

Conocer la Epilepsia NOS HACE IGUALES



MANUAL DE ENFERMERÍA

Campaña educativa y de divulgación sobre la epilepsia
dirigida a colegios de educación especial

Avalado por:



Federación Española de Epilepsia, Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar, Sociedad Española de Epilepsia y UCB Pharma.
Web: www.vivirconepilepsia.es



El presente Programa Didáctico –en adelante “el Manual”– forma parte de la campaña “Conocer la Epilepsia Nos Hace Iguales”, iniciativa desarrollada por la Federación Española de Epilepsia, la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar, con el aval científico de la Sociedad Española de Epilepsia y con el apoyo de UCBPharma, destinada a divulgar y promover la integración social de los niños que conviven con la epilepsia en nuestro país.

Para ello, este Manual describe la enfermedad, profundizando en las epilepsias complejas o refractarias que podemos encontrar en los colegios de educación especial, explica sus causas y consecuencias y detalla cómo proceder en el caso de presenciar una crisis epiléptica, con el convencimiento que un mayor conocimiento redundará en una mayor comprensión social de la enfermedad. Lo hace a través de una combinación de contenidos teóricos y prácticos que, como se verá, están adaptados al público infantil.

En caso de requerir cualquier ayuda o realizar alguna sugerencia, puedes ponerte en contacto con el servicio de **UCBCares llamando al 800 099 684** (Teléfono gratuito desde España), al **+34 915 700 649** o enviando un mail a **ucbcares.es@ucb.com**.

Para lograr el mayor éxito de esta iniciativa es vital la implicación de los profesores, no sólo por su papel fundamental en el acercamiento de esta enfermedad a sus alumnos, sino también por las aportaciones o sugerencias siempre valiosas que puedan trasladar de cara a mejorar este programa en sucesivas ediciones.

Agradecemos de antemano su inestimable colaboración en esta iniciativa, que estamos convencidos mejorará la calidad de vida de los chicos que sufren la enfermedad.

Campaña “Conocer la Epilepsia Nos Hace Iguales”

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EPILEPSIA	5
1.1. Definición de epilepsia	5
1.2. Qué causa una crisis epiléptica?	5
1.3. Tipos de crisis epiléptica	5
1.4. Cómo se diagnostica la epilepsia	7
1.5. Síndromes epilépticos	7
1.6. Estatus Epiléptico (EE).....	8
1.7. Epilepsia refractaria	10
1.8. SUDEP	10
2. IMPLICACIONES NEUROPSICOLÓGICAS DE LA EPILEPSIA EN NIÑOS	12
3. DIRECTRICES GENERALES PARA EL CENTRO.....	15
3.1. Consideraciones generales.....	15
3.2. Diagnósticos de Enfermería	15
3.3. Pautas de actuación para la primera persona que presencia la crisis	16
En caso de crisis convulsiva generalizada.....	16
3.4. Plan de cuidados de Enfermería	17
Cuidados de enfermería durante la crisis.....	17
Cuidados de enfermería posteriores a la crisis	17
3.5. Derivación hospitalaria	19
REFERENCIAS	20
ORGANIZADORES CAMPAÑA	21
ANEXO.....	23

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

1.1. Definición de epilepsia

La epilepsia es un trastorno crónico cuya principal manifestación son las crisis epilépticas. Estas se producen cuando un grupo de células nerviosas del cerebro (neuronas) **se sobreexcitan**, y descargan electricidad de forma anormal y sincrónica. Tener una crisis epiléptica es algo relativamente frecuente. Se calcula que en torno al **10% de la población** puede tener una crisis a lo largo de su vida pero, **solo el 3%** desarrolla epilepsia. Son más frecuentes en niños, adolescentes y mayores. La epilepsia no solo se limita a la presencia de crisis epilépticas, sino que incluye multitud de problemas cognitivos, psiquiátricos, sociales y laborales que pueden ser tanto o más importantes que las crisis epilépticas.

Las crisis epilépticas generalmente **duran de segundos a escasos minutos**, después el cerebro vuelve a funcionar con normalidad.

1.2. ¿Qué causa una crisis epiléptica?

Las crisis epilépticas pueden ser provocadas por un proceso agudo que puede ser sistémico (una alteración metabólica, una hipoglucemia, o el consumo de tóxicos o medicamentos), neurológico (como un trauma craneal, una infección del sistema nervioso central o un ictus), o genético.

