

*Facultad de Ciencias
Médicas*



Universidad
Católica de Cuyo
San Juan

Universidad Católica de Cuyo

Facultad de Ciencias Médicas

Licenciatura en Enfermería

Cátedra: Taller de Investigación

INTERVENCIÓN DE LOS TUTORES ANTE UNA CRISIS

CONVULSIVA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS,

SAN JUAN 2024

Autores

Godoy, Facundo Nahuel

Más Fuentes, Ana Laura

Director de Tesis

Esp. Lic. María del Carmen Berón

2024

Universidad Católica de Cuyo

Facultad de Ciencias Médicas

Licenciatura en Enfermería

INTERVENCION DE LOS TUTORES ANTE UNA CRISIS

CONVULSIVA EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

SAN JUAN 2024

TUTOR:

Lic. Domínguez, Andrés

EVALUACIÓN

1. Calificación: _____

2. Fecha: _____

3. Tribunal Evaluador:

Firma _____

Aclaración _____

Firma _____

Aclaración _____

Firma _____

Aclaración _____

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
ÍNDICE GENERAL	1
INDICE DE GRAFICOS	2
JUSTIFICACIÓN	3
AGRADECIMIENTOS	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	5
A. Introducción al Problema	5
B. Variables Seleccionadas	7
Operacionalización de Variables	7
C. Objetivos	8
D. Marco Teórico	9
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	18
A. Tipo de Estudio	18
B. Sitio donde se realizará la investigación	19
C. Población y Muestra	20
D. Métodos e Instrumento para la recolección de datos	21
E. Personal a cargo de la recolección de datos	21
F. Plan de Tabulación y Análisis de Datos	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS	22
A. Análisis e interpretación de los resultados	22
B. Limitaciones surgidas	23
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES	24
A. Conclusiones	24
B. Recomendaciones	25
CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
A. Bibliografía	26
B. Anexos	28

ÍNDICE DE GRAFICOS

Página

Gráfico N° 1: Información de los tutores en relación a los saberes y primeros auxilios ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años, en una Institución Pública.	23
---	-----------

JUSTIFICACIÓN

Hirtz, (2007) expone que las crisis convulsivas en niños de 1 a 5 años son una emergencia médica que puede causar gran preocupación y angustia tanto en los cuidadores como en los tutores.

El interés en investigar esta temática surge a partir de una experiencia personal vivida con un familiar cercano que enfrentó este evento por primera vez con su hijo. Esta vivencia despertó la necesidad de indagar sobre el conocimiento relacionado a las prácticas de como intervenir en este tipo de emergencias, con el objetivo de poder capacitar a los tutores y mejorar sus respuestas ante situaciones similares.

Dado que estas situaciones pueden ocurrir de manera inesperada, es crucial que los tutores estén preparados para intervenir de la manera más adecuada y oportuna, minimizando los riesgos y asegurando la seguridad del niño afectado.

Los resultados de este estudio proporcionarán una visión clara sobre la capacitación de los tutores en situaciones de emergencia convulsiva y podrán servir como base para la implementación de programas de formación y mejora en la atención primaria, orientados a garantizar un manejo adecuado y oportuno de las crisis convulsivas en la infancia asegurando la seguridad y prevención de riesgos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más profundos agradecimientos a nuestras familias, cuyo apoyo incondicional ha sido fundamental a lo largo de este proceso. Agradecemos su paciencia, comprensión y el aliento constante que nos brindaron en cada paso de este camino. Sin su amor y su confianza en nosotros, este trabajo no habría sido posible.

A nuestros compañeros de Facultad, quienes no solo compartieron con nosotros largas horas de estudio y trabajo, sino también momentos de apoyo, risas y amistad, haciéndonos acordar a cada paso la importancia de disfrutar el camino.

A todos los docentes que nos acompañaron durante la formación en la carrera Licenciatura en Enfermería; a la Lic. María de Carmen Berón, por su alto grado de compromiso en la transmisión de conocimientos y en especial al Lic. Andrés Domínguez por su guía, paciencia y oportunas recomendaciones a lo largo de todo este proceso.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A. Introducción al Problema

Según Ruiz-García M. (Convulsiones febriles. Acta Pediatr Mex. 2015;36:424427): el 57% de las convulsiones febriles se presenta en las primeras 24 horas del cuadro febril, 22% en la primera hora de inicio de la fiebre y 21% después del primer día de enfermedad.

Las infecciones con mayor frecuencia se asocian a este proceso son la Otitis media aguda, la infección de las vías aéreas altas, Síndrome Viral y Neumonía. A pesar de esto, en un gran porcentaje de pacientes no se logra identificar el proceso infeccioso.

Ruiz-García M (2016) resaltan que aproximadamente el 10% de la población tiene riesgo de sufrir una crisis convulsiva a lo largo de su vida y el 3% de padecer epilepsia. La incidencia máxima es entre los 18 y 24 meses de vida. Alrededor de dos tercios de los niños con convulsiones febriles son varones. (p.2).

