

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN  
PACIENTES PEDIATRICOS CON CRISIS CONVULSIVA  
ASOCIADOS A EPILEPSIA EN UN INSTITUTO  
ESPECIALIZADO LIMA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
EN ENFERMERIA PEDIATRICA**

**MARTHA JURADO APONTE**

Callao, 2022

PERU



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dra. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ                      PRESIDENTA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMORROS SAMPE   SECRETARIA
- Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE                      MIEMBRO
- Dra. NOEMI ZUTA ARRIOLA                                SUPLENTE

**ASESORA:** Dra. María Elena Teodosio Ydrogo

Nº de Libro: 08

Nº de Folio: 62

Nº de Acta: 08

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

21 de Octubre de 2022

Resolución de Sustentación:

RESOLUCION DE SUSTENTACION Nº 243-20011-D/FCS

## ÍNDICE

### Introducción

Pg.

**Capítulo I.** Descripción de la situación problemática..... 06

**Capítulo II.** Marco teórico..... 07

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales..... 08

2.1.2 Antecedentes Nacionales ..... 10

2.2 Bases Teóricas..... 16

2.3 Bases Conceptuales..... 18

### **Capítulo III.**

Desarrollo Guía de Intervención de enfermería..... 26

### **Capítulo IV.**

Conclusiones..... 38

### **Capítulo V.**

Recomendaciones..... 39

### **Bibliografía**

Anexos.

## **DEDICATORIA**

*a mis hijos que son motivo para seguir adelante y cumplir mis sueños, a mis padres y hermanos que son mi mayor ejemplo a seguir.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por mi vida por cada oportunidad y aprendizaje que lo tomo con mucho amor, y por su amor infinito me dio el mejor regalo de ser madre el ser Enfermera.

A mis amados padres, que sin su ejemplo y lucha constante no hubiera heredado su tenacidad y su valentía de seguir adelante a pesar de las adversidades que puede uno pasar en la vida

A mis estimados docentes, que con su maravillosa paciencia y enseñanza supieron encaminar mi perfil profesional,

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por acogerme en su alma mater.

A mis hijos, que a su corta edad me enseñan cada día a ser más fuerte y perseverante a no rendirme y seguir adelante, a ellos que son mi mayor apoyo, por su comprensión de días de ausencia y momentos de trabajo, que hicieron que valga la pena día a día y así lograron que termine con éxito mis estudios de post grado.

## INTRODUCCIÓN

La OMS define a la convulsión como una manifestación clínica de descargas eléctricas y violentas de las neuronas del cerebro, que cursa con alteración de la función cerebral que está caracterizada por presentar pérdida de la conciencia y pérdidas de la función sensorial, motora y sensitiva. La convulsión se describe con el termino de movimientos tónico- clónicos, que acompañan a los ataques epilépticos. (1)

El presente trabajo académico titulado “Guía de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con crisis convulsivos asociado a epilepsia” tienen como finalidad estandarizar la atención y los cuidados inmediatos de enfermería de acuerdo a una guía de atención que facilite la atención oportuna y evitar posibles secuelas neurológicas.

El trabajo académico se desarrolló como parte de una implementación y actualización de los temas importantes de problemas neurológicos del paciente pediátrico del servicio de Neuropediatría del Instituto Nacional de salud del Niño, Se solicito la ayuda del profesional jefe de enfermeras del servicio quien colaboro en la aplicación de la guía y ejecución de esta mediante la capacitación. de esa manera se pudo establecer en el servicio una atención universal para el manejo de este tipo de pacientes con crisis convulsiva.

El presente consta de los siguientes capítulos; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: , conclusiones,

recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.



# **CAPÍTULO I**

## **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varios episodios en el día. Las crisis convulsivas se presentan con descargas eléctricas excesivas que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. (1)

El estado epiléptico se presenta como una única convulsión de larga duración o varias convulsiones más breves esto provoca a que el niño recupere la conciencia entre las mismas. Las convulsiones que duran más de unos 30 minutos se consideran estado epiléptico. Los niños con estado epiléptico corren el riesgo de sufrir daño cerebral y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria, por lo que es necesario un tratamiento rápido de las convulsiones que duran más de 5 minutos. (2)

La OMS define a la epilepsia como una enfermedad cerebral crónica no transmisible que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por convulsiones recurrentes, que son episodios breves de movimiento involuntario que pueden involucrar una parte del cuerpo (parcial) o todo el cuerpo (generalizado) y en ocasiones se acompañan de pérdida de conciencia y control de la función intestinal o vesical.

Según la estadística, en todo el mundo se diagnostican anualmente unos cinco millones de casos de epilepsia (1).

la Liga Internacional Contra la Epilepsia y la Organización Panamericana de la salud define al status epiléptico como “una condición caracterizada por una crisis epiléptica que se repite tan frecuentemente o tan prolongada que crea una condición fija y duradera” (3)

En Latinoamérica se diagnostican anualmente unos 2,4 millones de casos de epilepsia. los nuevos casos registrados cada año entre la población general oscilan entre 30 y 50 por 100 000 personas. En los países de ingresos bajos y medianos esa cifra puede ser hasta dos veces más alta. Esto se debe probablemente al mayor riesgo de enfermedades endémicas tales como el paludismo o la neurocisticercosis; la mayor incidencia de traumatismos relacionados con accidentes de tránsito; traumatismos derivados del parto; y variaciones en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud preventiva y la atención accesible. Casi el 80% de las personas epilépticas viven en países de ingresos bajos y medianos. (3)

El objetivo para elaborar una guía de intervención de enfermería optimiza el manejo de pacientes pediátricos con síndrome convulsivo diagnosticados con epilepsia donde se incluyen las intervenciones durante y después de una crisis convulsiva, involucrando al cuidador para que adquiera autoconfianza en el cuidado de su familiar.

