

Atención de niños con una primera convulsión en apirexia

Encuesta a profesionales

DRES. ANA BARAIBAR¹, MERCEDES CASTRO², ALFREDO CERISOLA³,
ADRIANA MARTÍNEZ⁴, ADRIANA MISA⁵, ALICIA MONTANO⁶, LAURA PARDO⁷

Resumen

Introducción: las convulsiones en los niños constituyen un motivo frecuente de consulta y existen discrepancias en su estudio y tratamiento. En el marco del "Proyecto de Transferencia Tecnológica Canadá – Uruguay", el grupo de elaboración de Guías de Práctica Clínica seleccionó el tema Diagnóstico y Tratamiento de la Primera Convulsión en Apirexia. Se realizó una encuesta de opinión para conocer la forma en que actúan frente a estos casos los médicos que trabajan en diferentes áreas del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Objetivo general: identificar si existen controversias o incertidumbres en el abordaje de este problema clínico en el hospital.

Material y método: se diseñó una encuesta tipo cuestionario, anónima y de participación voluntaria. Se distribuyeron 100 encuestas en los servicios de Pediatría, Emergencia, Neuropediatría y Neonatología.

Resultados: se recibieron 72 encuestas. Los exámenes que solicitarían con mayor frecuencia fueron: electroencefalograma, tomografía de cráneo, glicemia y ionograma. El 59,7% no trataría a estos pacientes, el 34,7% sí los trataría y 5,6% no respondió. De los 25 médicos que los tratarían, 14 lo iniciarían antes, siete luego de conocer la paraclínica y cuatro no respondieron. Los anticomiciales más indicados fueron fenobarbital y difenilhidantoína. El 76,4% ingresaría a todos los niños entre 1 a 11 meses de edad. El 66,7% señaló dificultades para realizar el diagnóstico etiológico. El 48,6% conocía pautas de atención nacionales y/o extranjeras.

Conclusiones: existen controversias e incertidumbres en el abordaje de este problema clínico. Esto apoya la utilidad de elaborar una guía de práctica clínica.

Palabras clave: CONVULSIONES-diagnóstico
CONVULSIONES-terapia
RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Pediatra. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Ministerio de Salud Pública. Clínica Pediátrica "C" Prof. Dra. Ivonne Rubio.

2. Médica alumna del Curso de postgrado de Neuropediatría. Cátedra de Neuropediatría Prof. Dra. A. Delfino.

3. Pediatra. Asistente de Clínica. Cátedra de Neuropediatría Prof. Dra. A. Delfino.

4. Pediatra. Asistente de Clínica Pediátrica "A" Prof. Dra. A. Ferrari.

5. Especialista en Epidemiología. Prof. Adj. de Depto. de Medicina Preventiva y Social. Directora Adj. del CHPR.

6. Prof. Directora de Clínica Pediátrica "B". Facultad de Medicina.

7. Pediatra del Departamento de Emergencia del CHPR. Director Prof. Agdo. Dr. O. Bello. Prof. Adj. de Clínica Pediátrica "B". Prof. Dra. A. Montano Proyecto de "Transferencia Tecnológica Canadá-Uruguay"

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Grupo de Trabajo para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.

Fecha recibido: 12 de marzo

Fecha aprobado: 17 de setiembre 2004

Summary

Introduction: *seizures in children are a frequent motive of consult, and there are differences on its study and treatment. In the context of the project "Technological transfer Canada-Uruguay", the task force for the elaboration of clinical practice guideline choose the subject Diagnosis and Treatment of first time seizure in absence of fever. A survey was made in order to know how act in this cases the doctors working in different areas of Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

General objective: *identify controversies or uncertainties on the approach of this clinical problem in the hospital.*

Material and method: *a question type survey was designed, anonymous and voluntary. There were distributed 100 surveys in the services of Pediatrics, Emergency, Neuropediatrics and Neonatology.*

Results: *72 surveys were received. The most solicited exams were: EEG, head tomography, sugar in blood and ionogram. 59,7% would not treat this patients, 34,7% will and 5,6% didn't answer. For the 25 doctors that would treat this patients, 14 would do before, seven after knowing the paraclinic and four did not answer. The more used anticonvulsant were phenobarbital and diphenilhidantoin. 76,4% would hospitalize every children from 1 to 11 months old. 66,7% mentioned difficulties for making the ethiologic diagnosis. 48,6% knew national or foreigner guidelines.*

Conclusions: *there are disagreements and uncertainties in the approach of this clinical problem. This support the usefulness of producing a clinical practice guideline.*

Key words: CONVULSIONS-diagnosis
CONVULSIONS-therapy
DATA COLLECTION

Introducción

En el marco del Proyecto de "Transferencia Tecnológica Canadá – Uruguay", el equipo de trabajo seleccionó el tema "primera convulsión en apirexia" sin otros síntomas ni signos concomitantes para la elaboración de la primera Guía de Práctica Clínica (GPC) ^(1,2).