La incidencia proporciona una medida directa de la probabilidad de que una población sana desarrolle la enfermedad, por lo tanto, esta medida puede predecir el riesgo de padecer tal enfermedad.

La intervención y los saberes de los tutores respecto a las convulsiones, incluyendo el concepto, las causas y los signos, son determinantes para una intervención oportuna y correcta. Además, las acciones realizadas por los tutores durante el evento convulsivo y posterior a este son cruciales para el pronóstico del niño.

A partir de esto surgen interrogantes tales como:

¿Influirá la información que tienen los tutores sobre el concepto y signos ante una crisis convulsiva en su modo de intervención?

¿Será que los conocimientos que tienen sobre los primeros auxilios durante y después del evento influyen en el modo de asistir?

Delimitación del problema

¿Qué conocimientos tienen los tutores sobre la manera de intervenir ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años, en San Juan 2024?

B. Variables Seleccionadas
Operacionalización de Variables

VARIABLE NOMINAL	VARIABLE REAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	RESULTADOS
Intervención de los tutores ante una crisis convulsiva	Información	Saberes	Concepto	
			Causas	
			Signos	
		Primeros Auxilios	Durante el evento	
			Después del evento	

C. Objetivos

Objetivo General

Identificar la intervención de los tutores ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años en relación a la información; en San Juan 2024.

Objetivos Específicos

Describir la información que poseen los tutores en relación a los saberes y primeros auxilios ante una crisis convulsiva.

D. Marco Teórico

Ruiz-García M. (1992) describe a una crisis convulsiva como “una descarga sincrónica 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”. (p.1).

Las convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral como la hipoglucemia, traumatismo, fiebre, infección del SNC (Sistema Nervioso Central) o de carácter idiopático sin relación temporal con un estímulo conocido. Se definen como la presentación súbita e inesperada de contracciones musculares involuntarias que pueden afectar al músculo o grupo muscular. Estas crisis son consecuencia de una actividad exagerada de muchas neuronas que descargan al mismo tiempo impulsos nerviosos.

El modelo de Enfermería que nos proporciona una base para el desarrollo de esta investigación es el modelo de Dorothea Elizabeth Orem, este consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).

Dorothea Elizabeth Orem (1971) define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de Enfermería. Propone que el objetivo de la enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además, afirma que el enfermero puede utilizar cinco métodos de ayuda, tales como, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo.

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969, siendo este una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas,

hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, al coincidir con la finalidad de la promoción de la salud.

Relacionado con el autocuidado Kathryn E. Barnard (1984) plantea en su modelo la importancia de la interacción Padre-Hijo. Procede de la Psicología y del desarrollo humano, se centra especialmente en la interacción madre-niño con el entorno. El punto principal del trabajo de Barnard fue desarrollar los instrumentos de valoración para evaluar la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño a la vez se consideraba el padre y el hijo como un sistema de interacción.

El modelo de Kathryn E. Barnard está constituido sobre tres conceptos o elementos principales, los cuales se definen a continuación:

1. Niño: Barnard define las características del comportamiento del recién nacido y estos son patrones de sueño y alimentación, apariencia física, temperamento y capacidad de adaptarse a la madre/cuidador y al entorno.

2. Madre/ tutor: Se refiere a la madre biológica del niño, o a la persona que lo cuida, además de sus características más importantes entre las cuales se incluyen las condiciones psicosociales de la madre, las expectativas y preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, su estilo de maternidad y su habilidad de adaptación.

3. Entorno: Este incluye tanto el del niño como el de la madre. Comprende aspectos del entorno físico de la familia y experiencias con las que el niño se encuentra, estas pueden ser: personas, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles, recursos sociales y financieros, la implicación del padre, el grado de acuerdo entre los padres con respecto a la educación del niño y una adaptación al hogar y la comunidad.

Kathryn E. Barnard cree que el sistema madre/cuidador-hijo está influido por las características de cada uno de los miembros.

Este modelo, al igual que el de Orem, es importante aplicarlo en esta investigación ya que resalta la importancia del tutor, de sus conocimientos y capacidades, para llevar a cabo el cuidado óptimo del niño, como pilar fundamental en el crecimiento y desarrollo.

Es vital importancia reconocer que los niños, al estar en proceso de crecimiento y de adquisición de conocimiento, no son capaces de cuidarse por sí mismos, por lo tanto, la tarea de autocuidado recae sobre los padres. Considerando esto es fundamental que los padres adquieran información para el cuidado de sus hijos.

Evaluar los *saberes*, es decir, las formas en las que se exteriorizan y objetivan los aprendizajes logrados y los conocimientos construidos a través del estudio o de la experiencia.

En relación al *concepto* de una crisis convulsiva, según Valeska Andrea Lavanderos Bravo (2016) “una descarga sincrónica 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. De forma más resumida movimientos involuntarios que pueden afectar todo el cuerpo o una parte”. (p.)

