

1

## 1. ATAQUE O CRISIS CEREBRAL.

Un ataque o crisis cerebral es cualquier alteración repentina en la actividad cortical eléctrica, manifestada clínicamente por un cambio en la consciencia, por un síntoma motor, sensitivo o conductual, es decir, cursa con inconsciencia en la que la víctima no responde a ningún estímulo externo, en el que la víctima manifiesta sacudidas repetidas de músculos, más o menos generalizadas y en tiempo variable.

Hay varias causas detectadas que pueden manifestarse en forma de cuadros convulsivos:

1.- Cualquier condición que resulte en una excitación eléctrica anormal del cerebro, puede desencadenar un ataque o crisis convulsiva:

- a. Epilepsia.
- b. Traumatismos craneales normalmente acompañados hemorragias intracraneales.
- c. Infecciones cerebral, meningitis.
- d. Tumor cerebral.
- e. Accidente cerebrovascular.

2.- Cualquier condición que irrite las células cerebrales:

- a. Procesos febriles fundamentalmente en niños pequeños y bebés, aunque los convulsiones por fiebre no significan el comienzo de una enfermedad cerebral grave.
- b. Choque de calor.
- c. Choque hipoglucémico.
- d. Isquemias cerebrales
- e. Intoxicaciones agudas por drogas o alcohol.
- f. Síndrome de abstinencia de drogas o alcohol.

Ya que el motivo de este trabajo es presentar las herramientas para la evaluación y la atención cualificada por parte del socorrista de emergencias, en el texto nos centraremos en el estudio de los ataques epilépticos.

## 2. CRISIS EPILÉPTICAS

El término epilepsia se emplea para describir ataques cerebrales recurrentes, que se presentan a lo largo de meses o años, y que se manifiestan frecuentemente, con un patrón clínico estereotipado.

Hay distintos tipos de crisis epilépticas, cuya clasificación se expone a continuación<sup>1</sup>:

1.- Crisis generalizadas

- Crisis tónico-clónicas.
- Ausencias
  - Típicas.
  - Atípicas.
  - Con características especiales.
- Crisis mioclónicas.
- Crisis tónicas.
- Crisis clónicas.
- Crisis atónicas.

2.- Crisis locales o focales.

---

<sup>1</sup> Para la escritura de este capítulo, el autor se ha inspirado en el texto: Desfallecimiento, síncope y convulsiones. pp. 85-86. de Adams R.D, Martin J.B. Principios de Medicina Interna. Harrison. Undécima Edición. Interamericana. McGraw-Hill.

Por el interés de socorrista en la evaluación y atención al paciente, en este trabajo nos centraremos en la descripción del Gran Mal, el Pequeño Mal y el Status Epiléptico.

## 2.1.- Crisis tónico-clónicas o Gran Mal.

El Gran Mal se presenta de forma repentina, en forma de un ataque motor generalizado. Ésta expresión motora, es uno de los indicadores más comunes de afección de la corteza cerebral por un proceso patológico.

Se presenta en un sujeto asintomático,

Generalmente el Gran Mal se suele presentar en cinco fases diferenciadas y consecutivas:

- 1º. Fase de Sensaciones Premonitorias
- 2º. Pérdida de Consciencia.
- 3º. Contracción Tónica.
- 4º. Contracciones Clónicas.
- 5º. Postcrisis.

### 1.- Fase de Sensaciones Premonitorias.

El "Gran Mal" puede ir precedido de síntomas específicos o **aura**. En este caso la víctima puede presentar alucinaciones olfatorias, visuales y/o auditivas; realizar movimientos de masticación y/o puede emitir gritos. Puede experimentar distorsiones espaciales: encogimiento, angulación de los espacios, y otras sensaciones cognitivas: déjà vu, jamais vu.

### 2.- Fase de Pérdida de Consciencia.

Como veíamos anteriormente la víctima del Gran Mal, el ataque se presenta de forma repentina con pérdida de consciencia y pérdida del tono postural con caída al suelo. Generalmente la víctima abre los ojos y la boca.

