

Convulsiones febriles

Convulsiones febriles

Definición:

Una convulsión febril (CF) es un fenómeno de la lactancia o de la infancia, que habitualmente se produce entre los tres meses y los cinco años de edad, relacionado con la fiebre pero sin datos de infección intracraneal o causa identificable.

Se excluyen aquellos procesos como los desequilibrios electrolíticos, la encefalitis o las infecciones meníngeas que afectan directamente al SNC, y en los que la fiebre y las convulsiones pueden aparecer juntas.

Incidencia:

Se estima que las convulsiones febriles tienen una incidencia entre el 2- 5 % de todos los niños con edades inferiores a los 5 años.

Son más frecuentes en los niños que en las niñas, especialmente a partir de los 18 meses de vida. En el 90% de los casos la primera crisis aparece antes de los 3 años, en el 50% de los casos en el 2º año de vida y solo en un 4% se presenta después de los 3 años. Son muy raras antes de los 6 meses. La edad media de aparición oscila entre los 17 y los 23 meses.

La crisis suele aparecer el primer día del proceso febril, coincidiendo con la aparición brusca de la fiebre. Con relativa frecuencia es el primer signo de la enfermedad (25% de las ocasiones).

La semiología clínica es variable, pero con predominio de crisis tónico-clónicas (55-94% de los casos), crisis tónicas (7-33%) y crisis clónicas (3-28%). Suelen ser generalizadas en el 90-93% de las ocasiones y en menor proporción, focales o hemicorporales.

Genética:

Las convulsiones febriles tienden a ser un trastorno familiar, con una herencia autosómica dominante con un patrón de penetrancia reducido, aunque en algunas familias la herencia pudiera ser multifactorial.

Investigaciones recientes han mostrado que ciertas regiones de los cromosomas 8q 13-21 y 19p contienen genes susceptibles de desencadenar las convulsiones febriles.

Clasificación:

Las convulsiones febriles se dividen en dos grandes grupos en función de sus características clínicas, evolutivas y posibilidades terapéuticas:

- **Convulsión febril simple o típica:**

Crisis de breve duración (inferior a 15 minutos), generalizada, que ocurre solo una vez en un período de 24 horas en un niño febril, que no tiene una infección intracraneal ni un disturbio metabólico severo.

- **Convulsión febril compleja o atípica:**

Crisis de una duración superior a 15 minutos, focal o recurrente dentro de las primeras 24 horas, que se produce en un niño sin insulto neurológico previo, anomalía conocida del SNC, o con una historia anterior de crisis afebriles. (Ejemplo: niño con una convulsión febril que reúne cualquiera de las anteriores características)

Criterios de riesgo:

La secuela más frecuente de una convulsión febril va a ser otra convulsión febril.

El riesgo de recidiva de las CF varía de modo importante según la edad. Cuando una CF aparece por debajo de la edad de 12 meses, el riesgo posible de recurrencia es del 50%. Cuando aparece la primera CF, si el niño tiene más de 12 meses, el riesgo de tener una segunda crisis es del 30%.

En los niños que han tenido más de una CF, el riesgo de una nueva crisis es aproximadamente del 50%. La mitad de las recidivas se producen entre los 6-12 meses siguientes a la primera CF.

Los factores más importantes son la historia familiar de CF positiva y la edad de la primera convulsión febril (antes de los 18 meses).

Factores de riesgo que orientan hacia la posibilidad de recidiva:

1. < 12 meses en el momento de la primera CF,
2. Si la CF es compleja,
3. Temperatura por debajo de 38°C en el momento de la crisis,
4. Recidiva de la CF en el mismo brote febril,
5. Antecedentes familiares de CF.

A mayor pico de temperatura antes de la CF, menor riesgo de recidiva y a menor duración de la fiebre antes de la CF, mayor posibilidad de recurrencia. Los niños con CF en el momento del ascenso febril tienen el mayor riesgo de recurrencia.

Un niño con dos o más factores de riesgo tiene el 30% de riesgo de recurrencia a los 2 años y un niño con tres o más factores, más del 60% de posibilidades. Por el contrario un niño de más de 18 meses, sin historia familiar de CF que asocia su primera CF con un pico de Tª mayor de 40°C, tras fiebre reconocida de más de una hora de evolución, solo tiene un riesgo de recurrencia del 15%.

