



FUNDACION
CLINICA VALLE DEL LILI

CARTA DE LA SALUD

NUMERO 48

www.clinicalili.org.co

MAYO 2000

LAS CONVULSIONES Y LA EPILEPSIA

Yuri Takeuchi, M.D.*

Ernest Senz, M.D.**

Servicios de Neurología* y Neurocirugía**, Fundación Clínica Valle del Lili

EDITORIAL

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más comunes y afecta aproximadamente a una de cada 100 personas de una comunidad. Sin embargo, este porcentaje es mayor en países no desarrollados, donde hay muchas dificultades con la atención en salud, la pobreza, el bajo nivel educativo y las graves deficiencias en los cuidados del embarazo y el parto. En Colombia se han informado cifras de hasta 2 enfermos por cada 100 habitantes.

El impacto que produce un individuo que presenta un "ataque de epilepsia" o crisis convulsiva sobre el grupo de personas que conviven cotidianamente, ha hecho que los médicos, y toda la sociedad se interesen por ese enfermo. Dependiendo del momento histórico, las opiniones e interpretaciones acerca de esta enfermedad y sus víctimas han variado a través de los siglos.

Muchos son los mitos con respecto a la epilepsia y el conocimiento que se tiene sobre ella es muy limitado, tanto entre las personas que la padecen como en la población general. Este desconocimiento surge principalmente de una mezcla de miedo y prejuicios alrededor de esta enfermedad.

En esta Carta de la Salud, explicaremos qué es la epilepsia, sus causas, los distintos síntomas, los estudios necesarios y las posibilidades de tratamiento disponibles actualmente. Gracias a la investigación médica más reciente, los pacientes con epilepsia se han beneficiado enormemente de los avances en el conocimiento y las nuevas alternativas de tratamiento para esta enfermedad.

*Yuri Takeuchi, M.D.
Neuróloga*

INTRODUCCION

La epilepsia es una entidad que ha sido bien conocida y descrita desde la antigüedad. La ignorancia sobre su verdadero origen llevó a múltiples creencias y explicaciones mágicas de la enfermedad. La palabra «epilepsia» es de origen griego, e indica un estado de posesión o sumisión y sugiere que una fuerza extraña se ha apoderado del individuo. En opinión de los antiguos, esta fuerza era una presencia demoníaca o divina. Se creyó también que esta enfermedad estaba controlada por los cuerpos celestes, y se le llamó «enfermedad de la luna» y a los pacientes «lunáticos». Se creía, y aún en nuestros días algunos creen, que durante el período de luna llena los pacientes tienden a presentar más crisis. Por las mismas razones, antes del siglo XIX, los remedios incluyeron diversos procedimientos como trepanaciones en el cráneo, exorcismo y brebajes.

¿QUE ES LA EPILEPSIA?

Una crisis epiléptica o ataque de epilepsia es la manifestación clínica, de duración limitada, de una alteración del funcionamiento de las neuronas o células cerebrales. Dependiendo del área cerebral afectada, la crisis tiene diversas manifestaciones (motoras, sensitivas, psíquicas). Las crisis se inician por muy diversos mecanismos, pero todos llevan a un exceso de excitabilidad de las neuronas, es decir, a una descarga excesiva de energía desde el cerebro hacia otras partes del cuerpo.

Se aplica el nombre de epilepsia a la repetición de dos o más ataques epilépticos, con la condición de que no sean

La Fundación Clínica Valle del Lili es una Institución privada sin ánimo de lucro que pertenece a la comunidad; organizada para ofrecer servicios de salud de alta tecnología a todas las personas sin distinción de su condición socio-económica.

causadas por exceso de alcohol o su abstinencia, por una infección o por la toma de medicamentos que puedan causarla. La ocurrencia de una crisis única no permite el diagnóstico de epilepsia. Sin embargo, numerosos estudios han mostrado que alrededor del 30 al 50% de los pacientes con una primera crisis pueden repetirla.

La epilepsia se clasifica según el tipo de crisis. Estas pueden ser parciales o generalizadas. Las crisis generalizadas pueden ser convulsivas (como las corrientemente denominadas «convulsiones», pero también otras caracterizadas por «brincos» o «sacudidas») o no convulsivas (por ejemplo, las ausencias).

