

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

ACTUACION DE ENFERMERIA ANTE UNA CRISIS EPILEPTICA EN RESONANCIA MAGNETICA

Autor principal ROSA M MERINO SUÑEN

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave crisis epileptica resonancia magnética

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro que se manifiesta con crisis paroxísticas espontáneas, recidivantes, con sintomatología motora, psíquica, sensorial y/o vegetativa. Las crisis epilépticas son la consecuencia de la descarga excesiva de las células de la corteza cerebral, de las neuronas.

- Paroxísticas: es decir, inesperadas, sorpresivas.

- Espontáneas: por lo que deben excluirse casi siempre las crisis que están desencadenadas por circunstancias concretas.

- Recidivantes: puesto que para diagnosticar la epilepsia deben haberse padecido dos

o más crisis epilépticas.

en zona del estómago, palidez, sudoración, midriasis, etc.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada en casi todas las ocasiones, tanto en los pacientes con epilepsia conocida, como en aquéllos con una crisis de inicio. Pueden presentarse en cualquier lugar, situación y con una duración breve o prolongada en forma de estado epiléptico; por lo tanto todos los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con las actuaciones que deben llevarse a cabo frente a una crisis convulsiva, ya que una actuación inadecuada puede tener consecuencias irreparables. 4. TIPOS Y DESCRIPCIÓN SINTOMÁTICA DE LAS CRISIS:

a) Crisis generalizadas tónico-clónicas: Comienzan con pérdida brusca del conocimiento y se continúan con rigidez de las 4 extremidades (fase tónica de la crisis), que se puede acompañar o no de labios morados, espuma por la boca, mordedura de la lengua y relajación de esfínteres. Después se producen sacudidas clónicas de los dos brazos y de las dos piernas (fase clónica de la crisis). Al final queda un sueño profundo durante minutos u horas, tanto más duradero cuanto más prolongada y violenta ha sido la convulsión. Al despertar suele haber confusión, cansancio, desorientación y cefalea.

b) Crisis tónicas: Pérdida brusca de la conciencia seguida de una convulsión tónica, es decir, hiperextensión o estiramiento del tronco y de las extremidades, de manera similar a la fase inicial de las crisis tónico-clónicas, antes descritas. Suelen ser de breve duración por lo que hay escasa o nula confusión después de estas crisis.

c) Crisis clónicas: Sacudidas rítmicas de las extremidades, con una frecuencia y duración variables, de segundos a minutos, con afectación de la conciencia tanto mayor cuanto más se prolonga la crisis.

d) Crisis mioclónicas: Se caracterizan por la sacudida brusca, muy rápida (menos de 1 segundo), y masiva de las 4 extremidades, que en ocasiones es capaz de proyectar al paciente al suelo. Otras veces las mioclonías afectan solo a los brazos, provocando la caída de objetos de las manos; a la musculatura del cuello, produciendo una inclinación brusca de la cabeza hacia adelante; o a la musculatura del tronco, produciendo una caída brusca al suelo.

e) Ausencias: Detención brusca de la actividad motora e interrupción de la conciencia, a veces con movimientos automáticos simultáneos, como relamerse los labios o arreglarse la ropa, acompañándose típicamente de mirada fija e inexpresiva, o de desviación exagerada de los globos oculares hacia arriba, parpadeos y reclinación ligera de la cabeza hacia atrás. Las ausencias terminan bruscamente, después de 5-15 segundos recobrando con extraordinaria rapidez la conciencia y la actividad previa

f) Crisis atónicas: Pérdida brusca del tono muscular y de la conciencia durante 1 segundo o menos, con caída al suelo. Aunque son muy breves, estas crisis son invalidantes, por el riesgo que conllevan de traumatismos en el cráneo o en la cara.

Entre las crisis epilépticas focales o parciales se distinguen:

A) Crisis focales elementales: Sin pérdida del conocimiento. Pueden manifestarse por visión de luces, audición de sonidos inexistentes, sacudidas de un brazo y/o de una pierna, sensación de haber vivido esa situación o de haber visto anteriormente ese suceso, síntomas vegetativos, sensación en zona del estómago, palidez, sudoración, midriasis, etc.

B) Crisis focales complejas: Con pérdida de la conciencia, movimientos de masticación, de desviación de la cabeza, movimientos automáticos como de arreglarse la ropa, etc. Pueden ser la continuación de las crisis focales elementales descritas previamente. La conciencia se recupera después lentamente, con sensación de confusión durante varios minutos.