Las crisis no provocadas son aquellas en las que no se encuentra una causa directa que la ha causado. Se calcula que en **6 de cada 10 crisis se desconoce la causa** que la provoca.

1.3. Tipos de crisis epiléptica

Existen distintos tipos de crisis epilépticas, según los síntomas de inicio:

- Las **focales** (antes denominadas parciales): se inician en un grupo de neuronas de una parte específica del cerebro por lo que afectan solo a una pequeña parte de este órgano y dan sintomatología en una región corporal autolimitada.

Avalado por:



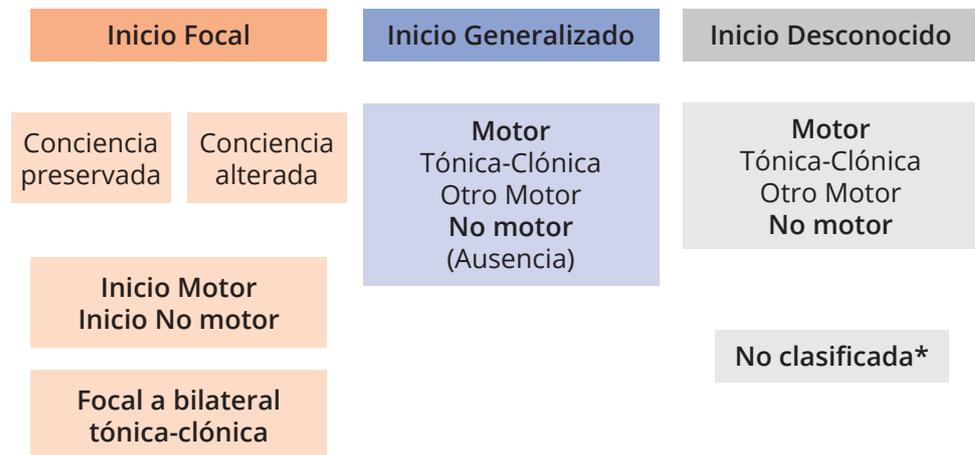
UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
https://www.ucbcares.es/

 Inspired by patients.
Driven by science.

- Las **generalizadas**: se inician en una red de neuronas diseminadas por el cerebro. Y dentro de esta clasificación hay distintos subtipos:
 - Crisis de ausencia: provoca una pérdida repentina del conocimiento durante 10/20 segundos.
 - Crisis atónica: provoca una pérdida repentina de la fuerza muscular durante unos 15 segundos.
 - Crisis clónica: provoca espasmos en los músculos que pueden durar hasta 1 minuto.
 - Crisis mioclónica: provoca breves y bruscas sacudidas durante unos segundos.
 - Crisis tónica: provoca que los músculos se contraigan y se pongan rígidos durante unos 10/20 segundos.
 - Crisis tónico-clónica: consta de dos fases, una primera tónica para pasar a una segunda clónica. Puede llegar a durar entre 1 y 3 minutos.

A continuación, se muestra la última clasificación operacional de las crisis propuesta por la ILAE en 2017.

Clasificación de los tipos de crisis, versión básica ILAE 2017.



*Debido a la información inadecuada o imposibilidad de ubicar en las otras categorías de tipos de crisis.

FIGURA 1. Clasificación operacional básica de los tipos de crisis, ILAE 2017.

1.4. Cómo se diagnostica la epilepsia

Se podrá establecer el diagnóstico de epilepsia cuando se cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Al menos dos crisis no provocadas (o reflejas) separadas por un intervalo de al menos 24 horas.
2. Una sola crisis no provocada y un riesgo de recurrencia de crisis similar al estimado tras dos crisis no provocadas (es decir, igual o superior al 60% en los 10 años siguientes).
3. Diagnóstico de un síndrome epiléptico.

Entre las situaciones que implican un elevado riesgo de recurrencia encontramos:

- Lesión estructural cerebral potencialmente epileptogénica (lesiones isquémicas o hemorrágicas, infección del SNC, ciertos tipos de TCE...).
- Actividad epileptiforme en EEG.
- Aparición de CE nocturna.

El diagnóstico de la epilepsia puede ser complicado. Generalmente lo realiza el **neurólogo** y para ello necesita valorar todos los detalles sobre cómo se ha producido la primera crisis. El historial clínico, los antecedentes familiares, una exploración física y neurológica y un análisis de sangre le ayudarán con el diagnóstico. En ocasiones, puede pedir **pruebas adicionales** como el electroencefalograma (EEG), la Tomografía Computarizada (TAC), o la Resonancia Magnética (RM).