Los casos de síndrome convulsivo en la edad pediátrica viene en incremento en los 2 últimos años debido a causas y /o factores determinantes como es la epilepsia, El profesional de enfermería debe proporcionar al paciente con síndrome convulsivo cuidados basados en conocimientos científicos e intervenciones que facilitan seguridad al paciente. Podemos mencionar, que el Instituto Nacional especializado cuenta con el servicio de neuropediatría, teniendo 14 camas para hospitalización; también cuenta en su mayoría con profesionales de enfermería no especialistas en pediatría. Y se ha observado que cuando un paciente presenta una convulsión el profesional desconoce del tipo de convulsiones, desconoce el tratamiento a seguir durante una crisis convulsiva, creando temor y duda frente al familiar acompañante del usuario. En la actualidad no se cuenta con una guía de intervención. Es por eso, que se plantea la Elaboración de una guía de intervención de enfermería para este tipo de pacientes. Por lo tanto, es de suma importancia que el profesional de enfermería especialista en pediatría conozca y domine temas relacionados al cuidado e intervenciones de enfermería en la atención al paciente utilizando el lenguaje enfermero con la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

El presente trabajo académico se fundamenta en los siguientes antecedentes.

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**SORIA ACOSTA, A. R., RODRÍGUEZ PLASENCIA, A., SUXE RAMÍREZ, & SÁNCHEZ MARTÍNEZ, B, (ECUADOR-2022).** Elaboro una Guía para el manejo de pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia refractaria al tratamiento”, detalla el artículo como **Objetivo:** elaborar una guía encaminada a los profesionales de enfermería para que los oriente sobre el manejo de la epilepsia refractaria en los pacientes pediátricos, **Metodología:** enfoque cuali-cuantitativo, tipo transversal y bajo el paradigma de investigación-acción, **Técnica y recolección de datos;** revisión de las historias clínicas y instrumento la encuesta. **Resultados:** el género masculino fue el predominante, la etiología más frecuente fue estructural, entre los signos y síntomas característicos se encontraron la desorientación, la inconsciencia y la crisis convulsiva generalizada. Como actividades de enfermería se incluyeron la medicación intravenosa y el fomento del descanso del paciente.

**Conclusión:** la elaboración de la guía de cuidados permitió al personal de enfermería permitirá manejar de manera adecuada a los pacientes pediátricos con epilepsia refractaria. (4)

**JUMBO M; PACHECO E;( Quito -Ecuador,2018)** En su estudio “Proceso de Atención de Enfermería en Pacientes Pediátricos de 1 a 17 años con Crisis Convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018”. **El objetivo** fue “determinar la influencia del proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 17 años con crisis convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018”. **El enfoque** del estudio es cuantitativo **Metodología** descriptiva no experimental de tipo transversal, prospectivo, **Instrumento:** cuestionario de preguntas cerradas como instrumento de recolección de datos y dirigida a los representantes legales de los pacientes pediátricos, el sujeto de estudio son los niños de 1 a 17 años con crisis convulsivas. Relacionando así las experiencias de los familiares de los niños durante la hospitalización, **Resultados** muestran las debilidades en las intervenciones de enfermería sobre todo en la relación enfermera-paciente y con el familiar. **Conclusión,** se espera lograr que el presente proyecto se convierta en una directriz que plantee la importancia del cumplimiento de protocolos de enfermería en la práctica clínica ya que será de apoyo para brindar una atención de calidad y calidez y sobre todo que ayude en la pronta recuperación de los pacientes pediátricos

mejorando así la atención y favoreciendo la estabilidad y confianza emocional a los familiares. (5).

**TENORIO RUGEL, V. (Ecuador-2018)**, en su trabajo “Percepción del cuidado parental en niños con crisis convulsivas de 5 a 10 años en el área de medicina 2 del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo a Julio del 2017”. **Objetivos:** Determinar la Percepción del Cuidado Parental de niños con Crisis Convulsivas de 5 a 10 años en el área de Medicina 2 del Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo-junio del 2017. **Metodología** fue de tipo enfoque cualitativo que involucra las experiencias de los familiares con crisis convulsivas, para así poder analizar acciones para conocer los cuidados correspondientes, estilos de vida y sus preocupaciones, población de 3 a 4 niños con crisis convulsivas, muestra de 3 a 4 niños con crisis convulsivas. **Instrumento** que se utilizó está constituido por 1 o 2 preguntas abiertas con entrevistas personalizadas con los padres de familia de los niños crisis convulsivas, con el propósito de recolectar información sobre el problema, causas y consecuencias. **Conclusiones:** las más importantes fueron:

1. De acorde al objetivo de esta investigación de percepción del cuidado parental de niños con crisis convulsivas, hubo diversas percepciones en cuanto el autocuidado. Dentro de estas se encontraron la negación de los padres sobre las crisis convulsivas causando desesperación ante una situación donde contempla la negación y tristeza y a su vez provoca una serie de acciones que pueden lastimar al niño por no saber cómo actuar

ante una crisis convulsiva, gracias a la teoría de Orem sabemos que el autocuidado se da cuando todas las necesidades básicas están cubiertas, lo que ocasiona una mejoría en el estado de salud del individuo, esto se puede evidenciar con un cuidado óptimo y mediante conocimiento de cómo actuar cuando el niño este en una crisis convulsiva.

2. Otro punto de vista que se pudo recoger en los datos la percepción de los usuarios ante el sistema de salud con el cual se atienden, se tuvo repuestas negativas y positivas de los usuarios de estudio; refiere que existe la desconfianza y desesperación a la insatisfacción con el servicio de salud, del personal médico y la falta de información sobre lo que tiene el niño, pero se creó un contra punto mostrando satisfacción y comprensión hacia el servicio brindado. (6)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**ESPINOZA CERRÓN, Y (Perú-2018)**, hizo un estudio sobre “Factores de riesgo asociados a la epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, 2011 - 2017”. El **Objetivo:** Determinar los principales factores de riesgo asociados a la Epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo periodo 2011-2017. **Metodología** fue de tipo analítico observacional, retrospectivo, correlacional de casos y controles, se estudiaron 144 historias clínicas del servicio de Medicina Interna y/o Neurología para los casos y los controles, de los cuales aplicando la fórmula de conformación de grupos 48 eran los

casos y 96 los controles. **Instrumento:** utilizó una ficha para cada paciente con Epilepsia, que cuenta con los parámetros: epidemiológicos, genético, factor prenatal, factor perinatal y comorbilidades; siendo validado dicha ficha de recolección de datos por juicio de expertos.

