

# ABORDAJE ENFERMERO DE UNA CRISIS CONVULSIVA EN LA URGENCIA HOSPITALARIA

## AUTORÍA

Cárcoba Rubio, Nerea\*.

\* Enfermera de urgencias del Hospital de Cruces. Vizcaya.

Dirección para correspondencia:

[enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com](mailto:enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com)

## RESUMEN:

La crisis convulsiva es una de las emergencias neurológicas más frecuentes en los servicios de emergencias. Si no se trata de forma rápida y adecuada puede conducir a daño neurológico o a la muerte.

Se describen las manifestaciones clínicas de las convulsiones, diferenciando los distintos tipos, la actuación enfermera a seguir y se dan pautas para evitar las posibles complicaciones.

## PALABRAS CLAVE

Convulsiones, urgencias, enfermería.

## TITLE

?

## ABSTRACT:

The convulsive crisis is one of the most frequent neurological emergencies in the emergency services. If there isn't a fast and suitable treatment it can drive to neurological damage or to the death.

The clinical manifestations of the convulsions are described, differentiating the different types, the action nurse to follow and some guidelines are given to avoid the possible complications

## KEY WORDS

Convulsions, emergency services, nursery.

## INTRODUCCION

Las convulsiones representan aproximadamente el 1-2% de las urgencias médicas. El 44% de las atendidas en los Servicios de Urgencias suponen la primera crisis que aparece en un sujeto previamente sano<sup>1</sup>.

Una crisis convulsiva puede manifestarse de muchas formas clínicas, pero es característico un comportamiento involuntario, estereotipado e incontrolable por parte del paciente. Generalmente se expresa en forma de crisis recurrentes. Dado que la sintomatología suele ser alarmante tanto para el paciente como para su entorno, va a ser un motivo frecuente de consulta en urgencias, incluso en el caso de pacientes epilépticos ya conocidos<sup>2</sup>.

El primer paso en urgencias es, por tanto, recabar información detallada acerca del episodio, pródromos y evolución posterior, tanto del paciente como de posibles testigos, que nos permitan reconocer las verdaderas crisis.

## OBJETIVOS

- Reconocer las crisis y distinguir los diferentes tipos.
- Conocer los procedimientos de enfermería a desarrollar ante una convulsión.
- Conocer y evitar en lo posible las complicaciones

## METODOLOGÍA

El diseño del estudio resulta de una búsqueda bibliográfica en artículos, libros, bases de datos y publicaciones en relación con las crisis convulsivas.

Como material se ha hecho uso de soporte informático y distintos libros y revistas.

## RESULTADOS

Se denomina **crisis convulsiva** a la existencia de una descarga neuronal anormal y excesiva. Su forma clínica de presentación dependerá de la función del área involucrada, pudiendo manifestarse por fenómenos motores, sensitivos,

sensoriales, autonómicos y/o psíquicos. En sentido estricto, crisis convulsivas son aquellas que cursan con fenómenos motores, mientras que cuando éstos no están presentes se habla de crisis no convulsivas<sup>3</sup>.

La epilepsia se define como la repetición de crisis a lo largo del tiempo. El estatus epiléptico es la repetición de crisis sin recuperación de conciencia entre las mismas o bien la prolongación de una crisis durante un tiempo estimado en más de 30 minutos.

La causa más frecuente de crisis convulsiva y de status convulsivo es la suspensión del medicamento antiepiléptico en un paciente con epilepsia reconocida. El síndrome convulsivo puede ser debido a múltiples causas cerebrales y sistémicas (epilepsia secundaria o adquirida), aun cuando también puede presentarse sin que exista una causa demostrable (epilepsia idiopática). Otras causas suelen ser las infecciones del sistema nervioso central, metabólicas, (hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia), intoxicaciones, traumatismos craneoencefálicos, fiebre, malformaciones arteriovenosas, tumores cerebrales, insuficiencia hepática, uremia, y compromiso del sistema nervioso central por lupus eritematoso sistémico, entre otras.

