

**CIUDAD DE LA SALUD- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS-
NEUROLOGIA PEDIATRICA- CONVULSIONES FEBRILES (R56.0)**

DEFINICIÓN

La Crisis Febril (CF) es “una crisis convulsiva asociada a una enfermedad febril, en ausencia de una infección del sistema nervioso central o de un desequilibrio electrolítico, en niños entre los 6 a 60 meses de edad, sin antecedente de convulsiones afebriles previas.”

CLASIFICACIÓN

CRISIS FEBRIL	CLASIFICACIÓN DE CRISIS FEBRILES	
	SIMPLE (70%)	COMPLEJA (30%)
Duración	< 15 minutos	> 15 minutos
Localización	Generalizadas	Focales
Frecuencia	1 episodio / 24 horas	“Clusters” o ≥ 2 episodios / 24 horas
Período Post Ictal	Breve	Prolongado, y en ocasiones alteraciones neurológicas (Parálisis de Todd)

Estado Epiléptico Febril: crisis febril que dura más de 30 minutos.

Convulsiones Febriles Plus: son crisis asociadas a fiebre que se presentan en un paciente > 5 años de edad, con antecedente o no de crisis febriles, y quien puede, adicionalmente, padecer crisis afebriles posteriormente por lo que se deben de abordar.

FACTORES DE RIESGO

Factores de Riesgos Para Crisis Febril Recidivantes	Factores de Riesgos Para Desarrollar Epilepsia
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente familiar de CF - Edad < 12 meses - < 1 hr entre el inicio de la fiebre y de la CF - < 40°C en la 1era CF - Antecedentes patológicos en el periodo neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis Febriles Complejas - Alteración Neurodesarrollo - Antecedente Familiar de Epilepsia
<p align="center">La recurrencia de Crisis Febriles según los factores de riesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No Factores de Riesgo: < 15% Recurrencia - ≥ 2 Factores de Riesgo: > 30% Recurrencia - ≥ 3 Factores de Riesgo: > 60% Recurrencia 	

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes Familiares, Antecedentes Pre/Peri/Post-Natales.

Describir la crisis convulsiva (semiología).

EXAMEN FÍSICO GENERAL Y NEUROLÓGICO

Evaluar estado de conciencia, tono, fuerza, marcha, signos de focalización, buscar signos meníngeos y foco infeccioso.

PUNCIÓN LUMBAR ¿A QUIEN REALIZARLE?

1. ≤12 meses: se indica por la ausencia de síntomas de neuroinfección en esta edad.
2. 12 a 18 meses: se recomienda por sospecha de meningitis.
3. >18 meses: si hay signos de irritación meníngea, alteración de conciencia o neurológica.
4. Niños con fiebre y que recibieron AB previos en las últimas 72 horas.
5. Pacientes que persisten letárgicos posterior a 6 horas de ocurrir la crisis febril.

NEUROIMAGEN

En crisis febril simple, no realizar de rutina.

En crisis febril compleja y en crisis febriles plus, está indicada la resonancia magnética cerebral, la cual se puede realizar en forma ambulatoria.

ELECTROENCEFALOGRAMA

No efectuar en niño sano con crisis febril simple.

Sí está indicado en crisis febril compleja (convulsión focal, hallazgos neurológicos focales o episodio inexplicado de pérdida de conciencia) y en convulsiones febriles “plus”. Se realiza en forma ambulatoria después de 10 días del evento.

