

CURSO 2015 – 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

CASO CLÍNICO: Paciente diagnosticada de
epilepsia generalizada.

Autora: M^a Pilar Gimeno Uruen

Tutora: M^a Luisa Pueyo Til

Centro: Escuela Universitaria Enfermería de Huesca

Fecha: Abril 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	pág. 1.
2. INTRODUCCIÓN.....	pág. 2-3.
3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO.....	pág. 3.
4. METODOLOGÍA.....	pág. 4.
5. DESARROLLO.....	pág. 4-18.
a. Valoración general.....	pág. 4-5.
b. Valoración física inicial.....	pág. 6-7.
c. Historia de enfermería.....	pág. 7-9.
d. Organización de datos.....	pág. 9-12.
e. Análisis de datos.....	pág. 12.
f. Formulación de problemas.....	pág. 12-13.
g. Planificación de los cuidados.....	pág. 14-20.
6. CONCLUSIÓN.....	pág. 20.
7. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 21-23.
8. AGRADECIMIENTOS.....	pág. 24.
9. ANEXOS.....	pág. 25-40.
ANEXO 1.....	pág. 25.
ANEXO 2.....	pág. 26.
ANEXO 3.....	pág. 27.
ANEXO 4.....	pág. 28.
ANEXO 5.....	pág. 29.
ANEXO 6.....	pág. 30.
ANEXO 7.....	pág. 31.
ANEXO 8.....	pág. 32-33.
ANEXO 9.....	pág. 34-35.
ANEXO 10.....	pág. 36.
ANEXO 11.....	pág. 37.
ANEXO 12.....	pág. 38.
ANEXO 13.....	pág. 39-40.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Se realiza proceso enfermero de una paciente de 41 años, ingresada en la Unidad de Neurología de la Clínica Montecanal de Zaragoza, diagnosticada de epilepsia generalizada tónico-clónica.

METODOLOGÍA: Para el desarrollo del caso clínico se han utilizado la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson (organización de los datos), el libro de Los diagnósticos enfermeros de Mª Teresa Luis Rodrigo (2008), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 2014 y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 2014. Previamente, se solicitó autorización a la paciente mediante consentimiento informado, y se consultaron diversos artículos científicos para tener una óptima actualización sobre el tema desarrollado.

DESARROLLO: De entre los problemas identificados, se ha seleccionado el Diagnóstico de Independencia, Conocimientos deficientes: epilepsia, régimen terapéutico, r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información y mala interpretación de ésta (conocimientos y voluntad) m/p preguntas constantes, dudas y temores; ya que es fundamental proporcionar una adecuada información a aquellos pacientes diagnosticados por primera vez de epilepsia, para que alcancen la máxima autonomía posible.

CONCLUSIÓN: Se han propuesto los objetivos y se han llevado a cabo las intervenciones necesarias, recogidas en el Plan de cuidados individualizado, para la adquisición de conocimientos por parte de la paciente; el resultado ha sido muy favorable ya que, al inicio, el nivel de conocimientos de Paula era de 1-2, y actualmente es de 4-5. Paula ha adquirido los conocimientos deseados para el manejo de su enfermedad, lo que la hace completamente independiente, y favorece su adhesión al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Epilepsia, Enfermería, Conocimientos, Educación en Salud, Atención de Enfermería, Procesos de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El término epilepsia, en griego, significa “ataque”, siendo uno de los primeros trastornos descritos en la historia de la neurología. Hipócrates la definió (400 a.C.), como “un trastorno del cerebro”. Se consideraba brujería, y desde entonces se tienen prejuicios hacia los epilépticos. Sin embargo, personajes como: Alfred Nobel, Van Gogh, Agatha Christie^(1,2,3), han padecido epilepsia.

Epilepsia: grupo de síndromes caracterizados por convulsiones recurrentes, que se clasifican por los patrones específicos de manifestaciones clínicas: edad de inicio (puede darse a cualquier edad, pero existen dos momentos clave: infancia y senectud), antecedentes familiares y tipo de convulsión. Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), es “una alteración cerebral caracterizada por predisposición permanente para generar crisis y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición, siendo posible su diagnóstico tras una crisis aislada (no provocada)”. Los tipos, según la ILAE (ANEXO 1), se diferencian por cómo se manifiesta la actividad convulsiva. Los síndromes más comunes son: convulsiones generalizadas y de inicio parcial^(4, 5, 6,7).

Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una en su vida), sino que se define por dos o más no provocadas. Puede ser primaria (idiopática) o secundaria (cuando se conoce la causa), y no guarda relación directa con el nivel de inteligencia. Las convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (parciales) o a su totalidad (generalizadas), a veces con pérdida de conciencia y del control de esfínteres (crisis generalizadas tónico-clónicas) (ANEXO 2). Los episodios se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales, neuronas^(4, 5, 6,7).

En la actualidad (2015), según la OMS, unos 50 millones de personas padecen epilepsia, viéndose los varones más afectados. La proporción estimada de población mundial con epilepsia activa (ataques continuos o

necesidad de tratamiento) oscila entre 4 y 10 por 1000 personas, diagnosticándose anualmente unos 2,4 millones de nuevos casos.^(8,9)

En España (2015) alcanzaban los 400.000 afectados, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). **Cada año, entre 12.400 y 22.000 personas presentan el trastorno por primera vez.** Es la segunda causa de consulta ambulatoria neurológica, después de las cefaleas. De todos los afectados, un 25% es farmacorresistente. Ocasionalmente, se recurre a intervenciones quirúrgicas para mejorar su pronóstico. Entre los diagnosticados, 26.000 presentan, además, discapacidad, (sólo un 25% mantiene situación laboral activa), 18.000 sufren limitaciones en el trabajo y 12.000 tienen dificultades para desplazarse a su centro laboral⁽¹⁰⁾.

JUSTIFICACIÓN

Se ha escogido como tema "El paciente con epilepsia" al ser una patología que, actualmente, ocupa numerosas consultas de neurología, y para destacar que, la labor de enfermería es fundamental a la hora de que el paciente adquiera la máxima autonomía posible respecto a su enfermedad, manejo y control de la misma.

Con este trabajo se pretenden identificar aquellas necesidades que se ven afectadas al ser diagnosticado por primera vez de epilepsia (falta de conocimientos, actuación ante crisis epiléptica, medicación que debe tomar, actividad que debe o no realizar...), y proporcionarle la información y recursos necesarios para el manejo óptimo de su enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Elaborar un caso clínico (según modelo de Virginia Henderson), identificando y formulando los problemas del paciente diagnosticado por primera vez de epilepsia, para implementar aquellas intervenciones necesarias, que contribuyan a aumentar sus conocimientos acerca de la enfermedad y el manejo de la misma, para así, alcanzar, una total independencia.

METODOLOGÍA

Previamente se ha solicitado autorización al paciente mediante consentimiento informado (ANEXO 3). Se mantiene su confidencialidad y anonimato en todo momento; el nombre empleado no es real.