## CLASIFICACIÓN

Atendiendo a criterios anatómicos y a las manifestaciones clínicas que producen, las crisis se pueden clasificar en:

### 1 Parciales o focales.

Divididas a su vez en simples, complejas y con generalización secundaria.

*Las simples* se caracterizan porque cursan sin alteración del nivel de conciencia. Los signos y síntomas de las crisis parciales simples dependerán del área cortical involucrada en el foco epiléptico<sup>4</sup>. Siendo las más frecuentes las de carácter motor (contracciones involuntarias en extremidades o zonas musculares concretas), seguidas de las sensitivas (se pueden sentir, oír, ver y percibir sensaciones extrañas).

*Las crisis parciales complejas* cursan desde el inicio con alteración de conciencia, siendo la afección hemisférica bilateral, pudiendo existir automatismos y actos complejos del comportamiento muy integrados.

Las crisis parciales rara vez son una verdadera urgencia, aunque la primera vez que afloran suelen hacer que el paciente visite este servicio.

### 2 Generalizadas.

De diferentes tipos, destacando las crisis tónico-clónicas y las crisis de ausencia o "petit mal". La alteración del nivel de conciencia suele ser el síntoma inicial y la afectación es bilateral desde el inicio

Las *crisis tónico-clónicas* primarias son raras, y suelen ser consecuencia de la generalización de una crisis focal. Son muy estereotipadas, con una fase de contracción tónica seguida de movimientos clónicos y alteraciones vegetativas, acabando con un periodo postcrítico con somnolencia.

En cuanto a las *crisis de ausencia*, aparecen en la infancia y juventud, y pueden asociarse a las anteriores; clínicamente se caracterizan por un episodio breve, de segundos, de disminución del nivel de conciencia. Sin aura ni período postcrítico

Dado el carácter generalmente breve (1-2 minutos) y autolimitado de las crisis, la situación que más frecuentemente se presenta en urgencias es la *referencia* de estas por el paciente o sus familiares. Ante una presunta crisis hay valorar:

- Si efectivamente se trata de un episodio comicial.
- Si es focal o generalizada
- Investigar la posible causa

Para saber si se trata verdaderamente de una crisis, hay que realizar una anamnesis detallada para tratar de identificar las distintas fases de que consta, no todas ellas de obligada presentación, que son:

- *Fase de aura*: síntomas generalmente sensoriales y/o sensitivos (acúfenos, destellos visuales, olores extraños, etc) por los que se intuye la crisis. Ello permite en ocasiones tumbarse y evitar la inminente caída.
- *Fase de crisis*: durante la misma tienen lugar los fenómenos motores, sensitivos, sensoriales, etc. que la caracterizan. Cuando comienza:
  - Si el paciente está de pie, caerá al suelo.
  - Aparece rigidez muscular generalizada.
  - Suele haber pérdida de control del esfínter uretral.
  - Surgen fuertes convulsiones
  - Aparece cianosis por periodos apneicos
  - La cara ofrece un aspecto impactante por: trismos, la saliva emerge de la boca en forma espumosa, las órbitas quedan orientadas hacia arriba y sólo se ve el blanco de la esclerótica...<sup>5</sup>.
- *Fase postcrítica*: es el período de somnolencia con recuperación progresiva del nivel de conciencia, que sigue a la crisis. En las ausencias y en las crisis focales simples no existe período postcrítico

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ante 3 situaciones distintas:

1. El paciente y/o sus familiares refiere haber presentado una crisis.
2. El paciente está presentando una crisis.
3. El paciente está en período post crítico.

### 1. Referencia de crisis:

La actitud dependerá de que el paciente sea o no epiléptico conocido, del tipo de crisis, de la existencia de alteraciones en la exploración neurológica y de la causa sospechada:

#### • *Paciente epiléptico conocido:*

Entre un 25 y un 50% de los pacientes epilépticos presentan crisis a pesar del tratamiento. Incluso bajo condiciones óptimas de tratamiento, excluyendo los pacientes con un mal cumplimiento terapéutico, existe un porcentaje de pacientes en torno al 5-10% con epilepsia refractaria al tratamiento. El paciente epiléptico, o bien los familiares, conocen generalmente los síntomas de la crisis convulsiva por lo que son ellos mismos los que llegan a urgencias con el diagnóstico.