Los niños con crisis febriles únicamente tienen un riesgo ligeramente mayor de desarrollar una epilepsia (entre el 2-7% de los casos) que el de la población general (1% de riesgo).

No está demostrado que las CF puedan producir daño cerebral, ni alteraciones cognitivas o neuropsicológicas. El riesgo de mortalidad por la propia CF es nulo.

Criterio de actuación ante una crisis convulsiva febril (Anexo 1):

1. Valoración inicial del tipo de crisis convulsiva: simple / compleja.
2. Si el niño llega convulsionando:
 - Administración de diazepam rectal (STESOLID® 5mg)
3. Tras ceder la convulsión, o si el niño llega postcrítico: apertura adecuada de la vía aérea y oxigenoterapia con máscara:
 - Si no repite la crisis tras un período de observación: remitir a su domicilio,
 - Se puede pautar/ administrar Stesolid® a la familia, tras la explicación del proceso.
4. Si tras la primera dosis de diazepam la crisis no cede:
 - Repetir nueva dosis de diazepam rectal (STESOLID® 5mg)
 - Si es posible:
 - **Canalizar vía periférica:**
Diazepam (Diazepan® o Valium®) ev. a 0'3 mg/ kg/ dosis, máximo 10 mg /dosis, se puede repetir cada 10-15 minutos (**riesgo de depresión respiratoria, control vía aérea**); una alternativa, si no es posible tener vía I.V. , es utilizar la vía Intraosea, aunque para ello es necesario disponer de medios y entrenamiento adecuado.
 - En situación de estatus y distancia prolongada al hospital, se puede valorar la administración de Depakine ev. 20 mg/ kg en bolus.
 - **Derivar al hospital de modo urgente**

Criterios de derivación (Anexo 2):

1. Si se trata de una CF simple o típica:
 - No precisa tratamiento.
 - Control por su pediatra responsable de Atención Primaria.
 - No precisa realización de EEG.

2. Si son CF simples de repetición:
 - No tratamiento profiláctico,
 - Diazepam rectal a la familia (explicar manejo).
 - Si existen antecedentes familiares de CF, suponen un mejor pronóstico.
 - Si la frecuencia es elevada valorar individualmente y conveniencia o no, de tratamiento profiláctico, o derivación a Consulta de Neuropediatría.
(Ningún tratamiento continuo o intermitente está recomendado en niños con una o más convulsiones febriles simples).

