebral como factor etiológico.

El electroencefalograma (EEG) tiene gran utilidad cuando el diagnóstico es incierto, por presencia del estado confusional o ante la sospecha de estado epiléptico no convulsivo.

No obstante el EEG interictal tiene baja sensibilidad y especificidad en este grupo de edad, y no podrá ser utilizado para aprobar o desaprobar el diagnóstico de epilepsia.

Se debe realizar siempre en este grupo de edad estudio de imagen, siendo el de elección la imagen por resonancia magnética ya que puede evidenciar enfermedad de pequeño vaso, tumores e infartos no sospechados.

La farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos en el adulto mayor dependen del estado físico, comorbilidades y uso concomitante de medicamentos.

Los antiepilépticos inductores enzimáticos (fenitoina, fenobarbital, primidona y carbamazepina) incrementan el metabolismo de fármacos utilizados con frecuencia en este grupo de edad como los cito tóxicos, estatinas, anti arrítmicos, antihipertensivos, corticocosteroides e inmunosupresores.

Estos fármacos también pueden actuar sobre sustancias endógenas como la vitamina D, hormonas sexuales masculinas ocasionan disfunción sexual y osteoporosis.

En general casi todos los síndromes epilépticos comienza en la edades tempranas de la vida, muchas epilepsias sintomáticas secundarias a problemas de injurias cerebrales inician sus crisis en cualquier etapa de la existencia.

Por lo que en las edades adultas el inicio de crisis de epilepsia de cualquier tipo es estudiado con detenimiento y profundidad en el análisis de las causas que originó esta crisis. Por otra parte algunos síndromes de la infancia llegan a la etapa adulta

Se trata de una epilepsia autosómica dominante con mioclonías que inician en la edad adulta y más infrecuentes son las crisis generalizadas.

El EEG se acompaña de complejos polipuntas-ondas lentas en el EEG, hay fotosensibilidad y potenciales evocados somato sensoriales gigantes, y puntas premioclónicas. Hay otra epilepsia con estas características la mioclónica familiar benigna del adulto (BFAME) que además se añade temblor cortical

Hay crisis tonicoclónicas que ocurren después del despertar independientemente de la hora del día o del relajamiento de la tarde. Es parecido a la epilepsia mioclónica juvenil sin embargo en este nunca ocurren mioclonías ni ausencias (5). El trazado del EEG muestra anomalías epiléptiformes patrones de punta-onda lenta que puede ser sensible a la foto estimulación.

En los estudios epidemiológicos aparece que las dos curvas de incidencia de epilepsia están al inicio de la vida y al final en la ancianidad. En realidad, esta es, una entidad verdaderamente común por encima de los 60 años.

En las crisis del anciano deben de insistirse en la de causa vascular y que según algunos autores constituyen entre el 17 y el 69% de las epilepsias en esta etapa de la vida. La incidencia de las epilepsias en mayores de 60 años es el doble que entre 40 y 59 años, y sigue un crecimiento lineal que alcanza en los mayores de 80 años.

En los pacientes ancianos, hay características que pueden dificultar el diagnóstico. 1. Son poco comunes los automatismos o las auras. 2. Las crisis se manifiestan como episodios de confusión o cuadros sincopales.

Estas características hacen que en más de la mitad de los pacientes ancianos con epilepsia no se haga el diagnóstico de epilepsia desde el principio (14). Otra forma de presentación es en forma de un estado de mal epiléptico (14, 15). Otro problema de la población de ancianos es el consumo de fármacos que están en lista de ser potencialmente epileptogénicos, como es el caso de algunos antidepresivos, neurolepticos y antibióticos.

Las epilepsias focales del Lóbulo Temporal corresponden a un síndrome epiléptico dentro del cual se incluyen crisis originadas en estructuras mesobasales (hipocampo, amígdala y zonas de la corteza) o en neocorteza temporal lateral, siendo las más frecuentes las originadas en las zonas temporales mediales.

Epilepsias de causa genética (sustituye a idiopáticas): son epilepsias como consecuencia directa de una alteración genética conocida o presumida en las cuales las crisis epilépticas son los síntomas principales del trastorno.

El conocimiento de la contribución genética puede derivar de estudios geneticomoleculares específicos que hayan sido correctamente replicados y que tengan un test diagnóstico o de estudios de familias apropiadamente diseñados que muestren el papel central del componente genético

Epilepsia refractaria: tiene lugar cuando no se ha conseguido una evolución libre de crisis después de haber tomado dos fármacos antiepilépticos, en monoterapia o asociados, siempre que sean apropiados al tipo de epilepsia, administrados de forma adecuada y no retirados por intolerancia.

Se denomina evolución libre de crisis a la ausencia de cualquier tipo de crisis durante un periodo mínimo superior a tres veces el tiempo entre crisis en el año previo al tratamiento o bien durante un año

1.2.3 Semiología de las crisis epilépticas

Las crisis son el síntoma fundamental de los pacientes con epilepsia y realizar un análisis detallado de su semiología resulta necesario para clasificar el síndrome epiléptico que presenta el paciente. Aunque la historia clínica sigue siendo el instrumento básico que nos lleva al diagnóstico de la epilepsia, a menudo los datos obtenidos sobre cómo son las crisis que presenta un sujeto son limitados, ya sea porque este tiene amnesia del evento, o solo un recuerdo parcial, o porque los testigos no son capaces de aportar detalles precisos.

En este sentido, el desarrollo de la MVEEG ha supuesto un paso fundamental, permitiéndonos un análisis detallado de la semiología de las crisis y su correlación con los cambios EEG.

Espasmos epilépticos Son el tipo de crisis que definen el síndrome de West, aunque también pueden aparecer en otras encefalopatías epilépticas. Los espasmos epilépticos son contracciones tónicas en flexión, extensión o mixtas, bilaterales breves y bruscas que afectan a la musculatura axial y proximal en miembros, tanto de forma generalizada como focal.

Las crisis más características se manifiestan con una flexión moderada, pero brusca y breve, de cuello, tronco y caderas, con abducción.

Sin embargo, también pueden presentarse con una breve flexión de cuello o una mueca. La duración es de aproximadamente 1 segundo. Suele acompañarse después de una fase de falta de respuesta de 1-2 minutos que puede ser toda la sintomatología objetivable por el observador

1.3 Concepto y utilidad de la historia clínica en el diagnóstico de la epilepsia

La Historia Clínica (HC) es el documento médico-legal que surge de la relación establecida entre el médico y el paciente y en el que se recoge la información necesaria para el correcto desarrollo de la labor asistencial.

Cuando se enfrenta a enfermedades que se manifiestan con episodios paroxísticos, la HC es el instrumento inicial que debe establecer el Diagnóstico Diferencial (DD) y guiar el proceso diagnóstico

Aunque la HC ha sido avalada por su uso a lo largo de la historia de la Medicina, lo cierto es que no son muchos los estudios que se han propuesto evaluar su verdadera utilidad.

