

PROTOCOLO DE ACTUACIONES PREVIAS ANTE UNA CONVULSIÓN

Alumno/a:	
Centro:	
Localidad:	

1.- Ubicación del Buccolam® / Stesolid®:

-

2.- Teléfonos de Urgencias y de la familia del alumno. Ubicación de los mismos:

- Urgencias: 112.
- Centro de Salud más cercano:
- Teléfonos familiares:
 - o Madre:
 - o Padre:
- Ubicación de los mismos: En la Ficha del aula y en la Secretaría del Centro, en un lugar próximo al teléfono.

3.- Persona encargada de atender al alumno:

- El maestro/a que en ese momento esté ejerciendo de tutor/a del alumno/a.

4.- Persona encargada de administrar el fármaco:

- El maestro/a que en ese momento esté ejerciendo de tutor/a del alumno/a.

5.- Persona encargada de las comunicaciones telefónicas y recogida de la medicación:

- El maestro/a que en ese momento esté ejerciendo de tutor/a del aula que esté más cercana a la del alumno/a.

6.- Simulacro:

- Se recomienda realizar, todos los cursos, un simulacro de este Protocolo.

7.- Ubicación de la Ficha del aula:

- Debe estar colocada, en un lugar visible, en cada una de las aulas a las que asista el alumno/a.

CRISIS CONVULSIVA POR EPILEPSIA

Una **crisis epiléptica** es una alteración brusca, breve y transitoria que sufre una persona ocasionada por una actividad anormal y súbita (descarga epiléptica) de las neuronas. Esta descarga eléctrica va a ocasionar una serie de síntomas (motores, psíquicos, sensoriales, sensitivos y/o vegetativos), cuyas características van a depender de la localización y el número de neuronas involucradas.

CAUSAS DE LA CRISIS CONVULSIVA

La causa de una crisis convulsiva puede ser, fundamentalmente, epilepsia o fiebre. Las convulsiones febriles, que se abordan en otro apartado de este documento, acontecen los primeros años de vida debido a la inmadurez del sistema nervioso.

La **epilepsia** es una enfermedad del sistema nervioso central que se caracteriza por la predisposición a sufrir crisis epilépticas repetidas. Se dice que una persona tiene epilepsia cuando ha tenido dos o más crisis epilépticas espontáneas.

En la mayoría de las ocasiones no se conoce la causa exacta de la epilepsia; en otras ocasiones, es secundaria a algún otro tipo de enfermedad o accidente que produce una alteración cerebral demostrable (complicaciones en embarazo o parto, traumatismos craneales, tumores, meningitis, encefalitis, drogas, tóxicos, enfermedades vasculares, etc.).

TIPOS DE CRISIS CONVULSIVA

Las crisis epilépticas pueden ser generalizadas o parciales; convulsivas o no convulsivas; con pérdida de conciencia o sin pérdida de conciencia. Lo más habitual, es que un paciente presente siempre el mismo tipo de crisis. Por ello, es importante que los educadores tengan **conocimiento previo** sobre las características propias individuales de las convulsiones de cada niño/a con epilepsia en particular, que les serán facilitadas por el médico escolar y/o la familia.

CARACTERÍSTICAS DE LA CRISIS CONVULSIVA

Así pues, es muy importante que los educadores y el resto del personal del centro, conozcan:

- **Tipo de crisis** que habitualmente sufre el niño/a.
- **Duración** media de las crisis habituales.
- **Periodo precomicial** y características, si las tuviere, del **aura** (son sensaciones que experimenta el paciente antes de la convulsión).
- **Periodo postcomicial** (después de la convulsión).

También es fundamental que los maestros y profesores estén informados de los cambios de medicación y atentos ante posibles cambios en el comportamiento del alumno/a (atención, capacidad de aprendizaje, grafía, etc.). Todo ello debe ser comunicado inmediatamente al orientador/a del centro, al médico escolar y a la familia del alumno.

DESENCADENANTES DE LA CRISIS CONVULSIVA

Existen una serie de factores que pueden favorecer o desencadenar la aparición de la crisis, siendo los más frecuentes: el sueño insuficiente, el cansancio, la ingesta de alcohol, algunos medicamentos, la fiebre, estímulos luminosos intensos e intermitentes y el no cumplimiento exacto de la pauta de medicación.

