



Estatus convulsivo

o Tradicionalmente se ha definido como estado convulsivo continuo que dure 30 minutos, o 2 o más convulsiones en las cuales no halla retorno del estado de Conciencia.

- o Se ha demostrado que el riesgo de daño neuronal es dependiente del tiempo.
- o Por esto recientes estudios han denominado estatus a un estado convulsivo continuo que dure más de 5 minutos, ó 2 o más convulsiones en las cuales no halla retorno del estado de conciencia.

Etiología

- En paciente con antecedentes de epilepsia una causa común, es la poca
- adherencia al tratamiento antiepiléptico, o un aumento en la eliminación del fármaco
- El SE puede ser idiopático o secundario a una lesión aguda del SNC, a una enfermedad sistémica con afectación del SNC o a una encefalopatía crónica La etiología dependerá de la edad y de la forma clínica

o CAUSAS COMUNES:

- o • No adherencia a drogas antiepilépticas.
- o • Abstinencia alcohólica.
- o • Accidente cerebro-vascular.
- o • Drogas citotóxicas: (penicilinas, cefalosporinas, quinolonas, teofilina, isonizaida,
o anestésicos locales, broncodilatadores, cocaína, anfetaminas).

- o Abstinencia de drogas o sustancias: (barbitúricos, benzodiazepinas, opioides, alcohol).
- o • Infecciones del SNC. (meningitis, encefalitis, abscesos).
- o • Tumores del SNC.
- o • Alteraciones metabólicas: hiponatremia, hipofosfatemia, hipoglicemia, uremia,
- o sepsis.

o Hay dos fases que ocurren durante el estatus:

- o • **Fase de compensación:** incremento de las demandas metabólicas del cerebro, que se satisfacen mediante un aumento del flujo cerebral, con aumento del consumo de glucosa y oxígeno.

o • **fase de descompensación:** convulsiones prolongadas, hay una falla en el mecanismo de autorregulación de la perfusión cerebral, como consecuencia hay disminución en el aporte sanguíneo necesario, con hipotensión arterial, anoxia cerebral y exceso de sustancias tóxicas, con incremento del calcio intracelular y liberación de mediadores de la inflamación, que conducen a edema y muerte neuronal

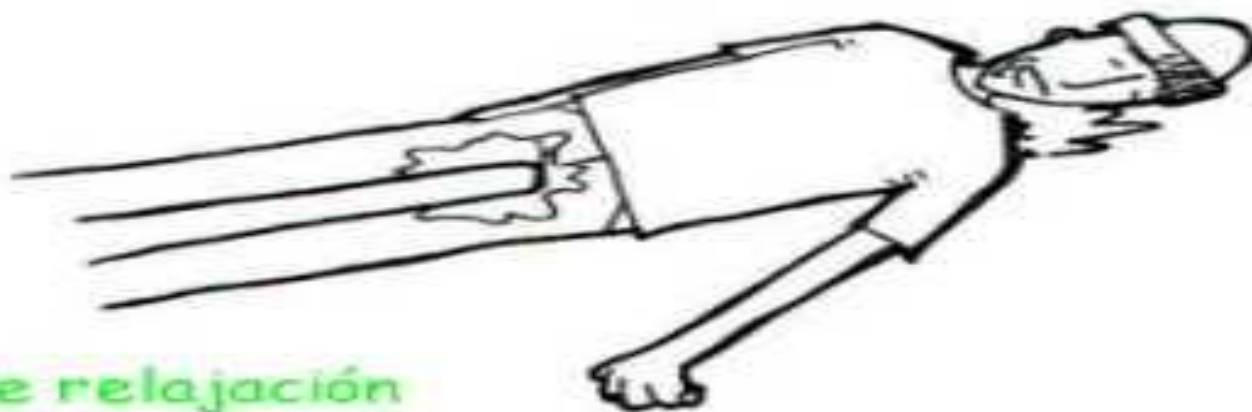
CLINICA DE LA EPILEPSIA



Fase tónica: contractura generalizada



Fase clónica: movimientos y sacudidas bruscas de los miembros



Fase de relajación

- o **Estatus epiléptico refractario:** convulsiones mayores de 2 horas, o convulsiones
- o recurrentes (2 o mas episodios por hora sin recuperar el estado de conciencia), a
- o pesar de tratamiento con antiepilépticos.