Una revisión exhaustiva de la literatura revela la existencia de seis trabajos de cierta calidad científica que evalúan el valor de la HC para el diagnóstico de la epilepsia¹⁰⁻¹⁵; solo uno de ellos tuvo carácter prospectivo¹.

La HC del enfermo epiléptico debe satisfacer unos requisitos básicos, si bien la revisión de la literatura no da apoyo definitivo a un determinado modelo de HC, por lo que las evidencias en este aspecto emanan de las opiniones de los expertos

El objetivo final de la HC de eventos paroxísticos es establecer un DD de los eventos epilépticos frente a los TPNE con los que pudiera confundirse. Dicho DD será diferente en función de la edad del paciente.

1.4 Procedimientos diagnósticos de los trastornos paroxísticos no epilépticos

La epilepsia puede aparecer en cualquier edad, adoptando unas características clínicas específicas dependiendo de la etapa madurativa en que aparezca, de ahí la existencia de diferentes síndromes epilépticos edad-dependientes, variando la manifestación clínica y del registro EEG en relación con el aumento de edad del niño, y, en consecuencia, con la etapa de maduración cerebral

En cualquier caso, poder visionar las manifestaciones clínicas tiene gran importancia para poder orientar el diagnóstico, de ahí la utilidad de los videos grabaciones caseras de los síntomas que pueden proporcionar los familiares.

El electroencefalograma (EEG) es el método diagnóstico que permite la evaluación de los potenciales eléctricos generados por la actividad cerebral. Se registran mediante electrodos situados bien sobre la superficie del cuero cabelludo (electrodos no invasivos) o a nivel cerebral profundo (invasivos), tanto en procesos agudos como crónicos, siendo una prueba repetible, accesible y económica.

Es el método diagnóstico más útil para el estudio de la epilepsia y el más específico para estudiar el córtex epileptogénico, el uso apropiado del EEG en el diagnóstico de las epilepsias tiene las siguientes finalidades:

- a) Apoyar el diagnóstico de epilepsia en pacientes con clínica sugestiva.
- b) Ayudar a precisar el tipo de crisis y el síndrome epiléptico específico.
- c) Ayudar a identificar posibles precipitantes de las crisis epilépticas.

No debe usarse para excluir el diagnóstico de epilepsia cuando la presentación clínica apoya el diagnóstico de paroxismo no epiléptico, ni su resultado negativo o normal debe excluir el diagnóstico de epilepsia

Los estudios de neuroimagen proporcionan información de las posibles anomalías estructurales y funcionales (metabolismo, alteración del flujo cerebral...) relacionadas con el foco epileptogénico y también de la posible etiología subyacente de las CE.

La RM se ha incorporado en el concepto usado por la ILAE para definir las etiologías de la epilepsia (etiología estructural), y una propuesta reciente a la Comisión de Clasificación de la ILAE (2010) ha sugerido que la etiología estructural debe separarse del grupo de etiología metabólica y ha de quedar definida como anomalías positivas de neuroimagen sugerentes de etiología específica y/o con el apoyo del estudio histológico

Debe considerarse la posibilidad de que exista una lesión estructural en la mayoría de los enfermos con epilepsia, excepto cuando los datos de la historia clínica, la exploración y el EEG apoyan de forma inequívoca el diagnóstico

En la literatura médica no hay estudios de neuroimagen randomizados, por lo que son bajos los niveles de evidencia.

Se encuentran estudios comparativos de neuroimagen con otras técnicas que se consideran de referencia, como los estudios de EEG, combinaciones de varios test o la cirugía

Los estudios por neuroimagen no están recomendados en los pacientes con: EGI (ausencias típicas infantiles, epilepsia mioclónica juvenil); en las epilepsias parciales benignas de la infancia (centrotemporal o rolándica y occipital); convulsiones febriles típicas o constancia de etiología tóxico-metabólica.

Aunque la RM es, en general, la prueba más recomendada por las distintas sociedades científicas, la TC puede ser la técnica de elección en el paciente con sintomatología aguda cerebral que cursa con CE, y puede precisar tratamiento urgente (traumatismos craneoencefálicos, sangrado agudo, tumores, inmunosuprimidos, cáncer conocido, fiebre o cefalea persistente, estado mental alterado...) o cuando la realización de una RM está contraindicada: pacientes portadores de marcapasos cardiacos

1.5 El tratamiento

Farmacológico de las Crisis Epilépticas (CE) y de la epilepsia se fundamenta en los principios farmacológicos que engloban los mecanismos de acción y

farmacocinética de los Fármacos AntiEpilépticos (FAE) y las interacciones entre ellos.

Constituyen la base teórica de la elección de los FAE adecuados, según el tipo de CE, síndromes epilépticos, características demográficas y comorbilidad de los pacientes.

Las evidencias científicas extraídas a través del método de elaboración de las Guías de Práctica Clínica (GPC) proporcionan las recomendaciones pertinentes en estas situaciones y se recogen en sus apartados correspondientes.

1.5.1 Mecanismos de acción de los fármacos antiepilépticos

Independientemente de la etiología concreta, la epileptogénesis tiene siempre tres elementos comunes:

- 1) La capacidad de determinadas neuronas de experimentar cambios paroxísticos de despolarización (paroxysmal depolarization shifts, PDS);
- 2) La disminución del tono inhibitor gabérgico, que ocasiona una desinhibición; y 3) el incremento del tono excitador glutamérgico.

1.5.2 Modo de empleo de los farmacos antiepilepticos.

Cuando se encuentra un paciente con el diagnóstico de epilepsia, se recomienda iniciar tratamiento para disminuir la probabilidad de recurrencia de las crisis, sabiendo que no contamos todavía de ningún FAE con efecto antiepileptógeno.

En general, el tratamiento se inicia con un solo FAE, manteniéndolo a las dosis mínimas eficaces. Hasta alcanzar esta dosis, se debe realizar un aumento progresivo, empezando con dosis bajas, incluso con menos cantidad que la recomendada en la mayoría de las fichas técnicas del producto. Esto contribuye a evitar fracasos con los FAE debido a EA evitables.

En el anciano esto es especialmente importante, ya que el metabolismo se enlentece y se toleran peor las dosis elevadas. En el niño, la dosis se debe ajustar al peso.

Una vez indicado el inicio del tratamiento antiepiléptico crónico, debemos seleccionar el Fármaco Antiepiléptico (FAE) más adecuado según el tipo de epilepsia y las características del paciente (edad, sexo, peso, comorbilidad). Resulta fundamental la elección del primer FAE, pues deberá ser administrado habitualmente durante años.