Los *causantes* de una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años pueden ser muy variadas: convulsiones febriles, convulsiones causadas por un golpe en la cabeza (conmoción cerebral), convulsiones causadas por infecciones.

García Ron A y Arriola Pereda G. (2022) plantean que las convulsiones febriles son aquellos episodios convulsivos que aparecen durante la primera infancia (lo que abarca desde los 6 meses a los 5 años de vida), relacionados a la elevación de la temperatura corporal mayor a 38 °C, presente en niños sin anomalías neurológicas ni crisis febriles previas, donde no hay evidencia de infección ni alteraciones metabólicas o sistémicas que justifiquen su aparición.

Al respecto, la Liga Internacional Contra la Epilepsia (2007) define la convulsión febril como: “una convulsión que ocurre en la infancia después de 1 mes de edad asociada con enfermedad febril no causada por una infección del Sistema Nervioso Central, sin convulsiones neonatales previas o convulsión no provocada, y que no cumple criterios para englobarla en otra causa de convulsión sintomática”. (p.)

Son la forma más frecuente de crisis convulsiva durante la infancia y tienen una incidencia entre el 2-5% de todos los niños con edades inferiores a los 5 años, la mayoría solo la padecen una vez en su vida, pero causa una gran preocupación en la familia del paciente. La incidencia máxima es entre los 18 y 24 meses de vida. Alrededor de dos tercios de los niños con convulsiones febriles son varones. La temperatura asociada con el proceso infeccioso es frecuentemente mayor de 38.4°C.

Aguirre-Velásquez (2019) plantean que las crisis febriles se pueden clasificar en dos grandes grupos, atendiendo a su forma de presentación: **Crisis febriles simples o típica**, crisis primaria generalizada (tónica, clónica o tónico-clónica) con duración inferior a 15 minutos, sin hallazgos focales durante o después del episodio y que no presenta recurrencias en las primeras 24 horas. Suponen el 70-80 % del total. No existe infección intracraneal ni una alteración metabólica grave. Suelen resolverse espontáneamente y puede acompañarse de historia familiar de convulsiones febriles, pero no de antecedentes familiares de epilepsia.

Por otro lado, las **Crisis febriles complejas o atípicas**, cuando no cumplen alguna de las características de crisis febril simple: crisis focal, anomalías postictales, duración prolongada (superior a 15 minutos), recurrentes en las primeras 24 horas o déficits neurológicos previos. Son difíciles de detectar, pues los componentes focales suelen ser imprecisos, como la desviación de ojos, las asimetrías motoras en el contexto de una crisis bilateral y los episodios de fijación de mirada con rigidez focal.

Finalmente, la clasificación de tipo **Estatus febril**: episodio de 30 minutos de duración, 25% de todos los estatus. El riesgo de recurrencia de estatus epiléptico es del 3% y el riesgo de recurrencia de crisis febril es igual al de un niño con una primera crisis febril breve.

La mayoría de las crisis han sucedido espontáneamente en el momento que el niño es evaluado. En estos casos aplicaremos solo tratamiento sintomático con antitérmicos. Cuando la crisis dura más de 5 minutos, se debe iniciar tratamiento.

Además, se puede describir a la convulsión causada por un golpe en la cabeza o mejor dicho una conmoción cerebral. Implican una breve pérdida de la función cerebral normal. Ocurre cuando un golpe en la cabeza o cuerpo provoca que su cabeza se mueva violentamente para adelante y para atrás. Este repentino movimiento puede causar que el

cerebro se golpee contra el cráneo. En ocasiones, también puede dañar a las células cerebrales. Estas se pueden clasificar a su vez en:

Las convulsiones postraumáticas tempranas, son aquellas que ocurren en la primera semana después de una lesión cerebral se llama convulsión postraumática temprana. Alrededor de un 25% de las personas que tienen una convulsión postraumática temprana tendrán otra convulsión meses o años más tarde. (The Epilepsy Foundation, 2000).

Al respecto, las convulsiones postraumáticas que suceden desde siete días después de una lesión cerebral se llama convulsión postraumática tardía. Alrededor de un 80% de las personas que tienen una convulsión postraumática tardía tendrán otra convulsión (epilepsia).

Las infecciones también son un factor causal de crisis convulsivas. La Meningitis, Encefalitis viral y algunas infecciones parasitarias pueden causar la convulsión, ocasionando que se agrave a una epilepsia.

Se define a la Meningitis como la inflamación de las meninges, identificada con un número anormal de leucocitos en LCR; la meningitis bacteriana es una meningitis con presencia de bacterias en LCR; la meningitis aséptica es la meningitis con ausencia de agente patógeno en LCR; encefalitis es la inflamación del cerebro y meningoencefalitis es la inflamación del cerebro y meninges. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial estiman que los brotes de meningitis bacteriana afectan cada año a 426 000 niños menores de 5 años de edad y producen la muerte de unos 85 000. (Jonh E. Greenlee, 2022).