C) Crisis focales secundariamente generalizadas: Son crisis elementales o complejas, en las que se extiende la hiperexcitabilidad del foco al resto de neuronas cerebrales, concluyendo dicha crisis con una convulsión tónico-clónica, tónica o clónica generalizada.

Crisis epilépticas de origen desconocido:

A) Espasmos epilépticos: pérdida de conciencia, flexión anterior o posterior de la cabeza y flexión o extensión de los brazos durante 1-3 segundos, repitiéndose varias veces seguidas, tras lo cual el paciente, que habitualmente es un niño de pocos meses de edad llora o grita.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

El objetivo general del presente trabajo, es elaborar unas recomendaciones consensuadas para la actuación de enfermería ante una crisis epiléptica en Resonancia Magnética. Así como determinar los pasos a seguir para evitar posibles complicaciones y garantizar una adecuada calidad asistencial.

3. MATERIAL

- Vía canalizada y fijada (Smart, solución clorhexidina 2%, celulosa, abbocath, guantes y esparadrapo)

- Jeringas de 2cc y de 5cc

- Elementos de soporte para evitar que se golpee (cojines, mantas)

- Esfingomanómetro.

- Fonendoscopio.

- Pulsioxímetro.

- Gafas nasales para suministro de O₂

- Fármacos: Clonazepam 1mg (Rivotril).- Mantener la calma y la serenidad tanto como sea posible y la transmitiremos al paciente.

- Avisar al médico de guardia

- Controlaremos y valoraremos en el paciente:

Valorar nivel de conciencia.

Proteger al paciente frente a todos los objetos potencialmente lesivos.

Mantener o colocar una vía venosa permeable en caso necesario.

Administrar de forma precoz tratamiento farmacológico para facilitar el control de la crisis. Según pauta médica (Clonazepam 1mg ev)

Tomar las constantes (T/A FC FR)

Realizar control Sat O₂ y Glicemia capilar si procede

Administrar O₂ con gafas nasales al 2% si precisa el paciente

- No dejar solo al paciente bajo ningún concepto y vigilarlo.

- No inmovilizar o sujetar al paciente a la fuerza durante la crisis convulsiva.

- Introducir una cánula de Guedell, si es posible, pero no hacerlo a la fuerza, ya que podríamos lesionar la mucosa bucal y/o provocar la rotura de piezas dentarias.

- Aspirar secreciones, si fuese necesario.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Registraremos en la historia clínica del SAP las incidencias ocurridas:

- Características de la crisis convulsiva.

- Constantes vitales.

- Medicación administrada.

- Estado del paciente a su marcha de la unidad de RM, tanto si es derivado a urgencias o a su domicilio.

7. CONCLUSIÓN

La actuación de enfermería se convierte en una pieza clave en la asistencia, puesto que con frecuencia va a ser el primer profesional sanitario en atender al paciente. La formación en el reconocimiento de la crisis y en las medidas terapéuticas de urgencia debe formar parte del protocolo del servicio. Con adjudicación de tareas específicas para cada uno de ellos garantizando una mayor eficiencia y eficacia, en la actuación ante una crisis epiléptica.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada en casi todas las ocasiones, tanto en los pacientes con epilepsia conocida, como en aquéllos con una crisis de inicio. Pueden presentarse en cualquier lugar, situación y con una duración breve o prolongada en forma de estado epiléptico; por lo tanto todos los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con las actuaciones que deben llevarse a cabo frente a una crisis convulsiva, ya que una actuación inadecuada puede tener consecuencias irreparables.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Poder realizar a los enfermos epilépticos, sin que corran un riesgo y puedan seguir sus tratamientos y/o realización de cirugía para una mejora de su enfermedad

» **BIBLIOGRAFÍA.**

I. Horstman Obenrader M. Urgencias en enfermería. 2ª edición. Barcelona. Doyma, 1985.

II. Anestesia y reanimación protocolos. Asociación MAPAR. Departamento de Anestesiología Hospital Bicêtre, París. Francia. 2013.

III. Johnson. Brunner. Manual de enfermería medicoquirúrgica. Editorial MC. Graw- Hill 9ª edición. 2001.

IV. VV. AA. Enfermería Profesional (Técnicas en Enfermería). McGraw-Hill. Interamericana, Madrid, 1.998.