La elección se basó en que estas crisis convulsivas constituyen un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencia ^(3,4) y en la diversidad de criterios para la selección de los procedimientos diagnósticos ⁽⁵⁻⁷⁾ y de las modalidades terapéuticas.

Previo a la elaboración de la GPC se realizó una búsqueda, revisión y clasificación de la literatura disponible así como la revisión de protocolos y guías existentes nacionales e internacionales. Para conocer la situación previa a la realización de la GPC se diseñó un estudio de investigación descriptivo sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados en los pacientes que ingresaron al hospital durante el año 2000 con diagnóstico de "Primera Convulsión en Apirexia no provocada en niños entre 1 mes y 14 años" y una encuesta de opinión a profesionales sobre la forma en que actuarían frente a estos pacientes y sus fundamentos, cuyos resultados se presentan en este trabajo.

Objetivos

Objetivo general

Identificar si existen controversias e incertidumbres en el abordaje de este problema clínico en el hospital.

Objetivos específicos

- Conocer cómo actúan los médicos en su práctica diaria frente al caso clínico concreto de un niño que presentó la primera convulsión en apirexia sin otros síntomas ni signos concomitantes, a través de:
 - Los métodos diagnósticos que solicitan.
 - La indicación o no de tratamiento antimicrobiano y, en caso de indicarlo, establecer la oportunidad, el tipo y la justificación de dichas decisiones.
 - La indicación o no de ingreso a sala de internación.
- Establecer la presencia de dificultades para llegar al diagnóstico etiológico y sus causas.
- Determinar el acceso a pautas de atención para este tipo de pacientes, su origen (nacional o extranjero), disponibilidad en el lugar de trabajo y su utilidad.
- Definir qué aspectos del tema los profesionales consideran necesario revisar (diagnóstico, tratamiento, seguimiento u otros o ninguno)
- Precisar el tiempo transcurrido desde la última lectura de artículos y textos sobre el tema.

Material y método

Se realizó un estudio de tipo descriptivo. Para la recolección de datos se diseñó una encuesta de opinión tipo cuestionario, anónima y de participación voluntaria dirigida a los médicos que se enfrentaban a este problema clínico y que trabajaban en diferentes áreas del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (Clínicas Pediátricas, Departamento de Emergencia, Servicio de Neuropediatría).

Se recabaron datos generales sobre título, años de recibido, especialidad, cargo que desempeñan.

Para **conocer cómo actuarían los médicos en su práctica diaria** se planteó como problema la consulta de un niño sano (de 1 mes a 14 años de edad) por una primera convulsión en apirexia generalizada, con examen posconvulsión normal.

Para determinar qué **exámenes** solicitarían, se consideraron dos grupos de edad, de 1 a 11 meses y de 1 año y más. Esta división arbitraria pretendía explorar si la solicitud de exámenes se relacionaba con la edad de los pacientes. Se preguntó cómo actuarían en relación a: indicación de internación, métodos diagnósticos solicitados, indicación o no de tratamiento anticomitial y, en caso de indicarlo, oportunidad, tipo y justificación de dicha indicación, indicación o no de hospitalización.

Se interrogó si conocían la existencia de pautas, su origen (nacional o extranjero), disponibilidad en el lugar de trabajo, si las utilizaban y si les resultaban útiles; qué aspectos sobre el manejo de este problema consideraban necesario revisar; cuánto tiempo había transcurrido desde la última lectura sobre el tema. Se solicitó que enviaran la pauta si utilizaban alguna de origen extranjero y de acceso limitado.

Se realizó una prueba piloto de la encuesta luego de la cual se decidió su aplicación.

Se distribuyeron 100 encuestas en las tres Clínicas Pediátricas, el Departamento de Emergencia y Neuropediatría. Se designó un integrante del equipo de trabajo como responsable en cada uno de los servicios. La encuesta se aplicó durante dos días en forma simultánea en los servicios elegidos, excepto en el Departamento de Emergencia en el cual, debido al régimen de guardias, se realizó durante una semana.