En general, la inflamación de la Meninges provoca síntomas, como dolor de cabeza, fiebre y rigidez del cuello; y convulsiones. Las convulsiones se asocian con inflamación grave del sistema nervioso central y sistémica, lesiones estructurales del sistema nervioso central, Meningitis neumocócica y afecciones predisponentes.

La Encefalitis es un término usado para describir la inflamación del cerebro. Esto hace que el encéfalo crezca, lo que conduce a cambios en el estado neurológico del niño, que incluyen confusión mental, cambios en el estado mental (a veces hasta coma) y convulsiones. Generalmente la encefalitis se presenta acompañada de meningitis. (Robyn S. Klein, Jul 2024).

Con frecuencia está precedida de una enfermedad viral como una infección de las vías respiratorias superiores, o problemas gastrointestinales, como diarrea, náuseas o vómitos.

Entre los signos que puede presentar un niño en una convulsión se encuentran:

Mirada fija; Sacudidas de los brazos y las piernas (movimientos involuntarios); Rigidez muscular; Pérdida del conocimiento, Problemas para respirar o episodios en los que deja de respirar; Pérdida del control de la vejiga o el intestino; Caídas repentinas sin motivo aparente, especialmente cuando están asociadas con la pérdida del conocimiento; Breves períodos de falta de respuesta al ruido o a las palabras; Confusión o aturdimiento, cambios emocionales.

Según el Manual de primeros auxilios (2011) se denomina primeros auxilios a todas aquellas acciones, medidas o actuaciones que se realizan en el lugar del accidente y permiten la atención inmediata del afectado con material improvisado hasta la llegada del personal especializado. (p.).

No son tratamientos médicos, si no acciones de emergencia. El objetivo principal es proporcionar cuidados que beneficiaran a la persona antes del tratamiento definitivo.

Objetivos de los primeros auxilios:

Preservar la vida; prevenir el empeoramiento del individuo y sus lesiones, evitar complicaciones posteriores derivadas de una mala atención; asegurar el traslado del afectado a un centro asistencial; mantenerse en el sitio del suceso hasta entregar toda la ayuda o información necesaria; promover posteriormente la recuperación.

Principios de los primeros auxilios

- I. Proteger.
- II. Avisar.
- III. Socorrer.

En primera instancia se debe evaluar si el lugar o sitio es seguro tanto para el auxiliador como para la víctima, nunca se debe socorrer a una persona en un lugar inseguro o de alto riesgo para el auxiliador ya que puede transformarse en víctima y agravar la situación. Observar al herido, determinar si responde a los estímulos, ya sea verbal o corporal. Finalmente llamar a emergencia.

Cuando se produce una convulsión, el objetivo principal es proteger al niño de una posible lesión, siendo necesaria la aplicación de primeros auxilios. Durante una crisis convulsiva lo que se debe hacer es:

- I. Trate de evitar una caída. Coloque a la persona en el suelo en una zona segura.
Despeje el área de muebles u otros objetos punzantes.
- II. Mantenga la calma y acompañelo.
- III. Coloque un objeto blando debajo de la cabeza del niño.
- IV. Afloje la ropa apretada, especialmente alrededor del cuello.
- V. Coloque al niño de lado, del lado izquierdo mejor, ya que de este lado va a favorecer la irrigación sanguínea.
- VI. Si hay vómito, colocarlo de lado ayuda a garantizar que este no se aspire a los pulmones.
- VII. Sostener al niño para evitar que haga daños.
- VIII. Mida el tiempo de la convulsión cuando comience.
- IX. Llame al 911 si la convulsión dura más de cinco minutos.
- X. No le ponga nada en la boca, esto podría causarle lesiones a la persona que intente introducir algo en la cavidad oral. Esto se debe a que cuando ocurre la convulsión los músculos se tensan.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo mencionado, podemos encontrar las acciones que no deben realizarse durante una Convulsión:

- I. No colocar nada entre los dientes durante una convulsión, mucho menos los dedos.
- II. No intentar sostener la lengua del niño.
- III. No evitar que el niño deje de convulsionar. Al no tener control sobre las convulsiones, no están conscientes de lo que está sucediendo.
- IV. No darle nada por la boca hasta que las convulsiones hayan cesado y esté completamente despierto y alerta.
- V. No iniciar respiración cardiopulmonar (RCP), a menos que realmente se haya detenido la convulsión y el niño no esté respirando o no tenga pulso.

Si el niño presenta fiebre alta, se deben realizar medios físicos con paños, mojados con agua tibia para ayudar a bajar la temperatura corporal. No se debe colocar al niño directamente en un baño de agua fría.

Después de la crisis el niño puede sentir confusión y somnolencia. También puede haberse orinado o defecado en sus pantalones, esto se debe a que durante el episodio se puede perder el control de esfínteres.

La presencia de sangrado en la boca puede indicar que el niño se mordió la lengua o la parte interna de la mejilla. Es considerable esperar a que la crisis termine para revisar la cavidad oral.

