



ESTADO EPILÉPTICO EN NIÑOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y ASISTENCIA PREHOSPITARIA

C GRAÑA RIO, MI VÁZQUEZ GARCÍA, S SANZ SÁEZ, JL PÉREZ SANCHEZ, JJ ALONSO RIUS

INTRODUCCIÓN

El estado epiléptico convulsivo (EEC) es una emergencia a la que los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) se enfrentan. El documento de consenso propone un cambio en su atención con la intención de optimizar tiempos para evitar la instauración del *estado epiléptico* (EE).

Su manejo, especialmente en edad pediátrica, supone un reto para el equipo de trabajo. Una revisión de la actuación prehospitalaria puede conllevar la detección de aspectos de mejora de la asistencia.

El objetivo de este estudio es describir la epidemiología, manejo y resultados del EE en la población pediátrica en un SEM.

RESULTADOS

De los pacientes en los que se consiguió acceso venoso, a un 77,1% se les canalizó 1 vía venosa periférica, a un 19,29% 2 periféricas, 1 paciente vía intraósea y otro paciente vena femoral.

Un 10,2 % recibieron alguna dosis de diazepam rectal previa a la asistencia.

De los paciente que precisaron Benzodiacepina, al 72,5% se les administró diazepam frente al 27,5% midazolam; por vía intravenosa (47,1%), rectal (33,3%), nasal (11,8%), bucal (5,9%) e intramuscular (2%).

De los pacientes que precisaron segunda dosis, al 51,2% se les administró diazepam frente al 48,8% midazolam; por vía intravenosa (87,5%), rectal (7.5%), nasal (2,5%), intramuscular (2,5%)

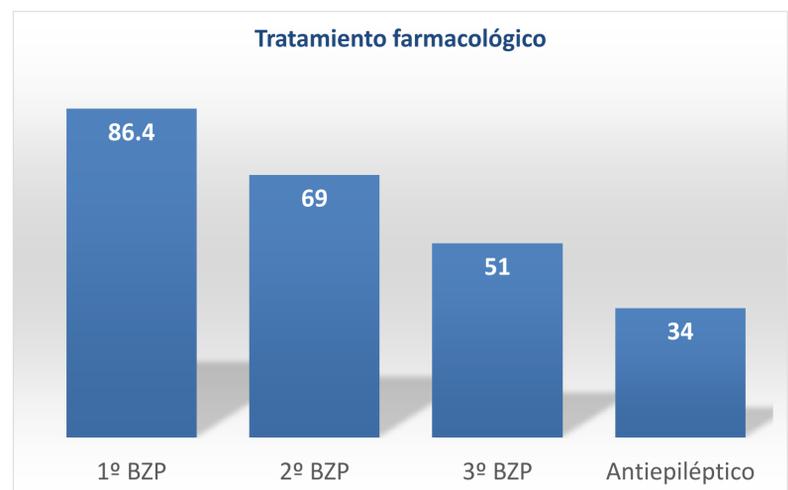
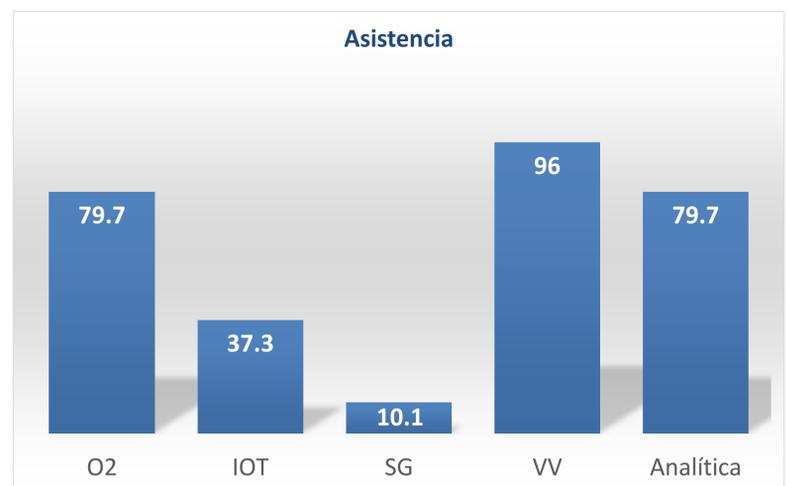
De los pacientes que precisaron tercera dosis, al 43,3% se les administró diazepam frente al 56,7% midazolam, por vía intravenosa (96,6%) o intramuscular (3,4%).

Al 39,2% de los pacientes a los que se les administró benzodiacepina inicial recibieron una dosis de antiepiléptico (55% fenitoína frente a 45% ácido valproico), en 1 paciente se repitió dosis.

MÉTODO

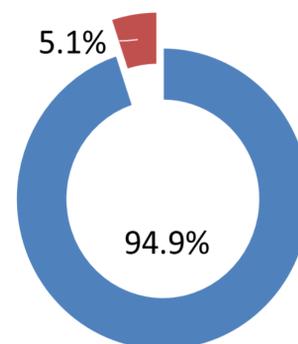
Estudio observacional con recogida de datos retrospectiva de pacientes pediátricos con estatus epiléptico atendidos por un SEM.

Se incluyeron los niños atendidos y trasladados en unidades de Soporte Vital Avanzado con EE (Enero 2007-Diciembre 2021), edades 0-17 años. Los datos se recogieron a partir del Informe Asistencial y Seguimiento, incluyendo variables sociodemográficos (edad, sexo), características clínicas (antecedentes, tipo de crisis), manejo y resultados (supervivencia, ingreso en UCI más de 24 horas). Analíticos descriptivos para variables cuantitativas, tablas de frecuencias para variables cualitativas. Excell/IBM-SPSS20.

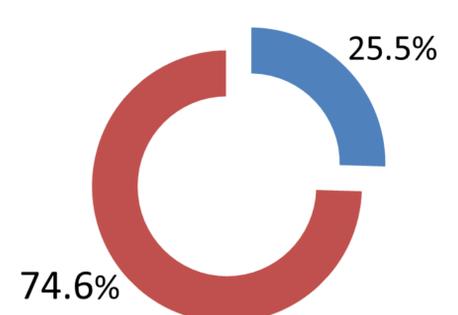


Total	N 59
♂ 33	♀ 26
Edad	6 (4,81)
Epilepsia /Crisis	39,0 %
Otros AP	23,7 %
Generalizadas	78,0 %

Supervivencia 7 días



Ingreso UCI > 24 horas



CONCLUSIONES

Este es un estudio extenso en el tiempo que describe el EE en la población infantil en el ámbito prehospitalario, y la forma en que son manejadas.

Conocer el perfil de estos pacientes permite sentar las bases para un futuro Código Crisis infantil.

La casuística de asistencia al niño con EE es escasa en el medio extrahospitalario.

El perfil de atención es un niño pequeño, con perfil clínico variable, sobre todo sano y presenta convulsiones generalizadas.

Las medidas de Soporte vital avanzado que se realizan son: oxigenoterapia (a veces precisan intubación), vía venosa, analítica y tratamiento con varias dosis de Benzodiazepinas (vía de elección intravenosa si está disponible) y en menor medida antiepilépticos.

Tras soporte vital avanzado y tratamiento, la supervivencia es muy elevada y los ingresos en UCI son escasos.