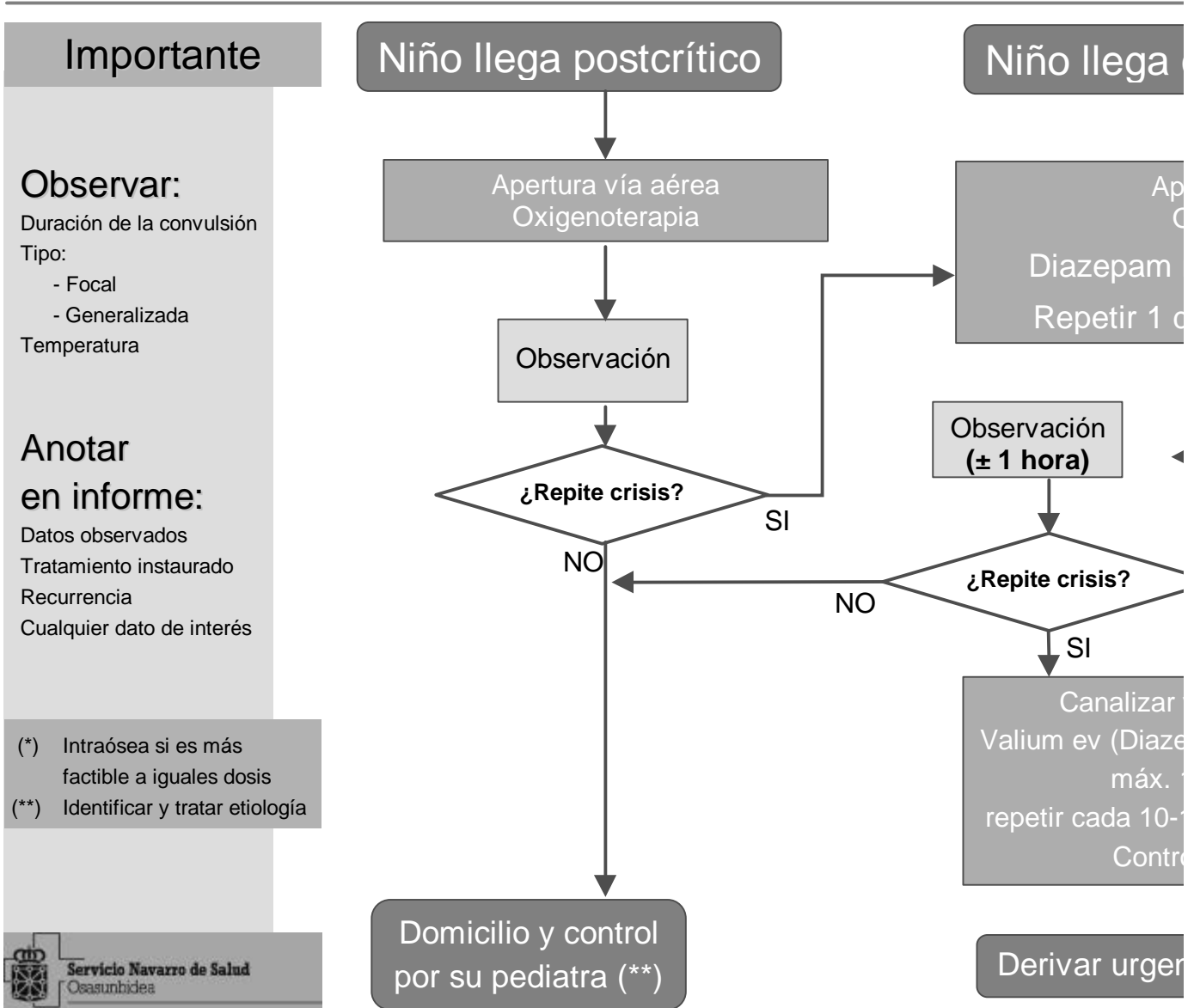
3. Si es una CF simple con criterios de riesgo:
 - Como por ejemplo: edad menor de 9 meses, ...
 - Derivación a Consulta de Neuropediatría de modo habitual.

4. Si se trata de una CF compleja:
 - Única sin criterios de riesgo: puede valorarse el control por su pediatra responsable de Atención Primaria...
en caso contrario:
 - Derivar a Consulta de Neuropediatría de modo preferente.