Se han consultado revistas y guías de Neurología, bases de datos en Internet (PubMed, Cuiden...), libros de la biblioteca del Colegio de Enfermería y de la Universidad.

Para buscar las palabras clave se han empleado los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), lo que ha permitido seleccionar la información deseada. Asimismo, se han utilizado operadores booleanos, como AND (enfermería AND epilepsia) y OR (enfermería OR epilepsia), para enfocar la búsqueda enlazando términos y relacionándolos entre sí.

Se ha utilizado el Proceso Enfermero siguiendo el modelo de valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Para el desarrollo del plan de cuidados se ha empleado: Los diagnósticos enfermeros de M^a Teresa Luis Rodrigo (2008), la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras (NIC) 2014 y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) 2014.

DESARROLLO

A. Valoración General

Historia Clínica:

Nombre / Apellidos: Paula.*

Edad: 41 años.

Domicilio: Zaragoza.

* Mantenemos la confidencialidad del paciente, según se recoge en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ^(11,12).

Persona con la que contactar: Hugo (marido) Tfno.: 695xxxxxx.

Situación laboral actual: Directora de Hotel.

Médico responsable: Dr. B.

Enfermera responsable: Pilar Gimeno.

Diagnóstico médico: Epilepsia Tónicoclónica Generalizada.

Alergias conocidas: **Plata y frutos secos**; no alergias medicamentosas.

Motivo del ingreso, en palabras del paciente: "He notado luces centelleando y sensación de mareo, y ya recuerdo estar en la ambulancia".

Antecedentes patológicos de interés (ANEXO 4)

- ❖ Colecistectomía hace 15 años.
- ❖ Hiperlordosis.
- ❖ Diabetes gestacional.

Medicación que toma en casa (ANEXO 5)

FÁRMACO	DÓSIS	ADMÓN.	INDICACIÓN
Enantyum® 25 mg	1-0-1	Oral	Analgésico
Valium® 10 mg	0-0-1	Oral	Ansiolítico (Medicamentos pautados si refiere dolor a causa de hiperlordosis).

Enfermedad actual

Paula, 41 años, ingresa a través del servicio de Urgencias por crisis epiléptica con pérdida de conciencia, que recobra antes de llegar al Hospital. Se indica ingreso en la planta de Neurología para estudio en profundidad y pauta del tratamiento.

B. Valoración Física

Signos vitales:

Tensión Arterial: 125 / 86 mm.Hg. ESD.

Frecuencia Cardiaca: 75 p.p.m. Pulso regular y simétrico, amplitud normal.

Frecuencia Respiratoria: 16 r.p.m. Respiración regular, tranquila y sin esfuerzo.

Pulso pedio dcho: 77 p.p.m; regular // Pulso pedio izdo: 75 p.p.m; regular.

Temperatura axilar: 36,5º C. Afebril.

Exploración física:

Saturación: 98%.

Peso: 58 kgs. Talla: 170 cm. IMC: 20,07; valores dentro de los parámetros esperados para su sexo y edad.

Estado de la boca íntegro; sin prótesis dental.

Piel y mucosas íntegras, normocoloreadas y normohidratadas.

Consciente, aunque presenta cierta desorientación, nerviosismo y cansancio derivados de la crisis epiléptica sufrida. Leve deterioro cognitivo.

Abdomen blando, depresible.

Peristaltismo conservado.

Escala Norton: 20; bajo riesgo. (ANEXO 6)

Escala Glasgow: 14 puntos; leve deterioro cognitivo. (ANEXO 7)

Tratamiento Médico (ANEXO 8)

FÁRMACO	DÓSIS	ADMÓN.	INDICACIÓN
Carbamazepina 200 mg	1-0-1	Oral	Anticonvulsivante
Valproato 200 mg	1-0-1	Oral	Anticonvulsivante
Diazepam 10 mg	0-0-1	Oral	Ansiolítico
Dieta basal	/	/	/

Pruebas complementarias (ANEXO 9)

Se realizan varias pruebas a la paciente sin datos significativos, excepto la RMN, que detecta foco irritativo sobre región temporal izquierda, de grado medio.

Historia Enfermería

Paula, 41 años, casada con Hugo desde hace trece años y tiene una hija, Daniela. Estudió Administración y Dirección de Empresas y un Máster de Dirección, habla 2 idiomas. Directora de Hotel (5*), *"para llegar hasta donde estoy, he tenido que estudiar mucho, pero ha merecido la pena"*. Vive en el centro, 3º piso con ascensor. Paula se muestra muy colaboradora en la entrevista.

Dejó de fumar hace nueve años *"cuando decidimos ser padres"*. Su respiración es regular, tranquila, sin esfuerzo ni ruidos anormales.

Hace cuatro meses tuvo un episodio aislado de crisis de ausencia; acudió al médico, pero no fue diagnosticada de epilepsia, *"me dijeron que había sido un hecho aislado sin importancia"*. Según nos cuenta, *"la 1º crisis duró menos de 5 minutos y me recuperé sin secuelas"*. Su marido explica cómo ha sido el nuevo episodio: *"íbamos a salir de casa cuando dijo que no se encontraba bien, que se sentía mareada y que veía luces centelleantes; la puse en el suelo, y al empezar las convulsiones y quedar inconsciente llamé a la ambulancia muy asustado"*. Ella sólo recuerda encontrarse mareada y estar en la ambulancia muy cansada y confusa.

Paula trabaja de 8:00 a 16 h, aunque "hay días que me dan las mil y una, no sé parar". Al volver a casa juega con su hija y le ayuda con los deberes; juntas esperan a que llegue Hugo, "trabaja en un concesionario y su horario es más esclavo que el mío".

Para las tareas domésticas, cuenta con la ayuda de Katia: "es maravillosa, está con nosotros desde que nació Daniela, nos limpia, plancha y cocina; no podríamos vivir sin ella". Los fines de semana Paula aprovecha para hacer la compra por Internet y cocinar: "Katia tiene el fin de semana libre, así que aprovecho para cocinar, que me encanta, pero entre semana no tengo tiempo". Siguen una dieta sana y equilibrada: "comemos mucha verdura, fruta y cosas a la plancha aunque, en ocasiones, tomamos algún capricho"; al preguntarle por su ingesta hídrica diaria nos cuenta que "bebo unos 2-3 L/día de agua, más los días que voy al gimnasio". Paula nos confiesa que a media mañana le gusta tomarse un té verde, mientras lee alguna revista, y que toma leche sin lactosa "la digiero mejor". Aunque no sigue ninguna dieta pautada, nos detalla su ingesta de una semana (ANEXO 10); come sano y equilibrado.

Es una mujer muy activa "no puedo estar quieta; lunes, miércoles y viernes, mientras la peque tiene natación, me voy al gimnasio a hacer spinning o Pilates". Una vez al mes sale a cenar con sus amigas: "Hugo se queda de niñero, y yo aprovecho para quedar con ellas, es ya una tradición". Normalmente duerme entre 6-8h, y se levanta descansada, pero en el hospital le cuesta coger el sueño por los ruidos. Nunca duerme siesta.

