

Crisis Convulsivas: Actuación Correcta y Errores Comunes

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Crisis Convulsivas: Actuación Correcta y Errores Comunes

Las crisis convulsivas son episodios de actividad eléctrica cerebral anormal que se manifiestan con movimientos involuntarios, pérdida de consciencia y alteraciones del tono muscular. La epilepsia es la causa más frecuente, pero las convulsiones también pueden aparecer por hipoglucemia, fiebre (convulsiones febriles en niños), traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones, abstinencia alcohólica o eclampsia. La actuación del primer interviniente debe centrarse en proteger a la víctima de lesiones secundarias durante la crisis y en identificar cuándo se requiere atención médica urgente.

Tipos de Crisis Convulsivas

La clasificación de las crisis epilépticas de la International League Against Epilepsy (ILAE, 2017) distingue entre crisis focales (originadas en un área del cerebro), crisis generalizadas (afectan a ambos hemisferios desde el inicio) y crisis de inicio desconocido. Para el primer interviniente, lo relevante es reconocer las manifestaciones principales.

Tipo de Crisis

Manifestaciones

Duración Típica

Consciencia

Tónico-clónica generalizada (gran mal)

Rigidez corporal (fase tónica) seguida de sacudidas rítmicas (fase clónica), mordedura de lengua, incontinencia

1-3 minutos

Pérdida completa

Ausencia (pequeño mal)

Desconexión breve del entorno, mirada fija, parpadeo rápido, detención de actividad

5-30 segundos

Alterada brevemente

Focal con alteración de consciencia

Automatismos (chupeteo, manoseo), confusión, movimientos sin propósito

1-3 minutos

Alterada parcialmente

Focal sin alteración de consciencia

Sacudidas de una extremidad, sensaciones anómalas, déjà vu

Segundos a minutos

Preservada

Tónica

Rigidez muscular generalizada, caída al suelo

10-60 segundos

Pérdida

Atónica

Pérdida súbita del tono muscular, caída brusca

Segundos

Pérdida breve

Nota: No todas las convulsiones son epilepsia. Las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE), antes llamadas pseudocrisis, son episodios de origen psicológico que simulan una crisis epiléptica. Su manejo es diferente y no requieren medicación anticonvulsiva. La diferenciación clínica puede ser difícil, pero algunas pistas son: movimientos asimétricos, ojos cerrados durante la crisis, duración prolongada (>5 minutos), y ausencia de periodo postictal típico.

Protocolo de Actuación Durante la Crisis

La prioridad absoluta durante una crisis convulsiva es proteger a la víctima de lesiones secundarias (golpes contra objetos, caídas, aspiración). La crisis en sí misma no puede detenerse sin medicación intravenosa, por lo que los intentos de frenarla son inútiles y peligrosos.

Mantener la calma: La mayoría de las crisis se resuelven solas en 1-3 minutos. Aunque el espectáculo es alarmante, mantenga la compostura para actuar correctamente.

Anotar la hora de inicio: Mire el reloj e inicie un cronómetro. La duración de la crisis es un dato crucial. Si supera los 5 minutos, se convierte en una emergencia (estado epiléptico).

Proteger de lesiones: Retire objetos peligrosos del entorno (mesas, sillas, objetos cortantes). Si la persona está en el suelo, coloque algo suave bajo la cabeza (chaqueta, almohada, mochila). No la mueva a menos que esté en peligro inmediato (borde de escalera, carretera).

No inmovilizar: NO sujete ni inmovilice a la persona. No intente detener las convulsiones. Sujetar a alguien durante una crisis puede causar fracturas, luxaciones o lesiones musculares, tanto en la víctima como en el auxiliador.

Aflojar ropa restrictiva: Afloje corbata, cuello de camisa, cinturón y cualquier prenda que pueda dificultar la respiración.

Posición lateral al cesar: Cuando las convulsiones cesen, coloque a la persona en posición lateral de

seguridad (decúbito lateral) para mantener la vía aérea permeable y evitar la aspiración de saliva o vómito.

NUNCA haga esto: NUNCA introduzca NADA en la boca de una persona convulsionando: ni cucharas, ni palos, ni dedos, ni cartera, ni pañuelo. Es un mito peligroso. No es posible tragarse la lengua. Meter objetos en la boca puede causar rotura dental, lesiones en la mandíbula, aspiración de fragmentos, o lesiones graves en los dedos del auxiliador por la fuerza de la mordida involuntaria.