o **Causas comunes de estatus refractario**

- o encefalitis virales, síndromes
- o paraneoplasicos, neoplasias, alteraciones genéticas

o **Status tónico**

- o tónicas, en las que existe contractura muscular mantenida, que afectan a las extremidades o se limitan al tronco, cuello o a los músculos de la cara.
- o Pueden repetirse durante horas o incluso días, y se acompañan de trastornos vegetativos. Afectan a niños de más de 2

- o las tónico-clónicas, en las que existen períodos alterantes de contracciones y relajación.
- o La convulsión también puede ser focal o generalizada.
- o La focal o parcial es aquella en que la actividad convulsiva se limita a segmentos corporales o a un hemicuerpo sin pérdida de la conciencia, están asociadas con trastornos que causan anomalías estructurales y localizadas del cerebro,
- o convulsiones generalizadas pueden ser la consecuencia de anomalías celulares, bioquímicas o estructurales que tienen una distribución mucho más amplia.

Fase tónica



Fase clónica



o **Status atónico**

- o Se caracteriza por la inmovilidad total, con o sin pérdida del tono muscular y de la afectación de la conciencia. Tiene lugar en niños con lesiones cerebrales difusas.

o **Status parcial simple**

- o Integrado por crisis parciales que no se generalizan, que respetan la conciencia y la regulación neurovegetativa.
- o Puede manifestarse con los síntomas propios de las diferentes crisis epilépticas parciales (motores, sensoriales, neurovegetativos, psíquicos).

- o convulsiones motoras focales se atribuyen a lesión del
- o lóbulo frontal opuesto. Su manifestación más frecuente es el
- o giro forzado de la cabeza y de los ojos hacia el lado opuesto
- o al foco irritativo, que se acompaña a menudo de contracción
- o tónica del tronco y extremidades de ese lado.

◊ ESTADO MIOCLÓNICO

- ◊ Usualmente es secundario a encefalopatía anoxico-isquémica.
- ◊ Las mioclonias comprometen más frecuentemente los músculos faciales, el platisma, los extraoculares y el diafragma.

◊ Espasmos infantiles

- ◊ Son contracciones musculares breves, bruscas, en flexión que pueden afectar a todos los músculos del cuerpo.
- ◊ Pueden observarse en niños de meses; se asocian a lesiones cerebrales difusas que cursan con oligofrenia o evolucionan con deterioro psicomotor.

o **Status parcial complejo.**

- o Puede manifestarse con crisis parciales complejas (psicoafectivas, psicosensoresiales) sin recuperación de la conciencia normal intercrisis. Otras veces se muestra como un estado crepuscular mantenido, con fluctuación del nivel de conciencia, con fases de total desconexión del medio, que alternan con fases con capacidad de respuesta parcial (61).

PARCIAL SIMPLE

- Es el segundo mas frecuente. Siempre se conserva la conciencia.
- El fenómeno motor se restringe a parte o todo un hemicuerpo, especialmente el miembro superior y la hemicara correspondiente.
- Las crisis generalmente se originan en las áreas motoras del lóbulo frontal.
- Los casos de larga duración se denominan Epilepsia parcial continua Se denomina parcial complejo cuando cursan con alteración de la conciencia, generalmente son del lóbulo temporal o hipocampo.