Se considera calurosa "sea verano o invierno, siempre voy por casa con una camisetita y un pantalón ligero". Usa camisola para dormir.

Se ducha todas las mañanas, y tras la ducha le gusta ponerse crema hidratante: "no sé salir de casa sin ducharme, maquillada y perfumada". Se considera coqueta y presumida "cada día intento ir al trabajo con algo nuevo o que hace tiempo que no me pongo".

Orina unas 3 ó 4 veces al día, sin molestias y la orina es clara y de color amarillento. En cuanto a las deposiciones "voy al baño como un reloj, todos los días tras el desayuno"; su consistencia es blanda y de color pardo.

Sobre su menstruación, comenta que "siempre es cada 28 días, dura 3 días, no duele y es de color rojo amarronado".

Católica no practicante "creo en Dios, pero el tiempo libre que tengo lo dedico a mi familia".

Sólo acude al médico si lo necesita "no soy de esas personas que van al médico para cualquier tontería, pero si tengo que tomar medicación lo hago a rajatabla, y me gusta informarme bien sobre lo que tomo". Cuando siente molestias lumbares por la hiperlordosis que padece, toma Enantyum® y Valium®, tal como le recetaron.

Tiene ciertos conocimientos sobre su enfermedad "algo sobre la epilepsia conozco, ya que al Hotel me llegan revistas de todo tipo y alguna vez he leído artículos sobre el tema". A pesar de ello, desconoce el tratamiento que deberá llevar y qué actividades podrá o no realizar; "tengo mil preguntas que hacerle al médico, pero me callo para no quedar como tonta", y eso a su vez le crea nerviosismo.

Le gusta la jardinería y, en sus ratos libres, prepara centros para decorar su casa, "diariamente paso cerca de una floristería, si voy con tiempo compro flores o macetas; el tiempo de ocio es fundamental".

Organización	datos	según	modelo	Virginia	Henderson
---------------------	--------------	--------------	---------------	-----------------	------------------

(13)

1. Respirar normalmente:

Manifestaciones independencia: patrón respiratorio eupneico.

Exfumadora hace 9 años.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: no se observan.

2. Comer y beber adecuadamente:

Manifestaciones independencia: lleva una dieta equilibrada e ingiere 2-3 L/día de agua.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: a media mañana le gusta tomar un té verde. Los fines de semana le gusta cocinar. Toma leche sin lactosa porque la digiere mejor.

3. Eliminar por todas las vías corporales:

Manifestaciones independencia: micciona 3 ó 4 veces al día, aspecto claro y amarillento. Deposición diaria, sin esfuerzo, consistencia y aspecto normal. Menstruación cada 28 días, indolora.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: no se observan.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas:

Manifestaciones independencia: va al gimnasio 3 veces por semana.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: es muy activa.

5. Dormir y descansar:

Manifestaciones independencia: duerme 6/8 h al día, se levanta descansada.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: en el hospital le cuesta dormir por el ruido.

6. Escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse:

Manifestaciones independencia: En casa utiliza pantalón y camiseta durante el día y camisola para dormir.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: elige su ropa y cada día le gusta llevar un modelo diferente.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente:

Manifestaciones independencia: usa ropa ligera para casa.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: es muy calurosa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Manifestaciones independencia: se ducha todas las mañanas.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: le gusta salir de casa maquillada y perfumada, usa crema hidratante tras la ducha. Se considera coqueta y presumida.

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas:

Manifestaciones independencia: procura informarse sobre la medicación a tomar, así como signos y síntomas de su enfermedad.

Manifestaciones dependencia: sólo acude al médico por citas obligatorias y desconoce su enfermedad actual, así como la medicación que deberá tomar.

Datos a considerar: sigue a rajatabla la medicación pautada.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones:

Manifestaciones independencia: vive con su marido e hija.

Manifestaciones dependencia: está preocupada porque desconoce cómo será su vida al salir del Hospital.

Datos a considerar: por las tardes juega con su hija y le ayuda con los deberes.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias:

Manifestaciones independencia: no se observan.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: católica no practicante.

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal:

Manifestaciones independencia: directora de Hotel.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: dispone de ayuda doméstica.

13. Participar en actividades recreativas:

Manifestaciones independencia: considera fundamental el tiempo de ocio.

Manifestaciones dependencia: no se observan.

Datos a considerar: una vez al mes sale con sus amigas. Le gusta la jardinería.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles:

Manifestaciones independencia: se informa detalladamente del régimen terapéutico a seguir.

Manifestaciones dependencia: desconoce aspectos de su enfermedad que no pregunta al médico, porque no quiere parecer tonta.

Datos a considerar: elevado nivel de estudios.

Análisis e interpretación de los datos

Paula, de 41 años, ingresa en Urgencias por episodio convulsivo en su domicilio. Es diagnosticada de epilepsia tónico-clónica generalizada.

Sus hábitos de vida son adecuados a su sexo y edad, y se ha adaptado bien a las nuevas demandas de salud. Tiene aptitudes y habilidades para manejar su nueva situación en el domicilio, aunque ahora presenta actitud nerviosa y asustadiza, ya que desconoce cómo será su vida en adelante. Le tranquiliza contar con el apoyo de su marido, aunque no para de realizar preguntas a todo el personal acerca de su salud y cómo será su vida cuando le den el alta hospitalaria.

C. Formulación de problemas (13,14,15,16)

DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA: No se observan; Paula es autónoma.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN: No se observan.

COMPLICACIÓN POTENCIAL:

- ✚ Hepatotoxicidad secundaria a tratamiento (ttº) con valproato
- ✚ Neutropenia secundaria a ttº con valproato.
- ✚ Pancreatitis hemorrágica secundaria a ttº con valproato.
- ✚ Hiponatremia secundaria a ttº con carbamazepina.
- ✚ Intoxicación secundaria a ttº con anticonvulsivantes.
- ✚ Status epilepticus secundario a epilepsia.

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA:

- ✚ Riesgo de baja autoestima situacional.
- ✚ Temor.
- ✚ **Conocimientos deficientes: epilepsia, régimen terapéutico, r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información y mala interpretación de ésta (conocimientos y voluntad) m/p preguntas constantes, dudas y temores.**

Se desarrolla el diagnóstico enfermero Conocimientos deficientes, ya que es fundamental informar adecuadamente al paciente diagnosticado por primera vez de epilepsia, sobre: conocer la enfermedad, cómo tomar la medicación, qué dieta debe seguir, qué actividades le están permitidas y cuáles no..., etc. Además, es posible reducir el temor y el riesgo de baja autoestima situacional, si el paciente adquiere los conocimientos necesarios para controlar y manejar su enfermedad, de manera completamente autónoma.

Objetivo general:

- Paula adquirirá los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y régimen terapéutico, en el plazo de cuatro semanas, y demostrará conductas de cumplimiento.