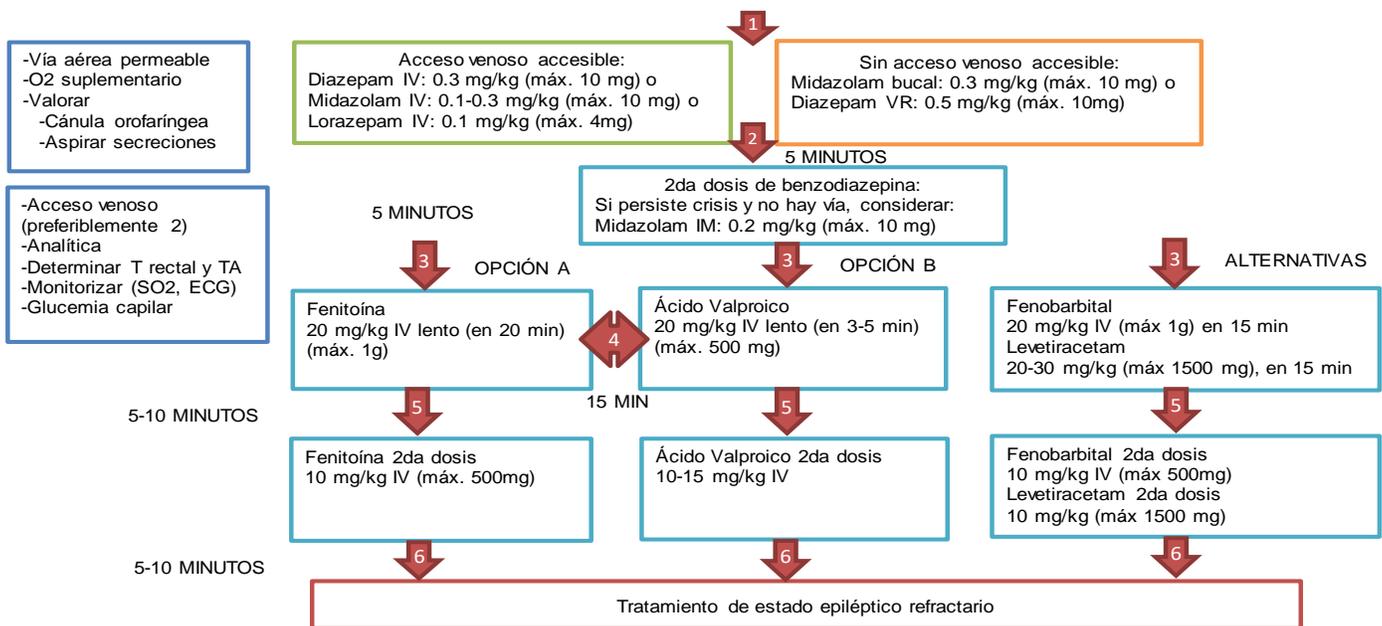
CRITERIOS DE INGRESO

- Mal estado general del paciente.
- Pacientes en que se debe excluir patología intracraneal, especialmente infecciones donde está indicado punción lumbar o estudios de gabinete.
- Pacientes que viven lejos del área hospitalaria.

- Crisis prolongada que no cede al tratamiento (más de 30 minutos), o 2 o más recidivas dentro del mismo proceso febril.
- Anomalia neurológica postictal y/o focalización.
- Ansiedad familiar.
- En caso de duda, mantener bajo Observación durante 12 horas.

TRATAMIENTO

- No se recomienda terapia antiepiléptica continua o intermitente en una o más crisis febriles simples.
- PROFILAXIS INTERMITENTE: En casos en que los padres estén muy ansiosos o en los pacientes que presentan CF complejas se puede utilizar el diazepam ya que ha demostrado ser efectivo para disminuir la duración y la recurrencia (44%) de las mismas. Diazepam VO o IR: 0,3-0,5 mg/kg/dosis cada 12 h por 3 días.
- PROFILAXIS PROLONGADA: Se ha evaluado dar a pacientes con CF complejas de larga duración o con CF complejas que viven lejos de centros de atención médica. El Fenobarbital y Ácido Valproico son los más adecuados por un periodo de 6 a 12 meses. Se debe comentar a los padres que los antiepilépticos previenen recurrencia de crisis (5%-35%), más NO el desarrollo de una futura epilepsia.
 - o Fenobarbital VO: 5 mg/kg/día (monodosis – hora sueño).
 - o Ácido Valproico VO: 20-40 mg/kg/día (dividir en 2 dosis al día).
- TRATAMIENTO DE URGENCIAS



PRONÓSTICO

- Las Crisis Febriles son eventos benignos con buen pronóstico.
- Hay un 30% de recurrencia después de la 1era Crisis Febril, y 48% de recurrencia después de la 2da Crisis Febril.
- No hay evidencia médica de déficit neurológico permanente después de Crisis Febriles, ni después de Estado Epiléptico Febril.

RECOMENDACIONES DE EGRESO

¿CUÁNDO REFERIR A NEUROLOGÍA?

- CF Complejas con alteración en la exploración neurológica, patología evidenciada en la neuroimagen y/o electroencefalograma anormal.
- CF Plus.
- CF Secundarias o Sintomáticas.

INFORMACIÓN A FAMILIARES LUEGO DE CRISIS FEBRIL

La Academia Americana de Pediatría reconoce que la repetición de las CF puede crear ansiedad en algunos padres y en sus hijos, y, por tanto, se les debe proporcionar una educación apropiada, un soporte emocional e información a los padres, niñeras y otros cuidadores de los niños con CF:

- Una CF no es una epilepsia, es un proceso benigno que afecta a 3-4 de cada 100 niños menores de 5 años de edad.
- Es **IMPORTANTE** combatir adecuadamente los cuadros febriles, enseñarles la forma de actuar ante una crisis y el modo de solicitar asistencia médica (911) si una crisis no cede.

- Se ha demostrado que las CF simples NO causan daño estructural.
- NO hay trastornos cognitivos y neuropsicológicos en niños con CF simples y son excepcionales en las CF complejas.
- El riesgo de mortalidad por la propia CF es nulo.
- Hay que prevenirles del riesgo de una recidiva de las CF y la posibilidad de que aparezcan entre los hermanos.
- También de un riesgo ligeramente mayor de desarrollar una epilepsia: entre el 2 y el 7% de los casos, frente al 1% de riesgo que muestra la población general.

BIBLIOGRAFÍA: (1) Capovilla, G., Mastrangelo, M., Romeo, A. and Vigevano, F. (2009), Recommendations for the management of "febrile seizures" Ad hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. *Epilepsia*, 50: 2-6. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01963.x>