

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Traslado de crisis convulsivas a urgencias hospitalarias. Cuándo y cómo.

Dr. Juan Antonio Rodil Díaz¹, Dra. María Luisa Taboada Martínez²

1. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, médico adjunto del SAMU Asturias.
2. Médico especialista en Medicina Interna. Médico adjunto del servicio de Medicina Interna del Hospital Valle del Nalón de Langreo, Asturias.

Juan Antonio Rodil Díaz.
E-mail: tonirodil72@gmail.com

Citar como: Rodil Díaz J. A. y Taboada Martínez M^a L.

Traslado de crisis convulsivas a Urgencias hospitalarias. Cuándo y cómo. fml. 2016; 20(15):5p

Recibido el 11/03/2016

Aceptado el 17/05/2016

Publicado el 24/05/2016

Resumen

Las crisis convulsivas son un síntoma frecuente de activación de las ambulancias medicalizadas. Para su manejo existen unos criterios de traslado de este tipo de pacientes al medio hospitalario. El objetivo de este artículo es conocer si estos criterios de traslado son utilizados por el personal sanitario y, a su vez, conocer si son útiles para determinar el riesgo de nuevas crisis convulsivas en el traslado. Para ello hemos realizado un estudio observacional descriptivo prospectivo de 102 avisos de la ambulancia medicalizada de Gijón por el síntoma convulsión desde el 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2015. En ese período se trasladaron al hospital a 89 pacientes que habían sufrido una crisis convulsiva (87,25%) y en 13 ocasiones (12,75 %) no hubo traslado. A su vez, del total de avisos, 90 cumplían los criterios de traslado a hospital de la tabla I (88,23%) y 12 (11,77%) no los cumplían. De los 89 pacientes trasladados al hospital, 79 cumplían los criterios establecidos de traslado de crisis convulsivas (88,76%). De los 13 pacientes no trasladados, la gran mayoría (84,61%) sí cumplían criterios de traslado a hospital. Las crisis convulsivas presenciadas por el personal sanitario in situ fueron muy escasas (6,86%). La gran mayoría de los pacientes que sufren una crisis convulsiva cumplen los criterios de traslado al hospital que se realizarán siempre en ambulancia medicalizada. La presencia de nuevas crisis convulsivas durante el traslado al hospital de estos pacientes es escasa.

Introducción

La crisis convulsiva es un fenómeno con múltiples causas posibles, consecuencia de una descarga de un grupo de neuronas de forma anormal, paroxística, sincronizada y excesiva que provoca la aparición repentina de una actividad motora que varía según el tipo de neuronas afectadas (1). En ocasiones esta descarga neuronal no provoca efectos motores, sino que se produce en forma de atonía muscular, alteración sensitiva o psíquica (2).

La anamnesis del episodio convulsivo es muy importante porque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, obteniendo todos los datos posibles del paciente y de los testigos del suceso (3), sobre todo en pacientes sin diagnóstico previo de epilepsia.

En Asturias tenemos 8 áreas sanitarias, cada

una con su hospital de referencia salvo Gijón (área V^a), que cuenta con dos. Para la atención pre hospitalaria, el Servicio de Atención Médica Urgente de Asturias (SAMU) dispone en el área de Gijón de dos unidades medicalizadas de emergencias (UME), compuesta de médico, enfermería y dos técnicos sanitarios. Nuestra área acoge una población de 303.484 personas (4).

No en todos los casos de crisis convulsiva es necesaria la derivación hospitalaria de un paciente. Es por esto, y por el ámbito pre hospitalario de nuestro trabajo, por lo que queremos conocer si realizamos un traslado, o no, con los criterios correctos, así como determinar el número y tipo de complicaciones que acontecen cuando decidimos realizar el traslado al hospital. Estos criterios, (Tabla I) (5,6), también podrían servir de ayuda al Centro Coordinador del SAMU, que es el responsable de la recepción telefónica de estos avisos y de activar la ambulancia medicalizada, pues en ocasiones con los datos de los testigos o de personal sanitario presente en el lugar, se puede determinar la necesidad de activar la UME, trasladar por otro medio o no trasladar. Esto es especialmente importante en áreas sanitarias donde las urgencias susceptibles de activación de una UME pueden solaparse.