Objetivos específicos:

Paula, en el plazo de una semana:

- Conocerá su enfermedad: en qué consiste, causas, signos y síntomas, factores desencadenantes y que la alivian.
- Conocerá su medicación: efectos secundarios que ésta pudiera producir y repercusiones en su salud si deja de tomarla.
- Conocerá la dieta más recomendable y aquella actividad más adecuada a su estado de salud.
- Demostrará conductas de adhesión al régimen terapéutico (medicación, dieta y actividad) pautado.

Resultados NOC

ESCALA: 1 ninguno, 2 escaso, 3 moderado, 4 sustancial, 5 extenso.

NOC: 1601 conducta de cumplimiento

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
160103 realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	1	4
160113 controla los efectos terapéuticos de la medicación	2	5
1601108 realiza AVD según prescripción	2	5

NOC: 1608 control de síntomas

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
160801 reconoce el comienzo del síntoma	2	5
160806 utiliza medidas preventivas	2	5

NOC: 1620 autocontrol de convulsiones

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
162001 describe factores precipitantes de convulsiones	2	5
162002 utiliza la medicación según prescripción	2	5
162004 contacta con profesional sanitario si se producen efectos 2º	2	5
162017 obtiene atención médica inmediata si aumentan convulsiones	2	5
162011 mantiene relaciones sociales	3	5
162015 implementa prácticas de seguridad en el entorno	2	5

NOC: 1622 conducta de cumplimiento: dieta prescrita

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
162206 bebe líquidos compatibles con la dieta prescrita	2	5
162218 evita alimentos y líquidos que interaccionan con medicación	2	5

NOC: 1632 conducta de cumplimiento: actividad prescrita

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
163201 discute las recomendaciones con profesional sanitario	2	5
163210 participa en la actividad física diaria prescrita	2	5

NOC: 1623 conducta de cumplimiento: medicación prescrita

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
162301 tiene listado de todas medicaciones con dosis y frecuencia	2	5
162303 informa al profesional sanitario de todas las medicaciones que toma	3	5
162304 toma toda la medicación a los intervalos prescritos	3	5
162305 toma la dosis correcta	3	5
162307 toma la medicación con o sin alimentos, según prescripción	3	5
162308 evita el alcohol si está contraindicado	3	5
162313 controla los efectos secundarios de la medicación	2	5
162317 notifica los efectos adversos al profesional sanitario	2	5
162319 dispone de renovaciones de las recetas para suministro adecuado	3	5

NOC: conocimiento: régimen terapéutico

INDICADOR	PREVIO	OBJETIVO
181310 proceso de enfermedad	1	4
181301 beneficios del tratamiento	1	4
181304 efectos esperados del tratamiento	1	4
181306 régimen de medicación prescrita	2	5

Intervenciones NIC

Las sesiones para que Paula adquiera los conocimientos necesarios en el manejo y control de su enfermedad, se llevarán a cabo una vez por semana pactando con la paciente el horario más conveniente.

5602 enseñanza: proceso de enfermedad

ACTIVIDADES:

- Evaluar nivel de conocimientos previo de Paula, y compararlos al finalizar la enseñanza.
- Explicaremos a Paula que nuestro cuerpo funciona con energía, y que los problemas que sufre, se deben a que las células de su cerebro (neuronas), reciben más energía de lo normal y que por ello se producen las convulsiones. Haremos hincapié en que la epilepsia es

una enfermedad del cerebro que, aunque puede durar toda la vida, si se sigue correctamente la medicación pautada, las convulsiones pueden llegar a desaparecer. A su vez le informaremos de que las convulsiones, en su caso motoras, son contracciones musculares violentas, repetidas e involuntarias (ANEXO 11).

- Describir los signos y síntomas por los que debería acudir al médico (hormigueo, cambios en los sentidos, rigidez brazos y piernas).
- Incluir en la enseñanza a su familiar más cercano, en este caso su marido, para que conozca la enfermedad y pueda ayudar en caso necesario.
- Enseñar medidas para controlar/minimizar síntomas: dieta equilibrada, toma de medicación pautada de forma regular, dormir entre 8-10 horas, evitar ruidos y estímulos visuales excesivos.

2380 manejo de la medicación

ACTIVIDADES:

- Paula conocerá los principales efectos secundarios del valproato (náuseas, diarrea y vómitos), carbamazepina (mareo, cefalea, urticaria) y diazepam (sомнolencia, confusión y debilidad muscular), e informará a su médico si apareciese alguno de ellos.
- Tomará su medicación siempre a la misma hora para evitar descenso de fármaco en sangre y producirse así una nueva crisis epiléptica.
- Se comprometerá a seguir, de forma adecuada, su régimen terapéutico (medicación, dieta y ejercicio prescrito).
- Conocerá las posibles interacciones farmacológicas (toxicidad, efectividad disminuida) entre los distintos medicamentos que le han sido pautados; e informará a su médico si refiere alguna de ellas.
- Consultará a su médico todas aquellas dudas que le surjan respecto a su medicación.

2395 control de la medicación

ACTIVIDADES:

- Paula elaborará un listado con la medicación que toma en casa (Enantyum®) y la pautada actualmente (Depakine®, Tegretol® y Valium®), que recoja: dosis, horario de la toma, vía de administración, indicación y posibles efectos secundarios (náuseas y vómitos, fatiga, debilidad muscular y urticaria) por los que debería acudir al médico (ANEXO 12).
- Llevará el listado anterior, actualizado, a cada visita con el Neurólogo, para un mayor control de su enfermedad.
- Se realizará analíticas sanguíneas, una vez al mes, para determinar los niveles de fármaco en sangre.

2680 manejo de las convulsiones

ACTIVIDADES:

- Paula explicará a su enfermera los cuidados (poner en decúbito lateral, aflojar la ropa, permanecer al lado del paciente, no administrar nada por boca...), que debe recibir una persona durante una crisis epiléptica para, posteriormente explicárselos a su familia; especialmente a su marido (ANEXO 13).

2690 precauciones contra convulsiones

ACTIVIDADES:

- Paula explicará en consulta la importancia que tiene evitar conducir en una persona con epilepsia; y evitará hacerlo si se encuentra dentro de alguno de los supuestos recogidos en *Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores*⁽¹⁷⁾.
- Retirará de su domicilio aquellos objetos (sillas, mesas, cuchillos) que pudiesen ser peligrosos en caso de crisis convulsiva.
- Explicará en consulta de enfermería aquellos posibles factores desencadenantes de crisis convulsiva (ruido, dieta desequilibrada, alteración del sueño...); y los evitará en todo momento.

5612 enseñanza: ejercicio prescrito

ACTIVIDADES:

- Paula realizará deportes colectivos (yoga, pilates...) en los cuales pueda ser ayudada en caso de crisis epiléptica; evitará deportes violentos o que se practiquen en solitario (paracaidismo, escalada...).
- Realizará ejercicio físico siempre que no sea extenuante o requiera nivel de competición.
- Notificará a su médico cualquier problema (dolor, calambres, mareo...) que le surja durante la práctica del ejercicio.

