



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Dirección de Posgrado
Maestría en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y
Emergencias

Proyecto de tesis de posgrado

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL “CENTRO DE SALUD TIPO C
MUISNE CONTINENTAL”.

Previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública,
mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias

Línea de investigación:

ATENCIÓN EN EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS:
ATENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS.

Autora:

DRA. JENIFFER CLAVIJO NAVARRETE

Asesora:

MSC. SARA VÁSQUEZ MENDOZA

ESMERALDAS, AGOSTO, 2021

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por los reglamentos de grado de la PUCESE previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública, mención atención integral en urgencias y emergencias.

Msc. Sara Elizabeth Vásquez Mendoza
Director(a) de tesis

Mgt. Coronel Tenorio Ana Karina
Lector 1

Esp. Abel Pérez León
Lector 2

Mgt. Alex David Guashpa Gómez
Secretario General PUCESE

Esmeraldas.....2021

DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Jeniffer Lissety Clavijo Navarrete portadora de la cedula de ciudadanía N° 172100592-2 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, mención atención integral en urgencias y emergencias son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

Jeniffer Lissety Clavijo Navarrete

172100592-2

CERTIFICACIÓN

Yo, Sara Elizabeth Vásquez Mendoza, docente y asesor de la señorita Dra. Clavijo Navarrete Jeniffer Lissety, de la Maestría de Salud Pública, mención atención integral en urgencias y emergencias. Certifico que el maestrante, ha finalizado satisfactoriamente el Trabajo Final de Máster con los cambios sugeridos por sus lectores, por lo tanto, se encuentra apta para ser calificada y posterior solicitar fecha para defensa.

MSc. Sara Elizabeth Vásquez Mendoza

Directora de Tesis

DEDICATORIA

Somos seres humanos, con errores y capacidades diferentes, por eso dedico este trabajo a Dios que es el ser que nos ilumina, guía y mantiene en este arduo y difícil camino de la salud, y nos mantiene en pie para poder servir a nuestra patria, formándonos como grandes seres humanos y profesionales. De manera muy especial a mis padres, que son aquellos ángeles terrenales que me ayudaron desde muy pequeña a forjar mis responsabilidades para seguir adelante y no rendirme ante las adversidades de la vida, son esos seres especiales que están conmigo en las buenas y en las malas, por eso todos mis logros es gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que me impulsan día a día para lograr cada objetivo de mi vida, entre ellas, no olvidar a mi mejor amiga, que es la persona que escuchaba mis comentarios de iniciar con este nuevo reto académico, la que me levantaba en mi cambio y difícil horario ya que al iniciar la maestría me encontraba en otro país, a mis padres, que siempre están allí conmigo, y una persona muy especial que me impulsa en cada proyecto propuesto, sin olvidar a cada maestro, y mi asesora, quienes han tenido paciencia, y me han impartido sus conocimientos para alcanzar con éxito esta nueva meta, a todos mis compañeros que forman parte de este camino, les agradezco infinitamente cada palabra de aliento y ánimo que me brindaron en su respectivo momento.

TITULO

SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL “CENTRO DE SALUD TIPO C MUISNE CONTINENTAL”.

RESUMEN

Las convulsiones se caracterizan por ser alteraciones paroxísticas de la función cerebral, que aparecen de forma involuntaria y que pueden manifestarse por una pérdida o variación de la conciencia, actividades motoras y comportamientos anormales. La presente investigación cuyo objetivo principal fue analizar la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos mediante la revisión de la etiología de las crisis, comportamiento del personal de salud y protocolos realizados en los casos atendido en el centro de salud Tipo C Muisne Continental; fue un estudio de tipo mixto (Cuan/cual), de corte transversal con un enfoque descriptivo, durante el periodo de febrero a diciembre del 2020. Como resultado se obtuvo que, se atendieron a 11 niños menores de 16 años en el área de emergencia al presentar crisis convulsivas, estas se caracterizaron por ser convulsiones de inicio generalizado (45,5 %), neurológico (18,20 %), focalizado, desconocido y por lesiones (9,10 %); las cuales fueron causadas por crisis febriles, convulsiones postrauma, epilepsia y sin causa aparente (18,2 %); en cuanto a la atención por parte de los profesionales se evidenciaron algunas falencias tales como en el registro de las observaciones encontradas en las crisis, el tratamiento a realizar, el plan de cuidado a ejecutar, la valoración de la escala correcta y los efectos adversos que puede presentar el paciente pediátrico si no se trata adecuadamente. Se concluye que la capacitación al personal que atiende estas emergencias pediátricas es de mucha importancia para evitar las complicaciones y por ende las secuelas propias de estos episodios convulsivos.

Palabras clave: crisis convulsivas, seguridad en la atención, pacientes pediátricos.

TITLE

SAFETY IN THE CARE OF SEIZURE CRISIS IN PEDIATRIC PATIENTS IN THE "HEALTH CENTER TYPE C MUISNE CONTINENTAL".

ABSTRACT

Seizures are characterized by being paroxysmal alterations of brain function, which appear involuntarily, and which can be manifested by a loss or variation of consciousness, motor activities and abnormal behaviors. The present research whose main objective was to analyze the safety in the care of seizures in pediatric patients by reviewing the etiology of the seizures, the behavior of the health personnel and the protocols carried out in the cases attended at the Muisne Continental Type C health center. ; It was a mixed type study (When / which), cross-sectional with a descriptive approach, during the period from February to December 2020. As a result, it was obtained that 11 children under 16 years of age were treated in the emergency area When presenting seizures, these were characterized by being seizures of generalized onset (45.5%), neurological (18.20%), focused, unknown and due to injuries (9.10%); which were caused by febrile seizures, post-trauma seizures, epilepsy and no apparent cause (18.2%); Regarding the care provided by the professionals, some shortcomings were evidenced such as in the recording of the observations found in the seizures, the treatment to be carried out, the care plan to be executed, the assessment of the correct scale and the adverse effects that the pediatric patient may present if not treated appropriately. It is concluded that the training of the personnel who attend these pediatric emergencies is of great importance to avoid the complications and therefore the consequences of these seizure episodes.

Keywords: Convulsive seizures, safety in care, pediatric patients.

ÍNDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	ii
DECLARACION DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
CERTIFICACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	1
Presentación del Tema de Investigación	1
Planteamiento del Problema	3
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
CAPÍTULO I.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Bases teórico-científicas	6
1.2 Antecedentes.....	10
1.3 Bases Legales	13
CAPITULO II	15
MATERIALES Y MÉTODOS	15
2.1 Tipo De Estudio.....	15

2.2 Población y Muestra	15
2.3 Definición Conceptual y Operacionalización de Variables.....	16
2.4 Métodos	16
2.5 Técnicas e instrumentos.....	17
2.6 Análisis de Datos	17
2.7 Normas éticas	17
CAPITULO III	19
RESULTADOS	19
CAPITULO IV	24
DISCUSIÓN.....	24
CAPITULO V	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
5.1. Conclusiones.....	27
5.2. Recomendaciones	28
REFERENCIAS	29
Anexo A: Árbol del problema.....	38
Anexo B: Operacionalización de las variables.....	39
Anexo C: Escala de Coma de Glasgow	42
Anexo E: Consentimiento informado.....	45
Anexo F: Asentimiento informado.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por edad y género de los pacientes atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental.	¡Error! Marcador no definido.	9
Tabla 2. Características de las crisis convulsivas presentadas por los pediátricos atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental.....		19
Tabla 3. Distribución por causas de las crisis convulsivas de los pacientes atendidos en el centro de salud tipo C Muisne Continental.		20
Tabla 4. Descripción del estado de conciencia durante las crisis convulsivas presentadas por los pediátricos que acudieron a la atención al área de emergencia.		21
Tabla 5. Factores de riesgo que generan falta de seguridad en el momento de la atención al paciente pediátrico al momento de la crisis convulsiva.....		22
Tabla 6. Comportamiento del personal de salud al momento de la atención de una crisis convulsiva en el área de emergencia del Tipo C Muisne Continental.....		23

INTRODUCCIÓN

Presentación del Tema de Investigación

Las convulsiones neurológicas son casos de urgencia muy frecuente en pediatría, el síndrome de convulsión en la infancia es una de las enfermedades que aqueja a los niños desde tiempos históricos y la misma se presenta con una amplia gama de manifestaciones clínicas, yendo de las más banales, hasta las más marcadas de significación patológica (1). La seguridad de atención en los centros de salud es brindar al paciente con crisis haciendo una evaluación de testimonios de familiares, amigos y compañeros de escuela (2).

La crisis convulsiva es una temática que ha llamado la atención de muchos investigadores puesto que, es una alteración brusca y transitoria dada por una actividad anormal de las neuronas que puede causar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares y pérdida de conocimiento y, es allí donde el personal de salud debe brindar la seguridad al paciente actuando con calma y evitando que el mismo se golpee y colocando en posición lateral de seguridad para que supere la crisis (3).

La seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos es una preocupación del personal de salud de todo el mundo, toda vez que se presenta en los niños en edades comprendidas entre 6 meses y 5 años, se considera que la epilepsia se puede presentar en cualquier persona sin distinción de edad, sexo, raza, origen social o características geográficas. Es un problema de salud pública mundial que requiere una adecuada respuesta, la cual, según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un estimado entre 50 a 69 millones de personas padece esta enfermedad, la mayoría en países en desarrollo (4).

En este contexto, la atención va dirigida al paciente pediátrico en el momento de la crisis convulsiva, donde requiere tratamiento urgente y prioritario para estabilizarlo y evitar la evolución a un estatus, pues la mayoría de estos episodios ceden en pocos minutos (5). Según la Organización Mundial de la Salud (6), cerca del 80% de pacientes epilépticos viven en países de ingresos bajos y medios, se estima que el 70% de las personas que la padecen podrían vivir sin convulsiones si se diagnosticaran y trataran adecuadamente.

Las causas de las crisis convulsivas es un reto diagnóstico en las urgencias pediátricas, En México realizaron un estudio que tenía como objetivo describir los estudios diagnósticos resultados y la causa más probable de crisis convulsiva en niños atendidos en servicios de

urgencias de un hospital privado, se analizaron 164 niños, en el cual predominaron las crisis convulsivas de primera presentación, febriles, en los lactantes y preescolares, y epilepsia para los escolares y adolescentes (7).

Los niños que presentan este tipo de problema deben ser atendidos tomando en cuenta, antecedentes familiares y personales, padecimiento actual, características específicas de la crisis convulsiva y en base a ello proceder a los exámenes de laboratorio e imagen (8). En dichos estudios se debe tomar en cuenta la consideración de la etiología para la valoración y tratamiento de la convulsión, en donde el personal sanitario debe considerar prioridades de oxigenación, ventilación y circulación adecuadas y realizar supervisión de la actividad convulsiva (9).

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), realiza una nueva propuesta y actualización sobre el estado epiléptico en donde enfatiza los puntos de tiempo, como mecanismos responsables de la terminación de la crisis convulsiva o el inicio de una crisis convulsivas con secuelas neurológicas, además la clasificación diagnóstica según la correlación de los ejes que proporcionara un marco para el diagnóstico clínico, la investigación y los enfoques terapéuticos (10).

En los Estados Unidos de Norteamérica, las convulsiones prolongadas son un riesgo significativo de mortalidad que constituye un 3% entre los pacientes pediátricos, 3.1 millones de consultas pediátricas anuales y de 6 a 7% de pacientes que se presentan al servicio de urgencias con estado epiléptico, por lo que es caracterizado una emergencia neurológica por persistente actividad convulsiva continua que pueden dar por resultado la resistencia a la terapia anticonvulsiva; por tanto, el reconocimiento apropiado y anticipado puede mejorar las posibilidades de un control rápido de las convulsiones y reducir morbilidad y mortalidad posteriores (11).

En México tiene una prevalencia de 10,8-20 casos por 1000 habitantes, es decir 1,08-2% de la población total, por lo que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía México, estima que entre 95.000 y 177.000 habitantes viven con epilepsia (12).

En Ecuador el Jefe de Servicio de Pediatría Hospital General de Ambato, realiza un estudio descriptivo transversal epidemiológico de cohorte donde determina que las convulsiones febriles son eventos comunes y benignos en la infancia, en donde el objetivo era identificar las principales causas de crisis convulsivas, la caracterización de la misma y su asociación con la

edad, género e historia familiar, dicho estudio concluye que las infecciones intestinales son las principales causas de estos eventos convulsivos (13).

La actualidad del tema tiene sustento cuando en el Ecuador la convulsión febril es el evento más complejo atendido en niños de tres meses a seis años que son asistidos sin evidencia de infección intracraneal, pero al momento de la convulsión su temperatura es entre 38° y 40° C (14).

Por lo expuesto se demuestra que el tema es de gran importancia, toda vez que es necesario conocer la seguridad en la atención a las crisis convulsivas en niños atendidos en el Centro de Salud tipo C de Muisne Continental, provincia de Esmeraldas.

Planteamiento del Problema

En pediatría las convulsiones son urgencias puesto que es una de las numerosas enfermedades de la infancia, por ello, frente a una primera convulsión se debe descartar una infección intracraneal, tóxicos, exógenos o endógenos, anomalía encefálica o el comienzo de un trastorno de origen epiléptico en el que la fiebre sólo actúa como factor precipitante (15).

Las convulsiones febriles afectan a un 2 -5% de toda la población infantil menor de 6 años a nivel mundial y esto representa el 30% de toda la patología convulsiva de la niñez, en un 90% habrá ocurrido antes que cumpla los 3 años, teniendo como pico la incidencia a los 13-24 meses de edad. Una tercera parte de todas las convulsiones febriles presentarán recurrencia en una ocasión, y de éstos, una tercera parte volverán a recaer en más de dos ocasiones. La incidencia de epilepsia posterior a crisis convulsivas febriles es de un 2 -4% (14).

En Ecuador, la prevalencia de punto de epilepsia activa es de 7 a 12 por 1000, que es similar a la de los países desarrollados, lo cual no necesariamente quiere decir que el riesgo de padecer epilepsia sea igual, donde la incidencia es de 120 a 172 por 100.000 (16).

En Esmeraldas, no se cuenta con alguna investigación realizada sobre este tema tan importante, pues la mayoría de las investigaciones planteadas en Ecuador, han sido efectuadas en hospitales de las grandes provincias y por supuesto, en la capital del país.

Revisada la información anterior se plantea la siguiente pregunta científica:

¿De qué manera la seguridad en la atención de crisis convulsivas favorece a los pacientes

pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental” de la Provincia Esmeraldas?

En cuanto a la sistematización y partiendo de la gran interrogante se formulan preguntas derivadas que están asociadas con los objetivos específicos:

¿Cuál será el número de casos de pacientes pediátricos con crisis convulsiva atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020??

¿Cómo es el manejo de seguridad en atención de la crisis convulsiva a pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020?

¿Cuál será la etiología y características de los trastornos convulsivos en pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020?

Justificación

El tema de investigación es novedoso ya que las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en Pediatría, su procedencia es tan diversa que para emitir un diagnóstico definitivo se necesita estudiar a cada paciente y para el médico se vuelve un tema investigativo tanto clínico como imagenológico; las crisis convulsivas son motivo de alarma familiar, la preocupación de los padres producto de una convulsión en los niños es de gran impacto en este estudio, ya que ellos son los que enfrentan esta patología desde el primer segundo de su inicio hasta llegar a una sala de emergencias, tiempo en el que pueden pasar más de 10 minutos, donde recibe tratamiento médico y es el momento en que se puede prevenir efectos adversos por las descargas en la corteza cerebral que produce cada crisis.

El impacto de este estudio está asociado con la detección temprana de enfermedades que pueden producir una convulsión en un infante, pues con ello se disminuye el riesgo de estado epiléptico mediante el tratamiento temprano y puede ayudar de referencia oportuna a la parte neurológica de los niños que presentan un primer evento convulsivo.

Lo anterior, permite dejar un precedente para los que conforman la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, tanto maestros como alumnos, ya que los resultados de esta investigación servirían como una guía de apoyo y referencia en estudios futuros con la población y en la atención que debería brindar cada personal de la salud, familiar o representante legal del infante, cuando llegue una crisis convulsiva a la sala de emergencias, además del énfasis y recomendaciones que saldrán de esta investigación para la parte administrativa, en cuanto a

equipos, utensilios, e insumos necesarios para poder brindar una atención segura y digna a cada niño con dicha patología.

La prioridad del trabajo también se debe a que la línea de investigación se basa en atención de emergencias y cuidados críticos: Atención de crisis convulsivas, actividad que el personal de salud debe realizarlo haciendo consideraciones previas como preguntar el desencadenante y/o antecedentes que han provocado dicho estado, para actuar rápidamente y evitar consecuencias irreversibles, tomando en cuenta que en Ecuador se cuenta con deberes y derechos para un buen vivir.

Objetivos

Objetivo General

- Analizar la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental” perteneciente al Distrito 08D03 del Cantón Muisne, de la Provincia Esmeraldas desde febrero a diciembre 2020.

Objetivos Específicos

- Determinar el número de casos de pacientes pediátricos con crisis convulsiva atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020.
- Caracterizar el manejo de seguridad brindado por el personal de salud en atención de crisis convulsivas a pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020.
- Describir la etiología y características de los trastornos convulsivos en pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teórico-científicas

Una convulsión corresponde a los hallazgos físicos o cambios en el comportamiento que ocurren después de un episodio de actividad eléctrica anormal en el cerebro (17). Los trastornos convulsivos son alteraciones periódicas de la actividad eléctrica cerebral que derivan en algún grado de disfunción cerebral transitoria (18). La mayoría de las crisis convulsivas están provocadas por descargas eléctricas anómalas que se producen en el cerebro o por desvanecimientos (reducción de la irrigación sanguínea cerebral). Los síntomas pueden variar en función de la parte del cerebro implicada, pero suelen incluir sensaciones fuera de lo común, espasmos musculares incontrolables y pérdida de la conciencia (19).

Las convulsiones son cambios temporales súbitos en el movimiento, sensación o comportamiento físico causados por impulsos eléctricos anormales en el cerebro. Existen varios tipos de convulsiones o crisis convulsivas, algunos duran solamente unos segundos, mientras que otros pueden durar incluso varios minutos. El tipo específico de la convulsión que sufre una persona depende de la parte del cerebro donde empieza, como se extiende y cuánto, o qué parte del tejido del cerebro toma parte (20).

La crisis convulsiva, es el síntoma de disfunción cerebral que produce una descarga hipersincrónica o paroxística de un grupo de neuronas, hiperexcitables, localizadas en el cortex cerebral (21). Las crisis convulsivas son descargas eléctricas neuronales anormales que tiene manifestaciones clínicas variadas de origen multifactorial y que se asocian a trastornos clínicos (anormalidades electroencefalográficas y que se presentan de manera no provocada (22).

Por otro lado, según Riera (23), la crisis convulsiva es la descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia.

La causa más frecuente de las convulsiones es la epilepsia. Sin embargo, no todas las personas que tienen convulsiones tienen epilepsia. A veces, las convulsiones se producen por:

- Fiebre alta, que puede estar asociada a una infección, como la meningitis

- Falta de sueño
- Bajo sodio en sangre (hiponatremia) que puede ocurrir con la terapia diurética
- Medicamentos, como ciertos analgésicos, antidepresivos o terapias para dejar de fumar, que disminuyen el umbral de las convulsiones
- Traumatismo craneal que provoca sangrado en una zona del cerebro
- Accidente cerebrovascular
- Tumor cerebral
- Drogas ilegales o recreativas, como las anfetaminas o la cocaína
- Consumo excesivo de alcohol en momentos de abstinencia o intoxicación extrema (24).

La seguridad del paciente es una de las prioridades en la agenda de las organizaciones de salud de todo el mundo. La atención pediátrica difiere en muchas formas de la de adultos; llama entonces la atención que la epidemiología de los eventos adversos sea muy diferente para ambos grupos de pacientes. Mientras que en los adultos los principales daños se vinculan a cirugías y a la medicación, en los niños suelen relacionarse con el nacimiento y los errores diagnósticos (25).

Cuando un paciente sufre una convulsión se debe tener presente su seguridad y para ello se debe:

1. Colocar a la víctima boca arriba y totalmente estirada.
2. Situarse a su derecha.
3. Estirarle el brazo derecho.
4. Flexionarle el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
5. Flexionarle la pierna izquierda.
6. girar el cuerpo haciéndolo rodar hacia su derecha hasta que quede de lado.
7. Colocarle la mano izquierda debajo de la mejilla derecha.
8. La cabeza debe estar girada hacia un lado para evitar atragantamientos.
9. La persona que socorre ha de estar a la derecha y estirar a la víctima hacia ella.
10. La postura ha de ser estable, debe permitir que la respiración sea correcta y que de forma periódica pueda comprobarse (26).