**Conclusiones:** las más importantes fueron:

1. que la Epilepsia es un problema de salud pública, con costos en el largo plazo para la familia que debería cubrir el estado. Los factores de riesgo asociados a la epilepsia son: inmadurez fetal, hipoxia, madre epiléptica, consumo de la madre de analgésicos, preeclampsia y trauma de cráneo.
2. Se identificó una relación significativa en la dimensión genética con la presencia de madre epiléptica teniendo 7,04 veces más riesgo de tener epilepsias en pacientes con antecedentes maternos de Epilepsia.
3. En las características perinatales se determinó relación estadísticamente significativa entre inmadurez fetal y epilepsia con un riesgo de 4,8 veces más de desarrollar epilepsia.
4. Se determinó una asociación significativa dentro de los factores intrínsecos con el trauma encéfalo craneano y la epilepsia teniendo 12,5 veces más riesgo de sufrir de epilepsia en los pacientes que sufran un TEC. (7)



**HUAYTA MERCADO S.,( Arequipa- 2021)** realiza un estudio sobre: “cuidado enfermero en paciente síndrome convulsivo post tec, servicio neurología. hospital nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo”

**Resultados:** La Intervención en enfermería nos ha permitido un buen manejo de las vías aéreas, eliminando secreciones bucales nasales y traqueales permanentemente, mediante la aspiración y limpieza de cavidad oral. **conclusión:** El paciente de Síndrome Convulsivo Post TEC es incapaz de identificar, manejar o buscar ayuda para mantener el bienestar, por el deterioro y la alteración del funcionamiento cognitivo y trastornos de la percepción. (déficit de cuidado Dorotea Orem).(8)

**LÓPEZ (2021 Lima)**, en su estudio titulado “Características asociadas a la convulsión febril en pacientes de 6 meses a 5 años atendidos en el hospital San Juan Bautista de Huaral, 2018 – 2020”. **Objetivo:** fue identificar las características asociadas a la convulsión febril en pacientes de 6 meses a 5 años. **Material y método:** estudio observacional, retrospectivo, transversal, correlacional y descriptivo; con una muestra de 66 casos. **Resultado:** fue que el autor dividió 40 las características en 3 grandes grupos, características personales, familiares y epidemiológicas, y también describió las características de la convulsión febril. Dentro de las características personales, el 70% fue del sexo masculino, 46% tenían entre 13 a 24 meses y 24% entre 6 y 12 meses, 30% fueron prematuros, 85% presentaron anemia, 3% tenían antecedente de vacunación reciente y 30% presentaban retraso de desarrollo psicomotor, 18% y 36% de los pacientes tenían antecedente

personal de epilepsia y convulsión febril, respectivamente. Dentro de las características familiares, solo había antecedentes de tabaquismo materno en 3%, y en 12% y 9% antecedente familiar de convulsión y epilepsia, respectivamente. En cuanto a las características epidemiológicas, la enfermedad concomitante más frecuente, fue la infección respiratoria (64%) y luego la infección gastrointestinal (27%). Respecto a las características de la convulsión febril, la temperatura que se evidenció con mayor frecuencia, fue de 38°C a 38.9°C correspondiendo a 38 pacientes (58%), y no hubo casos en los que la temperatura superara los 40°C, el 88% fueron diagnosticados con convulsión febril simple, en cuanto a la característica de la convulsión, 94% fue tónica-clónica y 88% generalizada. **Conclusión:** las características asociadas a la convulsión febril en niños de 6 meses a 5 años fueron significativas en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2018-2020. (9)

## **2.2 Base Teórica**

Este trabajo académico se basa en la Teoría de Jean Watson Cuidado Humano, ella refiere que el cuidado es uno de los Metaparadigmas de la disciplina profesional, también hacemos hacer referencia al modelo de efectividad de rol de Irvine y Sidani.

### **2.2.1 Teoría de Jean Watson Cuidado Humano**

La teoría del cuidado humano se basa en la armonía del cuerpo, alma y la mente ... hace referencia Jean Watson quien nació en West Virginia, Estados Unidos, se licenció en Enfermería en 1961, tiene un Master en Enfermería de Salud Psiquiátrica Mental en

1966 y un Doctorado como consejera y Psicóloga de la Educación de 1973. La mente es la conciencia, intuición y la comunión, el cuerpo es fisiología, morfología y anatomía y el alma refleja las emociones y la voluntad. Se dice que el cuidado se da a través de una relación entre la persona cuidada y el cuidador que genera confianza. (10)

Por ello podemos decir que Jean Watson se basa en el existencialismo fenomenológico, un enfoque filosófico, con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Se caracteriza por reflejar la importancia de los cuidados, dice que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, centrado en las relaciones transpersonales de la persona.

Por tanto, Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos refiriendo que el cuidado de los enfermos es un fenómeno social, universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

### **Conceptos Meta paradigmáticos:**

**Salud:** Debe existir armonía del cuerpo espíritu y alma.

**Persona:** Se refiere a un único ser en el mundo. Considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado.

**Entorno:** escenario donde realiza la curación.

**Enfermería:** cuando logra mejorar la relación en estas tres esferas la enfermera comprende los sentimientos para la armonía.

En este caso el paciente con Epilepsia y en condición de discapacidad merece cuidados y atención por profesionales de enfermería que conozcan sus limitaciones; le brinda atención humanizada y con conocimientos de esta manera brinde cuidados

de enfermería no solo al paciente, sino a todo su entorno. con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las familias, podemos decir que cuidar en enfermería es sinónimo de responsabilidades éticas, morales, bio-psicosociales y legales ante la persona cuidada y su entorno familiar.

Podemos manifestar que la enfermera va llevando un camino hacia el trato humanizado, el cuidado digno, oportuno, con calidad y calidez; ofreciendo a la persona a quien se cuida toda la atención, comprensión y consideración permitiéndole superar y/o recobrar su salud, mantenerla o minimizar todos aquellos factores que la condicionan garantizando mejor calidad de vida al paciente y su familia. (10)

**Modelo de Efectividad del Rol de Irvine, Sidani, y Mc Gillis Hall (1998)** Enfermería ha desarrollado un Modelo de Eficacia en la Función de Enfermería, que se puede utilizar para guiar la evaluación de la acción de las enfermeras a la parte asistencial.