5616 enseñanza: medicamentos prescritos

ACTIVIDADES:

- Paula conocerá el propósito y acción de la carbamazepina y valproato (anticonvulsivantes) para tratar su epilepsia.
- Explicará a su enfermera la cantidad y vía de administración (oral) del valproato, carbamazepina y diazepam.
- Informará a su familia sobre la medicación que toma (Depakine®, Tegretol® y Valium®), en cuanto a: dosis, pauta y vía de administración, para que participen con ella.

Tras finalizar las sesiones con Paula, la valoración de los resultados (NOC) ha sido muy satisfactoria, puesto que se ha alcanzado un nivel de conocimientos en la paciente de 4-5 puntos, frente a los 1-3 del inicio.

ESCALA: 1 ninguno, 2 escaso, 3 moderado, 4 sustancial, 5 extenso.

NOC: 1601 conducta de cumplimiento	INDICADOR	PREVIO	FINAL
160103 realiza el régimen terapéutico según lo prescrito		1	4
160113 controla los efectos terapéuticos de la medicación		2	5
1601108 realiza AVD según prescripción		2	5

NOC: 1608 control de síntomas	INDICADOR	PREVIO	FINAL
160801 reconoce el comienzo del síntoma		2	5

NOC: 1620 autocontrol de convulsiones

INDICADOR	PREVIO	FINAL
162001 describe factores precipitantes de convulsiones	2	5
162002 utiliza la medicación según prescripción	2	5
162004 contacta con profesional sanitario si se producen efectos 2º	2	5
162017 obtiene atención médica inmediata si aumentan convulsiones	2	5
162011 mantiene relaciones sociales	3	5
162015 implementa prácticas seguras del entorno	2	5

NOC: 1622 conducta de cumplimiento: dieta prescrita

INDICADOR	PREVIO	FINAL
162206 bebe líquidos compatibles con la dieta prescrita	2	5
162218 evita alimentos y líquidos que interaccionan con medicación	2	5

NOC: 1632 conducta de cumplimiento: actividad prescrita

INDICADOR	PREVIO	FINAL
163201 discute las recomendaciones con profesional sanitario	2	5
163210 participa en la actividad física diaria prescrita	2	5

NOC: 1623 conducta de cumplimiento: medicación prescrita

INDICADOR	PREVIO	FINAL
162301 tiene listado de todas medicaciones con dosis y frecuencia	2	5
162303 informa al profesional sanitario de todas las medicaciones que toma	3	5
162304 toma toda la medicación a los intervalos prescritos	3	5
162305 toma la dosis correcta	3	5
162307 toma la medicación con o sin alimentos, según prescripción	3	5
162308 evita el alcohol si está contraindicado	3	5
162313 controla los efectos secundarios de la medicación	2	5
162317 notifica los efectos adversos al profesional sanitario	2	5
162319 dispone de renovaciones de las recetas para suministro adecuado	3	5

NOC: conocimiento: régimen terapéutico	INDICADOR	PREVIO	FINAL
181310 proceso de enfermedad		1	4
181301 beneficios del tratamiento		1	4
181304 efectos esperados del tratamiento		1	4
181306 régimen de medicación prescrita		2	5

CONCLUSIÓN

Se identifica como problema principal la falta de conocimientos. Para aumentar dichos conocimientos (enfermedad y régimen terapéutico), se realizan sesiones con la paciente que le ayudan a conocer su enfermedad en profundidad, y a seguir adecuadamente todas las recomendaciones pautadas para un mayor control de la epilepsia, y ser lo más autónoma posible.

Paula está capacitada para afrontar la enfermedad, y seguir una correcta adhesión al tratamiento con los anticonvulsivantes pautados. Al inicio, el nivel de conocimientos de Paula era de 1-3 puntos; el objetivo marcado fue conseguir un nivel 5 y actualmente, Paula cuenta con un nivel de 4-5 en la mayoría de los resultados; por lo que el resultado ha sido muy favorable.

Se ha conseguido resolver las dudas de Paula y que sea más independiente para manejar su enfermedad. Para ello, además de reforzarle toda la información aportada por escrito, se le ha puesto en contacto con ASADE (Asociación Aragonesa de Epilepsia), minimizando así sus temores y preocupación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díez B, Fumanal A, Casanovas C, Creus MJ, Vílchez MV, Molinos C, López R, Chies E. Intervención educativa en pacientes con epilepsia ingresados en la Unidad de Monitorización de Epilepsia del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2012;35(1):12-19
2. López Martínez M. El Dr. Manuel González Echeverría en la historia de la epilepsia. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* [Internet] 2013 [consultado: 28/12/15];3(Supl.1):2-10. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>
3. Asensio Vicente C. La Epilepsia, la enfermedad de la que nunca se habla. *Rev Rol Enferm.* 2010; 33 (10):694-702.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Epilepsia. En: Brunner y Suddarth (eds.). Enfermería Medico-quirúrgica. Vol I. 10^a Ed. Madrid: Editorial McGraw- Hill; 2007. P.2056-2058
5. Neurología. En: Rozman C, Farreras P. (eds.). Medicina Interna. Tomo II. 10^a ed. Barcelona: Editorial Marín; 1986. P 80-101
6. Pérez Sempere A, Sánchez Álvarez JC, Martín Moro M, Sancho Rieger J, Forcadas Berdusán M, Casas Fernández C, et al. *Cómo afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares.* Madrid: Entheos; 2005.
7. Asistencia de enfermería de los pacientes con trastornos intracraneales. En: Pearson. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica. Vol II. 4^a Ed. Madrid: Editorial PRENTICE-HAL; 2009. P. 1547- 1554.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Epilepsia. OMS.[Internet].2005.[consultado 28/12/15].Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/> (ultimo acceso 3/01/2016)
9. Fernández-Suárez E, Villa-Estébanez R, García-Martínez A, Fidalgo-González JA, Zanabili Al-Sibai AA, Salas-Puig J. Prevalencia, tipo de epilepsia y uso de fármacos antiepilepticos en atención primaria. *Rev Neurol* 2015;60 (12):535-542
10. García – Ramos R, García Pastor A, Masjuan Vallejo J, Sánchez G, Gil A. FEEN: Informe sociosanitario FEEN sobre la epilepsia en España. *Neurología* [Internet].2011. [consultado 21 /12/ 2015]; 26(9): 548-555. Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/informe_epilepsia.pdf
11. Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, núm. 298, del 14 de diciembre de 1999).
12. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, del 15 de noviembre de 2002).
13. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín, Navarro Gómez MV. De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a ed. Barcelona: Elsevier Masson. 2005.
14. Luis Rodrigo M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Elsevier Masson. 2008.
15. Moorhead S, Jonhson M, L. Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados se enfermería (NOC). 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

16. Bulechek GM, Bucher H K, Dochterman J M, Wagner C M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^aed. Barcelona: Elsevier; 2014.
17. Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores. (Boletín Oficial del Estado, núm. 138, del 8 de junio de 2009.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora: M^a Luisa Pueyo Til, su apoyo, su paciencia y su tiempo, ya que sin ello habría sido impensable comenzar a escribir éste trabajo. También agradecerle su ayuda no sólo a nivel académico sino también personal; eres maravillosa.