Existen algunos tipos de convulsiones que dependen de la parte y de la cantidad de cerebro afectado y de lo que sucede durante la convulsión, existen varios tipos diferentes de convulsiones en los niños, entre las que se incluyen las convulsiones focales, que se presentan cuando se produce una función eléctrica cerebral anormal en una o más zonas de una parte del cerebro. Las convulsiones focales simples, en las cuales el niño puede presentar diferentes síntomas según la zona del cerebro afectada, si el funcionamiento eléctrico cerebral anormal se produce en el lóbulo occipital (parte posterior del cerebro, que involucra a la visión) el niño puede sufrir alteraciones en la vista., en las convulsiones focales complejas generalmente se produce en el lóbulo temporal del cerebro, la zona que controla la función de las emociones y la memoria, las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro simultáneamente (27).

Adamolekun (18), sostiene que las convulsiones se clasifican en: inicio del motor e inicio no motor. Las convulsiones motoras de inicio generalizado pueden clasificarse además según el tipo de ataque:

Convulsiones tónico-clónicas (antes crisis de gran mal):

- Convulsiones clónicas (movimientos sacádicos rítmicos sostenidos)
- Convulsiones tónicas (rigidez sin movimientos sacádicos rítmicos)
- Crisis atónicas (pérdida del tono muscular)
- Convulsiones mioclónicas (movimientos sacádicos rítmicos no precedidos por rigidez)
- Convulsiones mioclónicas-tónicas-clónicas (movimientos sacádicos mioclónicas seguidos de movimientos tónicos y clónicos)
- Convulsiones mioclónica-atónicas
- Espasmos epilépticos (antes, espasmos infantiles)

Las convulsiones no motoras de inicio generalizado pueden clasificarse según el tipo de ataque (definido por la característica prominente más antigua):

- Crisis de ausencia atípicas
- Las crisis de ausencia atípicas (p. ej., con inicio o terminación menos bruscos o con cambios anormales en el tono)
- Crisis mioclónicas
- Mioclonía del parpado

También existen las llamadas combustiones febriles, son las que se producen durante un episodio febril, sin que haya una infección del sistema nervioso. Estas afectan al 3% de los niños entre los 6 meses y 3 años; quizá, algún otro miembro de la familia tuvo también este tipo de convulsiones. En general, ocurren con fiebre por encima de 38, 5°, aunque la causa de esta sea una enfermedad leve, duran muy pocos minutos (aunque para los padres sea toda una eternidad). A veces, los niños o bebés expulsan heces u orina al final, debido a que todos sus músculos se relajan, después, el bebé se recupera, aunque durante un tiempo está algo abotargado. Cabe destacar que su E.E.G. (electroencefalograma) siempre es normal (28).

En algunos casos se habla de convulsiones febriles “atípicas” o complejas, esto es cuando la fiebre no era muy alta (menor de 38,5%) o cuando la convulsión tardó más de 10 minutos en ceder, probablemente se debe a que en esos niños coexisten otros factores, que pueden indicar una predisposición a tener más convulsiones (28).

El diagnóstico clínico de las convulsiones tiene como sustento: a) Antecedentes familiares sobre enfermedades neurológicas o epilépticas; b) Antecedentes personales, donde se considera patología perinatal, evolución psicomotora, académica convulsiones febriles entre otras; c) Padecimiento actual, crono patología de los episodios paroxísticos, síntomas generales y posibles enfermedades asociadas; d) Características específicas de la crisis convulsiva como, qué hacía el niño antes del momento de la convulsión (21).

La Pediatría es la especialidad médica que se ocupa del estudio del crecimiento y el desarrollo de los niños hasta la adolescencia, así como del tratamiento de sus enfermedades. La infancia es una etapa de la vida en continuo cambio que, desde un punto de vista biológico, se caracteriza por el crecimiento y la maduración hasta alcanzar la vida adulta (29).

En pediatría se tratan los primeros años de un ser humano, desde la edad de neonato que comprende desde el nacimiento hasta el mes de vida, lactante entre 1 mes y 12 meses de vida, niño de 1 a 12 años y adolescentes de 12 a 18 años de vida | (30).

El paciente pediátrico al haber tenido convulsiones y ser atendido en urgencias médicas, debe ser sometido a estudios, entre los que comprenden: La electroencefalografía (EEG, una prueba que registra las ondas cerebrales utilizando sensores colocados en el cuero cabelludo) sirve para descartar una actividad eléctrica anómala en el cerebro. La EEG se realiza mientras los bebés o los niños están despiertos y mientras duermen.

Los médicos solicitan otras pruebas para buscar una causa basada en los síntomas del niño y los resultados de la exploración clínica, las cuales incluye, medición de niveles de oxígeno, análisis de sangre, puntuación lumbar, cultivos de sangre, pruebas de diagnóstico por imagen, pruebas genéticas (31).

Se define la seguridad del paciente (SP) como «la ausencia de una lesión accidental» causada por la atención médica, tales como daño o muerte atribuibles a eventos adversos (EA) por medicamentos, identificaciones erróneas de pacientes, infecciones adquiridas u otras relacionadas con el cuidado de la salud.

Los errores en los pacientes pediátricos hospitalizados son atribuibles a identificaciones inadecuadas, falta de experiencia, problemas en realización de procedimientos técnicos y el cálculo de la dosis de medicación, la transferencia de pacientes entre las diferentes áreas hospitalarias o bien durante los cambios de turno, son unas de las causas de errores frecuentes debido a una comunicación inadecuada o no estandarizada (32).

1.2 Antecedentes

En España, en 2020, los autores Tabuenca Prat N, Viscasillas Salas L, Betés Arregui MJ, Arregui Combalía R, realizaron una investigación sobre Manejo de las convulsiones febriles simples en pediatría, como resultado refirieron que el tratamiento se realiza según los criterios de ingreso en la CFS, primer episodio de la convulsión, edad mayor de 18 meses no es necesario el ingreso, edad menor de 18 meses, debe valorarse el ingreso. Las convulsiones febriles simples con antecedentes de otro episodio, valorar el ingreso. Sospecha de infecciones severas o no localizadas requiere ingreso. Las convulsiones febriles complejas si requieren de ingreso hospitalario (28).

Bender JE y Hernández TL, en el año 2017 realizaron una revisión bibliográfica, sobre las consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia, cuyo objetivo fue exponer y reflexionar sobre el uso de las drogas antiepilépticas descritas hasta el momento, las que están en investigación y las tendencias futuras de desarrollo, incluyeron en la búsqueda de la información los reportes de investigaciones originales prospectivas o retrospectivas y trabajos de revisión, obteniendo como resultado la importancia del diagnóstico positivo de la epilepsia para un correcto manejo del paciente. Se aborda el tratamiento antiepiléptico con especificidad en las drogas descritas hasta la actualidad, las que están en pleno desarrollo, así como los

principios generales del tratamiento y las inquietudes en el campo de las neurociencias, con vistas a lograr una terapia eficaz, el autor concluye que el tratamiento antiepiléptico actualmente es sintomático, siendo necesaria tener en cuenta los aspectos generales en el manejo del paciente epiléptico de forma integral e individualizada (4).

Vidal J, en mayo del 2018, realizó un estudio en México sobre las primeras crisis epilépticas en pacientes adultos cuyo objetivo fue proporcionar un abordaje clínico sistemático, para la clasificación, diagnóstico, y tratamiento de los pacientes que han experimentado una primera crisis porque ello podría auxiliar al clínico a reconocer y tratar apropiadamente esta afección; la clasificación adecuada de la crisis es fundamental para establecer la duración del abordaje diagnóstico, la necesidad de una intervención terapéutica y el pronóstico en cada caso, por otra parte, se recomendó también que los pacientes diagnosticados con una crisis única no provocada requiere la realización de un electroencefalograma y una resonancia magnética, además se recomienda individualizar el tratamiento con fármacos antiepilépticos para reducir el riesgo de recurrencia temprana, debido a que esto puede producir efectos adversos (33).

En México, Márquez Palacios RE, autor del trabajo de investigación llamado Descripción clínica y manejo farmacológico en neonatos con crisis convulsivas evaluados en el Instituto Nacional Pediatría, en el año 2013, con el objetivo de describir la frecuencia, características clínicas y manejo farmacológico de los neonatos atendidos en ese instituto, fue un estudio de tipo transversal, retro selectivo, descriptivo, observacional con 56 pacientes donde existió un predominio del sexo masculino, la etiología más frecuente fue la encefalopatía hipóxico-isquémica, siendo las crisis sutiles las más comunes. El primer fármaco antiepiléptico, aplicado a los neonatos fue fenitoína, siendo el fenobarbital el fármaco más utilizado al egreso (29).

De la misma forma en Oliva Meza, HOM, y Ochoa Morales X, realizaron una investigación sobre Fiebre neuronal: estado epiléptico en pediatría en el año 2017, en Morelos, donde se propusieron proporcionar y actualizar los conceptos, fisiopatología, etiología y tratamiento antiepiléptico disponible del estado epiléptico, así como proponer un esquema de manejo racional, resultando que el estado epiléptico se puede clasificar clínicamente en convulsivo, no convulsivo o refractario. Una vez hecho el diagnóstico de estado epiléptico, el tratamiento debe iniciar inmediatamente y debe tener los siguientes objetivos: terminar el evento, prevenir recurrencias, manejar las causas precipitantes y las complicaciones (30).

En otros países, como Guatemala en el 2017, Cardona NC, realizó un estudio descriptivo,

prospectivo con 30 niños(as), menores de 7 años con diagnóstico de estado epiléptico, tuvo como objetivo establecer los criterios diagnósticos, tratamiento y complicaciones para una mejor evaluación a cada paciente que inicie con un estado epiléptico, tuvieron como resultado, que el total de pacientes investigados le duró la crisis más de treinta minutos, y que ninguno tuvo su actividad electroencefalográfica de dicho estado, y en su mayoría requirieron ventilación mecánica, por eso concluyeron que un adecuado tratamiento desde el primer segundo del inicio de una crisis convulsiva puede evitar muchas complicaciones (31).