La epilepsia es una enfermedad benigna en la mayoría de los casos, lográndose el control total de las crisis en el 70-80 % de los casos, e incluso, al cabo de unos años, la supresión completa de la medicación. Tampoco es una enfermedad mental y solamente en pocos casos hay trastornos psiquiátricos o psicológicos asociados. Por ello, habitualmente, el niño/a con epilepsia con crisis controladas puede hacer una vida diaria sin limitaciones.

DURACION DE LA CRISIS CONVULSIVA

En referencia a los ataques epilépticos, hay que saber que la mayoría son de breve duración y rara vez necesitan asistencia médica inmediata, pues suele haber terminado en el momento de ser atendidos por un médico. Uno de los principales

temores que los padres y los maestros tienen respecto al niño/a que convulsiona es la posibilidad de que muera o que sufra un daño importante durante alguna de las crisis. Se ha de recalcar que las crisis convulsivas en muy raras ocasiones ponen en peligro la vida del niño.

ASESORAMIENTO A LA FAMILIA SOBRE LA CRISIS CONVULSIVA

En algunas ocasiones la familia se muestra reticente cuando se les informa sobre el cuadro que presenta el niño/a. La aceptación de la epilepsia por los padres y/o tutores legales requiere:

- Tiempo para acomodarse emocionalmente a los cambios que genera la nueva situación.
- Información para conocer realmente en qué consiste la epilepsia y las limitaciones que puede generar en cada caso.
- Información sobre las asociaciones de padres y madres de niños y niñas que tienen esta enfermedad. (APICE)

Sólo con ese tiempo y esa información se puede combatir con éxito los prejuicios sociales y los desconocimientos culturales que son, en la mayoría de los casos, los grandes obstáculos que se presentan ante una persona con epilepsia y su familia.

2. CRISIS CONVULSIVA POR FIEBRE

Una convulsión es una descarga eléctrica brusca de determinadas células cerebrales (neuronas), que va a ocasionar una serie de síntomas, cuyas características van a depender de la localización y el número de neuronas involucradas. Las convulsiones febriles son las causadas por la fiebre o asociadas con la misma, sin que exista evidencia de infección u otra causa intracraneal definida.

TIPOS DE CONVULSIONES FEBRILES

El tipo más frecuente de convulsión febril es la simple. Aparece entre los 6 meses y los 5 años de edad en niños sanos y neurológicamente normales. La convulsión es generalizada, de corta duración y se asocia con una enfermedad febril. Poco después de la convulsión, el niño se encuentra neurológicamente normal y con buen aspecto.

DURACIÓN DE LAS CONVULSIONES FEBRILES

La convulsión febril dura entre 1 y 3 minutos en la mayoría de los casos y aparece, habitualmente, coincidiendo con la elevación brusca de la fiebre en el primer día de la enfermedad. La regla es que la convulsión aparezca en las 2-4 primeras horas del comienzo de la fiebre, siendo infrecuente que vuelva a ocurrir durante el curso del mismo proceso infeccioso, aunque la temperatura se mantenga alta, o aparezcan varios brotes febriles (incluso cuando algunos sean más elevados que el que ocasionó la convulsión).

DESENCADENANTE DE LAS CONVULSIONES FEBRILES

La mayoría de las convulsiones aparecen con temperaturas superiores a 38'5º aunque algunos autores consideran más importante en el desencadenamiento de la convulsión la rapidez con que asciende la temperatura que el grado alcanzado por la misma. No obstante hay niño con un umbral para las convulsiones tan bajo que incluso una febrícula puede desencadenarla.

EVOLUCION DEL CUADRO

Con el tiempo, la mayoría de los niños llegan a superar su tendencia a padecer estas convulsiones; además, la frecuencia de las infecciones febriles y los grados de fiebre que las acompañan van disminuyendo a medida que avanza la edad del niño.

ASESORAMIENTO A LA FAMILIA

Uno de los principales temores que los padres y los maestros tienen respecto al niño que convulsiona es la posibilidad de que muera o que sufra un daño importante durante alguna de las crisis. Se ha de recalcar que las convulsiones febriles:

- Muy raras veces ponen en peligro la vida del niño.
- Rara vez necesitan asistencia médica inmediata. La mayoría son de breve duración y suelen haber terminado cuando van a ser atendidos.

