



Cuadro sinóptico

Nombre del alumno (a): Karla Lucia Contreras Alegría

Nombre del tema: Tipos de crisis convulsiva

Parcial: 3ro

Nombre de la Materia: Enfermería en Urgencias y Desastres

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz

Nombre de la Licenciatura: Lic. en Enfermería

Cuatrimestre: 7mo

Tipos de crisis convulsivas

Generalizado

En las convulsiones de inicio generalizado, estas se originan en redes de ambos hemisferios. La consciencia suele estar deteriorada, y generalmente se pierde.

Las convulsiones de inicio generalizado se clasifican como motoras y no motoras (ausencias).

Las **convulsiones motoras de inicio generalizado** pueden clasificarse además según el tipo de ataque:

- Convulsiones tonicoclónicas (antes crisis de gran mal)
- Convulsiones clónicas (movimientos sacádicos rítmicos sostenidos)
- Convulsiones tónicas (rigidez generalizada en todos los miembros y sin sacudidas rítmicas)
- Crisis atónicas (pérdida del tono muscular)
- Convulsiones mioclónicas (movimientos sacádicos rítmicos no precedidos por rigidez)
- Convulsiones mioclónicas-tónicas-clónicas (movimientos sacádicos mioclónicas seguidos de movimientos tónicos y clónicos)
- Convulsiones mioclónicas-atónicas (sacudidas mioclónicas seguidas de atonía)
- Espasmos epilépticos (antes, espasmos infantiles)

Las **convulsiones no motoras de inicio generalizado** pueden clasificarse según el tipo de ataque

- Crisis de ausencia atípicas
- Las crisis de ausencia atípicas (p. ej., con inicio o terminación menos bruscos o con cambios anormales en el tono)
- Convulsiones mioclónicas (sacudidas mioclónicas precedidas por un deterioro breve de la consciencia [ausencia])
- Mioclonía del parpado

Focalizado

Las convulsiones de inicio focalizado se pueden clasificar según el nivel de consciencia:

Convulsiones focalizadas (antes denominadas convulsiones parciales simples)

Convulsiones con deterioro focalizado de la consciencia (antes denominadas convulsiones parciales complejas)

Las convulsiones motoras de inicio focalizado pueden clasificarse según el tipo de convulsión:

- Automatismos (actividad motora repetitiva, coordinada, sin propósito)
- Atónica (pérdida focalizada del tono muscular)
- Clónica (movimientos sacádicos rítmicos focalizados)
- Espasmos epilépticos (flexión focal o extensión de los brazos y flexión del tronco)
- Hipercinética (que causa movimientos de pedaleo o hipergesticulación)
- Mioclónica (irregular, movimientos sacádicos breves focalizados)
- Tónica (rigidez focalizada sostenida de un miembro o un lado del cuerpo)

Las convulsiones no motoras de inicio focal pueden subclasificarse en función de la característica prominente más antigua:

- Disfunción autónoma (efectos autónomos como percepción de movimientos gastrointestinales, sensación de calor o frío, sofocos, excitación sexual, piloerección y palpitaciones)
- Acinética (cese del movimiento y falta de respuesta como la característica principal de toda la convulsión)
- Disfunción cognitiva (deterioro del lenguaje u otros dominios cognitivos o características positivas tales como déjà vu, alucinaciones, ilusiones o distorsiones perceptivas)
- Disfunción emocional (que se manifiesta con cambios emocionales, como ansiedad, miedo, alegría, otras emociones o signos afectivos sin emociones subjetivas)
- Disfunción sensorial (que causa sensaciones somatosensoriales, olfativas, visuales, auditivas, gustativas o vestibulares o sensación de calor o frío)

Tipos de crisis convulsivas

Desconocido

Las convulsiones de inicio desconocido pueden ser motoras o no motoras.

Las convulsiones motoras de inicio desconocido pueden clasificarse además como

- Tónico-clónicas
- Espasmos epilépticos

Las convulsiones no motoras de inicio desconocido pueden clasificarse además como

- Acinesia

Cuidados de enfermería

Crear un entorno seguro: Si la persona está de pie o sentada, ayudarla a sentarse o ir a la cama. Luego, mover muebles para que tenga espacio y colocarla en un área libre de objetos que puedan lastimarla.

Aflojar la ropa: Especialmente alrededor del cuello y la cintura.

Apoyar la cabeza: Con una almohada o un cojín suave para reducir el riesgo de lesión.

No introducir objetos en la boca: Ni intentar administrar medicamentos orales.

Controlar la duración de la crisis: Con un reloj, medir el tiempo de la convulsión.

Observar los movimientos: Describir y registrar los cambios de posición, el sitio de inicio de las convulsiones, y si se trata de una fase tónica o clónica.

Observar el rostro: Analizar si hay cambios de color, palidez, cianosis o enrojecimiento, o transpiración.

Observar los ojos: Ver la posición de los globos oculares y las características de las pupilas.

Observar la respiración: Describir y registrar la presencia y duración de apneas o de estertores.

Administrar oxígeno: Si la persona está cianótica o con dificultad respiratoria.

Reorientar y tranquilizar: Cuando recupere el estado de conciencia.

Registrar los datos: En la historia del paciente, registrar de forma minuciosa todos los datos recogidos

Referencia Bibliográfica

- https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos?ruleredirectid=757#Clasificaci%C3%B3n_v39866697_es
- <https://centroaura.mx/convulsiones/tipos/focal>
- <https://centroaura.mx/convulsiones/tipos>
- <https://www.bmc.org/es/pediatrics-special-kids-special-help/epilepsy-and-seizures/seizure-types#:~:text=Hay%20dos%20categor%C3%ADas%20principales%20de,anormal%20en%20todo%20el%20cerebro.>
-