La investigación realizada en Colombia, en 2017 por Tirado Pérez, IS, Guzmán Corena, AA, Salcedo Mejía, F, Moreno Benítez, AZ, y Zárate Vergara, AC, sobre Pacientes con Crisis Convulsivas en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en un Hospital de referencia de la ciudad de Cartagena, Colombia, se propuso establecer las principales características epidemiológicas de los pacientes que presentan crisis convulsivas en la unidad de estudios mencionada, comuna población de 60 pacientes en edad pediátrica, teniendo antecedente de epilepsia el 64.81% y el 23,33% parálisis cerebral, la comorbilidad con mayor frecuencia fue la infección meningea con un 25.71%. Los pacientes con antecedentes de epilepsia el medicamento más utilizado ambulatoriamente fue el ácido valproico con 48.33%, seguidamente de levetiracetam 26.67% y carbamazepina 13.33%. Dentro de la población estudiada el 83.33% presento status convulsivos, siendo la crisis tónico-clónica generalizada el tipo de crisis más frecuentemente descrita con un porcentaje del 88%, los medicamentos anticonvulsivantes más utilizados para yugular crisis, se encontró el midazolam con un 98.33%. El 95% salió vivo de la institución y un 5% falleció. Concluyen que las principales causas de estatus epiléptico se encuentran la lesión cerebral aguda, convulsiones febriles atípicas, epilepsia y enfermedades degenerativas (32).

El artículo sobre Revisión del estado epiléptico convulsivo pediátrico y su manejo antiepiléptico por los autores Paz Vargas LC, Varela EX, Kleinsteuber SK, Cortés ZR y Avaria BMA, realizado en Chile en el año 2016, cuyo objetivo fue actualizar conceptos, fisiopatología, etiologías y tratamientos antiepilépticos del EE convulsivo (EEC) en niños, proponiendo un esquema racional de manejo mediante publicaciones quienes muestran alternativas de tratamiento como como inmunoterapia, dieta cetogénica, cirugía e hipotermia. Un 35% de mortalidad, 26% de secuelas neurológicas y 35% de recuperación al estado basal es descrito sobre la evolución del paciente (33).

En Ecuador, Ordoñez A. en el año 2018, realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de Guayaquil; la misma tenía como objetivo, definir la prevalencia de alteraciones tomográficas en niños con epilepsia y en relación con las características de la enfermedad, estudió 254 pacientes con un resultado de más de la mitad con alteraciones tomográficas, entre la más común, atrofia cortical con más frecuencia en menores de dos años, y en convulsiones generalizadas, con lo cual concluye que las alteraciones tomográficas en niños epilépticos son frecuentes y en la mayoría de centros médicos de Ecuador no disponen de equipos imagenológicos donde se pueda hacer una resonancia magnética nuclear o tomografía axial computarizada, teniendo en cuenta que esta última es una herramienta muy importante en el diagnóstico, manejo y seguimiento de un paciente que haya presentado convulsiones en su vida (34).

Según el informe del Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria ANMAT (35), la epilepsia afecta alrededor de 65 millones de personas en el mundo y se diagnostican entre 20-70 casos nuevos cada 10.000 personas por año. En la actualidad existen múltiples tratamientos antiepilépticos eficaces, pero ninguno de ellos es curativo. Sin embargo, un 30% de los pacientes son resistentes a los tratamientos antiepilépticos convencionales y presentan cuadros graves con mal pronóstico.

1.3 Bases Legales

La investigación sobre la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental” perteneciente al Distrito 08D03 del Cantón Muisne, de la Provincia Esmeraldas desde febrero a diciembre 2020, se fundamenta en lo que dice la Constitución de la República en su artículo 32, a través del cual, garantiza el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales y culturales, además puntualiza que la prestación de servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (36).

Por otro lado, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en su artículo 3 y 6 garantiza el servicio de salud por ser una responsabilidad primordial del estado y el Ministerio de Salud es el encargado de implementar los programas de atención integral y de calidad (37).

En tanto que el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, en el objetivo número uno garantiza

una vida digna y de calidad en salud, alimentación y educación, agua y seguridad social para todos, la garantía de estos derechos conlleva a una vida y entorno saludable seguro (38).

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo De Estudio

El estudio sobre la seguridad de atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos fue de tipo mixto (Cuan – cual), de corte transversal con un enfoque descriptivo, el mismo que permitió recolectar información relevante que ayudaron a cumplir los objetivos planteados en cuanto a la seguridad con que se brinda la atención a los pacientes pediátricos, en el momento de presentar una crisis convulsiva y lo importante del conocimiento del manejo para evitar complicaciones del cuadro convulsivo.

2.2 Población y Muestra

Para el presente trabajo se estudia como población al universo de pacientes pediátricos atendidos en el centro de salud tipo C Muisne continental con diagnóstico de crisis convulsivas, en el periodo comprendido entre febrero- octubre del 2020, que corresponde a una muestra de casos – tipo, con un total de 11 neonatales que presentaron crisis convulsivas como población y muestra, además del personal de salud que labora en el área de emergencia que corresponde a 8 médicos generales, 8 licenciadas en enfermería y 2 auxiliares de enfermería.

La muestra fue de tipo no probabilística, por cuanto todos los pacientes pediátricos con crisis convulsivas atendidos en el Centro de salud tipo C Muisne continental, son tomados en cuenta.

Dentro de los criterios de inclusión, se tuvieron en consideración a los pacientes pediátricos que presentaron al menos una crisis convulsiva, de ambos sexos, cuyas madres o representantes legales han expresado su asentimiento por escrito para participar en el estudio, y fueron excluidos; pacientes pediátricos con otras enfermedades ajenas a la patología en estudio, que no estén en el rango de edad pediátrica, pacientes pediátricos con diagnóstico de crisis convulsiva que no cuenta con los datos completos en las historias clínicas, y pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas.

De los profesionales de salud los criterios de exclusión están, los que tengan menos de 3 meses laborando en el servicio de urgencias.

2.3 Definición Conceptual y Operacionalización de Variables

Crisis Convulsiva: se refiere a las contracciones musculares como consecuencia de descargas eléctricas anormales en las neuronas cerebrales, estas pueden ser parciales o generalizadas, las parciales afectan solo a una parte del cuerpo, mientras que las generalizadas cubren una afectación total del cerebro (39).

Casos de pacientes pediátricos: se hace referencia al número de pacientes pediátricos, el cual se define a todos los niños, niñas, adolescentes que requieren de atención y que acuden al centro de salud con crisis convulsivas.

Seguridad del paciente: consiste en reducir los daños derivados de la asistencia sanitaria aplicando medidas de seguridad y buenas prácticas siendo de gran importancia los conocimientos del personal de salud sobre esta patología, e identificando si es de causa idiopática, secundarias o sintomáticas derivadas de otra patología, investigando antecedentes del lugar y espacio para conocer sobre las posibles causas de efectos secundarios que se puedan producir por trauma o accidentes durante los movimientos de una convulsión, además acontecimientos o desencadenantes familiares que hayan producido un evento convulsivo, todas estas medidas que se investiguen y se pueda mostrar una nueva causa (24).

Etiología: una convulsión es una alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro, tienen diversas causas y pueden ser idiopáticas o secundarias a trastornos metabólicos, traumatismos, tumores, enfermedades vasculares, infecciones, alteraciones degenerativas o congénitas, intoxicaciones u otras (24).

Características: Ante una convulsión, los signos y síntomas pueden ser de leves a graves y variar según el tipo de crisis y el origen de la misma, por lo general las crisis convulsivas tienen un inicio súbito, con pérdida del estado de alerta, se acompañan de movimientos tónicos o clónicos, apnea, relajación de esfínteres y a veces van precedidas de aura o automatismos, o ambos. Estas características ayudan a diferenciar las crisis convulsivas de otros trastornos que producen pérdida del estado de alerta o movimientos anormales (24).

2.4 Métodos

Los métodos que se utilizaron en el presente trabajo fue el método inductivo-deductivo, por cuanto permitió llegar a las conclusiones particulares respecto a la seguridad en la atención de

crisis convulsivas en pacientes pediátricos en la salud tipo C Muisne continental para la deducción y análisis de la teoría consultada en contraste con las respuestas a las preguntas de la encuesta y datos observados.

También se hizo uso del método descriptivo, el cual se utilizó para describir los datos obtenidos en la investigación tanto de la encuesta como de la observación, añadiendo el método empírico para la medición de todos los datos obtenidos y poderlos describir en tablas y gráficos de acuerdo con cada porcentaje reflejado en el estudio.

2.5 Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos son la técnica de la observación y como instrumento se usaron la Escala de Glasgow, la misma que “permite explorar y cuantificar 3 parámetros o criterios de observación clínica: la respuesta ocular, respuesta verbal y la respuesta motora” (Ver anexo E) (41).

Se obtuvieron los datos de las historias clínicas que hayan realizado los médicos en el área de emergencia a todo paciente pediátrico con crisis convulsiva.

También se utilizó la técnica de la encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario de preguntas dirigido al personal de salud conformado por médicos y enfermeras que trabajen en el área de emergencia para obtener datos sobre factores de riesgo, comportamiento del personal de salud y la seguridad de la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos que acudieron al Centro de Salud tipo C Muisne Continental (Ver anexo F).

2.6 Análisis de Datos

La técnica para la tabulación de datos es el paquete estadístico (SPSS versión 20), el mismo que permitió ingresar los datos y ejecutar procedimientos de relación entre variables y genera tablas estadísticas y gráficos con datos completos. Para la parte descriptiva se trabajó en Word y en Excel.

2.7 Normas éticas

Para la ejecución de este trabajo de investigación se incluyó el asentimiento informado de cada representante legal de los menores en estudio y consentimiento informado del personal de salud, se les explicó a los encuestados y entrevistados cuya inclusión sería de forma voluntaria y no

se tomó acción legal por ser partícipe de este estudio.

Todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tuvo como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Esmeraldas, reconociendo en las autorías al director del trabajo de titulación y demás profesores que amerita, y solo fueron usados de forma anónima en la investigación que se realice.

CAPITULO III

RESULTADOS

Según los resultados se evidencia que el grupo etario predominante fueron los pacientes pediátricos entre 0 a 5 años del sexo masculino 36,3 %, y el 18,2 % de sexo femenino del total de los 11 pacientes pediátricos con crisis convulsiva (Tabla 1).