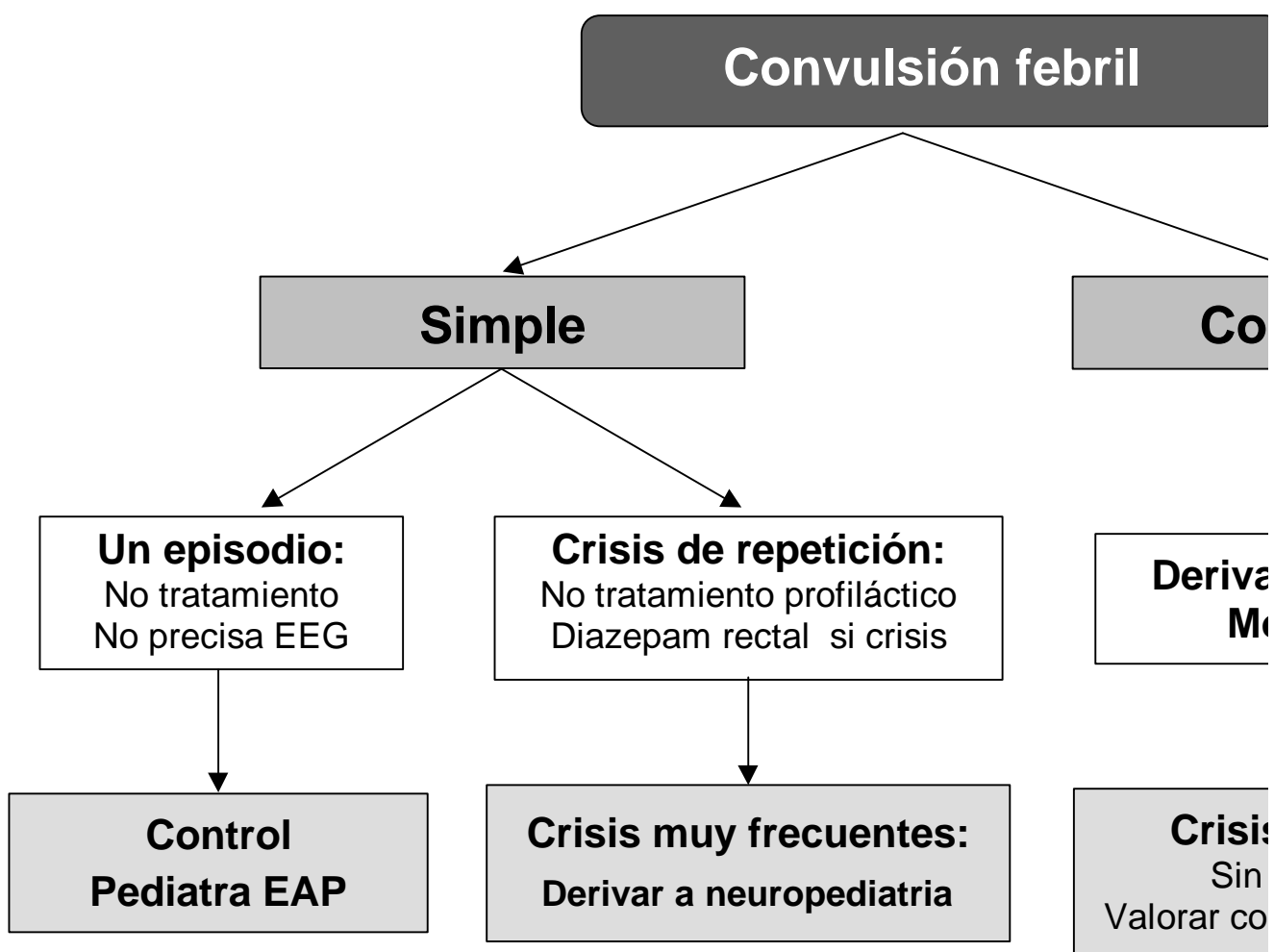
Bibliografía

1. Rufo Campos M: "Crisis Febriles". En: Casas C. Neurología. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, Tomo 1. Edita: Asociación Española de Pediatría; pág. 106-11.
2. Shinnar S: "Febrile seizures". En: Swaiman KF, Ashwal S. Pediatric neurology. Ed. Mosby, Missouri, 1999; 676-82.
3. Shinnar S, Glauser TA: "Febrile seizure". J Child Neurol 2002 Jan;17 Suppl 1:S44-52.
4. Van Stuijvenberg M, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA: "Temperature, age, and recurrence of febrile seizure". Arch Pediatr Adolesc Med 1998 Dec;152(12):1170-5.
5. Baumann RJ: "Prevention and management of febrile seizure". Paediatr Drugs 2001; 3(8):585-92.
6. Trainor JL, Hampers LC, Krug SE, Listernick R: "Children with first-time simple febrile seizures are at low risk of serious bacterial illness". Acad Emerg Med 2001 Aug;8(8):781-7.
7. Maytal J, Steele R, Eviatar L, Novak G: "The value of early postictal EEG in children with complex febrile seizure". Epilepsia 2000 Feb;41(2):219-21.
8. Knudsen FU: "Febrile seizures: treatment and prognosis". Epilepsia 2000 Jan;41(1):2-9.
9. Campistol J, Fernandez A, Ortega J: "Status epilepticus in children. Experience with intravenous valproate. Update of treatment guidelines". Rev Neurol 1999 Aug 16-31;29(4):359-65.

