



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA “San Vicente de Paul”**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS  
DE 1 A 5 AÑOS CON SINDROME CONVULSIVANTES ÁREA  
DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL “DR. ABEL GILBER  
PONTÓN” DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013.**

**AUTORA:**

**LAGO VARGAS SANDRA MANUELA**

**TUTOR:**

**LCDA. ROSARIO ACOSTA MATUTE**

**Guayaquil, Ecuador**

**2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “San Vicente de Paul”**

## **CERTIFICACION**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Sandra Manuela Lago Vargas**, como requerimiento parcial para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

### **TUTORA**

---

**LCDA. ROSARIO ACOSTA**

### **REVISORES**

---

**LCDA. NORMA SILVA LIMA**

---

**LCDA. OLGA MUÑOZ**

### **DIRECTORA DE LA CARRERA**

---

**Mg. ANGELA MENDOZA VINCES**

**Guayaquil, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “San Vicente de Paul”**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Sandra Manuela Lago Vargas**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación Cuidados De Enfermería En Pacientes Pediátricos de 1 A 5 Años Con Síndrome Convulsivantes Área De Pediatra En El Hospital, “Dr. Abel Gilbert Pontón” previa a la obtención del Título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2013**

**LA AUTORA**

---

**Sandra Manuela Lago Vargas**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA de ENFERMERÍA “San Vicente de Paul”**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Sandra Manuela Lago Vargas**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del trabajo de Titulación: Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos De 1 A 5 Años con Síndrome Convulsivantes Área de Pediatría En El Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” del Ministerio de Salud Pública, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los \_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2013**

**AUTORA**

---

**Sandra Manuela Lago Vargas**

## *AGRADECIMIENTO*

*A Dios.*

*A ti mi Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante en mi vida, y darme salud y constancia necesaria para cumplir mis metas, por permitirme aprender de mis errores, y levantarme de ellos día a día.*

*Meditando desde el fondo de mi alma.*

*En una tarde azul y triste se fue, sin decirme su adiós, ni sus motivos dejando en mis manos un recuerdo y su figura ejemplar de alma luchadora que siempre anhelaba para sus consentidos. El que no lloraba en sus derrotas, ni en sus momentos difíciles....En el trémulo de su adiós su partida fue como un vuelo fugaz. Papá Bruno Lago Díaz.*

*Pero la vida continúa y existen motivos para seguir luchando día a día por lo que amo.*

*A mi querida madre por estar siempre a mi lado, por su confianza y ayuda constante.*

*Agradecimiento de manera especial y sincera a mi estimada Lcda. Rosario Acosta por su apoyo confianza y conocimientos para guiar mis ideas, lo que son un aporte invaluable en el desarrollo de esta tesis.*

*Sandra Manuela Lago Vargas*

## *DEDICATORIA*

*A mi querida madre por estar siempre a mi lado apoyando en los momentos difíciles. Lo que me motivo a seguir estudiando*

*A mi amado esposo que con su apoyo y amor constante ha sido el impulso y pilar principal para la culminación de mi carrera.*

*A mis queridos y adorados hijos, por haber cedido parte de su valioso tiempo en mi formación como profesional.*

*Siendo mi principal motivación y mi energía para mi actividad diaria.*

*Sandra Manuela Lago Vargas*

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**  
**(Se colocan los espacios necesarios)**

---

**LCDA. ROSARIO ACOSTA MATUTE**  
Profesor Guía o Tutor

---

Profesor Delegado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA “San Vicente de Paul”**

**CALIFICACIÓN**

---

Profesor Guía o Tutor



## ÍNDICE GENERAL

Portada	
Certificación .....	II
Declaración de responsabilidad .....	III
Autorización .....	IV
Agradamiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Tribunal de sustentación .....	VII
Calificación.....	VIII
Índice General.....	IX
Resumen .....	XVIII
Abstract.....	XIX
INTRODUCCIÓN .....	1
Razones que motivaron el estudio .....	4
Justificación .....	5
Descripción del problema .....	7
Contextualización en tiempo y espacio .....	10
Objetivos .....	14
Objetivo general .....	14
Objetivos Específicos.....	14
CAPÍTULO I.....	15
1.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR .....	15
Misión .....	15
Visión .....	15
Valores.....	16
1.1.1 Organización mundial de la salud y su departamento de salud mental	16
1.1.2 Organización de los derechos humanos .....	17
1.1.3 UNICEF y su compromiso con la niñez y adolescencia ecuatoriana. .	18
1.1.4 El Ministerio de Salud Pública y su compromiso con la niñez.....	19

1.1.5 Marco Legal.....	22
Constitución de la República del Ecuador .....	23
1.1.6 “Derechos del Buen Vivir” .....	23
1.2 DESARROLLO DEL NIÑO HASTA LOS 5 AÑOS .....	25
Maduración Ósea.....	26
Maduración Química.....	27
Metabolismo.....	27
Temperatura .....	27
Sueño .....	28
Temperamento.....	28
1.2.1 La estimulación del Desarrollo Psicomotor.....	29
Área Motora.....	29
Área Lenguaje.....	30
Área Coordinación.....	30
Área Social.....	30
1.2.2 Período del primer año de vida.....	30
1.2.3 Período de 2 años de edad.....	31
1.2.4 Período de 3 años de edad.....	32
1.2.5 Período de los 4 años.....	33
1.2.6 Período de 5 años de edad.....	33
Desde el nacimiento hasta 1 año (Fase oral) .....	34
De 1 a 3 años. (Fase anal) .....	35
De los 3 a los 5 años. (Fase cefálica) .....	35
1.3 EPILEPSIA.....	36
1.3.1 Introducción .....	36
1.3.2 Concepto.....	36
1.3.3 Historia de la Epilepsia.....	37
1.3.4 Fisiopatología.....	41
1.3.5 Medios de diagnósticos.....	49
1.3.6 El Aura .....	54

1.3.7 Clasificación de la epilepsia en niños .....	55
1.3.8 Modelo y Teoría Callista Roy .....	65
GLOSARIO .....	71
SIGLAS .....	73
CAPITULO II .....	74
2 Esquema metodológico .....	74
2.1 Metodología .....	74
2.2 Tipo de estudio .....	74
2.3 Área de estudio .....	74
2.4 Universo .....	74
2.5 Muestra .....	74
2.6 Encuesta .....	75
2.7 Instrumento .....	75
2.8 Hipótesis .....	76
2.9 Variable .....	76
2.9.1 Variable Independiente .....	76
2.9.2 Variable Dependiente .....	76
2.9.3 Operacionalización de Variables .....	77
CAPITULO III	
3 Análisis y resultados .....	80
3.1 Procesamiento de la información .....	80
CAPITULO IV .....	100
4. Propuesta .....	100
4.1 Tema de la Propuesta .....	100
4.2 Introducción .....	100
4.3 Objetivos .....	101
4.3.1 Objetivo General .....	101
4.3.2 Objetivos Específicos .....	101
4.3.3 Beneficiario .....	101

4.3.4 Consideraciones previas.....	101
4.4 Cuidados de enfermería .....	102
En pacientes con riesgo de crisis.....	102
Durante la crisis .....	103
Después de la crisis.....	103
Educación a los padres.....	104
Psicoeducación al Familiar .....	105
4.5 Patrones funcionales .....	106
4.5.1 Introducción .....	106
4.6 Proceso de atención de enfermería .....	114
4.6.1 Objetivos .....	114
4.6.2 Ventajas del PAE .....	114
4.7 Plan de cuidados de enfermería .....	116
CONCLUSIONES .....	120
RECOMENDACIONES.....	121
BIBLIOGRAFÍA.....	122
ANEXOS.....	124

## ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Registra en las observaciones de enfermería: Las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión. ...	81
Tabla 2. Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsionantes. ....	82
Tabla 3. De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva. ...	83
Tabla 4. Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes convulsivantes. ....	84
Tabla 5. Qué hace usted después de la crisis convulsiva. ....	85
Tabla 6. Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes. ....	86
Tabla 7. Elija cuál de estas complicaciones es para usted es un factor de riesgo de la crisis convulsivantes. ....	87
Tabla 8.Cuál es la etiología de los síndromes convulsionantes. ....	88
Tabla 9. Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño. ....	89
Tabla 10. Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo al niño. ....	90
Tabla 11. Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes. ....	91

Tabla 12. Guía de observación aplicada al personal, mantiene un ambiente termino neutro del niño. ....	92
Tabla 13. Guía de observación aplicada al personal, realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematomas, fracturas, pérdida de piezas dentarias. ....	93
Tabla 14. Guía de observación aplicada al personal, Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión. ....	94
Tabla 15. Guía de observación aplicada al personal, El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo. ....	95
Tabla 16. Guía de observación aplicada al personal, existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos. ....	96
Tabla 17. Guía de observación aplicada al personal, tiene la lista medicación cárdiorespiratoria. ....	97
Tabla 18. Guía de observación aplicada al personal, aspiración de las faringe si presenta vómitos y/o residuos gástrico. ....	98

## ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1. Registra en las observaciones de enfermería: Las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión. ...	81
Gráfico 2. Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsionantes. ....	82
Gráfico 3. De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva.	83
Gráfico 4. Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes convulsivantes. ....	84
Gráfico 5. Qué hace usted después de la crisis convulsiva. ....	85
Gráfico 6. Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes. ....	86
Gráfico 7. Elija cuál de estas complicaciones es un factor de riesgo de la crisis convulsivantes. ....	87
Gráfico 8. Cuál es la etiología de los síndromes convulsionantes. ....	88
Gráfico 9. Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño. ....	89
Gráfico 10. Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo al niño.....	90
Gráfico 11. Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes. ....	91

Gráfico 12. Guía de observación aplicada al personal, mantiene un ambiente termino neutro del niño. ....	92
Gráfico 13. Guía de observación aplicada al personal, realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematomas, fracturas, pérdida de piezas dentarias. ....	93
Gráfico 14. Guía de observación aplicada al personal, Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión. ....	94
Gráfico 15. Guía de observación aplicada al personal, El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo. ....	95
Gráfico 16. Guía de observación aplicada al personal, existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos. ....	96
Gráfico 17. Guía de observación aplicada al personal, tiene la lista medicación cárdiorespiratoria. ....	97
Gráfico 18. Guía de observación aplicada al personal, aspiración de las faringe si presenta vómitos y/o residuos gástrico. ....	98



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta dirigida a la profesional de enfermería del área de Pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. ....	125
Anexo 2. Matriz de recolección de datos al personal de enfermería del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, Guía de Observación.....	127
Anexo 3. Oficio de asignación dirigida a la tutora, de parte de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. ....	128
Anexo 4. Oficio de Autorización para el Hospital para realizar la encuesta enviada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.....	129
Anexo 5. Oficio dirigido a la Coordinadora Líder de Estadística del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de parte de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.....	130
Anexo 6. Certificación de terminación de tesis .....	131
Anexo 7. Cronograma de Tutorías.....	132
Anexo 8. Oficio de designación como Primera Lectora de Tesis.....	133
Anexo 9. Oficio de Aprobación de Primera Lectora.....	134
Anexo 10. Oficio de designación como Segunda Lectora de Tesis. ....	135
Anexo 11. Oficio de Aprobación de Segunda Lectora. ....	136
Anexo 12. Fotos.....	137

## RESUMEN

Luego de los resultados finales se define, el estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, la información recopilada en este estudio se obtuvo por medio de la aplicación de una encuesta realizada a las profesionales de enfermería.

Doy a conocer que en el año 2012 fueron atendidos en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón 21.413 pacientes pediátricos de 1 a 5 de los cuales 1183 niños presentaron crisis convulsivas, lo que corresponde a un 12 % del total de niños atendidos que recibieron atención en esta casa de salud.

El rol de las profesionales de enfermería engloba una serie de responsabilidades específicas en el cuidado del niño como: examen cefalocaudal, la escala de valoración neurológica, observación, de las características de convulsiones, proporcionar un ambiente térmico neutro, y la medicación cardiorrespiratoria, apropiada para la emergencia del paciente pediátrico.

La falta de información de la profesional en enfermería hacia los padres y al familiar, lo que cabe indicar que se debe dar constantes charlas de educación que contribuyan a la desestigmatización de esta enfermedad y de este modo, favorecer una adecuada inserción familiar, social, escolar del niño. Evitando así depresión y abandono del tratamiento, priorizando cuidados óptimos del niño con síndromes convulsivantes.

**Palabras Claves:** Cuidados, Enfermería, Paciente, Pediátrico, Síndrome, Convulsivantes.

## **ABSTRACT**

After the final results are defined, the study is quantitative descriptive information collected in this study was obtained through the application of a survey of nursing professionals. I report to the nursing care received by the child under five years of hospital pediatrics Dr. Abel Gilbert Pontón period 2012-hey were served a total of 21,413 pediatric patients 1-5 years according to statistics where you can see that in this age range 1,183 children had seizures which corresponds to 12% of children served. The nursing staff includes a number of specific care in caring for the child as neurological assessment scale, cephalocaudal examination, seizure characteristics, provide a neutral thermal environment, and appropriate medication for emergency cardiopulmonary or pediatric patient.

The lack of information from the nursing professional to the parents and family, you would indicate that you should give education talks constants that contribute to the stigmatization of the disease and thus, allow for adequate insertion family, social, school the child. Thus avoiding depression and abandonment of treatment, prioritizing optimal care of children with convulsive syndromes.

**Keywords:** Care, Nursing, Patient, Pediatric Syndrome, convulsants.

## INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como objetivo mejorar la atención que proporciona la profesional de enfermería a los pacientes Pediátricos que ingresan con síndromes convulsivos del área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón 2013, teniendo en cuenta que es un hospital del Tercer Nivel y que llegan pacientes Pediátricos de distintos lugares de nuestro país y con transferencia desde centros de salud, hospital de segundo nivel debido la gravedad en el estado de salud del niño.

El pronóstico de la epilepsia depende de la etiología, así como del inicio temprano del tratamiento y su continuidad. Se estima que hasta el 70% de las personas con epilepsia pueden llevar una vida normal si reciben el tratamiento apropiado.

La epilepsia representa el 0,5% de la carga mundial de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, el 80% de esa carga corresponde a países en desarrollo.

Los índices de incidencia, prevalencia y mortalidad de la epilepsia a nivel mundial no son uniformes y dependen de varios factores. La prevalencia a lo largo de la vida en América Latina y el Caribe, de acuerdo a una recopilación de estudios basados en la comunidad, no hubo diferencias significativas de acuerdo al sexo o grupos de edad.

Las tasas de mortalidad son más altas en las personas con epilepsia que en la población en general. La tasa anual de mortalidad estimada a nivel mundial va de 1 a 8 por 100.000 habitantes. En un análisis de la mortalidad a nivel regional en el periodo de 1999 al 2007 se registró un promedio anual de 7.179 defunciones por epilepsia (como causa primaria), lo que representa

una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes; se observa un índice más alto en los hombres correspondiente a 1,0 que en las mujeres 0,6. En los grupos 3<sup>1</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud dentro del área de desarrollo sostenible, promueve, planes y programas para la salud mental lo que reduciría la carga que significa de las enfermedades psíquicas, prevenir las discapacidades y desarrollar la rehabilitación. Existen estudios realizados en el año 2008, existen un estudio realizado sobre la epilepsia a nivel regional de las Américas el cual fue promovido O.P.S. Mediante el departamento de Salud Mental, estudio denominado. “Epilepsia en Latinoamérica” de los cuales fueron elegidos 3 países E.U.A, Ecuador y Chile. Siendo Ecuador el que presento el índice más alto de pacientes epilépticos<sup>2</sup>.

Siendo la epilepsia una enfermedad neurológica provocada por anomalías en la actividad eléctrica del cerebro estos impulsos se le atribuye el control y la relación con las emociones; por lo que afecta el comportamiento, también las funciones cognitivas, desde la atención a la concentración; la capacidad de fijación y de memoria. La Dra. Mirella Centanaro, neuróloga del I.N.C (Instituto de Neurociencias) explica que el 18% de la población ecuatoriana padece de epilepsia, y se la determina con estudios básicos como resonancias magnéticas, electroencefalograma. (Revista informativa SOMOS JUNTA 2013 N. 5 pág. 16)

Según la organización mundial de la salud los síndromes convulsivantes son trastornos neurológicos crónicos que afecta a las personas de todas las edades y existen aproximadamente 50 millones de personas y que el 80% de los pacientes proceden de regiones en desarrollo, las tres cuartas partes de los afectados no reciben el tratamiento que necesitan. Por lo que el

---

<sup>1</sup> Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia EUA 26-30 Sept 2013.

<sup>2</sup> Informe de epilepsia en Latinoamérica ciudad panamá año 2008 Diseño e Impresión: AG Publicidad. Pág. 10-11

paciente y sus familias pueden ser víctimas de la estigmatización y discriminación en muchas partes del mundo.

Los síndromes convulsivantes son los más frecuentes en niños menores de 5 años ya que experimentan problemas de aprendizaje y la memoria, lo que conlleva a un aislamiento del mundo social, baja autoestima, reducción de la vida social, agresión y depresión. Aunque la prevención depende de las condiciones económicas de la sociedad, es posible la implementación de algunas acciones individuales o institucionales, sobre todo a través de la educación y la intervención del profesional de la salud en la comunidad.

## **RAZONES QUE MATIVARON AL ESTUDIO.**

Lo que me motivo a realizar este trabajo investigativo tiene dos motivos en especial.

Es ayudar a los padres y familiares de aquellos niños que requieren ser hospitalizados con urgencia, luego de haber trascurrido un periodo de síndromes convulsivos, sufren un impacto tan intenso y repentino, cambio de la salud a la enfermedad; y un desagradable proceso de hospitalización lo que puede ocasionar no solo alteraciones biológicas, sino también problemas que conllevan al cambio de su entorno su entorno familiar y del hogar, lo que representa una nueva experiencia miedo y emociones, resultando muy penoso que el niño sienta que su cuerpo no está funcionando de forma normal. Es muy difícil como enfermera ver a diario cuadros y escenas de familias de pacientes con síndromes convulsivos y sus reacciones lo que altera a padres, motivo de preocupación y ansiedad sobre el tratamiento de las convulsiones cambio y reacción del niño. Seres que a temprana edad ya tienen problemas y necesidades, como las de un adulto; familiares desesperados y que desde el primer momento de su ingreso a esta casa de salud buscan ayuda en el personal de enfermería para calmar sus inquietudes. Por este motivo la empatía constituye uno de los pilares básicos para promover la motivación a padres y familiares para lograr el bienestar del niño.

La segunda motivación y más anhelada es tener un título como licenciada en enfermería. Ha sido para mí siempre la profesión que me gusta, lo que aún me motivo a seguir preparándome a para llegar a ser una profesional, para ayudar a los que más necesitan de los cuidados. Los pacientes, y desenvolverme y aplicar conocimientos científicos adquiridos en nuestra universidad.

## JUSTIFICACIÓN.

Para el desarrollo de este estudio, desde el punto de vista científico se hace importante mencionar la teoría de Sor Callista Roy a través de su teoría y modelo de adaptación que tienen los niños para adaptarse a los cambios. El objetivo de la enfermería es contribuir a la meta general del cuidado de la salud la cual consiste en promover la salud de los individuos en la sociedad entonces el papel de la enfermera significa fomentar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad.

Marjory Gordon donde explica la valoración de enfermería denominada los patrones funcionales de la salud, lo que ha permitido a la profesional de enfermería priorizar cuidados (Modelos y teorías de enfermería 2012).

Una de las inolvidables experiencias como estudiante fue el internado rotativo en Enfermería realizado en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón prestigiosa casa de salud que recibe a pacientes con diferentes patologías y de distintos lugares de nuestro país. Los síndromes convulsivantes pueden presentarse a cualquier edad, pero la más frecuente que sucede es en los primeros años de vida entre ellas la infancia, en estos casos se manifiesta con pérdida del conocimiento, contracturas musculares violentas, alteración bucal, náuseas, sudoración excesiva acompañada de movimientos involuntarios, relajación de esfínteres. No cabe duda que la aparición de este síndrome convulsivante tiene un impacto no solo en el niño, sino en los padres y en toda la estructura familiar.

La familia puede sufrir situaciones difíciles ejemplo: el miedo a la aparición de las crisis o lesiones por las mismas lo que va a provocar una sobreprotección en el niño. Si hay hermanos estos pueden haber un desplazamiento, lo que puede influir negativamente en la relación familiar y que de hecho no es raro que esta situación termine en una ansiedad.



Los síndromes convulsivantes son los más frecuentes en niños menores de 5 años ya que experimentan problemas de aprendizaje y la memoria, lo que conlleva a una dependencia aislamiento del mundo social, baja autoestima, reducción de la vida social agresión y depresión. Aunque la prevención depende de las condiciones económicas de la sociedad, es posible la implementación de algunas acciones individuales o institucionales, sobre todo a través de la educación y la intervención del profesional de la salud en la comunidad.

La atención que ofrece el personal de enfermería a los niños con esta patología es el resultado a respuesta humana con problemas reales o potenciales y de cierta manera deben existir cambios para mejorar la eficiencia en la atención de enfermería del niño con síndromes Convulsivantes en la mayoría de los casos fue atendido por el personal auxiliar y no por la Lcda.; observando falta de criterio de atención; poca paciencia y buen trato al niño y familiar y causando mayor nivel de ansiedad. Unos de los principales aspectos en este estudio serán la valoración continua y la acción oportuna en el momento que se presente la emergencia.

El personal de enfermería debe relacionar de forma atenta y cordial con los familiares y el niño aspecto positivo que dan un realce al buen trabajo que realiza enfermería del área de pediatría, tomado de la mano con el mejoramiento de la infraestructura de dicha casa de salud forman un dúo exitoso para el cuidado y tratamiento de nuestros pacientes pediátricos.

Los síndromes Convulsivantes constituyen una urgencia médica que requiere una atención inmediata para evitar lesiones cerebrales definitivas. El conocimiento de un protocolo terapéutico teniendo como finalidad aplicar procedimiento estandarizado de prescripción esquemas y un manejo adecuado de niños con diagnóstico de síndromes Convulsivantes, por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través del Sistema Nacional de Salud lo cual será un paso importante para evitar altos costos económico.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas crónicas más frecuentes de la infancia. Es un trastorno del cerebro caracterizado por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas con consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales (1).

El 70% de las personas que desarrollan epilepsia, lo hacen en las dos primeras décadas de su vida. Se calcula que 10.5 millones de niños en el mundo por debajo de los 15 años tienen epilepsia activa. La incidencia anual de epilepsia en niños es de 61- 124 por 100 000 en países en desarrollo y de 41-50 por 100 000 en países desarrollados (instituto para la investigación para el desarrollo de la neurología edición 2012 pág. 77)

En el hospital Abel Gilbert Pontón atiende paciente neurológicos que por lo general llegan es estado de pos convulsivo lo que es necesario una valoración neurológica minuciosa y su respectivo ingreso para el tratamiento de la enfermedad, en el 2012 fueron atendidos 1183 paciente pediátricos de 1-5 años que presentaron dicha patología lo que hace notar que es una considerable cifra.

La frecuencia de convulsiones en la población general es de 4-8%. La incidencia de epilepsia, referida al número de nuevos casos, es de 1000 a 100.000 por año. La prevalencia de epilepsia, es decir el número de casos con epilepsia activa en la población infantil, alcanza de 3.6 a 6 por 1000 habitantes. Un 80% del total de las epilepsias se inician antes de los 15 años. (R.D. Adams, M. Víctor. "Epilepsia y otros trastornos convulsivos". Manual de Principios de Neurología. IV Edición. Interamericana. McGraw-Hill. México)

Trastorno del cerebro caracterizado por ataques recurrentes. Hay muchos tipos de ataques, entre ellos:

- Convulsiones o caídas súbitas.
- Episodios breves pero frecuentes de mirar al vacío.
- Distorsiones del ambiente que rodea al niño, que son invisibles para los demás.
- Comportamiento aturdido, casi como en trance, durante el cual la conciencia del niño está suspendida y su memoria no funciona. Aunque los ataques pueden variar, mucho en la manera como se presentan o se sienten, todos son causados por lo mismo: un cambio pasajero en la manera en que las células cerebrales controlan la conciencia de las cosas y los movimientos corporales.

Muchas lesiones o enfermedades físicas pueden causar un ataque individual en un niño. Sin embargo, un solo ataque no es epilepsia. La epilepsia significa ataques recurrentes. Actualmente, gracias al tratamiento regular con medicamentos para prevenir los ataques, muchos niños con epilepsia sufren estos episodios con poca o ninguna frecuencia, y pueden participar plenamente en las actividades escolares. No obstante, los niños que todavía tienen ataques pueden enfrentarse con problemas en la escuela, que incluyen aislamiento de otros estudiantes, poca autoestima y un nivel más bajo de éxito escolar.

Cada niño reacciona a los tratamientos y medicamentos de distinta manera. Por esta razón, el médico debe ser informado periódicamente acerca de cómo el niño está reaccionando al tratamiento. Por ejemplo, los padres deben asegurarse de comentarle al médico si, el niño se muestra soñoliento con frecuencia, o no tiene apetito, o se siente mareado, si comienza a actuar de un modo extraño y diferente debido al tratamiento. Pero, aunque el niño comience a mostrar estos síntomas o efectos secundarios, los padres no deben, bajo ninguna circunstancia, modificar o interrumpir el medicamento que esté tomando el niño. Es indispensable que los padres se comuniquen con el médico lo antes posible para discutir estos nuevos síntomas y deben seguir al pie de la letra las nuevas indicaciones médicas.

El modificar o interrumpir el tratamiento médico que esté tomando el niño, sin antes consultarlo con el médico, podría provocar un nuevo y más grave ataque en el niño, haciendo que éste sea difícil de controlar, y por ende, podría poner en riesgo su vida. Si el niño presenta un ataque que no finaliza, es de vital importancia que los padres lo transporten de inmediato a una sala de emergencia.

En la mayoría de los casos, los ataques duran unos pocos segundos o hasta 2 minutos y terminan por sí solos, sin mayor complicación. Pero cuando un ataque se prolonga más allá de este breve periodo, o se sucede un ataque tras otro, entonces es indispensable que el niño reciba atención médica. (Revista de fundación epilepsia 2009 epilepsi foundation of América)

En el hospital Abel Gilbert pontón en el área de pediatría atiende a los pacientes pediátricos lo cual son clasificados para su ingreso a dicha casa de salud de acuerdo a su edad o grupo como son: Rn, lactante, preescolares y escolares lo que son atendido en los 3 turnos: 07h30 am a 13:30 pm, 13:30 pm a 19h30 y en el horario de la noche de 19h30 pm a 07:30. Donde labora la profesional de enfermería, 3 auxiliares de enfermería, médico residente y médicos rurales lo que forman un equipo integrado para la atención oportuna del niño con crisis convulsivas, mediante exámenes radiológicos, exámenes de laboratorio, administración del medicamento.

Lo cual durante mis pasantías como estudiante de enfermería adquirí nuevos conocimiento lo cual me ha permitido conocer el impacto que causa el niño y la familia, el soporte psicológico como charlas, papelógrafos, etc. Recomendaciones que recibían los padres de acuerdo a la etiología del fenómeno convulsivo: ej. .traumatismo craneoencefálico, enfermedades febriles (viral), origen idiopático o hereditario etc.

**¿Cuáles son los cuidados que proporciona el personal de enfermería a los pacientes pediátricos con síndromes convulsivantes en el área de pediatría en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?**

## **CONTEXTUALIZACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO.**

El trabajo investigativo se realizó en un periodo de cuatro meses desde Abril a Julio del 2013 en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón del M.S.P. en la ciudad de Guayaquil localizado al Suroeste de Guayaquil. Siendo un hospital de Tercer nivel, que recibe a paciente de todas las provincias de nuestro país e incluso a pacientes extranjeros; sin límites de edad, dando sus servicios en horario ininterrumpidos las 24 horas del día. Atendiendo en las áreas de neurología, oncología, cardiología, traumatología, ginecología, medicina interna, hospitalización y consulta externa.

Dicha investigación tiene como objetivo implementar un protocolo estandarizado de atención de enfermería de pacientes pediátricos con síndromes convulsivantes.

El Ministerio de Salud Pública se ha preocupado por los grupos más vulnerable. La atención de los niños y niñas deben contextualizarse en los enfoques de estrategias de atención primaria de salud, como promoción y prevención de la salud con motivación, educación y participación de la familia.

El hospital Dr. Abel Gilbert Pontón se inauguró el 8 de Octubre de 1973 cuando por primera vez abre sus puertas y presta los servicios solo en el área de emergencia y la consulta externa en el gobierno presidencial de Guillermo Rodríguez Lara y que en esos tiempos presidía nuestro país la junta militar.

Pero tuvo su segunda inauguración fue en el año 1981 en el gobierno presidencial del Dr. Jaime Roldós Aguilera en donde en este año se dio por inauguro el área del primer piso e implementación de equipos médicos.

Desde sus inicios hasta la actualidad tiene actualmente 40 años de servicio, aunque han existido ciertas irregularidades con respecto a su funcionamiento pero que en la actualidad los ha superado mediante el gobierno descentralizado. En la actualidad es uno de los principales y mejores hospitales de nuestra provincia, dando servicios óptimos especializados como:

Taller e implementación de prótesis, único en la provincia del guayas, mediante la misión solidaria Manuela Espejo. Sirviendo al paciente qué más lo necesita.

Hospital móvil, consta de ambiente climatizado, realizando intervenciones quirúrgicas, consta de 3 quirófanos, curaciones, sala de ecografía, y laboratorio.

Ecu 911 a la disposición de la ciudadanía con 2 ambulancia que cubren emergencia de alrededor del hospital, lo que recibe llamada telefónica de la central de radio, consta de un médico y paramédico asisten al accidentado y si amerita es transferido al hospital para su respectiva valoración y si el caso lo requiere es ingresado.

## **ÁREAS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA**

### **PLANTA BAJA.**

**Servicios:** Laboratorio, farmacia e imágenes, área de quimioterapia y consultorios de consulta externa, estadísticas, áreas administrativas.

**Contingencia:** consultorios de emergencia, observación, Cirugía menor.

**Mezzanine:** Departamento de docencia e investigación, Biblioteca, Odontología, Departamento de sistemas. Estadísticas archivo de carpetas.

## **HOSPITALIZACIÓN**

### **Primer piso**

Pediatría área comprendida por 10 ambientes cada uno de 6 camas: dividido en ambientes para lactantes, preescolares y escolares, un área de UCIN (Unidad cuidado intensivos neonatal) área de cuidados intermedios, sala de procedimientos área de terapia respiratoria, consultorio médico y trabajo social.

### **Segundo piso.**

Ginecología comprendida, de 10 ambientes cada uno con 6 camas, divide en puerperios fisiológicos, puerperios quirúrgicos, sala de pacientes de alto riesgo, quirófanos, neonatología, y sala de pospartos.

### **Tercer piso.**

Medicina interna: pacientes ingresados con, evento cerebrovascular, insuficiencias cardiacas, gastroenterología, nefrología, oncología, hematología.

Área de ictus comprendida

### **Cuarto piso.**

Sala para traumatología, cirugía general, área de pacientes infectados.

### **Quinto piso.**

Quirófanos, UCI, (unidad de cuidados intensivos), sala de recuperación, área de esterilización.

### **Sexto piso.**

Piso actualmente en construcción.

## **INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y RECURSO HUMANO.**

El hospital DR. Abel Gilbert Pontón consta de 5 plantas y actualmente una en construcción para la atención de los usuarios. En el primer piso está el área de pediatría donde hay una disponibilidad de 60 camas para la atención del paciente pediátrico.

El recurso humano de esta área, está conformado 8 licenciadas y 22 auxiliares de enfermería con turno rotativos comprendidos en mañana, tarde y noche cada uno de 6 horas a excepción del turno de la noche que es de 12 horas y que se describe de la siguiente manera. 07h30 am a 13:30 pm, 13:30 pm a 19h30 y en el horario de la noche de 19h30 pm a 07:30.

También cabe recalcar la presencia del médico tratante, medico residentes, internos/ as de enfermería y medicina donde los pacientes son atendidos y valorados para su respectivo tratamiento.



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Diseñar un protocolo y cuidados estandarizados de atención en enfermería de pacientes pediátricos con síndromes convulsivantes en el área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

### **Objetivos Específicos:**

Contar con un personal de enfermera capacitadas en el manejo del paciente pediátrico con síndromes convulsivos a través de protocolos de atención.

Lograr que el usuario externo adquiera conocimientos en el cuidado del paciente con síndromes convulsivos.

Ejecutar planes de cuidados de enfermería a pacientes pediátricos con síndrome convulsivantes.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

El ministerio de Salud Pública del Ecuador, cumpliendo con su rol rector, ha elaborado, con amplia participación de instituciones relacionadas con la niñez, teniendo como responsabilidad, salvaguardar y crear las condiciones para el desarrollo humano más aun el Ministerio de Salud que es el garante de salud y la vida de los ecuatorianos y responsable de brindar atención con calidad, equidad, universalidad, y solidaridad a todos los niños y niñas ecuatorianos, la Coordinación Nacional de Fomento y Protección presenta a nivel nacional, a los docentes de universidades, estudiantes, facultades de medicina a instituciones gubernamentales y no gubernamentales la creación de Normas de Atención a la Niñez, con la seguridad de que este documento se convertirá en un referente obligado para la consulta y la atención primaria de salud y conllevara acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud a beneficio de la niñez ecuatoriana<sup>3</sup>.

#### a) Misión

Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

---

<sup>3</sup> (Normas de Atención a la Niñez).

## **b) Visión**

El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

## **c) Valores**

**Respeto.-** Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

**Inclusión.-** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

**Vocación de servicio.-** Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

**Compromiso.-** Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

**Integridad.-** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento”.

**Justicia.-** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello. (Ministerio de Salud Pública)

## **1.1 Organización mundial de la salud y su departamento de salud mental**

El objetivo de esta tarea es por tanto elaborar un conjunto de indicadores que puedan usarse para medir los objetivos de la política y la planificación de la salud mental. El modelo debe aplicar sea todos los niveles del tipo de

servicio identificados en el modelo piramidal de la OMS, como se indica en el apartado de información rutinaria del servicio. Esto es crucial para poder evaluar la distribución de recursos y actividades en los distintos niveles del servicio de salud mental. Por ejemplo, si uno de los objetivos de la política de salud mental es desarrollar servicios comunitarios de salud mental, será vital disponer de indicadores sobre las actividades tanto en hospitales como en dispositivos comunitarios (según la información rutinaria del servicio) y sobre los recursos asignados a cada uno (conforme a los sistemas administrativos para el personal y los presupuestos) para determinar si los servicios comunitarios de salud mental están de hecho desarrollándose o si los recursos y actividades siguen centrados en la atención hospitalaria. Al final de esta tarea el equipo debe de haber identificado un conjunto de indicadores utilizables en la evaluación de los objetivos clave de la política. El modelo debe aplicarse a todos los niveles del servicio Identificados en el modelo.

## **1.2 Organización de los derechos humanos**

Entre otras limitaciones, las personas con epilepsia ven reducido su acceso a los seguros de vida y de enfermedad, y tienen dificultades para obtener el permiso de conducir u ocupar determinados puestos de trabajo. En muchos países la legislación refleja siglos de desconocimiento sobre la epilepsia. Por ejemplo:

- En la China y la India, la epilepsia es considerada a menudo como motivo para prohibir o anular el casamiento.
- En el Reino Unido, la ley que prohibía a los epilépticos casarse no se derogó hasta 1970.
- En los Estados Unidos, hasta los años setenta a las personas con ataques se les podía negar el acceso a restaurantes, teatros, centros recreativos y otros edificios públicos.

La legislación basada en normas internacionalmente aceptadas de derechos humanos puede evitar la discriminación y la violación de los derechos, mejorar el acceso a los servicios de salud y aumentar la calidad de vida.

### **1.3 UNICEF y su compromiso con la niñez y adolescencia ecuatoriana.**

Desde el año 2004, UNICEF y OCP Ecuador S.A. trabaja de manera conjunta en acciones que mejoren las condiciones de vida de las niñas, niños y adolescentes del país. Esta nueva etapa viene acompañada de un gran desafío: La protección y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

La cultura y contexto de pobreza y violencia que vive el Ecuador, producto de años de crisis políticas, económicas y sociales, constituyen obstáculos para el desarrollo del país. La marginación y exclusión de una gran parte de la población afecta especialmente a jóvenes, niñas y niños quienes además de ser los actores protagónicos del futuro del país, son las principales víctimas de esta violencia, lo que compromete seriamente su porvenir, y por ende, el del Ecuador.

Como toda cultura, la violencia es una práctica de la sociedad; se produce socialmente y por eso se la puede prevenir también socialmente. Y como parte de la cultura de violencia está el estigmatizar a la víctima, se culpabiliza a los jóvenes delincuentes, a los niños de la calle, a los mendigos, como causantes de violencia y no como una consecuencia que se vuelve causa.

Lo opuesto a la violencia, en ese sentido, no es la no-violencia sino la paz. La violencia es aliada del miedo. Quien tiene el poder que viene de consensos pacíficos y de la aceptación de los demás se siente seguro y no necesita imponerlo a otros. Parte entonces del trabajo que se debe hacer desde todos los ámbitos de la sociedad, es permitir que los jóvenes ejerciten sus capacidades y descubran que no necesitan de la violencia para ser

poderosos. Que su forma de comunicación es más efectiva desde la paz en lugar de la violencia. Que no es lo mismo ser respetados que temidos. Por ello es necesario cambiar en nuestra cotidianidad la violencia por la paz<sup>4</sup>.

#### **1.4 El Ministerio de Salud Pública y su compromiso con la niñez.**

El Ministerio de Salud Pública ha considerado los siguientes acuerdo y compromiso con la Niñez Ecuatoriana.

QUE El artículo 42 de la constitución política de la república dispone que el Estado garantizara el derecho a la salud, su promoción y protección. Por su parte el artículo 47 de la Carta Magna manda que el ámbito público y privado reciban atención prioritaria, preferente y especializada los niños. El artículo 48 de la Carta Fundamental, dispone que sea obligación del estado, la sociedad y la familia, promover la máxima prioridad el desarrollo integral de los niños y asegurar el pleno ejercicio de sus derechos. En todos los casos se aplicara el principio de intereses superior de los niños y sus derechos prevalecerán sobre los demás;

QUE El artículo 63 del código de la salud dispone que la Autoridad DE Salud dictara las normas y ejecutara las acciones, ordenara las prácticas y el empleo de medios que defiendan la salud de los individuos o de la comunidad, de los factores personales y ecológicos, o de los efectos de los agentes animados que lo pongan en peligro.

QUE La Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de la salud, ha reformado y actualizado las Normas a la Niñez, así como los formularios de Historia Clínica correspondientes, para la atención primaria de las niñas y los niños en todos los estamentos del Ministerio de Salud Publica además de instituciones y organizaciones proveedoras de los servicios de salud.

QUE Es indispensable en la ejecución de toda actividad en materia de

---

<sup>4</sup> CARRANZA Consuelo, Especialista de Comunicación UNICEF, Ecuador, email: [ccarranza@unicef.org](mailto:ccarranza@unicef.org).

salud, contar con normas precisas para mejorar la calidad de la prestación de servicios de grupo menores de diez años.

Las instituciones del estado tiene como responsabilidad, salvaguardar y crear condiciones para el desarrollo humano, más aun el Ministerio de Salud que es el garante de la salud y de la vida de los Ecuatorianos, responsable de brindar atención de calidad, equidad, universalidad y solidaridad a todos los niños y niñas ecuatorianos.

El ministerio de Salud Pública del Ecuador cumpliendo con su rol de rector, ha elaborado, con amplia participación de instituciones relacionadas con la niñez catedráticos y profesionales de varias disciplinas, que se orienta a consolidar la integridad en atención, incluyendo importantes aspectos técnicos relacionados con los avances científicos, como las tendencias y estrategias innovadoras a nivel mundial.

La coordinación Nacional de Fomento y Protección presenta al personal de salud a nivel nacional, a los docentes de las universidades, a estudiantes de las Escuelas y Facultades de Medicina y otras ramas del que hacer de la salud, al personal de otras instituciones, a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, clínicas, unidades del sector público y privado y a la comunidad en general Normas de Atención a la Niñez. Con la seguridad de mejorar y que se convierta en el referente obligado para la consulta y la atención primaria en salud y conllevara acciones de promoción, prevención, atención, recuperación de la salud.

Propósito: Mejorar la calidad de atención primaria de salud de la niñez para contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad, así como proteger las potencialidades del ser humano.

Sistema Nacional de Salud. Se ha caracterizado por estar fragmentado centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud otra de sus características ha sido preeminencia del enfoque biologista curativo en la atención centrando la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas

de salud pública de corte vertical que limitan la posibilidad de una atención integral e integrada a la población, eficaces en cuanto a acentuar estas características y además dismantelar la institucionalidad pública de salud, debilitando también la capacidad del control y regulación de la autoridad sanitaria.

Esto conllevó a profundizar la inequidad en el acceso a los servicios de salud se encuentra organizado por niveles de atención, el primero y segundo nivel de atención en lo que se pueda resolver más del 90% de los problemas de salud, en el sector público ha estado debilitado por los bajos presupuestos, el abandono de las unidades la escases y la inestabilidad laboral del personal de salud , e incidieron en una limitada capacidad resolutive y la siguiente pérdida de confianza por parte de la población sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de igual manera, III nivel de atención, que es predominante hospitalario de mayor complejidad sufrió un embate de progresivo desmantelamiento de los servicios públicos expresado por la falta de recursos y la baja calidad de gastos por la debilidad en los procesos de supervisión y control. Además de la situación se complicó por la ausencia de un sistema integrado de información que permite obtener datos reales necesarios para la planificación, toma de decisiones y el monitoreo de los resultados sanitarios y de gestión.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar a más de los rezagos de estos problemas, nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. En la pirámide poblacional, muestra una estructura grupo etario 0-24 meses lo cual constituye algo más de 50% del total de la población y con más del 30% menor de 15 años. Los problemas nutricionales son en el país problema de salud pública en los niños y niñas la población que habita en zonas rurales donde hay mayor índice de pobreza.

La salud mental y los riesgos ambientales son en la actualidad condiciones y problemas que deben suscitar atención prioritaria en el sector público,



como el maltrato infantil y los suicidios en jóvenes constituyen un problema de salud pública por la alta frecuencia y las graves consecuencias que generan a nivel individual, familiar y social. Por otro lado, los indicadores a nivel nacional no reflejan las profundas disparidades a nivel territorial. El logro de transformación propuesta que implica superar la deuda histórica que tiene el país con el sector público y los cambios profundos de institucionalidad de prestación de servicios, que requiere estrategias de intervención de corto mediano o largo plazo para fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Por lo que se ha mejorado la infraestructura y equipamiento, recurso humano dotación de medicamento e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas iniciando el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud. El fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar Comunitario e intercultural incorpora estrategias de Atención Primaria renovada, ejes prioritarios de transformación e implementación debe responder de los cambios en el perfil demográfico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud, consolida la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

### **1.5 Marco Legal.**

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales.

De igual manera el Ecuador ha suscrito Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población. La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir 2009-2013, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la

construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud.

### **Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, Desde la perspectiva de una concepción integral de la salud y de la visión integradora del marco constitucional, varios de sus capítulos y articulados establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables.

#### **1.6 “Derechos del Buen Vivir”**

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”<sup>5</sup>.

La elaboración del Plan Nacional para el Buen Vivir supuso enfrentar cuatro grandes desafíos: articular la planificación al nuevo marco constitucional, el reforzar la planificación de los objetivos nacionales del Buen Vivir, generar procesos de articulación y retroalimentación interestatal que integran la

---

<sup>5</sup> Constitución del Ecuador, Capítulo II, Sección 7, Artículo 32, [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)

gestión por resultados; incorporar de manera efectiva a la planificación y al ordenamiento territorial; e impulsar la participación social.

Las disposiciones constitucionales sobre la planificación nacional, la constitución del 2008 posiciona a la planificación y a las políticas públicas como instrumentos para la consecución de los objetivos del Buen Vivir y la garantía de los derechos.

Según la Carta Magna la planificación tiene por objeto propiciar la equidad social y territorial y promover la concertación. Para ello, debe asumir como prioridad la erradicación de la pobreza, la promoción del desarrollo sustentable, y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, como condiciones fundamentales para alcanzar el Buen Vivir. En este nuevo enfoque, los ciudadanos y ciudadanas, en forma individual y colectiva, tiene el derecho de participar de manera protagónica en la toma de decisiones, en la formulación de políticas y en la gestión de los asuntos públicos.

Según la disposición Constitucional contenida en el Art 280, el Plan Nacional de Desarrollo, hoy denominado Plan Nacional para EL Buen Vivir, es un instrumento al que se sujetara las políticas, programas y proyectos públicos; y coordinara las competencias exclusivas entre el Estado Central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

El Plan apunta un proceso de transformación estructural de Ecuador en el largo plazo. se organiza por objetivos orientados a la garantía de los derechos. Los objetivos, a su vez, cuentan con acciones, diseñadas para el periodo del gobierno, que se concretan a través de la inversión pública. La consolidación de una economía endógena encaminada hacia el Buen Vivir requiere, en esta fase, enfatizar en el desarrollo de capacidades y oportunidades, así como en la movilización, acumulación y distribución de capital en los distintos sectores y actores del sistema económico.

## 1.2 DESARROLLO DEL NIÑO HASTA LOS 5 AÑOS

Cuando los niños crecen, cambian sus dimensiones físicas esos cambios van acompañados de las correspondientes alteraciones estructurales y funcionales de los órganos y de los tejidos internos la adquisición gradual de mayor competencia fisiológica. Cada parte del organismo tiene su propia tasa de crecimiento, que se puede relacionar directamente con alteraciones o tamaño del niño, el crecimiento musculo esquelético se aproxima al del resto del cuerpo; los tejidos cerebrales, linfoides y reproductor siguen creciendo diferentes e individuales, cuando el crecimiento se retrasa por causa secundaria, como enfermedad grave o malnutrición aguda la recuperación de la enfermedad o el establecimiento de una dieta adecuada producen una aceleración espectacular del mismo que se suele mantener hasta que el niño recupera su tipo de crecimiento individual. Las proporciones externas, las variaciones de la tasa de crecimiento de los distintos tejidos y sistemas del órgano producen cambios significativos en las proporciones del cuerpo durante su infancia.

La tendencia cefalocaudal del desarrollo resulta más evidente en el crecimiento corporal y total, como se observa, durante el desarrollo fetal la cabeza es la parte del cuerpo que crece con mayor rapidez y, a los dos meses de gestación constituye el 50% de longitud corporal total. Durante la primera infancia predomina el crecimiento del tronco, las piernas crecen con rapidez durante la segunda infancia y en los adolescentes el tronco vuelve a alargarse otra vez. La estatura crecimiento lineal o estatura se debe casi por completo el desarrollo esquelético y se considera una medida estable del crecimiento general. La progresión de la estatura no es uniforme durante toda la vida y permanece estable cuando el esqueleto ha madurado del todo. El crecimiento más rápido se produce antes de nacer; no obstante, el recién nacido sigue creciendo aun con rapidez.

Es más variable que la estatura, y en gran parte es un reflejo del medio intrauterino. En un recién nacido pesa entre 3000 a 4000 g. en general el

peso al crecimiento se duplica a los 5º 6 meses de edad y se triplica al final del primer año de vida, la tasa normal de aumento de peso. Los cambios de los sistemas orgánicos experimentan cambios en el desarrollo del niño, algunos son llamativos y otros más útiles. Mucho tienen implicaciones en los procesos de valoración y atención por parte de enfermería, dado a la importancia de esos cambios se corresponde sus funciones. Los cambios fisiológicos que dan lugar en todos los órganos y sistemas.

#### **a) Maduración Ósea.**

Es útil sobre todo para estimar el grado de maduración o edad en desarrollo se trata de un índice más fácil que la talla el estudio psicossomático a cualquier otra medida antropométrica porque permite en un momento dado determinar el porcentaje de grado o madurez alcanzado y refleja si el individuo se encuentra retrasado o adelantado por la edad cronológica, puesto que al final de todo el mismo nivel de madurez. Mientras que por ejemplo en el caso de la talla se desconoce cuál va a ser su altura final y por lo tanto es imposible saber el camino recorrido cuando se realiza la exploración. Las técnicas utilizadas para estudiar la madurez esquelética se basan todas a una comparación de una radiografía del niño con determinados estándares o modelos, se valora el mismo de centro de osificación el tamaño y formas de cada uno de ellos, aspectos que dependen no del crecimiento o aparición del número de tejidos nuevo sino de transformación del tejido fibroso y cartilaginoso del hueso, por la facilidad para realizar la radiología, escasa dosis de radiación necesaria y el gran número de puntos de osificación que permite analizar se emplea la radiografía de muñeca y mano izquierda a partir del primer año, y del tobillo izquierdo en el recién nacido y el lactante, la valoración puede hacerse mediante métodos atlas u otro más moderno preciso denominado método cuantitativo o numérico.

### **b) Maduración Química.**

El intento de estudio a través de estudio bioquímico una idea precisa del grado de madurez se inició hace muchos años con la determinación de concentración en el suero de determinadas, los estudios de balances, la variación del consumo de oxígeno a lo largo de la evolución, etc...

### **c) Metabolismo**

La tasa del metabolismo determina el requerimiento calórico del niño. La necesidad de una caloría basal, la necesidad de agua se mantiene en unos 1,5 ml por calorías de energía consumida durante toda la vida. Las necesidades energéticas en el niño varían de forma considerable según la edad y las circunstancias, el requerimiento energético para formar tejidos disminuye de forma regular con la edad siguiendo una curva general del crecimiento, sin embargo, cada caso es particular y algunos niños pueden tener necesidades mucho mayores. Durante periodos cortos p.ej. ejercicios intensos y otros prolongados (como la enfermedad) las necesidades pueden ser elevadas, cada grado de fiebre aumenta el metabolismo basal un 10% con la correspondencia de líquido.

### **d) Temperatura**

La temperatura corporal que refleja un metabolismo, decrece de la misma forma desde la infancia hasta la madurez, después la capacidad reguladora del periodo neonatal, la producción de calor desciende de manera regular cuando es lactante y pasa a la infancia. Las diferencias de 0.5 a 1° C son normales y, en ocasiones, los niños pueden tener temperaturas muy altas o bajas, pero también normales a partir de los 12 años de edad, aproximadamente, la temperatura de las niñas se mantiene bastante estable, mientras en los niños continúa cayendo durante unos años más. Aunque poco a poco, cuando mejoran su regulación de la temperatura los lactantes y niños pequeños son muy susceptibles a las flatulaciones. Su temperatura corporal responde a los cambios del ambiente y aumenta con el ejercicio activo, el llanto y las emociones. Las infecciones pueden producir un

aumento mayor y más rápido de la temperatura en ellos que los niños mayores. En relación con el peso corporal los lactantes producen más calor que los niños próximos a la madurez.

#### **e) Sueño**

El niño, una función protectora en todos los organismos, permite reparar y recuperar los tejidos después de la actividad. Como en otros muchos aspectos de desarrollo, se da una amplia variación individual en cuanto a la cantidad y distribución del mismo en las distintas edades. Al madurar varia el tiempo total que el niño pasa durmiendo, al crecer las horas totales de sueño disminuyen de forma gradual, permanecen más despiertos durante periodos muy largos. En el primer año la mayoría de los niños duermen toda la noche y dos siestas diarias de los 12 a 18 meses casi todos prescinden de la segunda siesta. Después de los 3 años ya no duerme siestas salvo en ciertas culturas se acostumbra. 4 años en adelante el tiempo de sueño disminuye ligeramente y luego aumenta con el crecimiento puberal. La calidad del sueño también varía cuando los niños maduran, el tiempo transcurrido en el sueño profundo aumenta desde la infancia. Durante la niñez y la adolescencia es relativamente raro el despertar de un sueño.

#### **f) Temperamento**

Definido como la forma de pensar, comportarse o relacionar, características de un individuo, este término hace alusión a la forma en que una persona enfrenta a la vida. Desde el nacimiento, los niños muestran diferencias individuales marcadas en el modo de responder a su entorno y al comportamiento que los demás, en especial los padres, muestran hacia ellos y sus necesidades. Se ha sugerido una base genética para algunas diferencias temperamentales. A través de la entrevista con los padres. El niño tiene movilidad suficiente para explorar su entorno de forma independiente. Posee un conjunto de expresiones emocionales y está socializando, establece fuertes relaciones de amor y amistad con los miembros de la familia y otras pocas personas.

El deber ineludible del personal de salud, evaluar periódicamente el desarrollo psicomotor que manifieste el niño, especialmente los primeros años de vida, para lo cual utilizaremos el test de Barrera Moncada.

Mientras el crecimiento es un proceso fundamentalmente cuantitativo, y por lo tanto medible, el desarrollo es cualitativo y se manifiesta por la adquisición de nuevas funciones.

En todos los servicios de salud independientemente del nivel de complejidad, se deben detectar tempranamente signos de alerta para la referencia oportuna de los niños.

### **2.1 La estimulación del Desarrollo Psicomotor.**

Es el hecho de avivar o guiar al niño para que se realice determinadas actividades o funciones, con el objeto de lograr el desarrollo máximo de sus capacidades, con el objeto de lograr el desarrollo máximo de sus capacidades de acuerdo a la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentre, para que sea capaz de interactuar adecuadamente con su medio ambiente, físico y social esperando que sea a futuro una persona emocionalmente estable. Una revisión amplia de los logros físicos, psicosociales y mentales significativos del desarrollo y de la personalidad a lo largo de la vida con base en las opiniones de diferentes teóricos. El niño desarrolla cuatro áreas importantes en su niñez que se detallan a continuación

#### **a) Área Motora.**

El niño va adquiriendo fuerza muscular y control de sus movimientos, lo cual le va permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea. Los movimientos del niño constituyen una forma sencilla de comprender la evolución neuromotriz del primer año de vida, el desarrollo de la motricidad evoluciona por la consecución de objetivos comenzando cuando el niño está acostado empieza a levantar la cabeza.



**b) Área Lenguaje.**

El niño va poco a poco emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras; al aprender a hablar, logra comunicarse mejor con los demás.

**c) Área Coordinación.**

El niño va aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve, etc...

**d) Área Social.**

El niño aprende a relacionarse con los demás personas, aprende a querer y ser querido y aceptado.

**2.1.1 Período del primer año de vida.**

Se triplica el peso al nacimiento, la talla al nacimiento se incrementa en 50%. Los perímetros cefálicos y torácicos son similares; (perímetro cefálico cercano a 46 cm), tiene un total de seis a ocho dientes temporales, la fontanela anterior está casi cerrada, disminuyen los reflejos de Landau.

Desaparece el reflejo de Babinski, se desarrolla la curvatura lumbar; la lordosis es evidente durante la marcha, dice 3 a 5 palabras además de papa mama, comprende el significado de varias palabras (la comprensión siempre procede a la verbalización, comprende órdenes verbales simples "p. ej.; dámelo" o muestra los ojos. Muestra emociones de celos, afecto (puede dar abrazos y besos si le solicitara), disfruta de los entorno familiares y explora alejándose de los padres. Muestra temor a situaciones extrañas; permanece cerca de los padres.

En este periodo el niño se orienta a establecer relaciones con el mundo exterior, conquista la autonomía gracias a la adquisición de sus primeros pasos, siendo necesario preparar el espacio para sus avances. Por otro lado, adquirirá la actividad objeto que implica aprender la función que tiene cada elemento el "No" como organizador de la conducta: es la etapa de negación frente a todo, también ante la comida lo que puede convertir el momento de comer en un problema o se promueven rutinas inadecuadas de

alimentación (distracción con juguetes o televisión). Los padres que logran una relación adecuada con el niño admiran la iniciativa de este y aceptan su forma de ser. Estimulan al niño a superarse y ofrecen su apoyo en distintos aspectos como independencia curiosidad, agresión; por otro lado colocan límites adecuados que ayudara al niño en su autocontrol los niños sorprenden a los padres con nuevas e ingeniosas conductas y muestran una relación afectuosa. Son capaces de expresar conductas de simpatía y alegría, así como también de ansiedad y de rabia.

### **2.1.2 Período de 2 años de edad.**

Mantiene el perímetro cefálico de 49 a 50 cm la circunferencia torácica es mayor que el perímetro cefálico, el diámetro lateral del tórax excede su diámetro antero posterior, puede estar preparado para iniciar el control de los esfínteres vesical y anal durante un día, dentición primaria es de 16 piezas.

Corre bastante bien con marcha amplia, recupera objetos sin caerse, pateo pelota sin perder el equilibrio, gira las páginas de un libro. Tiene un vocabulario de 300 palabras utiliza frases de con dos o tres palabras, utiliza pronombres como “yo” “mío” “tuyo” repite su nombre, expresa de manera verbal la necesidad de ir al baño de alimentarse o de beber, habla de forma incesante.

Avanza su proceso de independencia, el lenguaje adquirido proporciona la capacidad de intervención con el medio a lograr cambios en el. La motricidad ofrece la capacidad para enfrentar nuevas situaciones y desafíos con seguridad, hacen la transición del funcionamiento sensoriomotor al preoperatorio se caracteriza por la aparición de pensamiento simbólico, ya que el niño se vuelve capaz de formar imágenes mentales, evocando objetos ausente y comienza a resolver problemas mentalmente por ensayo o error. En este periodo es necesario evaluar la capacidad auditiva, le gusta jugar al escondite. Ya puede quitarse alguna pieza de la ropa (zapatos y calcetines) ayudar a que lo vistan. Es capaz de beber solo tomando una tasa con las

dos manos. Permanece en un plano paralelo, mantiene atención en periodos prolongados, hala a las personas para que le muestren algo e incrementa la independencia de la madre. El sistema nervioso de niño durante los años alcanza su madurez necesaria para acceder a nuevos aprendizajes, coordinar mejor sus movimientos pero su capacidad de detener la acción de voluntad aún no está completa. Le es más fácil comenzar una acción, que dejar de hacerla; ello hará que, en un momento dado puede hacer rabieta.

Se va ir produciendo el control, diurno sobre todo, de los esfínteres y, alrededor de los dos años y medio también nocturno. Esta adquisición será aun frágil; cualquier cambio en el entorno del niño puede hacerle retroceder. El niño entra ahora en la fase llamada del negativismo o de la oposición en la que su actitud predominante va a ser de protesta o de negación ante lo que se le dice a se pretende que haga, en esta edad generalmente juega solo o junto a otros niños, no sabe compartir sus juegos ni sus juguetes, empezará a conocerse así mismo al final del segundo año, primero interiormente y luego exteriormente reconocerá a las personas .Es conveniente favorecer el acercamiento del mismo del padre del mismo sexo al niño, para ir fortaleciendo su identidad.

### **2.1.3 Período de 3 años de edad.**

Peso promedio es de 14.6 kg talla promedio es de 95 cm. Puede lograr el control de su esfínteres vesical y anal durante la noche, tiene un vocabulario de 900 palabras, utiliza el lenguaje telegráfico, utiliza frases de tres a cuatro palabras, habla incesablemente sin importar si se le está poniendo atención repite frases de seis silabas realiza muchas preguntas empieza a cantar canciones.

A esta edad, el niño desarrolla no solo su independencia, sino también, sino también la confianza en sí mismo. Muestra mayor autonomía tanto a nivel motriz como afectivo y va perfeccionando su habilidad manual. Aprende a expresar sus propias emociones, gustos, sentimientos y conflictos internos a través del juego simbólico, que es aquel en el que el niño asigna a cada

objeto o juguete de su actividad un papel o un rol en su necesidad de afirmarse como persona es capaz de imitar a los adultos en muchas cosas generalmente identificándose con el progenitor del mismo sexo.

Sostiene largas y complicadas conversaciones, relata historias, no puede explicar claramente las cosas ni se esfuerza por adaptarse al lenguaje a las necesidades de quienes lo escuchan, aprende a agrupar objetos de similares características, distingue colores comienza a descubrir comparaciones como grande- chico adquiere nociones básicas de cantidad como mucho poco y algunas nociones como arriba abajo, es menos ruidoso.

#### **2.1.4 Período de los 4 años.**

Su peso promedio es de 16.7 kg la talla es de 103 cm salta en un solo pie Tiene un vocabulario de 1500 palabras o más, utiliza frases de cuatro o cinco palabras, hace muchas preguntas cuenta historias exageradas conoce canciones simples, puede utilizar malas palabras si tiene relación con otros niños.

Muy independiente, tiende a ser egoísta e impaciente muestra agresión física como verbal, se siente orgulloso de sus logros, tiene cambios en el estado de ánimo se muestra dramático y disfruta entreteniendo a otros. Cuenta historias familiares a otros sin restricciones aún tiene con mucho temor, participa en juegos; son comunes los amigos imaginarios y utiliza la imaginación, imitación y aspectos dramáticos. Demuestra curiosidad por su sexualidad e inicia la exploración de la misma a través de juegos como ser “el doctor o la enfermera”

#### **2.1.5 Período de 5 años de edad.**

Promedio de peso es de 18.7 kg tallo promedio de 110 cm inicia la erupción de dientes permanentes. Establece predominio de la mano (casi del 90% de estos niños son diestros). Tiene vocabulario de 2.100 palabras utiliza oraciones de seis a ocho palabras, todas las partes de la oración, nombra

cuatro o más colores, describe dibujos y hace comentarios, conoce los días de la semana y los días de la misma. Puede obedecer tres órdenes sucesivas.

Es menos rebelde y pendenciero que a los cuatro años más decididos y ansioso por participar en aspectos de negocios, no es tan abierto y accesible a pensamientos y conductas que lleva a cabo en año previo, independiente pero digno de confianza, no es temerario y más responsable, tiene pocos temores; confía en la autoridad de otros para controlar el mundo, decidido a hacer las cosas correctas y a satisfacer a otras personas trata de seguir las reglas, tiene mejores modales cuida de sí mismo con excepción de la limpieza para vestirse o aspectos de higiene, no se concentra con la facilidad en trabajar a corta distancia o con letras pequeñas, participa en juegos grupales sigue las reglas, pero podría intentar hacer trampa para evitar perder. Mantiene una buena relación con sus padres para su tranquilidad busca con la mirada más a menudo a sus padres de lo que hacía a los cuatro años en especial cuando ha entrado a la escuela. Empieza a cuestionar ideas y principios de los padres, identificación fuerte con el padre del mismo género en especial los varones, disfruta de actividades como deportes, ayudar cocinar, hacer compras<sup>6</sup>.

Pero para muchos investigadores han desarrollada es estudio evolutivo de niño por etapas que se detallan de la siguiente forma:

**a) Desde el nacimiento hasta 1 año (Fase oral)**

Durante la infancia, la fuente principal de búsqueda de placer del niño se centra en actividades orales como succionar, morder, masticar y vocalizar. Los niños pueden referir una de ellas, y el método preferido de satisfacción puede dar cierta idea de la personalidad que desarrollan.

---

<sup>6</sup> David Wilson, "Manual de Enfermería Pediátrica de Wong", Editorial Mosby, Séptima Edición, pág.186-190.

**b) De 1 a 3 años. (Fase anal)**

El interés durante el segundo año de vida se centra en la región anal, al desarrollarse los músculos del esfínter y ser capaces los niños de controlar o expulsar el material fecal voluntariamente. En esa fase, el clima que rodea al entrenamiento para ser sus necesidades puede tener efectos duraderos sobre la personalidad infantil.

**c) De los 3 a los 5 años. (Fase cefálica)**

Durante esta fase, los genitales se convierten en una zona interesante y sensible del cuerpo. Los niños reconocen las diferencia entre sexo y muestran curiosidad por ellas. Es el periodo en el que se elaboran las controvertidas cuestiones de los complejos<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> (Álvaro Posada Díaz, Juan Fernando Gómez Ramírez, Humberto Ramírez Gómez, 2005).

## **1.3 EPILEPSIA**

### **1.3.1 Introducción**

El diagnóstico de una enfermedad crónica es un hecho que trae consigo una serie de reacciones. Muchos de los problemas psicológicos y sociales que se desarrolla alrededor de la epilepsia tienen lugar también en otras afecciones crónicas de la salud, pero esta plantea problemas especiales tanto para quien la padece como para las personas íntimamente relacionadas con ella, ya que muchas de las fuerzas destructoras de la epilepsia proceden de su impredecibilidad. El impacto de la epilepsia en una familia determinada depende parcialmente del tipo y la frecuencia de las crisis. Pero incluso la epilepsia bien controlada en que la persona apenas si tiene algún ataque puede ser igualmente destructiva.

### **1.3.2 Concepto**

Ataques convulsivos que provienen de descargas paroxísticas en las neuronas corticales y son síntomas de un funcionamiento cerebral anormal. Se considera como manifestaciones de un proceso patológico del sistema nervioso central. De acuerdo a la actividad anormal del sistema nervioso central se manifiesta de diferentes formas, que van desde una llamativa actividad convulsiva hasta fenómenos de experiencia subjetiva difícilmente de advertir por el observador.

Aunque hay una gran variedad de factores influyen en la incidencia y prevalencia de las convulsiones, casi el 5 a 10% de la población tendrá al menos una crisis epiléptica en su vida. Pero la incidencia es mayor en la primera infancia y al final de la vida adulta.

El significado de crisis epilépticas debe distinguirse claramente de la epilepsia. Epilepsia describe un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente. Esta definición implica que una persona que ha sufrido una sola crisis o crisis

recurrentes debido a factores corregibles o evitables no tiene necesariamente epilepsia. El término epilepsia hace referencia a un fenómeno clínico más que a una sola enfermedad, puesto que existe muchas formas y causas de epilepsia. Sin embargo, entre muchas causas de epilepsia hay diferentes síndromes epilépticos, cada uno con sus peculiaridades manifestaciones clínicas y patológicas, que sugieren una etiología específica. Utilizando la definición de epilepsia como dos o más crisis no provocadas, la incidencia de epilepsia es de aproximadamente el 0.3 a 0.5% en las distintas poblaciones de todo el mundo, habiéndose estimado su prevalencia en cinco a diez personas por habitantes.

### **1.3.3 HISTORIA DE LA EPILEPSIA**

#### **a) Neurólogo – Psiquiatra**

La epilepsia ha tenido una infinidad de nombres a lo largo de la existencia humana. Hay varios motivos que explican este interés: se trataba y se trata de una enfermedad muy frecuente, se presenta una reacción de miedo y temor que en muchas personas provoca el “tipo de convulsiones” de esta enfermedad, a lo largo de los tiempos se ha intentado definir estos sentimientos con palabras.

Los intentos realizados para tratar las crisis epilépticas se remontan a la pre y protohistoria de la humanidad. El modo y la manera de realizar las terapias, en cualquier época histórica, dependía de la idea que se tenía del origen de la enfermedad.

#### **b) Época antigua:**

- Período pre-hipocrático: Se consideraba la epilepsia como un fenómeno sobrenatural, “la enfermedad divina”, y, dado que era un mal enviado por los dioses, los “remedios” que se practicaban eran tales como realizar ofrendas a los dioses, expiaciones o ejercicios religiosos bajo la dirección



de médicos – sacerdotes.- En el período de la medicina hipocrática, sus practicantes estaban convencidos del origen natural de la enfermedad, y se intentó explicar la enfermedad de forma racional. Según la teoría hipocrática de los humores, un ataque epiléptico se desencadena bien porque un humor más frío fluye del cerebro a determinadas arterias, o bien porque la bilis calientes fluyen al cerebro, en los dos casos se produce, por lo tanto, un calentamiento del cerebro; esto a su vez provoca que “el enfermo pierda el habla y se ahogue”, y es cuando comienza el ataque.

- La base de la terapia era dietética, es decir, la forma de vida ordenada se fundamentaba en tres puntos: dieta, regulación de las excreciones y gimnasia terapéutica. Además de la dieta, en menor medida se utilizaban “medicamentos”, que eran, prácticamente, hierbas medicinales.

### **c) Edad Media:**

Durante este periodo se olvidaron los conocimientos que se tenían sobre el origen natural de la enfermedad y se volvió a creer que la epilepsia era algo sobrenatural y que su aparición se debía a la influencia de espíritus malignos y de los demonios, así, de acuerdo con el pensamiento de la época, cambió el tratamiento, principalmente, a rezos, ayunos, ofrendas y peregrinaciones. Además de los tratamientos arraigados en la fe cristiana, se desarrollaron innumerables prácticas curatorias basadas en la superstición, procedimientos que se utilizaron hasta muy entrada la edad moderna, como son los conjuros, los sortilegios, el fetichismo, la utilización de amuletos, etc. La epilepsia fue en la Edad Media, después de la peste, la enfermedad con el mayor número de santos “competentes”; el más importante fue San Valentín.

La Edad Media fue también la época de la fitoterapia o tratamiento con plantas o partes de ellas.

Apenas existía una planta que no se utilizara contra “el día extenuante de las crisis”, o sea, contra la epilepsia. Los remedios terapéuticos más importantes eran la valeriana, la peonía (rosa de pentecostés), la artemisa, el extramonio, el muérdago, la belladona, la naranja amarga y la corteza de quina.

#### **d) Renacimiento:**

Durante el período del renacimiento, se empleaban cada vez más, junto a los componentes de las plantas medicinales, sustancias químicas definidas como “remedios contra las convulsiones”. Las más significativas eran: el cobre (utilizado ya en la antigüedad), óxido de zinc, nitrato de plata, bismuto, estaño.

Una sustancia muy utilizada fue el castóreo, ya utilizada en la época greco-romana, era una sustancia resinosa de olor fuerte y desagradable, segregada por dos glándulas abdominales que el castor tiene en el ano y que se empelaba como remedio contra la “enfermedad divina”.

Hasta muy entrado el siglo XIX, se había extendido sobremanera el uso de esta sustancia como “tranquilizante y remedio contra la epilepsia”, al punto que no faltaba en ninguna farmacia.

Cráneo humano: utilizado como remedio muy poderoso contra la epilepsia, se raspaba el cráneo de una calavera y el polvillo resultante debía tomarse diariamente. Si el paciente era hombre, el cráneo a utilizar debía de ser de mujer, y viceversa.

#### **e) Artemisa:**

Fue la hierba mágica por excelencia. Incluso en la medicina académica se consideraba, hasta muy entrado el siglo XIX, que las raíces de la artemisa eran un poderoso remedio contra la epilepsia. También el ajeno, al que pertenecen componentes constitutivos amargos de las flores de artemisa, se utilizaba como un remedio antiespasmódico.

En la actualidad no existe ninguna duda de que estos “medicamentos” sacados de los metales no tienen ningún efecto contra las crisis epilépticas.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX, a medida que los conocimientos físicos y médicos sobre la epilepsia aumentaban, cuando se encontraron por fin medicamentos eficaces en el tratamiento de la epilepsia. Los primeros que se descubrieron fueron el bromuro (1857) y el fenobarbital (1912), sustancias que se siguen utilizando en la actualidad

### **¿Cómo se diagnosticaba la epilepsia en la antigüedad?**

Su diagnóstico se hacía, sobre todo, basado en los síntomas clínicos, o sea, por las crisis epilépticas observadas. Los “instrumentos para diagnosticar” de los que disponían los médicos en la antigüedad eran los de la observación, una detallada historia clínica (en primer lugar se recogían las informaciones de los allegados al paciente) y un pensamiento analítico. Sólo en ocasiones excepcionales, factores adicionales apoyaban este método para diagnosticar. Ya en la antigüedad se conocía que en algunas personas los resplandores producidos por el torno del alfarero podían desencadenar crisis epilépticas.

De esta manera era posible explicar en algunos pacientes de epilepsia la predisposición a la crisis. Hoy sabemos que se trata de la fotosensibilidad que algunas personas experimentan. Esta predisposición se comprueba hoy en el laboratorio de electroencefalografía por medio de estímulos luminosos intermitentes. Se puede provocar una crisis de este tipo también a través de videojuegos, televisión o por los cambios de luces en las discotecas.

En la antigüedad se utilizaron métodos muy discutibles para diagnosticar la enfermedad, por ejemplo: durante la época romana era normal someter a un individuo del que se sospechaba padecía la enfermedad a oler una piedra de azabache (hulla). Si el enfermo al olerla no sufría una crisis de inmediato, era considerado libre de padecer la enfermedad.

### **1.3.4 Fisiopatología**

Existen varias formas de presentación de las crisis epilépticas. Las crisis generalizadas pueden manifestarse con pérdida brusca de conocimiento con caída al suelo, contractura de los músculos de las extremidades y de la cara seguidas de sacudidas rítmicas. En otras oportunidades, especialmente en niños y adolescentes, las crisis se presentan con una pérdida de conocimiento, sin caída al suelo ni convulsiones, de segundos de duración, con rápida recuperación.

Las crisis parciales pueden presentarse con sensaciones subjetivas extrañas o difíciles de describir o con fenómenos auditivos, visuales, sensación de hormigueo, etc. Estos síntomas pueden aparecer en forma aislada o dar paso a una pérdida de conocimiento con movimientos automáticos de la boca, de las manos o de otra parte del cuerpo. En otras oportunidades las crisis parciales pueden presentarse con sacudidas de una extremidad o de la mitad de la cara, sin pérdida de conocimiento. Si bien hemos mencionado los tipos de crisis más habituales, existen otras manifestaciones menos frecuentes que deben ser evaluadas por el especialista. Además, una persona puede presentar más de un tipo de crisis.

Las crisis pueden ser inducidas en cualquier cerebro humano (o de animal vertebrado) a través de diferentes estímulos eléctricos o químicos. El elemento básico del estado fisiológico alterado en la epilepsia es una descarga rítmica y repetitiva hipersincrónica, de muchas neuronas localizadas en una zona del cerebro.

Fisiológicamente las convulsiones son una alteración súbita de la función del SNC la cual resulta de una descarga paroxística eléctrica de alto voltaje. Que puede tener su origen en las neuronas de cualquier parte del cerebro. Los distintos signos de alarma que advierten que se está produciendo un ataque epiléptico pueden ser los siguientes: períodos de confusión mental; comportamientos infantiles repentinos; movimientos como el de masticar alimentos sin estar comiendo, o cerrar y abrir los ojos continuamente; debilidad y sensación de fatiga profundas; períodos de "mente en blanco",

en los que la persona es incapaz de responder preguntas o mantener una conversación; convulsiones y/o fiebre.

## **Síntomas**

Existen muchos tipos de trastornos convulsivos que desencadenan una variedad de síntomas, por ejemplo:

- Aura: una sensación al inicio de la convulsión (p. ej. percepción de un olor o un ruido extraño, manchas que aparecen delante de los ojos o sensaciones en el estómago)
- Mirada perdida, parpadeo, ojos en blanco
- Pérdida del conocimiento
- Sacudidas repetidas de una extremidad
- Movimientos musculares espasmódicos incontrolables
- Frotarse las manos, hacer chasquidos con los labios o tocarse la ropa
- Pérdida de control de la vejiga o intestinos

Somnolencia o confusión después de una convulsión.

## **Causas de la epilepsia.**

Las crisis epilépticas son la consecuencia de un desequilibrio entre la excitación e inhibición dentro del sistema nervioso central, teniendo en cuenta que el gran número de factores que controla la excitabilidad neuronal, no sorprende que exista muchas formas diferentes de alterar este equilibrio, y por tanto muchas causas distintas de convulsiones y de epilepsia tres observaciones clínicas destacan la forma en que factores diversos son los que gobiernan algunas situaciones o cuadros que originan crisis epilépticas en un paciente. Diferentes de alterar el equilibrio.

El cerebro bajo determinadas circunstancias es capaz de sufrir convulsión y existen diferencias entre las personas con respecto a la susceptibilidad o un umbral para la crisis. La fiebre induce convulsiones en algunos niños que son sanos que no presentaron nunca otros problemas neurológicos,

incluida la epilepsia. Sin embargo, las crisis febriles aparecen solo en un porcentaje relativamente reducido de niño.

Esto sugiere que existen diversos factores endógenos subyacentes que influyen sobre el umbral para sufrir una crisis, algunos de estos factores claramente genéticos ya que se ha demostrado que la existencia de antecedentes familiares de epilepsia influye sobre la probabilidad de que las personas normales tengan crisis epilépticas. El desarrollo normal también desempeña un papel importante, pues parece ser que en los diferentes estadios la maduración del cerebro tiene diferentes umbrales epilépticos.

Algunos procesos tienen muchas probabilidades de producir un trastorno epiléptico crónico. Uno de los mejores ejemplos son los de traumatismos craneales penetrantes graves, que se asocian a un riesgo de desarrollar epilepsia de hasta un 50%. La gran presión de las lesiones cerebrales traumáticas graves a desencadenar la aparición de epilepsia sugiere que estas lesiones provocan alteraciones anatomopatológicas permanentes en el sistema nervioso central, que a su vez transforma una red neuronal presumiblemente normal en una normal hiperexcitabilidad. Estos procesos se conocen como epileptogénesis.

Otros procesos que se asocian son los accidentes cerebrovasculares, las infecciones y la anormalidad del sistema nervioso central. De igual modo, las anomalías genéticas que se asocian a epilepsia probablemente conllevan a procesos que desencadenan la aparición de grupo específicos de factores epileptogénicos. Las crisis epilépticas son episódicas, los pacientes con epilepsia sufren crisis de forma intermitente y, según la causa, en el periodo entre las crisis muchos pacientes permanecen completamente normales durante meses incluso años. Esto sugiere que existen factores desencadenantes son responsables de crisis aisladas en alguna persona sin epilepsia, estos factores desencadenantes comprenden también a los ciertos procesos fisiológicos como; estrés físico o psicológico, la privación del sueño o los cambios hormonales que acompañan al ciclo menstrual.

También comprende factores exógenos, como la exposición a sustancias tóxicas y a ciertos fármacos.

Estas observaciones refuerzan el concepto de que muchas causas de las crisis y de la epilepsia son el resultado de una interrelación dinámica entre factores endógenos, factores epileptógenos y factores desencadenantes. El papel potencial de cada uno de ellos debe ser considerado minuciosamente cuando haya que decidir el tratamiento más adecuado para un paciente con crisis. P. ej. La identificación de los factores predisponentes, en un paciente con crisis febriles que obligan a vigilarlo con más frecuencia y realizar una evolución diagnóstica más agresiva. El hallazgo de una lesión ayuda a calcular la recurrencia de la convulsión y la duración del tratamiento.

### **a) Epilepsia y la Genética**

El papel de la herencia en determinados síndromes epilépticos es un dato conocido ya admitido desde hace tiempo, y se basa en dos puntos fundamentales:

En primer lugar, el carácter familiar de algunas formas de epilepsia, de forma que el componente hereditario va a estar presente en al menos el 20% de todas las epilepsias, y de manera muy especial en la infancia; y en segundo lugar, el carácter hereditario de enfermedades que entre sus síntomas presentan crisis epilépticas. Entre los últimos hallazgos de la genética molecular de las epilepsias, es importante destacar que en la epilepsia mioclónica juvenil se ha detectado un defecto a nivel de los cromosomas 1,6 y 15, no solo en pacientes sintomáticos.

Sino también en sujetos asintomáticos con las alteraciones electroencefalografías propias del síndrome. En la epilepsia con crisis de ausencia de la niñez se ha detectado un marcador genético en los cromosomas 1 y 8. Estudios familiares en estos niños indican una mayor incidencia de ataques o hallazgos EEG en ascendentes de primer grado de niños con ausencias (hasta en un 40%). Por lo que respecta a los recién

nacidos afectos de convulsiones neonatales familiares benignas, se han detectado alteraciones en los cromosomas 20 y 8. Por otro lado, algunas formas de epilepsia parciales tienen igualmente una representación.

Con la epilepsia temporal (cromosoma 10). No obstante, todos estos datos han de tomarse con cautela, puesto que hacen referencia a procesos de investigación que se están llevando a cabo en diferentes laboratorios del mundo con familias concretas, por lo que por el momento su extensión a todos los casos sería un tanto prematura. Sin embargo, un dato que sí podemos generalizar es, que si el riesgo de recurrencia de convulsiones en niños y adolescentes tras una primera convulsión es del 40% a los tres años de la primera, cuando se combina una historia familiar el riesgo se incrementa hasta el 80%, dato que indica la existencia de una carga genética.

## **b) Traumatismo Craneoencefálico**

La epilepsia post-traumática constituye una de las complicaciones más comunes y graves del Traumatismo craneoencefálico. Se ha estimado que aproximadamente un 5% de los pacientes que se hospitalizan por Traumatismo craneoencefálico cerrado desarrollarán epilepsia, aunque es una de las complicaciones más difíciles de predecir. Son más frecuentes en niños que en adultos, ya que el cerebro infantil es más susceptible a responder con un fenómeno convulsivo ante una agresión traumática. Aunque parezca obvio por conocido, es preciso recordar que una crisis epiléptica es una crisis cerebral resultante de una descarga cerebral excesiva. La epilepsia es un desorden crónico cerebral caracterizado por crisis recurrentes. Las convulsiones post-traumáticas se han clasificado según el tiempo de aparición en dos categorías: tempranas y tardías:

Se denominan crisis tempranas si debutan en la primera semana; se llaman inmediatas si ocurren en las primeras 24 horas y diferidas si lo hacen entre las 24 horas y la primera semana; son más frecuentes en niños con una incidencia del -6%.



Las crisis tardías son las que aparecen a partir de la primera semana con un 95% de incidencia en los tres primeros años. Como el término epilepsia implica recurrencia actualmente se considera más adecuado el uso del término epilepsia post-traumática sólo para las crisis de aparición tardía y recurrente. Entre los factores de riesgo para desarrollar una epilepsia post traumática tardía se sitúan la gravedad del traumatismo, en especial la presencia de fractura craneal deprimida, hematoma intracraneal, alteración de más de 24 horas del nivel de conciencia, presencia de signos focales, heridas penetrantes con laceración de la duramadre, la existencia de crisis epilépticas en la primera semana . Si existen crisis epilépticas durante la primera semana tras el traumatismo craneoencefálico se multiplica el riesgo de sufrir una epilepsia tardía;

### **c) Enfermedades Infecciosas**

Las infecciones del Sistema Nervioso Central sean éstas agudas, subagudas o crónicas, constituyen un factor de riesgo conocido para presentar convulsiones y para desarrollar epilepsia. A pesar de lo antiguo de dicha relación, ésta ha sido poco cuantificada. Desde un punto de vista neurológico, los estudios realizados son incompletos y adolecen de defectos metodológicos, dado que la mayoría son retrospectivos, orientados con un enfoque microbiológico y no con un criterio epileptológico. Por otra parte, muchos de ellos son antiguos y no disponían de los métodos de apoyo diagnóstico microbiológicos e imagenológicos actuales, lo cual hace que la información no sea concluyente.

No obstante ello, en la presente revisión hemos intentado ordenar la información disponible desde distintas interrogantes que espontáneamente nos surgen frente al tema como, la frecuencia de convulsiones en ciertas infecciones agudas del SNC como la encefalitis viral o la meningitis aguda. Sin embargo la pregunta más importante no parece que es el riesgo de desarrollar una epilepsia después de haber sufrido algún tipo de infección del Sistema Nervioso Central. Finalmente describiremos la frecuencia de

convulsiones en ciertas infecciones específicas del Sistema Nervioso Central.

#### **d) Meningitis Bacteriana**

Existen pocos estudios sobre la frecuencia de convulsiones y sus factores de riesgo en pacientes con meningitis bacteriana. Se ha reportado una frecuencia de aproximadamente un 30 a 40% de convulsiones en meningitis bacteriana en niños y de un 30% en meningitis neumocócica en adultos.

#### **e) Encefalitis**

En las encefalitis la frecuencia de convulsiones varía mucho de una etiología otra. Desde un 4 % en encefalitis por enterovirus hasta un 67% en la encefalitis herpética. En cuanto al tipo de crisis, la mayoría de los trabajos no distingue entre generalizadas y focales. La serie de Whitley de 113 pacientes con encefalitis herpética encontró que las crisis focales eran más frecuentes en los menores de 30 años. En encefalitis por el virus de parotiditis, en una serie de 51 niños, la incidencia de crisis única fue de 17,6%. El seguimiento realizado hasta 40 meses después, no mostró recurrencia de las convulsiones. Las encefalitis por arbovirus (ausentes en nuestro medio) se comportan más bien como las encefalitis herpéticas, con frecuencia de convulsiones de un 50% en niños con encefalitis por el virus.

#### **f) Tumores Cerebrales**

Los síntomas exactos dependerán de muchos factores, incluyendo el tamaño del tumor y su posición en el cerebro. Algunos tumores cerebrales no causan ningún síntoma y son descubiertos por casualidad.

Los síntomas más comunes de los tumores cerebrales son los dolores de cabeza y convulsiones. Si tiene un dolor de cabeza, puede ser peor por la noche que temprano en la mañana, pero se alivia a medida que pasa el día. También puede sentir malestar y vomitar o se le puede nublar la vista. Estos síntomas pueden ser causados por la creciente presión del tumor en el

cráneo. Aunque los dolores de cabeza son uno de los síntomas más comunes, es importante saber que los dolores de cabeza son comunes y la mayoría no son causados por tumores cerebrales.

Si el tumor cerebral causa convulsiones, puede ser que la persona no pueda hablar y experimente momentos de inconsciencia. Además, puede sentir debilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, leer y escribir, problemas de audición o del sentido del olfato, y cambios en la personalidad, la memoria o la habilidad mental. Esto puede suceder si el tumor ha crecido y ejerce presión en áreas importantes del cerebro. Estos síntomas no están siempre relacionados a un tumor cerebral, pero si los tiene debe consultar con su médico.

#### **g) Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central.**

Corresponde en algunas series con cifras de hasta el 80% de las causas en mayores de 50 años, siendo en cifras globales, la causa más prevalente de epilepsia. Clínicamente se suelen presentar años después del evento isquémico, y cursar como crisis focales, aunque en ocasiones (10%) se producen en el momento agudo, llamando se crisis precoces. Las crisis que se producen tras 12 meses del episodio inicial, crisis tardías, se relacionan con mayor riesgo de epilepsia, y peor control en razón a los cambios secundarios corticales. La etiología hemorrágica es un factor de riesgo mayor que la etiología isquémica cortical por acúmulo de productos de degradación de la hemoglobina.

Las malformaciones vasculares son en gente joven otra etiología a tener en cuenta, principalmente las malformaciones arteriovenosas y angiomas cavernosos.

Importante remarcar dentro de este epígrafe los casos de encefalopatía hipóxico-isquémica del niño durante el peri parto o del adulto en los casos de shock hipovolémico o Parada Cárdiorrespiratoria. En el primero de los casos

clínicamente encontramos expresividad en las primeras 48 horas, aunque en ocasiones llega a ser incluso varios años después. Este tiempo de latencia está en relación inversa a la gravedad del evento y del tiempo en el que se ha mantenido el evento hipóxico. El debut en forma de status epiléptico se asocia con peor pronóstico.

## **Parálisis Cerebral Infantil**

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia. La prevalencia global de Parálisis Cerebral sitúa aproximadamente entre un 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.

A estas alteraciones motoras se suelen asociar déficits cognitivos, perceptivos, de conducta y/o epilépticos. La prevalencia de epilepsia entre estos pacientes puede llegar hasta el 70% en los casos de tetraplégica y 20% en los dipléjicos. La epilepsia se debe a procesos disfuncionales de la corteza cerebral, efectos tóxicos de productos del metabolismo o sustancias exógenas, o lesiones estructurales.

### **1.3.5 Medios de diagnósticos**

Los estudios de neuroimagen proporcionan información de las posibles anomalías estructurales y funcionales (metabolismo, alteración del flujo cerebral...) relacionadas con el foco epileptogénico y también de la posible etiología subyacente de las convulsiones epilépticas.

El diagnóstico de las crisis epilépticas y de los síndromes epilépticos es de carácter clínico, la confirmación de los mismos se efectúan a través de los métodos complementarios de diagnóstico.

## a) Electroencefalograma

### Concepto

El electroencefalograma (EEG) es el método diagnóstico que permite la evaluación de los potenciales eléctricos generados por la actividad cerebral. Se registran mediante electrodos situados bien sobre la superficie del cuero cabelludo (electrodos no invasivos) o a nivel cerebral profundo (invasivos), tanto en procesos agudos como crónicos, siendo una prueba repetible, accesible y económica. Es el método diagnóstico más útil para el estudio de la epilepsia y el más específico para estudiar el corte epileptogénico. El uso apropiado del EEG en el diagnóstico de las epilepsias tiene las siguientes finalidades:

- Apoyar el diagnóstico de epilepsia en pacientes con clínica sugestiva.
- Ayudar a precisar el tipo de crisis y el síndrome epiléptico específico.
- Ayudar a identificar posibles precipitantes de las crisis epiléptica<sup>8</sup>.

La electroencefalografía es una técnica de exploración indolora no invasiva funcional del sistema nervioso central (SNC) mediante la cual se obtiene el registro de la actividad eléctrica cerebral en tiempo real.

En 1929 Hans Berger acuñó el término «electroencefalograma», en abreviatura EEG, para describir el registro de las fluctuaciones eléctricas en el cerebro captadas por unos electrodos fijados al cuero cabelludo.

El origen de la señal eléctrica está en las células piramidales de la corteza cerebral. Cada una de dichas neuronas constituye un diminuto dipolo eléctrico, cuya polaridad depende de que el impulso a la célula sea inhibitorio o excitatorio. Para poder recoger y registrar una señal de la actividad eléctrica en cada región cerebral a través de la superficie craneal se colocan electrodos que captan la diferencia de potencial entre ellos<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> MERCADÉ J.M. y SANCHO Rieger: "Guías y diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología" o "Guía oficial de práctica de la epilepsia", pág. 47

<sup>9</sup> (Libro SUPLEMENTO 32/09/03.indb 70 11/12)

## **b) Resonancia Magnética**

La RM se ha incorporado en el concepto usado por la ILAE para definir las etiologías de la epilepsia (etiología estructural), y una propuesta reciente a la Comisión de Clasificación de la ILAE (2010) ha sugerido que la etiología estructural debe separarse del grupo de etiología metabólico y ha de quedar definida como anomalías positivas de neuroimagen sugerentes de etiología específica y/o con el apoyo del estudio.

Debe considerarse la posibilidad de que exista una lesión estructural en la mayoría de los enfermos con epilepsia, excepto cuando los datos de la historia clínica, la exploración y el EEG apoyan de forma inequívoca el diagnóstico de EGI o focal benigna de la infancia.

Aunque la información obtenida con la RM estructural es esencial para la evaluación de pacientes con ER, en aquellos casos en que no se detecten anomalías estructurales, sean dudosos o discordantes con otras pruebas clínicas, los estudios funcionales pueden contribuir a localizar el foco epileptogénico y, por tanto, también tienen un papel importante en la evaluación prequirúrgica de los pacientes con ER<sup>10</sup>.

## **c) Video Encefalografía**

Es una técnica que permite valorar simultáneamente el comportamiento clínico del paciente (mediante el registro de video) y la actividad cerebral (mediante la Electroencefalografía) durante periodos de tiempo prolongados (desde horas hasta varios días). El registro de video-EEG es fundamental en el diagnóstico de episodios paroxísticos sospechosos de crisis epilépticas (alcanzando una eficacia diagnóstica de alrededor del 80%). Sin embargo la finalidad diagnóstica no es la única y en la actualidad, de hecho, no se

---

<sup>10</sup> MERCADÉ J.M. y SANCHO Rieger: "Guías y diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología" o "Guía oficial de práctica de la epilepsia", pág. 58

plantea la cirugía de la epilepsia sin una monitorización de Video-EEG previa.

## **d) CIRUGÍA**

### **Concepto**

La cirugía de la epilepsia se entiende como la cirugía cuyo objetivo es una eliminación o una disminución de las CE. El objetivo fundamental será la resección de la zona epileptógena sin producir déficits al paciente (cirugía resectiva). En el caso de que no sea posible una cirugía resectiva, se recurrirá a procedimientos de desconexión, de cirugía paliativa o a sistemas de estimulación vagal o cerebral.

### **Indicación y Contraindicación del Tratamiento Quirúrgico**

El planteamiento del tratamiento quirúrgico se debe realizar basándose en dos aspectos:

1. El paciente ha de padecer una ER22:

- Presencia de CE que interfieren en la vida diaria del paciente. Se ha de valorar también la interferencia producida por los efectos secundarios derivados de los FAE, especialmente en el caso de los niños<sup>23</sup>.
- Las CE persisten tras la utilización adecuada de al menos dos FAE, en monoterapia o en combinación.
- Evolución durante un periodo de tiempo razonable, probablemente de al menos dos años. En el caso de epilepsia que pueda amenazar la vida y en el de niños, el periodo puede ser menor de dos años<sup>11</sup>.

Epilepsia tratable quirúrgicamente:

- El paciente presenta uno de los “síndromes remediables quirúrgicamente” (definidos por historia natural conocida, evaluación

---

<sup>11</sup> MERCADÉ J.M. y SANCHO Rieger: “Guías y diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología” o “Guía oficial de práctica de la epilepsia”, Capítulo 5, pág. 194-195

prequirúrgica no invasiva, habitualmente mal control farmacológico y buenos resultados con cirugía), en cuyo caso se puede plantear una cirugía más precoz.

- La evaluación prequirúrgica muestra que la cirugía puede mejorar la epilepsia del paciente con secuelas aceptables, teniendo en cuenta la situación basal y la gravedad de las contraindicaciones potenciales a la cirugía habrán de valorarse e individualizarse en función del paciente. Hay que considerar:
  - Edad: no existe contraindicación formal y se habrá de valorar especialmente la relación beneficio/riesgo en pacientes de edad avanzada.
  - Causa de la epilepsia: no son candidatos aquellos pacientes en los que la etiología de la epilepsia es una enfermedad neurológica progresiva, excepto en el caso de la encefalitis.
  - Enfermedades médicas concomitantes: pueden contraindicar la cirugía si comprometen el pronóstico vital o funcional.

## **Epidemiología**

Entre un 30 % y un 40 % de las personas con epilepsia continúa teniendo CE a pesar del tratamiento farmacológico. Dichos pacientes serán subsidiarios de evaluación prequirúrgica y deber ser remitidos a una unidad especializada en ER que posea formación y experiencia en cirugía de la epilepsia. Alrededor del 5 % de los pacientes con epilepsia podría beneficiarse del tratamiento quirúrgico.

## **Selección del candidato quirúrgico**

La cirugía de la epilepsia actual requiere de un equipo multidisciplinario de especialistas con una formación específica en la materia, de su colaboración en una misma unidad y de los medios tecnológicos necesarios.

No hay un acuerdo unánime acerca de qué tipo y cantidad de información se debe obtener antes de indicar un tipo concreto de intervención quirúrgica de entre las distintas opciones empleadas. La evaluación prequirúrgica de los



pacientes comprenderá estudios encaminados a identificar la localización y extensión de la zona epileptógena y a valorar el posible impacto de la cirugía sobre las funciones neurológicas, cognitivas y el estado emocional del paciente.

### **1.3.6 El Aura**

El término *aura* se ha usado para referirse al conjunto de sensaciones anormales de naturaleza epiléptica que preceden a otro tipo de crisis. Estos síntomas constituyen en realidad la primera manifestación de una crisis epiléptica, tratándose por tanto de una *crisis parcial o focal simple* en ausencia de síntomas motores.

#### **a) Auras epigástricas:**

Esta sensación es referida por los pacientes con diferentes expresiones sensación de calor, hambre, quemazón ascendente desde el estómago. Aunque existe una mayor relación con las crisis temporales

#### **b) Auras somato sensoriales:**

Consisten en parestesias o dolor con una distribución somatotópica específica, generalmente en la parte distal de las extremidades y alrededor de la boca. Se suelen producir por activación epiléptica del área sensitiva primaria.

#### **c) Auras visuales:**

Son ilusiones o alucinaciones visuales simples (lucos, fosfenos...), que localizarían a nivel occipital contralateral.

#### **d) Auras auditivas:**

Son ilusiones o alucinaciones auditivas, que se producen por activación de la corteza auditiva primaria

**e) Auras olfatorias:**

Consisten en la percepción de un olor anormal, en general de carácter desagradable. Las auras olfatorias se suelen producir por activación de la amígdala.

**f) Auras gustativas:**

El paciente nota un sabor anormal, en general, desagradable, como ocurre con las auras olfatorias. Las alucinaciones gustativas se deben generalmente a activación epiléptica de la ínsula.

**g) Auras autonómicas:**

Se caracterizan por sensaciones que sugieren activación del sistema autonómico (palpitaciones, sensación de escalofríos...). Las auras autonómicas se pueden producir por estimulación de la región frontal

**h) Auras psíquicas:**

Son sensaciones complejas que se acompañan de un “vivencia” determinada, ejemplo una sensación de miedo (producida por la activación de la amígdala).

### **1.3.7 Clasificación de la epilepsia en niños**

**a) Crisis parciales.**

- Convulsiones parciales simples.
- Convulsiones parciales complejas.

**b) Convulsiones generalizadas primarias.**

- Ausencia Pequeño mal
- Típica
- Atípica
- Mioclónica
- Clónicas
- Tónica

- Tónica- clónica Gran mal
- Atónicas

#### **d) Convulsiones no clasificadas.**

- Convulsiones neonatales.
- Convulsiones infantiles.
- Status epilépticos.

## **Crisis Parciales**

### **Crisis Parciales Simples**

Son crisis caracterizada por síntomas motores caracterizados síntoma sensoriales psíquicos con combinaciones de descargas anormales más frecuente se observan en niños, con manifestaciones de desviación de ojos percepción de movimientos tónico- clónico que afecta la cara y presencia de salivación, detención del habla.

### **Crisis Parciales Complejas**

Las crisis parciales complejas se caracterizan por una actividad epiléptica focal que se acompaña de una alteración transitoria de la capacidad del paciente para mantener un contacto normal con el mundo. De forma práctica esto significa que el paciente es incapaz de responder a órdenes visuales o verbales durante la crisis y no se da cuenta de ella ni la recuerda bien. Las crisis suelen comenzar con un aura, es decir con una crisis parcial simple, que es estereotipada en cada paciente. El comienzo de la crisis suele consistir en una interrupción brusca de la actividad del paciente, que se queda inmóvil y con una mirada perdida, lo que marca el comienzo del periodo que el paciente no recordara. La inmovilidad del paciente suele acompañarse de automatismo, que son conductas automáticas involuntarias que comprenden una amplia gama de manifestaciones. Los automatismos constan de comportamientos muy básicos, como movimientos de

masticación, chupeteo con los labios, de deglución o de coger cosas con la mano, o de comportamiento más elaborados, como la expresión de una emoción o echar a correr. Después de una crisis el paciente exhibe un estado de confusión, característico, pudiendo durar el intervalo hasta que recupere por completo la conciencia desde segundos hasta una hora. La exploración minuciosa del paciente inmediatamente después de una crisis permite detectar una amnesia anterógrada.

## **Convulsiones generalizadas primarias**

### **Ausencia Pequeño Mal**

La crisis de ausencia se caracteriza por breves o pequeños lapsos de pérdida de conciencia sin pérdida del control postural. De forma característica la crisis dura solo unos segundos la conciencia se recupera tan rápido como se perdió u no hay confusión. La pérdida breve de la conciencia puede pasar inadvertida o bien ser la única manifestación de la descarga convulsiva, pero la crisis de ausencia suelen acompañarse de signos motores bilaterales sutiles, como movimientos rápidos de parpadeo, movimientos de masticación o movimientos clónicos de pequeña amplitud de manos. Casi siempre comienzan en la infancia de los cuatro a ocho años o a principios de la adolescencia y son el tipo parcial en el 15 a 20% de los niños con epilepsia. En ocasiones se producen cientos crisis al día, aunque el niño no se dé cuenta o no sea capaz de comunicar su existencia no es de extrañar que la primera pista sobre la existencia de una epilepsia es disminución del bajo rendimiento escolar que son reconocidos por el profesor. Las crisis de ausencia típicas no se asocian con problemas neurológicos y responden a un tratamiento convulsivo específico. Aunque las estimaciones, aproximadamente el 60 a 70% de estos pacientes tendrá una remisión espontanea durante la adolescencia<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología o Guía oficial de práctica de la epilepsia pág.19

## **Atípicas**

Está peor delimitada que la ausencia típica. Suele aparecer en síndromes epilépticos con retraso psicomotor importante asociado. El inicio clínico no es tan marcado como en las ausencias típicas. La pérdida de contacto puede ser menor, aunque también suele ser más prolongada (10 segundos-varios minutos). Asimismo, pueden asociar componentes atónicos, tónicos y automatismos.

## **Mioclónicas**

Una crisis mioclónica es una crisis contracción muscular breve y repentina de las partes del cuerpo o el cuerpo entero una forma fisiológica frecuente y características de mioclónica es los movimientos bruscos de sacudida que aparecen cuando nos quedamos dormidos. Las crisis mioclónicas suelen aparecer asociadas a trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central o a lesiones cerebrales, estas crisis se denominan verdaderos fenómenos epilépticos, puestos que están originadas por una disfunción cortical.

## **Clónicas**

La fase dura de 30 a 40 segundos, pero puede variar de menos segundos o hasta media hora o más se manifiesta con movimientos violentos de tirón mientras el tronco y las extremidades sufren contracciones y relajaciones rítmicas en ocasiones aparece saliva o espuma por boca, incontinencia de orina o heces, a medida que el ataque remite, los movimientos se van haciendo menos intensos, se producen intervalos más largos y luego cesan los movimientos<sup>13</sup>.

## **Tónicas**

La fase tónica tiene una duración aproximada de 10 a 20 segundos se presenta Enfermería pediátrica de Wong, con manifestaciones pérdida de consciencia, desviación de ojos si el paciente está de pie perdida del equilibrio con caída al suelo.

---

<sup>13</sup> Enfermería pediátrica de Wong pág. 909 Cap. 27.

## **Tónica Clónica Gram Mal**

O denominadas también crisis tónico clónicas, son de tipo de crisis parcial de aproximadamente el 10% de todas las personas que sufren de epilepsia. Suelen ser también el tipo de crisis más frecuente como consecuencia de trastornos metabólicos y, por este motivo, con frecuencia aparecen en situaciones clínicas muy diversas. Estas crisis suelen comenzar de forma brusca sin previo aviso, aunque algunos pacientes refieren síntomas premonitorios vagos en la hora previas a la convulsión, debe distinguirse de las aura que se asocian a las crisis focales que se realizan secundariamente.

La fase inicial de la crisis suele ser una contracción tónica de los músculos y de todo el cuerpo siendo responsable de gran parte de las características típicas de estos episodios. La contracción tónica inicial de los músculos de la espiración y de la laringe produce un gruñido o grito ictal; se altera la respiración, las secreciones se acumulan en la orofaringe y el paciente se vuelve cianótico. La contracción de los músculos mandibulares provoca mordedura en la lengua. Un considerable incremento del tono simpático origina el aumento del ritmo cardiaco, de la presión arterial y el tamaño pupilar. Transcurrido de 10 a 20 segundos la fase tónica de convulsión continúa de forma característica. Los periodos de relajación aumentan progresivamente hasta el final de la fase ictal, que normalmente no dura más de 1 minuto. Los pacientes recuperan la conciencia a lo largo de minutos a horas durante este periodo de transición habitualmente se produce una fase de confusión, luego de esto suele aparecer cefalea, fatiga y dolores musculares que se prolonga durante muchas horas.

En los pacientes que sufren convulsiones prolongadas o tienen enfermedades subyacentes del sistema nervioso central, como atrofia cerebral alcohólica, la duración de la alteración de la conciencia suele ser en ocasiones por varias horas.

## **Atónicas**

Son las crisis atónicas se caracterizan por una pérdida repentina durante uno o dos segundos del tono muscular postural. La conciencia se altera brevemente, pero no suele haber confusión. Algunas crisis breves provocan solo una rápida caída de la cabeza, como un asentamiento, mientras que las crisis prolongadas harán que el paciente se caiga. Este fenómeno es muy llamativo y extremadamente peligroso ya que existen riesgos de golpearse la cabeza con la caída. En un electroencefalograma demuestra descargas generalizadas y breves y que guardan relación con el tono muscular,

## **Crisis no clasificadas**

### **Convulsiones neonatales.**

Las convulsiones neonatales en el periodo neonatal constituye la expresión clínica de la difusión del sistema nervioso central. Clínicamente se manifiesta por la alteración de la conducta matriz, con la aparición de movimientos anormales, repetitivos (apnea, cianosis), etc. de forma aislada o en combinación de síntomas motores, con o sin cambios a nivel de la conciencia. En ocasiones la sintomatología es menor lo que dificulta el diagnóstico en el recién nacido. Los patrones tónico-clónicos organizados no se observan en el neonato debido a la inmadurez del sistema nervioso central.

A diferencia con lo que ocurre en todas las edades pediátricas, solo excepcionalmente son idiopática y muchos de sus causas etiológicas tienen tratamiento específico. Se considera que 0,15- 14% de los recién nacidos presentan convulsiones en este periodo llegando a situarse la incidencia, en recién nacidos de 36 semanas. Pueden ser ocasionalmente, debido a una difusión neuronal aguda como consecuencia de una agresión cerebral o reiterarse de manera crónica configurando una epilepsia.

## **Espasmos infantiles.**

También llamado son espasmos masivos que aparecen con mayor frecuencia durante los 6-8 primeros meses de vida. Son dos veces más frecuente en los varones que en las niñas, el niño puede sufrir numerosas convulsiones durante el día sin somnolencia o sueño después del acceso. Con escasa posibilidad de inteligencia normal, y que puede manifestarse con posible serie de contracciones musculares súbitas, breves y simétricas. Cabeza flexionada, brazos extendidos y piernas dobladas, desviación de ojos de arriba hacia adentro, puede ir presidida de llanto o risa, en ocasiones hay pérdida de la consciencia, con enrojecimiento, palidez o cianosis.

Es indudable que los avances científicos de la medicina han permitido comprender la variedad y la importancia de la epilepsia y los síndromes epilépticos de los cuales se detallan nuevas clasificaciones que se detallan a continuación.

## **Estatus Epiléptico**

El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una intervención inmediata para prevenir el daño cerebral irreversible, pues el inicio en el tratamiento es un factor predictor del tiempo de duración de la convulsión.

### **Definición:**

Tradicionalmente se ha definido como estado convulsivo continuo que dure 30 minutos, o 2 o más convulsiones en las cuales no halla retorno del estado de conciencia. Pero se ha demostrado que el riesgo de daño neuronal es dependiente del tiempo. Por esto recientes estudios han denominado estatus a un estado convulsivo continuo que dure más de 5 minutos, o 2 o más convulsiones en las cuales no halla retorno del estado de conciencia.

Estatus epiléptico refractario: convulsiones mayores de 2 horas, o convulsiones recurrentes (2 o más episodios por hora sin recuperar el estado de conciencia), a pesar de tratamiento con antiepilépticos.



## **Epilepsias generalizadas criptogénicas o sintomáticas**

### **Síndrome de West**

Se caracteriza por espasmos infantiles, detención del desarrollo psicomotor, aunque puede faltar uno de estos componentes. Los espasmos pueden ser en flexión, extensión o limitados a la cabeza, pero lo más frecuente es que sean mixtos. Debuta entre los 4 - 7 meses de edad, pero siempre antes del año. Los niños son más afectados que las niñas y el pronóstico generalmente es malo. Se pueden distinguir dos grupos de pacientes con síndrome de West, uno sintomático caracterizado por la existencia previa de signos de afección cerebral o por una etiología conocida y otro criptogénico, caracterizado por ausencia de signos afección cerebral previa y por ausencia de etiología conocida<sup>14</sup>.

### **Síndrome de Lennox-Gastaut-Dravet**

Se presenta en niños de 1 a 8 años, aunque predomina su debut en la edad pre-escolar. Las crisis más frecuentes son las tónicas axiales, las atónicas y las ausencias, pero pueden asociarse otro tipo de crisis (mioclónicas, crisis tónico-clónicas generalizadas o crisis parciales). Los estados de mal son frecuentes (estado estuporoso con mioclónicas, crisis tónicas y atónicas). En el 60% de los casos, este síndrome sobreviene en niños que tienen una encefalopatía preexistente, en el resto de los casos, se desconoce la etiología<sup>15</sup>.

### **Epilepsias parciales idiopáticas (dependientes de la edad)**

Son las epilepsias del niño. Ellas están ligadas a la edad, ocurren sin lesión anatómica demostrable y llegan a remitir en forma espontánea. Los pacientes no presentan déficit neurológico o neuroradiológicos ni intelectual, ni antecedentes significativos (aparte de los antecedentes familiares de

---

<sup>14</sup> El pronóstico parece estar ligado a la precocidad del inicio del tratamiento con esteroides (1-5,8). <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>.

<sup>15</sup> <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>

epilepsia benigna). Las crisis suelen ser breves y ocasionales, aunque al inicio del cuadro pueden ser frecuentes. El tipo de crisis puede variar de un caso a otro, pero habitualmente es el mismo tipo de crisis en un paciente<sup>16</sup>.

## **Síndromes Especiales**

### **Crisis en relación a una situación en especial**

#### **Convulsiones febriles**

Son dependientes de la edad y se caracterizan casi siempre por crisis generalizadas que se presentan durante una enfermedad febril aguda. La mayor parte de las crisis son breves y no complicadas; sin embargo, algunas de ellas pueden complicarse y dejar secuelas neurológicas transitorias o permanentes, como en el caso del síndrome (hemiconvulsión, hemiplejía, epilepsia). Ciertos estudios recientes a gran escala, han permitido poner fin a las controversias sobre el riesgo ulterior de epilepsia, señalando que el riesgo global no pasa probablemente del 4%. Un tratamiento profiláctico prolongado, orientado a prevenir la recidiva de convulsiones febriles está indicado solamente en la minoría de los casos. (Siendo el de elección el ácido valproico) Las convulsiones febriles representan una afección relativamente benigna de la infancia. Actualmente la gran mayoría de los pacientes requieren como tratamiento diazepam oral o rectal durante los episodios febriles así como el control de la fiebre<sup>17</sup>.

#### **Crisis relacionadas a eventos metabólicos o tóxicos agudos**

Crisis únicamente provocadas por un evento metabólico o tóxico o debido a factores como el abuso de alcohol, ciertos medicamentos, la eclampsia, hiperglicemia, o una lesión aguda como neurocisticercosis, etc., las cuales son denominadas crisis sintomáticas agudas por no requieren tratamiento antiepiléptico en forma crónica.

---

<sup>16</sup> <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>

<sup>17</sup> <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>

## Escala de Sarnat y Sarnat

<b>Parámetros</b>	<b>Grado I (leve)</b>	<b>Grado II (moderada)</b>	<b>Grado III (severa)</b>
Nivel de conciencia	Hiperalerta	Letargia	Estupor o coma
Tono muscular	Normal	Hipotonía	Flacidez
Postura	Ligera flexión distal	Fuerte flexión distal	Descerebración
Reflejo moro	Hiperactivo	Débil, incompleto	Ausente
Reflejo succión	Débil	Débil o ausente	Ausente
Función autonómica	Simpática	Parasimpática	Disminuida
Pupilas	Midriasis	Miosis	Posición media
Convulsiones	Ausentes	Frecuentes	Raras
EEG	Normal	Alterado	Anormal
Duración	< 24 hrs.	2 a 14 días	Horas o semanas

**Fuente:** [http://es.wikipedia.org/wiki/Encefalopat%C3%ADa\\_hip%C3%B3xica\\_isqu%C3%A9mica](http://es.wikipedia.org/wiki/Encefalopat%C3%ADa_hip%C3%B3xica_isqu%C3%A9mica)

Se utiliza para la valoración de la encefalopatía hipóxico-isquémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser desde leves a severas y su grado es muy importante para determinar el eventual desarrollo de futuras secuelas. Se utiliza esta clasificación con la finalidad de estimar la severidad del compromiso neurológico.

### **1.3.8 Modelo y Teoría Callista Roy**

Roy señala que la carencia de salud y la cobertura inadecuada de las necesidades de atención pueden limitar el potencial humano. En su libro señala que su intención era promover la salud al utilizar el ambiente para ayudar a los procesos naturales del cuerpo para la sanación. Si bien reconoce de avances positivos en atención a la salud que contribuyen a esta y al bienestar.

El objetivo de la enfermería es contribuir a la meta general del cuidado de la salud la cual consiste en promover la salud de los individuos en la sociedad entonces el papel de la enfermera significa fomentar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad.

#### **Modalidades de adaptación**

##### **Modalidad fisiológico-física.**

Para los individuos y los grupos representa la categoría del comportamiento relacionado con los aspectos físicos y del sistema humano. Para el individuo, la modalidad fisiológica tiene un total de nueve componentes. Existen cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad, reposo y protección. También existen cuatro procesos complejos involucrados con la adaptación fisiológica y son: líquido y electrolitos y equilibrio ácido-base, función neurológica y endocrina.

##### **Modalidad de Autoconcepto- identidad grupal.**

Para los individuos y grupos, representa una categoría de comportamiento relacionada con los aspectos personales de los sistemas humanos. Las necesidades básicas identificadas para el individuo son: integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber quién es uno mismo de tal manera que se pueda existir o ser con un sentido de unidad. El autoconcepto es la descomposición de creencias y sentimientos de una persona en un momento

determinado. Los componentes de la modalidad de autoconcepto son: ser físico, incluye la sensación corporal y la imagen corporal; y el ser personal, integrado por la autoconsciencia, el ideal personal y el ser moral-ético y espiritual. La integridad de la identidad es la necesidad subyacente a esta modalidad adaptativa de grupo, la cual está constituida por relaciones interpersonales, imagen propia del grupo, medio social y cultural.

### **Modalidad de Desempeño de funciones.**

Tanto los individuos como para los grupos representa la categoría del comportamiento en relación con las funciones en los sistemas humanos. Esta se enfoca a partir de la perspectiva del individuo sobre las funciones que tiene en la sociedad. La necesidad básica identificada bajo la modalidad del desempeño de funciones es la integridad social. El deseo de saber quién es uno mismo en relación con los otros, para poder actuar. Las funciones al interior de los grupos son el medio a través del cual pueden alcanzarse las metas de los sistemas sociales

### **Modalidad de interdependencia.**

Representa la categoría conductual ligada con las relaciones de dependencia mutua. Para el individuo, esta modalidad se enfoca en las interacciones que guardan relación con dar y recibir amor, respeto y valía. La necesidad básica de esta modalidad es la integrada para la relación de sentimientos de seguridad.

De acuerdo con el modelo, las respuestas adaptativas son aquellas que afectan de forma positiva la salud; es decir, sostiene la integridad del sistema de adaptación del humano. Desde la perspectiva del modelo, las respuesta humanas no solo incluyen problemas, necesidades y deficiencias, sino también capacidades, ciertos, conocimientos capacidades, habilidades y compromisos. De acuerdo con el modelo, todas las respuestas son conductas con posibilidades de ser observadas. Las actividades de

enfermería respaldan las respuestas de adaptación y pretenden reducir las respuestas ineficaces.

### **Proceso de cuidado de enfermería**

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

El proceso del cuidado con la visión de los seres humanos como sistema de adaptación asume la importancia primordial de los valores y las creencias relativos a la gente, ambiente y la cultura. El proceso de enfermería es un medio o un método para la toma de decisiones, la cual es compatible con la práctica de la enfermería que ocurre al modelo.

### **Valoración del comportamiento**

Requiere la obtención de datos sobre cada una de las cuatro modalidades de adaptación. El punto de arranque para la valoración de las respuestas conductuales como adaptativas o ineficaces es la valoración capacitada del comportamiento y el conocimiento para comparar los criterios específicos de las personas.

### **Valoración de los estímulos**

Internos o externos, requiere la identificación de lo que provoca una respuesta, y además acentúa el proceso de afrontamiento de la persona. La determinación de los estímulos recurre a las mismas habilidades requeridas para la valoración del comportamiento, y esto permite aclarar la naturaleza de los estímulos.

### **Diagnósticos de enfermería**

Implica la integración de afirmaciones que interpreta la información obtenida a partir de los dos primeros pasos del proceso de cuidado de enfermería: la valoración del comportamiento y de los estímulos. El diagnóstico de enfermería se define como un proceso de juicio, este deriva en una afirmación para lo cual refleja la condición de adaptación del individuo. Es el resultado del proceso de pensamiento crítico y del juicio de la enfermera.

## **Establecimiento de metas**

Se define como la integración de afirmaciones claras sobre el resultado conductuales que han de ganarse a partir de los cuidados de enfermería y que pueden ser de corto o largo plazo en relación con la situación, Roy pone énfasis en las metas conductuales individuales relacionadas con aquellas de adaptación que pertenece al modelo: sobrevivencia, crecimiento reproducción, destrezas, y transformaciones humanas y ambientales.

## **Intervenciones**

Las intervenciones de enfermería se planean con el propósito de promover la adaptación al concentrarse tanto en los estímulos como los procesos de afrontamiento. La enfermera ajusta los estímulos mediante estrategias distintas con el objeto de hacer coincidir a estos con la capacidad de afrontamiento de la persona. El resultado es un comportamiento de adaptación.

## **Evaluación**

La evaluación pretende juzgar la eficacia de las intervenciones de enfermería respecto del comportamiento del individuo o de un grupo, para determinar si las metas se alcanzaron, si aquellas no se alcanzaron comienza de nuevo el proceso de cuidado de enfermería, a partir de las preguntas relativas de precisión e integridad de la información adquirida.

Las metas y las evaluaciones se reajustan con base con base en la evaluación de los siguientes datos:

## **Salud**

Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total, es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de esta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino de entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindándole ayuda en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. La salud no consiste en librarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que en la capacidad de combatirlo del mejor modo posible.

## **Persona**

Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable, un ser biopsicosocial, ser adaptativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales, en constante interacción con el entorno cambiante. Que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos:

Fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia.

## **Entorno**

Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambiente interno y externo que proporciona entrada en forma de estímulo. Siempre está cambiando y en constante interacción con las personas. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona, es el entorno cambiante el que empuja a reaccionar para poder adaptarse

## **Conclusión**

EL hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por



parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

## GLOSARIO

**Antiepilépticos (fármacos antiepilépticos – FAE):** Tipología de fármacos empleados en la prevención de crisis epilépticas; su principio activo llega al cerebro a través de la sangre. La elección de este tipo de medicamentos depende en gran medida de características como frecuencia y tipo de crisis, además del estilo de vida y de la edad del paciente.

**Aura:** Es la sensación que experimenta una persona plenamente consciente de que va a padecer de forma inmediata una crisis epiléptica.

**Automatismo:** Ejecución automática de movimientos complejos de forma involuntaria, por ejemplo, chasquido de labios, náuseas, sudoración.

**Convulsiones** – actividad anormal de las células nerviosas dentro del cerebro que causa sensaciones, emociones y conductas extrañas, y que a veces produce convulsiones, espasmos musculares y pérdida de conciencia.

**Crisis epiléptica:** Acción que se desencadena por cambios físicos que se producen en las neuronas (células cerebrales) y que pueden afectar a funciones como el movimiento o el comportamiento, o al nivel de consciencia (la noción de lo que sucede alrededor de uno). Los cambios generalmente duran apenas unos segundos o unos minutos, después de los cuales, la crisis finaliza y el cerebro vuelve a funcionar con normalidad.

**Epilepsia** Es un trastorno cerebral que hace que las personas tengan convulsiones recurrentes. Las convulsiones ocurren cuando los grupos de células nerviosas (neuronas) del cerebro envían señales erróneas.

**Escala de Sarnat.**- Se utiliza para la valoración de la encefalopatía hipóxico-isquémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser desde leves a

severas y su grado es muy importante para determinar el eventual desarrollo de futuras secuelas. Se utiliza esta clasificación con la finalidad de estimar la severidad del compromiso neurológico.

**Estado postictal.-** es el estado alterado de la consciencia en el que entra una persona después de tener una crisis convulsiva.

## **SIGLAS**

C. E	Crisis Epilépticas
C. F	Convulsiones Febriles
C. P. C	Crisis Parciales Complejas
C. P. S	Crisis Parciales Simples
E.E	Estado Epiléptico
E.E.G	Electroencefalograma
F.A.E	Fármaco Anti Epiléptico
I.L.A.E	Liga Internacional Contra La Epilepsia
M.S.P	Ministerio Salud Publica
P.A.E	Plan Atención de Enfermería
R. M	Resonancia Magnética
S.N.C	Sistema Nervioso Central
S.E.N	Sociedad Española de Neurología
TAC	Tomografía Axial Computarizada
T.C.E	Traumatismo Cráneo Encefálico

## **CAPITULO II**

### **2 ESQUEMA METODOLÓGICO**

#### **2.1 Metodología**

Es un estudio descriptivo que permite determinar el cuidado que el personal de enfermería proporciona a los pacientes pediátricos con síndrome convulsivamente en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón en el año 2012.

#### **2.2 Tipo de estudio**

La investigación se realizará cuantitativa descriptiva.

Cuantitativa.- Se realizará desde el punto de vista numérico a través de encuestas que va dirigida al personal de enfermería del Hospital Abel Gilbert Pontón.

#### **2.3 Área de estudio**

La investigación se la realizara en el área de pediatría del primer piso del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

#### **2.4 Universo**

8 Licenciadas / os de enfermería y 22 auxiliares que laboran en el área de

Pediatría, pacientes que son internados en esta área del primer piso del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón del año 2012.

#### **2.5 Muestra**

El equipo de enfermería del área de Pediatría consta de 8 Licenciadas y 22 auxiliares de enfermería, responsables del cuidado directo del paciente con síndrome convulsivo, 21.413 pacientes que fueron internados en esta área del primer piso del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón del año 2012.

## **Técnicas de recolección de datos**

**2.6 Encuesta:** Va dirigida a las licenciadas que dan cuidado a pacientes pediátricos que se encuentran internados en el área de primer piso con síndrome convulsivo en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

### **2.7 Instrumento**

**Cuestionario:** que está dirigido a determinar la información que poseen los pacientes que se encuentran internados con síndrome convulsivante en el primer piso del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. El cuestionario consta de dos apartados tiene una sección de datos personales y una guía de observación individual para cada profesional.

## **2.8 Hipótesis**

Siendo la profesional de enfermería la que ejecuta el cuidado del niño. ¿Será el déficit de conocimiento o poco tiempo que tiene la profesional para realizar distintas actividades de enfermería en su área, las razones por las que incumple la función del cuidado directo en los pacientes Pediátricos son síndromes convulsivante del área de pediatría del Hospital Dr., Abel Gilbert Pontón?

## **2.9 Variables**

### **2.9.1 Variable Independiente:**

- Cuidado de enfermería

### **2.9.2 Variable dependiente**

- Paciente pediátrico
- Síndromes convulsivos

### 2.9.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Cuidado de enfermería a pacientes pediátricos son síndromes convulsivantes. Concepto:</p> <p>Tratamiento basado en conocimiento y juicio clínico que realiza la profesional en enfermería para favorecer el resultado de un paciente.</p>	<p>Cuidado de enfermería realizados por la profesional.</p>	<p>Frecuencia del Cuidado. Atención oportuna de emergencia en la convulsión</p>	<p>¿Realiza Ud. un plan de cuidado a paciente son crisis convulsivas? Siempre Casi Siempre Nunca</p> <p>¿El personal de enfermería mantiene un ambiente térmico neutro? Sí... No...</p> <p>¿Qué hace Ud. luego de una convulsión?</p> <p>¿Qué cuidado es el que más proporciona a los pacientes con síndromes convulsivantes?</p> <p>¿La profesional de enfermería vigila al niño durante la convulsión? Sí... No...</p> <p>¿Aspiración de la faringe si presenta vomito o residuos gástricos? Sí... No...</p>
		<p>Registro de enfermería</p>	<p>¿Existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia de síndromes convulsivos?</p>



Variable	Dimensión	Indicador	Escala
.			Registra las observaciones de enfermería. Características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión.  Siempre Casi Siempre Nunca
		Imparte educación	¿Mantiene Ud. información adecuada acerca del tratamiento del niño?  Siempre Casi Siempre Nunca  ¿La profesional proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño son síndromes convulsivantes? Si ... No ...
Síndromes Convulsivos. Concepto: Descargas paroxísticas de neuronas corticales que tienen como resultado la alteración del S.N.C.	Duración de la Convulsión	Tipo de Convulsión	¿Cuál de los siguientes tipos de convulsión puede producir daños severos en el niño?  ¿De qué manera detecta Ud. el aura ante una crisis convulsiva?  ¿Elija cual es un factor de riesgo de las crisis convulsivantes?  ¿Cuál es la etiología de los síndromes convulsivantes?

