


**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**



<b>Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «Παν. &amp; Αγλαΐας Κυριακού»</b>	
<b><u>Νοσηλευτικό Πρωτόκολλο Κλινικής Πρακτικής:</u></b> <b>Αντιμετώπιση Πυρετικών Σπασμών στα παιδιά (στο Νοσοκομείο)</b>	
<b>Ομάδα Σύνταξης:</b> 1. Άννα Δημητρού, ΤΕ Νοσηλευτική, MSc 2. Αλεξάνδρα Δρακάκη, ΠΕ Νοσηλευτική, MSc	
<b>Επιμέλεια: Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</b> Αλεξάνδρα Δρακάκη, ΠΕ Νοσηλευτική, MSc	
<b>Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</b> Δρ. Μαρία Γέραλη, ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, MSc, PhD	
<b>Εγκρίσεις:</b>  <b>1. Νοσηλευτική Διεύθυνση</b>	<p>Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΔΡ. ΓΕΡΑΛΗ ΜΑΡΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.Π.Α. «Π. &amp; Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»</p>  <p>ΜΑΡΙΑ ΓΕΡΑΛΗ</p>
<b>2. Επιστημονικό Συμβούλιο</b>	ΠΡΑΚΤΙΚΟ 8 <sup>ης</sup> Συνεδρίασης 30.5.2024 (Θ:2)
<b>3. Διοικητικό Συμβούλιο</b>	ΠΡΑΚΤΙΚΟ 15 <sup>ης</sup> Συνεδρίασης Ε.Η.Δ 19.6.2024 (Θ:5)

**Νοσηλευτικό Πρωτόκολλο Κλινικής Πρακτικής:**  
**Αντιμετώπιση Πυρετικών Σπασμών στα παιδιά (στο Νοσοκομείο)**

**Σκοπός**

Η επιτυχής αντιμετώπιση επεισοδίου πυρετικών σπασμών σε παιδί στο νοσοκομείο

**Εισαγωγικά στοιχεία**

- **Πυρετικοί Σπασμοί:** είναι τα επεισόδια ακούσιων συσπάσεων μυών του σώματος με διαταραχή ή απώλεια της συνείδησης που συνοδεύονται από πυρετό (>38 °C) (ο οποίος μπορεί να εμφανιστεί πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τους σπασμούς), χωρίς λοίμωξη του ΚΝΣ, και εμφανίζονται σε βρέφη και παιδιά ηλικίας 6 μηνών – 5 ετών (ηλικία αιχμής 18-22 μηνών)
- Διακρίνονται:
  1. **Απλοί**
    - πρωτογενείς γενικευμένοι (τονικό-κλονικοί), δηλαδή το παιδί χάνει πλήρως τις αισθήσεις του και συμμετέχει στους σπασμούς όλο του το σώμα
    - διάρκεια < 15 λεπτά
    - μη επανεμφάνιση εντός 24 ωρών
    - χωρίς νευρολογικά υπολείμματα μετά το επεισόδιο
  2. **Επιπλεγμένοι / Σύνθετοι**
    - εστιακοί, δηλαδή συμμετέχει μόνο η μία πλευρά του σώματος του παιδιού
    - διάρκεια > 15 λεπτά (παρατεταμένοι)
    - επαναλαμβανόμενοι εντός 24 ωρών
    - πιθανή η εμφάνιση παροδικής πάρεσης μετά τους σπασμούς (νευρολογικά υπολείμματα)
- **Κλινική Εικόνα (Συμπτώματα):**
  - Υποτονικό παιδί
  - Απώλεια αισθήσεων/ συνειδήσεως
  - Οφθαλμοί ανοικτοί, προσήλωση βλέμματος (μπροστά ή πλάγια), βολβοστροφή
  - Μύες άκαμπτοι (σφίξιμο σώματος)
  - Σπασμοί/ τινάγματα σε πρόσωπο, χέρια, πόδια
  - Δέρμα ωχρο, ενίοτε κυανό κυρίως γύρω από το στόμα (περιστοματική κυάνωση)
- **Επιδημιολογία**
  - Συμβαίνουν στο 2-5% του συνόλου του παιδικού πληθυσμού, καθιστώντας τους το πιο κοινό τύπο σπασμών στην παιδική ηλικία
  - Δεν υπάρχουν αποδείξεις συσχέτισης των απλών πυρετικών σπασμών με αυξημένη θνητότητα, ημιπληγία ή νοητική υστέρηση

- Ο κίνδυνος εμφάνισης επιληψίας είναι ελαφρά αυξημένος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (3-6%), μόνο για τους επιπλεγμένους πυρετικούς σπασμούς.
- Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης πυρετικών σπασμών συνδέεται με:
  - ❖ Θετικό οικογενειακό ιστορικό (αδέλφια, γονείς)
  - ❖ Πυρετό από ιογενείς λοιμώξεις (πιο κοινοί ιοί: ερπητοϊός 6, ερπητοϊός 7, ιοί ινφλουέντζας A & B)
  - ❖ 1<sup>η</sup> ημέρα εμβολιασμού από τριπλό εμβόλιο (διφθερίτιδας, τετάνου και κοκκύτη)
  - ❖ μεσοδιάστημα 8<sup>ης</sup> έως 14<sup>ης</sup> ημέρας εμβολιασμού για ιλαρά, ερυθρά και παρωτίτιδα
- Στα παιδιά που εμφανίζουν πυρετικούς σπασμούς υπάρχει:
  - ❖ αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης σιδηροπενικής αναιμίας και για αυτό συστήνεται σχετικός έλεγχος
  - ❖ αντιγωνμία σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ατροφίας του υπόκαμπου και μετέπειτα ανάπτυξης κροταφικής επιληψίας

❖ Αναλυτική Προσέγγιση- Αιτιολόγηση Πρωτοκόλλου

ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
1	<p>Λήψη πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού επεισοδίου σπασμών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• πληροφορίες για το επίπεδο συνείδησης, το είδος των σπασμών (εστιακών ή γενικευμένων, τονικών ή κλονικών) την εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων (προ ή μετά την κρίση)</li> <li>• καταγραφή της ώρας εμφάνισης των συμπτωμάτων, της διάρκειας τους και της αλλαγής στη συμπεριφορά του παιδιού.</li> </ul>	<p>Η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού αποτελεί βασική παράμετρο της νοσηλευτικής διεργασίας.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Η περιγραφή της κατάστασης του παιδιού από την έναρξη του επεισοδίου μέχρι την προσέλευσή του στο νοσοκομείο, βοηθά στη αξιολόγηση των συστημάτων του οργανισμού αλλά και τον σχεδιασμό της άμεσης &amp; της μακροπρόθεσμης φροντίδας του παιδιού</li> </ul>
2	<p>Έλεγχος αεροφόρων οδών &amp; εξασφάλιση επαρκούς αερισμού:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Άμεση επισκόπηση της βατότητας των αεραγωγών</li> <li>• Τοποθέτηση παιδιού σε ασφαλή πλάγια θέση (θέση ανάνηψης)</li> <li>• Τοποθέτηση της κεφαλής του παιδιού σε έκταση και έλξη της κάτω γνάθου.</li> <li>• Αποφυγή βίαιης διάνοιξης του στόματος και τοποθέτηση δακτύλων και σκληρών αντικειμένων</li> </ul>	<p>Ο έλεγχος των αεροφόρων οδών του παιδιού αποτελεί προτεραιότητα ζωτικής σημασίας (δες ΚΑΡΠΑ: A= Airway)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Η επισκόπηση της βατότητας των αεραγωγών βοηθά στην αξιολόγηση της κατάστασης και στην ανάληψη δράσεων που θα εξασφαλίσουν τον επαρκή αερισμό του παιδιού</li> <li>➤ Η θέση ανάνηψης βοηθά στη μείωση κινδύνου εισρρόφησης γαστρικού περιεχομένου.</li> <li>➤ Η θέση αυτή της κεφαλής διευκολύνει την διάνοιξη των αεραγωγών</li> <li>➤ Η βίαιη διάνοιξη του στόματος και η τοποθέτηση δακτύλων και σκληρών αντικειμένων, όταν οι μασητήρες είναι σε σύσπαση μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό.</li> </ul>

ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ															
		<p><b>ΠΡΟΣΟΧΗ: Μόνο</b> σε περιπτώσεις κλονικών συσπάσεων <b>επιτρέπεται η τοποθέτηση</b> μαλακού αντικειμένου (<b>στοματοδιαστολέα</b>) μεταξύ των δοντιών, για προστασία της γλώσσας από τραυματισμό.</p>															
3	<p>Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας και χορήγηση οξυγόνου όταν απαιτείται</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αριθμός αναπνοών ανά λεπτό</li> <li>• Αναζήτηση σημείων δύσπνοιας</li> <li>• Αναζήτηση σημείων κυάνωσης</li> </ul> <p><b>ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</b> Σε περίπτωση <b>κυάνωσης χορήγηση O<sub>2</sub> 100%</b> με μάσκα ή με ambu</p>	<p>Ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας είναι ουσιώδους σημασίας (δες ΚΑΡΠΑ: B= Breathing)</p> <p>➤ Αναπνευστική Συχνότητα στα Παιδιά</p> <table border="1" data-bbox="842 591 1449 831"> <thead> <tr> <th>ΗΛΙΚΙΑ</th> <th>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ</th> <th>ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Νεογνό</td> <td>30-50</td> <td>&gt;60</td> </tr> <tr> <td>Βρέφη</td> <td>20-30</td> <td>&gt;50</td> </tr> <tr> <td>Μικρά Παιδιά</td> <td>20-30</td> <td>&gt;40</td> </tr> <tr> <td>Μεγαλύτερα Παιδιά</td> <td>15-20</td> <td>&gt;30</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ Σημεία Δύσπνοιας στα Παιδιά</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Αναπέταση ρινικών πτερυγίων</li> <li>❖ Γογγυσμός εκπνοής</li> <li>❖ Χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών (στερνοκλειδομαστοειδής)</li> <li>❖ Εισολκή θωρακικού τοιχώματος</li> <li>❖ Δυσκολία στην ομιλία ή την σίτιση</li> </ul> <p>➤ Σημεία Κυάνωσης στα Παιδιά (μπλε χροιά στο δέρμα κυρίως περιστοματικά και στην γλώσσα αλλά και στα άκρα)</p>	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ	ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ	Νεογνό	30-50	>60	Βρέφη	20-30	>50	Μικρά Παιδιά	20-30	>40	Μεγαλύτερα Παιδιά	15-20	>30
ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑ ΛΕΠΤΟ	ΤΑΧΥΠΝΟΙΑ															
Νεογνό	30-50	>60															
Βρέφη	20-30	>50															
Μικρά Παιδιά	20-30	>40															
Μεγαλύτερα Παιδιά	15-20	>30															
4	<p>Εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αριθμός σφίξεων ανά λεπτό</li> <li>• Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> </ul>	<p>Η εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας (δες ΚΑΡΠΑ: C= Circulation) επιτυγχάνεται μέσω του ελέγχου των ζωτικών σημείων:</p> <p>➤ Φυσιολογικός Καρδιακός Ρυθμός σε Ηρεμία (στα παιδιά)</p> <table border="1" data-bbox="884 1749 1406 1917"> <thead> <tr> <th>ΗΛΙΚΙΑ</th> <th>Σφύξεις/ Λεπτό</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 1 έτους</td> <td>110-160</td> </tr> <tr> <td>2-5</td> <td>95-140</td> </tr> <tr> <td>5-12</td> <td>80-120</td> </tr> <tr> <td>&gt;12</td> <td>60-100</td> </tr> </tbody> </table> <p>➤ Τα όρια της πίεσης στα παιδιά διαφοροποιούνται ανάλογα με το ύψος, το φύλο και την ηλικία (δες αντίστοιχους πίνακες)</p>	ΗΛΙΚΙΑ	Σφύξεις/ Λεπτό	< 1 έτους	110-160	2-5	95-140	5-12	80-120	>12	60-100					
ΗΛΙΚΙΑ	Σφύξεις/ Λεπτό																
< 1 έτους	110-160																
2-5	95-140																
5-12	80-120																
>12	60-100																

ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
5	<p>Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων λύσης των σπασμών:</p> <p>A) <b>Μιδαζολάμη</b> στο στόμα (ουλοπαρειά) (Eristatus buccal solution)</p> <p>B) <b>Διαζεπάμη</b> από το ορθό (stezolid)</p>	<p>Στις περιπτώσεις επίμονων επεισοδίων σπασμών συστήνεται η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Συγκεκριμένα:</p> <p>A) Η Μιδαζολάμη έχει κατασταλτική και υπναγωγό δράση και είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των οξέων επαναλαμβανόμενων επεισοδίων, 80% των οποίων ανταποκρίνεται στα πρώτα 10 λεπτά. Η χορήγησή της στο στόμα (ουλοπαρειά) εξασφαλίζει πολύ καλή απορρόφηση με άμεση απόδοση στη συστηματική κυκλοφορία και αποφυγή του ενδιάμεσου μεταβολισμού.</p> <p>(ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ο βλεννογόνος του στόματος και του πρωκτού ομοιάζουν καθώς έχουν το ίδιο pH και πλούσια αιμάτωση).</li> <li>➤ η γρήγορη απορρόφηση και άμεση επίδραση στο ΚΝΣ (που καταγράφεται και στο εγκεφαλογράφημα) αποδεικνύεται από φαρμακοκινητικές μελέτες)</li> </ul> <p>B) Η εφαρμογή υποκλυσμού διαζεπάμης (Stesolid) (σε δόση 0,5 mg/kg ΒΣ, μέγιστη δόση 10 mg και 20 mg σε μεγαλύτερα παιδιά) έχει μυοχαλαρωτική δράση. Η προώθησή της στο ορθό γίνεται σε βάθος 3–5cm ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και διευκολύνεται με την εμβάπτιση της σύριγγας σε λιπαντική ουσία (π.χ. γλυκερίνη).</p> <p>(ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η τοποθέτηση υπόθετων δεν βοηθά, γιατί η απορρόφηση είναι βραδεία και ασταθής)</p>
6	A) Έλεγχος θερμοκρασίας	A) Ο έλεγχος της θερμοκρασίας είναι ουσιώδους σημασίας για την κλινική εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού και εντάσσεται στα βασικά ζωτικά σημεία (μαζί με τις αναπνοές, τις

ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
	<p>B) Χορήγηση αντιπυρετικών, όταν απαιτείται</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Παρακεταμόλη</b> (Depon, Panadol, Apotel, Dolal)</li> <li>➤ <b>Μη στεροειδή</b> (Ponstan, Gantil, Algotren)</li> <li>➤ <b>ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Όχι Ασπιρίνη</b> στα παιδιά</li> </ul>	<p>σφύξεις και την αρτηριακή πίεση)</p> <p>B) Σε θερμοκρασία σώματος που υπερβαίνει τους 38° βαθμούς Κελσίου (πυρετός), χορηγείται αντιπυρετικό</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Αποτελεί το αντιπυρετικό εκλογής επειδή σπάνια δημιουργεί παρενέργειες</li> <li>➤ Χορηγούνται συνδυαστικά με την παρακεταμόλη (στον ενδιάμεσο χρόνο χορήγησης της παρακεταμόλης, στις περιπτώσεις που ο πυρετός επιμένει και δεν έχει παρέλθει ο απαιτούμενος χρόνος της επόμενης χορήγησής της). Χορηγούνται σε παιδιά άνω των 6 μηνών εφόσον δεν έχουν αλλεργία σε αυτά</li> <li>➤ Η ασπιρίνη έχει βλαπτική επίδραση στον βλεννογόνο του στομάχου και παράλληλα έχει ενοχοποιηθεί για αλλεργικές αντιδράσεις, για επιδείνωση των συμπτωμάτων του άσθματος και για την εμφάνιση του συνδρόμου Reye</li> </ul> <p><b>ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</b> Πριν τη χορήγηση αντιπυρετικού στο παιδί ελέγχουμε:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ την ημερομηνία λήξης</li> <li>❖ τον ορθό τρόπο συντήρησης του αντιπυρετικού</li> <li>❖ την ετικέτα του αντιπυρετικού (κάθε σιρόπι δεν είναι αντιπυρετικό!)</li> <li>❖ τις οδηγίες για τη δοσολογία (για τα παιδιά η δόση υπολογίζεται με βάση το σωματικό τους βάρος).</li> </ul>
7	Τοποθέτηση ενδοφλέβιου περιφερικού καθετήρα (σύμφωνα με το πρωτόκολλο)	Η τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα επιτρέπει την φλεβική πρόσβαση για άμεση χορήγηση υγρών ή φαρμάκων (ανάλογα με την

ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
8	<p>Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων</p> <p><b>ΣΗΜΕΙΩΣΗ:</b> Πρόσθετες εξετάσεις διενεργούνται επί συγκεκριμένων ενδείξεων:</p> <p>A) <b>Οσφυό-Νωτιαία Παρακέντηση (ΟΝΠ)</b></p> <p>B) <b>Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)</b></p>	<p>αναγκαιότητα)</p> <p>✓ Η διενέργεια εργαστηριακού και αιματολογικού ελέγχου ενδείκνυται προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια του πυρετού. Συνήθως διενεργούνται εξετάσεις για έλεγχο γλυκόζης, ηλεκτρολυτών, δεικτών λοίμωξης (πχ CRP), ουρίας, γενικής αίματος, καλλιέργειες αίματος και ούρων.</p> <p>✓ Η διενέργεια πρόσθετων εξετάσεων ενδείκνυται προκειμένου να διευκολυνθεί η διάγνωση, βάση συγκεκριμένων ενδείξεων:</p> <p>A) Η ΟΝΠ διενεργείται εξαιτίας αυξημένου κινδύνου βακτηριακής μηνιγγίτιδας σε κάθε παιδί που:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ προσκομίζεται με σπασμούς, πυρετό ΚΑΙ μηνιγγικά σημάια &amp; συμπτώματα</li> <li>❖ το ιστορικό ή η κλινική εξέταση θέτει υπόνοια ενδοκράνιας λοίμωξης</li> <li>❖ είναι ηλικίας 6-12 μηνών και είναι ανεπαρκώς εμβολιασμένο (για αιμόφιλο ινφλουέντζας τύπου β ή πνευμονιόκοκκο) ή έχει μη καθορισμένο εμβολιαστικό προφίλ</li> <li>❖ έχει λάβει προηγουμένως αντιβιοτική αγωγή, η οποία δύναται να καλύψει τα σημεία &amp; συμπτώματα της μηνιγγίτιδας</li> </ul> <p>B) Το ΗΕΓ, αν και προτείνεται ως οδηγία από πολλούς συγγραφείς να γίνεται σε παιδιά με επιπλεγμένους πυρετικούς σπασμούς, εντούτοις δεν υπάρχουν σαφή βιβλιογραφικά δεδομένα που να υποστηρίζουν ή να αναιρούν αυτή την οδηγία.</p> <p>Σε κάθε περίπτωση:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>ΔΕΝ</b> διενεργείται σε νευρολογικά υγιές παιδί</li> <li>❖ <b>ΔΕΝ</b> αποτελούν τα αποτελέσματά του προγνωστικά υποτροπής ή ανάπτυξης επιληψίας</li> </ul>
9	Επανεκτίμηση νευρολογικής κατάστασης	Η σύντομη & ταχεία, φυσική & νευρολογική