Se debe evitar dar alimentos después de la convulsión, para evitar que el niño se ahogue, sobre todo si el niño no ha recuperado la conciencia totalmente. Se debe llamar a emergencias de forma inmediata para una valoración del niño.

Dentro de esta investigación es importante destacar los aspectos éticos al llevar a cabo esta investigación, como lo es el consentimiento informado para la recolección de datos, este es un documento legal y un mecanismo para respetar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los sujetos participantes

Según la Ley 26529 (2009), el consentimiento informado puede ser verbal o escrito, aunque será esencialmente escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos o aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante. Que el documento esté por escrito permite tener una prueba

de que la persona acepta los términos de la investigación o del procedimiento que se va a realizar.

Los principios bioéticos propuestos por Van Potter (1971) son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El principio bioético más elemental y sobre el que se basan los enumerados anteriormente es el "respeto a la dignidad de la persona" basado en un enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria.

En relación al principio de Beneficencia: más evidente de todos ya que el personal sanitario ha sido educado y formado para hacer el bien, no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos.

El Principio de no-maleficencia: se basa en el hipocrático de Primum non nocere, es decir, "ante todo, no hacer daño". También es un principio muy evidente porque ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al enfermo. En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.

Por otro lado, el principio de autonomía: se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo. Al contrario que los anteriores, es un principio que siempre ha estado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años; durante muchos siglos el paciente nunca ha participado en la toma de decisiones y el médico era quien decidía; el deber del médico era "hacer el bien" al paciente, y el de éste, aceptarlo. El enfermo, por el mero hecho de serlo, carecía de capacidad para elegir.

Por último, el de Justicia se basa en dos hechos:

- I. Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y, por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.
- II. Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

A. Tipo de Estudio

Según Pineda, De Alvarado y De Canales (2008), esta investigación tiene carácter Cuantitativo, ya que se utilizará una medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento de los tutores frente a una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años.

Será *Descriptiva*, porque está dirigida a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población. (Elia B. Pineda, 2008). Buscando conocer cuáles son los conocimientos que poseen los tutores, sobre cómo intervenir, ante una crisis convulsiva.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es *Prospectiva*, ya que los datos se registran a medida que van sucediendo, en relación a los saberes y primeros auxilios que poseen los tutores bajo estudio.

Mientras que tendrá un corte *Transversal* ya que, las variables serán medidas en un corte en el tiempo de forma simultánea, es decir, junio a agosto de 2024.

B. Sitio donde se realizará la investigación

La investigación se llevará a cabo en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Villa Huarpes, ubicado en la localidad de Pocito, provincia de San Juan, Argentina. El CAPS Villa Huarpes es una unidad de atención sanitaria de primer nivel de atención, que ofrece servicios básicos de salud a la comunidad local. Atiende a una población diversa, compuesta principalmente por familias de nivel socioeconómico bajo a medio, siendo un punto clave para la atención de la salud infantil en la zona.

El centro brinda servicios de pediatría, vacunación, controles de crecimiento y desarrollo, además de atención primaria en diversas especialidades. También es un lugar de referencia en el seguimiento de niños en situación de riesgo o con patologías crónicas, lo que lo convierte en un escenario ideal para la presente investigación, enfocada en la respuesta de los tutores ante situaciones de crisis convulsiva en niños de entre 1 y 5 años.

Se espera que la ubicación del centro, sus características poblacionales y los servicios que ofrece influyan de manera significativa en los resultados de la investigación, dado que permiten una representación adecuada de la realidad de los tutores y sus reacciones ante situaciones de emergencia.

C. Población y Muestra

Fayad Camel (como se citó en Metodología de la Investigación 2a. edición, 1994) define a la población como la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada. (p.108).

La población está constituida por los tutores de niños de 1 a 5 años de edad que asistan al CAPS Villa Huarpes en un periodo mensual, conformado por un total de 133 en un lapso de tiempo que abarcó los meses junio-agosto del año 2024.

Con respecto a la muestra, entendida como la parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtendrá la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuará la medición y la observación de las variables. (Pineda, 2008).

En dicha investigación se utiliza un muestreo *Probabilístico de tipo Estratificado*, según Pineda (2008) este se caracteriza por la subdivisión de la población en subgrupos o estratos, debido a que las variables principales que deben someterse a estudio presentan cierta variabilidad o distribución conocida que es importante tomar en cuenta para extraer la muestra. (p. 117).

La muestra se seleccionó aplicando los criterios de Fisher, donde lo recomendado es utilizar el 30% del total de la población, para la recolección de datos.

D. Métodos e Instrumento para la recolección de datos

Según Pineda (2008) “se le denomina "método" al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos; se citan la observación y la encuesta". (p. 125).

El método empleado para la recolección de datos es la encuesta, Consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias.

El instrumento utilizado es la entrevista estructurada, consiste en una comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. En este sentido, estará conformada por preguntas cerradas de respuesta múltiple opción.

E. Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estuvo a cargo de los autores de dicha investigación.