La existencia de una crisis de características similares a las presentadas previamente por el paciente no suele ser motivo de visita a urgencias. Sí lo son, en cambio, la existencia de autolesión grave, de otras circunstancias médicas (dificultad respiratoria, embarazo), existencia de múltiples crisis o de crisis de características inhabituales para el paciente o que existan circunstancias que hagan prever la recurrencia de estas.

#### • *Paciente no epiléptico conocido:*

Todo paciente que haya presentado una crisis convulsiva debe ser remitido al hospital para descartar procesos metabólicos o infecciosos que la justifiquen.

El paciente que llega a urgencias refiriendo una crisis convulsiva debe ser atendido de forma preferente. Si a su llegada se encuentra consciente y asintomático puede esperar a ser atendido, pero es conveniente situarlo en un box visible y de acceso rápido desde el puesto de enfermería para tenerlo vigilado por si vuelve a presentar una convulsión.

En todos los pacientes con riesgo de crisis<sup>6</sup>.

- Preparar el equipo de aspiración: revisar el buen funcionamiento del aspirador, revisar las conexiones, provisión de sondas de aspiración.
- Disponer de una cánula de Guedell adecuada para el paciente, mascarilla de oxígeno (cabecero de la cama).
- Facilitar la accesibilidad al timbre de llamada sobre todo si existen pródromos.
- Procurar un entorno adecuado y seguro, libre de muebles y objetos duros y afilados que puedan causar daño durante la convulsión.
- Proteger la cabeza, aflojar la ropa, subir las barras protectoras de la camilla para evitar caídas.
- Canalizar un catéter de grueso calibre para mantener una vía venosa permeable, evitando las zonas que causarán problemas si se produce una nueva convulsión como las flexuras. Asegurar una correcta fijación con apósito adhesivo para asegurar su permanencia.
- Informar al paciente y a la familia sobre la actuación ante la aparición de pródromos:
  - Retirarse la dentadura u otros objetos de la boca.
  - Retirarse las gafas.
  - Tumbarse en el suelo o la cama.
  - Avisar a la persona más cercana.

### 2. Presencia de crisis:

Las crisis parciales habitualmente son leves, no suelen alterar la conciencia y no suelen requerir más cuidados que la vigilancia y la administración de oxígeno al paciente.

Ante este tipo de crisis el personal de enfermería en urgencias debe tranquilizar al paciente y acompañantes respecto a esas "contracciones, sensaciones o conductas extrañas".

En las crisis generales:

- Si la crisis ocurre con el paciente fuera de la cama, ayudarle a tumbarse en el suelo, evitando o conteniendo la caída.
- Permanecer con el paciente en todo momento.
- Observar: tipo de convulsión, tiempo de duración, características (dirección en la que se vuelven los ojos o la cabeza, pérdida de esfínteres...).
- Monitorizar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, valorar estado de conciencia, tamaño de las pupilas o alteración hemodinámica. Si se produce parada respiratoria, iniciar protocolo de reanimación.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.

- Intentar mantener la cabeza en posición lateral para un adecuado drenaje de las secreciones. Aspirar si precisa.
- Administrarle oxígeno para conseguir saturaciones por encima de 90%, mascarilla tipo ventura al 50% o preferiblemente con bolsa de reservorio.
- Aplicar medidas de protección:
  - Retirar prótesis dentales y gafas, si es posible.
  - Si es posible poner cánula de Guedell. No intentar abrirle la boca por la fuerza para insertar la cánula ya que podría lesionar la mucosa bucal o provocar la rotura de piezas dentarias.
  - Acomodar al paciente lo mejor posible (cama horizontal, barandillas elevadas, almohadas, aflojar ropa que dificulten los movimientos...). Intentar colocarlo en decúbito lateral para evitar el riesgo de aspiración.
  - Evitar sujetar al paciente durante la crisis, pero sí controlar y guiar sus movimientos para evitar lesiones.
  - Retirar los objetos ambientales con los que el paciente pueda golpearse (manivelas, muebles, etc....).
- Medir la glucemia capilar.
- Confirmar la permeabilidad de una vía venosa o canalizar otra nueva (esto puede resultar imposible mientras no cesen las convulsiones) para:
  - Extracción de analítica venosa.
  - Administración de fluidoterapia.
  - Administración de medicación anticomicial si fuera preciso por la duración o repetición de las crisis.