NO CONVULSIVO

- Se presenta como una actividad convulsiva a nivel cerebral pero sin evidencia clínica de convulsiones 20-25 % de los estatus.
- Cerca del 8 % en pacientes en estado de coma.
- Se han descrito con síntomas somato sensitivos, sensoriales (auditivos, gustativos, olfativos, visuales), autonómicos, psíquicos (temor, alteraciones conductuales, pensamiento forzado).

PRINCIPALES COMPLICACIONES

1. Neurológicas

- o Encefalopatía hipóxica
- o Daño cerebral selectivo inducido por las crisis
- o Edema cerebral
- o HIC a
- o Trombosis de senos venosos
- o Vasculares (infartos, hemorragias)

2. Alteraciones autonómicas

- o Fiebre
- o Sialorrea
- o Aumento de las secreciones bronquiales
- o Vómitos

3. Alteraciones cardiovasculares y respiratorias

- Hipertensión/hipotensión
- Insuficiencia cardiaca, isquemia miocárdica, arritmias,
- shock cardiogénico, paro cardíaco
- Insuficiencia respiratoria Edema pulmonar, hipertensión pulmonar, TEP
- Broncoaspiración

4. Endocrino metabólicas

- o Acidosis metabólica a (láctica) y respiratoria
- o Hipoglicemia/hiperglicemia
- o Alteraciones de la función endocrina
- o (aumento de prolactina, vasopresina y cortisol)
- o Deshidratación
- o Hiponatremia
- o Insuficiencia renal aguda
- o Fallo hepático
- o Pancreatitis aguda

TRATAMIENTO

- o El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere tratamiento rápido para prevenir el daño neurológico y las complicaciones.
- o Dentro del manejo inicial esta proteger la vía aérea, individualizar cada caso y reconocer la necesidad de intubación oro traqueal.

- Solicitar estudios: glucometría, gases arteriales, hemoleucograma, química sanguínea (sodio, potasio, glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, calcio, fósforo y magnesio).
- Buscar sustancias tóxicas en sangre y orina.
- Medir los niveles de medicación anticonvulsionante



ESQUEMA DE MANEJO DEL ESTATUS EPILEPTICO

- o 0 a 10 minutos
- o 1- Diagnosticar el Status.
- o 2- ABC
- o 3- Monitoreo Cardiopulmonar. Valorar intubación o.t.
- o 4- Establecer acceso venoso o intraóseo de ser necesario.
- o 5- Obtención de muestras de laboratorios 6- O2 suplementario.
- o 7- Dextrosa 50% a 1 cc/kg IV. si existe hipoglicemia.

o **11 a 20 minutos**

- o - Diazepam 0.1-0.4 mg/kg IV - IM
- o - Lorazepam 0.05 a 0.1 mg/kg IV
- o - Midazolam 0.05 a 0.20 mg/kg IV-IM

o 21 a 60 minutos

- o - Fenitoína 20mg/kg IV (se puede incrementar 5 mg/kg hasta 30 mg/kg dosis

o máxima) nivel serico 20mg/dl.

- o - Fenobarbital 20mg/kg IV (se puede incrementar 5mg/kg Hasta 30 mg/kg dosis

o máxima).

o Determinar necesidad de intubación.

>60 minutos: estatus epiléptico refractario.

- o
- o Ingreso a UCI
- o Opciones:
- o Midazolam IV
- o Propofol IV
- o Barbitúricos: pentobarbital,
- o tiopental



- o Una convulsión es un cambio repentino en la actividad eléctrica normal del cerebro.
- o Durante una convulsión, las células cerebrales “se activan” de manera incontrolable algunas veces hasta cuatro veces más de su frecuencia normal; esto afecta temporalmente la manera en que una persona se comporta, se mueve, piensa o siente.
- o Alteración de la conciencia ó por aparición de
- o sintomatología motora, sensitiva o conductual.