1.5. Síndromes epilépticos

Dada la complejidad y diversidad de la epilepsia, los síndromes epilépticos se definen en base a una agrupación de características (tipo de crisis, comorbilidades, hallazgos EEG y en neuroimagen) que tienden a ocurrir conjuntamente y con un componente dependiente de la edad en su inicio y remisión, desencadenantes, variaciones circadianas, y pronóstico. Los síndromes epilépticos también pueden presentar enfermedades asociadas comunes, como disfunciones **intelectuales y psiquiátricas**.

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Suelen aparecer durante la **infancia** y la **adolescencia**, cuando, el cerebro es más inmaduro y excitable, lo que hace que pueda reaccionar de manera dispersa a los estímulos.

Los síndromes epilépticos más comunes son:

- **Síndrome de West:** ocurre en lactantes y se manifiesta con espasmos mioclónicos repetidos de un segundo. Determina un retraso psicomotor en el niño.
- **Síndrome de Lennox-Gastaut:** ocurre en bebés hasta 3 años. Incluye diferentes tipos de crisis como ausencias atípicas, rigidez generalizada, pérdida de tono muscular y caídas, y crisis tónico-clónicas focales o generalizadas. No responden a la medicación convencional.
- **Síndrome de Dravet:** ocurre entre los 4 y los 12 meses y es conocido como epilepsia mioclónica severa de la infancia. Se caracteriza por convulsiones clónicas o tónico-clónicas generalizadas de duración prolongada, a veces, con fiebre.
- **Ausencias infantiles:** ocurren entre los 3 y los 10 años. Las crisis son frecuentes y se repiten en el mismo día. El niño se desconecta del entorno y mantiene la mirada fija unos segundos para continuar después su actividad, sin haber notado la crisis. Es uno de los síndromes más benignos.
- **Epilepsia Rolándica Benigna:** es la epilepsia más habitual en la infancia, supone el 30% de los casos entre los 5 y los 13 años. Las crisis se producen durante el sueño. Suelen afectar a la musculatura de la cara durante unos segundos. No suele necesitar tratamiento farmacológico y desaparecen en la pubertad.
- **Epilepsia mioclónica juvenil:** ocurren en la adolescencia, sobre todo en las chicas. Incluye crisis mioclónicas y convulsivas al despertar. Responde bien al tratamiento farmacológico que se debe prolongar en el tiempo ya que reaparece con frecuencia en edades posteriores.

1.6. Estatus Epiléptico (EE)

Una crisis se define como “la ocurrencia transitoria de signos y/o síntomas debido a una actividad neuronal anormalmente excesiva o síncrona en el cerebro”. El término “transitoria” nos indica una

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

ucb Inspired by patients.
Driven by science.

duración delimitada en el tiempo, con un inicio y un final claros. Clásicamente, el estatus epiléptico (EE) se ha definido como “una condición caracterizada por una crisis epiléptica que es suficientemente prolongada o repetida a tan breves intervalos como para producir una condición epiléptica invariable y duradera”.

La definición de EE se ha modificado en diversas ocasiones a lo largo de la historia, siendo la más reciente, propuesta en 2015, la siguiente: El EE es una condición resultante del fallo de los mecanismos responsables del cese de las crisis o del inicio de mecanismos que conducen a crisis anormalmente prolongadas (después del momento t_1). Se trata de una condición que puede tener consecuencias a largo plazo (después del momento t_2), incluyendo muerte neuronal, daño neuronal, alteración de redes neuronales, dependiendo del tipo y de la duración de las crisis.

TABLA 1. Dimensiones operativas con t_1 indicando el momento en el que el tratamiento de emergencia del EE debería empezar y t_2 indica el momento en que se pueden esperar consecuencias a largo plazo

Tipo de EE	Dimensión operativa 1 Tiempo (t_1), cuando una convulsión es probable que se prolongue traduciéndose en una actividad convulsiva continua	Dimensión operativa 2 Tiempo (t_2), cuando una convulsión puede causar consecuencias a largo plazo (incluyendo lesión neuronal, muerte neuronal, alteración de las redes neuronales y déficits funcionales)
EE tónico-clónico	5 min	30 min
EE focal con conciencia alterada	10 min	> 60 min
EE de ausencia	10-15 min ^a	Desconocido

^aLas evidencias para el marco temporal son actualmente limitadas y los datos futuros pueden conducir a modificaciones.