Los resultados se presentaron en un taller en el que se discutieron las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas planteadas por los encuestados. Esta estrategia de trabajo para la devolución de resultados se propuso como forma de sensibilización de los profesionales sobre el tema y de acercamiento a la GPC.

Resultados

De las 100 encuestas distribuidas, se recibieron 72 (28% de no respuesta).

Características de la población encuestada

El 43% de los médicos tenía entre 1 y 4 años de graduado y el resto tenía 5 años o más. El 43,1% tenían título de pediatra y el 22% refiere tener otra especialidad. La mitad de estos últimos eran neuropediatras.

El 73,4% pertenecía al MSP-ASSE (incluye a los médicos residentes) y el 22,2% a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Respuestas acerca de los estudios paraclínicos

En los pacientes de 1 a 11 meses de edad, se mencionaron 23 tipos de exámenes diferentes, siendo los cuatro más frecuentes: EEG (84,7%), TAC de cráneo (66,7%), glicemia (63,9%), ionograma (58,3%) (tabla 1). En un caso no se solicitó ningún examen. Considerando las solicitudes propuestas en las 72 encuestas, hay 55 combinaciones diferentes de esos 23 exámenes.

En los pacientes de un año y más de edad, se mencionaron 21 tipos de exámenes diferentes, siendo también los cuatro más frecuentes: EEG (83,3%), TAC de cráneo (70,8%), glicemia (44,4%), ionograma (40,3%) (tabla 2). Considerando las solicitudes realizadas en las 72 encuestas, hay 33 combinaciones de esos 21 exámenes.

Respuesta sobre el tratamiento y la hospitalización

No indicarían tratamiento anticomitial 43/72 (59,7%), lo indicarían 25/72 (34,7%); y 4/72 (5,6%) no respondieron.

La causa más frecuentemente mencionada para justificar el tratamiento fue el riesgo de recurrencias de convulsiones (40%) y, al mismo tiempo, la causa más frecuente para justificar la no indicación del tratamiento fue la baja probabilidad de recurrencias (16,3%). De todas formas, cabe destacar que el 27,9% de los que no indicaron tratamiento no especificaron el por qué no tratar, porcentaje de no respuesta importante.

De los 25 médicos que respondieron que iniciarían el tratamiento anticomitial, 14 lo harían antes de conocer los resultados de la paraclínica, siete luego de conocerlos y cuatro no respondieron. De los 14 que hubieran iniciado el tratamiento anticomitial antes de conocer los resultados de la paraclínica, cuatro no mencionaron el motivo, seis lo justificaron por el riesgo de recurrencias y tres por las limitaciones diagnósticas del EEG. De los siete que iniciarían el tratamiento luego de conocer los resultados de la paraclínica, la razón más frecuente fue

Tabla 1. Exámenes complementarios solicitados en pacientes entre 1 y 11 meses de edad (n:72)

Examen	Frecuencia absoluta
EEG	61
TAC	48
Glicemia	46
Ionograma	42
Punción lumbar	30
Fondo de ojo	20
Gasometría	18
Torch	11
Ecografía fontanelar	10
Hemograma	10
Dosificación de tóxicos	6
Hemocultivo	5
Screening metabólico	4
PCR	4
RNM	3
Velocidad de eritrosedimentación	2
Azoemia y creatinemia	2
Examen de orina	1
Consulta con neuropediatra	1
Estudio de metabolopatías	1
Calcemia	1
ECG en diferido	1
Magneemia	1
Ninguno	1
No contesta	1

descartar, identificar y tratar causas corregibles de la crisis.

Los anticomiciales propuestos con mayor frecuencia fueron: fenobarbital (21/25) y difenilhidantoína (13/25), según diferentes grupos de edad, y el fenobarbital sin otras especificaciones (9/25).

Con respecto a la **indicación o no de ingreso**, para el grupo de 1 a 11 meses de edad la opción más frecuente fue que se deben ingresar en todos los casos (76,4%) y

Tabla 2. Exámenes solicitados en pacientes de un año o más de edad (n:72)

Examen	Frecuencia absoluta
EEG	60
TAC	51
Ionograma	32
Glicemia	29
Fondo de ojo	22
Gasometría	12
Dosificación de tóxicos	10
Consulta con neuropediatra	3
Punción lumbar	2
Hemograma	4
Torch	0
RNM	2
Ecografía fontanelar	2
Hemocultivo	1
PCR	1
Azoemia y creatinemia	2
Examen de orina	3
Screening metabólico	2
Calcemia	1
ECG en diferido	1
Presión arterial	1
Ninguno	6
No contesta	2

para el grupo de 1 año y más, la de ingreso en algunos casos (58,3%).