ALGUNAS CUESTIONES SOBRE LAS CONVULSIONES FEBRILES

¿Qué riesgo existe de que se repitan las convulsiones febriles?:

Ya hemos comentado que el riesgo de que aparezca una segunda convulsión durante el mismo proceso febril es escaso. Sin embargo, hasta un 30% de los niños que han tenido una convulsión febril vuelven a tener otra con motivo de alguna enfermedad ulterior. La mayoría se repiten en los 6 meses siguientes a la primera; si no ha sufrido otra al cabo del año, el riesgo de repetición desciende bastante (sólo del 10-15%).

¿Qué riesgo existe de que en el futuro el niño sea epiléptico?:

En las convulsiones febriles simples el riesgo de desarrollo posterior de una epilepsia (1%) es sólo ligeramente superior que en niños sin convulsiones (0,4%). Tampoco existe relación entre el número de convulsiones febriles simples y el riesgo de aparición ulterior de epilepsia.

¿Qué rendimiento escolar podemos esperar del niño?:

El rendimiento escolar de un niño que ha padecido convulsiones febriles simples es similar al de los niños que no las padecen.

¿Qué riesgo existe de secuelas neurológicas?:

Los niños con convulsiones febriles simples no tienen mayores probabilidades de fallecer ni de sufrir lesiones cerebrales o trastornos del aprendizaje o de la conducta.

Por ello, es de gran importancia calmar el temor y la ansiedad que suelen presentar los padres ante la creencia de las posibles consecuencias peligrosas que las convulsiones pueden tener para su hijo.

¿Se debe administrar algún medicamento durante la convulsión?:

La medicación que se suele emplear en los niños para el control de una crisis convulsiva es el *diazepam* en forma de enema rectal (**Stesolid®**) o el *midazolam* solución oral (**Buccolam®**). En muchas ocasiones los padres suelen sugerir al maestro la aplicación de esta medicación que en el caso de que se presente la convulsión durante el horario escolar.

Ante una crisis convulsiva se debe, en primer lugar, poner en marcha las medidas generales de actuación que se reflejan en el siguiente apartado.

Estaría justificada la administración de la medicación de urgencia (previa prescripción del médico especialista y el consentimiento familiar), si la crisis dura más de un tiempo prudencial (no más de 5 minutos) o si se repiten crisis sucesivas y el alumno no puede ser atendido por personal sanitario.

3. TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LA CRISIS CONVULSIVA

Cuando se desencadena una crisis convulsiva en un alumno/al es crucial que el personal del centro educativo sepa cómo debe que actuar. Para ello es importante saber que hacer durante la crisis y saber que no hacer.

Qué se debe hacer durante la etapa activa de una convulsión:

1. Conservar la calma y tranquilizar a los presentes. Impedir la aglomeración de personas alrededor. Las acciones deben ser dirigidas por una sola persona, ya sea el tutor/a o la persona que esté en ese momento con el alumno/a.

2. Nunca dejar al niño/a solo: SIEMPRE debe estar un adulto atendiéndolo. Otra persona será la encargada de auxiliar a quién presta la atención, ya sea para llamar a urgencias o para recoger la medicación.

3. Llamar al Servicio Médico de Urgencias 112 (o al Centro de Salud más próximo) y llamar a la familia para informarles.

4. Coger la medicación de urgencias del botiquín o del lugar donde esté consignada (Stesolid® o Bucolam®).

5. Colocar al niño/a de lado para que salga de la boca la saliva y la mucosidad. En caso necesario eliminar las secreciones de la boca y de la nariz para que pueda respirar. La **posición lateral de seguridad** también evita la aspiración del vómito que el niño/a pudiera presentar.

6. Permanecer en el lugar donde ocurrió la convulsión, si es posible, hasta que haya cesado la fase activa de la misma.

7. Protegerle de golpes si se llega a tiempo cogerlo antes de que se caiga; retirar los objetos o muebles cercanos con los que pueda hacerse daño; protegerle la cabeza

en las sacudidas motora colocando debajo algún objeto blando (abrigo, mochila u otro).

8. **Aflojar las prendas que puedan causarle opresión:** desabrocharle el cuello de la camisa y el cinturón.

9. **Disminuir la temperatura en las convulsiones febriles:** quitar la ropa, poner un paño húmedo o acercar un ventilador.

10. **No introducir objetos en la boca** ya que en la gran mayoría de los casos no hace falta e incluso puede ser peligroso.

11. **Vigilar al niño/a hasta que finalice la crisis**, observando los síntomas de las mismas y el tiempo de duración (controlar con el reloj) para informar posteriormente al médico.

12. **Administrar la medicación de urgencias**, si la crisis convulsiva dura más de CINCO minutos y no han llegado los Servicios Sanitarios o la familia, según las pautas facilitadas por el Neurólogo o Pediatra que prescribe el tratamiento.

Qué NO debe hacerse durante la fase activa de una convulsión:

- **NO sujetar** para impedir las contracciones musculares que se están produciendo ya que cuando la convulsión empieza no es posible detenerla.
- **NO trasladar** ni llevar al niño/a de un lado a otro mientras duran las convulsiones.
- **NO sumergir** en agua fría ni darle friegas de alcohol, aunque al niño/a tenga fiebre.
- **NO efectuar maniobras de reanimación** salvo en casos excepcionales.

Qué se debe hacer después de la convulsión (etapa postcomicial):

1. **Seguir atendiendo** al niño/a hasta que lleguen los Servicios Sanitarios. Mantenerlo en la posición de seguridad acostado de lado.
2. **Valorar el estado de alerta** y ofrecerle ayuda sin imponérsela: preguntar cómo se llama, cómo se encuentra, si nos reconoce, dónde está,...
3. **Mantener al niño/a de lado** para que salga de la boca la saliva y la mucosidad. En caso necesario eliminar las secreciones de la boca y de la nariz para que pueda respirar. La **posición lateral de seguridad** también evita la aspiración del vómito que el niño/a pudiera presentar.
4. **Observar los síntomas** que presenta. Estos varían de un paciente a otro, pero habitualmente son los mismos en un paciente determinado.
 - Muchos recuperan la conciencia inmediatamente después de la crisis pero otros pueden mostrarse somnolientos o confusos durante algunos minutos.
 - Otros, por el contrario, pueden permanecer "comatosos" durante periodos variables de tiempo y luego, al recuperar la conciencia, estar confundidos, desorientados o manifestar un comportamiento inadecuado, realizando actos irregulares de tipo psicomotor.
 - Algunos niños/as se muestran violentos, sobre todo cuando se quieren limitar sus movimientos cuando aun está confuso. El niño/a no es consciente de sus

actos durante estos episodios, por lo que habitualmente no seguirá las órdenes que se le den.

Qué NO se debe hacer después de la convulsión (etapa poscomicial):

- **No estimularle** mediante pellizcos, pinchazos o sacudidas para que se despierte más pronto. Todo es ineficaz; el niño/a despertará solo.
- **No levantarlo** ni exigirle que se incorpore si quiere permanecer tumbado.
- **No dar nada por boca** hasta que esté bien despierto.

Qué se debe hacer si la convulsión no remite:

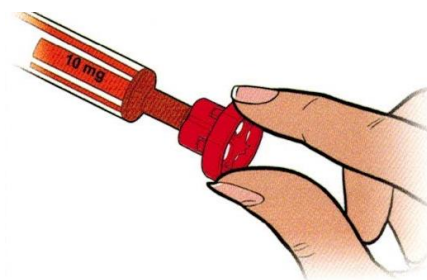
Administrar la medicación de urgencias prescrita si la crisis no remite, transcurrido el tiempo de espera recomendado por el médico especialista o si así lo indica por teléfono el servicio médico de urgencias 112. El fármaco que está indicado para el tratamiento médico de urgencias es uno de los dos que a continuación se relacionan:

- Administración por vía oral **Bucolam®** especialmente indicado en el ámbito escolar.
- Administración por vía rectal: **Stesolid®**.

NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE BUCCOLAM®

Administración **oral** de la solución.

1. **Tapón de seguridad.** Retirar y tirar el tapón rojo de seguridad de la jeringa. Para abrir, girar cuidadosamente la lengüeta 2 ó 3 veces, sin tirar de ella, hasta separación de la misma.