Las crisis convulsivas generalizadas se presentan cuando las neuronas de todo el cerebro presentan descargas eléctricas inadecuadas. En este tipo de crisis, la persona pierde el conocimiento, se cae al suelo, todo su cuerpo se sacude rítmicamente, se golpea repetidamente con el suelo, expulsa gran cantidad de saliva por la boca, respira en forma irregular y con ruidos exagerados, puede morderse la lengua y a veces perder el control de los esfínteres, ocasionando que se orine. Al cabo de dos o tres minutos, se detienen los movimientos convulsivos y el paciente puede mostrarse desorientado o quejarse de dolor de cabeza y del cuerpo.

Las ausencias son otro tipo de epilepsia, a veces tan cortas que pueden pasar desapercibidas. Quien las sufre suele poner los ojos en blanco durante unos segundos, como si soñara despierto, y después prosigue con lo que estaba haciendo. A pesar de que no convulsione, el individuo no está consciente, por lo cual no puede responder. Estas crisis pueden repetirse muchas veces al día.

Las crisis parciales son aquellas que se originan en un lugar concreto del cerebro (tienen un «foco») y son, por tanto, de origen frontal, temporal, occipital o parietal. Las crisis parciales simples pueden consistir en sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio; o por una actividad motora de una extremidad, de la cabeza o la cara. En este tipo de crisis no hay pérdida de la conciencia. En ocasiones, se presentan actos más o menos complejos que se realizan sin ningún propósito (movimientos de deglución o chupeteo, automatismos manuales como jugar con las manos o los botones).

CAUSAS DE EPILEPSIA

Existen lesiones adquiridas que dan origen a las llamadas epilepsias secundarias. Entre éstas se incluyen los defectos del desarrollo neurológico, los tumores, el trauma craneoencefálico, las infecciones y la enfermedad vascular cerebral (isquémica o hemorrágica).

En otros casos, las llamadas epilepsias primarias, no hay una causa estructural específica sino que el trastorno parece ser de varias causas e incluye un componente de susceptibilidad hereditaria.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Es de suma importancia establecer el tipo de crisis y de epilepsia que padece el paciente.

El primer paso consiste en obtener una descripción completa de los síntomas que experimenta la persona. Es muy útil obtener la descripción de la crisis por parte del paciente, complementada por la de un miembro de la familia o amigo que haya presenciado una o más crisis.

Todas las personas que presentan una crisis epiléptica son sometidas a un examen neurológico completo para descubrir si existen signos de una enfermedad encefálica que pudiera estar causando las crisis y determinar la necesidad de exámenes de diagnóstico adicionales.

El **electroencefalograma (EEG)** es un examen no invasivo y no doloroso en el que se registra la actividad eléctrica cerebral. Habitualmente se utilizan entre 16 y 20 electrodos, que se colocan con una distribución especial sobre el cuero cabelludo. Durante el examen la persona se recuesta y relaja, cierra los ojos, en una habitación en penumbra durante unos 20 minutos. El diagnóstico de epilepsia se efectúa combinando los síntomas clínicos (tipos de crisis) con la anomalías que son características del EEG.

El **video-EEG** o estudio de **telemetría** combina un registro en video con un registro simultáneo de EEG. Este método de investigación hace posible observar y caracterizar las crisis. Una cámara de video filma al paciente mientras se registra y almacena electrónicamente el EEG. Esta investigación exige un alto nivel de sofisticación técnica porque requiere la presencia constante del personal para observar a quien se está estudiando. Este examen desempeña un papel importante para establecer un diagnóstico correcto en casos con crisis de tipo incierto. Además el video-EEG es crucial para localizar el punto de inicio (foco) en personas en las cuales se planea cirugía cerebral de la epilepsia.

En caso de sospecha de una lesión cerebral específica, el neurólogo solicitará al paciente practicarse exámenes de «imágenes» complementarios. Estos incluyen la escanografía y la resonancia magnética cerebrales. Si el paciente tiene crisis parciales de difícil control y se propone una cirugía para extirpar el foco, es posible que requiera un examen de medicina nuclear llamado SPECT cerebral.

TRATAMIENTO

Numerosos estudios han mostrado que alrededor de 5 de cada 10 pacientes que presentan una crisis de epilepsia, presentarán una repetición más adelante. Tras una segunda crisis el riesgo de presentar una tercera es de más del 65%, por lo que en ese caso, el tratamiento está indicado.