Además, he de agradecer el apoyo mostrado y las muestras de cariño recibidas por todo el profesorado de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca; especialmente de Pedro y Ángel, los cuales no han dudado en resolverme cualquier duda que tuviese, a la hora y el lugar que fuese. No me olvido de esas maravillosas celadoras (Loreto y Carmen) a las que tanto mal he dado, sois fabulosas. A todos ellos, mi más sincero agradecimiento.

A mis amigos de siempre: Ana Gómez, Angie, Javi Roda, Mase y a los que Huesca ha puesto en mi vida y que ya son parte fundamental en ella: Sergio Casales, Ricardo Biarge, Elena Pelarda, Carlos Molina, Esther Tapia, mis Martas (Alonso y Torres), Cristina Lozano y Paula Altubo; mil gracias por estar siempre allí, sin vosotros esto no hubiera sido tan fácil. Gracias también a Susana Navarro y M^a Campo que de alguna u otra forma me han ayudado a lo largo de éstos cuatro años.

Por supuesto, no puedo olvidarme de mi familia, de mis padres, mi hermana, mi cuñado y Neli, que siempre me han apoyado y me han dado fuerzas para seguir adelante, nunca me han dejado caer: **UN MILLÓN DE GRACIAS, OS QUIERO.** Gracias también a mis abuelos; a todos ellos gracias de corazón; sin sus consejos, apoyo y confianza no hubiera llegado hasta aquí.

Finalmente a Decathlon GranCasa Zaragoza por facilitarme tanto las cosas los cuatro años que he estado en Huesca estudiando.

ANEXO 1

Tabla II. Síndromes electroclínicos y otras epilepsias ('clasificación' de las epilepsias de la Liga Internacional contra la Epilepsia de 2010)

Síndromes electroclínicos (según la edad de comienzo)

Período neonatal (p. ej., epilepsia neonatal familiar benigna)

Lactancia (p. ej., síndrome de West, síndrome de Dravet)

Infancia (p. ej., crisis febriles plus, síndrome de Panayiotopoulos, epilepsia benigna con puntas centrotemporales, epilepsia frontal nocturna autosómica dominante, síndrome de Lennox-Gastaut, epilepsia con ausencias infantil)

Adolescente/adulto (p. ej., epilepsia con ausencias juvenil, epilepsia mioclónica juvenil, epilepsias mioclónicas progresivas)

Con relación menos específica con la edad (p. ej., epilepsias reflejas)

Constelaciones distintivas (p. ej., epilepsia temporal medial con esclerosis del hipocampo, síndrome de Rasmussen, crisis gelásticas con hamartoma hipotalámico)

Epilepsias atribuidas a causas estructurales-metabólicas (p. ej., ictus, malformaciones del desarrollo cortical, síndromes neurocutáneos)

Epilepsias de causa desconocida (p. ej., epilepsia rolándica benigna, síndrome de Panayiotopoulos)

Entidades con crisis epilépticas no diagnosticadas como epilepsia (p. ej., crisis febriles)

Fuente: Gómez-Alonso J, Bellas-Lamas P. Nueva clasificación de las epilepsias de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE): ¿un paso en dirección equivocada? Rev Neurol 2011; 52: 541-547.

ANEXO 2

Convulsiones tónico clónicas: tipo de convulsiones más frecuente en los adultos; sigue un patrón característico. Un aura (sensación anómala gustativa, visual, auditiva o visceral) de aviso puede preceder a éste tipo de convulsión. La convulsión comienza con la pérdida repentina de la conciencia y contracciones musculares tónicas intensas (**fase tónica**); la contracción muscular provoca la expulsión del aire de los pulmones y el paciente puede gritar, el paciente pierde el control de la postura y cae al suelo en una postura opistotónica. Los músculos están rígidos, con brazos y piernas extendidas y mandíbula apretada. Esta fase dura unos 15 segundos, aunque puede llegar al minuto de duración ⁽⁷⁾.

La **fase clónica**, que sigue a la tónica, se caracteriza por la alternancia de contracción y relajación de los músculos en todas las extremidades, junto con hiperventilación. Dicha fase tiene una duración variable y remite gradualmente. Toda la fase tónico clónica de la convulsión dura, generalmente, no más de 90 segundos. Después de la fase clónica de la convulsión, el paciente permanece inconsciente y no responde a los estímulos; este periodo se denomina postictal o fase. El paciente recupera la conciencia gradualmente y puede mostrar confusión o desorientación ⁽⁷⁾.



Fuente: Farreras P. Neurología. En : Rozman C (ed). Medicina Interna. 10^a ed. Barcelona: Marín; 1986. P 80-101

ANEXO 3

Consentimiento informado:

Previa realización del trabajo, se le entregó a la paciente, el siguiente consentimiento. Se le explicó, de forma clara, en qué consiste el trabajo y se le aseguró, en todo momento, que los datos recogidos son completamente confidenciales.

Don/ña....., mayor de edad, con DNI:.....

MANIFIESTO:

Que he sido informada por Doña Pilar Gimeno Uruen sobre los detalles que confieren a su Trabajo Fin de Grado; comprendo y estoy satisfecha con la información recibida, contestándome a todas aquellas preguntas que he considerado necesario que me fuesen aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento para que se usen mis datos, tanto personales como médicos, para la realización del trabajo en cuestión.

Lo que firmo en..... a..... de.....de.....

Firma:

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4

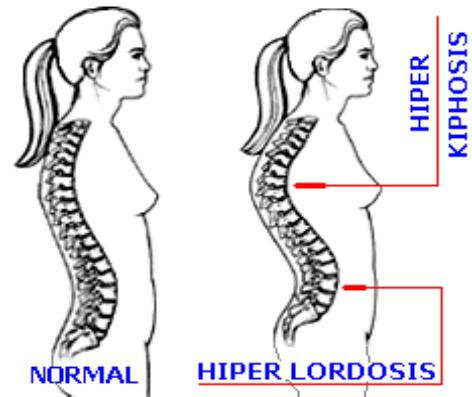
Antecedentes patológicos:

Traumatismo craneoencefálico: lesión directa de las estructuras craneales, encefálicas o meníngreas que se presentan como consecuencia de un agente mecánico externo y puede originar un deterioro funcional del contenido craneal.

Colecistectomía: intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecititis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

Hiperlordosis: aumento o incremento en la curvatura de la columna vertebral, según sea la zona puede ser cervical, dorsal o lumbar.

Diabetes gestacional: es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).



Fuente: Elaboración propia con apuntes de la carrera (Enf. Clínica II, Ma Luisa Mata, 2014).

ANEXO 5

Medicación que toma en casa:

Enantyum® 25 mg: Analgésico perteneciente al grupo de medicamentos denominados antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se utiliza para tratar el dolor de intensidad leve o moderada, tal como dolor de tipo muscular o de las articulaciones, dolor menstrual (dismenorrea), dolor dental. Se recomienda tomar un comprimido cada 8 h, sin sobrepasar los 3 comprimidos al día. Debe tomarse con una cantidad de agua adecuada y junto a las comidas; ya que esto contribuye a disminuir efectos adversos en el estómago e intestino. Efectos adversos: Náuseas y/o vómitos, dolor de estómago, diarrea, trastornos digestivos (dispepsia).

Valium® 10 mg: Valium contiene como principio activo diazepam, que pertenece al grupo de medicamentos denominados benzodiazepinas. El diazepam tiene efectos tranquilizantes, sedantes, relajantes musculares y anticonvulsivantes. Valium contribuye al alivio del dolor muscular producido por espasmos o inflamación de músculos o articulaciones. Tomar con una cantidad de agua adecuada; puede tomarse con o sin comida. Efectos adversos: somnolencia, sensación de cansancio, debilidad muscular o pérdida de la coordinación.

Fuente: Vademecum internacional 2015.

ANEXO 6

Escala Norton:

ESTADO FISICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno 4	Alerta 4	Ambulante 4	Total 4	Ninguna 4
Mediano 3	Apático 3	Anda con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional 3
Regular 2	Confuso 2	En silla 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal 2
Muy malo 1	Comatoso 1	En cama 1	Inmóvil 1	Doble 1

Fuente: Martínez López R, Ponce Martínez D.E. *Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión*. Enferm. glob. 2011, vol.10, n.24. P. 60-84.

ANEXO 7

Escala Glasgow:

Valoración	
Apertura de ojos	
Espontánea	4
A la orden	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras	3
Sonidos	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
A la orden	6
Orientada al dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Fuente: Muñana Rodríguez J.E, Ramírez Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm. Univ. vol.11 no.1, México, 2014. (Consultado: 3/01/2016). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166570632014000100005&script=sci_arttext.

ANEXO 8

Tabla 4. Principales medicamentos para varios tipos de epilepsia

Tipo	Medicamento
Epilepsias idiopáticas generalizadas con crisis tónico-clónicas	Valproato, lamotrigina, topiramato, primidona, fenobarbital
Epilepsias generalizadas con mioclonias	Valproato, ethosuximida, benzodiacepinas, topiramato, lamotrigina
Epilepsias generalizadas con ausencias típicas	Valproato, ethosuximida, lamotrigina, benzodiacepinas
Epilepsias con convulsiones generalizadas secundarias (tóxico-clónicas)	Todas las drogas, excepto ethosuximida
Epilepsias secundariamente generalizadas con crisis tónico-atónicas	Valproato, lamotrigina, topiramato, benzodiacepinas
Ausencias atípicas	Carbamacepina, fenitoína, vigabatrina, ACTH o esteroides, felbamato
Síndrome de West	Vigabatrina, ACTH o esteroides, nitrazepam, valproato
Epilepsias parciales idiomáticas	Valproato, carbamacepina, lamotrigina, fenitoína, gabapentina
Epilepsias parciales sintomáticas	Carbamacepina, valproato, gabapentina, lamotrigina, topiramato, levetiracetam, vigabatrina, primidona, fenobarbital

Fuente: tomado y modificado de Arzimanoglu A, Guerrini R, Aicardi J. Aicardi's epilepsy in children. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

Tratamiento médico administrado a la paciente:

Carbamazepina (Tegretol®): La carbamazepina es un fármaco anticonvulsivante oral, estructuralmente parecido a los antidepresivos tricíclicos, que se utiliza en el tratamiento de las convulsiones tónico-clónicas y de las crisis complejas o simples (con o sin la pérdida de la conciencia) con o sin generalización secundaria. Precaución ante insuficiencia hepática y/o renal. Ingerir durante, después o entre las comidas con un poco de líquido. Efectos adversos: Mareo, ataxia, somnolencia, fatiga, cefalea, reacciones cutáneas alérgicas, urticaria, náuseas, vómitos, boca seca, aumento de peso.

Valproato (Depakine®): Medicamento indicado para el tratamiento de epilepsias generalizadas (convulsivas o no) o parciales. Se debe ajustar la dosis diaria según la edad y el peso corporal; si bien también se debe tener en cuenta la amplia variabilidad individual de la sensibilidad al valproato. La administración es por vía oral. Los comprimidos se deben tragar enteros sin masticar ni triturar con ayuda de un poco de agua en 1 ó 2 tomas,

preferentemente en el curso de las comidas. Efectos adversos: náuseas, vómito o indigestión, pérdida o aumento de peso, pérdida de cabello.

Diazepam (Valium®): El diazepam es un derivado benzodiazepínico que presenta actividad tranquilizante, sedante, miorrelajante (relajante muscular), anticonvulsivante (para las convulsiones) y antipsicótica. Puede tomarse junto a las comidas y se debe evitar la ingestión de bebidas alcohólicas durante el tratamiento con Diazepam ya que el alcohol potencia la acción sedante. Este medicamento contiene lactosa, consulte con su médico antes de tomar este medicamento.

Fuente: Vademecum Internacional 2015.

ANEXO 9:

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea, incluyendo: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio y proteínas totales; alteraciones en alguno de los parámetros anteriores pueden ser consecuencia de epilepsia.

TAC / RMN: Permiten objetivar lesiones focales que actúan como causantes de la enfermedad. Debe realizarse en aquellos enfermos que presenten crisis generalizadas y cuando se presentan crisis focales sin causa, sobre todo con exploración física anormal y alteraciones en el EEG. A diferencia del TAC o de las radiografías simples, la RMN no usa radiaciones ionizantes (rayos X).

La resonancia magnética nuclear puede aportar información más completa sobre patologías que no se vean con otra técnica de imagen como la ecografía o el TAC; también se utiliza cuando están contraindicadas otras pruebas de imagen. Para su realización el paciente debe meterse en una máquina y debe permanecer quieto en su interior durante 30-60 minutos. Existen aparatos de RMN *abiertos* que pueden utilizarse en personas con claustrofobia.

Normalmente, no requiere que el paciente esté en ayunas. El paciente debe acceder a la prueba sin objetos metálicos.

Punción lumbar: prueba diagnóstica que permite la extracción para su estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR). Los médicos utilizan una punción lumbar para ayudar a diagnosticar infecciones, sangrado alrededor del cerebro, cánceres que involucran el cerebro y la médula espinal, y condiciones inflamatorias del sistema nervioso (epilepsia).

No hace falta permanecer en ayunas antes de la punción ni después. Se recomienda tomar una comida ligera y evitar tomar durante todo el día café, alcohol y otras sustancias excitantes, incluso también el día previo a la prueba. No se puede realizar la punción lumbar en personas que tengan alteraciones graves de la coagulación de la sangre o tengan niveles muy

bajos de plaquetas. Tampoco se podrá realizar la prueba en personas con bajo nivel de conciencia, afectación neurológica clara, sospecha de compresión cerebral...

Electroencefalograma (EEG): Prueba diagnóstica fundamental en la epilepsia. El electroencefalograma es una prueba no invasiva que permite estudiar la actividad eléctrica cerebral. Permite el diagnóstico de enfermedades como la epilepsia de una forma sencilla e indolora. Dura unos 20-30 minutos, no es necesario permanecer en ayunas antes de la prueba ni después; antes de la prueba no se deben tomar bebidas con cafeína entre 8-12 horas antes. Se considera una prueba segura y no tiene contraindicaciones absolutas.

Fuente: Elaboración propia con apuntes de la carrera (Enf. Clínica II y III; M^a Luisa Mata / M^a Luisa Pueyo, 2014-2015)

ANEXO 10

Dieta habitual de la paciente:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	Pieza de fruta Café con leche Cereales	Pieza de fruta Café con leche Cereales	Pieza de fruta Café con leche Cereales	Pieza de fruta Café con leche Cereales	Pieza de fruta Café con leche Cereales	Pieza de fruta Café con leche Tostada con mermelada	Pieza de fruta Café con leche Tostada con mermelada
Almuerzo	Pieza de fruta	1 yogur	Pulguita de jamón	Pieza de fruta	1 yogur bebible	Sándwich de pavo	Pieza de fruta
Comida	Guisantes Pechuga de pollo Yogur	Menestra de verduras Muslo de pollo Yogur	Garbanzos Carne con tomate Nueces	Coliflor Merluza Yogur	Ensalada de cogollos, ventresca y piquillos Fruta	Espinacas con setas y huevo Yogur	Paella de pollo Filete Yogur
Merienda	Sándwich de pavo	Pieza de fruta	1 yogur bebible	1 yogur	Pulguita de jamón	Pieza de fruta	1 yogur
Cena	Revuelto de gambas Yogur	Ensalada completa Pieza de fruta	Merluza asada Tomate en ensalada Fruta	Alcachofas con jamón Yogur	Crema de zanahorias Fruta	Setas, trigueros y langostinos plancha Quesito de Burgos	Tortilla de pavo Fruta

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 11

 Saber más...

sobre epilepsia 

¿Qué es la epilepsia?

La epilepsia es una enfermedad.
Hay una parte de mi cuerpo que no funciona bien.
Esa parte es el cerebro, que está en mi cabeza.
La epilepsia hace que me den crisis epilépticas.



¿Qué es una crisis epiléptica?

Todo mi cuerpo funciona con energía.
Una crisis epiléptica es cuando mi cerebro recibe
mucho más energía de lo normal.
Esto hace que mi cuerpo cambie de manera rápida.

El cambio dura poco tiempo: unos segundos o pocos minutos.

En una crisis epiléptica puedo perder el conocimiento,
es decir, no me doy cuenta de lo que está pasando y
puedo caerme al suelo.

¿Quién tiene epilepsia?

El médico me dirá si tengo epilepsia o no.
Si tengo una crisis epiléptica por primera vez, tengo
que ir al médico.
El médico me hará preguntas y pruebas.
Soy epiléptico si me han dado dos o más crisis
epilépticas y el médico me dice que son por la
enfermedad de la epilepsia.
Hay personas a las que le dan crisis
epilépticas pero no por tener la enfermedad
de la epilepsia. Sus crisis epilépticas
tienen otras causas.
Mucha gente tiene epilepsia
y puede llevar una vida normal.



4

5

Fuente: Pérez R.A, González D. *Saber más sobre epilepsia*. Murcia: FEAPS; 2015.

ANEXO 12

Listado de la medicación actual de la paciente:

MEDICACIÓN	DOSIS POR TOMA	HORARIO	VIA ADMÓN	INDICACIÓN	EFECTO 2º
● Enantyum® 25 mg	1 comprimido	Desayuno y cena	Oral	Analgésico	Náuseas y vómitos
Tegretol® 200 mg	1 comprimido	Desayuno y cena	Oral	Anticonvulsivante	Urticaria
Depakine® 200 mg	1 comprimido	Desayuno y cena	Oral	Anticonvulsivante	Náuseas y vómitos
Valium® 10 mg	1 comprimido	Cena	Oral	Ansiolítico	Debilidad muscular y fatiga

- Tomar Enantyum **sólo** en caso de dolor de espalda.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 13

Actuaciones en caso de crisis convulsiva:

Lo que conviene hacer:

- ✚ Intentar mantener la calma.
- ✚ Colocar una almohada o cojín bajo la cabeza de la persona que sufre una crisis.
- ✚ Intentar que la persona no se golpee la cabeza con objetos potencialmente peligrosos colocados a su alrededor, retirarlos lo antes posible.
- ✚ Colocar al paciente en posición lateral de seguridad.
- ✚ Aflojar las ropas que puedan oprimir a la persona en alguna parte del cuerpo, tales como corbatas, pañuelos, cinturones, entre otros, que puedan dificultar su respiración.
- ✚ Prestar atención a la duración y características de la crisis, si dura más de 5 minutos, avisar al servicio de Urgencias.
- ✚ Se debe aguardar al lado del paciente mientras dura la crisis, y una vez finalizada, hasta que se recupere.

Lo que NO conviene hacer:

- ✚ Nunca tratar de inmovilizar a una persona en crisis por la fuerza.
- ✚ Nunca comenzar a hacer la respiración boca a boca al paciente, a no ser que tras la crisis no respire con normalidad.
- ✚ Nunca introducir objetos en la boca a una persona que está sufriendo una crisis epiléptica, ya que podía tragárselo.
- ✚ Nunca administrara nada por boca (sólidos o líquidos), por boca durante crisis epiléptica; ni siquiera medicación.
- ✚ Tras la crisis, no es conveniente dar medicación sedante al paciente.

Avisar a los servicios de Urgencia cuando:

- ✚ La crisis epiléptica dura más de 5 minutos.
- ✚ La crisis vuelve a repetirse en un breve periodo de tiempo.
- ✚ La persona que sufre la crisis es una mujer embarazada.
- ✚ Se ha sufrido un traumatismo significativo durante la crisis epiléptica.

- La persona que ha sufrido la crisis no está diagnosticada de epilepsia previamente, ya que ha podido deberse a otro proceso agudo.

Fuente: Abad Castillo F, Bellido Vivas G, Camino León R, Cañadillas Hidalgo F, Fernández Pacheco L, Martínez Quesada C, et al. Guía ápice de Epilepsia. Algunos la padecen, entre todos la tratamos. 1^a ed. Sevilla: Ápice, Asociación Andaluza de Epilepsia; 2011.