### 3.- Fase de Contracción Tónica.

En esta fase la víctima manifiesta una contracción tónica caracterizada por rigidez, presencia de flexión y abducción en los brazos y extensión de las piernas. Además, se produce la contracción de los músculos respiratorios, que puede hacer que al principio la víctima emita algunas vocalizaciones, seguidas de una interrupción de la mecánica respiratoria, lo que suele provocar cianosis en la cara y en los labios.

Estos signos motores van seguidos del cierre maxilar, que puede llegar a lesionar la lengua. Los ojos suelen girarse hacia arriba.

Por lo general la fase dura entre 15 y 60 segundos.

Va seguida inmediatamente de una fase de sacudidas.



#### 4.- Fase de Contracciones Clónicas.

En esta fase la víctima manifiesta contracciones clónicas, caracterizadas por violentas sacudidas como consecuencia de contracciones musculares rítmicas, que afectan a la totalidad del cuerpo, incluyendo los músculos respiratorios.

Se observan movimientos oculares, muecas faciales y persiste la apnea respiratoria. Es frecuente la hipersalivación.

Los movimientos clónicos van disminuyendo en amplitud y frecuencia, y el ataque finaliza. Esta fase, por lo general dura entre 1 y 2 minutos.

#### 5.- Fase Postcrisis.

En esta fase reaparece la respiración normal y el sujeto agotado tiene tendencia a dormirse. Aunque puede despertar a los pocos minutos, son comunes los letargos prolongados.

Es frecuente que la víctima muestre fatiga y confusión después del ataque, que puede persistir durante a varias horas.

Esta fase suele durar entre media hora y 2 horas.

Este tipo de crisis convulsiva es característica de la epilepsia, aunque además se puede presentar en caso de procesos febriles y abstinencia del alcohol y las drogas.

### **2.2.- Estado de Mal Epiléptico o Status epiléptico.**

Los ataques recurrentes son denominados Estado de Mal Epiléptico o Status Epilépticus, e indican un estado especialmente grave de afección en de la función cortico-cerebral. Son sucesos que duran más de 30 minutos o bien son reiteraciones de crisis epilépticas sin restablecimiento de la consciencia entre ellas.

Requiere un tratamiento intensivo e inmediato para evitar daños hipóxicos al cerebro.

### **2.3.- Ausencias o Pequeño Mal.**

En contraste con el Gran Mal, los ataques de Ausencia se caracterizan por su brevedad, por el grado de pérdida de consciencia y las escasas manifestaciones motoras. Son de comienzo repentino y con frecuencia se manifiestan solo por un estado de interrupción de los gestos que se estaba efectuando; puede acompañarse de intenso parpadeo o de unas cuantas contracciones faciales. La recuperación completa se presenta en 10 segundos y el episodio puede pasar inadvertido al paciente incluso al entorno. Es rara la pérdida del tono postural con caída.

### **2.4.- Incidencia de las crisis epilépticas.**

La tasa de prevalencia de epilepsia entre la población española, mayor de 18 años es de 18 casos por cada 1000 habitantes, lo que representa que en la actualidad del año 2015 hay algo más de 700.000 personas afectadas por la condición de epilepsia, según se desprende de los datos preliminares del estudio Epiberia<sup>ii</sup>.

La incidencia es mayor en los niños entre 6 y 14 años, los adolescentes y los ancianos.

Se estima que entre el 5 y el 10% de la población experimentará una crisis epiléptica a lo largo de su vida hasta el 20% de estos tendrán crisis recurrentes.

La epilepsia incrementa entre 5 y 10 veces el riesgo de muerte en relación a la población en general. La muerte súbita es la principal causa de mortalidad en pacientes de epilepsia crónica<sup>iii</sup>.