Estos roles que asume enfermería para el cuidado de la salud y su contribución a ella.

***un rol independiente:*** La enfermera es independiente es sus propias actividades que va a realizar de acuerdo a sus funciones y su rol cumpliendo con responsabilidad por la cual solo ellas pueden observar y evaluar al paciente, la toma de decisiones, la intervención de enfermería, y el seguimiento, por ejemplo, la exploración física de enfermería, la planificación y organización de actividades , planeación, implementación y evaluación de los planes de cuidado para los pacientes, planear, organizar, dirigir y controlar todo lo concerniente al recurso humano propio de enfermería, licitaciones, seminarios, congresos, asistencia académica profesional y técnica, intervenciones relacionadas con el cuidado.

**un rol dependiente:** las intervenciones de enfermería se basan en las funciones de responsabilidades asociadas a la implementación de intervenciones de enfermería que se desempeñan a partir de las instrucciones de otro profesional de la salud. Que son responsables de asumirlas por delegación de otros, bajo la dirección o supervisión, como complemento de los restantes miembros del equipo de salud. Intervenciones: administración de tratamientos médicos, realización de pruebas diagnósticas, realización de curaciones. (11)

## 2.3 Base Conceptual

### 2.3.1 Convulsión:

**A. Definición:** La crisis convulsiva se caracteriza por una descarga sincrónica o asincrónica excesiva de un grupo de neuronas que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia. Las convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral (hipoglucemia, traumatismos, fiebre, infección del sistema nervioso central), o de carácter idiopático (sin relación temporal con un estímulo conocido). (13)

**Epilepsia** La ILAE (International League Against Epilepsy), y el IBE (International Bureau for Epilepsy) definió a la epilepsia como un desorden del cerebro caracterizado por una predisposición perdurable para generar crisis epilépticas con las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición.

En cuanto a la clasificación de las epilepsias podemos dividir las en:

**Crisis parciales - Elemental(focales)**

- Motoras: Crisis parciales simples (sin afectación del nivel de conciencia)
- Difásico:
- Con signos somatosensoriales (visuales, auditivos, olfatorios, gustativos, vertiginosos)

## **Crisis generalizadas**

### **1. Convulsivo: (13)**

- **tónico- clónico** (gran mal)
- **tónico**: se caracteriza por breves contracciones musculares más prolongadas, simétricas y bilaterales, con o sin empeoramiento de la conciencia y que con frecuencia causan la caída del paciente al suelo.
- Clónico.
- **Mioclónico**: se caracteriza por sacudidas musculares bilaterales y simétricas, súbitas y breves, sin alteración de la conciencia
- **Atónicas**: Es una pérdida de tono bilateral y súbito, con o sin empeoramiento del nivel de conciencia y que frecuentemente causan caídas.

### **2. No convulsivo:**

- **Crisis de Ausencia**: o pequeño mal: que se caracteriza por pérdida de conciencia de segundos de duración (menos de 10 segundos), se pueden observar movimientos simples como parpadeo o muecas faciales. El comienzo y el fin son súbitos y están asociadas con un registro EEG típico como las descargas punta-onda a 3 ciclos por segundo (ausencia típica). En otras ocasiones son de mayor duración, con confusión postictal y EEG con descargas punta-onda a dos ciclos por segundo (ausencias atípicas).

**Crisis Convulsiva:** Se caracteriza por un inicio brusco, generalmente autolimitado, con una actividad muscular excesiva, pudiendo ser clónica (contracción muscular intermitente y rítmica), tónica (contracción muscular sostenida) o mioclónica (contracción arrítmica de un grupo muscular).

**Crisis Febriles:** Son crisis convulsivas generalizadas que se presentan entre los 6 meses y 5 años. Una crisis febril compleja es aquella que el inicio es parcial o focal, su duración es mayor a 15 minutos, con un periodo postictal prolongado, con más de 1 crisis en 24 horas ó más de una por episodio febril, y a la exploración física muestra algún déficit neurológico. La primera convulsión febril sucedió con una edad inferior a los 12 meses de vida.

## **B) Etiología: (12)**

### ***Neonatos***

- Mal formaciones del Sistema nervioso central.
- Encefalopatía hipóxico-isquémica.
- Infección sistémica o del sistema nervioso central
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Déficit de piridoxina
- Errores congénitos del metabolismo
- Hemorragia cerebral.

### ***Lactantes y niños***

- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Infección sistémica y del sistema nervioso central
- Intoxicaciones.
- Epilepsia

### ***Adolescentes***

- Traumatismo craneal

- Epilepsia
- Tumor craneal
- Intoxicaciones (alcohol y drogas)

**C. Clasificación:** en relación al pronóstico, se dividen en crisis febriles simples (generalizadas, duración < 15 minutos) y complejas (focales, duración > 15 minutos, recurrentes en el mismo episodio, recuperación lenta del sensorio, focalidad neurológica residual). Las crisis complejas tienen mayor riesgo de complicación.

#### **D. Medios de diagnóstico:**

**Punción lumbar:** deberá realizarse en los menores de 12 meses y en cualquier niño que presente signos que hagan sospechar una meningitis o presenten recuperación lenta del sensorio. Además, deberán valorarse especialmente los niños entre 12 y 18 meses, las crisis complejas y los niños que han recibido tratamiento antibiótico previo.

**EEG:** no está indicado en los niños sanos que han tenido una crisis febril simple, ya que no detecta el riesgo de desarrollar epilepsia. Debe realizarse en las crisis complejas repetidas.

#### **E. Profilaxis:**

Lo ideal del tratamiento es que debe ser practico, básico, se inicia con diazepam rectal u oral(0,3 mg/kg/día c/12 horas; max: 10 mg dosis y 48 horas de duración) es controvertido, ya que los efectos secundarios como hipotonía y sedación pueden interferir con la valoración del estado general en el niño con fiebre sin foco; por otra parte, no hay evidencia de que la profilaxis de las crisis febriles evite el desarrollo de epilepsia. La Academia Americana de



Pediatría no recomienda el uso de drogas anticonvulsivantes en niños que presentan una o más convulsiones febriles. Para aquellos niños con cuadros recurrentes aconseja apoyo educativo y psicológico de los padres.