- **Convulsión tonicoclónica generalizada** (también llamada convulsión de tipo gran mal). En este tipo de convulsión, la persona generalmente queda inconsciente y cae al piso.
- Todos los músculos del cuerpo pueden contraerse de una vez en una contracción sostenida o pueden contraerse en una serie de contracciones rítmicas más cortas, o una combinación de ambas. Algunos pacientes también pierden el control de los intestinos o de la vejiga.
- El episodio convulsivo generalmente dura menos de un minuto y le sigue un periodo de letargo (pereza, lentitud) y confusión, posiblemente con dolor muscular y dolor de cabeza.

- Convulsión de ausencia (también llamada convulsión “petit mal” o pequeño mal). En este tipo de convulsión, la pérdida de consciencia es tan breve que la persona, generalmente, no cambia su posición. Durante unos cuantos segundos, la persona puede tener la mirada en blanco o un parpadeo rápido. Este tipo de convulsión generalmente se inicia en la niñez o al comienzo de la adolescencia.

CUIDADOS

- Vigilar estrechamente al paciente
- Ante una crisis se avisara urgentemente al medico
- La enfermera comenzara a actuar como en una situación de urgencia vital.
- Si no esta intubado asegurar la permeabilidad de la via aerea retirando objetos de la cavidad bucal y colocando un tubo de guedel o una venda entre los dientes.
- Suministrar oxigeno
- Si estuviera intubado garantizar la posicion correcta del tubo durante las convulsiones y evitar mordeduras del mismo.
- Controlar las constantes vitales
- Administracion de farmacos que se prescriban

LA ENFERMERA RECOGERA LOS DATOS POSIBLES DEL DESARROLLO DE LA CRISIS

- Como se desencadenó
- Su duración y número de crisis recurrentes
- Su naturaleza focal o generalizada
- Los movimientos con que se manifiestan, si producen desviaciones oculares, relajación de esfínteres, etc.
- La duración de los cambios del nivel de conciencia.

PRONÓSTICO

- o La etiología de las crisis y la duración son las claves determinantes en la mortalidad y el seguimiento de los pacientes.
- o Cuando el Status Epiléptico se prolonga los riesgos de muerte pueden alcanzar
- o rangos entre 2-37% o dejar secuelas como retardo mental, epilepsia y otras anomalías neurológicas.

La morbi-mortalidad del estatus está relacionada con tres factores:

- • Efectos adversos sistémicos, metabólicos y fisiológicos.
- • La lesión cerebral originada por la causa aguda que induce el estatus epiléptico.
- • La lesión neuronal directa ocasionada por la actividad eléctrica anormal del estado epileptico.

Actuación de enfermería cuando comienza una crisis

- Mantener vía aérea permeable y un control hemodinámico.
- Retirar cuerpos extraños colocando una canula de guedel
- Valorar la situación circulatoria y se administrara la medicacion anticonvulsivante de urgencia prescrita.
- Se evitara posibles lesiones secundarias protegiendo la cabeza, acolchando las barras laterales y retirando los objetos con los que se pueda lesionar
- Valorara el desarrollo de las crisis para que se realice el diagnostico y el tratamiento medico.

Primeros auxilios: Convulsiones

Aflojar la
ropa apretada



Colocar a la
persona en el
suelo

Dejar descansar
la cabeza de la
persona

Voltear a la
persona de lado



Cuando se presenta una convulsión, el objetivo principal es proteger a la persona de una lesión. Se debe tratar de prevenir una caída dejando a la persona en el suelo en un área segura libre de muebles u otros objetos puntiagudos.

Dejar descansar la cabeza de la persona.

Aflojar la ropa apretada, especialmente alrededor del cuello.

La persona debe ser volteada de lado en caso de presentarse vómito. Esto impide que dicho vómito sea inhalado hacia los pulmones.

Buscar un brazalete de identificación médica con instrucciones en caso de convulsiones.

Permanecer con la persona hasta que llegue la ayuda y mientras tanto vigilar sus signos vitales (pulso, frecuencia respiratoria)