En este trabajo queremos hacer una descripción de las activaciones por el síntoma "convulsión" que desde el centro Coordinador del SAMU de Asturias se han hecho a las UMEs del área de Gijón durante el primer semestre de 2015, excluyendo las convulsiones febriles, descritas como un fenómeno de la lactancia o de la infancia, que habitualmente se produce entre los tres meses y cinco años de edad, relacionado con la fiebre, pero sin datos de infección intracraneal o causa identificable, quedando descartadas las convulsiones con fiebre en niños que han experimentado anteriormente una crisis convulsiva afebril (7). También queremos saber si los traslados que realizamos cumplen con los criterios de traslado de derivación hospitalaria de la tabla II y también si en los traslados que cumplen con los criterios de derivación hospitalaria de la tabla II acontecen más complicaciones que en los traslados en donde no se cumplían dichos criterios.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo prospectivo. La muestra inicial del estudio fueron todos los



casos de activación de la UME del área 5^a de Asturias por el motivo "convulsión", desde el 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2015, excluyendo las crisis convulsivas febriles.

Las variables observadas son edad, sexo, diagnóstico previo de epilepsia, causa de la actual crisis convulsiva, crisis convulsivas presenciadas en la asistencia, si fue necesaria medicación y de qué tipo, si se realizó traslado al hospital y si se cumplía el criterio de traslado al hospital.

El análisis estadístico se realizó con el paquete de software GraphPad. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante media y desviación estándar de la variable cuantitativa edad y frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. Para la valoración de variables cualitativas se usó la ji al cuadrado.

Resultados

El número de activaciones por parte del centro coordinador de urgencias de Asturias a la UME de Gijón desde el 1 de enero de 2015 al 30 de junio de 2015 fue de 102. De este total 55 (53,93%) eran hombres y 47 (46,07%) mujeres. La edad media fue de 42,6 (20,8) años.

Del total de pacientes, 43 (42,15%) no tenían diagnóstico previo de epilepsia y 52 (50,98%) sí lo tenían. En 7 casos (6,86%) se desconocía si estaban diagnosticados de epilepsia en el momento de la primera asistencia.

En cuanto a la causa de la crisis actual en la gran mayoría de los casos, 67 (65,68%), es desconocida en el momento de la asistencia primaria, en 10 casos (9,80%) se presume una pseudocrisis, y ya en casos puntuales otras patologías tales como metástasis (4), accidente cerebrovascular (4), abstinencia alcohólica (2), incumplimiento de tratamiento (2), eclampsia (1), hipoglucemia (1), convulsiones secundarias a parálisis cerebral de origen anóxico (1), traumatismo craneoencefálico (1) y parada cardiorrespiratoria (1).

El tipo de convulsión inicial, según descripción del personal sanitario o de los primeros intervinientes, fue tónico-clónica en 94 casos (92,15%), dejando el resto (7,85%) para otros tipos de convulsión: tónica (2), parcial (2), atónica (1), mioclonías (1), orofacial (1), desconocida (1), temblor distal mal definido (1).

Se trasladaron al hospital a 89 pacientes (87,25%), y en 13 ocasiones (12,75 %) no hubo traslado.

Se necesitó medicación en 20 pacientes (19,60%),

y en 82 pacientes no fue necesario (80,40%).

El tipo de medicación utilizada fueron benzodiazepinas sublinguales (4), metoclopramida intravenosa (3), benzodiazepina intravenosa (12), benzodiazepina rectal (2), valproato iv (1), captopril sublingual (1).

Sólo en 7 pacientes (6,86%) se presentó la crisis convulsiva, o una repetición de la crisis, por parte del personal sanitario, mientras que en los otros 95 pacientes (93,14%), no fue presenciada.

Del total de avisos, 90 cumplían los criterios de traslado a hospital de la tabla I (88,23%) y 12 (11,77%) no los cumplían. Los casos que no cumplían criterios fueron en 10 ocasiones por pseudocrisis, entendida ésta como tipo de sintomatología que pese a ser muy similar a una crisis epiléptica, no lo es, siendo resultado de una alteración psicológica o emocional. En un caso no se realizó el traslado por éxitus del paciente, y en otro caso era un paciente con parálisis cerebral y crisis habituales de características similares, resuelta y cuyos padres no querían traslado a hospital.

De los 89 pacientes que fueron trasladados al hospital en ambulancia medicalizada, 79 (88,76%) cumplían los criterios de traslado a hospital establecidos en la Tabla I. De los 13 pacientes que no se trasladaron al hospital, 11 cumplían también dichos criterios (84,61%).

En los 12 pacientes que no cumplían criterios se utilizó medicación en 3 de ellos (25%), utilizándose glucosa intravenosa (1), benzodiazepina rectal (1) y benzodiazepina sublingual (1). De los 90 pacientes donde sí se cumplían criterios, 17 (18,80%) necesitaron medicación, utilizándose benzodiazepina intravenosa (12), metoclopramida intravenosa (3), benzodiazepina rectal (1), valproato intravenoso (1), benzodiazepina sublingual (4) y captopril sublingual (1).

De los siete pacientes que sufrieron una nueva crisis convulsiva siendo ya atendidos por el personal médico, seis correspondían a pacientes que cumplían criterios de traslado.