**F. Pronóstico:** los factores de riesgo con los antecedentes familiares que hayan tenido epilepsia, que exista una alteración neurológica, o crisis febriles, el riesgo de desarrollar epilepsia (1%) es ligeramente superior a la población general (0,4%).

### **G. Tratamiento:**

#### **- Monitorización:**

- Sistema Nervioso Central: Tomar el EEG
- Sistema respiratorio. Tomar el AGA, detectar, hipoxia, hipercapnia, acidosis metabólica.
- Sistema cardiovascular; mantener la presión arterial sistémica y cerebral, es vital para asegurar el aporte de nutrientes y oxígeno. Vigilar diuresis.

#### **-Tratamiento**

Si el pasaje de las drogas anticonvulsivantes se realiza dentro de los primeros 20 minutos del comienzo del episodio, la tasa de recuperación es entre el 70% al 85%. En cuanto a la elección de la vía, los estudios actuales avalan mayor efectividad en el pasaje intravenoso de las drogas, seguidos por la oral y finalmente por la intrarrectal. Hay trabajos actuales que avalan el uso de midazolam intranasal con muy buena efectividad y biodisponibilidad de la droga.

Por motivo de control a veces se necesita de 2 o mas medicamentos, uno de acción corta y otra de acción prolongada, para e mantenimiento.

**Fármacos de acción Rápida:**

Diazepan:0,3 mg/kg IV en 2-4 min. (max: 10 mg) ó 0,5 mg/kg rectal en caso de no poder acceder a vía periférica,

Fenitoína 10 mg/kg IV

Lorazepam, 0.05 a 0.1 mg/kg. (max: 4mg) Fenitoína 10 mg/kg IV

Midazolam.1 a 0.3 mg/kg. (max: 10mg)

**Fármacos de acción prolongada:**

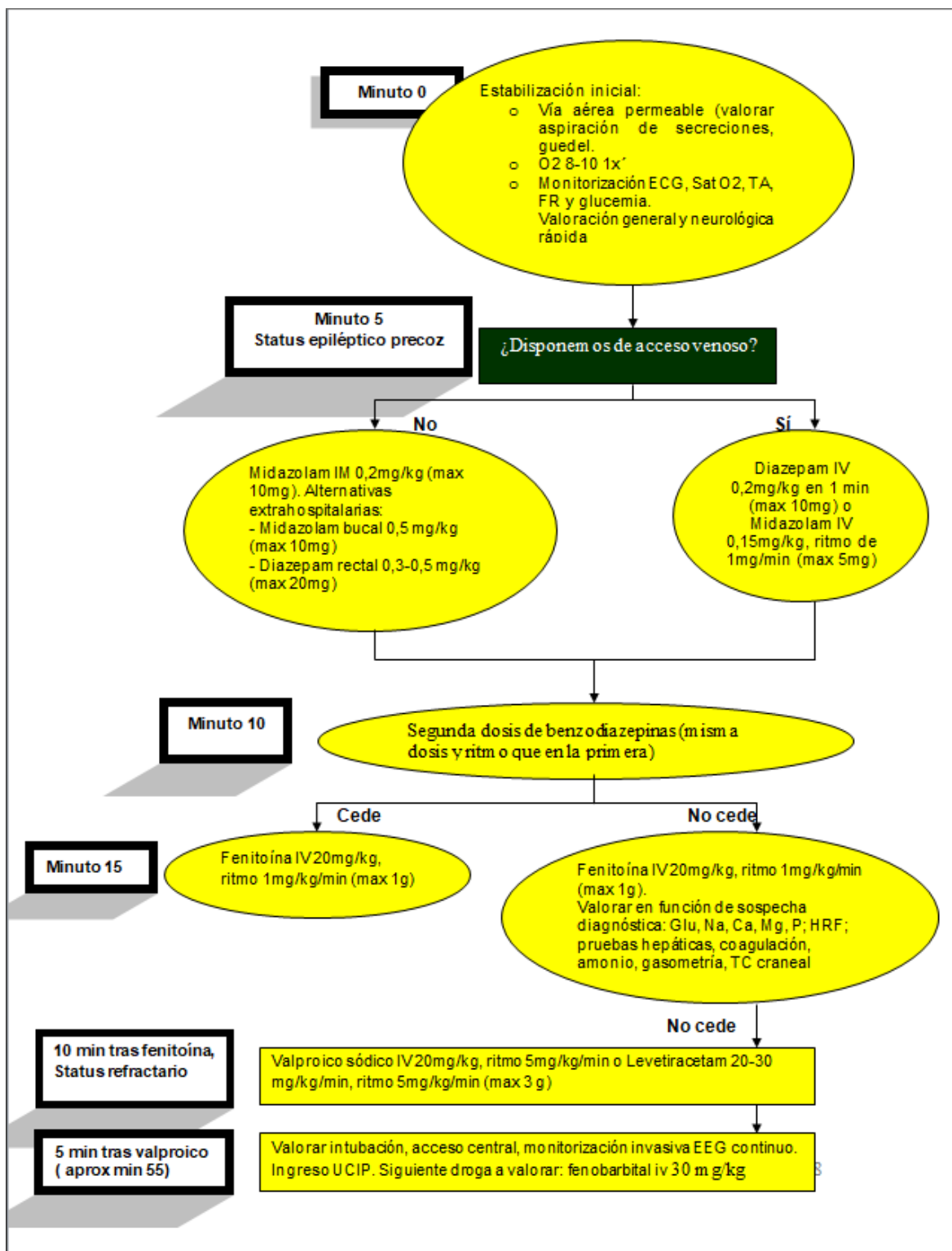
Fenitoína 10 mg/kg IV

Fenobarbital 15-20 mg/kg IV

Levetiracetam

Acido valproico:

Figura 1. Esquema del actuar durante un Estatus epiléptico



### **2.3.2 Cuidados de Enfermería en síndrome convulsivo:**

#### **Antes de Convulsión:**

- preparar el ambiente con un balón de oxígeno
- tener listo a la mano cánula binasal, o mascarilla de oxígeno, de acuerdo con la necesidad del paciente.
- tener un coche de aspiración de secreciones.
- tener preparado los medicamentos anticonvulsivantes.

#### **Durante la convulsión:**

- **Estabilización de las funciones vitales.**
  - Vía aérea: Mantener en decúbito lateral.
    - Aspirar secreciones. Poner cánula orofaríngea para mantener libre la vía aérea.
  - Ventilación: Administrar O<sub>2</sub> 100% (mascarilla con reservorio o intubación endotraqueal en casos graves) Valorar: color, movimientos torácicos, frecuencia respiratoria, auscultación pulmonar, oximetría de pulso.
  - Circulación: colocar vía Endovenosa, evaluación del pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial.
  - Administración de medicación anticonvulsiva.
    - Si el pasaje de las drogas anticonvulsivantes se realiza dentro de los primeros 20 minutos del comienzo del episodio, puede ser intravenoso, seguidos por la oral y finalmente por la intrarrectal. También el uso de midazolam intranasal.

## **CAPÍTULO III**

### **GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON CRISIS CONVULSIVA**

#### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

Las convulsiones representan aproximadamente de 1- 2% de las urgencias médicas, el 44 % de las atendidas en los servicios de emergencias, dicen que las primeras crisis aparecen en un niño sano.

El síndrome convulsivo es una de las patologías asociadas a epilepsia, que merecen el apoyo y el seguimiento oportuno de esta manera evitar las secuelas neurológicas en el paciente y no crear pacientes dependientes, que tiene un costo de vida social muy alto.

Elaborar una guía de cuidados para el manejo de pacientes pediátricos diagnosticados con crisis convulsivo relacionados a epilepsia permite estandarizar la atención inmediata y los cuidados de enfermería que permitan organizar el proceso de atención de enfermería, aplicado a pacientes con crisis convulsiva.

#### **3.2 OBJETIVOS**

##### **3.1.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer criterios de intervención de enfermería frente a una crisis convulsiva identificando el tipo y la duración.

### **3.1.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS:**

- Garantizar el cuidado de enfermería de manera oportuna, eficaz y eficiente, al niño con crisis convulsivo, asociado a epilepsia.
- Prevenir y/o minimizar las complicaciones y posibles secuelas del paciente que presente una crisis convulsiva
- Estandarizar la atención que brinda el profesional de enfermería al niño con crisis convulsivo que acude al servicio.
- Establecer las relaciones entre en personal y el cuidador de esa manera generar confianza y fortalecer el apoyo de cada uno de ellos durante el evento.

### **3.3 METAS**

- Capacitar al 100% de personal de enfermería del servicio de neuropediatría en la intervención de enfermería en caso de pacientes con crisis convulsivo.
- Disminuir las complicaciones y de esa manera evitar las secuelas neurológicas posibles.
- Mejorar la calidad de vida del paciente Neurológico.

### 3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Elaborar guía de intervención de enfermería en pacientes con crisis convulsiva	Guía de intervención de enfermería	Elaboración de la guía	100 %	Junio- agosto 2022	Lic. Enfermería Martha Jurado Aponte
Socializar al personal de Enfermería sobre la guía de intervención de enfermería	Guía de Intervención	capacitación	100% del personal de enfermería.	Junio -agosto 2022	Lic. Enfermería Martha Jurado Aponte
Capacitar al personal de enfermería sobre los cuidados en pacientes con crisis convulsivas	Guía de intervención	Capacitación teoría y practica	100% del personal de enfermería.	Junio – agosto 2022	Lic. Enfermería Martha Jurado Aponte

Elaborado por lic. Martha Jurado Aponte.

### **3.5 RECURSOS:**

#### **3.5.1 MATERIALES**

- Historia Clínica.
- Registro de enfermería.
- Hoja de monitoreo de convulsiones
- Unidad del paciente equipado con balón de oxígeno.
- Equipo de protección personal.
- Insumos para una colocación de acceso venoso periférico (abocat, jeringas, extensión dis, apósito adhesivo, esparadrapo,)
- Sondas de aspiración de acuerdo con la edad del paciente, sondas nasogástricas.
- Equipos de monitoreo de funciones vitales.
- Drogas benzodiazepinas y anticonvulsivantes.
- Choche de paro equipado.

#### **3.5.2 HUMANOS**

- Lic. De Enfermería
- Técnicas de Enfermería.

### **3.6 EJECUCIÓN**

#### **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGÚN MODELO DE VALORACION DE MARYORI GORDON.(14)**

##### **1. PROMOCION DE LA SALUD:**

- Antecedentes familiares de epilepsia o convulsiones.
- Hábitos tóxicos en la familia



- Falta de compromiso del rol del cuidador.

## **2. NUTRICION-METABOLICO:**

- Problemas relacionados a su alimentación, si el paciente presenta crisis convulsiva, llega al estado de inconciencia, por los efectos de los sedantes y anticonvulsivantes.

## **3. ELIMINACION E INTERCAMBIO:**

- El paciente puede presentar durante la convulsión relajación de esfínteres, frecuencia respiratoria irregular, cianosis distal o generalizada, hipoxia, apnea, hipertermia.

## **4. PATRON ACTIVIDAD Y REPOSO:**

- Paciente por su estado de salud clínica presenta deterioro de la movilidad, espasticidad, hipertonia, contracciones musculares, flacidez, también presentar taquicardia, somnolencia, hipertensión.

## **5. PATRON REPOSO- SUEÑO:**

- Alterado, después de la convulsión el paciente presenta somnolencia y sueño profundo.

## **6. PERCEPCION -COGNICION:**

- Paciente presenta alteración de la cognición por pérdida de conciencia durante la crisis convulsiva.

## **7. AUTOPERCEPCION:**

- Hay probabilidad que su autoestima este disminuida por las convulsiones recurrentes.

## **8. ROL Y RELACIONES:**

- Familia: ansiedad, preocupación y temor.

**9. SEXUALIDAD:**

- Sin alteración.

**10. AFRONTAMIENTO – TOLERENCIA AL ESTRÉS:**

- Todo paciente presenta ansiedad al recuperar el conocimiento luego de una convulsión.

**11. VALORES- CREENCIAS:**

- Al inicio tanto paciente como familiar no aceptan el diagnóstico y tratamiento, la importancia que deben asumirlos.

**PLAN DE CUIDADOS ENFERMERIA EN PACIENTES  
PEDIATRICOS CON CRISIS CONVULSIVA CON LA TAXONIMIA  
NANDA NIC-NOC. ( 15)**

<b>Código de Dx.: 00007</b>	<b>Dominio 11. Seguridad/protección</b>	<b>Clase 6. Termorregulación</b>
<b>Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionado con actividad vigorosa asociado a</b> aumento de la tasa metabólica evidenciado por convulsiones piel caliente al tacto. rubor, taquicardia		
<b>Resultados esperados (NOC)</b>	<b>Intervenciones de Enfermería (NIC)</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
<p>Termorregulación (cód. 0800) Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>080008</b></li> </ul> <p>Contractura muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>080019</b></li> </ul> <p>Hipertermia</p>	<p><b>Regulación de la temperatura (cód. 3900) Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de funciones vitales: PA, FC, FR, T°.</li> <li>• Administrar medicamentos antipiréticos indicados.</li> <li>• Observar y registrar signos y síntomas de hipertermia.</li> </ul> <p><b>Tratamiento de la hipertermia (cod. 3786)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el color de la piel y mucosas</li> <li>• Administrar antipiréticos VO o EV según corresponda la indicación</li> <li>• Colocar al paciente con ropa ligera</li> <li>• Aplicar baño tibio o medios físicos</li> <li>• Humedecer los labios</li> <li>• Controlar entradas y salidas considerando las pérdidas insensibles de líquidos</li> <li>• Administrar oxígeno según corresponda</li> </ul> <p>Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre.</p>	<p>Puntuación diana del resultado:</p> <p>Escala de medición:</p> <p>desde Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) hasta Ninguno (5)</p>

<b>Código de Dx.: 00201</b>	<b>Dominio 4. Actividad / reposo</b>	<b>Clase 4.</b> Respuestas cardiopulmonares vasculares
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz F/A lesión cerebral		
<b>Resultados esperados (NOC)</b>	<b>Intervenciones de Enfermería (NIC)</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
<p>Estado Neurológico (cód. 0912)</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>091207</b></li> </ul> <p>Actividad comicial</p>	<p><b>Manejo de convulsiones (2680)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la vía aérea</li> <li>• Poner en decúbito lateral</li> <li>• Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante la crisis, proteger la cabeza</li> <li>• Aflojar la ropa</li> <li>• Suministre oxígeno al 100% durante la crisis y fase post ictal</li> <li>• Permanecer con el paciente durante la crisis</li> <li>• Canalizar una vía</li> <li>• Administrar medicación prescrita sedante</li> <li>• Administrar anticonvulsivante prescritos</li> <li>• Comprobar el estado neurológico</li> <li>• Vigilar los signos vitales</li> <li>• Reorientar al paciente después de la crisis</li> <li>• Registrar la duración de la crisis</li> <li>• Registrar las características de la crisis, partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial</li> <li>• Controlar los niveles de los fármacos anticonvulsivantes</li> <li>• Controlar la duración y características del periodo post ictal.</li> </ul> <p><b>Monitorización Neurológica (2620)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el nivel de consciencia, comprobar el nivel de orientación</li> <li>• Vigilar las tendencias de la escala de coma de Glasgow</li> <li>• Vigilar el tamaño, la forma, simetría y reacción pupilar</li> <li>• Vigilar las tendencias del nivel de sedación, escala de Ramsay</li> </ul>	<p>Puntuación diana del resultado:</p> <p>Escala de medición:</p> <p>desde Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) hasta Ninguno (5)</p>

<b>Código de Dx.: 00031</b>	<b>Dominio 11: Seguridad/ protección</b>	<b>Clase 2: lesión física</b>
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con disfunción neuromuscular asociado por excesiva cantidad de esputo		
<b>Resultados esperados (NOC)</b>	<b>Intervención de enfermería (NIC)</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
<p>Estado respiratorio: 0410</p> <p>permeabilidad de las vías aéreas</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>041004 Frecuencia respiratoria</p> <p>041005 Ritmo respiratorio</p> <p>041011 Profundidad de la inspiración</p> <p>041012 Capacidad de eliminar secreciones</p>	<p><b>Aspiración de las vías aéreas ( cod. 3160)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el lavado de manos.</li> <li>• Usar precauciones universales.</li> <li>• Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado.</li> <li>• Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.</li> <li>• Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</li> <li>• Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.</li> <li>• Monitorizar la presencia de dolor.</li> <li>• Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (, estado neurológico (p. ej., nivel de conciencia, inmediatamente antes, durante y después de la succión.</li> <li>• Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.</li> </ul>	<p>Escala de medición:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Desviacion grave del rango normal</li> <li>2.Desviacion sustancial del rango normal</li> <li>3.Desviacion moderado del rango normal</li> <li>4.Desviacion leve del rango normal</li> <li>5.Sin desviación del rango normal</li> </ol>

<b>Código de Dx.: 00155</b>	<b>Dominio 11: Seguridad / protección</b>	<b>Clase 2: Lesión física</b>
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Riesgo de caídas Factor de riesgo: disminución del estado mental, alteración en el funcionamiento cognitivo motor sensitivo		
<b>Resultados esperados (NOC)</b>	<b>Intervención de enfermería (NIC)</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
<p><b>Control de riesgo de caídas (1939)</b> Indicadores: <b>193902</b> Identificar los factores de riesgo para evitar caídas</p> <p><b>Caídas (1912)</b> Indicadores: <b>191204</b> Caída de la cama</p> <p><b>191202</b> Caídas caminando</p>	<p><b>Prevención de caídas (cod.6490)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar déficit cognitivo o físico del paciente</li> <li>• Identificar conducta y factores que afectan al riesgo de caídas</li> <li>• Revisar los antecedentes de caídas con la familia</li> <li>• Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuada para evitar caídas de la cama</li> <li>• Evitar presencia de objetos desordenados o de consistencia dura</li> <li>• Mantener vigilado al paciente</li> <li>• Mantenerse al lado del paciente durante y después de la crisis.</li> <li>• Educar a los padres a mantener las barandas de la cama o cuna siempre elevadas</li> <li>• Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, camas sin barandillas o barandillas bajas poca iluminación).</li> </ul>	<p><b>Escala de medición:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de enfermería por Dominios y según NANDA (2021-2023), uso de criterios de resultados NOC e intervenciones de enfermería NIC