## 2.4.- Características diferenciales del ataque epiléptico y del síncope.

Un ataque generalizado aislado, que se presenta en un sujeto asintomático y por lo demás sano, y no es difícil de diferenciar del síncope cuando es observado por el socorrista o por testigos al comienzo de la crisis.

Sin embargo, no es fácil diferenciar del síncope en la fase postcrisis. En esta fase del proceso, la confusión y la somnolencia, las lesiones en la lengua, la incontinencia urinaria o fecal, y el dolor corporal, debe sugerir que hubo convulsiones epilépticas.

Además hay una serie de manifestaciones diferenciales que es importante conocer:

- Las crisis pueden presentarse de día y de noche, independiente de la postura del paciente. El síncope rara vez se produce cuando la víctima se encuentra acostado.
- Con frecuencia en las crisis se anuncian con un **aurea**. El síncope en general es más lento y sin aurea.
- En las crisis suele aparecer cianosis, sin embargo, la palidez es uno de los primeros signos invariables en todos los tipos de síncope.
- La lesión por caída es frecuente en la crisis, ya que están abolidos instantáneamente los reflejos protectores. Las caídas son raras en el síncope.
- La recuperación de la consciencia es rápida en el síncope y lenta después del ataque.
- La confusión y la somnolencia son secuelas comunes de los ataques mientras que el estado de debilidad con la mente clara caracteriza el estado postsincopeal.

## 2.5.- La atención primaria del socorrista de emergencias en el caso de víctima en crisis epilépticas con convulsiones tónico-clónicas.

La atención primaria de la víctima de crisis epiléptica tónico-clónicas, se deberá centrar en que evitar que la persona se lesionen.

El socorrista de emergencias deberá:

- 1º. Realizar la evaluación primaria de la víctima:
  - a) Identificar la existencia de una crisis epiléptica diferenciando las crisis epilépticas, generalizadas o no del Status Epiléptico
  - b) Presencia de respiración espontánea.
- 2º. No inmovilizar a la víctima.
- 3º. Apartar los objetos con los que se pudiera golpear.
- 4º. Colocar algún objeto blando debajo de la cabeza (toalla, almohadón, etc) o mantener la cabeza de la persona para evitar que se golpee.
- 5º. Aflojar todo aquello que le oprima, es decir corbatas, sujetadores, cinturones, cordones de los zapatos, etc.
- 6º. No introducir nada en la boca de la víctima.
- 7º. Anotar el tiempo de duración de la crisis convulsiva.
- 8º. En la fase Postconvulsiva:
  - Si se encuentra en la postura decúbito prono, voltearle hasta la postura de RCP. (Esta postura le permitirá respirar mejor).
  - Controlar permanentemente la respiración espontánea. Si nos vamos a quedar cuidando de la persona, realizar la apertura de la vía aérea y mantenerla así hasta

la recuperación de la consciencia. Sino, poner a la persona en posición lateral de seguridad sobre el costado izquierdo.

- Efectuar la evaluación secundaria de la víctima.

9º. Controlar la temperatura corporal para evitar la pérdida de la temperatura, empleando una manta isotérmica, o protegiendo de la incidencia directa del sol, en el caso de que se encuentre al aire libre y la temperatura ambiente lo requiera.

10º. En caso de Status epiléptico, realizar la llamada de emergencia al 112 describiendo detalladamente el suceso al que está asistiendo.

11º. Mantener alejados a los observadores.

En todo este proceso el socorrista deberá realizar la atención protegido por guantes desechables hipoalergénicos: vinilo o nitrilo.

### 3.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL CAPÍTULO

<sup>i</sup> Clasificación de las Crisis Epilépticas de la International League Against Epilepsy. Fisher R.S, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogoz A, Cross J.H, Elger C.E. ILAE Official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014; 55(4) 475-482. Coi 10.1111/epi.12550.

<sup>ii</sup> Estudio Epiberia, presentado durante la LXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

<sup>iii</sup> Mercadé J. Coordinador del Grupo de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología 2014.