Respuestas acerca de las dificultades para llegar al diagnóstico etiológico y sus posibles causas

Sobre las dificultades en el diagnóstico etiológico, 50/72 (69,4%) señalaron tener dificultades en la mayoría de los casos, y ninguno de los encuestados señaló la opción "nunca". Las causas más frecuentes de las dificultades que mencionaron fueron la existencia de mu-

chas etiologías que no se investigan y la falta de acuerdo entre los profesionales que atienden a estos pacientes.

Respuestas referidas a la existencia y el acceso a pautas de atención

Respecto a las **pautas de atención**, 35/72 (48,6%) manifestó tener acceso a las mismas: 32 contestaron sobre el origen de dichas pautas (19 eran nacionales, siete extranjeras y seis eran tanto nacionales como extranjeras) y tres no contestaron sobre su origen. Veintiséis médicos mencionaron que las mismas estaban disponibles en el lugar de trabajo y a 27 les resultaban útiles.

Las pautas referidas como utilizadas fueron:

- Atención Pediátrica. Pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención, Clínicas Pediátricas A, B y C, Depto. de Emergencia Pediátrica (coordinador general) Galiana A. Oficina del Libro AEM.
- Manual de Residentes del Hospital La Paz, Madrid.
- P.I.R. (no se pudo identificar la pauta correspondiente)

Respuestas sobre aspectos del tema que los profesionales consideran necesario revisar

Indicaron necesario revisar los aspectos referidos al diagnóstico, tratamiento y seguimiento en su conjunto, y considerados por separado, el diagnóstico fue el más mencionado.

Respuestas relacionadas a la lectura de artículos y textos sobre el tema

La mayoría manifiesta haber leído un artículo o un texto sobre el tema en los últimos días, pero se destaca que 22/72 (30,6%) no respondió sobre la lectura de artículos y 8/72 (11,1%) no lo hizo respecto a los textos.

Comentarios

Los resultados muestran una considerable variabilidad en las conductas diagnósticas y terapéuticas que adoptarían los médicos encuestados del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el abordaje clínico de los niños que consultan por primera crisis convulsiva en apirexia. Esto se evidencia en el número de combinaciones de exámenes complementarios que los médicos proponen utilizar en el estudio de estos pacientes y las diferencias en los criterios de ingreso.

Llama la atención que más de la mitad de los encuestados refieran no haber tenido acceso a pautas de atención para convulsiones.

La mayoría de los encuestados reconocen haber tenido dificultades referidas al diagnóstico etiológico y consideran necesario revisar aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de este tipo de pacientes.

La información obtenida permitió confirmar las controversias e incertidumbres que existen en el abordaje de este problema clínico, y apoyó la utilidad de la elaboración de una guía que aportara a la práctica clínica en este tema.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración y el apoyo prestado por la Dra. Alicia Framarin y el resto del equipo canadiense del "Proyecto de Transferencia Tecnológica Canadá – Uruguay", y por los Servicios de Pediatría, Emergencia Pediátrica y Neuropediatria del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Bibliografía

1. **Jovell AJ, Navarro D.** Guías de práctica clínica. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995 mar; 2 (3): 60-4.
2. **Larigoitia I.** Taller sobre Tecnología Médica. Montevideo: SMU, mar. 2000.
3. **Fejerman N, Medina CS, Caraballo RN.** Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos no epilépticos. 2 ed. En: Fejerman N, Fernández Alvarez E, eds. Neurología Pediátrica. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1997: 584-99.
4. **Aicardi J.** Epilepsy in children. 2 ed. New York : Raven Press, 1994. (International Review of Child Neurology Series).
5. **Garvey MA, Gaillard WD, Rusia JA, Ochsenschlanger D.** Emergency brain computed tomography in children with seizures: who is most likely to benefit? J Pediatr 1998; 133: 66-9.
6. **Hirtz D, Ashwal S, Berg A, Bettis D, Camfield C, Camfield P, et al.** Practice parameter: evaluating a first nonfebrile seizure in children: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, the Child Neurology Society, and the American Epilepsy Society. Neurology 2000; 55: 616-23.
7. **Duchowny M.** Seizure recurrence in childhood epilepsy: "The future ain't what it used to be". Ann Neurol 2000; 48(2): 137-9.

Correspondencia: Dra. Adriana Misa.
Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Blvr. Artigas 1550. Montevideo, Uruguay.
E-mail: adriamisa@adinet.com.uy