Tabla 1. *Distribución por edad y género de los pacientes atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental.*

Rangos de edad	Número de pacientes atendidos				Total	
	Masculino		Femenino		F	%
	F	%	F	%		
0 a 5 años	4	36.3	2	18.2	6	54.5
6 a 9 años	2	18.2	1	9.1	3	27.3
Más de 10 años	2	18.2	0	0	2	18,2
TOTAL	8	72.7	3	27.3	11	100

Fuente: datos de las historias clínicas de los pacientes atendidos

En cuanto a los pacientes pediátricos que presentaron crisis convulsivas y que fueron atendidos al Centro de Salud tipo C Muisne Continental, el mayor porcentaje se caracterizó por ser convulsiones de inicio generalizado con 45.5% del total de pacientes que acudieron a la urgencia, 18.2% los de inicio desconocido, 18.2% de origen neurológico y de origen sistemático con el 9,1 % (Tabla 2).

Tabla 2. *Características de las crisis convulsivas presentadas por los pediátricos atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental.*

Ítems	Número	%
Convulsiones de inicio generalizado	5	45.5
Convulsiones de inicio focalizado	1	9.1
Convulsiones de inicio desconocido	2	18.2
Neurológico	2	18.2
Sistemático	1	9.1

Fuente: historia clínica de los pacientes atendidos

Se consideró que la etiología de las convulsiones en los casos que fueron reportados por primera vez fue de mayor afluencia las crisis febriles con el 18.2%, de igual manera, el 18.2% presentaron convulsiones post trauma y el 1% sin causa aparente. Los casos de segunda vez, es decir, cuyos pacientes hubieron presentado crisis convulsiva por segunda ocasión y que hayan acudido al centro de salud, correspondieron a un 18.2% con crisis febril, no obstante, en el mismo porcentaje sin alguna causa aparente y el 18,2% de los casos con pacientes que ya estén bajo un tratamiento médico fue de mayor afluencia la epilepsia con 18.2% (Tabla 3).

Tabla 3. *Distribución por causas de las crisis convulsivas de los pacientes atendidos en el centro de salud tipo C Muisne Continental.*

Etiología	Primera vez		Segunda ocasión		Tratamiento	
	F	%	F	%	F	%
Crisis febril	2	18.2	2	18.2	0	0
Epilepsia	0	0	0	0	2	18.2
Convulsiones postrauma	2	18.2	0	0	0	0
Sin causa aparente	1	9.2	2	18.2	0	0

Fuente: historia clínica de los pacientes atendidos

La escala de Glasgow mide el estado de conciencia, el cual no se encuentra reportado en todas las historias clínicas de la población en estudio, tomando en cuenta que 2 pacientes acudieron con Glasgow 8 y 4 pacientes con Glasgow 9, y 3 pacientes Glasgow 7 y 2 pacientes que no registran en su historia clínica la escala de Glasgow. Además, se observa que, de los 9 pacientes registrados con valoración neurológica en la anamnesis, la revaloración a los 10 y 20 minutos solo en 3 pacientes se encuentra la revaloración en la evolución del paciente.

Tabla 4. Descripción del estado de conciencia durante las crisis convulsivas presentadas por los pediátricos que acudieron a la atención al área de emergencia.

Escala de Glasgow						
Respuesta Ocular	Espontanea (4)		Orden verbal (3)		Dolor (2)	No responden (1)
	2		2		4	3
Respuesta Verbal	Orientado y conversando (5)	Desorientado y hablando (4)	Palabras inapropiadas (3)	Sonidos incomprensibles (4)		Ninguna respuesta (1)
	1	1	2	4		3
Respuesta Motora	Orden verbal obedece (6)	Localiza el dolor (5)	Retirada y flexión (4)	Flexión anormal (3)	Extensión (2)	Ninguna respuesta (1)
	1	1	1	2	3	3

Fuente: historia clínica de los pacientes atendidos

La Escala de Glasgow los pacientes atendidos en el Centro de Salud Tipo C Muisne Continental en su mayoría se ubican en cuanto al nivel de conciencia de acuerdo con la respuesta ocular (1), porque en su mayoría no se recibió respuesta, en el verbal se ubicó la mayoría de los pacientes en que emitían sonidos incomprensibles (4) y en el desempeño motor (1) y (2) de extensión y no se recibió ninguna respuesta, respectivamente. Lo que permite ubicar a la mayoría de los pacientes pediátricos atendidos por presentar crisis convulsiva en la Escala de Glasgow en 8 lo que indica un perfil clínico medio dentro de la evolución de estos pacientes. Según los factores de riesgo que generan falta de seguridad en la atención, se presentan al momento de la atención que se le debe brindar a los pacientes con crisis convulsivas, se tiene que este aspecto se ve afectado por el desconocimiento del personal sobre las crisis como tal, así como a las complicaciones que pueden provocar estas convulsiones, también en la posición adecuada en la que debe colocarse el paciente que presenta crisis convulsivas (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo que generan falta de seguridad en el momento de la atención al paciente pediátrico al momento de la crisis convulsiva.

Ítems	SI		NO	
	F	%	F	%
Conocimiento sobre las convulsiones	12	66.7	6	33.3
Conocimiento sobre los factores de riesgo de presentar convulsiones en los niños	11	61.1	7	38.9
Conocimiento sobre las complicaciones de las convulsiones	12	66.7	6	33.3
Conocimiento sobre los signos de alarma en los niños con convulsiones	8	44.4	10	55.6
Colocación adecuada del paciente que presenta crisis convulsiva	12	66.7	6	33.3

Fuente: instrumento aplicado al personal de salud que labora en el área de emergencia del Centro de Salud Tipo C Muisne Continental

Los resultados que evidencian el comportamiento del personal de salud, se obtuvo que los porcentajes más representativos permiten determinar que estos profesionales tienen conocimiento que las convulsiones febriles pueden generar algún efecto adverso si no la trata en un tiempo determinado, así mismo sobre tratar con antipirético en la primera atención, como una manera primordial, posterior a la estabilización y sobre la atención de las crisis convulsivas con duración de más de 10 minutos en el área de emergencia de este centro de salud. Mientras que se debe fortalecer el llevar el registro de observaciones, características oculares, corporales, coloración de piel, tipo, duración de las convulsiones, sobre la elaboración del plan de cuidado a pacientes con crisis convulsivantes, sobre el uso para la valoración de las crisis convulsivas la escala de Glasgow o del uso de alguna otra escala para la valoración de las crisis convulsivas en niños y solicitar información recibida del pediatra o información sobre convulsiones febriles en niños, con la finalidad de proporcionar seguridad en la atención de las crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental”.

Tabla 6. Comportamiento del personal de salud al momento de la atención de una crisis convulsiva en el área de emergencia del Tipo C Muisne Continental.

Ítems	SI		NO	
	F	%	F	%
Registro de observaciones, características oculares, corporales, coloración de piel, tipo, duración de las convulsiones	9	50	9	50
Tratamiento con antipirético como primer medicamento a utilizar ante las crisis hipertensivas	12	66.7	6	33.3
Elaboración del plan de cuidado a pacientes con crisis convulsivantes	8	44.4	10	55.6
Conocimiento de la convulsión febril como generador de algún efecto adverso si no la trata en un tiempo determinado	14	77.8	4	5.6
Conocimiento de la dosis de diazepam y las vías de aplicación en pacientes pediátricos	12	66.7	6	33.3
Consideración de tratar con antipirético como una manera primordial, posterior a la estabilización	14	77.8	4	5.6
Uso para la valoración de las crisis convulsivas la escala de Glasgow	9	50	9	50
Atención de crisis convulsivas con duración de más de 10 minutos en el área de emergencia de este centro de salud	14	77.8	4	5.6
Uso de alguna otra escala para la valoración de las crisis convulsivas en niños	9	50	9	50
Información recibida del pediatra o información sobre convulsiones febriles en niños	9	50	9	50

Fuente: Instrumento aplicado al personal de salud que labora en el área de emergencia del Centro de Salud Tipo C Muisne Continental.

Los resultados relacionados al indicador necesidades del centro, se encontró que existen carencias en cuanto a los espacios, material y medicina para atender las crisis convulsivas en pacientes pediátricos, así como el centro cuenta con electroencefalograma, así mismo, posterior a la atención de crisis convulsiva resuelta en la emergencia, no logran realizarle la tomografía axial computarizada aun cuando en algunos casos se logra referir al paciente a neurología para un verdadero seguimiento de patología.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Los resultados que evidencian el comportamiento del personal de salud, se obtuvo que los porcentajes más representativos permiten determinar que estos profesionales tienen conocimiento que las convulsiones febriles pueden generar algún efecto adverso si no la trata en un tiempo determinado, así mismo sobre tratar con antipirético en la primera atención, como una manera primordial, posterior a la estabilización y sobre la atención de las crisis convulsivas con duración de más de 10 minutos en el área de emergencia de este centro de salud. Mientras que se debe fortalecer el llevar el registro de observaciones, características oculares, corporales, coloración de piel, tipo, duración de las convulsiones, sobre la elaboración del plan de cuidado a pacientes con crisis convulsivantes, sobre el uso para la valoración de las crisis convulsivas la escala de Glasgow o del uso de alguna otra escala para la valoración de las crisis convulsivas en niños y solicitar información recibida del pediatra o información sobre convulsiones febriles en niños, con la finalidad de proporcionar seguridad en la atención de las crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental”.

De acuerdo con los resultados la muestra se ubicó en el grupo etario entre 0 a 5 años, en su mayoría masculinos provenientes de las áreas urbanas. en diferentes investigaciones se expone que la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos debe ser una preocupación del personal de salud, toda vez que se presenta en los niños en edades comprendidas entre 6 meses y 5 años, lo que es considerado un problema de salud pública mundial que requiere una adecuada respuesta, la cual, según reportes de la OMS, un estimado entre 50 a 69 millones de personas padece esta enfermedad, la mayoría en países en desarrollo y se inicia a temprana edad (4).

De acuerdo con las características en su mayoría los pacientes presentaron convulsiones de inicio generalizado, la cual inicia en ambos hemisferios del cerebro y se estima que la conciencia se altera en la mayoría de las convulsiones con esta caracterización. A menudo provocan pérdida del conocimiento y movimientos anormales, generalmente de forma inmediata. A este respecto Adamolekun (18), sostiene que las convulsiones se clasifican en inicio del motor e inicio no motor. Las convulsiones motoras de inicio generalizado pueden clasificarse además según el tipo de ataque: Convulsiones tónico-clónicas (antes crisis de gran mal) y las convulsiones no motoras de inicio generalizado pueden clasificarse según el tipo de

ataque (definido por la característica prominente más antigua).