Se trata de una definición operacional en dos tiempos según la cual el punto t_1 indica el momento en el que el tratamiento debe ser iniciado, y el tiempo t_2 indica cuándo pueden llegar a aparecer consecuencias a largo plazo.

Avalado por:



1.7. Epilepsia refractaria

La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) define la epilepsia refractaria como aquella en la cual se ha producido el fracaso para conseguir la ausencia mantenida de crisis, tras el empleo de dos fármacos antiepilépticos (FAE), utilizados en monoterapia o en combinación, bien tolerados, apropiadamente elegidos para el tipo de crisis y de epilepsia y empleados de forma correcta (en cuanto a dosis, intervalo de tomas adecuado para cada FAE y con correcta adherencia). Si un FAE se ha retirado por efectos adversos, no se ha tomado de forma apropiada o no se ha tenido una buena adherencia, no será contabilizado como ineficaz y el resultado del ensayo con ese FAE será considerado como indeterminado. El término apropiado alude al uso de dosis en rango terapéutico y por un periodo de tiempo racional para el perfil farmacocinético del FAE.

NOTA: La ausencia mantenida de crisis se define por la ausencia total de crisis (incluyendo auras) durante un periodo de al menos, el triple al mayor intervalo intercrisis antes de dicho tratamiento, o bien un año después del inicio del tratamiento. Entre ellos, se escoge el periodo mayor.

En estos casos de epilepsia refractaria, habrá de prestarse una mayor atención ya que en estos niños, la probabilidad de presentar una crisis durante el horario escolar es mayor.

Las cifras de pacientes con epilepsia refractaria varían en función de la definición de refractariedad, la edad de los pacientes y las fuentes donde se obtuvieron los datos. Estudios de cohortes hospitalarias establecen que en torno a un tercio de los pacientes con epilepsia presentarán mal control de crisis con FAE.

1.8. SUDEP

Habitualmente, el mal control de las crisis se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad. Mientras que en los pacientes que se mantienen libres de crisis no parece que aumente su mortalidad, los pacientes con epilepsia refractaria tienen una tasa de mortalidad del 1,37 por 100 personas/año mayor que la población general y la tasa de mortalidad estandarizada para pacientes con crisis recurrentes

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

es de 4,69. Los fallecimientos suelen estar relacionados con la causa subyacente de la epilepsia (por ej. Neoplasias, enfermedades neurodegenerativas); otros están relacionados directamente con las crisis, como las que suceden en el estado epiléptico o por un accidente provocado. La *sudden unexpected death in epilepsy* (SUDEP) es 40 veces más frecuente en pacientes que tienen crisis repetidamente que en aquellos que se mantienen libres de crisis. Los factores de riesgo incluyen crisis tónico-clónicas frecuentes, crisis nocturnas, duración de la epilepsia de 15 años o más, inicio de la epilepsia antes de los 16 años, sexo masculino y posición de decúbito prono (boca abajo). Las lesiones no fatales, como traumatismos craneoencefálicos, quemaduras y fracturas, también son más frecuentes en pacientes con epilepsia refractaria. También hay que considerar los efectos secundarios de los FAE en estos pacientes.

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Organismos internacionales y sus comisiones de expertos como la Comisión de Métodos Diagnósticos de la ILAE aconsejan que la evaluación neuropsicológica se incluya en la rutina de cuidados del paciente epiléptico.

Una evaluación neuropsicológica es el método más efectivo y validado para analizar cognición y conducta en pacientes con epilepsia de una forma objetiva y comprensiva. La evaluación puede ser útil para establecer un pronóstico, cuando se utiliza para documentar un posible deterioro, el impacto de las crisis o de un tratamiento sobre el funcionamiento cognitivo y conductual de un paciente. Proporciona una medida objetiva de la extensión de los déficits, determinando si las alteraciones son globales o específicas de algunos dominios de funcionamiento.

En la tabla 2 se recogen las funciones y objetivos de una evaluación neuropsicológica basada en la evidencia.

TABLA 2. Funciones y objetivos de una evaluación neuropsicológica basada en la evidencia en niños y adolescentes con epilepsia

Ayudar en la detección de trastornos neurológicos

Establecer una línea base del perfil neuropsicológico:

- Identificar cuando existe riesgo de problemas del desarrollo, cognitivos, académicos y psicopatológicos desde el momento en el que se produce la primera crisis.