ΒΗΜΑ	ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗ- ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ- ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ
	παιδιού (ανά τακτά χρονικά διαστήματα)	εξέταση του παιδιού συμβάλλει αφενός στη διασφάλιση της συνεχιζόμενης εκτίμησης της κατάστασής του και αφετέρου στον έγκαιρο εντοπισμό πιθανών σημείων τραυματισμού, εστιακών νευρολογικών σημείων, σημείων μηνιγγικού ερεθισμού ή συστηματικής λοίμωξης.
10	Εκπαίδευση γονέων σχετικά με τους πυρετικούς σπασμούς	<p>➤ Η εκπαίδευση των γονέων μειώνει το άγχος τους σχετικά με τους πυρετικούς σπασμούς και βοηθά στην αναγνώριση των περιπτώσεων που απαιτούν την προσέλευση ή όχι του παιδιού στο νοσοκομείο</p> <p>➤ Η εκπαίδευση περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Χρήση θερμομέτρου</li> <li>❖ Χρήση αντιπυρετικών</li> <li>❖ Θέση ανάνηψης</li> <li>❖ Προστασία παιδιού από τραυματισμούς</li> <li>❖ Κλήση ΕΚΑΒ (όπου απαιτείται)</li> </ul>
11	Καταγραφή όλων των νοσηλευτικών διεργασιών στο νοσηλευτικό δελτίο.	Η καταγραφή των νοσηλευτικών διεργασιών στο νοσηλευτικό δελτίο αποτελεί βασικό πυλώνα της τεκμηρίωσης των νοσηλευτικών πράξεων
12	Καταγραφή των ακολουθούμενων βημάτων στη λίστα ελέγχου (check list) του πρωτοκόλλου	Η καταγραφή των βημάτων στη λίστα ελέγχου συμβάλλει στην αξιολόγηση της εφαρμογής του πρωτοκόλλου, μέσω της μέτρησης του βαθμού συμμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας.