Conclusiones

La gran mayoría de los pacientes que sufren una crisis convulsiva cumplen los criterios de traslado al hospital de referencia.

En nuestro estudio hemos observado que la gran mayoría de los pacientes que cumplen estos criterios son trasladados a un centro sanitario,

al igual que un porcentaje alto de pacientes sin criterios de traslado. El número de crisis convulsivas presenciadas por el personal sanitario es escaso, siendo lo habitual que la convulsión esté resuelta y no repita. En nuestro estudio sólo en siete ocasiones se presenció una nueva crisis.

La utilización estricta de los criterios de traslado en ambulancia medicalizada para el manejo de las convulsiones podría disminuir el número de avisos de este tipo que sean realizados por una ambulancia medicalizada. En todo caso en el ámbito extra hospitalario hay que tener en cuenta factores, como la presión familiar, ambiental, o la imposibilidad de realizar una historia fiable, que en muchas ocasiones condicionan la actuación de los servicios de emergencias a la hora de decidir trasladar o no al paciente.

Bibliografía

1. Lowestein DH, Isselbacher HJ, Braunwald E, Wilson JD. Convulsiones y epilepsia Principios de Medicina Interna Harrison. 15 ed. Mc Graw-Hill; c2002. P 2751-68.
2. Villarejo Galende A, Camacho salas A, García-ramos García R. Crisis comiciales. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica del Hospital 12 de Octubre. 5 ed. Madrid; c2003. P 943-54.
3. Castillo de Comas C, Alonso Pena T, Díaz Díez-Picazo L, Jesús Gómez ML y Barquintero Canales C. Evaluación del paciente con crisis convulsivas. Jano. 2005 Jun; 1570: p 136-40.
4. Memoria de salud del Principado de Asturias 2011.
5. Manejo de la Crisis Convulsivas .Protocolos de Urgencias y Emergencias más Frecuentes en el Adulto. Plan Andaluz de Salud. 2013. P 5.
6. Guía Asistencial de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte sanitario del SESCAM. 2 ed; c2014. P274.
7. Rojas de Recalde L, Montiel de Doldán M E, Sostoa G, Aldana A, Lezcano M. Pediatr. 2001 Abril; 38(1): 63-67.

Tabla I. Criterios de Derivación Hospitalaria .El traslado se realizará siempre con personal sanitario y preferiblemente en ambulancia medicalizable.
--

- | |
|--|
| - Todo paciente que presente una primera crisis convulsiva. |
| - Factor desencadenante no aclarado o que precise hospitalización por sí mismo. |
| - Crisis atípica, con características distintas a las habituales. |
| - Crisis repetidas. |
| - Lesiones traumáticas graves en el curso de la crisis. |
| - Circunstancias asociadas que lo justifiquen (embarazo, dificultad respiratoria). |
| - Estatus convulsivo. |

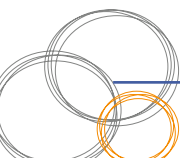


Tabla II. Activaciones de UME 5 por el síntoma convulsión.

	Total	Pacientes con criterio de traslado a hospital	Pacientes sin criterio de traslado a hospital	<i>p</i>
Edad	42,6 años(+/-20,8)	45,16 ((+/-20,04)	27 a(+/-22,07)	p=003
Sexo Varón Hembra	55 (53,93%) 47 (46,07%)	49(89,09%) 41 (87,23%)	6(10,91%) 6(12,77%)	p=1
Diagnóstico previo de epilepsia: -Si -No -desconocido	52 (50,98%) 43 (42,15%) 7 (6,86%)	47(90,38%) 36(83,72%) 7 (100%)	5(9,64%) 7(16,28%) 0 (0%)	p=0,30
Tipo de crisis -tónico-clónica -resto	94 (92,15%) 8 (7,85%)	83(88,29%) 7 (87,5%)	11 (11,71%) 1 (12,50%)	p=1
Causa desencadenante: -desconocido -pseudocrisis -otras causas	75 (76,50%) 10 (9,80%) 17 (16,66%)	75(100%) 0 (0%) 15(88,23%)	0(0%) 10(100%) 2(11,77%)	p<0,001
Traslado a hospital -Sí -no	89 (87,25%) 13(12,75 %)	79(88,76%) 11 (84,61%)	10 (11,24%) 2 (15,39%)	p=0,64
Uso de medicación -Sí -no	20 (19,60%) 82(80,40%)	17 (85,0%) 73 (89,02)	3 (15,0%) 9 (10,98%)	p=0,69
Crisis presenciadas por personal médico -Sí -no	7 (6,86%) 95 (93,14%)	6 (85,71%) 84 (88,42%)	1(14,29%) 11 (11,58%)	p=1

