



Cuadro sinoptico.

Nombre del alumno (a): Leydi Laura Cruz Hernández

Nombre del tema: tipos de crisis convulsivas.

Parcial:3

Nombre de la Materia: enfermeria en urgencias y desastres.

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 7mo. Cuatrimestre.

Pichucalco, Chis. 03/11/2024.

CONCEPTO

Una crisis convulsiva es una descarga eléctrica anormal desordenada que sucede en el interior de la sustancia gris cortical cerebral e interrumpe transitoriamente la función encefálica normal.

LA CLASIFICACIÓN INICIAL ES POR TIPO AL INICIO:

- Inicio generalizado
- Inicio focal
- Inicio desconocido

Las convulsiones de inicio focal se clasifican según el nivel de consciencia (conocimiento de sí mismo y del entorno). El nivel de consciencia no se usa para clasificar las convulsiones de inicio generalizado porque la mayoría de estas convulsiones (pero no todas) afectan la consciencia.

todas las convulsiones se clasifican en:

- Inicio del motor
- Inicio no motor

CONVULSIONES DE INICIO 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). (Sin embargo, las convulsiones no motoras pueden involucrar actividad motora).

En las convulsiones motoras de inicio generalizado, la actividad motora suele ser bilateral desde el inicio. Cuando el inicio bilateral de la actividad motora es asimétrico, puede ser difícil determinar si el inicio es focal o generalizado.

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 (definido por la característica prominente más antigua):

- 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 conciencia [ausencia])
- Mioclonía del parpado

Todas las convulsiones de tipo ausencia son de inicio generalizado. Lo siguiente puede ayudar a distinguir las crisis de ausencia de las convulsiones con deterioro focalizado de la consciencia, pero las distinciones no son absolutas:

- Las crisis de ausencia tienden a ocurrir en personas más jóvenes.
- Tienden a comenzar y terminar más repentinamente.
- Por lo general, los automatismos son menos complejos en las crisis de ausencia que en las convulsiones con deterioro focalizado de la consciencia.

Las convulsiones de origen generalizado proceden con mayor frecuencia de un trastorno metabólico y, a veces, de trastornos genéticos.

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)

Si se deteriora la consciencia durante cualquier momento de la convulsión, esta se clasifica como una convulsión con deterioro focalizado de la consciencia.

CONVULSIONES DE INICIO FOCALIZADO

Las convulsiones de inicio focalizado se originan en redes de un hemisferio y pueden originarse en estructuras subcorticales. Pueden localizarse en sitios específicos o estar distribuidas en una área más amplia.

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)
- Hipericinética (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)

El nivel de consciencia generalmente no se especifica para las convulsiones atónicas o los espasmos epilépticos.

1



2



TIPOS DE CRISIS CONVULSIVAS





TIPOS DE CRISIS CONVULSIVAS



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)

Las convulsiones de inicio focalizado pueden evolucionar a una convulsión tonicoclónica de inicio generalizado (lo que se denomina convulsión tonicoclónica focal a bilateral; antes denominada generalización secundaria), que produce pérdida de la consciencia.

Las convulsiones tonicoclónicas focalizadas a bilaterales ocurren cuando una convulsión de inicio focal se propaga y activa todo el cerebro en forma bilateral.

La activación puede ocurrir tan rápidamente que la crisis inicial de inicio focal no llegue ni siquiera a ser clínicamente evidente o que sea muy breve.

CONVULSIONES DE INICIO DESCONOCIDO

Las convulsiones generalmente se clasifican como de inicio desconocido cuando falta información sobre su inicio. Si los médicos adquieren más información sobre las convulsiones, estas pueden reclasificarse como de inicio focalizado o generalizado.

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

Las convulsiones tónico-clónicas de inicio confuso a menudo se clasifican como convulsiones de inicio desconocido.

Las convulsiones que luego se identifican como espasmos epilépticos o convulsiones acinéticas pueden clasificarse inicialmente como convulsiones de inicio desconocido.

La monitorización detallada del videoEEG puede ayudar a aclarar si el inicio es focalizado o generalizado; hacerlo es importante porque si el inicio es focalizado, la causa puede ser tratable.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Los objetivos del plan de atención de enfermería para pacientes con convulsiones incluyen mantener una vía aérea permeable, mantener la seguridad durante un episodio e impartir conocimientos y comprensión sobre la afección. La enfermera debe vigilar al paciente en busca de signos de toxicidad: nistagmo, ataxia, letargo, mareos, dificultad para hablar, náuseas y vómitos. También es deber de la enfermera brindar apoyo a la familia y responder preguntas y corregir los conceptos erróneos que la rodean.

1. Fase ictal: Si se reconocen los signos y da tiempo, ayudar al paciente a sentarse o ir a la cama antes de que empiece la crisis.

- Mantener la calma y tranquilizar al paciente y familia.
- Garantizar de que el paciente esté en un entorno seguro.
- Controlar, pero permitir, todo tipo de movimiento convulsivo.
- Asegurar la vía aérea.
- Observar la forma de inicio de la crisis y el desarrollo de la misma.
- Controlar con reloj la duración de la crisis.

2. Fase postictal: Observar los síntomas sin interferir. Observar el nivel de consciencia y orientación temporoespacial.

- Administrar oxígeno si es posible.
- Brindar ayuda sin imponerla.
- Observar el tiempo de duración de esta fase.
- Registrar de forma minuciosa y pormenorizada en la historia del paciente todos los datos recogidos.