Según la etiología en los casos que fueron reportados por primera vez presentaron crisis febril y otros pacientes presentaron convulsiones. Sobre estos resultados, se tiene que en algunos casos se habla de convulsiones febriles “atípicas” o complejas, esto es cuando la fiebre no era muy alta (menor de 38,5%) o cuando la convulsión tardó más de 10 minutos en ceder, probablemente se debe a que en esos niños coexisten otros factores, que pueden indicar una predisposición a tener más convulsiones (18).

En relación con la Escala de Glasgow en 8 lo que indica un perfil clínico medio dentro de la evolución de estos pacientes, en la cual los pacientes presentaron, nivel de conciencia de acuerdo con la respuesta ocular (1), porque en su mayoría no proporcionó respuesta, en el verbal emitían sonidos incompresibles (4) y en el desempeño motor (1) y (2) de extensión y no se recibió ninguna respuesta. Lo que se apoya en diversos estudios en la cual mediante la aplicación de la Escala de Glasgow lograron clasificar a los pacientes abordados, ubicándolos en el nivel más alto de la escala en lo que clínicamente clasificaron a los pacientes (40).

Según los factores de riesgo que se presentan al momento de la atención que se le debe brindar a los pacientes con crisis convulsivas, se tiene que este aspecto se ve afectado por el desconocimiento del personal sobre las convulsiones, sobre las complicaciones de las convulsiones, y la posición en la que debe colocarse el paciente que presenta crisis convulsivas. La seguridad del paciente es una de las prioridades en la agenda de las organizaciones de salud de todo el mundo, en la cual la atención debe aplicarse con adecuada atención principalmente a este tipo de pacientes vulnerables (25). Los errores en los pacientes pediátricos hospitalizados son atribuibles a identificaciones inadecuadas, falta de experiencia, problemas en realización de procedimientos técnicos y el cálculo de la dosis de medicación, la transferencia de pacientes entre las diferentes áreas hospitalarias o bien durante los cambios de turno, son unas de las causas de errores frecuentes debido a una comunicación inadecuada o no estandarizada (32).

Según el comportamiento del personal de salud, se obtuvo que los porcentajes más representativos determinaron que estos profesionales tienen conocimiento que las convulsiones febriles pueden generar algún efecto adverso si no la trata en un tiempo determinado, así mismo sobre tratar con antipirético en la primera atención, como una manera primordial, posterior a la estabilización y sobre la atención de las crisis convulsivas con duración de más de 10 minutos en el área de emergencia de este centro de salud. A este respecto, la aplicación de los pasos

adecuados y protocolares deben implementarse debidamente, con el fin de asegurar el pronto restablecimiento de los pacientes que han presentado crisis convulsivas y retornarlos a su salud de manera temprana para los cuales e requiere que los profesionales en atención de emergencia conozcan cabalmente los procesos y procedimiento adecuados en estos casos, en lo que se privilegie la seguridad del paciente (26).

Los resultados relacionados al indicador necesidades del centro, se encontró que existen carencias en cuento a los espacios, material y medicina para atender las crisis convulsivas en pacientes pediátricos, así como el centro cuenta con electroencefalograma, así mismo, posterior a la atención de crisis convulsiva resuelta en la emergencia, no logran realizarle la tomografía axial computarizada aun cuando en algunos casos se logra referir al paciente a neurología para un verdadero seguimiento de patología.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye:

- El número de casos de pacientes pediátricos con crisis convulsiva atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020, fue bajo, no obstante, se pudo observar que los profesionales de la salud no se encuentran lo suficientemente preparados para poder proporcionar una atención segura y adecuada ante los mismos.
- Se determinó que el manejo de seguridad brindado por el personal de salud en atención de crisis convulsivas a pacientes pediátricos en el Centro de Salud en estudio es clave y se detectó falencias importantes por parte de los profesionales de la salud en la atención y el conocimiento los factores de riesgo de presentar convulsiones en los niños, las complicaciones de las convulsiones, los signos de alarma en los niños con convulsiones y colocación del paciente que presenta crisis convulsiva.
- Sobre la etiología y características de los trastornos convulsivos en pacientes pediátricos en el Centro de Salud prevaleció la crisis febril, convulsiones postrauma, epilepsia, no obstante, algunos de los casos fueron producidos sin causa aparente. El seguimiento en casos minoritarios los cuales se evidenciaron que se encuentran en tratamiento médico, según el diagnóstico.

5.2. Recomendaciones

- Se requiere que los profesionales en la atención de pacientes pediátricos que presentan crisis convulsivas conozcan adecuadamente sobre las convulsiones, sobre los factores de riesgo de presentar convulsiones en los niños, las complicaciones de las convulsiones, los signos de alarma en los niños con convulsiones y colocación del paciente que presenta crisis convulsiva.
- Elaborar un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsivas, sobre el uso para la valoración de las crisis convulsivas la escala de Glasgow o del uso de alguna otra escala para la valoración de las crisis convulsivas en niños y solicitar información recibida del pediatra o información sobre convulsiones febriles en niños, con la finalidad de proporcionar seguridad en la atención de las crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental”.
- Diseñar un protocolo de atención a los pacientes que presentan crisis convulsivas que pueda ser manejado por la totalidad de los profesionales de salud que laboran en el centro de salud donde se llevó a cabo el presente estudio, el cual deba ser implementado de manera efectiva y eficiente, mediante el cual se privilegie la seguridad de los pacientes pediátricos, quienes requieren de una atención temprana ante estas situaciones en la que se involucra y está en juego la salud de los niños afectados.
- Gestionar materiales, recursos y equipos médicos y de imagenología que permitan tratar los casos de crisis convulsiva en pacientes pediátricos, así como el diagnóstico temprano de la patología, beneficiando un tratamiento que conlleve a la recuperación y prevalencia de la salud.

REFERENCIAS

1. Santos Rivero A. Atención de enfermería en la convulsión aguda en niños con trastorno neuromotor I: revisión del tema. Medwave 2009 Dic; [Internet]. 9(12). 2009. [citado 2020 sep. 12]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4309>
2. Ortiz P, Angeles M. Atención al paciente con crisis epiléptica (Parte II). Rev. Per. Neurol. 2005 jun; [Internet]. 5(1). [citado 2020 sep. 12]. Disponible en https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neurologia/v05_n1/atencion.htm
3. Morcillo González R. Paciente epiléptico: cuidados y registros de Enfermería. In ; 2012. [Internet]. [citado 2020 sep. 12]. Disponible en http://congreso-enfermeria.es/libros/2012/salas/sala3/p_31.pdf
4. Bender del Busto I JE, Hernández Toledo. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. [Internet]. Artículo de revisión. Rev haban cienc méd vol.16 no.6 La Habana nov.-dic. 2017. [citado 2020 sep. 12]. Disponible en <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2166/1938>
5. Martínez M, García A. El niño que convulsiona: enfoque y valoración desde Atención Primaria. [Internet]; 2017 [citado 2020 sep. 12]. Disponible en [HYPERLINK "https://www.aepap.org/sites/default/files/361-374_el_nino_que_convulsiona.pdf"](https://www.aepap.org/sites/default/files/361-374_el_nino_que_convulsiona.pdf)
https://www.aepap.org/sites/default/files/361-374_el_nino_que_convulsiona.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. La epilepsia datos y cifras. [Sitio Web]; 2019 [citado 2020 sep. 12]. Disponible en: [HYPERLINK "https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy"](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
7. Villa-Bahena, S, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernáldez-Zapata, I, y Garza-Morales, SJ. Causas de crisis convulsivas en un servicio de urgencias pediátricas. [Internet]. Revista Mexicana de Pediatría. 2019 [citado 2020 sep. 12]. Apr; 86(2): p. 51-

57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0035-00522019000200051&script=sci_arttext
8. Martínez Mendoza, LR, Rábago Rodríguez, MR, Romero Romero, MA, Santiago Pérez, JI, & Valenzuela Flores, AA. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños. [Internet]; 2014 [citado 2020 sep. 13]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
9. García S, Sánchez M, Rusa F. Actuación en urgencias ante una crisis convulsiva en niños. [Online]; 2005 [citado 2020 sep. 13]. Disponible en: [HYPERLINK "http://emergencias.portalsemes.org/descargacomvulsiva-en-niños/force_download"](http://emergencias.portalsemes.org/descargacomvulsiva-en-niños/force_download)
http://emergencias.portalsemes.org/descargacomvulsiva-en-niños/force_download
10. [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Trinka+E&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Trinka+E&cauthor_id=26336950) Trinka ,
 E, [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Cock+H&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Cock+H&cauthor_id=26336950) Polla , H,
[HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hesdorffer+D&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hesdorffer+D&cauthor_id=26336950)
 Hesdorffer , D, [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Rossetti+AO&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Rossetti+AO&cauthor_id=26336950)
 Rossetti , AO, [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Scheffer+IE&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Scheffer+IE&cauthor_id=26336950)
 Scheffer , IE, [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Shinnar+S&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Shinnar+S&cauthor_id=26336950) Shinnar ,
 S, [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Shorvon+S&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Shorvon+S&cauthor_id=26336950) Shorvon
 , S, y [HYPERLINK](#)
["https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lowenstein+DH&cauthor_id=26336950"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Lowenstein+DH&cauthor_id=26336950)
 Lowenstein , DH. Una definición y clasificación del estado epiléptico - Informe del Grupo de Trabajo de la ILAE sobre la clasificación del estado epiléptico. [Online];

Octubre de 2015; 56 (10): 1515-23. [citado 2020 Sep. 13]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26336950/>

11. Kurz JE & Goldstein, J. Estado epiléptico en el servicio de urgencias pediátricas. Medicina de emergencia pediátrica clínica. [Online]; Volumen 16, Número 1 , marzo de 2015 , páginas 37-47. [citado 2020 Sep. 13]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1522840115000026#:~:text=Status%20epilepticus%20is%20one%20of,29%20and%20lowest%20among%20adolescents>
12. Valdés-Galván, RE, González-Calderón, G, & Castro-Martínez, E. Epidemiología del descontrol de la epilepsia en un servicio de urgencias neurológicas. Revista de Neurología - Formación [online]. 2019 [citado 2020 Sep. 13.]Apr 16; REV NEUROL 2019;68:321-325; Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6808.2018218>
13. Paredes Lascano, PL, Rodríguez GC, Toapanta Yugcha, IG & Bravo Paredes, LA. Perfil epidemiológico del Servicio de Pediatría del Hospital General Ambato. [Internet]; 2019. [citado 2020 Sep. 13]. Cambios rev. méd. 2019; 18(2):18-23. 2017. Disponible en: HYPERLINK "https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/15-ART%C3%8DCULOS-CONVULSIONES-FEBRILES-INSPI-122-05-2017.pdf" <https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/15-ART%C3%8DCULOS-CONVULSIONES-FEBRILES-INSPI-122-05-2017.pdf>
14. Rivera Aillón, Andrea. Influencia de los factores de riesgo asociados a convulsión febril en niños de 3 meses a 6 años de edad tratados en el área de emergencia del hospital del niño Francisco Icaza Bustamante en el periodo septiembre del 2014 a mayo del 2015. [Tesis de grado en Internet]; [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias Médicas; 2015 [citado 2020 sep. 13]. Disponible en: HYPERLINK "http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10906/1/CD-281-RIVERA%20AILLON%20ANDREA.pdf." <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10906/1/CD-281-RIVERA%20AILLON%20ANDREA.pdf>

15. Santos Rivero, A. Atención de enfermería en la convulsión aguda en niños con trastorno neuromotor I: revisión del tema. [Online]; 2009 [citado 2020 sep. 13]; *Medwave* 2009 Dic;9(12):e4309 Disponible en: HYPERLINK "https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4309"
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4309>
16. Carpio, A, Placencia, M, Román, M, Aguirre, R, Lisanti, N, & Pesantes, J. Perfil de la Epilepsia en el Ecuador. [Online]; 2001 [citado 2020 sep. 13]. Volumen 10, números 1-2, 2001; Disponible en: HYPERLINK "http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/02/PERFIL-DE-LA-EPILIPSIA-EN-EL-ECUADOR.pdf"
<http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2016/02/PERFIL-DE-LA-EPILIPSIA-EN-EL-ECUADOR.pdf>
17. Medline Plus. Convulsiones. [Online]; (Sitio web). 2020 [citado 2020 sep. 18]. Disponible en: HYPERLINK "https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003200.htm"
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003200.htm>
18. HYPERLINK "http://wesleyneurology.com/physicians/dr-bola-adamolekun/" \t "_blank" Adamolekun , B. Trastornos convulsivos. [Online]; 2018 [citado 2020 sep. 18]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-convulsivos/trastornos-convulsivos>.
19. HYPERLINK "https://www.nemours.org/welcome.html" \t "_blank" Dowshen , S. Kidshealth.org. Crisis convulsivas (convulsiones). [Online]; 2020 [cited 2020 sep. 18]. Disponible en: HYPERLINK "https://kidshealth.org/es/parents/seizure-esp.html"
<https://kidshealth.org/es/parents/seizure-esp.html>
20. Healthychildren.org. Convulsiones y epilepsia en niños. [Sitio web]; 2020 [citado 2020 sep. 18]. Disponible en: HYPERLINK "https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/seizures/Paginas/Seizures-and-Epilepsy-in-Children.aspx"

<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/seizures/Paginas/Seizures-and-Epilepsy-in-Children.aspx>

21. Instituto mexicano de seguridad social. Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Crisis Convulsiva en Niños. [Online]; 2014 [citado 2020 sep. 19]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/244GER.pdf>
22. HYPERLINK "<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=850739>" Yusta Izquierdo , A. Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología. [Internet]; 2015 [citado 2020 sep. 19]. HYPERLINK "<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/121594>" Vol. 17, N°. 5, 2005 : 1068-1073 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1334458>
23. Riera, B. Convulsiones en la urgencia pediátrica. [Internet]; 2017 [citado 2020 sep. 19]. Disponible en: HYPERLINK "https://seup.org/pdf_public/enfermeria/convulsiones2017.pdf" https://seup.org/pdf_public/enfermeria/convulsiones2017.pdf
24. Mayo Clinic. Convulsiones. [Sitio web]; 2020 [citado 2020 sep. 20]. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/syc-20365711>" <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/syc-20365711>
25. Vítolo, F. Seguridad del paciente en pediatría. [Online]; Noble Compañía de Seguros. 2015 [citado 2020 sep. 19]. Disponible en: HYPERLINK "http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/78.pdf" http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/78.pdf
26. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Manejo práctico de los problemas de salud pediátricos más frecuentes. [Internet]; 2019 [citado 2020 sep. 19]. Disponible en: HYPERLINK "https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion_para_la_salud_splitpdf_page34-38.pdf"

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/educacion_para_la_salud_splitpdf_page34-38.pdf

27. Stanfordchildrens.org. Convulsiones y la epilepsia en niños. [Sitio web]; 2020 [citado 2020 sep. 19]. Disponible en: HYPERLINK "https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=convulsiones-y-la-epilepsia-90-P05731" <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=convulsiones-y-la-epilepsia-90-P05731>
28. Tabuenca Prat, N, Viscasillas Salas L, Betés Arregui MJ, & Arregui Combalía R. Manejo de las convulsiones febriles simples en pediatría. [Internet]. 2020. HYPERLINK "https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=26815" Revista Sanitaria de Investigación . HYPERLINK "https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/555484" 1, (6); [Citado 2020 Agosto 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7547143>
- 29 Márquez Palacios RE. Descripción clínica y manejo farmacológico en neonatos con crisis convulsivas evaluados en el Instituto Nacional Pediatría. [Tesis de grado en Internet]. [México]: [Universidad Autónoma de México]. 2013. [Citado 2020 Agosto 1]. Disponible en: http://189.203.43.34:8180/bitstream/20.500.12103/917/1/tesis2013_43.pdf
30. Oliva Meza Hernández OM & Ochoa Morales X. Fiesta neuronal: estado epiléptico en pediatría. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2018;63(1):38-47. [Citado 2020 Agosto 1]: Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181g.pdf>
31. Cardona López NC. Estado Epiléptico, Criterios Diagnósticos y Manejo. [Tesis de posgrado en Internet]. [Guatemala]: [Facultad de Ciencias Médicas Universidad San Carlos de Guatemala]; 2017. [Citado 2020 Agosto 1]; Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10671.pdf
32. Tirado Pérez IS, Guzmán Corena AA, Salcedo Mejía F, Moreno Benítez AZ, & Zárata Vergara AC. Pacientes con Crisis Convulsivas en una Unidad de Cuidados Intensivos

Pediátricos en un Hospital de referencia de la ciudad de Cartagena, Colombia.
HYPERLINK

"http://portal.revistas.bvs.br/transf.php?xsl=xsl/titles.xml&xml=http://catserver.bireme.br/cgi-bin/wxis1660.exe/?IsisScript=../cgi-bin/catrevistas/catrevistas.xis|database_name=TITLES|list_type=title|cat_name=ALL|from=1|count=50&lang=pt&comefrom=home&home=false&task=show_magazines&request_made_adv_search=false&lang=pt&show_adv_search=false&help_file=/help_pt.htm&connector=ET&search_exp=Rev.%20pediatr.%20electr%C3%B3n" \t "_blank"
Rev. pediatr. electrón ; [Internet]: 2018; [Citado 2020 Agosto 1]; 15(1):4-11. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988302>

33. Vidal-Mayo, JJ. Primera crisis epiléptica en pacientes adultos. Med. interna Méx. [Internet]: 2018. [Citado 2020 Agosto 1]; 34(5). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Ordóñez Cabrera, AT. Alteraciones tomográficas cerebrales en niños/as epilépticos y su relación con las características clínicas de la enfermedad. Hospital Roberto Gilbert, 2013 – 2015. [Tesis de grado en Internet]. [Guayaquil]: [Universidad Católica Santiago de Guayaquil]. 2018. [Citado 2020 Agosto 1]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10811/1/T-UCSG-POS-EGM-PE-58.pdf>
35. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Informe ultrarápido de evaluación de Tecnología Sanitaria. Cannabinoides y epilepsia. [Online]; 2017 [citado 2020 sep. 17]. Disponible en: HYPERLINK "http://www.anmat.gov.ar/ets/Cannabinoides_y_epilepsia.pdf"
http://www.anmat.gov.ar/ets/Cannabinoides_y_epilepsia.pdf .
36. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. [Internet] 2008. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

37. Congreso Nacional del Ecuador. Ley Organica de Salud. [Internet]; 2017 [citado 2020 sep. 17]. Disponible en <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

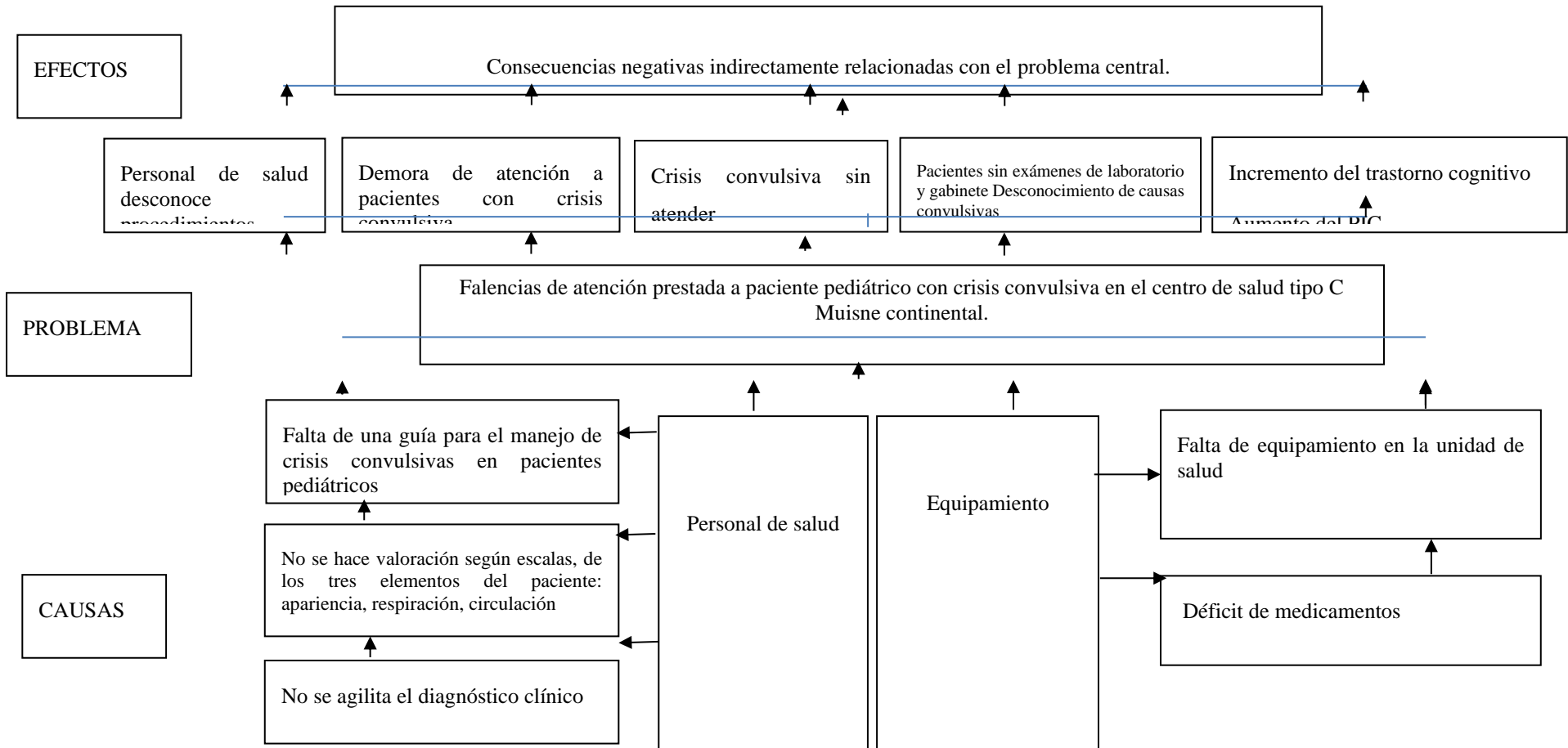
38. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 Toda una Vida. [Internet]; [citado 2020 sep. 17]. Disponible en https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