Aunque existen muy pocos estudios comparativos entre monoterapia y politerapia, la experiencia clínica muestra que el tratamiento con un solo FAE es efectivo para controlar las Crisis Epilépticas (CE) en la mayoría de los pacientes, facilita el cumplimiento y disminuye la posibilidad de Efectos Adversos (EA).

En la medida de lo posible, la elección del FAE se llevará a cabo para el tratamiento del síndrome epiléptico, y, solo si este es desconocido, se hará de acuerdo con el tipo de CE (Crisis epilépticas)

En este capítulo se revisan las evidencias existentes en el tratamiento de inicio en monoterapia para los distintos tipos de CE y síndromes epilépticos, tanto en la infancia como en la edad adulta

CAPÍTULO II: EPILEPSIA CATAMENIAL

2.1 La epilepsia catamenial

Hace referencia a un aumento de crisis en momentos específicos del ciclo menstrual y obedece a los cambios hormonales que se producen durante el mismo. El efecto proconvulsivante de los estrógenos y el anticonvulsivante de la progesterona se ha demostrado tanto en humanos como en animales^{14, 15,20}. Afecta aproximadamente a un tercio de las MCE en los estudios poblacionales²¹.
NE III.

Existen tres patrones de aumento de las CE: el perimenstrual (C1: -3 a 3) es el más frecuente, durante la ovulación (C2: 10 a -13) y en la fase luteínica inadecuada con ciclos anovulatorios (C3: 10 a 3)¹⁴. Aproximadamente, un tercio de las MCE tiene el doble de crisis durante estos periodos del ciclo menstrual respecto al basal. Si se observa este patrón, se recogen en la bibliografía pautas de tratamiento elaboradas por expertos que aconsejan

La Medroxyprogesterona i.m. puede ser útil en casos concretos, pero su administración debe hacerse a intervalos más cortos; 8-10 semanas frente a lo habitual, que son 12 semanas^{14, 19}. El DIU Mirena que está impregnado con progesterona, como tiene un efecto local, no se ve afectado por los FAE inductores y puede ser una buena opción para las multíparas e incluso para nulíparas y adolescentes^{14, 19}.

La píldora del día después también se ve afectada por los FAE inductores y la paciente debe avisar al farmacéutico y al médico para que prescriba como mínimo dos dosis de 1,5 mg de Levonorgestrel en un intervalo de 12 horas

La epilepsia es una patología muy frecuente en los individuos de edad avanzada cuya etiología, presentación clínica y pronóstico difieren de las de los pacientes más jóvenes. Su incidencia, prevalencia y morbimortalidad son más elevadas que las de cualquier otro grupo de edad.

Este segmento está muy poco representado en los ECA que han llevado a la aprobación de los distintos FAE. La elevada comorbilidad, la frecuencia de polifarmacia y el mayor riesgo de efectos secundarios y de mortalidad por causas intercurrentes en estos pacientes son, entre otros, los motivos de su exclusión casi sistemática de los ensayos clínicos.

Es importante incluir un estudio analítico completo para descartar complicaciones tóxico-metabólicas y un electrocardiograma (ECG) para valorar alteraciones capaces de provocar en ambos casos Crisis Sintomáticas Agudas (CSA)

El estudio EEG, al igual que en cualquier otro enfermo con sospecha de epilepsia, es fundamental. Sin embargo, su interpretación a estas edades es más complicada por la frecuencia con que aparecen modificaciones inespecíficas que no llevan necesariamente aparejada una implicación patológica.

Por este motivo, solo un EEG crítico con manifestaciones epilépticas claras tiene valor diagnóstico definitivo. La elección del fármaco en los ancianos va a depender fundamentalmente de su perfil farmacocinética, de la posibilidad de provocar efectos secundarios que tienen una especial repercusión en los ancianos y de la posible morbilidad asociada

Epilepsia y trastornos psiquiátricos

- Efecto potencial epileptogénico de antidepresivos y antipsicóticos.
- Posible influencia de los FAE en los síntomas psiquiátricos.

Interacciones farmacológicas: los FAE inductores enzimáticos pueden disminuir los niveles plasmáticos de fármacos psicotrópicos (neurolepticos y antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la receptación de serotonina).

Epilepsia y trastornos del aprendizaje

Algunos estudios muestran que los niños epilépticos no tienen el mismo resultado académico que los grupos control normal evaluados.

Las características mostradas por los niños epilépticos, que alcanzan a concurrir a una escuela normal, son:

- Indiferencia en la clase –
- .Resultados inferiores a la media –
- Trastornos del comportamiento –
- Destructibilidad –
- Ausencias –
- Pobre concentración –
- Somnolencia.

2.2 Sintomatología

Descripción lo más detallada posible de la crisis, con forma de instauración, presencia o no de aura, forma de inicio y progresión, así como presencia o no derelajación de esfínteres y descripción del estado Pos crítico El estatus epiléptico es aquella situación en la que las crisis se repiten sin solución de continuidad.

El más frecuente es el estatus tónico-clónico, que se define como la presencia de tales convulsiones durante más de 30 min., o que se repiten de forma que impiden la recuperación completa en el estado Proscritico.

Exploración Física

- a) Registro de signos vitales (T/ A, FC, FR, T)
- b) Antecedentes de enfermedades crónicas.
- c) Datos en piel de Estigmas de hepatopatías, de venopunción, manchas café con leche.
- d) Identificar algún traumatismo craneoencefálico.

Síncope. El llamado Síncope convulsivo cursa con contracción tónica, sacudidas clónicas de extremidades, e incluso incontinencia vesical, pero a diferencia de la crisis comicial, las convulsiones son más breves, los desencadenantes y los síntomas propios preliminares vegetativos acompañantes (sudoración, palidez.), y la recuperación es rápida, propia de un síncope

Si se presencia una crisis tónico-clónica la actitud a tomar es la que a continuación se describe: 1. Evitar auto lesiones en el Paciente: Se colocará un Guedel para evitar que se muerda la lengua, sin demasiada violencia. Si no se dispone de Guedel es preferible no forzar la colocación de otro objeto en la boca. 2. Colocar la cabeza del paciente (y al naciente mismo) hacia un lado para evitar la broncoaspiración.

La mayor parte de las crisis son autolimitadas y no es necesario abortarlas con medicación, esto se hará en el Centro Hospitalario en caso de estatus convulsivo. 8 3. Administración de O₂ al 50% con mascarilla. Preferiblemente con bolsa de reservorio (100%) garantizando una vía aérea permeable 4. Canalizar vía

venosa con suero fisiológico. No deberán utilizarse soluciones glucosadas por su efecto nocivo en cerebros sufrimiento, y porque en ellas precipitan la difenilhidantoína y el diazepam 5.