## Βιβλιογραφία

- Βλαχιώτη Ε., Κότσιαλου Α (2017) Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Φροντίδα Παιδιού με Πυρετό. (επιστ. επιμ. Ματζιου-Μεγαπάνου Β., Βλαχιώτη Ε.) Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Παιδιατρικών Νοσηλευτικών Εφαρμογών, Ελληνική Εταιρεία Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Γκίκα Α (2018) Πυρετικοί Σπασμοί. Διαθέσιμο στο: [http://www.paidiatriki.gr/puretikoi\\_spasmoi/](http://www.paidiatriki.gr/puretikoi_spasmoi/)
- Παπαδάτος Κ και συν, Β Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (1987) Νευρικό Σύστημα. Κεφ20. Στο Βιβλίο: *Επίτομη Παιδιατρική*, Αθήνα, Εκδόσεις Λίτσας.
- Πάνου Μ. (2005) Το Παιδί με Εγκεφαλική Δυσλειτουργία- Σπασμοί. Κεφ.9 Στο Βιβλίο: *Παιδιατρική Νοσηλευτική, Ε' Ανατύπωση*, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα
- Στεργίου Γ.Σ., Βαζαίου Α., Στεφανίδης Κ., Καπόγιαννης Α., Γεωργακόπουλος Δ., Δούμα Δ., Δούμας Μ., Ζεμπεκάκης Π., Μακρής Θ., Τσιούφης Κ., Μανώλης Α., Ελληνική Εταιρεία Υπέρτασης (2011) Υπέρταση στα Παιδιά και τους Εφήβους: Διάγνωση, Διερεύνηση και Αντιμετώπιση: Κείμενο Συμφωνίας Ελληνικής Εταιρείας Υπέρτασης. *Αρτηριακή Υπέρταση* 20(1): 13-25
- American Academy of Pediatrics (AAP) Subcommittee on Febrile Seizures (2011). Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure Subcommittee on Febrile Seizures. *Pediatrics*, 127(2): 389-394
- Fallah, R., Tirandazi, B., Ferdosian, F., & Fadavi, N. (2014). Iron deficiency and iron deficiency anemia in children with first attack of seizure and on healthy control group: a comparative study. *Iranian journal of child neurology*, 8(3), 18.
- Ghasemi, F., & Valizadeh, F. (2014). Iron-deficiency anemia in children with febrile seizure: a case-control study. *Iranian journal of child neurology*, 8(2), 38.
- Hossain, M. M., & Saha, N. C. (2021). Clinical review of febrile seizure and updates. *Karnataka Paediatric Journal*, 36(1), 3-12.
- Leung, J. S. C. (2024). Febrile Seizures: An Updated Narrative Review for Pediatric Ambulatory Care Providers. *Current Pediatric Reviews*, 20(1), 43-58.
- Lewis, D. V., Shinnar, S., Hesdorffer, D. C., Bagiella, E., Bello, J. A., Chan, S., ... & Mathern, G. W. (2014). Hippocampal sclerosis after febrile status epilepticus: the FEBSTAT study. *Annals of neurology*, 75(2), 178-185.
- Lissauer T., Roberts G., Foster C., Coren M., Clayden G. (2016) Σύγχρονη Παιδιατρική 4<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Broken Hill Publishers

- Natsume, J., Hamano, S. I., Iyoda, K., Kanemura, H., Kubota, M., Mimaki, M., ... & Komaki, H. (2017). New guidelines for management of febrile seizures in Japan. *Brain and Development*, 39(1), 2-9.
- Mastrangelo, M., Midulla, F., & Moretti, C. (2014). Actual insights into the clinical management of febrile seizures. *European journal of pediatrics*, 173(8), 977-982.
- Mohammadi, M. (2010). Febrile seizures: four steps algorithmic clinical approach. *Iranian journal of pediatrics*, 20(1), 5.
- Seinfeld, S., Shinnar, S., Sun, S., Hesdorffer, D. C., Deng, X., Shinnar, R. C., ... & Moshé, S. L. (2014). Emergency management of febrile status epilepticus: results of the FEBSTAT study. *Epilepsia*, 55(3): 388-395.
- Shah, P. B., James, S., & Elayaraja, S. (2014). EEG for children with complex febrile seizures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Shinnar, S., Glauser, T., Kim, K., Kwak, B., Kwon, A., Alheim, K., ... & Chan, S. (2019). Complex febrile seizures: an update. *Journal of Pediatric Epilepsy*, 8(03), 067-073.
- Patel, A. D., & Vidaurre, J. (2013). Complex febrile seizures: a practical guide to evaluation and treatment. *Journal of Child Neurology* 28(6): 762-767.
- Paul, S. P., Rogers, E., Wilkinson, R., & Paul, B. (2015). Management of febrile convulsion in children. *Emergency Nurse (2014+)*, 23(2), 18.
- Waruiru C, Appleton R. (2004) Febrile Seizures: An Update. *Archives of Disease in Childhood* (89):751 -756
- Vargiami E, Zafeiriou D.I. (2008) Febrile Seizures in Children: Review and Evidence Based Medicine. 1<sup>st</sup> Pediatric Clinic, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokratio General Hospital, Thessaloniki, Greece. *Paediatric Nursing Gr* (20): 318-324.