39. Felipe Muñoz, EH, Cocera, C, Andreu, I, Nieto, C, Rosillo C, & Guillamon, N. Crisis convulsiva. Definición, clasificación y actuación de enfermería. Disponible en: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/EliceoFelipe.pdf>

40. Muñana-Rodríguez, JE & Ramírez-Elías, A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enferm. univ* [Internet]. (11)1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005

ANEXOS

Anexo A: Árbol del problema



Anexo B: Operacionalización de las variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA/ INSTRUMENTO
Determinar el número de casos de pacientes pediátricos con crisis convulsiva atendidos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020.	Casos de pacientes pediátricos con crisis convulsiva.	Todos los niños y adolescentes que requieren de atención y que acuden al Centro de Salud con crisis convulsiva.	Número de pacientes pediátricos	Niños	Registro del paciente
				Niñas	
Caracterizar el manejo de seguridad brindado por el personal de salud en	Seguridad del paciente	Consiste en reducir los daños derivados de la asistencia sanitaria aplicando medidas de	Conocimiento	Causa idiopática	Escala de Coma de Glasgow
	Crisis convulsiva			Secundarias o sintomáticas	
			Antecedentes	Lugar donde se encontraba el niño. Qué hacía.	Encuesta
			Seguridad		

<p>atención de crisis convulsivas a pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne Continental período febrero - noviembre 2020.</p>		<p>seguridad y buenas prácticas.</p> <p>Crisis convulsiva es una descarga eléctrica anormal desordenada que sucede en el interior de la sustancia gris cortical cerebral e interrumpe transitoriamente la función encefálica normal</p>	<p>Manejo de la crisis</p>	<p>Acontecimientos desencadenantes</p> <p>Familiares que hayan presentado convulsión</p> <p>Convulsiones generalizadas</p> <p>Convulsiones de ausencia</p> <p>Convulsiones tónico-clónicas</p>	
<p>Describir la etiología y características de los trastornos convulsivos en pacientes pediátricos en el Centro de Salud tipo C Muisne</p>	<p>Etiología</p> <p>Característi</p>	<p>Una convulsión es una alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro. Puede provocar cambios en el comportamiento, los movimientos</p>	<p>Ante una convulsión, los signos y síntomas pueden ser de leves a graves y variar según el tipo de convulsión</p>	<p>Confusión temporal</p> <p>Episodios de ausencias</p> <p>Movimientos espasmódicos incontrolables de brazos y piernas</p> <p>Pérdida del conocimiento o conciencia</p> <p>Síntomas cognitivos o emocionales,</p>	<p>Registro del paciente</p> <p>Escala de Glasgow</p>

Continental período febrero - noviembre 2020.	cas	o sentimientos, y en los niveles de conciencia.		como miedo, ansiedad o dejavu	
---	-----	---	--	-------------------------------------	--

Anexo C: Escala de Coma de Glasgow

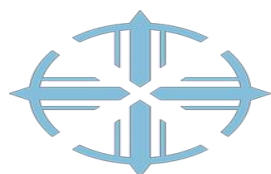
LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
VERBAL						
	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

Anexo D: Cuestionario de Encuesta



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Cuestionario de encuesta a personal de salud que labora en el área de emergencia del Centro de Salud Tipo C Muisne Continental.

Objetivo: Analizar la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos en el “Centro de Salud Tipo C Muisne Continental” perteneciente al Distrito 08D03 del Cantón Muisne, de la Provincia Esmeraldas desde febrero a diciembre 2020.

Instrucciones:

- La encuesta es anónima y los datos son confidenciales.
- Lea detenidamente el formulario.
- Responda con seriedad y criterio personal.
- Señale con una (X) la/as opciones que usted considere acertadas.

1. Sí

2. No

Dimensiones		Ítems	1	2
Factores de riesgo	1	¿Conoce usted qué son las convulsiones?		
	2	¿Conoce usted cuáles son los factores de riesgo de presentar convulsiones en los niños?		
	3	¿Conoce cuáles son las complicaciones de las convulsiones?		
	4	¿Usted sabe cuáles con los signos de alarma en los niños con convulsiones?		

	5	¿En qué posición coloca al paciente que presenta una crisis convulsiva?		
Comportamiento del personal de salud	6	¿Registra en las observaciones, las características oculares, corporales, coloración de piel, tipo, duración de las convulsiones?		
	7	¿Al ingresar un niño con crisis convulsiva usted cree que el antipirético es el primer medicamento a utilizar?		
	8	¿Realiza un plan de cuidado a pacientes con crisis convulsivantes?		
	9	¿Cree usted que la convulsión febril puede ocasionar algún efecto adverso si no la trata en un tiempo determinado?		
	10	¿Conoce la dosis de diazepam y las vías de aplicación en pacientes pediátricos?		
	11	¿Frente a una convulsión febril cree que iniciar con manejo antipirético sería primordial, posterior a la estabilización?		
	12	¿Usted utiliza para la valoración de las crisis convulsivas la escala de Glasgow?		
	13	¿Usted ha atendido crisis convulsivas que duren más de 10 minutos en el área de emergencia de esta casa de salud?		
	14	¿Utiliza alguna otra escala para la valoración de las crisis convulsivas en niños?		
	15	¿Recibió del pediatra o información sobre convulsiones febriles en niños?		
Necesidades del centro	16	¿El centro cuenta con espacio, material y medicina para atender las crisis convulsivas en pacientes pediátricos?		
	17	¿El centro cuenta con electroencefalograma?		
	18	¿Posterior a la atención de crisis convulsiva resuelta en la emergencia, le realizan alguna tomografía axial computarizada o refieren el caso con neurología para un verdadero seguimiento de patología?		

Anexo E: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ----- he leído y comprendido la información y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y difundidos con fines científicos. Convengo en participar en esta investigación.

Recibe una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

He explicado al sr/a la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los puntos que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma de la investigadora

Fecha

Anexo F: Asentimiento informado

Asentimiento Informado

Dirigido a: _____

El investigador Dra. JENIFFER LISSETY CLAVIJO NAVARRETE de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Esmeraldas, está realizando un proyecto que se llama “SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN PACIENTES PEDIATRICOS EN EL CENTRO DE SALUD TIPO C MUISNE CONTINENTAL.”

Se solicita que leas los siguientes puntos para su debida comprensión del estudio a realizar:

1. Este estudio tiene como objetivo Analizar la seguridad en la atención de crisis convulsivas en pacientes pediátricos para determinar las falencias que se dan durante una consulta emergente.
2. Por eso le invito a que colabore con esta investigación que tiene un gran aporte a la sociedad, tanto padres como al personal de salud para evitar futuras complicaciones a cada paciente que presente dicha patología, y participe mediante interrogantes que se puedan suscitar durante la investigación, además observare y analizare tus datos que constan en cada historia clínica para mis debidos apuntes y estadísticas.
3. Para que puedas participar, usted puede decidir libre y voluntariamente si desea participar o no.
4. Todos los datos que se recojan en las historias clínicas serán totalmente **anónimos**, es decir los nombres de su representante legal no será mencionado en ninguna parte, y **privados**. Además, los datos que entregues serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para el proyecto de investigación.
5. Su participación en esta investigación no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales.
6. Se asegurará la total cobertura de los costos de su participación en, ya que solo consta de un cuestionario de preguntas, por lo que su participación no te significará gastos.

7. Si alguna pregunta te causara molestia durante su participación en las encuestas y/o entrevistas, la investigadora responsable procurará tomar todas las medidas que sean necesarias para garantizar tu salud, integridad y bienestar mientras participa en esta investigación.
8. Si tienes dudas sobre esta actividad o sobre su participación en ella, puede hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, puedes decidir retirar a su representante de la actividad en cualquier momento, sin que eso tenga malas consecuencias para ustedes. Además, tiene derecho a negarte a participar o dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Si decide participar, ¡muchas gracias!

NOMBRE

JENIFFER LISSETY CLAVIJO NAVARRETE

Fecha _____

Mi nombre es _____,
El investigador _____ me ha invitado a participar de un proyecto que se llama “SEGURIDAD DE ATENCIÓN EN CRISIS CONVULSIVAS EN PACIENTES PEDIATRICOS DEL CENTRO DE SALUD TIPO C, MUISNE CONTINENTAL”. Acepto participar en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
5. Sé que la información que entregue en esta actividad sólo la sabrá el Investigador Responsable del proyecto y la usará sólo para su investigación. Si mis respuestas fueran publicadas, no estarán relacionadas con mi nombre, así que nadie sabrá cuales fueron mis decisiones o respuestas.
6. Si acepto participar en la actividad debo firmar este documento, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.
7. Al final de todo, podré pedirle al profesor que me invitó a participar, información sobre los resultados de su proyecto. Sus datos de contacto son: correo electrónico jenifferclavijonavarrete@gmail.com

Nombre y firma del participante

**Nombre y firma del Investigador
Responsable**