Otras medidas previas al aborto de la crisis: Tiamina (Benerva □): 1 amp I.M de 100 mg., obligada en pacientes con etilismo crónico o desnutrición, y para evitar la aparición de Encefalopatía de Wernicke. Valorar la administración conjunta de sulfato de Mg (amp de 10 cc. con 1.5gr.), a dosis de 2gr I.V seguidos de 5 gr. en las siguientes 8 horas y otros 5 gr. en las siguientes 16 horas. Las dosis deben diluirse al 50%.

2.2.1 Prevención de la epilepsia

A este nivel de atención corresponde la contribución del médico a la prevención de las enfermedades que causan epilepsia.

Aunque sabemos que la prevención de muchas enfermedades depende de las condiciones económicas, es posible la implementación de acciones individuales o institucionales, sobre todo a través de la educación y la intervención del profesional de la salud en la comunidad dentro de estos tenemos:

1. Evitar las lesiones cerebrales que sufren los niños en el periodo fetal o al momento del nacimiento.
2. Evitar accidentes, sobre todo de tránsito y de trabajo
3. Insistir en el diagnóstico temprano de aquellas enfermedades intracraneales que tienen tratamiento, a fin que con una intervención oportuna se reduzcan las secuelas al mínimo

4. Detectar temprana y oportunamente las crisis epilépticas, sobre todo en niños, a fin de facilitar su respuesta al tratamiento, su educación y desarrollo personal.
5. Insistir en el mejoramiento de los servicios médicos de salud, a fin de dotarlos de los recursos indispensables de diagnóstico para brindar un tratamiento oportuno, apropiado y racional.

2.2.2 Cuidados en el hogar

La mayoría de las crisis epilépticas (convulsiones) se detienen por sí solas. Sin embargo, durante una crisis la persona puede hacerse daño o lesionarse.

Cuando se produce una convulsión, el objetivo principal es proteger a la persona de una lesión:

- Trate de evitar una caída. Coloque a la persona en el suelo en una zona segura. Despeje el área de muebles u otros objetos punzantes.
- Proteja la cabeza de la persona.
- Afloje la ropa apretada, especialmente alrededor del cuello.
- Coloque a la persona de lado. Si hay vómito, esto ayuda a garantizar que éste no se aspire a los pulmones.
- Busque un brazalete de identificación médica con instrucciones sobre convulsiones.
- Permanezca con la persona hasta que se recupere o hasta que llegue ayuda médica profesional.

2.2.3 Cuándo contactar a un profesional médico

- Es la primera vez que la persona ha tenido una convulsión.
- Una convulsión dura más de 2 a 5 minutos.

- La persona no se despierta o no tiene un comportamiento normal después de una convulsión.
- Se inicia otra convulsión poco después de que termina una.
- La persona tuvo una convulsión en el agua.
- La persona está embarazada, lesionada o tiene diabetes.

La persona no tiene un brazalete de identificación médica (instrucciones que expliquen qué hacer). Hay algo diferente en esta convulsión comparada con las convulsiones habituales de la persona

Los síntomas varían de una persona a otra. Algunas personas pueden tener simples episodios de ausencias. Otras tienen pérdida del conocimiento y temblores violentos. El tipo de convulsión o crisis epiléptica depende de la parte del cerebro afectada.

La mayoría de las veces, la convulsión es similar a la anterior. Algunas personas con epilepsia tienen una sensación extraña antes de cada convulsión. Estas sensaciones pueden ser hormigueo, sentir un olor que realmente no existe o cambios emocionales. Esto se denomina aura

El médico llevará a cabo un examen físico. Este examen comprende una evaluación detallada del cerebro y del sistema nervioso.

Se hará un una Electroencefalografía (EEG) para revisar la actividad eléctrica en el cerebro. Las personas con epilepsia a menudo tienen actividad eléctrica anormal que se observa en este examen.

En algunos casos, el examen muestra la zona del cerebro donde empiezan las convulsiones. El cerebro puede aparecer normal después de una convulsión o entre convulsiones

El estrés causado por el hecho de tener epilepsia o ser responsable de alguien con epilepsia, a menudo se puede aliviar uniéndose a un grupo de apoyo. En estos grupos, los miembros comparten experiencias y problemas en común.

Es probable que algunas personas con epilepsia puedan reducir o incluso suspender sus medicamentos anticonvulsivos después de no tener ninguna convulsión durante varios años. Ciertos tipos de epilepsia en la niñez desaparecen o mejoran con la edad, por lo regular a finales de la adolescencia o hacia los 20 años.

Para muchas personas, la epilepsia es una afección de por vida. En estos casos, es necesario continuar con los fármacos anticonvulsivos. Hay un riesgo muy bajo de muerte súbita con la epilepsia

Son muchas las posibles causas de las epilepsias. Sin embargo, en la mitad de los casos, se desconoce la causa. En otros casos, las epilepsias están claramente vinculadas a factores genéticos, anomalías del desarrollo cerebral, infección, lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, tumores cerebrales u otros problemas identificables.

Cualquier cosa que interfiera con el patrón normal de la actividad neuronal puede causar una crisis epiléptica. –Esto puede incluir una enfermedad, una lesión cerebral o el desarrollo anormal del cerebro.

Las epilepsias se pueden presentar debido a una anomalía en el cableado del cerebro, un desequilibrio de las sustancias químicas que transmiten las señales nerviosas (en el que algunas células excitan o inhiben de sobre manera a otras células del cerebro que son las que envían los mensajes) o alguna combinación de estos factores. En algunas afecciones pediátricas, el cableado anormal del cerebro causa otros problemas tales como impedimento intelectual.

2.3 Factores genéticos

Las mutaciones genéticas pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de ciertas epilepsias. Muchos tipos de epilepsia afectan a varios miembros de la familia que tienen lazos de consanguineidad. Esto indica que hay un fuerte componente genético hereditario.

En otros casos, las mutaciones genéticas pueden ocurrir de manera espontánea y contribuir al desarrollo de la epilepsia en personas sin ningún antecedente familiar de la enfermedad (lo que se conoce como una mutación espontánea o "*de novo*"). En general, los investigadores estiman que cientos de genes podrían desempeñar un papel en los trastornos

Las epilepsias pueden ocurrir como el resultado de un daño cerebral relacionado con muchos tipos de afecciones que alteran el funcionamiento normal del cerebro. Las crisis podrían parar si se tratan y se resuelven estas afecciones.

Sin embargo, las probabilidades de no tener más crisis después de haberse atendido el trastorno primario son inciertas y varían según el tipo de trastorno, la región del cerebro afectado y la magnitud del daño cerebral ocurrido antes de que

se iniciara el tratamiento. A continuación, algunos ejemplos de afecciones que pueden causar epilepsia:

2.3.1 Factores que desencadenan las crisis epilépticas

Los factores que desencadenan las crisis son aquellos que no causan epilepsia pero que pueden provocar las primeras crisis en aquellas personas susceptibles o pueden causar crisis en personas con epilepsia que por lo general están bien controladas con medicamentos.