2. **Administración del medicamento.** Introduzca con cuidado la jeringa en la boca, entre la encía y mejilla, y administrar lentamente toda la solución apretando el émbolo.



3. **Dosis según la edad.** El medicamento tiene tres presentaciones para ajustar mejor la dosis a la edad y peso del niño/a. Dosis 5 mg (de 1 a 5 años), 7'5 mg (de 5 a 10 años) y 10 mg (para mayores de 10 años).

4. **Dosificación especial.** Para niños pequeños, y siguiendo las pautas prescritas por el médico especialista, administrar la mitad de la dosis en un lado de la boca y en el otro lado la otra mitad de la solución.

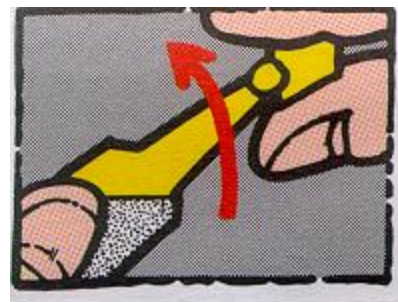
5. **Dosis de seguridad.** No administrar nunca una segunda dosis del medicamento sin control médico previo.

5. **Caducidad del medicamento.** Es necesario reponer el medicamento 18 meses después de la fecha de envasado.

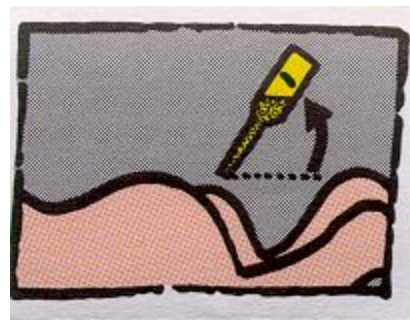
NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN DE STESOLID®

Administración **rectal** del microenema.

1.- Para abrir, girar cuidadosamente la lengüeta 2 ó 3 veces, sin tirar de ella, hasta separación de la misma.



2.- Colocar al paciente boca abajo o tendido de lado con un cojín bajo la cadera. En el caso de niños pequeños se pueden colocar encima de las rodillas de la persona que va a administrar el microenema.



3.- Insertar la cánula en el ano. En niños menores de 3 años insertar solamente hasta la primera marca de la cánula.



4.- Mantener siempre el microenema inclinado y con la cánula orientada hacia abajo durante la administración.



5.- Mantener el microenema en esta posición. Nota: no presionarlo hasta que esté bien insertado.



6.- Cuando el microenema se halle insertado, vaciarlo mediante presión de los dedos índice y pulgar.



7.- Retirar la cánula manteniendo presionado el microenema. Mantener las nalgas del paciente apretadas durante unos momentos para evitar una posible pérdida de líquido.



8.- La pequeña cantidad de líquido que queda en el microenema no afecta a la dosis correcta.



4. ACTUACION DEL CENTRO EDUCATIVO

NORMAS GENERALES QUE EL MAESTRO/PROFESOR DEBE CONOCER.

Hay una serie de puntos, referentes al régimen de vida del niño/a con epilepsia, que son de suma importancia para evitar las crisis y sobre los cuales puede ejercer un cierto control el profesorado, mediante la actuación con la familia:

1 Medicación:

- Es absolutamente necesario que el niño/a tome de forma correcta la medicación, no olvidando ninguna de las dosis prescritas.

2 Medidas higiénico-dietéticas:

- Hay que reducir las prohibiciones a lo estrictamente necesario.
- Seguir una dieta equilibrada. Evitar cambios grandes y bruscos de peso.
- El café, té y otras bebidas ligeramente estimulantes, aunque no son perjudiciales si se debe evitar su consumo excesivo.
- Queda prohibido el alcohol y las drogas (en caso de adolescentes).

3 Sueño:

- El niño/a con epilepsia debe dormir un número suficiente, pero no exagerado, de horas, y guardar un horario de sueño siempre semejante. Como norma debe dormir entre 7 y 9 horas. En el caso de los adolescentes, si van a salir por la noche, deberían dormir una siesta.