Anexo 1. Actuación ante una crisis febril



Anexo 2. Criterios de derivación crisis febriles



Convulsiones febriles. Consejos a los familiares

Cuando lea estas líneas, su hijo o algún niño muy relacionado con usted habrá sufrido una CONVULSIÓN FEBRIL, situación que le habrá producido gran ansiedad, pensando incluso que peligraba la vida del niño. Sin embargo, después de la crisis, el niño se ha recuperado con bastante rapidez y todo ha vuelto a la normalidad.

La finalidad de estas líneas es informarle de algunos aspectos relacionados con las convulsiones febriles y de la actitud a tener ante las mismas.

¿QUÉ ES UNA CONVULSIÓN FEBRIL?

Las convulsiones febriles son un proceso benigno que afecta a 3 ó 4 de cada 100 niños por debajo de los 5 años de edad y, excepcionalmente después de los 5 años, existiendo familias con mayor tendencia que otras a padecerlas.

Aunque el cuadro clínico puede provocar pánico inicial y ansiedad posterior, una Convulsión Febril no es una epilepsia, sino un proceso benigno. No suele dejar secuelas neurológicas y la mortalidad es nula.

El origen de las convulsiones febriles es una especial susceptibilidad de algunos niños, que hace que la fiebre provoque una reacción convulsiva. En la mayoría de los casos se trata de una crisis única, que no se repetirá. La tercera parte de los niños la padecerán de nuevo una o más veces.

La convulsión febril se manifiesta con pérdida de la conciencia y sacudidas musculares en todo el cuerpo o en un lado del mismo, con una duración total de pocos minutos, cediendo sola, seguida de cansancio y sueño. Excepcionalmente, la duración de la crisis convulsiva es superior a los 15-20 minutos, en cuyo caso pueden producirse complicaciones y secuelas cerebrales. Esta posibilidad es la que debemos prevenir a toda costa.

La convulsión suele coincidir con el primer día de la fiebre y en algunos casos, es la primera manifestación de la enfermedad.

¿QUÉ CRISIS NO SON CONVULSIONES FEBRILES?

No son convulsiones febriles los síntomas relacionados con la fiebre, como somnolencia, confusión mental, escalofríos, delirios, durante los cuales los niños pueden decir incoherencias, tener alucinaciones o mostrar actitudes de terror.

¿QUÉ DEBO HACER CUANDO EL NIÑO TIENE FIEBRE?

Es conveniente bajar su temperatura corporal con métodos razonables, ya que se ha comprobado que el descenso de la fiebre evita la posibilidad de convulsión febril.

Se recomienda descubrir la ropa del niño y administrarle fármacos antitérmicos.

¿QUÉ DEBO HACER SI MI NIÑO TIENE UNA CONVULSION FEBRIL?

- Coloque al niño de costado para que no se atragante con su saliva.
- No ponga nada dentro de su boca.
- No intente retener los movimientos de su hijo durante una convulsión.
- Lo más importante (y lo más difícil) es tratar de mantener la calma. La mayoría de las convulsiones paran por sí solas en unos minutos, así que esté atento a un reloj.
- Le habrán facilitado unas canuletas de diazepam (STESOLID): introducir la canuleta suficientemente por el ano, sujetando una nalga contra otra durante algunos segundos. Impulsar totalmente el líquido de la canuleta en el recto, manteniéndola durante algunos segundos para evitar la expulsión del líquido.
- **Si la convulsión cede:** llame a su médico, puede que quiera verlo para encontrar la causa de la fiebre.
- **Llame al 112** si la convulsión dura más de 10 minutos.

¿SI MI NIÑO SUFRE UNA CONVULSION FEBRIL, TIENE EPILEPSIA?

No. Una convulsión febril por sí sola nunca es epilepsia. Hasta repetidas convulsiones febriles no se consideran epilepsia, ya que los niños pierden con el crecimiento la susceptibilidad de tener una convulsión con la fiebre.

Un niño con epilepsia tiene 2 o más convulsiones que no han sido causadas por la fiebre.

En caso de más dudas, consulte con su pediatra.