Monitorizar los cambios a nivel cognitivo y conductual a lo largo de la enfermedad

Diagnosticar alteraciones psicopatológicas del niño o adolescente:

- Evaluar su impacto sobre la cognición
- Evaluar su impacto en la capacidad adaptativa

Documentar los efectos cognitivo-conductuales adversos de los tratamientos:

- Derivados del uso de FAES
- Derivados de otros tratamientos (cirugía de la epilepsia...)

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcare.es@ucb.com
https://www.ucbcare.es/

 Inspired by patients.
Driven by science.

Al analizar los resultados de una evaluación neuropsicológica en un paciente epiléptico es importante recordar los siguientes aspectos:

1. Cuando se presentan crisis frecuentes los niños pueden exhibir una ejecución variable, con habilidades que pueden fluctuar por días.
2. Los FAES pueden tener efectos secundarios adversos generales o específicos, sobre todo en politerapia, que hay que saber reconocer.
3. Las ejecuciones de los niños pueden estar determinadas por una baja velocidad de procesamiento que hay que diferenciar de una baja habilidad general.
4. Aspectos emocionales como ansiedad o depresión pueden tener un impacto negativo en pruebas atencionales y mnésicas.
5. En la evaluación neuropsicológica deben incluirse medidas de las habilidades académicas de lectura, escritura y aritmética.
6. Es importante evaluar específicamente rapidez de procesamiento y memoria operativa porque tales dificultades contribuyen significativamente a los problemas académicos.

Hay que tener en cuenta que la ausencia de hallazgos negativos en una evaluación concreta no condiciona que, por los cambios que impone el desarrollo y por el aumento de las exigencias académicas, no se presenten dificultades en el futuro, por lo que incluso en aquellas epilepsias consideradas benignas pueden ser necesarias evaluaciones de seguimiento para garantizar un adecuado soporte al niño y su familia.

El papel de los profesores es muy importante, deben estar involucrados en los procesos de evaluación de los niños epilépticos con riesgo de dificultades académicas.

En la tabla 3 se recoge un resumen de las intervenciones para mejorar el pronóstico cognitivo y conductual en niños y adolescentes con epilepsia.

Avalado por:



TABLA 3. Intervenciones para maximizar el pronóstico cognitivo y conductual en epilepsia infantil

Maximizar el control de crisis evitando la sobre medicación

- Enseñar a las familias la importancia de la adhesión al tratamiento con FAES
- Distinguir los efectos adversos cognitivo-conductuales de los FAES

Reconocer y diagnosticar síndromes electroclínicos y su etiología

- Tratamientos de precisión con FAES en función del síndrome
- Identificar de forma precoz los candidatos a cirugía de la epilepsia

Identificar comorbilidades con una evaluación neuropsicológica

- Cribado cognitivo-conductual en las epilepsias de nueva aparición
- Evaluaciones neuropsicológicas de seguimiento orientadas para cada síndrome:
 - Ajustadas a la edad de niño
 - Que incluyan evaluaciones psicopatológicas, con especial hincapié en TDAH y TEA

Atención a las dificultades académicas

- Promover la escolarización más apropiada para el niño
- Obtener soporte académico para las dificultades de aprendizaje
- Atención educativa especializada si hay un diagnóstico clínico de TDAH o TEA

Soporte por los servicios de salud mental infanto-juvenil

- Cuando estén presentes dificultades emocionales y/o para hacer frente a las dificultades adaptativas producidas por la epilepsia

El 70% de los estudios muestran que los niños con epilepsia tienen niveles en sus ejecuciones académicas más bajos que la población normal. La alta prevalencia de bajo rendimiento académico sugiere que cribados tempranos de dificultades específicas de aprendizaje y problemas de conducta, así como tempranas intervenciones deben ser desarrollados.

Además, es muy importante tener en cuenta que algunos de los nuevos FAES tendrán efectos sobre la conducta de los niños tratados con ellos, afectando a su cognición, atención, agresividad o estado de ánimo.

Avalado por:



3.1. Consideraciones generales

Se debe disponer de la historia de enfermería del alumno afectado de epilepsia actualizada. Esta debe incluir:

- Datos de contacto válidos
- Diagnóstico de epilepsia
- Medicación habitual
- Tipo de crisis
- Recomendaciones del médico especialista en caso de sufrir un episodio
- Posibles pródromos.