En la decisión de iniciar el tratamiento antiepiléptico es necesario tener en cuenta los resultados de los exámenes complementarios (electroencefalograma, escanografía y resonancia cerebrales) y el riesgo de una próxima crisis. Una crisis generalizada tiene en sí misma un riesgo mínimo para la vida, no produce daño al cerebro y el principal peligro es la posibilidad de un accidente, por ejemplo al conducir un carro o manejar una máquina. El médico debe escoger el tratamiento que mejor se adapte a las condiciones especiales de cada persona, teniendo en cuenta aspectos psicológicos, físicos, condiciones económicas, tipo de trabajo, etc.

Con el tratamiento actual, se controla completamente al 60% de los pacientes. En el restante 40% se logra un control parcial o aún total con la adición de un segundo medicamento.

Entre 1946 y 1978 se introdujeron 16 medicamentos para el tratamiento de la epilepsia. De estos, cinco (la primidona, la carbamazepina, el clonazepam, la etosuccimida y el valproato) son aún ampliamente utilizados. Durante 15 años, entre 1978 y 1993, no se aprobaron nuevos antiepilépticos. Desde 1993 han sido aprobados y comercializados en Estados Unidos, cinco nuevos agentes: el felbamato, la gabapentina, la lamotrigina, el tiagabine y el topiramato. En Europa y en Colombia, también han sido utilizados el vigabatrin y el clobazam.

Adicionalmente se han establecido nuevas formulaciones de medicamentos ya utilizados como la fosfenitoína, el ácido valproico intravenoso, la carbamazepina de liberación sostenida y el diazepam rectal. Los antiepilépticos más nuevos son más seguros, mejor tolerados y con menores contraindicaciones.

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES

Una responsabilidad esencial del médico es ayudar a cada paciente a desarrollar objetivos de tratamiento y expectativas concretas sobre los resultados de la terapia. En general, el grado de control de las crisis se establece en los primeros dos años de tratamiento.

La frecuencia de trastornos psicológicos y sociales es alta en los pacientes con epilepsia crónica y contribuye a la incapacidad que se origina de las limitaciones físicas y de la interrupción de las actividades de la vida cotidiana que imponen las crisis mismas. Esta se expresa en la dificultad para establecer relaciones interpersonales, construir la autoestima y obtener o mantener un empleo. Ayudar a los pacientes y sus familiares a desarrollar estrategias para mejorar la aceptación de la enfermedad mediante la educación a los amigos, maestros, compañeros de trabajo y empleadores contribuye a reducir la incapacidad funcional.

La epilepsia no impide que una persona se desarrolle física y mentalmente. Por ejemplo, la actividad sexual no se ve afectada por esta enfermedad, así como tampoco los medicamentos antiepilépticos tienen efectos secundarios sobre el deseo o la capacidad sexual. La efectividad de dichos medicamentos, en combinación con los anticonceptivos orales, no se afecta en ningún sentido.

Algunos ejercicios de alto riesgo como el montañismo, el buceo o la equitación pueden verse restringidos pero es esencial mantener una actividad física regular. El elegir un empleo dependerá únicamente de la capacidad que se requiera para desempeñarlo; sin embargo se debe considerar el riesgo que implique la posibilidad de una crisis durante el desarrollo de algunas labores.

NUEVAS TERAPIAS

Casi el 30% de pacientes con epilepsia continúan presentando crisis a pesar de recibir un tratamiento. Es importante considerar a aquellos pacientes resistentes a las drogas para que puedan referirse a tratamientos alternativos, tales como la cirugía o la dieta cetogénica. Las decisiones deben ser guiadas de acuerdo a las circunstancias específicas de cada paciente.

La cirugía del lóbulo temporal puede tener hasta un 80% de éxito en casos de crisis parciales complejas relacionadas con epilepsia del lóbulo temporal. Sin embargo, en otros casos, el resultado quirúrgico es menos favorable, por lo que los intentos con otras medicaciones deben continuarse hasta lograr el resultado favorable.

En años recientes, tanto la TV como el cine han popularizado la llamada «dieta cetogénica» para los pacientes con epilepsia. Esta es una dieta muy alta en grasa y carbohidratos (relación grasa/carbohidrato y proteína es 4:1). La práctica ha mostrado que es más útil en niños que continúan con crisis incapacitantes a pesar de recibir tratamiento, o que presentan efectos secundarios inaceptables del mismo. Los adultos no toleran esta dieta por largo tiempo, debido a que la encuentran demasiado estricta, inflexible y desagradable al paladar.