### 3. Paciente en período postcrítico:

En la postcrisis, el paciente se encuentra cansado, con cefaleas y dolores musculares, con dolores en las zonas con las que se golpeó en los espasmos y con amnesia sobre todo lo ocurrido y desconocimiento del tiempo transcurrido.

Es importante:

- Proporcionar un entorno tranquilo y seguro, sin excesiva iluminación, ni ruidos.
- Control de signos vitales y nueva glucemia.
- Realizar una valoración neurológica del paciente mediante la escala de coma de Glasgow.
- Efectuarle un examen generalizado para detectar la aparición de lesiones (erosiones, hematomas, heridas, rotura de piezas dentarias, fracturas...).
- Si ha habido incontinencia, realizar el aseo del paciente.
- Reorientarle y tranquilizarle cuando recupere el estado de conciencia, si es posible en compañía de un familiar, ya que puede encontrarse confuso, cansado o incluso en estado letárgico.
- Comprobar la coloración de la próxima orina. Una orina colúrica tras una crisis convulsiva puede ser indicio de mioglobinuria a consecuencia de lesión muscular.
- Preparar el material de oxigenación y aspiración anteriormente descrito ante otra posible intervención y adecuar la habitación.
- Registro de enfermería:
  - Registrar los signos vitales en la gráfica.
  - Registrar en las observaciones de enfermería: características y duración de la crisis, incidencias ocurridas (lesiones, etc), las cifras de glucemia obtenidas.
  - Registrar en el plan de cuidados la vigilancia de las crisis, si se conoce su existencia.

### CONCLUSIONES

Ante una convulsión hay que actuar rápidamente debido al aumento de la demanda cerebral de oxígeno que supone y al elevado riesgo de lesión que la actividad mecánica puede provocar en el paciente. Es importante frenar la actividad convulsiva cuanto antes, ya que estados convulsivos prolongados pueden provocar hipoxia, shock cardiovascular y parada respiratoria.

Aunque las crisis son de aparición brusca e inesperada, estar prevenido permite una actuación rápida y precisa y disminuye los riesgos de lesión y efectos secundarios.

### BIBLIOGRAFIA

-R. Lozano Mérida. Convulsiones en el área de urgencias. Medinet p 1-9. URL disponible en : [www.medynet.com/.../Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/convulso.pdf](http://www.medynet.com/.../Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/convulso.pdf) -

- I. Perales Fraile, M. S Moya Mir. Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en adultos. Emergencias 2005;17:S83-S89
  - F. Javier Montero Pérez, Emilio I. García Criado. El manejo urgente de la crisis convulsiva del adulto en Atención Primaria. Semergen p 564-572. URL disponible en : [www.semergen.es/semergen/cda/documentos/.../pdf/.../564-572.pdf](http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/.../pdf/.../564-572.pdf)
  - A. Yusta Izquierdo. Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología. Emergencias 2005;17:S68-S73
  - Elías Rovira Gil. Cuadros convulsivos, otros trastornos de la conciencia y vértigos. Serie Cuidados Avanzados. Urgencias en enfermería. 2ª edición. Madrid. Difusión de Avances de Enfermería.2005. p. 607-612
  - Cuidados de enfermería en crisis convulsivas. Versión:1. Entrada en vigor:1-05-2006. p 1-7. Protocolos y procedimientos de cuidados generales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón
-