4 Actividades permitidas y prohibidas en el niño/a con epilepsia

- El niño/a con epilepsia puede realizar prácticamente las mismas actividades que hace cualquier otro niño/a de su edad, salvo aquellas cuya práctica suponga un riesgo añadido de lesión para el propio niño/a o los demás. Los niños/as con convulsiones activas no deben montar a caballo o subirse a lugares elevados. Si tienen crisis frecuentes no deben montar en bicicleta, y si no han aprendido no hay que estimularlos a ello.

- En las excursiones escolares hay que vigilar que no se pongan en situaciones de riesgo y que se han cumplido las normas generales anteriormente descritas (preguntar a los padres si han tomado la medicación, han dormido bien, etc.).
- En cuanto a los viajes escolares de varios días de duración, el consejo siempre ha de ser individualizado, dependiendo de las características del niño/a o adolescente. Si es un sujeto responsable, con buena aceptación de las limitaciones de su enfermedad (abstención de bebidas alcohólicas, horario de sueño, toma de medicación, etc.) no hay motivo para desaconsejarlo. Deberá llevar siempre consigo un informe médico sobre su padecimiento, pautas de tratamiento, etc. en el caso de que el niño/a o adolescente con epilepsia no es suficientemente maduro psicológicamente, y se supone que puede transgredir las normas anteriores, antes de desaconsejar el viaje debe intentarse el apoyo de personal especializado de asociaciones o voluntariado.

5 Vida social:

- Hay que evitar por todos los medios la sobreprotección excesiva del niño/a para no limitar su autonomía personal y social.
- Se deben fomentar las relaciones, evitando el aislamiento social. La comunicación social reforzará la autoestima y mejorará la salud psicológica.
- Sólo en casos muy graves se impedirá al niño/a con epilepsia salir de casa normalmente.

EPILEPSIA Y DEPORTE

Es recomendable que el niño/a con epilepsia realice deporte, ya que esto va a ser un factor muy importante para su integración social.

Está totalmente demostrado que tanto la actividad física como la intelectual disminuyen sensiblemente la posibilidad de sufrir una crisis epiléptica, por lo que ha de estimularse al niño/a en este sentido.

El aire libre, el sol y el ejercicio físico afectan de manera favorable el curso de la epilepsia. Además, por regla general, las crisis epilépticas se producen con mucha más frecuencia cuando el paciente está somnoliento, aburrido, o con escasa actividad física o mental, por lo que, como hemos dicho, la práctica deportiva puede tener un efecto protector sobre las mismas.

El maestro o profesor de Educación Física, los entrenadores y los monitores deportivos deben estar informados de que el niño/a padece epilepsia y deben estar orientados sobre las normas generales a seguir en caso de una crisis y para prevenir su aparición.

Para ello los profesionales de la educación física y el deporte del niño/a con epilepsia debe conocer los principios básicos del tratamiento y cuáles son las actividades prohibidas por su alto riesgo.

Principios básicos del tratamiento para niños/as con epilepsia con respecto al deporte:

- Tomar regularmente la medicación.
- Llevar un régimen de vida normal, con especial cuidado en dormir unas 8 horas diarias y con un horario siempre semejante.

Deportes que necesitan adaptación o que tienen que ser prohibidos por su alta peligrosidad para niños/as con epilepsia:

- Los deportes acuáticos. Son los de mayor riesgo de accidentes. Queda absolutamente prohibido el baño en solitario y el buceo. Si las crisis están controladas pueden practicar la natación en una piscina siempre que algún acompañante conozca la situación del niño/a y pueda intervenir en caso necesario.
- Los deportes en los que hay riesgo de traumatismos en la cabeza.
- Los deportes en los que una crisis pueda suponer una caída grave: montañismo, equitación, ciclismo, etc.
- Los deportes que impliquen prácticas de equilibrio.
- Los deportes de competición que puedan provocar situaciones de sobreesfuerzo o fatiga excesiva: carreras de fondo, o deportes de equipo que puedan llevar al agotamiento.

EPILEPSIA Y ESCOLARIZACIÓN.

La escolarización es fundamental para el niño/a con epilepsia, ya que supone el primer paso en la integración social y contribuye sensiblemente a estructurar su personalidad.

Tipo de escolarización:

Los problemas educativos de los niños/as con epilepsia varían en función de las alteraciones en el EEG, la efectividad de los fármacos y el grado de control de las crisis. Otros factores como enfermedades neurológicas asociadas o desajustes de la personalidad, pueden condicionar la escolaridad.