RECOMENDACIONES EN CASO DE PRESENTARSE UNA CONVULSION

1. **MANTENGA LA CALMA.** Cuando la crisis se ha iniciado no se puede detener. No luche con el paciente ni trate de contener sus movimientos. En la mayoría de los casos el ataque dura de 2 a 3 minutos.
2. **DESPEJE EL AREA ALREDEDOR.** Retire los objetos cortantes, puntiagudos o duros con los que el paciente se pueda lastimar. Coloque un objeto suave como una almohada o prenda de vestir doblada debajo de su cabeza para que no se golpee.
3. **NO TRATE DE COLOCAR NINGUN OBJETO ENTRE LOS DIENTES.** Si la persona tiene la boca fuertemente cerrada no trate de abrirla, pues podría lastimarla u obtener una mordedura en los dedos. No intente sacarle la lengua.
4. **VOLTEE LA CABEZA HACIA UN LADO Y ACUESTE A LA PERSONA DE COSTADO.** Afloje su ropa. Al voltearle la cabeza permitirá que la saliva, otro líquido o vómito de la boca fluya con facilidad y no entren a los pulmones.
5. **NO SE ALARME.** Si el paciente deja de respirar y se le ponen los labios morados, esto dura muy poco tiempo y no se necesitan maniobras de resucitación, ni respiración boca a boca, ya que el paciente volverá a respirar espontáneamente.
6. **NO SE REQUIERE LA INTERVENCION INMEDIATA DE UN MEDICO.** Sólo en caso de que las convulsiones se prolonguen por más de 10 minutos o si la persona pasa de una crisis a otra sin recuperar la conciencia, debe conducir al paciente a un servicio de Urgencias.
7. **OBSERVE CUIDADOSAMENTE SUS ACCIONES Y MOVIMIENTOS** durante la crisis, a fin de que pueda explicárselos detalladamente al paciente y a su médico.
8. **SEA COMPRENSIVO Y AMIGABLE** cuando el paciente recobre la conciencia, ya que puede sentirse apenado, asustado o confundido. Mantenga la serenidad y trate de tranquilizarlo.
9. **NO PROPORCIONE ALIMENTOS O BEBIDAS** al paciente hasta que se recupere por completo.
10. **PERMITA QUE DESCANSE.** Algunas personas presentan dolores de cabeza o de los músculos, náuseas o vómitos después de la crisis. Dormir o descansar le ayuda a recuperarse.
11. **EL PACIENTE NO DEBE SUSPENDER LOS MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS.** Si hubiera alguna duda a este respecto, consulte con su médico.
12. **PARA LOGRAR UN MEJOR CONTROL MÉDICO DEBE LLEVARSE UN REGISTRO** (diario o bitácora) del número, duración y características de la crisis.
13. **OTRAS RECOMENDACIONES VALIOSAS PARA EL PACIENTE EPILEPTICO:**
 - No ingiera bebidas alcohólicas
 - No trasnoche
 - Evite poner seguro a la puerta del baño mientras se baña
 - Coloque sus medicamentos fuera del alcance de los niños
 - Antes de tomar la decisión de embarazarse es necesario que informe a su médico
 - Comunique a su jefe y compañeros de trabajo que usted padece epilepsia. Si el paciente es un niño, infórmele al profesor
 - Recuerde que la situación de estrés pueden desencadenar una crisis
 - Es recomendable tener una placa o carnet con su identificación, teléfonos de emergencia, familiar con quién comunicarse, nombre y dosis del medicamento que recibe.

Comité Editorial:

- | | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|
| • Dr. Martin Wartenberg | • Dr. Hernán G. Rincón | • Dr. Hernán Córdoba | • Dr. Jairo Sánchez |
| • Dr. Adolfo Congote | • Dra. Diana Páez | • Dra. Yuri Takeuchi | • Enfermera Patricia Echeverry |
| • Sra. Claudia de Piedrahita | • Dr. Paulo José Llinás | • Sra. Alda Mera | • Dr. Hermann González |

"Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico".

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Clínica Valle del Lili Cra. 98 # 18-49 Tel.: 3317474 Fax: 331 7499 Santiago de Cali
En Internet: www.clinicalili.org.co

Esta publicación es cortesía de



Y

EL PAIS

El Diario de nuestra gente