Estado Epiléptico y Cuándo Llamar a Emergencias

El estado epiléptico (status epilepticus) se define como una crisis que dura más de 5 minutos o como dos o más crisis consecutivas sin recuperación completa de la consciencia entre ellas. Es una emergencia médica con una mortalidad del 10-20% que requiere tratamiento farmacológico intravenoso urgente. El daño neuronal se produce a partir de los 30 minutos de actividad epiléptica continua, pero el tratamiento debe iniciarse mucho antes.

Crisis de más de 5 minutos: Si la crisis no cesa espontáneamente en 5 minutos, llame al 112. En pacientes epilépticos conocidos con medicación de rescate prescrita (midazolam bucal o diazepam rectal), adminístrela según las indicaciones del paciente.

Crisis repetidas sin recuperación: Si la persona sufre varias crisis seguidas sin recuperar plenamente la consciencia entre ellas, llame al 112 inmediatamente.

Primera crisis en la vida: Si la persona nunca ha tenido una crisis convulsiva antes, siempre debe ser evaluada por un médico (TAC craneal, analítica, EEG) para descartar causas potencialmente graves.

Crisis en embarazada: Las convulsiones en una mujer embarazada pueden indicar eclampsia, una complicación potencialmente mortal para madre e hijo. Emergencia absoluta.

Crisis postraumática: Las convulsiones tras un traumatismo craneoencefálico pueden indicar hemorragia intracraneal u otra lesión cerebral grave. Requieren evaluación urgente.

Lesiones asociadas: Si durante la crisis la persona se ha golpeado la cabeza, tiene dificultad para respirar después de la crisis, o no recupera la consciencia en 10-15 minutos.

Tiempo

Fase

Actuación

0-5 min

Crisis activa

Proteger, cronometrar, no inmovilizar, no meter nada en la boca

5 min

Estado epiléptico inminente

Llamar al 112. Administrar benzodiacepina de rescate si disponible y prescrita

5-20 min

Estado epiléptico establecido

Tratamiento hospitalario: benzodiacepinas IV (diazepam, lorazepam, midazolam)

20-40 min

Estado epiléptico refractario

UCI: fenitoína IV, valproato IV, levetiracetam IV

>40 min

Estado epiléptico super-refractario

UCI: anestesia general (propofol, midazolam, tiopental)

Fase Postictal y Recuperación

Tras la fase convulsiva, el paciente entra en el periodo postictal, una fase de recuperación que puede durar desde minutos hasta horas. Durante esta fase, el cerebro se recupera de la actividad eléctrica anormal y la persona puede presentar síntomas que, aunque alarmen al observador, son normales y transitorios.

Confusión postictal: La persona puede estar desorientada, confusa, con el habla incoherente y sin saber dónde está ni qué ha pasado. Háblele con calma, explíquele qué ha ocurrido y no la deje sola. La confusión se resuelve gradualmente en 15-30 minutos.

Somnolencia profunda: Es frecuente que la persona quiera dormir inmediatamente después de la crisis. Si la vía aérea está permeable (posición lateral) y respira con normalidad, permita que descanse.

Cefalea y dolor muscular: Las contracciones violentas durante la crisis causan dolor muscular generalizado (mialgias) y cefalea. Paracetamol es el analgésico de elección. Evite AINEs si hay sospecha de mordedura de lengua con sangrado.

Parálisis de Todd: Algunos pacientes presentan debilidad o parálisis transitoria de una extremidad tras una crisis focal. Puede simular un ictus pero se resuelve en minutos a horas. Si hay duda, trátelo como ictus hasta demostrar lo contrario.

Incontinencia: La pérdida de control de esfínteres es frecuente durante las crisis tónico-clónicas. Maneje la situación con discreción y dignidad. Ofrezca ropa limpia si es posible.

Para personas con epilepsia conocida: Si la persona es epiléptica conocida y la crisis ha sido habitual (misma duración y tipo que las previas), no siempre es necesario llamar al 112 si se recupera completamente. Sin embargo, debe acudir a urgencias si: la crisis ha sido más larga de lo habitual, ha habido lesiones, es una embarazada, ha ocurrido en el agua, o la persona no se recupera como de costumbre. Acompañela hasta que esté plenamente orientada y pueda valerse por sí misma.

 **Advertencia:** Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la

formación adecuada.