Dos terceras partes de los niños/as con epilepsia pueden seguir una escolarización normal. De ellos, un 85% no requieren intervenciones específicas (niños/as con coeficiente intelectual dentro de los límites normales, con pocas o ninguna crisis, sin deterioro cognitivo, sin trastornos de adaptación o conducta). El resto, pueden presentar algún tipo de dificultades en los aprendizajes, por lo que necesitarían algún tipo de ayuda escolar (refuerzo educativo...). En todo caso, es posible que el alumno rinda menos durante un periodo de algunos días anteriores o posteriores a una crisis epiléptica, lo que ha de ser tenido en cuenta en los periodos de exámenes.

Otro tercio de niños/as con epilepsia, que padecen crisis no controladas, puede presentar además alteraciones de conducta, discapacidad intelectual, trastornos motores, defectos perceptivos y sensoriales o trastornos afectivos y del comportamiento, por lo que necesitan otro tipo de medidas educativas más específicas (sesiones de apoyo, adaptaciones curriculares, etc.). En algunos casos extremos será necesaria su escolarización en Centros Específicos.

En definitiva, con respecto a la escolarización, la orientación del niño/a con epilepsia está determinada por la ausencia o presencia de otros trastornos neuropsicológicos. Las crisis, por sí mismas, no deben condicionar el modelo de escolarización. La mayoría de los epilépticos deben seguir una escolarización totalmente normalizada.

El rendimiento escolar del niño/a con epilepsia:

Va a depender, de manera fundamental, de la capacidad intelectual del niño/a y de como esta se afecta por las crisis que padezca, de la medicación que tome, de factores psicológicos inherentes a su personalidad y de factores sociales con relación a cómo viven su enfermedad el medio familiar y escolar.

El 75% de los niños/as con epilepsia van a alcanzar un nivel escolar normal; el resto van a tener serias dificultades de adaptación escolar y un bajo rendimiento escolar.

Entre los factores que van a influir negativamente sobre el rendimiento escolar están:

- Etiología: otras causas secundarias como puede ser un menor cociente intelectual (CI).
- Edad de comienzo: el comienzo temprano conlleva un peor rendimiento cognitivo.
- Tipo de crisis: hay más trastornos de aprendizaje en las crisis generalizadas que en las focales o que en las ausencias típicas.
- Frecuencia de las crisis: no hay estudios totalmente concluyentes que los relacione.
- La medicación: algunos fármacos antiepilépticos pueden ocasionar falta de concentración, menor fluidez de pensamiento, fatiga, menor atención y memoria.
- La actitud de los padres: la excesiva ansiedad de los padres influye sobre los niños haciéndolos especialmente vulnerables, con baja autoestima, escasa confianza en sí mismos y excesiva dependencia familiar, lo que va a originar rendimientos escolares inferiores a las posibilidades reales.

Qué debe decir el profesor a los compañeros de un niño/a con convulsiones:

Evidentemente, el profesor no debe decir nada al alumnado sobre la presencia entre ellos de un niño/a con epilepsia. Sin embargo, si sería conveniente organizar “un simulacro” de cómo habría que actuar en el caso de que uno de los alumnos perdiese el conocimiento.

En el caso de que el alumno/a sufra una crisis convulsiva en el centro, el profesor debe explicar a los compañeros del significado de la misma, de manera apropiada para la edad de los alumnos. Esto va a evitar que ante la espectacularidad de la crisis los niños se asusten y consideren al epiléptico como “diferente”. Hay que explicar a los compañeros que la crisis que han presenciado es sólo una manifestación de la enfermedad que padece ese niño/a, y recalcarle de manera definitiva y concluyente que “esa enfermedad no es contagiosa”. El conocimiento de lo que puede suceder, aumenta la solidaridad y la aceptación por parte de los compañeros.

También debe reunirse y conversar con el niño/a con epilepsia para saber si ha sido molestado de alguna forma por sus compañeros. En este caso, es conveniente que les aclare, a los compañeros, lo que es la epilepsia.

El éxito que un profesor tenga en el dominio de la situación de un caso de un niño con convulsiones en su clase depende en gran medida de su actitud, ya que habitualmente los niños reflejan la actitud de aquel.