<b>Código de Dx.: 00146</b>	<b>Dominio 9: Afrontamiento /Tolerancia al estrés</b>	<b>Clase 2: Respuesta de afrontamiento</b>
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Ansiedad relacionado con inquietud, angustia, alteración del sueño		
<b>Resultados esperados (NOC)</b>	<b>Intervención de enfermería (NIC)</b>	<b>Evaluación de resultados</b>
<b>1211</b> <b>Nivel de Ansiedad</b>  <b>Indicadores:</b> <b>121105</b> Inquietud  <b>121106</b> Tensión muscular  <b>121129</b> Trastorno del sueño	<b>Apoyo Emocional (Cod. 5270)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza</li> <li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional</li> <li>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</li> <li>• Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.</li> </ul>	Escala de medición:  1.-Grave  2.-Sustancial  3.-Moderado  4.- Leve  5.-Ninguno

Fuente: Datos obtenidos de la valoración de enfermería por Dominios y según NANDA (2021-2023), uso de criterios de resultados NOC e intervenciones de enfermería NIC



## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES**

1. El presente trabajo académico muestra las principales acciones, conceptos sobre crisis convulsiva y epilepsia, en pacientes pediátricos que el personal de enfermería debería de conocer.
2. La elaboración de guías de intervención requiere de profesionales dinámicos y competentes para utilizar sus propias habilidades frente a un paciente en particular que influya su juicio crítico.
3. Al culminar con la capacitación de la guía de intervención de enfermería en pacientes con crisis convulsiva se puede observar que va mejorando en cuanto a la actuación de enfermería en los casos presentados, evidenciando las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía de cuidados referente a la necesidad del paciente pediátrico.
4. Con la elaboración de un plan de cuidados realizamos una serie de actividades que se ejecutaran en relación con el bienestar del paciente y de esa manera evitar las posibles secuelas neurológicas mejorando la calidad de vida y fortaleciendo la actividad de enfermería.
5. El papel de enfermería juega un rol importante en las posibles complicaciones que podría conllevar a un mal manejo de una crisis convulsiva en los pacientes pediátricos, mantenimiento de la vía aérea permeable de la alimentación y las situaciones de estrés durante la hospitalización.
6. La enfermera no solo tiene que ser vista como quien pone el medicamento pues su atención es integral, pues también el apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente.

## CAPITULO V

### RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal de enfermería en el servicio de neuropediatría en relación a los cuidados de pacientes con crisis convulsiva, usando adecuadamente el lenguaje enfermero en la taxonomía NADA – NIC – NOC.
2. Actualizar la guía de intervención de enfermería en crisis convulsiva anualmente para fortalecer el conocimiento permanente en el personal del servicio de neuropediatría.
3. Concienciar al personal de enfermería en el servicio de neuropediatría del Instituto Nacional Especializado sobre los planes de cuidados a los pacientes con crisis convulsiva.
4. Incentivar al personal de enfermería a realizar estudios de *investigación*.
5. Fomentar la capacitación continua pediátrica sobre los planes de cuidados a los pacientes con episodios crisis convulsivas asociados a epilepsia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2019). Epilepsia. Centro de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. [Convulsiones en niños - Salud infantil - Manual MSD versión para público general \(msdmanuals.com\)](#).
3. Pellock JM. Status epilepticus in Children: Update and Riview. J.Child Neurol 1.994 (Suppl): 2S27-2S35.
4. Soria Acosta, A. R., Rodríguez Plasencia, A., Suxe Ramírez, & Sánchez Martínez, B., (2022). Guía para el manejo de pacientes pediátricos diagnosticados con epilepsia refractaria al tratamiento. Revista Universidad y Sociedad, 14(S3), 638-648.  
[2998-Texto del artículo-5883-1-10-20220613 \(3\).pdf](#)
5. Jumbo, M. & Pacheco E. (2018). Proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 17 años con crisis convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018. Universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36258/1/1266-TESES JUMBO%20Y%20PACHECO.pdf> .
6. Tenorio Rugel, V. (2018). Percepción del cuidado parental en niños con crisis convulsivas de 5 a 10 años en el área de medicina 2 del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo a Julio del 2017. Universidad de Guayaquil. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30784/1/1210-TESIS>

TENORIO%20RUGEL.pdf.

7. Espinoza Cerrón, Y (2018). Factores de riesgo asociados a la epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, 2011 - 2017. Universidad Nacional del Centro del Perú. Disponible en:

<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/4349/Espinoz%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. [SEhumes.pdf \(unsa.edu.pe\)](#).

9. López, H. (2021). Características asociados a la convulsión febril en pacientes de 6 meses a 5 años atendidos en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2018- 79 2020 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Lima, Perú.

10. Urra M. Eugenia Jana A. Alejandra García Marcela. Algunos Aspectos Esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales Cienc. enferm. [Internet] 2011. [Citado 5 Agosto 2015] 17(3):11-22. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

11. [Modelo de efectividad del rol de Irvine y Sidani \(1library.co\)](#)

12. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Síndrome Convulsivo en Pediatría Año 2014 –

[Ped-58 Síndrome Convulsivo en Pediatría v0-14.pdf](#)

13. Revistas / Punto Volumen III. Número 23. febrero 2020 / CONVULSIONES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS disponible en:

<https://www.npunto.es/revista/23/convulsiones-en-urgencias-pediatricas-sj>

14. International N. NANDA International Nursing Diagnoses 2021-2023.

Thieme. 2021.

**ANEXO 1**

**SERVICIO DE NEUROPEDIATRIA - HOJA DE MONITOREO DE CONVULSIONES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ CONDICIONAL: \_\_\_\_\_

FECHA		DURACION	TIPO	DESCRIPCIÓN DE LA CRISIS	PERDIDA CONCIENCIA		RELAJACION ESFINTERES		MEDICACION
					SI				

## ANEXO 2

### ESCALA DE NIVEL DE SEDACIÓN RAMSAY

<b>NIVEL DE SEDACIÓN</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
1	Paciente ansioso, agitado
2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a las ordenes
4	Dormido con breves respuestas a la luz y sonido
5	Dormido con solo respuesta al dolor
6	No respuesta