F. Plan de Tabulación y Análisis de Datos

Según Rojas Soriano (1993): "La tabulación es el proceso mediante el cual los datos recopilados se organizan y concentran, con base a determinadas ideas o hipótesis, en tablas o cuadros para su tratamiento estadístico."

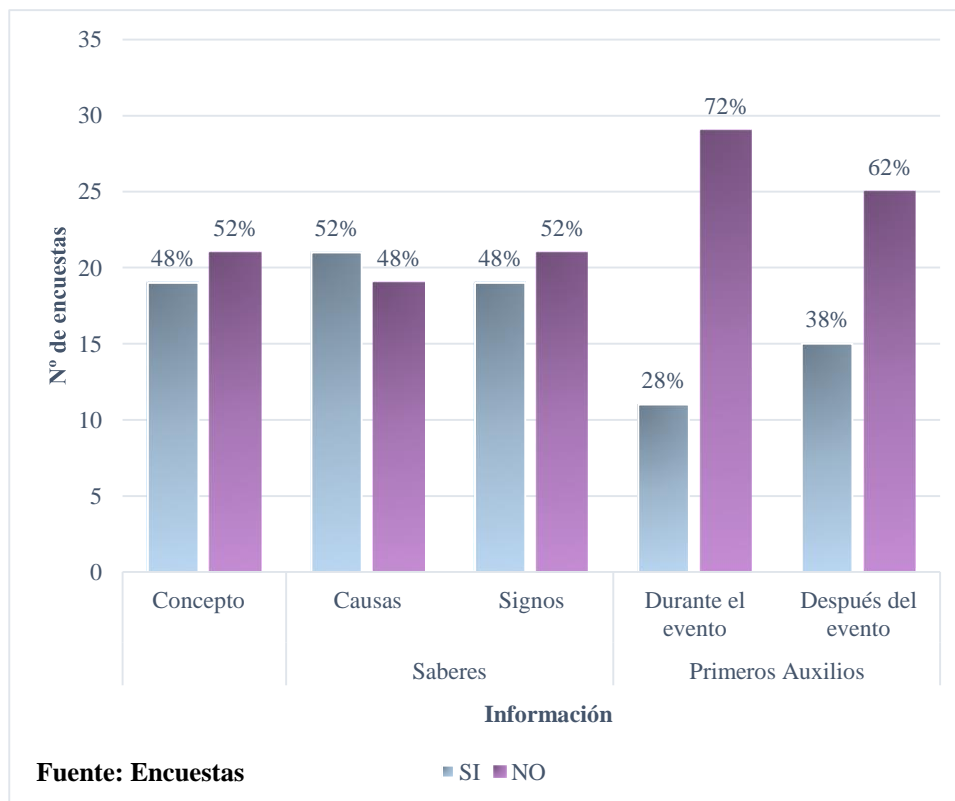
Los resultados obtenidos de la investigación realizada, se tabularán en una matriz de datos, donde se obtendrán resultados numéricos, tanto en números enteros como en porcentajes, y se representarán en gráficos de barras, que nos permite una mejor visualización de los datos para una correcta interpretación por parte del lector.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A. Análisis e interpretación de los resultados

Analizando los resultados obtenidos de la presente investigación, teniendo en cuenta objetivos, variables de estudio e hipótesis se consiguieron los siguientes datos

Gráfico N° 1: Información que poseen los tutores en relación a los saberes y primeros auxilios ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años, en una Institución Pública.



En relación a la variable real *Información*, se analizaron los datos obtenidos de un total de 40 tutores que corresponden al 100% de la muestra de estudio.

Analizando la dimensión *Saberes*, con respecto al indicador *concepto*, 21 tutores no poseen conocimiento acerca de lo que es una crisis convulsiva representando el 52% del

total; mientras que 19 tutores poseen conocimiento sobre lo que es una crisis convulsiva representando el 48% del total.

En el indicador *Causas*, se observó que, el 52% del total, que corresponde a 22 tutores, saben cuáles son los posibles causantes de una convulsión y el 48% del total equivalente a 18 tutores no identifican cuáles son los causantes de una convulsión.

Teniendo en cuenta el indicador *Signos*, se visualizó que 21 personas no conocen cuales son los signos que pueden presentarse durante una crisis convulsiva, estos representan el 52% del total; por el contrario 19 tutores si identifican cuales son los signos, con un 48% del total.

Al evaluar la dimensión *Primeros Auxilios*, se contempló en relación con el indicador *Durante el evento*, que el 72% del total que corresponde a 29 tutores desconocen sobre cuál es la forma correcta de accionar durante una crisis convulsiva, en tanto que, el 28% del total que corresponde a 11 tutores saben cómo se debe de accionar durante una crisis convulsiva.

En relación al indicador *Después del evento*, se pudo observar que 25 personas desconocen las medidas que se deben llevar a cabo después de una crisis convulsiva, estos representan 62% del total; a diferencia de los 15 tutores tienen conocimiento sobre cuáles son las acciones que deben realizarse después de que se haya producido una crisis convulsiva, con el 38% del total.

B. Limitaciones surgidas

No surgieron limitaciones en el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

A. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos del análisis de la investigación sobre la *Intervención de los tutores ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años, San Juan 2024*, se concluye que, en relación al *Saber*, la mayoría de las personas desconocen sobre concepto y signos de una crisis convulsiva, mientras que si identifican las causas. Por otro lado, con respecto a los *Primeros Auxilios*, no conocen como intervenir durante y después de un evento convulsivo.

En respuesta a la primera hipótesis, que plantea si la información sobre el concepto y signos influye en el modo de intervención, los datos sugieren, que, aunque el conocimiento básico es importante, la falta de claridad y entendimiento puede derivar en respuestas inadecuadas o tardías ante una crisis, lo que confirma la relevancia de una capacitación adecuada.

En cuanto a la segunda hipótesis, se puede demostrar que, si influye el conocimiento o la información que tienen los tutores en primeros auxilios, ya que esto puede ocasionar intervención inadecuada, comprometiendo la seguridad y bienestar del niño durante y después del evento.

B. Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos, se sugiere implementar programas de capacitación sobre crisis convulsivas dirigidos a los tutores que asistan al Centro de Salud bajo estudio y en el resto de la comunidad.

Estos programas deben enfocarse en aspecto básicos de una crisis convulsiva, haciendo énfasis en primeros auxilios ante estos eventos. Para ello se empleará herramientas audiovisuales para una mayor interpretación.

CAPÍTULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. Bibliografía

LIBROS

E.M Nayade Rodríguez. *Manual de primeros auxilios*, Santiago de Chile 2011

García Ron A, Arriola Pereda G. *Convulsiones febriles. Protoc diagn ter pediatr.*
2022;1:379-385

Hirtz, D. G. (2007). *Childhood seizures and epilepsy: Overview and classification.*
Neurology, 69(20), 1995-2000.

Martha Raile, *Modelos y teorías de Enfermería* (9a.ed.)

Pineda,E.B.,Alvarad, E.L. y Canales, F.H. (1994). *Metodología de la Investigación:*
Manual para el desarrollo del personal de salud (2a.ed.) Washington DC: OPS.

Convulsión febril- M.L. Padilla Esteban, C. García Rebollar, S. Foullerat Cañada
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/convulsion-febril/>

Ruiz-García M. *Convulsiones febriles. Acta Pediatr Mex* 2015;36:424-427.

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186
23912015000500424](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018623912015000500424)

PÁGINAS WEB

<https://botplusweb.farmaceuticos.com/documentos/2016/6/28/100170.pdf>

<https://pdfcoffee.com/teoria-de-barnard-2-pdf-free.html>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196m.pdf>

[https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/febrile-seizure/symptoms-causes/syc-
20372522](https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/febrile-seizure/symptoms-causes/syc-20372522) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8390710>

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38_0.pdf

[https://revistasanitariadeinvestigacion.com/convulsiones-febriles-en-pediatria-
definiciondiagnostico-y-manejo/#google_vignette](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/convulsiones-febriles-en-pediatria-definiciondiagnostico-y-manejo/#google_vignette)

[https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/salud-infantil/trastornos-neurol%C3%B3gicos-en-
ni%C3%B1os/convulsiones-en-ni%C3%B1os](https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/salud-infantil/trastornos-neurol%C3%B3gicos-en-ni%C3%B1os/convulsiones-en-ni%C3%B1os)

<https://www.lavoz.com.ar/servicios/convulsiones-que-son-causas-y->

primerosauxilios/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwreW2BhBhEiwAavLwfCba3cAtHJbyif
kEz rz4Z7c2NqJQqxBaMVuNly1OzFwrYms7mUYEFhoC4TYQA
<https://www.neurology.org/doi/10.1212/01.wnl.0000288178.91614.5d>
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/pautas_generales_para_obtencion_consentimiento_informado.pdf

B. Anexos

Anexo I

Nota de Autorización para Recolección de Datos



San Juan, 14 de agosto del 2024

Jefe Médico de Área Programática Pocito

Dra. Carolina Asmet

S...../.....D

La que suscribe docente titular de la cátedra Taller de Investigación, Esp. Lic. María del Carmen Berón, en representación de los alumnos Godoy Facundo y Más Ana Laura, que se encuentran cursando el Quinto año de la Licenciatura de Enfermería, perteneciente a la Universidad Católica de Cuyo, solicitan a usted y por su intermedio a quien corresponda, autorización para la recolección de datos sobre el tema “Actuación de los tutores ante una crisis convulsiva en niños de 1 a 5 años en el Centro de Salud Villa Huarpes-San Juan 2024”, cuya tutoría estará a cargo del Lic. Domínguez Andrés.

Dicha investigación se realizará con fines curriculares, cumpliendo un requisito de la Asignatura, Taller de Investigación, para la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Se adjunta el instrumento para ser aplicado en la recolección de datos de la Investigación mencionada.

Esperando una respuesta favorable, Saluda Atte.

Anexo II

Consentimiento Informado

Sr/Sra. Entrevistado: se lo invitan a participar en la investigación del trabajo Final de Cátedra perteneciente a la asignatura de Tesina.

Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar las dudas que pueda tener al respecto.

Su participación es totalmente libre, voluntaria y anónima, le garantizamos que toda la información que proporcione será utilizada únicamente para los fines de esta investigación.

Todos los registros que se generan con la información que usted proporciona serán debidamente archivados en la Universidad Católica de Cuyo garantizando en anonimato.

La participación de esta investigación no implica ningún riesgo tanto en el ámbito personal como laboral.

¡Muchas Gracias!

Firma del Entrevistado

Anexo III

Instrumento para recolección de datos

Encuesta N°

Fecha: / /

“Intervención de los tutores ante una crisis convulsiva en niños de 0 a 5 años”

La recolección de los datos se realizará a través de una entrevista de carácter anónimo a todos aquellos tutores que se dirijan al Centro de Salud Villa Huarpes, en donde el encuestado tendrá que contestar preguntas personales y sobre el conocimiento que se tiene sobre el tema a investigar. Las respuestas de las mismas serán confidenciales y sólo se utilizarán para nuestro trabajo.

“Información de Patología”

A continuación, se encuentran una serie de preguntas, la respuesta que considere correcta debe ser marcada con una X.

1) ¿Qué es para usted una convulsión?

- a) **Movimientos involuntarios que pueden afectar todo el cuerpo o una parte.**
- b) Movimientos voluntarios que afectan a todo el cuerpo.
- c) Movimientos involuntarios que se eligen afectando todo el cuerpo o una parte.

2) ¿Qué puede causar una convulsión?

- a) **Golpes en la cabeza, infecciones, fiebres altas.**
- b) Llanto incontrolable, comer demasiado, infecciones, fiebres, dormir pocas horas.
- c) Golpes en la cabeza, llantos incontrolables, dolor de oído, fiebre.

3) ¿Cuáles son los signos de un síndrome convulsivo?

- a) Movimientos voluntarios, dolor de oídos, diarrea, cambios emocionales, sarpullido, pérdida del conocimiento.
- b) Movimientos lentos, tos, mareos, vómitos y llanto, dificultad para respirar.
- c) **Rigidez muscular, movimientos involuntarios, incontinencia, pérdida del conocimiento, vómitos, cambios emocionales, dificultad para respirar.**

“Información sobre Primeros Auxilios en una Crisis Convulsiva”

4) ¿Qué haría usted durante una convulsión?

- a) Tratar de sacarle la lengua al niño para que no se ahogue, colocarlo sobre su costado derecho, intentar detener los movimientos del niño sujetándolo firmemente.
- b) **Asegurarse que no tenga objetos cerca que le hagan daño, colocar al niño de lado izquierdo y sostenerlo para evitar que se golpee, controlar cuánto dura el episodio, llamar a emergencias.**
- c) Llamar a emergencia, acostar al niño del lado izquierdo y sostener de forma fuerte, realizar Reanimación Cardio Pulmonar, darle agua.

5) Después de una convulsión ¿Cómo procedería?

- a) Darle agua inmediatamente y llamar a emergencias.
- b) **No darle ningún tipo de alimento y llamar a emergencias.**
- c) Dejarlo descansar y darle paracetamol.

Anexo IV

Matriz de datos

N° de Encuestas	SABERES									INTERVENCION					
	CONCEPTO			CAUSAS			SIGNOS			DURANTE			DESPUES		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
1	1				1		1				1		1		
2			1		1				1			1		1	
3			1			1			1			1		1	
4		1		1				1		1				1	
5		1				1			1		1		1		
6		1			1		1					1		1	
7	1					1			1			1	1		
8	1					1		1		1				1	
9	1					1		1		1					1
10			1		1				1			1		1	
11		1				1			1			1		1	
12	1				1			1		1				1	
13			1	1			1					1		1	
14		1		1					1			1			1
15			1		1		1				1				1
16		1		1			1			1			1		
17		1				1			1			1	1		
18	1				1		1			1				1	
19		1		1				1		1			1		
20			1	1			1				1				1
21	1			1					1		1		1		
22	1			1					1	1			1		
23	1			1					1			1			1
24		1		1					1			1	1		
25		1		1					1			1		1	
26	1			1					1		1				1
27	1			1					1		1			1	
28		1		1				1		1					1
29		1			1		1					1		1	
30	1					1			1		1				1
31	1				1		1					1		1	
32			1	1					1	1			1		
33		1		1				1				1	1		
34	1			1					1			1	1		
35	1			1			1				1				1
36	1			1			1			1			1		
37	1			1					1		1		1		
38	1			1			1			1				1	
39	1					1	1				1				1
40			1			1		1				1			1
TOTAL	19	13	8	21	9	10	13	8	19	12	11	17	14	15	11
%	48	32	20	53	22	25	20	48	30	28	28	42	34	38	28