Entre los factores que desencadenan las crisis se incluyen el consumo de bebidas alcohólicas o el síndrome de abstinencia del alcohol, la deshidratación o el hambre, el estrés y los cambios hormonales asociados con el ciclo menstrual. En las encuestas a personas con epilepsia, el estrés aparece como el desencadenante más común de las crisis.

La exposición a toxinas y venenos como el plomo o el monóxido de carbono, los estupefacientes o drogas de venta callejera, y las sobredosis de antidepresivos y de otros medicamentos que requieren receta médica también pueden desencadenar las crisis.

La falta de sueño es un desencadenante poderoso de las crisis epilépticas. Los trastornos del sueño son comunes entre las personas con epilepsia y el tratamiento adecuado de los trastornos del sueño coexistentes a menudo puede mejorar el control de las crisis.

Ciertos tipos de crisis tienden a ocurrir cuando la persona está dormida mientras que otros son más comunes mientras la persona está despierta, lo que ayuda a los médicos a ajustar el medicamento de cada persona.

Para algunas personas, la estimulación visual puede desencadenar una crisis. Este problema se conoce como epilepsia fotosensible. La estimulación puede incluir cosas como luces intermitentes o patrones en movimiento.

Así como hay muchos tipos diferentes de crisis, también existen muchos tipos diferentes de epilepsia. Se han identificado cientos de *síndromes* epilépticos diferentes, los cuales son trastornos caracterizados por un conjunto de síntomas específicos, entre los cuales, la epilepsia es un síntoma prominente. Algunos de estos síndromes parecen ser hereditarios o causados por mutaciones de Novo.

En el caso de otros síndromes, la causa es desconocida. Los síndromes epilépticos son descritos frecuentemente según sus síntomas o de acuerdo con el lugar en el cerebro donde se originan.

La epilepsia de ausencia se caracteriza por crisis repetidas que causan pérdidas momentáneas del conocimiento. Estas crisis casi siempre se inician en la infancia o en la adolescencia y tienden a venir de familia, lo que indica que pueden deberse, al menos parcialmente, a factores genéticos.

Algunas personas pueden realizar movimientos sin sentido durante una, excepto por los momentos breves en los cuales parecen estar perdidas en el

espacio. Inmediatamente después de pasar la crisis, la persona puede retomar lo que estaba haciendo

La epilepsia del lóbulo frontal es un síndrome epiléptico común de crisis focales breves que pueden ocurrir en grupos. Puede afectar la parte del cerebro que controla el movimiento e involucra las crisis que pueden causar debilidad muscular o movimiento anormal descontrolado, como torsión y agitación de los brazos o las piernas, desviación de los ojos hacia un lado o muecas y, por lo general, se asocia con una alteración leve en el estado de conciencia.

Las crisis generalmente ocurren cuando la persona está dormida, pero también pueden ocurrir mientras está despierta. La epilepsia neocortical se caracteriza por crisis que se originan en la corteza del cerebro o en su capa exterior. Las crisis pueden ser tanto focales como generalizadas.

Los síntomas pueden incluir sensaciones extrañas, alucinaciones visuales, cambios emocionales, espasmos musculares, convulsiones y una variedad de otros síntomas, dependiendo del lugar donde se originen las crisis en el cerebro

Muchas personas tienen una sola crisis, generalmente una crisis convulsiva, en algún momento de su vida y ésta puede presentarse sin ninguna provocación, es decir, ocurre sin que haya habido un factor desencadenante evidente.

A menos que la persona haya sufrido daño cerebral o que tenga antecedentes familiares de epilepsia o de otras anomalías neurológicas, estas crisis únicas generalmente no son seguidas por crisis adicionales.

Se estima que un 5 a un 20 por ciento de las personas diagnosticadas con epilepsia en realidad tienen crisis no epilépticas. Éstas se parecen a las crisis epilépticas, pero no están asociadas con la misma descarga eléctrica en el cerebro.

2.4 Factores no epilépticos:

Los eventos no epilépticos pueden ser referidos como crisis psicogénicas no epilépticas y no responden a los medicamentos anticonvulsivos. En cambio, las crisis psicogénicas no epilépticas a menudo se tratan con terapia conductual cognitiva para disminuir el estrés y mejorar la auto-percepción.

Un antecedente de un evento traumático es uno de los factores de riesgo conocidos para las crisis psicogénicas no epilépticas.

Las personas con crisis psicogénicas no epilépticas deben ser evaluadas para determinar si tienen enfermedades psiquiátricas subyacentes y recibir tratamiento adecuado.

Dos estudios juntos mostraron una reducción en las crisis y en los síntomas coexistentes después de recibir terapia conductual cognitiva. Algunas personas con epilepsia tienen crisis psicogénicas además de sus ataques epilépticos.

Pruebas de sangre

Se podrían tomar muestras de sangre para detectar trastornos metabólicos o genéticos que pueden estar asociados con las crisis. También se pueden utilizar para buscar problemas médicos subyacentes, como infecciones, intoxicación por plomo, anemia y diabetes que podrían estar causando o desencadenando las crisis.

En la sala de urgencias es un procedimiento estándar para cualquier persona que ha tenido una crisis por primera vez hacer un examen para detectar si hay exposición a drogas ilícitas o recreativas

¿Pueden prevenirse las crisis epilépticas?

En el momento no hay medicamentos u otros tratamientos que hayan demostrado que previenen la epilepsia. En algunos casos, los factores de riesgo que conducen a la epilepsia pueden ser modificados. Un buen cuidado prenatal, que incluya tratamiento para la presión arterial alta y tratamiento de las infecciones durante el embarazo, puede prevenir daños cerebrales en el bebé en desarrollo que pueden causar epilepsia u otros trastornos neurológicos más adelante.

El tratamiento de la enfermedad cardiovascular, la presión arterial alta y otros trastornos que puedan afectar al cerebro durante la edad adulta y la vejez también pueden prevenir muchos casos de epilepsia. Asimismo, la prevención o tratamiento a tiempo de las infecciones, como la meningitis, en poblaciones de alto riesgo, puede prevenir los casos de epilepsia.

Además, el uso del cinturón de seguridad y de los cascos para bicicleta, y la colocación correcta de los niños en los asientos para carros pueden prevenir algunos casos de epilepsia asociados con traumatismo craneal.

¿Cómo se puede tratar la epilepsia?

El diagnóstico preciso del tipo de epilepsia que tiene la persona es vital para encontrar un tratamiento eficaz. Hay muchas formas diferentes de controlar exitosamente las crisis.

Los médicos que tratan las crisis epilépticas provienen de muchos campos diferentes de la medicina e incluyen neurólogos, pediatras, neurólogos pediátricos, internistas y médicos de familia, así como neurocirujanos. Un epileptólogo es un médico que ha terminado una formación avanzada y se especializa en el tratamiento de las epilepsias.

Una vez que se ha diagnosticado la epilepsia, es importante que el tratamiento se inicie lo más pronto posible. Las investigaciones indican que los medicamentos y otros tratamientos pueden ser menos exitosos una vez que se hayan consolidado las crisis epilépticas y sus efectos. Hay varios métodos de tratamiento que se pueden utilizar dependiendo de la persona y del tipo de epilepsia.

Si las crisis no se controlan rápidamente, se debe considerar referir al paciente a un epileptólogo en un centro especializado de epilepsia para que se pueda hacer un análisis detallado de las opciones de tratamiento, incluyendo enfoques dietéticos, medicamentos, dispositivos y cirugía para así obtener un tratamiento óptimo anticonvulsivo. En muchas personas con epilepsia, las crisis se pueden controlar con monoterapia administrada en una dosis óptima.

La combinación de medicamentos podría amplificar los efectos secundarios como la fatiga y el mareo, razón por la cual los médicos recetan un solo medicamento, siempre que esto sea posible. Sin embargo, para algunas formas de epilepsia que no responden a la monoterapia puede ser necesaria una combinación de medicamentos.

Al comenzar un nuevo medicamento anticonvulsivo, se suele recetar inicialmente una dosis baja seguida de dosis progresivamente más altas, a veces con monitorio sanguíneo para determinar cuándo se ha alcanzado la dosis óptima.

Puede tomar tiempo para que la dosis logre un control óptimo de la crisis y se minimicen los efectos secundarios. Estos últimos son generalmente peores cuando se empieza un nuevo medicamento.

La mayoría de los efectos secundarios de los medicamentos anticonvulsivos son relativamente menores, como cansancio, mareo o aumento de peso. Los medicamentos anticonvulsivos tienen efectos diferentes sobre el estado de ánimo: algunos pueden empeorar la depresión y otros pueden mejorarla o estabilizar el estado de ánimo.

Sin embargo, pueden presentarse reacciones graves y potencialmente mortales, tales como reacciones alérgicas o lesiones en el hígado o la médula ósea.

Los medicamentos anticonvulsivos pueden interactuar con muchos otros medicamentos en formas potencialmente dañinas. Algunos medicamentos anticonvulsivos pueden hacer que el hígado acelere el metabolismo de otros medicamentos haciéndolos menos eficaces, como puede ser el caso de los anticonceptivos orales.

Debido a que las personas se vuelven más sensibles a los medicamentos a medida que envejecen, es posible que sea necesario hacerles un análisis ocasional de los niveles de los medicamentos en la sangre para ver si se necesita ajustar las dosis.

La eficacia de un medicamento puede disminuir con el tiempo, lo que puede incrementar el riesgo de una crisis. Algunos productos y frutas cítricas, el jugo de toronja en particular, pueden interferir con la descomposición de muchos medicamentos, incluso los medicamentos anticonvulsivos, haciendo que se acumulen en el cuerpo, lo que puede empeorar los efectos secundarios.

Tabla1: Efectos secundarios de las crisis epilépticas.

Tipo de crisis	Que sucede
Crisis de ausencia(pequeño mal)	La persona pierde el conocimiento y parece mantener fija la vista (este tipo de crisis es más frecuente en niños)
Crisis mioclonicas	Grupos de músculos o el cuerpo entero se sacuden repentinamente
Crisis tónica	Los músculos de todo el cuerpo se ponen rígidos
Crisis atónicas	Los músculos se aflojan y la persona cae al suelo
Crisis generalizada tónico clónica, convulsiva	La persona pierde el conocimiento. El cuerpo se pone rígido y el cuerpo empieza a sacudirse rítmicamente

2.5 ¿Que es el código de ética de enfermería?

El ejercicio profesional de cuidado de enfermería supone un compromiso de naturales ética en la relación con el paciente, en la relación consigo mismo, con sus colegas, con la sociedad y la humanidad en general.

El Código de Ética del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico establece los principios de la organización y hace explícitos los valores y metas fundamentales de la profesión.

El Código de Ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad.

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados.

Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

2.6 Código de ética de las enfermeras

Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación.

La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condicionales esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, posición política.

La enfermera y las personas.

La primera responsabilidad de las enfermeras es la consideración de las personas que necesitan su atención profesional.

La enfermera mantiene reserva sobre la información personal que recibe y juzga juiciosamente cuando a de compartirla con otra persona.

2.7 Decálogo Para Las Enfermeras Y Enfermeros De México.

La observancia del código de Ética, para el profesional de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los seres humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la persona o a terceros.
6. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
7. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
8. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines de profesionales
9. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería. Como para quienes conforman el equipo de salud.
10. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

De esta manera podemos estar más informados acerca de las crisis epilépticas y cómo actuar ante una situación que se presenten pacientes con crisis epilépticas que le

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este capítulo contiene que son las crisis epilépticas se dice que son trastornos neurológicos crónicos en los que grupos de células nerviosas, o neuronas, en el cerebro ocasionalmente transmiten señales en una forma anormal y causan ataques o crisis epilépticas.

Ya que las neuronas transmiten generalmente señales o impulsos electroquímicos que actúan sobre neuronas, glándulas y músculos para producir movimientos, pensamientos y sentimientos.

La epilepsia ahora también se llama trastorno del espectro epiléptico, debido a sus diferentes causas, diferentes tipos de crisis, su capacidad para variar en gravedad y en el impacto que causan de persona a persona, y la gama de afecciones con las que se presenta.

Aun cuando muchas formas de epilepsia requieren tratamiento de por vida para controlar las crisis, en algunas personas estas desaparecen con el tiempo. Las posibilidades de que las crisis desaparezcan para siempre no son tan buenas para los niños o adultos con síndromes epilépticos graves, pero es posible que con el tiempo disminuyan o hasta desaparezcan.

3.1 ¿Factores que predisponen en pacientes con crisis epiléptica?

La importancia de conocer los cuidados que se deben brindar a los pacientes de crisis epilépticas es para nosotros como personal de salud podamos dar la orientación adecuada a los familiares de estos pacientes para que puedan recibir una buena y pronta atención para evitar daños secundarios que este pueda tener.

Las crisis pueden ser más recurrentes en adultos esto debido a muchos factores que influyen desde la infancia e incluso en la adolescencia puede ser desde un tumor cerebral, traumatismos craneoencefálicos, alcoholismo, infecciones como meningitis, VIH, y encefalitis viral.

Por ello es importante conocer que en Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia Michoacán la prevalencia de los pacientes que ingresan con crisis epilépticas para así mismo poder determinar los factores de riesgo y las complicaciones que este pueda repercutir, si, no se brindan los cuidados necesarios

Informando así mismo a los familiares para que tengan el conocimiento sobre los cuidados y de dicho tratamiento a llevar acabo y que de esta manera ellos puedan identificar cualquier anomalía o efecto secundario y que este pueda ser atendido correctamente y para la prevención de alguna otra lesión del paciente.

A veces como ya se mencionó este tipo de crisis vienes asociadas con otro tipo de patología que pueden desencadenar a crisis epilépticas incluso esto puede llegar hasta la muerte pero esto puede ser evitado si actuamos adecuada y oportunamente.

Este es un total dilema porque en ocasiones no todo el personal de salud conocemos los cuidados que se le deben brindar al paciente con crisis epilépticas ya que estas pueden aparecer en cualquier edad y esta ataca por sí mismo a hombres, mujeres, ricos, pobres y a personas de cualquier raza. En seguida se mencionan algunos puntos que se deben de llevar acabo:

En la fase ictal:

- Conservar la calma y tranquilizar al paciente y familia
- Asegurar que esté en un entorno seguro
- No colocarnos delante de la cama
- Asegurar la vía aérea
- Observar forma de inicio de la crisis y desarrollo de la misma
- Contabilizar con reloj la duración de la crisis.

Fase postictal:

- Observación de los síntomas sin interferir
- Observación del nivel de conciencia y orientación temporo-especial (desorientación).
- Administración de oxígeno si es posible
- Ofrecer ayuda sin imponerla
- Observación del tiempo de la duración de esta fase.

El objetivo de esta investigación es disminuir efectos secundarios de las crisis epilépticas ya que si se da a conocer más detalladamente los cuidados y con ello podemos prevenir efectos adversos. El pronóstico inicia desde la niñez y el tratamiento antiepiléptico puede mejorar la evolución natural de la enfermedad.

Sin embargo la mayor parte de los tratamientos epilépticos son sintomáticos, por lo que la interrupción suele provocar la reacción de la crisis de forma que su administración se prolonga durante años, en ocasiones toda la vida. Ya que como se mencionó esta aparece en cualquier edad.

3.2 Justificación

Esta investigación nace debido a la causa que trae la epilepsia en la actualidad, se debe tomar en cuenta el carácter inesperado de la crisis ya que algunos pacientes padecen de convulsiones que más lo perjudican. Mejorando la atención actualmente en la mayoría de los casos epilépticos en el diagnóstico es basado fundamentalmente en los adolescentes en el cual el procedimiento es muy sencillo y tardado.

Además los procedimientos que se realizan son algunos chequeos para observar si el tratamiento ha causado un resultado. Este tema de investigación pretende ayudar a los jóvenes adolescentes que sufren este síndrome para combatir el tipo de epilepsia que sufren para poder prevenirlo.

Beneficiando siempre a la población de tal manera que tenga el conocimiento adecuado para que se pueda actuar ante cualquier síntoma que el paciente persiva y que se esté siempre año pendiente para que este pueda ser atendido de forma adecuada y oportuna, eficaz y eficiente.

3.3 Objetivos generales

Estudia la causa de la epilepsia, el trastorno neurológico, y como afecta a los pacientes con este tipo de crisis.

Unificar el tratamiento antiepiléptico en pacientes que presentaron ya la primera crisis convulsiva y se encuentren asintomáticos.

3.4 Objetivos específicos

Identificar las comorbilidades en el que presenta el adolescente, tomando en cuenta el tiempo de aparición de las crisis.

Estudiar los antecedentes patológicos personales del paciente epiléptico con “operaciones” neurológicas

Determinar las formas de tratamiento más adecuado para este tipo de trastorno psicológico y neurológico

Descubrir adecuadamente los principios generales de la clasificación de las crisis y síndromes epilépticos

Realizar una aproximación diagnóstica adecuada en el paciente neurológico a través de la historia clínica.

3.5 Hipótesis

A mayor orientación de cómo actuar ante una situación de paciente con crisis epilépticas menos daños cerebrales a este.

A mayor conocimiento menos incidencia de muerte

A mayor control de las crisis menos incidencia de convulsiones.

Variables independientes.

Orientación de las crisis epilépticas

A mayor información

A mayor prevención

Variables dependientes.

Menor muerte en adolescentes

Mayor calidad de vida

Menor incidencia de crisis epilépticas.

3.6 Estrategia metodológica

En este tercer capítulo se analiza la estrategia metodológica que mantiene una organización para obtener la veracidad de la hipótesis datos arribando conclusiones de la experiencia de la investigación su acción principal comprobar la prevalencia de la incidencia de pacientes con crisis epilépticas así como también el interés de los familiares que tendrá una responsabilidad en cuanto a los cuidados con sus familiares que padezcan este tipo de crisis ya que este tipo de investigación que se implementara con el fin de marcar el porqué de ello y de los beneficios que este tendrá para dicha investigación.

El método cualitativo es un método científico empleado en diferentes disciplinas, especialmente en las ciencias sociales, como la antropología o la sociología. La investigación cualitativa busca adquirir información en profundidad para poder comprender el comportamiento humano y de las razones de tal comportamiento.

El método cualitativo investiga los ¿Por qué?, no solos los ¿Qué? ¿Dónde? Y ¿Cuándo? Por esto mismo en el método cualitativo se utilizan muestras pequeñas, mas enfocadas a un tema en particular.

CAPITULO IV DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Los pacientes con crisis epilépticas no quieren hablar mucho de su estado de salud por motivos que ellos solo saben. En relación al familiar dice que se siente de cierta forma agredidos o sienten alguna falta de respeto o sienten alguna burla Asia ellos.

Solo un 10 % aproximadamente contestan o nos informan de cómo se sienten cuál es su estado de salud, y del manejo que estos tienen en casa (tratamiento médico)

Los médicos no estaban en la disponibilidad de realizar algún tipo de cuestionario, ya que por falta de información médica no se conoce exactamente cuales llegarían a ser dichos factores que afectan al paciente.

Se comprobó que el levetiracetam era igual de seguro que la fenitoína para reducir las crisis convulsivas después de una. Se observó que el levetiracetam tenía menos efectos secundarios y obtenía mejores resultados

Se comprobó en ambos grupos que era menos frecuente en el grupo sin tratamiento. En el estudio prospectivo, la incidencia era tardía fue mayor en los pacientes tratados con antiepilépticos que en los no tratados.

Hay datos científicos de nivel 1 de que la profilaxis de las crisis convulsivas con fenitoína o ácido valproico da como resultado incidencias similares de crisis precoces o tardías y tasas de mortalidad semejantes.

Se comparó la incidencia de crisis convulsivas postraumáticas en un plazo de 48 horas entre los grupos. No hubo diferencias significativas en la incidencia de crisis postraumáticas precoces entre los grupos en el periodo de observación de 48 horas

Se identificó 209 crisis epilépticas de diferente tipo y etiología, en 48 de ellas (23%) desarrollaron como consecuencia al menos una lesión. Dichas crisis se presentaron en 52 pacientes y provocaron 59 lesiones.

Las lesiones más frecuentes fueron las contusiones craneales y quemaduras. La mayoría fueron de carácter leve a moderado y no siempre requirieron una atención médica.

Es necesario identificar los factores de riesgo relacionados con traumatismos dentales en pacientes con epilepsia para desarrollar programas de consejería a dichos pacientes y minimizar tales riesgos. Se propone la necesidad de una interacción efectiva entre el médico y el odontólogo en el manejo integral de la epilepsia.

CONCLUSIONES

Hubo una tendencia a una tasa de mortalidad mayor en los grupos de valproato que en el grupo de fenitoína. No se observaron diferencias significativas al cabo de 1, 6 o 12 meses en las mediciones compuestas, basadas en todas las mediciones neuropsicológicas o solo en las mediciones cognitivas.

El ajuste respecto a los factores de confusión diferenciales no modificó la falta de significación de los resultados. Ninguna medición individual mostró una diferencia significativa entre los grupos de tratamiento 1, 6 o 12 meses después de la lesión.

Los pacientes tratados con carbamazepina experimentaron una disminución significativa de las crisis convulsivas postraumáticas en comparación con placebo. Esta diferencia alcanzó significación en las crisis precoces (en la primera semana) y en el periodo de seguimiento en total, pero no en las crisis tardías.

No se observaron diferencias significativas entre los pacientes en los grupos de medicación y de placebo con ninguno de los medicamentos (fenitoína o carbamazepina) en ninguno de los criterios de valoración al final de la fase con placebo. Los pacientes de ambos grupos de medicación (fenitoína y carbamazepina) experimentaron mejorías significativas.

Las crisis desaparecieron en todos los pacientes minutos después de la administración de midazolam. El único efecto secundario notificado fue una sedación leve o moderada. En los pacientes tratados por problemas conductuales, el midazolam alivió la agitación y la violencia, pero no tuvo efectos evidentes en la cognición.

GLOSARIO

Monoterapia:

Tratamiento en el que sólo se emplea un único fármaco antiepiléptico

Epileptogeno:

Posibilidad del cerebro de reaccionar con manifestaciones epilépticas a ciertas excitaciones (por ejemplo tóxicas)

Farmacocinética:

Es el estudio de las acciones de una sustancia activa contenida en un medicamento sobre el organismo una vez se ha ingerido o administrado

Criptogeno:

Dícese de una afección cuya naturaleza o causa escapa a nuestros medios de investigación

Semiología:

Parte de la medicina que estudia los síntomas de las enfermedades, los cuales constituyen el instrumento de trabajo que permite apreciar la situación clínica de un enfermo y establecer un diagnóstico.

Inclusión: "es partidario de la inclusión de todos los delitos relacionados con el medio ambiente en un mismo título

Tisular: De los tejidos del organismo o relacionado con ellos

Axonal:

El **axón** es una de las tres grandes partes que componen una neurona. Es una fibra nerviosa que permite transmitir las señales eléctricas entre las neuronas

Hipocampal:

El **hipocampo** es uno de los elementos que constituyen el cerebro. Su nombre proviene de su forma que recuerda al de un animal

Neoplasia:

Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno

Lipotimia:

Pérdida repentina y pasajera del conocimiento que se produce por falta de riego sanguíneo en el cerebro

Apnea:

Suspensión transitoria de la respiración.

Postictal:

Es el estado alterado de conciencia en el que entra una persona después de tener una crisis convulsiva.

Concomitante Que acompaña a una cosa o actúa junto a ella:

BIBLIOGRAFÍAS:

Páginas web:

Casas Fernández C. Diagnóstico diferencial con los trastornos paroxísticos no epilépticos. En: Evidencia científica en epilepsia. Manual de actuación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Médica Colegial. Madrid: IM&C; 2006; p. 23-32

Sociedad Andaluza de Epilepsia. Guía Andaluza de Epilepsia 2009. Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia en niños y adultos. Madrid: EMISA; 2009

Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46: 470-2.

Casas Fernández C, Alarcón Martínez H, Escudero Rodríguez N. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. En: Aula para el estudio de la Epilepsia. *Drug Farma*. 2007; p. 121-35.

Factores etiológicos de la epilepsia.

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/27157/f1570427.pdf>

Depresión y epilepsia.

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/3506/n060580.pdf>

Estatus epiléptico

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569108709355>

Fuentes de consulta.

Campos rufo, Miguel. (199) como afrontar la epilepsia, médica panamericana, primera edición.

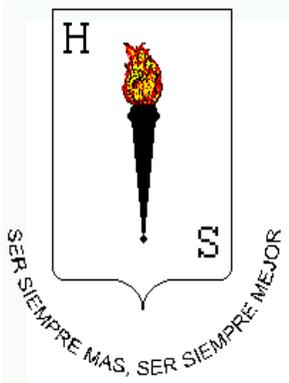
Vázquez Montaña, cristina. (1896) asociación andunsa de epilepsia, primera edición, ápice.

Campos rufo. (2002) como afrontar la epilepsia, primera edición, Pfizer.

Espinoza Jiménez, G. (1886) sociedad y epilepsia, primera edición, consejería de bienestar social comunidad valenciana.

Vilda gil, Jesús. (1971) crisis de gran mal, primera edición, aleph.

ANEXOS



Anexo 1: licenciada en enfermería.

Escuela de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud

Incorporada a la universidad nacional autónoma de México

Morelia, mich.

Licenciatura en enfermería y obstetricia (LEO)

Octavo semestre

“seminario de tesis”

Hospital de nuestra señora de la salud.

Anexo 2 Guion de entrevista.

Sexo:

Hombre

mujer

1.- ¿Qué es la epilepsia?

Una enfermedad

Un síndrome

Un virus

Un trastorno psicológico-neurológico

2.- ¿sufres de epilepsia?

Si

No

3 ¿tienes algún familiar, amigo o conocido que sufra epilepsia?

Si

No

4.- ¿alguna vez te han hablado de la epilepsia?

No mucho

Bastante

Lo suficiente

Nada

Algo

5.- ¿Crees que la epilepsia puede producir discapacidad?

Si

No

Algunos casos

6.- ¿Se pueden llegar a controlar las crisis?

Si

No

Algunos casos

7.- ¿Crees que los afectados pueden practicar deportes?

Si

No

Tal vez

8.- Si necesitaras información sobre epilepsia a quien acudirías: