



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería.

TEMA DEL CASO CLINICO
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON
CONVULSIONES

AUTORA

PRISCILA MERCEDES SALCEDO GALARZA

TUTORA

LCDA. IVONNE ARACELY CAMINO BRAVO

BABABHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON CONVULSIONES	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION.....	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
Convulsiones	2
Clasificación	2
Status epilepticus en niños	3
Clasificación internacional del Status Epilépticas	4
Diagnostico	5
El status no convulsivo	6
Tratamiento	6
Recomendación grado A:.....	6
Epidemiología	8
1.1 Justificación.....	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
1.3 Datos generales.....	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	12
2.3 Examen físico (Exploración clínica).....	12
Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon)	13
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8 Seguimiento	21
2.9 Observaciones.....	24
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.....	26
ANEXOS	27

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado la vida, la inteligencia. La oportunidad de capacitarme en esta prestigiosa Universidad.

También quiero dedicar este trabajo a mis padres Ivan Jesús Salcedo Yépez y Fresia Alemania Galarza Acosta que siempre me han apoyado en los estudios junto a mis hermanos y en mi realización física, mental y espiritual.

AGRADECIMIENTO

Uno de los valores más elevados del espíritu, que se practica con el mayor placer es la gratitud y en esta oportunidad quiero ser fiel a este principio, al expresar mi profundo agradecimiento al eficiente grupo de facilitadores, y de manera especial a la Lcda. Ivonne Aracely Camino Bravo, por las sabias enseñanzas recibidas, las mismas que constituyen la semilla puestas en campo fértil, y que producirá los mejores frutos para nuestro bien y nuestras familias, que es el bien de la sociedad en general.

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE PEDIATRICO CON
CONVULSIONES**

RESUMEN

Las convulsiones o crisis convulsivas son los eventos más comunes en la población pediátrica representando un gran riesgo según el periodo de tiempo del mismo evento convulsivo cuanto mas se prolonga las convulsiones cada vez se hace más resistente al fármaco anticonvulsivo también causa un aumento en el riesgo de morbilidad (daño neurológico permanente) y mortalidad. Información del caso clínico desarrollado de la historia clínica de un paciente pediátrico que acude al hospital del IESS Babahoyo que acude por área de emergencia por una crisis convulsiva evolución de la enfermedad actual madre refiere cuadro clínico de lactante pediátrico por presentar episodios convulsivos tras suspensión de tratamiento caracterizado por presentar espasticidad y mirada fija que posteriormente se acompaña de fasciculaciones y movimientos luego queda en estado de somnolencia lo cual se decide monitoreo en el área de reanimación, vigilar convulsiones, control de signos vitales cada 8 horas y se comunica del caso al servicio de pediatría y neurología para una evaluación neurológica pronta.

Status convulsivo es una emergencia neurológica que debe ser evaluado y tratada en forma expedita y adecuada las causas más frecuentes es la mala adherencia al tratamiento para la epilepsia el diagnóstico definitivo es con un electroencefalograma.

Palabras claves: convulsiones, neurológica, pediatría, epilepsia, espasticidad

ABSTRACT

Seizures or seizures are the most common events in the pediatric population representing a great risk according to the period of time of the same convulsive event the longer the seizures are prolonged, each time it becomes more resistant to the anticonvulsant drug, it also causes an increased risk of morbidity (permanent neurological damage) and mortality. Information of the clinical case developed from the clinical history of a pediatric patient who comes to the hospital of the IESS Babahoyo who comes by emergency area for a seizure evolution of the current disease mother refers clinical picture of pediatric infant for presenting convulsive episodes after suspension of treatment characterized by presenting spasticity and fixed gaze that is subsequently accompanied by fasciculations and movements then is in a state of drowsiness which is decided monitoring in the area of resuscitation, monitor seizures, monitor vital signs every 8 hours and the case is reported to the pediatrics and neurology department for prompt neurological evaluation.

Status convulsive a neurological emergency that must be evaluated and treated in an expeditious and adequate way the most frequent causes is poor adherence to treatment for epilepsy the definitive diagnosis is with an electroencephalogram.

Keywords: seizures, neurological, pediatrics, epilepsy, spasticity

INTRODUCCION

Los trastornos convulsivos se definen como alteraciones neurológicas o el inicio brusco generalmente auto limitado, caracterizado por una actividad muscular excesiva, las que pueden ser clasificadas como clónica, tónica, atónica o mioclónica, una crisis convulsiva es el resultado de un inicio de descarga neuronal súbita o excesiva y desordenada en una parte de la corteza cerebral estrictamente normal o patológica.

Las crisis convulsivas con sintomatología motora ya sea clónica, tónica, atónica o mioclónica, esta puede ser o no epiléptica, depende del estatus convulsivo si es una crisis prolongada o crisis repetidas frecuentemente sin recuperación de conciencia entre la mayoría de la crisis dura de unos 20 a 30 minutos.

El presente estudio del caso clínico se basa en la crisis convulsiva, en el mismo se efectúa las diferentes fases del proceso de atención de enfermería conjunto a la utilización de las teorizantes de las 14 necesidades de Virginia Herderson con el fin de dar la mejor atención posible para la recuperación del paciente pediátrico.

I. MARCO TEORICO

Proceso de atención de enfermería

Es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica profesional, asegurando así la calidad y bienestar de los cuidados al individuo brindando atención y así proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar e investigar. (Educacion medica superior, 2001)

Como toda guía, el proceso de atención de enfermería es un método sistemático y ordenado para obtener información e identificar los problemas de individuo, familia y comunidad con el fin de planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.

Al individuo se le brinda atención y se le permite ser participe en su propio cuidado, se le trata siempre de garantizar respuestas a sus problemas reales o potenciales ofreciendo una atención digna y apropiada de calidad, de acuerdo a la priorización de sus problemas, el profesional de enfermería le trata de facilitar la comunicación, concede el cuidado necesario generando así respuestas de satisfacción en su trabajo, le permite conocer los objetivos importantes para el individuo de sus atención. (Educacion medica superior, 2001)

Cuidados de enfermería

El uso del proceso de atención en enfermería da como resultado un plan de cuidado que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermera que necesita el paciente pediátrico con convulsiones.

El propósito de los cuidados de enfermería en paciente pediátrico con convulsiones trata de cubrir las necesidades que presenta de acuerdo a su patología la cual es una crisis convulsiva donde tratamos de identificar las necesidades alteradas, corregir, mantener y aplicar los conocimiento y procedimientos con la finalidad de que su recuperación sea lo más pronta posible, siempre contando con el apoyo de la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral, de igual manera este está organizado en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse

simultáneamente: 1) valoración, 2) diagnóstico de enfermería 3) planeación, 4) ejecución- intervención y 5) evaluación. (Educación médica superior, 2001)

Convulsiones

Se denomina crisis convulsiva o epiléptica a la aparición transitoria de signos y / o síntomas provocados por una actividad neuronal anómala excesiva o simultánea en el cerebro.

Es un trastorno cerebral que se caracteriza por una predisposición continuada a la aparición de crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta enfermedad. (Fisher, 2015)

- Aumento del flujo sanguíneo cerebral y del consumo demanda de oxígeno lo que puede provocar hipoxia cerebral.
- Aumento del volumen global de sangre en el cerebro, provocando un riesgo de enclavamiento del paciente y un brusco aumento de la presión intracraneal.
- Hipertensión arterial HTA producida por un aumento de las catecolaminas.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Traumatismos externos por golpes involuntarios.

Clasificación

Convulsiones parciales (focales o localizadas)

Originadas en un hemisferio cerebral. Además de acuerdo al si presentan o no alteración de la consecuencia se subdivide en:

Simple: no provoca deterioro de la conciencia, dura de segundos a pocos minutos (Nicolas Laurente, 2019)

- **Motora:** movimientos unilaterales anómalo de extremidad superior, inferior o ambas
- **Sensorial:** percepción sensorial anómalas (olores hormigueos)
- **Autónoma:** taquicardia, bradicardia, taquipnea, rubor, cutáneo
- **Psíquica:** el paciente puede manifestar una sensación temida.

Compleja: deterioro de la consciencia, puede cursar con o sin automatismo.

- Comienzo parcial simple que progrese hasta el deterioro de la consciencia.
- Deterioro de la consciencia desde el inicio.

Generalizada: involucran ambos hemisferios cerebrales y pueden comprometer el nivel de conciencia.

- **Ausencia (petit mal):** pérdida momentánea de la consciencia, mirada fija ausencia de actividad, dura segundos, ausencia de periodo postictal.
- **Mioclónicas:** contracciones musculares cortas y bruscas, sacudidas aisladas o múltiples, dura segundos.
- **Clónicas:** contracciones y relajaciones musculares que se asemejen a movimientos mioclónicos, pero con repeticiones más lentas, puede durar varios minutos
- **Tónico-clónico (grand mal):** fase tónica de aproximadamente 15 segundos
 - pérdida de la consciencia y midriasis.
 - contracciones musculares apnea y cianosis.
- **Fases clónicas de varios de duración.**
 - salivación abundante
 - contracciones y relajaciones rítmicas de la musculatura y las extremidades.
- **Atónica:** brusca pérdida de tono muscular, lesiones por caída, dura escasos segundos. (Moreno, 2013)

Status epilepticus en niños

Es definida como una condición caracterizada por una que se repite tan frecuentemente o tan prolongada que crea una condición fija y duradera, pero esta definición no es clínicamente verídica, debido a que no establece una duración específica. (Dunoyer, 2017)

Actualmente, se considera que status es una condición caracterizada por una crisis epiléptica continua o intermitente, sin recuperar consciencia completamente entre convulsiones, de una duración de 30 minutos o inclusive hasta más.

Clasificación internacional del Status Epilépticas Generalizado

- Convulsivo
 - Tónico
 - Clónico
- No convulsivo
 - Status de ausencia

Parcial (focal)

- Status epilépticas parcial simple
- Somato motor
- Epilepsia parcial continua
- Sensorial
- Somatosensorial
- Afásico
- Status epilépticos parcial complejo

Cualquier tipo de convulsión puede convertirse en status epilépticas, pero el más común es el tónico- clónico status epilépticas “convulsivo”.

No es muy común que se presente un status epilépticas en un lactante o preescolar previamente sano con una epilepsia idiopática, sin evento precipitante.

Cuando un niño presente convulsiones prolongadas resistentes o de larga duración, se debe iniciar una completa evaluación diagnóstica.

No epiléptico

El status no convulsivo debe manejarse de manera rápida, pues conlleva riesgos. El status convulsivo, es la mayor emergencia en el tratamiento de la epilepsia, debido a su carácter de vida o muerte y a la posibilidad de secuelas que puedan quedar. El status epilépticas tonicoclónico generalizado, es el más peligroso de todos. Este tipo de status se presenta por una encefalopatía aguda o crónica en la mitad de los casos. (Nicolas. Laurente, 2019)

Diagnostico

El diagnóstico del status epilépticas no siempre es fácil de poder identificar ya que la duración de las crisis casi siempre es subestimada, tienden a disminuir con el paso del tiempo, hasta ser casi imperceptibles. Y aunque la convulsión parezca haber desaparecido, la descarga electroencefalográfica puede persistir de manera continua, sin determinarse si la presencia de descarga eléctrica pura requiere tratamiento. La investigación debe ser individualizada de acuerdo a cada escenario clínico. (niño, 2013)

1. Anamnesis y examen físico abreviado son las bases para el diagnóstico e inicio del tratamiento.
2. Análisis del tipo de status: Basados en la clasificación del status.
3. Punción lumbar: Debido a la frecuencia de status epilépticas en niños debido a infecciones del SNC, debe ser considerada temprana en el manejo, pero no en la fase inicial de estabilización. En la mayoría de los casos no es necesario esperar un estudio neuro imagenológico para practicar la punción lumbar, pero en caso necesario puede postergarse. Deberá considerarse la posibilidad de iniciar antibiótico terapia adecuada o terapia antiviral, por posible meningitis o encefalitis.
4. Tomografía axial computarizada cerebral simple y con medio de contraste. Considerarla en niños con status epilépticas afebril, con crisis de reciente aparición y en pacientes con epilepsias no controladas, y sí las condiciones del paciente lo permiten.
5. Resonancia magnética de cerebro: Al igual que la anterior, se debe esperar a que el paciente se haya estabilizado, para ser trasladado y referido a un centro de tercer nivel. Es útil en el estudio de la etiología cuando ésta no está clara y en los casos en que se sospecha una patología degenerativa del SNC.
6. Electroencefalograma: Útil para confirmar el diagnóstico en los status no convulsivos y para descartar un pseudoestatus epilépticas. (Nicolle, 2010)

El status no convulsivo

Es generalmente confundido con somnolencia, distracción, o comportamiento anormal psicogénico, cuando la alteración de la conciencia es moderada. El pseudostatus es frecuente en adultos, pero se puede encontrar en niños mayores y adolescentes. En algunos casos el status no convulsivo puede ser muy semejante a crisis reales. Hallazgos como cierre forzoso de los ojos, que ocurra cuando los están observando y la susceptibilidad a la sugestión, pueden ser de ayuda. (Braunwald, 2001)

Tratamiento

Los status epilépticos como urgencia neurológica requieren mantener la respiración, medidas generales de soporte y tratamiento específico de las crisis mientras se investiga la etiología.

Recomendación grado A:

1. Manejo de vía aérea adecuada, respiración y circulación.

En el niño con status epilépticas se debe adelantar una evaluación inmediata de la función cardiorrespiratoria mediante la determinación de los signos vitales, auscultación, inspección de la vía aérea, pulsioximetría gases arteriales y succión si es necesario.

- Colocar al paciente en posición adecuada, en decúbito lateral, aspirar secreciones.
- Administrar oxígeno al 100% (máscara facial clara, idealmente con bolsa de no Re inhalación). Aunque el paciente llegue respirando a la sala de urgencias, puede estar hipóxico, con acidosis respiratoria, debido a la apnea, por aspiración o por depresión central.
- Si es necesario se debe intubar para mantener una adecuada oxigenación durante la convulsión y administración de las drogas antiepilépticas, las cuales pueden producir depresión respiratoria. En el paciente neurológicamente deprimido, la intubación electiva y el soporte ventilatorio son urgentes. En la mayoría de pacientes,

colocar una cánula de Guedel y/ una cánula nasal es insuficientes, debido a la depresión respiratoria.

- Tomar muestra de sangre para determinar gases, glucosa, calcio, electrolitos, hemograma, niveles de drogas antiepilépticas, cultivos (bacterianos y virales), estudios toxicológicos (dependiendo de la historia y examen físico), ayudan a esclarecer la etiología. El aumento de la presión arterial, generalmente vuelve a la normalidad al suspender la crisis, aunque una arritmia puede sugerir una etiología de la convulsión (ej. intoxicación con antidepresivos tricíclicos). La presencia de bradicardia, hipotensión y pobre perfusión, son signos de alarma. Indican una hipoxia severa y la necesidad inmediata de restablecer la vía aérea y ventilar el paciente (máscara o intubación).

2. Terminación de la crisis y prevención de la recurrencia

Antes de administrar cualquier medicación es esencial:

- Obtener una breve historia para determinar si el paciente ha tenido convulsiones anteriores, uso de medicación, enfermedades crónicas o alergias a medicaciones. Esta historia permitirá iniciar el proceso de búsqueda de la etiología mientras se está yugulando la convulsión.

- Líquidos endovenosos:

Se deben administrar de una manera adecuada, realizando las correcciones por fiebre u otra pérdida. Todos, los pacientes con status tienen algún grado de edema cerebral, pero nunca se ha concluido que esto lleve a secuelas neurológicas a largo plazo. Sin embargo, la sobrehidratación debe ser evitada.

Se debe intentar acceso venoso en dos oportunidades. Si no es posible lograrlo, debe utilizarse la vía intraósea. Se puede empezar con solución salina normal (dextrosa al 5% con electrolitos de Na y K).

- La determinación de glicemia al lado del paciente establece la necesidad de un bolo de dextrosa. La dosis recomendada es de 2-4 mg/kg de una solución al 25% por vía intravenosa vía aérea, pulsioximetría gases arteriales, y succión, si es necesaria. En

caso de que no sea posible un acceso venoso la ruta intraósea de emergencia puede ser útil tanto para la administración de líquidos como de medicamentos.

- Monitoreo de temperatura:

La hiperpirexia puede ser significativa durante el curso del status epilépticos, aun en ausencia de estado febril previo. Se debe monitorizar, idealmente vía rectal y ser agresivamente manejada, debido a que puede contribuir a aumentar el daño cerebral.

3. Manejo anticonvulsivante

- La droga de elección para cada paciente puede no ser la misma.
- Las benzodiazepinas son preferidas por la mayoría de autores en el manejo inicial del status de epilepsia.
- Se deben utilizar medicaciones antiepilépticas que sean conocidas para el clínico y tratar de usarlas en las dosis adecuadas y no esperar a que ocurran más crisis.
- Status epilépticas no convulsivo (o status de petit mal): diazepam IV a las mismas dosis y con las mismas precauciones que en el status convulsivo. (Fisher, 2015)

Epidemiología

La incidencia exacta de los status epilépticos es difícil de precisar, entre los pacientes previamente diagnosticados como epilépticos, se estima un rango de ocurrencias entre 1.5% a 6.6%.

La probabilidad de que un niño que se presente inicialmente con un status epiléptico desarrolle una epilepsia posterior, es del 0.3%.

Estudios recientes indican que menos del 25% del status en niños ocurre como un evento idiopático. Las etiologías agudas o sintomáticas son las mas frecuentemente asociadas con status epilepticus prolongados, con duración mayor de una hora.

De la misma manera, los status epilépticos recurrentes son más frecuentes en niños con enfermedades sintomatológicas, progresivas, o degenerativas del SNC. (Nicolas. Laurente, 2019)

1.1 Justificación

El proceso de atención de enfermería tiene como finalidad brindar cuidados específicos de acuerdo a la edad, en este caso de un paciente lactante pediátrico con convulsiones en el hospital general IESS Babahoyo.

Este caso permitirá ver cambios que presenta el paciente desde su ingreso, durante su hospitalización y hasta su alta hospitalaria, es importante considerar los tipos de convulsiones que se presentan y como enfrentarlas en el momento que ocurren, por eso es de suma importancia de realizar este estudio clínico ya que se dará a conocer tanto en el marco teórico de la enfermedad y como brindar los cuidados de enfermería en el momento de una crisis convulsiva

La presente investigación tiene como finalidad la aplicación del proceso de atención de enfermería en base a los conocimientos científicos-teóricos obtenidos durante todos los semestres a lo largo de toda la carrera y los conocimientos técnicos aprendidos en la práctica asistencial, de esta manera se puede implantar un análisis por medio de intervenciones de enfermería en un paciente con la patología mencionada, y así se pueda conseguir una hospitalidad digna de calidad y asisten a una evolución favorable.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Elaborar el proceso de atención de enfermería en paciente lactante pediátrico de 8 meses de edad con convulsiones en el Hospital General IESS Babahoyo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar a través de la valoración física, cuáles son los patrones funcionales alterados en el paciente
- Planificar las intervenciones de enfermería a realizar de acuerdo a los diagnósticos priorizados.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería que contribuyan al mejoramiento del proceso de salud en el paciente.

1.3 Datos generales

Nombres y Apellidos: NN

Fecha de nacimiento: 18/05/2021

Lugar de nacimiento: Babahoyo

Nacionalidad: ecuatoriano

Etnia: Mestizo

Sexo: Masculino

Edad actual: 8 meses

Estado Civil: No aplica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente lactante menor masculino de 8 meses de vida con cuadro clínico es traído en ambulancia acompañado de su madre por presentar episodios convulsivos tras suspensión de tratamiento, caracterizado por presentar espasticidad (músculos tensos y rígidos) y mirada fija que posteriormente se acompaña de movimientos espasmódicos (movimientos rápidos) luego queda en estado de somnolencia lo cual se decide monitoreo en el área de reanimación y se comunica del caso al servicio de pediatría y neurología para una evaluación neurológica pronta.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Episodios convulsivos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

Madre y Padre: No refiere

Abuelos por parte de madre: si refiere episodios convulsivos

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS PERSONALES:

No refiere

ALERGIAS:

No refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente pediátrico de sexo masculino 8 meses con un peso de 8.80 kg, pulso de 122l/m frecuencia respiratoria 28 r/m, saturación de oxígeno 98% y temperatura de 36.6°C con problema de crisis convulsiva evolución madre refiere cuadro clínico de por presentar episodios convulsivos tras suspensión de tratamiento caracterizado por presentar movimientos en músculos tensos y mirada fija que posteriormente se acompaña de movimientos rápidos y luego queda en estado de somnolencia el cual queda en el área de reanimación para su respectiva valoración, exámenes complementarios e iniciar el tratamiento farmacéutico y terapéutico.

Signos vitales:

- Temperatura: 36.6 °C
- Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto
- Frecuencia cardiaca: 122 latidos por minuto
- Saturación de oxígeno: 98%

2.3 Examen físico (Exploración clínica)

Valoración céfalo caudal

- **Cabeza:** normocéfalo con buena implantación de cabello
- **Cara:** simétrica, facies pálidas
- **Ojos:** pupilas isocóricas
- **Nariz:** simétrica
- **Boca:** semihúmeda
- **Cuello:** simétrico sin presencia de adenopatías
- **Tórax:** simétrico sin presencia de adenopatías
- **Abdomen:** blando depresible a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes.
- **Genitales:** sin presencia de anomalías simétrico
- **Extremidades superiores:** simétricas, no edema, motilidad activa y pasiva conservada

- **Derecha:** con vía periférica permeable
- **Extremidades inferiores:** simétricas, no edema, motilidad activa y pasiva conservada
- **Valoración por sistemas**
- **Órganos de los sentidos:** Sin alteraciones
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, no soplos
- **Respiratorio:** ventilados, no ruidos sobren añadidos, respiración superficial, no retracciones
- **Digestivo:** RN se mantiene con alimentación enteral, sin evidencia de clínica desfavorable.
- **Genitourinario:** sin alteración
- **Osteomuscular:** sin alteración
- **Piel y Tegumentos:** No refiere
- **Neurológico:** RN con episodios convulsivos donde se mantuvo con bajo sedo analgesia. Al momento sin apoyo de la misma, no signos de focalización neurológica.
- **Psiquiátrico:** Sin Alteraciones

Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon)

1. Patrón percepción / control de salud

Acude a la emergencia acompañado de su madre donde es hospitalizado caracterizado por episodios de convulsiones según refiere la madre quedando en instancia de perdida de conocimiento

2. Patrón nutricional / metabólico

Madre refiere con alimentación de lactancia materna, aunque días atrás presento cuadro de infección intestinal

3. Patrón eliminación

Presentó deposiciones en pañal y en ciertas ocasiones deposiciones diarreicas.

4. Patrón actividad / ejercicio

Paciente se encuentra en reposo.

5. Patrón sueño / descanso

Madre refiere que descansa cortos periodos.

6. Patrón cognitivo / perceptual

Paciente irritable, poco colaborador

7. Patrón autocontrol / autoconcepto

Paciente pediátrico se encuentra irritable por acceso venosos, pero muestra respuesta positiva a los tratamientos farmacológicos.

8. Patrón rol / relaciones

Vive junto a sus padres

9. Patrón sexualidad / reproducción

Sexo masculino

10. Patrón afrontamiento / tolerancia al estrés

Madre refiere que menor presenta problemas para adaptarse al entorno hospitalario

11. Patrón valores y creencias

Católica.

Patrones funcionales alterados:

1. Patrón percepción / control de salud

Acude a la emergencia acompañado de su madre donde es hospitalizado caracterizado por episodios de convulsiones según refiere la madre quedando en instancia de pérdida de conocimiento

2. Patrón nutricional / metabólico

Madre refiere con alimentación de lactancia materna, aunque días atrás presento cuadro de infección intestinal

3. Patrón eliminación

Presentó deposiciones en pañal y en ciertas ocasiones deposiciones diarreicas

4. Patrón cognitivo / perceptual

Paciente irritable, poco colaborador

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hematológico

Hemoglobina	10,7 gr/dl
Hematocrito	32,4 %
Plaquetas	388.000
Leucocitos	10.57 k/ μ L
Linfocitos	62.4 %
Monocitos	7.6 %
Eosinófilos	0.01 %
Grupo RH	O+
Sarscov2	Negativo
Glucosa	88.10 mg/dl

Examen: EMO (uroanálisis)

Urea	35 mg/dl
Creatinina	0.28 mg/dl

Examen: (Otros)

Rotavirus	Negativo
Coproparasitos	Negativo
Moco fecal	Negativo

Rx Tórax posición única frontal

Luz traqueal en posición habitual, permeable, al igual que los grandes bronquios

Silueta cardiaca de tamaño normal

No se observan radio opacidades en los campos pulmonares que denoten.

Tomografía de cráneo

Se visualiza base del cráneo y fosa posterior, simetría entre ambos hemisferios, diferencia entre sustancia blanca y la sustancia gris, surcos y ventrículos de ambos lados, ausencia de edema, bóveda craneana intacta al igual que el tejido blando, senos paranasales libres.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

- **Diagnostico presuntivo:** Crisis convulsiva
- **Diagnostico diferencial:** Lesión traumática leve
- **Diagnóstico definitivo:** Convulsiones no especificadas

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Según lo observado, el cuadro clínico del paciente esta caracterizado por:

- Convulsiones
- Movimientos involuntarios
- Conciencia alterada
- Sensibilidad anormal

Estas características mencionadas retribuyen a lo que es convulsiones no especificadas

Variables relacionadas con el problema:

- Biología: factores genéticos
- Físicas: desequilibrio químico o metabólicos del cuerpo.
- Cognitivas: posibles alteraciones de aprendizaje y memoria.

NANDA: 00131
 NOC: 0909
 NIC: 2680

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
Ó
N

DETERIORO DE LA MEMORIA (00131)

R/C: Deterioro neurológico (ejm: convulsiones)

E/P: Incapacidad para recordar si se ha realizado una conducta

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase (J): Neurocognitiva

Etiqueta: Estado neurológico (0909)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Conciencia (090901)		X		X	
Función autónoma (090905)		X		X	
Orientación cognitiva (090923)		X		X	

Campo II: Fisiológico Complejo

Clase I: Control Neurológico

Etiqueta: Manejo de las convulsiones (2680)

ACTIVIDADES

- Control de signos vitales.
- Colocar al niño en decúbito lateral.
- Aspirar secreciones.
- Administrar oxígeno si procede.
- Aflojar ropa asustada.
- Evitar administrar alimentos por la boca
- Almohadillar los laterales de la cama o cuna donde este él bebe
- Registrar la información acerca de la crisis
- Administrar la medicación prescrita, si es el caso.
- Guiar los movimientos para evitar lesiones
- Permanecer con el paciente durante la crisis.

NANDA: 00251
NOC: 1301
NIC: 4640

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
Ó
N

CONTROL EMOCIONAL INESTABLE (00251)

R/C: Conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas.

E/P: Llanto incontrolable

Dominio III: Salud Psicosocial

Clase (N): Adaptación psicosocial

Etiqueta: Adaptación del niño a la hospitalización (1301)

Campo III: Conductual

Clase P: Terapia cognitivo

Etiqueta: Ayuda para el control del enfado (4640)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Agitación (130101)	x			x	
Amsiedad(130104)	x			x	
Ira (130106)	x			x	

ACTIVIDADES

- Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
- Limitar el acceso a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.
- Administrar medicamentos a demanda, según corresponda.
- Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas.

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

- Monitorizar signos vitales (temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Se debe monitorizar los signos vitales cada hora y anotarlos en la hoja de registros del RN para comprobar si existe variación de los mismos y determinar su causa o lo que nos indica. Además, se valorará el estado hemodinámico en el recién nacido para evaluar la dificultad respiratoria.
- Evaluar el estado hemodinámico del paciente.
- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación: se debe realizar el balance hidroelectrolítico para llevar un control de ingesta y excreta en el paciente.
- Llevar un registro de novedades: es importante llevar un registro para asegurar la calidad de las intervenciones que se realicen y encontrar cambios que faciliten y ayuden en la aplicación de un tratamiento necesario.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente: Se debe realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición, duración frecuencia, intensidad y los factores que lo desencadenan. Asegurándose que el paciente reciba los cuidados correspondientes.
- Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de lo prescrito: Se deben comprobar las ordenes medicas ya que todo fármaco que se administre debe ser prescrito por el médico y administrarlo como el médico lo disponga.
- Valorar los reflejos primitivos: moro, succión, búsqueda, prensión, tono muscular.
- Comprobar el historial de alergia a medicamentos: Se lo debe de hacer para tener conocimiento acerca de que medicamentos causan reacción alérgica en la paciente.

- Documentar la respuesta al medicamento y cualquier efecto adverso: Es importante llevar un registro de todos los resultados obtenidos de la medicación, así también registrar todos los efectos adversos que puede producir la reacción medicamentosa al paciente.

2.8 Seguimiento

Paciente pediátrico de 8 meses de edad es traído de San Juan en una ambulancia por cuadro convulsivo, la madre menciona que no le dio medicamento porque no lo encontraba es decir estuvo sin tratamiento, posterior a valoración se brindan cuidados de enfermería simultáneamente con las indicaciones médicas en el área de reanimación y se evalúa su ingreso con el pediatra de guardia.

Día 1 (14/02/2022)

Paciente lactante con diagnóstico de convulsiones no específicas se encuentra hipo reactivo, en estado de somnolencia , mucosas deshidratadas, abdomen depresible a la palpación, intranquilo, se mantiene con acceso venoso periférico en extremidad superior derechas con catéter #24, se inicia hidratación acorde a prescripción médica, seguido se coloca pulsera de identificación, riesgo de caída alto, se encuentra acompañado de su madre, se da continuidad a indicaciones medicas e intervenciones de enfermería.

Día 2 (15/02/2022)

Paciente lactante de sexo masculino con 8 meses de edad con diagnóstico de convulsiones no específicas se encuentra afebril, realiza 3 deposición Bristol 6, reactivo, luce hidratado, pálido, mucosas orales semihidratadas, sin lesiones, tórax exonasible, pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen depresible, no aparenta dolor, extremidades sin edema, se encuentra con acceso venoso periférico en extremidad superior derecha con catéter #24, pulsera de identificación, con lactancia materna, riesgo de caída alto, se encuentra acompañado de su madre la misma se refiere que le menor presenta descanso con cortos periodos

de sueño y problemas para adaptarse al entorno hospitalario, continua con indicaciones medicas e intervenciones de enfermería.

Dia 3 (16/02/2022)

Paciente lactante de sexo masculino con 8 meses de edad con diagnóstico de convulsiones no específicas se encuentra afebril, realiza 2 deposición Bristol 6, reactivo, luce hidratado, pálido, mucosas orales semihidratadas, sin lesiones, tórax exonasible, pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen depresible, no aparenta dolor, extremidades sin edema, se encuentra con acceso venoso periférico en extremidad inferior derecha con catéter #24, pulsera de identificación, con lactancia materna con adecuado reflejo de succión, diuresis espontanea, riesgo de caída alto, se encuentra acompañado de su madre se envía a hacer exámenes de laboratorio, se continua con indicaciones medicas e intervenciones de enfermería.

Dia 4 (17/02/2022)

Paciente lactante de sexo masculino con 8 meses de edad con diagnóstico de convulsiones no específicas se encuentra afebril, activo y reactivo al estímulo interactúa con examinador y madre, luce hidratado y pálido, mucosas orales hidratadas, sin lesiones, tórax exonasible, pulmones ventilados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen depresible, no aparenta dolor a la palpación, extremidades sin edema, se encuentra con acceso venoso periférico en extremidad inferior derecha con catéter #24, pulsera de identificación, con lactancia materna, riesgo de caída alto, se encuentra acompañado de su madre se envía a hacer exámenes de laboratorio, se continua con indicaciones medicas e intervenciones de enfermería.

Dia 5 (18/02/2022)

Paciente lactante de sexo masculino con 8 meses de edad con diagnóstico de convulsiones no específicas se encuentra afebril, activo y reactivo al estímulo interactúa con examinador y madre, luce hidratado y pálido, mucosas orales hidratadas, sin lesiones, tórax exonasible, pulmones ventilados, ruidos cardiacos

rítmicos sin soplos, abdomen depresible, no aparenta dolor a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, posterior a la revisión de exámenes de laboratorio y revaloración medica recibe el alta médica y se brinda indicaciones post alta a madre: donde ella se compromete a continuar anti comicial oral, hasta valoración con neurología (cita en trámite) también importancia de la alimentación equilibrada, continuidad de tratamiento médico, explicación de signos de alarma para acudir a una casa de salud, asistir a controles médicos al centro de salud al que pertenece el menor.

2.9 Observaciones.

Las convulsiones son un grupo de trastorno que afectan el movimiento y tono muscular o la postura en general la parálisis cerebral causa deterioro del movimiento asociado con reflejos anormales distensión o rigidez de las extremidades y el tronco pueden tener problemas para deglutir y también presenta falta de equilibrio y coordinación muscular.

CONCLUSIONES

- Los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con este tipo de patologías deben estar enfocados también a cuidar el desarrollo del recién nacido desde el control de estímulos ambientales que favorezcan el estado neurológico del paciente.
- La correcta ejecución de intervenciones de enfermería y aplicación del proceso de atención de Enfermería en todas sus etapas es de vital importancia en el proceso de salud - enfermedad del paciente, especialmente en áreas de cuidado crítico como Neonatología, donde se hace evidente el impacto del cuidado enfermero sistematizado con base científica para comprender las respuestas del paciente ante las intervenciones.
- El trabajo en equipo del personal del área; es decir, tanto como médicos, enfermeras y auxiliares es de suma importancia para que el desarrollo de las intervenciones sea eficaz.
- Identificar a través de la valoración física que patrones funcionales se encuentran alterados y aplicar las intervenciones necesarias de acuerdo al diagnóstico.
- Es necesaria la elaboración de protocolos o guías de práctica clínica sobre el manejo de las convulsiones y todos sus posibles escenarios, de manera que los cuidados sean estandarizados y regulados por un ente responsable

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- Braunwald, E. (2001). *Elsier*. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-crisis-convulsivas-13076886>
- Dunoyer, D. E. (2017). *Guías prácticas clínicas basadas en la evidencia*. Obtenido de Guías prácticas clínicas basadas en la evidencia.: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Convulsiones%20Pediaticas.pdf>
- Educación médica superior. (Abril de 2001). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412001000100004&script=sci_arttext&lng=pt
- Fisher, R. S. (3 de enero de 2015). *Informe oficial de la Ilae*. Obtenido de Informe oficial de la Ilae: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/Definition-2014-Epilepsia-Spanish.pdf>
- Moreno, F. N. (2013). *Neurología Infantil*. Obtenido de Neurología Infantil: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73s1/v73s1a10.pdf>
- Nicole, F. (13 de junio de 2010). *elsevier*. Obtenido de elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-crisis-convulsivas-13076886>
- Nicolas Laurente, Y. J. (27 de 11 de 2019). *Universidad Nacional Federico Villarreal*. Obtenido de Universidad Nacional Federico Villarreal: [.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3870](http://unfv.edu.pe/handle/UNFV/3870)
- Nicolas. Laurente, Y. J. (27 de Noviembre de 2019). *Universidad Nacional Federico Villarreal*. Obtenido de Universidad Nacional Federico Villarreal: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3870>
- niño, N. M. (2013). *Scielo Buenos Aires. Neurología Infantil*. Obtenido de Scielo Buenos Aires. Neurología Infantil: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73s1/v73s1a10.pdf>

ANEXOS

Exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio	
Hemoglobina	10,7 gr//dl
Hematocrito	32,4 %
Plaquetas	388.000
Leucocitos	10.57 k/ μ L
Linfocitos	62.4 %
Monocitos	7.6%
Eosinófilos:	0.01%
Grupo RH	O+
Sarscov2	Negativo
Glucosa	88.10 mg/dl

Charla sobre los cuidados en paciente con convulsiones



Examen: EMO (uroanálisis) y Otros

Urea	35 mg/dl	Rotavirus	Negativo
Creatinina	0,28 mg/dl	Coproparasito y Moco fecal	Negativo

Medicación a paciente



Paciente con vía intravenosa



Llenado de hoja de Kardex