Dentro de los documentos relacionados con esta campaña encontrarás un formulario de registro donde los padres podrán anotar todos estos datos.

En caso de precisar medicación para resolver la crisis se debe garantizar su fácil acceso y revisar de manera periódica la fecha de caducidad.

Es recomendable establecer pautas de actuación del personal que presencia la crisis hasta que llega la el profesional de la enfermería así como un plan de evacuación en caso necesario, atendiendo siempre a las características individuales del alumno

3.2. Diagnósticos de Enfermería

Se deberá llevar a cabo por el profesional sanitario designado en el centro en cuestión, un análisis de los siguientes riesgos que pueden producirse derivados de una crisis epiléptica para, en la medida de lo posible, definir un modo de actuación/pautas a seguir en cada caso.

- Riesgo de caídas relacionadas con actividad convulsiva no controlada.
- Riesgo de lesión relacionadas con movimientos incontrolados durante la convulsión.
- Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con acumulación de secreciones durante la convulsión.

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

- Riesgo de aspiración relacionadas con secreciones excesivas durante la convulsión.
- Riesgo de aspiración relacionadas con convulsión durante la alimentación.
- Riesgo de incontinencia relacionadas con alteración neurológica.
- Deterioro de la memoria relacionadas con actividad convulsiva.
- Riesgo de trastornos de los procesos de pensamiento relacionadas con estímulos neurológicos incontrolados excesivos.
- Ansiedad relacionada con preocupación del cuidador (docente) respecto al control de la convulsión.
- Afrontamiento ineficaz de la comunidad relacionadas con desconocimiento de la patología y pautas de actuación.

3.3. Pautas de actuación para la primera persona que presencia la crisis

- Mantener la calma y permanecer con el alumno.
- Mirar el reloj; controlar los minutos que dura la crisis.
- Avisar a enfermería. Si no se dispone, avisar 112.
- Observar el desarrollo dinámico de la crisis (movimientos, posturas, automatismos, etc.).

En caso de crisis convulsiva generalizada:

- Evitar lesiones: apartar objetos cercanos con los que se pudiera lesionar, colocar un objeto blando debajo de la cabeza.
- Aflojar la ropa que pudiera dificultar la respiración.
- No interferir en sus movimientos.
- **No introducir ningún objeto en la boca.**
- Intentar colocarle de lado, solo si se puede, sin forzarle.
- Si es posible, permanecer en el mismo sitio donde se produjo la crisis convulsiva.
- Tranquilizar y si es posible, evacuar a los alumnos que estén presenciando la crisis para proporcionar intimidad.

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

3.4. Plan de cuidados de Enfermería

Cuidados de enfermería durante la crisis

- **Valorar duración:** Contar desde que se recibe el aviso.
- **Valorar nivel de consciencia:** En caso de obnubilación, estupor o pérdida total de consciencia poner al afectado en posición lateral de seguridad siempre que sea posible.
- **Observar las características de la crisis:** Tono muscular, equilibrio, movimiento de extremidades, gestos, desviación de la mirada, presencia de midriasis, presencia de convulsiones generalizadas, sonidos, lenguaje, automatismos, relajación de esfínteres, coloración, etc. El afectado puede referir sensaciones auditivas, olorosas, gustativas, dolorosas, visuales o táctiles, no reales. Inexplicablemente puede mostrarse alegre, triste, expresar ira, referir cansancio y sueño, etc. El afectado puede parecer “ido o ausente”.
- **Proporcionar un espacio tranquilo y en lo posible mantener la privacidad:** si es necesario, evacuar a las personas que estén presenciando la crisis, transmitiendo tranquilidad.
- **Permanecer en todo momento junto al afectado:** procurar contacto físico cuando sea posible y comunicación verbal, transmitiendo calma y apoyo emocional.

Cuidados de enfermería posteriores a la crisis

- **Informar al afectado y normalizar la ocurrencia de la crisis:**
 - Evaluar nivel de consciencia, puede estar confuso, desorientado y/o somnoliento. Proporcionar orientación temporal, espacial, actividad que estaba en curso, etc. si el afectado lo precisa.
 - Aportar la información que, individualmente, demande la persona afectada.
 - Favorecer la verbalización del episodio para evaluar la experiencia emocional y prestar apoyo. Evaluar síntomas ¿cómo se siente?: cansancio, sueño, dolor secundario a lesiones resultantes del episodio, cefalea, etc.