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p>Paciente Pediátricos</p> <p>Concepto:</p> <p>La niñez al igual que otra etapas vitales, se caracteriza por la mayor vulnerabilidad por lo que son frágiles y requieren mayor cuidado</p>	<p>Evolución del paciente</p>	<p>Examen Físico</p>	<p>¿Qué escala utiliza Ud. para la valoración de los síndromes convulsivantes?</p> <p>Glasgow Sarnat Otros</p> <p>¿Realiza Ud. examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematoma, fractura o pérdida de piezas dentarias?</p> <p>Si.... No....</p>

**ANÁLISIS**

**Y**

**RESULTADOS**

## CAPITULO III

### 2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

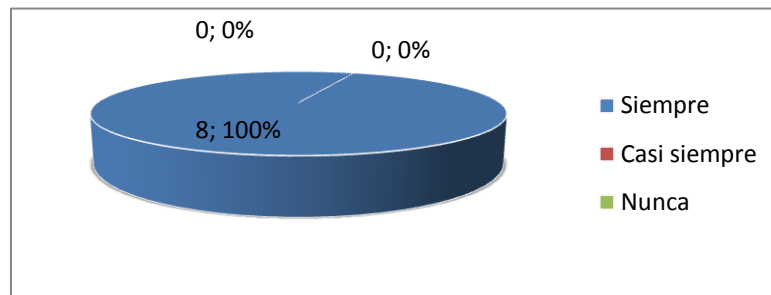
#### 3.1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTAS APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

**1. Registra en las observaciones de enfermería: Las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión.**

Siempre  Casi Siempre  Nunca

**Gráfico 1.** Registra en las observaciones de enfermería: Las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 1.** Registra en las observaciones de enfermería: Las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la convulsión.

Alternativa	F	%
Siempre	8	100%
Casi siempre	0	0%
Nunca	0	0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

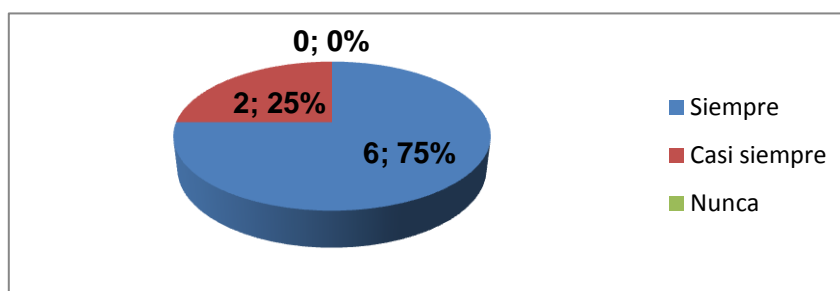
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** Según el resultado de la encuesta indica que la profesional del área de pediatría, si registran las características de una convulsión lo que corresponde a 100% de un total de 8 profesionales de enfermería que laboran en el primer piso del área de pediatría. Lo cual es muy beneficioso que la enfermera registre en el registro de Historia clínica del niño lo que favorecerá a que el medico pueda llegar a un diagnostico real.

**2. ¿Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis Convulsivantes?**

Siempre  Casi Siempre  Nunca

**Gráfico 2.** Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsionantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 2.** Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsionantes.

Alternativa	F	%
Siempre	6	75%
Casi siempre	2	25%
Nunca	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

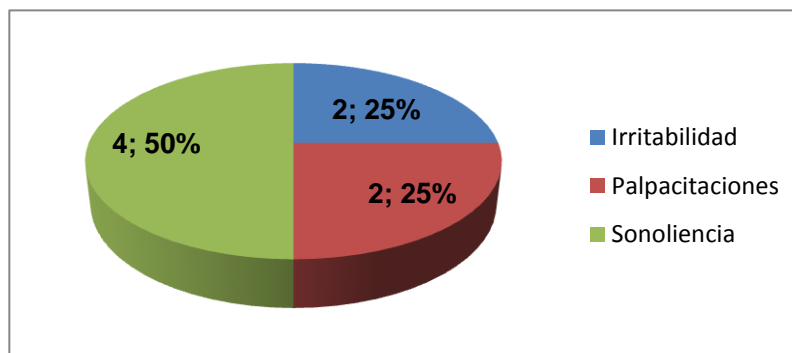
**Análisis:** En este grafico podemos apreciar que el personal de enfermería del área de pediatría del Hospital Abel Gilbert Pontón tenemos con el 75% equivale a 6 profesionales si realizan el plan de cuidados. Mientras que 25% equivalente a 2 profesionales no realizan un plan de cuidados.

Enfermería, es la encargada de la atención y vigilancia del estado de un paciente como profesión que implica realizar un plan de cuidados que están orientados a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al momento de la emergencia.

### 3. ¿De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva?

Irritabilidad  Palpitaciones  Soñolencia

**Gráfico 3.** De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 3.** De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva.

Alternativa	F	%
<b>Irritabilidad</b>	2	25%
<b>Palpitaciones</b>	2	25%
<b>Soñolencia</b>	4	50%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

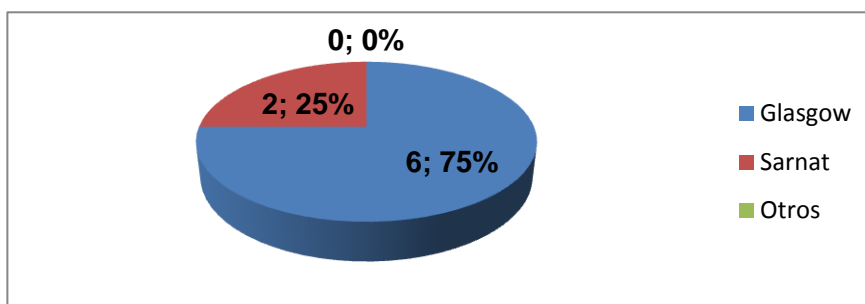
**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** Según el resultado estadístico que se muestra en la gráfica se puede diferenciar tres porcentajes diferentes en lo que se refiere al aura en la convulsión de un niño lo que correspondería a 50% somnolencia, 25% de irritabilidad, y 25% de palpitaciones. Lo que se puede apreciar que la enfermera si está preparada para detectar el aura ante de la convulsión de un niño, El aura es la sensación que experimenta una persona plenamente consciente de que va a aparecer la crisis y que se puede manifestar de distintas formas.

**4. ¿Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes Convulsivantes?**

Glasgow  Sarnat  Otros

**Gráfico 4.** Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes convulsivantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 4.** Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes convulsivantes.

Alternativa	F	%
<b>Glasgow</b>	6	75%
<b>Sarnat</b>	2	25%
<b>Otros</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

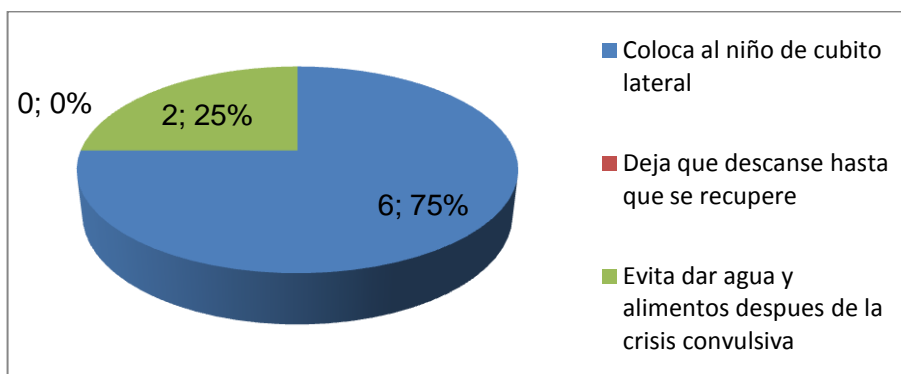
**Análisis:** Los resultados del gráfico se puede distinguir que 75% equivalentes a 6 licenciadas en enfermería utilizan la escala de Glasgow, y un 25% lo que correspondería a 2 licenciadas en enfermería utilizan la escala de Sarnat y Sarnat. Cabe recalca que la escala de Sarnat Se utiliza para la valoración de la encefalopatía hipóxico-isquémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser desde leves a severas y su grado es muy importante para determinar el eventual desarrollo de futuras secuelas. Se utiliza esta clasificación con la finalidad de estimar la severidad del compromiso neurológico.

**5. ¿Qué hace usted después de la crisis convulsiva?**

- Coloca al niño de cubito lateral.
- Deja que descansa hasta que se recupere.
- Evita dar agua y alimentos después de la crisis convulsiva.



**Gráfico 5.** Qué hace usted después de la crisis convulsiva.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 5.** Qué hace usted después de la crisis convulsiva.

Alternativa	F	%
<b>Coloca al niño de cubito lateral</b>	6	75%
<b>Deja que descansa hasta que se recupere.</b>	0	0%
<b>Evita dar agua y alimentos después de la crisis convulsiva</b>	2	25%
<b>Total</b>	8	100%

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

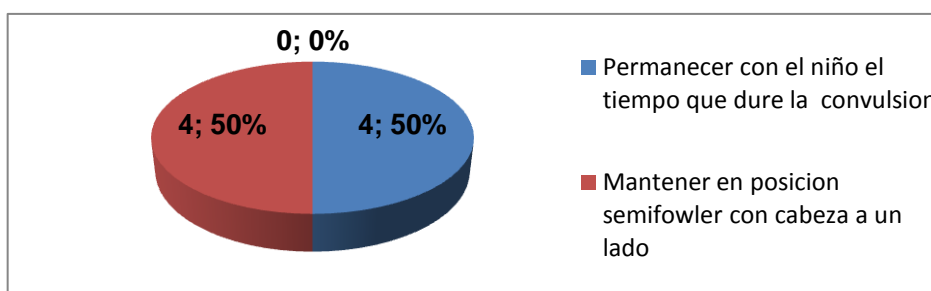
**Análisis:** Los resultados equivalentes a un 75% que corresponde a 6 licenciadas en enfermería mencionan que colocan al niño en decúbito lateral, mientras que un 25% correspondiente a 2 licenciadas en enfermería indican que evitan dar agua y alimentos después de la crisis convulsiva. Es de gran importancia mantener al paciente en decúbito lateral luego del pos convulsión ya que favorece a la salida de fluidos de los organismos evitando la broncoaspiración.



**6. ¿Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsivantes?**

- Permanecer con el niño durante el tiempo que dure la convulsión.
- Mantener en posición semifowler con cabeza a un lado.
- Registrar el tiempo que dura la convulsión y sus características.
- Proporcionar higiene y confort.

**Gráfico 6.** Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 6.** Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes.

Alternativa	F	%
<b>Permanecer con el niño el tiempo que dure la convulsión</b>	4	50%
<b>Mantener en posición semifowler con cabeza a un lado</b>	4	50%
<b>Registrar el tiempo que dura la convulsión y características</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

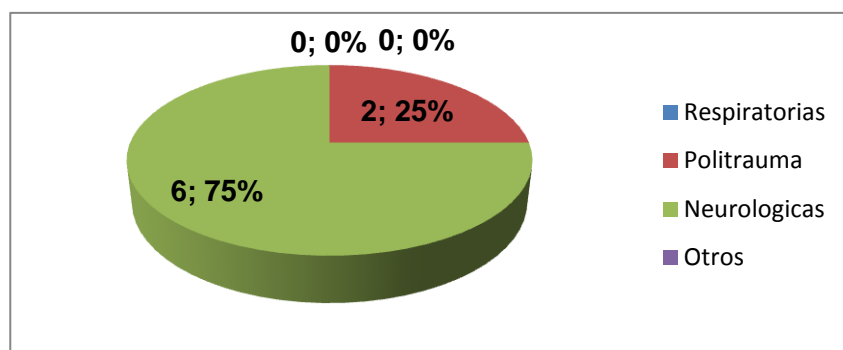
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** Dentro de los siguientes cuidados encontramos el 50% corresponde a permanecer con el niño mientras dura la convulsión equivalente a 4 licenciadas en enfermería, con un 50% mantener en posición semifowler con cabeza a un lado que equivale a 4 salud es estar con el niño mientras dure la crisis y asistir en el momento de la emergencia.

**7. Elija cuál de estas complicaciones es para usted es un factor de riesgo de las crisis Convulsivantes.**

Respiratorias  Politrauma  Neurológica  Otros

**Gráfico 7.** Elija cuál de estas complicaciones es un factor de riesgo de la crisis convulsivantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 7.** Elija cuál de estas complicaciones es para usted es un factor de riesgo de la crisis convulsivantes.

Alternativa	F	%
Respiratorias	0	0%
Politrauma	2	25%
Neurológicas	6	75%
Otros	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** Generalmente los riesgos de padecer crisis Convulsivantes se le atribuye a problemas neurológicos lo que el resultado de esta encuesta refiere un 75%, y un 25% por Politrauma

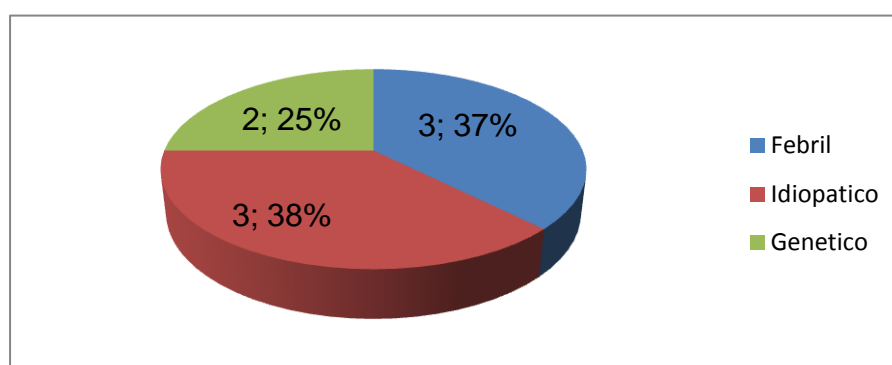
## 8. ¿Cuál es la etiología de los síndromes Convulsivantes?

Febril

Idiopático

Genético

**Gráfico 8.**Cuál es la etiología de los síndromes convulsionantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 8.**Cuál es la etiología de los síndromes convulsionantes.

Alternativa	F	%
Febril	3	38%
Idiopático	3	37%
Genético	2	25%
TOTAL	8	100%

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

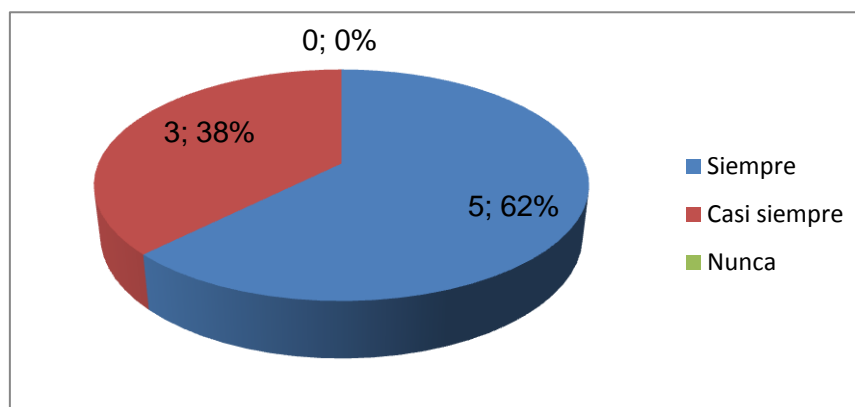
**Análisis:** En este gráfico el resultado dividido lo cual se detallan a continuación: El 38% febril, 37%, idiopático, y un 25% para genética. Como respuestas podemos decir que son aceptables.

Los síndromes Convulsivantes en niños menores de 5 años se la atribuye de origen idiopático. Ya que la organización Mundial de la Salud dice que de cada 10 casos 6 son de origen idiopático.

**9. Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño.**

Siempre       Casi Siempre       Nunca

**Gráfico 9.** Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 9.** Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño.

Alternativa	F	%
<b>Siempre</b>	5	63%
<b>Casi siempre</b>	3	37%
<b>Nunca</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	8	100%

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:**

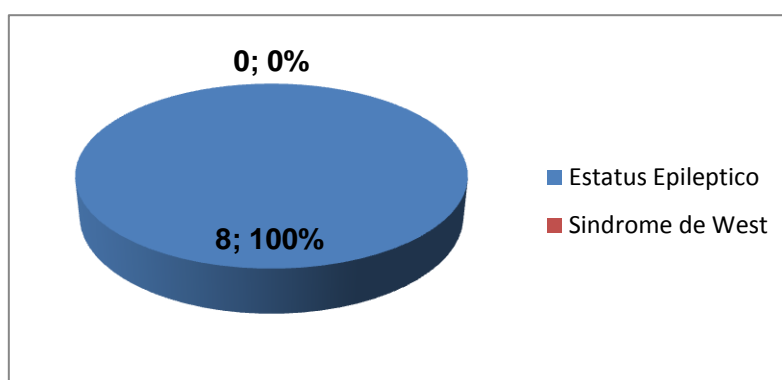
En un 63% de las licenciadas en enfermería dice que siempre mantiene informado sobre el tratamiento de niño, y el 37% casi siempre mantiene informado sobre el tratamiento del niño. La comunicación es uno de los pilares fundamentales para el éxito de un tratamiento y la recuperación óptima de la salud del paciente.

**10. ¿Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo en el niño?**

Estatus Epiléptico

Síndrome de West

**Gráfico 10.** Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo al niño.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 10.** Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo al niño.

Alternativa	F	%
<b>Estatus Epiléptico</b>	8	100%
<b>Síndrome de West</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	8	100%

**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital “Abel Gilbert Pontón”.  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** El estatus epiléptico correspondientes al 100% es indudablemente es el que causa daño severo en el niño. Por lo que la profesional está consciente y reconoce. El estatus convulsivo de cualquier etiología, que tiene una duración superior a 30 minutos, o la sucesión de crisis convulsivas más breves pero sin recuperación de la conciencia entre las mismas todo ello con duración superior a 30 minutos

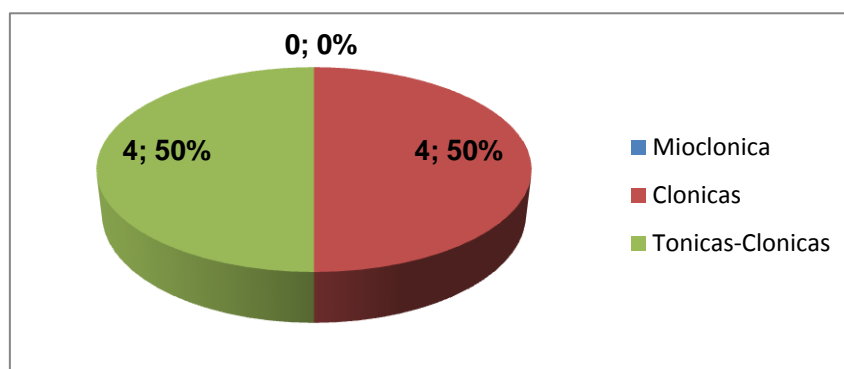
**11. ¿Cuáles de las siguientes crisis convulsivas producen una respuesta inmediata de estímulo del tono muscular?**

Mioclónica

Clónicas

Tónica-Clónica

**Gráfico 11.** Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes.



**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 11.** Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsionantes.

Alternativa	F	%
<b>Mioclónica</b>	0	0%
<b>Clónicas</b>	4	50%
<b>Tónicas-Clónicas</b>	4	50%
<b>TOTAL</b>	8	100%

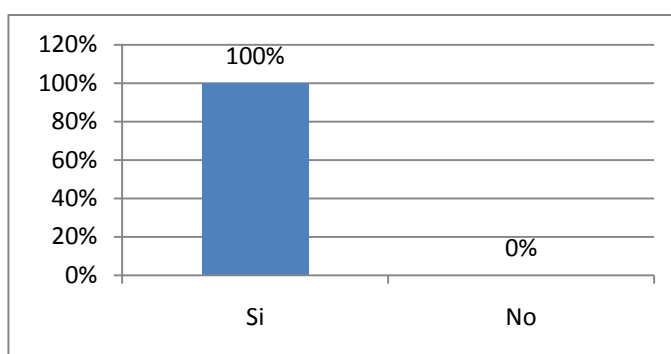
**Fuente:** Encuesta realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Análisis:** Dentro de los siguientes cuidados encontramos el 50% corresponde a permanecer con el niño mientras dura la convulsión equivalente a 4 licenciadas en enfermería, con un 50% mantener en posición semifowler con cabeza a un lado que equivale a 4 licenciadas en enfermería. Lo más satisfactorio como personal de salud es estar con el niño mientras dure la crisis y asistir en el momento de la emergencia.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE GUÍA DE OBSERVACIÓN APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

### 1. El personal de enfermería mantiene un ambiente térmico neutro del niño.

**Gráfico 12.** Guía de observación aplicada al personal, mantiene un ambiente término neutro del niño.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 12.** Guía de observación aplicada al personal, mantiene un ambiente término neutro del niño.

Alternativa	F	%
Si	8	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	8	100%

**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

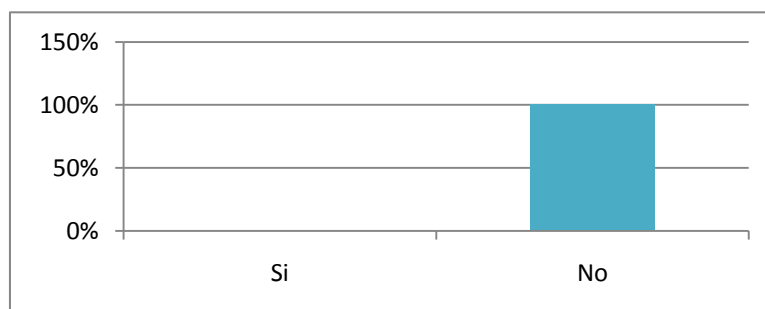
### Análisis:

El gráfico 1, de la guía observación se pudo observar que hay un cuidado en lo que se refiere a la proporción del ambiente térmico del niño con un 100%.

Lo que se puede determinar como una óptima atención del niño con síndrome Convulsivantes.

## 2. ¿Realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematomas, fracturas, pérdida de piezas dentarias?

**Gráfico 13.** Guía de observación aplicada al personal, realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematomas, fracturas, pérdida de piezas dentarias.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 13.** Guía de observación aplicada al personal, realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesiones, hematomas, fracturas, pérdida de piezas dentarias.

Alternativa	F	%
Si	0	0%
No	8	100%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

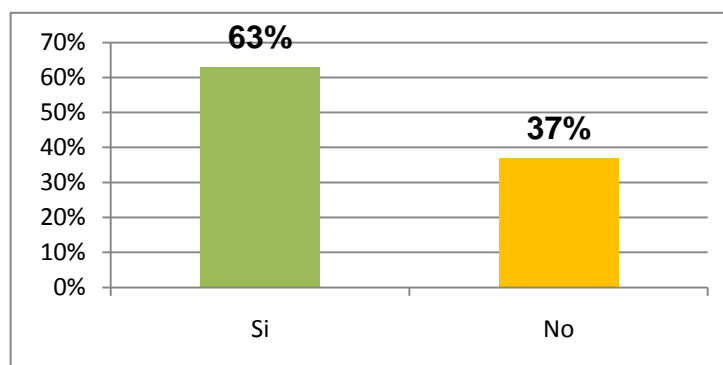
### Análisis:

El gráfico 2 de la guía de observación se pudo apreciar que la profesional de enfermería no realiza el examen cefalocaudal con un porcentaje del 100%. El examen cefalocaudal, proceso de observación permite detectar características normales y anormales, reunir datos sobre la enfermedad del paciente. Muy importante en los cuidados de enfermería.



### 3. Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión.

**Gráfico 14.** Guía de observación aplicada al personal, Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 14.** Guía de observación aplicada al personal, Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión.

Alternativa	F	%
Si	5	63%
No	3	37%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

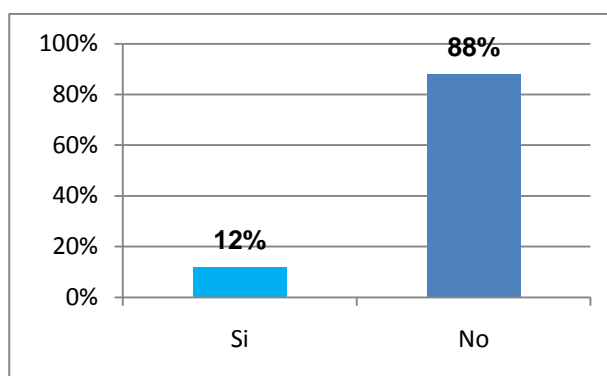
**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

#### **Análisis:**

El gráfico 3 de la guía de observación nos presenta un resultado de que la profesional un 63% si vigila al niño durante la convulsión, y con un 37% de que no realizan la observación de la convulsión. Es de vital importancia la observación lo cual es un instrumento principal de una investigación es mediante aquella podremos ayudar a determinar un verdadero diagnóstico del niño con convulsiones.

#### 4. El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo.

**Gráfico 15.** Guía de observación aplicada al personal, El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 15.** Guía de observación aplicada al personal, El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo.

Alternativa	F	%
Si	1	12%
No	7	88%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

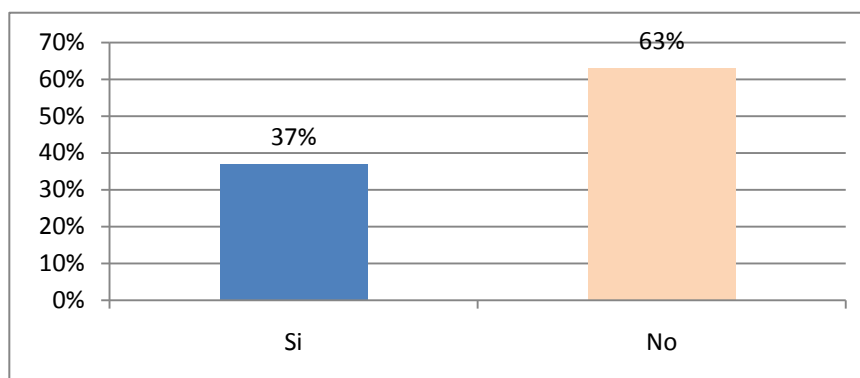
**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

#### **Análisis:**

El gráfico 4 de la guía de observación nos da un resultado de 88% que no proporcionan información a los familiares del niño y un 12% realiza la respectiva información a los familiares. La enfermería está encaminada a la promoción, prevención de la salud lo cual es de gran importancia mantener informado al familiar.

## 5. Existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos.

**Gráfico 16.** Guía de observación aplicada al personal, existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 16.** Guía de observación aplicada al personal, existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos.

Alternativa	F	%
Si	3	37%
No	5	63%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

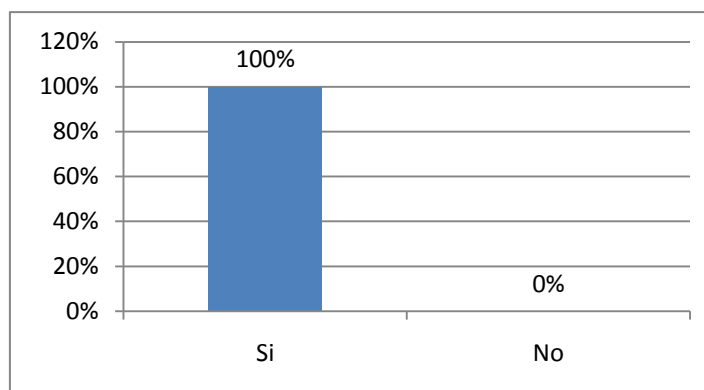
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

### Análisis:

El gráfico 5 de la guía de observación presenta un resultado de 63% no hay registros de la existencia de convulsión, mientras que un 37% si realiza los respectivos registros. Los registros de enfermería son un aporte fundamental para la valoración de un paciente lo cual permite llegar a un diagnóstico certero.

## 6. Tiene lista la medicación cárdiorespiratoria.

**Gráfico 17.** Guía de observación aplicada al personal, tiene la lista medicación cárdiorespiratoria.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 17.** Guía de observación aplicada al personal, tiene la lista medicación cárdiorespiratoria.

Alternativa	F	%
Si	8	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

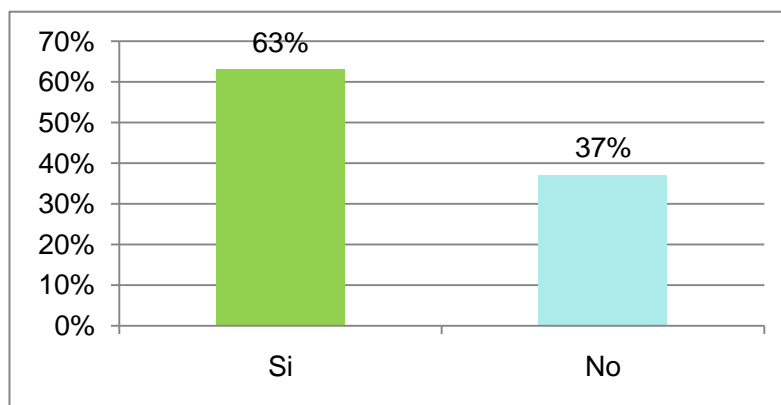
**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".  
**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

### **Análisis:**

El gráfico 6 de la guía de observación determina que el 100% si hay un cumplimiento de la medicación por lo que es de gran utilidad en el momento de una emergencia.

## 7. Aspiración de las faringe si presenta vómitos y / o residuos gástricos.

**Gráfico 18.** Guía de observación aplicada al personal, aspiración de las faringe si presenta vómitos y/o residuos gástrico.



**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

**Tabla 18.** Guía de observación aplicada al personal, aspiración de las faringe si presenta vómitos y/o residuos gástrico.

Alternativa	F	%
Si	5	63%
No	3	37%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Guía de observación realizada al personal de enfermería del Área de Pediatría del Hospital "Abel Gilbert Pontón".

**Autora:** Sandra Lagos Vargas, 2013.

### Análisis:

El gráfico N.7 de la guía de observación da un resultado del 63% que si realiza la aspiración de secreciones mientras que un 37% no realiza dicho procedimiento. Es de gran necesidad realiza la aspiración de secreciones puesto que las convulsiones retienen o acumulan residuos o alimentos en la boca y laringe, lo cual puede ocasionar broncoaspiracion y complicaciones en el niño.

# PROPUESTA

## **CAPÍTULO IV**

### **3. PROPUESTA**

#### **4.1 TEMA DE LA PROPUESTA**

#### **CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 1 A 5 AÑOS CON SINDROMES CONVULSIVANTES DEL ÁREA DE PEDIATRÍA EN EL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”.**

Un protocolo estandarizado de atención como una herramienta para el manejo adecuado de los niños con síndromes convulsivantes, de tal forma que se utilice por el personal de enfermería del área de pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

#### **4.2 INTRODUCCIÓN**

Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Aunque la mayoría de las veces los niños llegan a la casa de salud en la fase proscritica, es decir sin actividad convulsiva, en ocasiones presentan urgencia vital, especialmente en las crisis prolongadas que conducen al estatus convulsivo.

El manejo oportuno y eficiente de estos eventos por parte de la profesional de enfermería, este protocolo es creado con el fin de mejorar el desempeño y las buenas prácticas de enfermería en el cuidado y atención con síndromes Convulsivantes fundamental para evitar lesiones o secuelas, temporales o permanentes del síndrome convulsivo, la convulsión febril de la infancia.

Estos conceptos constituyen la base principal de este protocolo para lo cual sea utilizado en beneficio de los niños del Hospital DR. Abel Gilbert Pontón del Ministerio de Salud Pública. En espera de que este documento sea una herramienta para el bienestar de nuestros pacientes.

## **4.3 OBJETIVOS**

### **4.3.1 OBJETIVOS GENERAL**

Manejar la crisis convulsiva con el fin de prevenir complicaciones o secuelas en el niño.

### **4.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Evitar lesiones, proteger de caídas y golpes.
- Diseñar planes de cuidados dirigidos:
- Cuidados individualizados
- La continuidad de los cuidados
- La comunicación
- La evaluación

### **4.3.3 Beneficiarios**

- ✚ Pacientes pediátricos con síndromes convulsivantes del área de pediatría del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.
- ✚ Personal de enfermería
- ✚ Familiares del paciente pediátrico
- ✚ La institución de salud

### **Responsables**

Egresada de la escuela de enfermería “San Vicente de Paul”: Sandra Lago Vargas

### **4.3.4 Consideraciones Previas**

Si el paciente ha sufrido crisis convulsivas previas, preguntar si conoce cuales han sido los desencadenantes que las ocasionan (febriles, politraumatismos, genéticos o de origen idiopático....)



- Ante una crisis convulsiva hay que actuar rápidamente ya que cuanto más prolongada sea la crisis, más difícil será su reversibilidad y peor su pronóstico.
- Estados convulsivos prolongados pueden provocar hipoxia, shock cardiovascular y parada respiratoria.
- La mayoría de las crisis son de corta duración (1-2 minutos) cediendo en algunos casos sin necesidad de tratamiento farmacológico.

#### **4.4 Cuidados de Enfermería**

##### **a) En pacientes con riesgo de crisis**

- En pacientes epilépticos, con crisis convulsivas previas o con factores de riesgo importantes (hipoglucemia, tóxicos, traumatismo craneoencefálico, tumores cerebrales, infección del SNC, enfermedad cerebrovascular, eclampsia...) las medidas a adoptar son:
  - Mantener el material necesario de oxigenoterapia y aspiración, en condiciones óptimas para una posible intervención.
  - Disponer de una cánula de Guedell cerca del paciente (cabecera de la cama velador).
  - En el caso de paciente epiléptico o con crisis recurrentes, tener disponible la medicación prescrita por el médico.
  - Facilitar la accesibilidad al timbre de llamada sobre todo si existen pródromos.
  - Mantener las barandillas subidas si el paciente permanece en la cama. Ante crisis recurrentes recomendar al paciente que permanezca en la cama.
  - Procurar un entorno adecuado y seguro, libre de muebles y objetos que puedan causar daño durante la convulsión.
  - Mantener una vía venosa permeable en caso necesario. Informar al paciente y a la familia sobre la actuación ante la aparición de pródromos.

## **b) Durante la crisis**

Adoptar las siguientes medidas:

- Identificar que se trata de una crisis convulsiva, pedir ayuda y avisar al médico responsable.
- Permanecer con el paciente en todo momento.
- Valorar nivel de conciencia.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea. Colocar cánula de Guedell si es posible, sin forzar ya que puede ocasionar lesiones en labios y pérdida de piezas dentales.
- Aplicar medidas de protección: o Acomodar al paciente lo mejor posible (cama horizontal, barandillas elevadas, almohadas, aflojar ropa que dificulten los movimientos...). Si la crisis ocurre con el paciente fuera de la cama, ayudarlo a tumbarse en el suelo, evitando o conteniendo la caída y colocar algo blando debajo de la cabeza para evitar que se autolesione. o Retirar prótesis dentales y gafas, si es posible. o No intentar sujetar al paciente durante la crisis, pero si controlar y guiar sus movimientos para evitar lesiones.
- Observar: o Tipo de crisis convulsiva (parcial o generalizada) o Tiempo de duración (estatus epiléptico) o Características (movimientos oculares, movimientos corporales, automatismos, coloración de la piel, relajación de esfínteres...)
- Aspirar secreciones si es posible.
- Administrarle oxígeno a alto flujo y monitorizar la saturación.
- Medir la glucemia capilar.
- Confirmar la permeabilidad de una vía venosa o canalizar otra nueva.

## **c) Después de la crisis**

- Intentar colocar al paciente en decúbito lateral para evitar el riesgo de aspiración. Realizar aspiración de secreciones si es preciso.
- Proporcionar un entorno tranquilo y seguro, sin excesiva iluminación, ni ruidos.

- Medir signos vitales y nueva glucemia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente.
- Reorientarle y tranquilizarle cuando recupere el estado de conciencia, si es posible en compañía de un familiar, ya que puede encontrarse confuso, cansado o incluso en estado letárgico.
- Observar la presencia de lesiones (erosiones, hematomas, heridas, rotura de piezas dentarias, fracturas...).
- Si se ha producido incontinencia, realizar el aseo del paciente.

#### **d) Educación a los padres.**

El paciente epiléptico, o el que ha sufrido previamente una crisis convulsiva y sus familiares o cuidadores han de recibir la siguiente información:

- Alimentándose sanamente: frutas, hortalizas, carbohidratos etc.
- Evitar el consumo de comidas chatarras.
- Realizar actividades física regular y evitando deportes de riesgo.
- Participar de la vida cotidiana familiar; comunitaria y escolar.
- Preferir las duchas del baño de tina y no usar agua muy caliente.
- Mantener las puertas de los dormitorios y baños sin llave.
- No administrar medicamentos sin antes ser prescrita.
- Descansar las horas de sueño necesarias.
- Tratar la fiebre alta en los niños.
- Evitar las luces estrobóticas.
- No suspender el tratamiento, hasta que el médico lo indique.
- Dar la medicación en la hora indicada.
- Evitar subida de escaleras o alturas.
- Evitar que el niño nade solo en la piscina.
- De existir convulsiones no coger al niño, relajarlo durante la crisis.
- Llevar al centro de salud más cercano si presenta: Si la crisis dura más de 10 minutos, Si se presenta una crisis tras otra.

## **e) Psicoeducación al Familiar**

Existen varios aspectos esenciales en los que la calidad de vida se afecta en el niño epiléptico:

Las restricciones eventuales en la vida diaria, la autoestima baja, las crisis impredecibles, las dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar, la pérdida de independencia.

Sobrepotección y los efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos.

Es precisamente en estos aspectos mencionados donde se inscriben los problemas conductuales y afectivos del epiléptico y, por tanto, la disminución de éstos es la determinante para la normalización conductual y emocional.

La idea actualmente admitida es que la personalidad de los epilépticos posee una diversidad dependiente del tipo de crisis, de la frecuencia de éstas, del tratamiento que recibe, de las vicisitudes físicas y psíquicas de cada individuo y del fenómeno negativo de la sociedad.

La psicoeducación del paciente y de su entorno social inmediato es imprescindible en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, pues la conducta del paciente y su actitud ante los síntomas es decisiva en el curso y pronóstico de la enfermedad.

Este tipo de terapia coadyuvante enfatiza la importancia de la información acerca de la enfermedad y sus síntomas y debe tener los siguientes objetivos:

- Informar e instruir a los pacientes y a quienes le rodea acerca de la verdadera influencia de la enfermedad en la vida en general (desmitificar).
- Desarrollar conciencia de enfermedad.
- Adhesión al tratamiento farmacológico y otras terapias complementarias.
- Evitar riesgos asociados a la interrupción del tratamiento.
- Reconocimiento de síntomas.
- Regularidad de hábitos y de controles terapéuticos.

## 4.5 PATRONES FUNCIONALES

### 4.5.1 Introducción.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón.

Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un todo, influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, es decir alterados o en riesgo de alteración, describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, se definen como problemas de salud, limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad.

- Patrón 1: Percepción - manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional - metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad - ejercicio

- Patrón 5: Sueño - descanso
- Patrón 6: Cognitivo - perceptual
- Patrón 7: Autopercepción - auto concepto
- Patrón 8: Rol - relaciones
- Patrón 9: Sexualidad - reproducción
- Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés
- Patrón 11: Valores - creencias

(Manual de valoración de patrones funcionales José Luis Álvarez Suarez Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo , Montserrat Muñoz Meléndez Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias) Junio, 2010 pág. 1-4-6-7-9-11-13-15-17-19-21)

## **VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES**

### **Patrón 1: Percepción- Manejo de salud**

#### **Que valora:**

- Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.
- Practica terapéutica.

Incluye prácticas representativas (hábitos higiénicos y vacunas).

#### **Como se Valora:**

- Percepción de salud.
- Conductas saludables
  - Vacunas
  - Alergia
- Reacción a los medicamentos.

Ingreso hospitalario

**Resultado del Patrón:**

- Se considera el patrón alterado:  
Si se observa que la salud es pobre regular o media.
- No tiene adherencias a tratamiento o las medidas terapéuticas.
- Mala higiene personal.

Inadecuado cuidado en la salud

**Patrón 2: Nutrición-Metabolismo****Que Valoramos:**

- Describe el consumo de alimento y líquido en relación a la necesidad metabólica.
- Horario de comida.
- Problemas de ingesta.
- Peso, Talla y temperatura,  
Horario de preferencia y supliendo.

**Como se Valora:**

- Valoración del IMC.
- Valoración de alimentos.
- Numero de comida, horario, dieta y líquido recomendado.
- Tipo de alimento por grupos, frita, verdura, pescado, carne, etc.  
Dificultad para masticar, deglutir.

**Resultado del Patrón:**

- Se considera patrón alterado si:  
Con respecto al IMC alterado superior al 30% o inferior a 18.5%.  
Patrón en riesgo entre 25 y 30.  
Patrón eficaz entre 18,6 y 24,9.
- Nutrición desequilibrada.
- Líquido escaso.
- Dificultad para masticar.

Presencia de problemas digestivos

### **Patrón 3: Eliminación**

#### **Que Valoramos:**

Funciones de excretoras urinaria y de la piel.

#### **Como Se Valora:**

- Intestinal:

Consistencia, regularidad, dolor e incontinencia.

- Urinaria:

Problemas de micción, características, sonda e incontinencia.

- Cutánea:

Sudoración copiosa

#### **Resultado Del Patrón:**

- Intestinal:

Estreñimiento e incontinencia.

- Urinario:

Incontinencia, disuria, poliuria

- Sudoración excesiva

### **Patrón 4: Actividad/Ejercicio**

#### **Que Valoramos:**

- Ejercicio:

- La actividad

- Tiempo libre y recreo

- Requerimiento de consumo de energía de las actividades de vida diaria.(va a la escuela, come, juega, corre, Salta, higiene)

#### **Como se Valora:**

- Valoración del estado cardiovascular.

F.R, P.A en respuesta a la actividad.

Debilidad, cansancio grado de movilidad en articulaciones fuerza y tono muscular.



**Resultado del Patrón:**

- El patrón esta alterado si existe. Disnea, cianosis, tos infectiva, cansancio, hipotermia, inmovilización, fractura.
- Deficiencia motora.
- Problemas de movilidad.

Desequilibrio e inestabilidad.

**Patrón 5: Sueño-Descanso****Que Valoramos:**

- Describe la capacidad de las personas para conseguir sueño o relajarse a lo largo de las 24 horas.
- Cantidad del sueño-descanso
- Ayuda para dormir (medicamentos rutinas, etc.)

**Como se Valora:**

- Espacio, ventilación, libre de ruido.
- Problemas de salud psicológicas, ansiedad, depresión, ánimo.
- Situaciones ambientales que previene ansiedad, estrés, desvelo, intervenciones Quirúrgicas.

Tratamiento farmacológico que pueden influir en el sueño epamin, etc.

**Resultado Del Patrón:**

- Medicamento para dormir o descansar.
- Somnolencia diurna.
- Conducta irritable.

Dificultad para conciliar el sueño o despierta precoz o inversión entre día o noche.

**Patrón 6: Congnitiva-Perseptivo****Que Valoramos:**

- Nivel de conciencia.
- Lenguaje.

- Amnesia.
- Percepción del dolor y tratamiento.

Consecuencia de la realidad.

**Como se Valora:**

- Nivel de consecuencia y orientación, depresión, fobias, miedo o dificultad en el aprendizaje.
- Alteraciones perceptivas por problemas de visión.

Problemas de conducta intranquilidad, agitación

**Resultado del Patrón:**

- El patrón esta alterado si:

No esta consiente u orientado deficiencia en los órganos de los sentidos.

- Presencia del dolor.
- Existencia, problemas de memoria, expresión o comprensión.
- Existen miedo o fobias e injustificadas conducta de:

Irritabilidad, agitación o intranquilidad.

**Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto**

**Que Valoramos:**

Identidad

Patrón emocional

Postura corporal y movimiento

- Contexto visual, voz y conversación.

Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.

**Como se Valora:**

- Problemas de Conducta:

Postura, voz, contexto visual, nerviosismo o relajación

**Resultado del Patrón:**

- El patrón esta alterado si:

Existe verbalización, auto negativo y rechazo.

## **Patrón 8: Piel-Relaciones**

### **Que Valoramos:**

Relaciones con los demás.

### **Como se Valora:**

Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, aislamiento social, violencia.

### **Resultado del Patrón:**

- El patrón esta alterado si:
- Presento problemas escolares.

Se siente solo

- Violencia domestica (abusos).

Dificultad en las tareas del cuidador.

## **Patrón 9: Sexualidad-Reproducción**

N/A (No Aplica)

## **Patrón 10: Adaptación, Tolerancia al Estrés**

### **Que Valoramos:**

Capacidad de adoptarse a los cambios.

### **Como se Valora:**

Capacidad de adoptarse a los cambios.

### **Resultado del Patrón:**

- Si manifiesta sensaciones habituales de estrés o irritabilidad.

## **Patrón 11: Valores y Creencias**

### **Que Valoramos:**

- Patrón de valores y creencias que giren a una elección o decisiones.

Lo que considere importante en la vida.

**Como se Valora:**

- Si está contento con su vida.
- Pertenece a alguna religión.
- Preocupación con la vida.

Dolor.

**Resultado del Patrón:**

- Conflictos y creencias.

Sufrimiento, dolor o enfermedad.

(Manual de valoración de patrones funcionales José Luis Álvarez Suarez  
Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo , Montserrat  
Muñoz Meléndez Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de  
Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias) Junio, 2010 pág. 1-4-  
6-7-9-11-13-15-17-19-21)

## **4.6 Proceso de Atención de Enfermería**

Permite una mejor organización del servicio y de sus recursos para garantizar el cuidado de todos los pacientes.

### **4.6.1 Objetivos**

- Proporciona al personal de enfermería herramienta para el proceso investigativo clínico especializado donde se aplica el conocimiento investigativo, clínico, especializado donde se aplica el conocimiento del P.A.E para el desarrollo de nuevas estrategias tendientes a mejorar el cuidado del paciente, familia y comunidad.
- Es un instrumento para la enseñanza de enfermería, conduce a adquirir una metodología excelente para brindar cuidados de calidad.
- Garantiza respuesta a sus problemas reales o potenciales ya que estos son analizados minuciosamente para lograr identificar las mejores estrategias de acción y así poder restablecer la salud.
- El PAE ofrece al paciente atención individualizada continua y de calidad de acuerdo a la priorización de sus problemas.

### **4.6.2 VENTAJAS DEL PAE**

- Brinda cuidado de calidad a los usuarios, y se evidencia cuando en todas las etapas se promueve un mayor grado de interacción entre el paciente y la profesional.
- Genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, facilita la comunicación entre el sujeto de atención.
- El uso del PAE contribuye a aumentar la acreditación del profesional de enfermería por ser el vínculo a través del cual el profesional puede

mostrar sus competencias para discrepar, tomar decisiones y actuar para el cuidado de los pacientes que necesitan acciones de salud

“Aunque no puedas escoger el trabajo,  
Siempre puedes escoger como lo harás”

Stephen C. Lundin

(R .L WESLEY (1997): “Teorías y modelos de enfermería”. M Hill Interamericana)

#### 4.7 PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

NIÑOS CON SINDROMES CONVULSIVOS			
Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Evolución
Riesgo de lesión <b>relacionado</b> con disfunción del sistema nervioso central <b>manifestado</b> por incapacidad para auto central motor.	Evitar lesión físico como resultado de la actividad convulsiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicamento antiepiléptico según prescripción médica.</li> <li>• Enseñar a los familiares del niño el propósito del medicamento antiepiléptico, acción y posibles efectos.</li> <li>• Vigilar al niño en busca de efectos secundarios.</li> <li>• Evitar que el niño deambule solo.</li> <li>• Acompañar al niño al baño a la tina del baño.</li> <li>• Educar a los padres sobre el riesgo de una lesión.</li> <li>• Conservar los barandales de la cama o cuna.</li> <li>• Evitar que el niño sea manipulado por la convulsión.</li> <li>• Tener cojines o almohadas alrededor de la cuna o la cama.</li> </ul>	El niño no presenta lesiones durante la hospitalización.

Elaborado por: Sandra Lago Vargas.

Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Evolución
<p>Ansiedad de los padres <b>relacionado</b> con la actividad convulsiva.</p>	<p>Orientar a los padres sobre la enfermedad del niño y que reciba apoyo adecuado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que los padres permanezcan con el niño (ante durante y después de la convulsión).</li> <li>• Instruir a los padres respecto a intervenciones de protección apropiado.</li> <li>• Proporcionar información de las convulsiones, intervenciones e importancia del medicamento y el estilo de vida del niño.</li> <li>• Alentar a la familia a participar de los cuidados diarios y permanecer en el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.</li> <li>• Dirigir a los padres para que reciban ayuda psicológica.</li> <li>• Promover la integridad y funcionamiento de la familia.</li> <li>• Educar a los padres sobre la importancia que tiene el tubo mayo, explique sobre su importancia.</li> </ul>	<p>Promover la participación de los padres disminuyendo el temor a lo desconocido.</p>

Elaborado por: Sandra Lago Vargas.



Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Evolución
Dolor <b>relacionado</b> con periodo posconvulsivo <b>manifestado</b> por irritabilidad y llanto.	Disminuir el dolor en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar novedades al médico.</li> <li>• Administrar medicamento prescrito.</li> <li>• Evitar en lo posible la manipulación en el niño.</li> <li>• Manipular al niño solo lo necesario.</li> <li>• Valorar al niño mediante la escala del dolor.</li> <li>• Realizar examen cefalocaudal en busca de lesiones o hematomas.</li> </ul>	Se logra disminuir el dolor en un 50%.
Alteración del patrón alimenticio/ <b>relacionado</b> actividad convulsiva <b>manifestado</b> por la pérdida de apetito.	Prevenir posible desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar pequeñas porciones de comida y de su agrado.</li> <li>• Alternar con frutas, coladas, agua y jugos.</li> <li>• Vigilar al niño si come con agrado y comunicar novedades al medico</li> <li>•</li> <li>• Explicar a los padres la importancia de la alimentación en el niño y los posibles riesgos que existen si no se cumple.</li> <li>• Administrar suplementos alimenticios según la prescripción médica: ensure etc.</li> <li>• Categorizar el estado nutricional del niño.</li> </ul>	El niño mantiene el hábito alimenticio.

Diagnóstico de enfermería	Objetivos	Cuidados de Enfermería	Evolución
Posible riesgo de aspiración secreciones <b>relacionado</b> con actividad convulsiva <b>manifestado</b> por reflejo.	Evitar la broncoaspiración en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener el niño en una superficie plana en posición decúbito lateral con la cabeza a un lado.</li> <li>• Aspirara secreciones en la zona bucofaringe cuantas veces sea necesario.</li> <li>• Limpiar las secreciones o líquidos cuanta la convulsión remita.</li> <li>• Administrar medicamentos según prescripción médica.</li> <li>• Monitorear al niño y si la situación es de 89% administrar oxígeno.</li> <li>• Evitar dos alimentos luego de la convulsión.</li> </ul>	El niño no presenta signo y síntoma de broncoaspiración.

Elaborado por: Sandra Lago Vargas.

## CONCLUSIONES

La investigación realizada en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón me ha permitido establecer las siguientes conclusiones:

- Las enfermeras registran las características corporales, oculares tipo y duración de la convulsión 100%, realiza un plan de cuidados un 75%.
- Escala de Sarnat con el 25%.  
Permanecer con el niño durante la convulsión el 50%.  
Etiología del síndrome convulsivante el 35%, idiopático.  
Mantiene información adecuada a los padres 62%.  
Crisis convulsivas que producen respuesta inmediata tónico clónica 50%.
- Guía de observación:  
Mantiene un ambiente térmico neutro del niño 100%.  
Realiza valoración cefalocaudal 00%.  
Vigila al niño durante la convulsión 63%.  
Proporciona asistencia educativa a los familiares 12%.  
Existe en la historia clínica reporte de los síndrome convulsivos 37%.  
Aspiración de la faringe si presenta vomito o residuos gástricos 63%.
- No existe un protocolo de enfermería en la institución, para pacientes pediátricos con síndromes convulsivos, de tal manera que se aplique conocimientos científicos que se tiene en la universidad.
- La carencia de conocimientos en el manejo y cuidado del niño.

Los síndromes Convulsivantes en los niños menores de 5 años es una de las causas principales alteraciones súbita de la función motora, sensorial y cognitiva causada por la alteración eléctrica del cerebro. Brindar cuidados de enfermería mediante el conocimiento de un protocolo de atención que permitirá la óptima recuperación.

## **RECOMENDACIONES**

La investigación realizada en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón me ha permitido establecer las siguientes recomendaciones:

Existe limitaciones con el personal de estadística acerca de la información en la base de datos estadísticos.

Planificar charlas educativas a los padres para incentivar a continuar con el cuidado del niño luego de la alta médica.

Evitar riesgos de abandono del tratamiento.

Identificar y reconocer los síntomas.

Brindar psicoeducación a padres y familiares es imprescindible en el tratamiento del niño con síndrome convulsivantes.

Brindar atención con humanismo calidad y calidez.

Dar constante información a los padres y familiares evitando un estado de ansiedad y que de tal manera afecta la conducta emocional del niño.

Informar sobre la vital importancia de la puntualidad de la toma del medicamento en el niño.

Actualizar conocimientos sobre el cuidado del paciente pediátrico con síndromes convulsivos.

Disponer en un área visible en pediatría la presencia del protocolo para todo el personal de enfermería.

Ejecutar de manera oportuna el protocolo, para mejorar la atención del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

- Informe de epilepsia en Latinoamérica. (2008). *Diseño e Impresión: AG Publicidad*, (págs. 10-11). Panamá.
- Alligood, M. R. (2011). *Modelo y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: Essevier.
- Álvaro Posada Díaz, Juan Fernando Gómez Ramírez, Humberto Ramírez Gómez. (2005). *El Niño Sano*. Bogota: Medical.
- Consuelo, C. (2004). *OCP y UNICEF renuevan su compromiso por la niñez y adolescencia*. Recuperado el 10 de Junio de 2013, de OCP y UNICEF renuevan su compromiso por la niñez y adolescencia:  
[http://www.unicef.org/ecuador/media\\_20990.htm](http://www.unicef.org/ecuador/media_20990.htm)
- Del Villar A, Claramonte B, Picazo E. (Febrero 2008). *Protocolo de actuación en urgencias del paciente con crisis epilépticas*; . Disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/17160861/crisis-epileptica>.
- Ecuador, C. d. (2008). *Asamblea Nacional*. Recuperado el 15 de Junio de 2013, de Asamblea Nacional:  
[http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- El pronóstico parece estar ligado a la precocidad del inicio del tratamiento con esteroides*. (s.f.). Recuperado el 2013 de Junio de 10, de  
<http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/epilepsia-4.html>.
- Epilepsia, S. A. (2009). *Sociedad Andaluza de Epilepsia*. Recuperado el 16 de Junio de 2013, de Guía andaluza de epilepsia: Disponible en  
:<http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogogpc?>
- Federico Micheli & Manuel Fernandez Pardal. (2010). *Neurología* (Vol. Segunda Ediccion). Buenos Aires, Argentina: Medical Panamericana.
- Neurológica., S. E. (2008). *Tratado de Enfermería Neurológica: la persona, la enfermedad y los cuidados*. , 2da. Edicion . (S. E. Neurológica, Editor) Recuperado el 16 de Junio de 2013
- Osakidetza. (2010). *Procedimiento para cuidados de enfermería para pacientes con convulsiones*. Recuperado el 17 de Junio de 2013, de  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkghal03/es/contenidos/informacion/hal\\_neurologia\\_actividad\\_asis/es\\_hgal/adjuntadjuntos/poAsistNeur06.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkghal03/es/contenidos/informacion/hal_neurologia_actividad_asis/es_hgal/adjuntadjuntos/poAsistNeur06.pdf)

- Pública, M. d. (1993). Estimulación del Desarrollo Psicomotor del niño de 0 a 6 años. *Módulo de Autoaprendizaje para el auxiliar paramédico de enfermería*, 14.
- Richard E. Behrman, M.D. & Robert M. Kliegman, M.D. . (2006). *Nelson Tratado de Pediatría* (Vol. Décima séptima). Madrid, España: Elsevier.
- Rieger, M. J. (2012). “Guías y diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología” o “Guía oficial de práctica de la epilepsia”. Madrid: SEN.
- Rieger, M. J. (2012). “*Guías y diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología*” o “*Guía oficial de práctica de la epilepsia*”. Madrid: SEN.
- Rowland, L. P. (s.f.). *Neurología*. Madrid , España: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Rudolph, A. M. (2002). *Rudolph's Fundamentals of Pediatrics* (Vol. Tercera). Madrid, España: Marban Libros, S.L. .
- Santos, D. d. (2000). *Tratado de Pediatría*. Bogota : Medical.
- Valentí, P. F. (s.f.). *Medicina Interna Farreras* (Vol. Segunda). (M. Libros, Ed.) Madrid, Barcelona, España.
- Wilson, D. (2009). “*Manual de Enfermería Pedriática de Wong*” (Séptima ed.). Colombia: McGraw-Hill Interamerica Editores S.A.

# **ANEXOS**

**Anexo 1.** Encuesta dirigida a la profesional de enfermería del área de  
Pediatría del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.



UNIVERSIDAD CATOLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA "San Vicente de Paul

ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERIA  
RECOLECCION DE INFORMACION AL PERSONAL DE  
ENFERMERIA DEL HOSPITAL "DR. ABEL GILBER PONTON".

A la Licenciada en enfermería:

La encuesta siguiente se realiza como parte de un trabajo de investigación a  
pacientes pediátricos con síndrome Convulsivantes, por lo que solicito su  
cooperación para que contesten las preguntas de acuerdo a su  
conocimiento.

**Objetivo:** Analizar la atención de enfermería en los pacientes pediátricos  
con síndrome Convulsivantes.

Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Registra en las observaciones de enfermería: Las características  
oculares, corporales, coloración de piel, tipo y duración de la  
convulsión.**

Siempre  Casi Siempre  Nunca

**2. Realiza usted un plan de cuidado a pacientes con crisis  
Convulsivantes.**

Siempre  Casi Siempre  Nunca

**3. De qué manera usted detecta el Aura ante una crisis convulsiva.**

Irritabilidad  Palpitaciones  Soñolencia

**4. ¿Qué escala utiliza para la valoración de los síndromes  
Convulsivantes?**

Glasgow  Sarnat  Otros

**5. Qué hace usted después de la crisis convulsiva.**

- Coloca al niño de cubito lateral.
- Deja que descanse hasta que se recupere.
- Evita dar agua y alimentos después de la crisis convulsiva.



**6. ¿Cuáles de los siguientes cuidados de enfermería es el que más proporciona a los pacientes con síndrome Convulsivantes?**

- Permanecer con el niño durante el tiempo que dure la convulsión.
- Mantener en posición semifowler con cabeza a un lado.
- Registrar el tiempo que dura la convulsión y sus características.
- Proporcionar higiene y confort.

**7. Elija cuál de estas complicaciones es un factor de riesgo de las crisis Convulsivantes.**

Respiratorias  Politrauma  Neurológica  Otros

**8.Cuál es la etiología de los síndromes Convulsivantes.**

Febril  Idiopático  Genético

**9. Mantiene usted información adecuada acerca del tratamiento del niño.**

Siempre  Casi Siempre  Nunca

**10.Cuál de los siguientes tipos de convulsiones pueden producir daño severo en el niño.**

Estatus Epiléptico  Síndrome de West

**11.Cuáles de las siguientes crisis convulsivas producen una respuesta inmediata de estímulo del tono muscular.**

Mioclónica  Clónicas  Tónica-Clónica

*Agradecemos su colaboración*

**Anexo 2.** Matriz de recolección de datos al personal de enfermería del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, Guía de Observación.



UNIVERSIDAD CATOLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERIA “San Vicente de Paul

**Matriz de recolección de datos al personal de enfermería del hospital “Dr., Abel Gilbert Pontón”.**

<b>Guía de Observación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. El personal de enfermería mantiene un ambiente térmico neutro del niño.		
2. Realiza usted examen cefalocaudal en busca de lesione, hematomas, fracturas, perdida de piezas dentarias.		
3. Las profesionales de enfermería vigilan al niño durante la convulsión.		
4. El personal de enfermería proporciona asistencia educativa a los familiares sobre el cuidado del niño con síndrome convulsivo.		
5. Existen registros en la historia clínica por parte del personal de enfermería de la existencia del síndrome convulsivos.		
6. Tiene lista la medicación cárdiorespiratoria.		
7. Aspiración de las faringe si presenta vómitos y / o residuos gástricos.		

**Anexo 3.** Oficio de asignación dirigida a la tutora, de parte de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE  
ENFERMERÍA

Guayaquil, 14 diciembre de 2012

Lcda.  
**Ana González**  
**Docente**  
**Carrera de enfermería**  
Ciudad.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", comunica a usted, que ha sido designada como tutor de trabajo de graduación de la estudiante **Lago Vargas Sandra Manuela** con el tema de "Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 5 años con síndrome convulsivante área de Pediatría en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón".

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima

Atentamente,



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
CINCUENTENARIO 1962-2012

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"  
Lcda. Nora Carrera Rojas  
Directora

Teléfonos:  
2200906 2200286  
Ext. 1817 - 1818

Guayaquil-Ecuador

Cvg/NCR

**Anexo 4.** Oficio de Autorización para el Hospital para realizar la encuesta enviada por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE  
ENFERMERÍA

Guayaquil, enero 15 de 2013

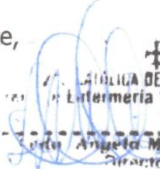
Dr.  
**Jonas Gonseth García**  
**Gerente Hospitalario**  
**Hospital "Dr. Abel Gilbert Pontón"**  
En su Despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted la autorización para la Srta. Lago Vargas Sandra estudiante de del Octavo Ciclo realice encuestas en el área de Pediatría, para el Trabajo de Titulación con el tema de "Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 5 años con síndrome convulsivante en el área de pediátrica en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón", en el horario de lunes a viernes de 8h00 – 13h00.

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"  
Dra. Angela Mendoza Vines  
Directora (e)



Teléfonos:  
2200906 2200286  
Ext. 1816 – 1818

Guayaquil-Ecuador

CC. Jefe de enfermería  
Jefe de estadística

**Anexo 5.** Oficio dirigido a la Coordinadora Líder de Estadística del Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”, de parte de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
De Santiago de Guayaquil

CARRERA DE  
ENFERMERÍA

Guayaquil, enero 21 de 2013

Econ.  
**Mercedes Arreaga**  
**Coordinadora Líder de Estadística**  
**Hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón”**  
En su Despacho.-

De mis consideraciones:

La Directora (e) de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a usted informe estadístico correspondiente al año 2011 y 2012 del área de pediatría para la Srta. Lago Vargas Sandra estudiante de del Octavo Ciclo, para el Trabajo de Titulación con el tema de “Cuidados de Enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 5 años con síndrome convulsivante en el área de pediatría en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Por la atención que otorgue a la presente, le anticipo mis agradecimientos

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería “San Vicente de Paul”  
-----  
Lcda. *Angela Mendoza Vinas*  
Directora (e)

*8H24 22 ENE / 13*

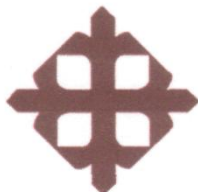
Eco. Mercedes Arreaga Cansino  
LIDER DE ESTADISTICA  
HOSPITAL GUAYAQUIL  
DR. ABEL GILBERT PONTÓN

Teléfonos:  
2200906 2200286  
Ext. 1816 – 1818

Guayaquil-Ecuador

CC. Jefe de enfermería

**Anexos 6. Certificación de terminación de tesis**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA de ENFERMERIA “San Vicente de Paul”**

GUAYAQUIL, 31 DE Julio 2013

Licenciada.

ANGELA MENDOZA VINCES Mgs

Directora de la carrera de Enfermería.

En calidad de tutora de tesis de grado del trabajo titulado:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE 1 A 5 AÑOS  
CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL  
“DR, ABEL GILBER PONTON” DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013.

Realizado por la estudiante. SANDRA MANUELA LAGO VARGAS.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y  
A comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final de  
esta manera considero **APROBADO**.

Atentamente.



Lcda. ROSARIO ACOSTA

Tutora de Tesis.

**Anexo 7: Cronograma de tutorías**



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD de CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA de ENFERMERIA “San Vicente de Paul”**

**Cronograma de tutorías.**

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE 1 A 5 AÑOS  
 CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL  
 “DR, ABEL GILBER PONTON” DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013.**

Presentación de carta a tutora asignada y definición de capitulo	Tercera semana de Abril 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>
Capitulo N. 1 M.S.P.	Segunda semana de Mayo 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>
Capitulo N. 2 Desarrollo del niño hasta los 5 años	Primera semana de Junio 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>
Capitulo N. 3 La epilepsia	Tercera semana de Junio 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>
Revisión de encuesta y tablas	Primera semana de Julio 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>
Revisión de tesis terminada y entrega de certificación de la tutora.	Segunda semana de Julio 2013	Lcda. Rosario Acosta <i>Lcda. Rosario Acosta</i>	Sandra Lago V. <i>Sandra Lago V.</i>

**Elaborado por: Sandra Lago Vargas, 2013**

*Lcda. Rosario Acosta*

**Anexo 8. Oficio de designación como Primera Lectora de Tesis.**



Certificado No QCR-1497



[www.ucsg.edu.ec](http://www.ucsg.edu.ec)  
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:  
2206952 – 2200286  
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-407-2013

Guayaquil, 01 de agosto del 2013

**LICENCIADA  
NORMA SILVA  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Católica Santiago de Guayaquil**

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Primera Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Sandra Manuela Lago Vargas, con el tema **"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDRIATICOS DE 1 A 5 AÑOS CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013"**.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

-----  
Lcda. Ángela Mendoza Vences  
Directora (e)

**Lcda. Ángela Mendoza  
DIRECTORA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

AM/Pamela

*Lic. Norma Silva*  
*2/8/13*  
*Hra. 16430'*



**Anexo 9.** Oficio de Aprobación de Primera Lectora.



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERIA "San Vicente de Paul"**

GUAYAQUIL, 05 DE Agosto 2013

Licenciada.

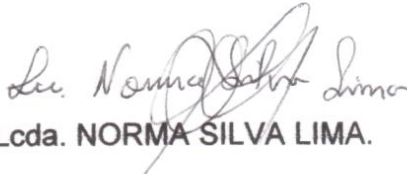
ANGELA MENDOZA VINCES Mgs

Directora de la carrera de Enfermería.

En calidad de **Primera Lectora** de tesis de grado del trabajo titulado:  
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE 1 A 5 AÑOS  
CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL  
"DR. ABEL GILBER PONTON" DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013.  
Realizado por la estudiante. **SANDRA MANUELA LAGO VARGAS.**

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y  
comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final de  
esta manera considero **APROBADO.**

Atentamente.

  
Lcda. NORMA SILVA LIMA.  
Primera Lectora de Tesis.

**Anexo 10.** Oficio de designación como Segunda Lectora de Tesis.

 <p>UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL</p>    <p>Certificado No CQR-1497</p>    <p><a href="http://www.ucsg.edu.ec">www.ucsg.edu.ec</a> Apartado 09-01-4671 Teléfonos: 2206952 – 2200286 Ext. 1818 – 11817 Guayaquil-Ecuador</p>	<p>CE-427-2013</p> <p>Guayaquil, 06 de agosto del 2013</p> <p><b>LICENCIADA OLGA MUÑOZ</b> Facultad de Ciencias Medicas Universidad Católica Santiago de Guayaquil</p> <p>En su despacho.-</p> <p>De mis consideraciones:</p> <p>La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul", le comunica a usted que ha sido designada como Segunda Lectora del trabajo de titulación de la Sra. Sandra Manuela Lago Vargas, con el tema <b>"CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATICOS DE 1 A 5 AÑOS CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013"</b>.</p> <p>Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.</p> <p>Atentamente,</p> <p style="text-align: center;"> UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" ----- Lcda. Ángela Mendoza Vences Directora (e)</p> <p><b>Lcda. Ángela Mendoza</b> <b>DIRECTORA</b> <b>CARRERA DE ENFERMERIA</b></p> 
---	--

**Anexos 11. Oficio de Aprobación de Segunda Lectora.**

**CERTIFICACION**

GUAYAQUIL, 07 DE Agosto 2013

Licenciada.

ANGELA MENDOZA VINCES Mgs

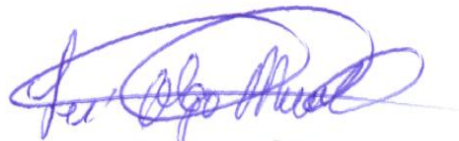
Directora de la carrera de Enfermería.

En calidad de **SEGUNDA LECTORA** de tesis de grado del trabajo titulado:  
CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES PEDIATRICOS DE 1 A 5 AÑOS  
CON SINDROME CONVULSIVANTES AREA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL  
"DR. ABEL GILBER PONTON" DESDE ABRIL A JULIO DEL 2013.

Realizado por la estudiante. **SANDRA MANUELA LAGO VARGAS.**

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y  
comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final de  
esta manera considero **APROBADO.**

Atentamente.

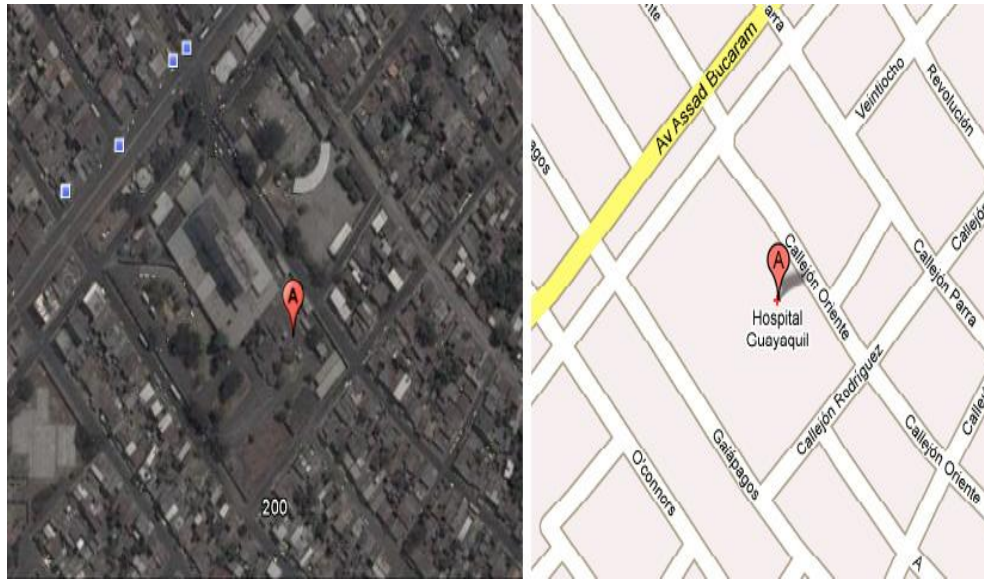


Lcda. OLGA MUÑOZ

Segunda Lectora de Tesis.

## Anexo 112. Fotos

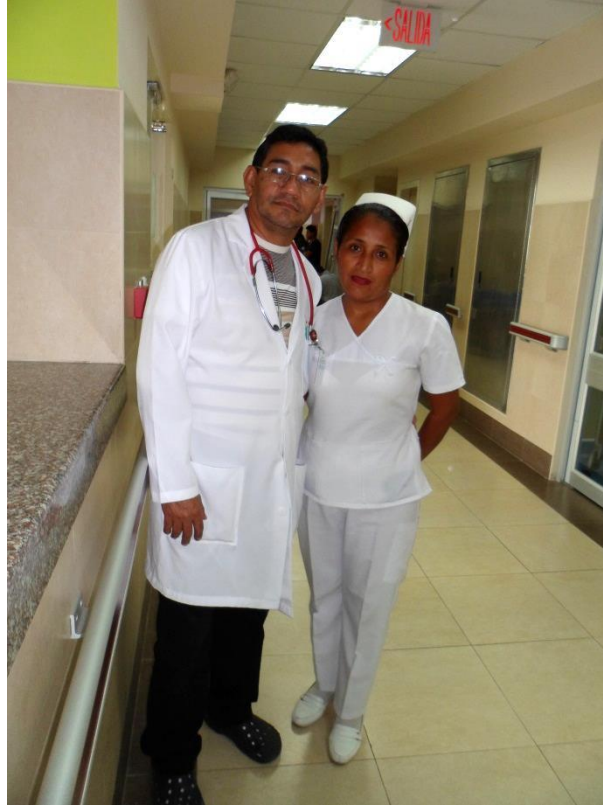
### Vista satelital del Hospital Guayaquil



### Vista frontal del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”



Jefe del área de pediatría del primer piso Dr. Julio Mendoza, del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”



Líder en Enfermería Lic. Mercedes Gutiérrez, del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”



Área de Pediatría primer piso del Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”



Paciente Pediátrico con Síndrome Convulsionantes, tiene 4 años.



Paciente con Síndrome Convulsivo por traumatismo craneo encefálico.



Paciente que presenta Síndrome Convulsivo.



Charla Educativa con los familiares de los niños que presentan Síndrome Convulsionantes.