¿Debe notificarse a la escuela la enfermedad del niño?:

Por todo lo anteriormente expuesto, creemos que es imprescindible que el Centro esté informado de la dolencia del alumno, aunque, como es preceptivo, debe seguirse la opinión que a tal efecto tenga la familia.

Si la familia da su visto bueno, el **médico escolar** informará sobre la epilepsia al profesorado (Equipo Docente) facilitándole este documento y realizará el seguimiento del alumno.

FICHA DE AULA**PROTOCOLO DE URGENCIA EN CASO DE CONVULSIÓN**

Alumno/a:	
Teléfonos de Urgencias:	112. Centro Sanitario más cercano:
Teléfonos familiares:	Madre: Padre: Otros:

DURANTE LA CONVULSIÓN:

1. Conservar la calma.
2. Evitar aglomeraciones. Mantener el entorno aireado.
3. Nunca dejar al niño solo, siempre debe estar un adulto atendiéndolo.
4. Otra persona llamará al Servicio Médico de Urgencias y a la familia y buscará el medicamento.
5. Mirar la hora y recordarla.
6. El niño debe permanecer en el mismo lugar hasta que finalice la convulsión.
7. Colocar al niño de lado.
8. Protegerle de golpes (evitar caída, retirar muebles, colocar objeto blando bajo la cabeza).
9. Limpiar secreciones de boca y nariz.
10. Desabrochar las prendas que puedan causar opresión.
11. No introducir objetos en la boca.
12. No tratar de impedir las contracciones musculares.
13. Si la convulsión dura más de CINCO minutos, administrar el Buccolam® / Stesolid®.
14. Si hay fiebre: quitar la ropa o ponerle un paño húmedo o acercarle un ventilador.
15. Observar y recordar las características de la convulsión.

FINALIZADA LA CONVULSIÓN:

1. Seguir atendiendo al niño hasta que lleguen los Servicios Sanitarios.
2. Mantenerlo acostado de lado.
3. Ofrecerle ayuda sin imponérsela. Preguntarle cómo se llama, cómo se encuentra, si nos reconoce, dónde está,...
4. No estimularlo con pellizcos, pinchazos o sacudidas.
5. No exigirle que se levante.
6. No dar nada por boca hasta que esté bien despierto.

CONVULSIONES: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.

D/Dña. _____, con
D.N.I. _____ y domicilio en _____
de _____, como padre/madre o tutor/a legal del alumno/a:

_____ de
escolarizado en el _____ de
_____, comunica al Director/a del centro y al
E.O.E. que su hijo/a puede presentar **crisis convulsivas** del tipo

precisando atención y auxilio en caso de presentarse dichas crisis.

Así mismo, **DECLARA** haber sido informados por el médico de este E.O.E. sobre el

Protocolo de atención en el medio escolar a alumnos con convulsiones:

- Del procedimiento que se va a seguir en el centro escolar si el alumno/a presenta una crisis convulsiva:
 - Personal encargado de la atención al alumno/a.
 - Comunicación a los Servicios Médicos de Urgencia.
 - Comunicación a familia:
Tfnos. de contactos: _____
 - Ficha de aula.
- De las medidas de atención a tomar en caso de que su hijo/a presente una crisis convulsiva en el centro escolar.
- De que tanto el equipo docente del alumno/a como el equipo directivo del Centro van a ser informados de dichas medidas. (Se aportará documento que quedará en el expediente del alumno/a).
- La normativa existente para la administración de medicamentos a los alumnos en el medio escolar y por personal no sanitario y de sus posibles riesgos.

Una vez comprendido lo anterior y estando conforme con todo ello, los padres **AUTORIZAN** a que, en aquellas circunstancias en las que se considera imprescindible, se le **administre el STESOLID® / BUCCOLAM®** a su hijo/a, en las dosis y pautas prescritas por el neurólogo y/o pediatra que realiza el seguimiento del niño/a (los padres aportan el correspondiente informe que se adjunta a este documento), quedando el Centro y su personal **EXENTO de toda RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de dicha actuación.

En _____, a _____ de _____ de 20____.
El padre/madre o tutor/a legal

Fdo.: _____