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

- En el período procrítico convulsivo y en episodios no convulsivos, pero con pérdida de consciencia, además:
 - Tomar constantes vitales
 - Glucemia capilar.
 - Valorar Posible relajación de esfínteres.
 - Evaluar y tratar las posibles lesiones secundarias a la crisis como: heridas, contusiones, etc.
 - Facilitar el descanso proporcionando un ambiente tranquilo y silencioso, si el afectado lo necesita.
- Incorporar al alumno a su actividad normal tras la recuperación:
 - Comer y beber con normalidad.
 - Facilitar la reanudación de su actividad lectiva consensuando con el profesorado pautas individuales que aseguren la continuidad y la normalización de lo ocurrido entre su grupo de iguales.
- Realizar un registro pormenorizado de la crisis teniendo en cuenta la información de las personas que observaron el inicio del episodio.

Dentro de los documentos relacionados con esta campaña, encontrarás un formulario de registro donde el personal de enfermería podrá anotar todos estos datos.
- Informar a los padres o tutores de forma oral y escrita. Recomendar la consulta con neurología, lo antes posible.
 - Recomendar a la familia la permanencia del alumno en el centro si ha habido una recuperación satisfactoria con el fin de normalizar su vida escolar.
 - Derivar al domicilio o centro sanitario en caso de no darse una mejoría clara o en el caso de que persista algún síntoma o signo que requiera atención médica.

Avalado por:



UCBCares[®]
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

3.5. Derivación hospitalaria

Debemos hacer una derivación hospitalaria en los siguientes supuestos:

1. Alumno con una primera crisis de causa desconocida.
2. Alumno diagnosticado de epilepsia que:
 - Sufre un episodio cuya duración es muy superior a la habitual.
 - Se produce un cambio en el patrón de desarrollo de la crisis que implica un agravamiento.
 - Lleva mucho tiempo sin tener una crisis.
 - Padece una crisis que no remite con el tratamiento prescrito o bien se repite.
 - Sospecha de estatus epiléptico (convulsivo o no convulsivo).
 - Si la crisis dura más de 5 minutos: En este caso, estaríamos ante una situación de estatus epiléptico, que se trata de una situación urgente que puede llegar a tener graves consecuencias para quien lo padece, y necesita actuación urgente hospitalaria.
3. Traumatismo craneoencefálico, signos de focalidad neurológica, disnea o cualquier otra complicación que requiera atención médica urgente.

En cualquier caso, siempre será recomendable solicitar al servicio de emergencias que, en la medida de lo posible, el alumno sea trasladado a su hospital de referencia.

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

1. Guía práctica de epilepsia de la Comunidad Valenciana. 2ª ed. 2020 20
2. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Sociedad Andaluza de Epilepsia; 2020.
3. Fisher R, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017; 58(4): 522-30.
4. Trinka E, et al. A definition and classification of status epilepticus- Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*. 2015; 56(10): 1515-23.
5. La fundación del cerebro. www.fundaciondelcerebro.es
6. Vivir con Epilepsia - Tu comunidad online sobre epilepsia. www.vivirconepilepsia.es
7. Fournier MC, et al. Implicaciones neuropsicológicas de la epilepsia pediátrica en el ámbito educativo. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2021; 21(1): 227-63
8. Protocolo de enfermería ante una crisis epiléptica en centros educativos. Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar.

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Sobre la Sociedad Española de Epilepsia (SEEP)

En los últimos años la Sociedad Española de Epilepsia se ha consolidado como la principal sociedad científica española dedicada a la epileptología (entendida como la ciencia que estudia la epilepsia y las crisis epilépticas en cualquiera de los ámbitos o aspectos integrantes que estén relacionados con las mismas).

Su objetivo es conseguir que los distintos profesionales implicados en el cuidado del paciente con epilepsia o en la investigación de la enfermedad (neurólogos, neurofisiólogos, neurocirujanos, neuropediatras, investigadores básicos, enfermeros, técnicos, psiquiatras, psicólogos...) trabajen juntos para mejorar el conocimiento y las pautas de actuación en esta enfermedad. Su deseo también es promover la difusión de guías terapéuticas y trabajos científicos españoles.

Sobre la Federación Española de Epilepsia (FEDE)

La Federación Española de Epilepsia nace del consenso de todas las asociaciones del territorio nacional para unir fuerzas y potenciar el conocimiento social de la epilepsia, y promover una mayor calidad de vida para quienes la padecen.

Su objetivo primordial es la lucha contra la epilepsia y su misión es apoyar y fortalecer la labor que están realizando las asociaciones, siempre en beneficio de los afectados de epilepsia y sus familias.

Sobre la Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE)

La Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) nace en octubre de 2008. Esta asociación nace desde la inquietud de un grupo de enfermeras y enfermeros que ejercen su profesión en el ámbito educativo, que sienten la necesidad de unificar criterios en la práctica profesional del campo de la enfermería escolar. La presencia del personal de enfermería en los centros educativos se hace necesaria tanto para el desarrollo de los objetivos educativos con necesidades educativas específicas, como para prevenir, promover y mantener la salud de los alumnos durante su etapa escolar.

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Desde el año 2017, AMECE amplía su ámbito geográfico y pasa a denominarse: Asociación nacional e Internacional de Enfermería Escolar (AMECE).

22

Sobre UCB Pharma

UCB Pharma es un laboratorio biofarmacéutico global, con operaciones en más de 40 países, que se dedica a las enfermedades graves en dos áreas terapéuticas:

- Neurología
- Inmunología

Combina la biología (bio-) y la química (-farmacia) para conseguir mayores avances. Integrando su experiencia en moléculas grandes basadas en anticuerpos y moléculas pequeñas de síntesis química, ofrecen a las familias con enfermedades graves y a sus médicos especialistas las ventajas de ambas para realizar unos avances extraordinarios.

Las enfermedades graves como la epilepsia tienden a ser enfermedades “silenciosas” y quienes las sufren suelen sentirse estigmatizados socialmente y se muestran reacios a comentar sus experiencias y sus vivencias. Por ello UCB Pharma está creando nuevos canales de conexión entre los pacientes y sus familias, así como los Partners de UCB y los creadores de opinión.

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Organizadores Campaña

UCB Pharma
www.ucb-iberia.com

Federación Española de Epilepsia
www.fedeepilepsia.org

Sociedad Española de Epilepsia
www.seepnet.es

Asociación Nacional e Internacional de Enfermería Escolar
www.amece.es

Asociaciones

<http://www.fedeepilepsia.org/asociaciones/>

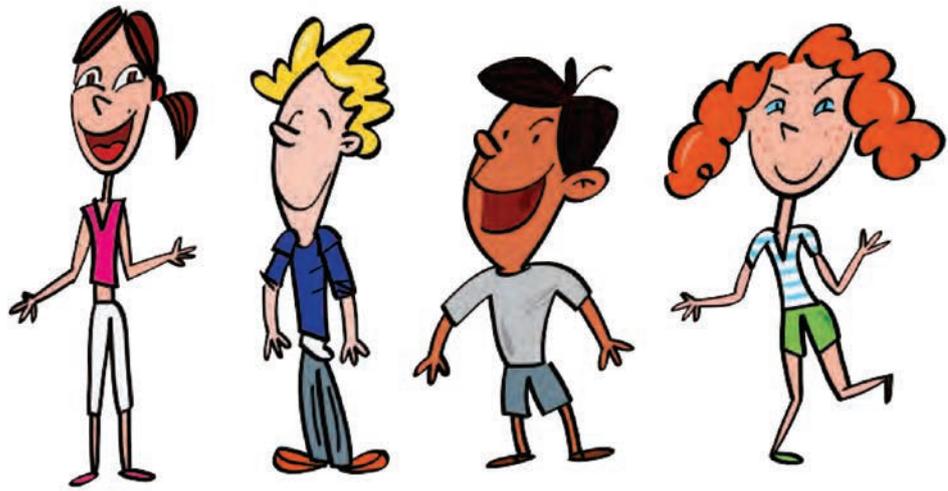
<https://vivirconepilepsia.es/asociaciones-pacientes-epilepsia>

Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 849
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.



Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

Conocer la Epilepsia NOS HACE IGUALES



Avalado por:



UCBCares
Comprometidos con las personas
800 099 684 (Teléfono gratuito desde España)
+34 915 700 649
ucbcares.es@ucb.com
<https://www.ucbcares.es/>

 Inspired by patients.
Driven by science.

ES-N-DA-EPI-2200042 ENE 2022



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN