

Diana Cristina Campoverde-Tapia ^a; Roberto Jairo Tuesca-Armijos ^b; Ángela Lastenia Figueroa-Córdova ^c; Blanca Nila Gálvez-Morales ^d

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 2 núm., 2, Junio, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 256-265

DOI: [10.26820/reciamuc/2.2.2018.256-265](https://doi.org/10.26820/reciamuc/2.2.2018.256-265)

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 16/02/2018

Aceptado: 22/05/2018

a. Especialista en Pediatría; Medico; dianacamp2009@hotmail.com

b. Medico; mustangstrife@gmail.com

c. Magister en Seguridad Higiene Industrial y Salud Ocupacional; Diploma Superior en Seguridad Higiene y Salud Ocupacional; Medico; drafigueroa@hotmail.es

d. Magister en Atención Primaria y Clínica Infantil; Especialista en Pediatría; Medico; blanca_galvez_morales@hotmail.es

RESUMEN

La investigación se enfoca en las convulsiones febriles, haciendo hincapié en sus características clínicas, epidemiológicas y profilaxis. Este padecimiento los podemos definir como una enfermedad febril, en ausencia de una infección del Sistema Nervioso Central o de un desequilibrio electrolítico, en niños mayores de un mes de edad sin antecedente de convulsiones afebriles previas, además de representar la causa de convulsiones más frecuente de convulsiones en los infantes. Este síntoma se puede clasificar en simples y complejas. Las simples tienen las siguientes características: representan el 72% de las crisis febriles y se caracterizan por duración mayor de 15 minutos, incluyendo el período postictal; crisis generalizadas; no recurrencia dentro de 24 horas. En cuanto a las complejas se determinan de esta manera: son el 27% de las crisis febriles y se definen por duración prolongada (mayor de 15 minutos), incluyendo el período postictal; inicio focal, o recurrencia en 24 horas. Si bien la recurrencia de convulsiones febriles es altamente prevalente, tampoco está recomendado el tratamiento preventivo debido a que se asocia con efectos adversos. Por ende, se recomienda que deben evaluarse beneficios versus efectos secundarios y toxicidad. Después de crisis especialmente prolongadas, el médico puede estar inclinado a medicar.

Palabras claves: Convulsión, fiebre, niños, antiepilépticos y neurología.

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Diana Cristina Campoverde-Tapia; Roberto Jairo Tuesca-Armijos; Ángela Lastenia-Figueroa Córdova; Blanca Nila Gálvez-Morales

ABSTRACT

The research focuses on febrile seizures, emphasizing their clinical, epidemiological and prophylactic characteristics. This condition can be defined as a febrile illness, in the absence of an infection of the Central Nervous System or an electrolyte imbalance, in children over one month of age without a history of previous afebrile seizures, in addition to representing the most frequent cause of seizures of seizures in infants. This symptom can be classified as simple and complex. The simple ones have the following characteristics: they represent 72% of febrile seizures and are characterized by duration greater than 15 minutes, including the postictal period; generalized crises; No recurrence within 24 hours. As for the complex ones, they are determined in this way: they are 27% of febrile seizures and are defined by prolonged duration (greater than 15 minutes), including the postictal period; focal onset, or recurrence in 24 hours. Although the recurrence of febrile seizures is highly prevalent, preventive treatment is not recommended because it is associated with adverse effects. Therefore, it is recommended that benefits versus side effects and toxicity be evaluated. After especially prolonged crises, the doctor may be inclined to medicate.

Key Words: Seizure, fever, children, antiepileptic and neurology.

Introducción.

La convulsión febril se define como: “Una convulsión asociada a una enfermedad febril, en ausencia de una infección del Sistema Nervioso Central o de un desequilibrio electrolítico, en niños mayores de un mes de edad sin antecedente de convulsiones afebriles previas” (Campos, 2008).

Representan la causa más frecuente de convulsiones en la infancia, afectando entre 1% y 5% de los niños menores de 5 años. La fiebre asociada con la convulsión febril es usualmente definida por una temperatura de al menos 38° C, rectal. Puede ocurrir que la fiebre no se haya detectado antes de la convulsión pero debe estar presente en el período inmediato posterior de ocurrida la crisis. (Rojas, Doldán, Sostoa, & Aldana, 2011).

La Convulsión Febril resulta de una anormal y excesiva actividad de un grupo de neuronas cerebrales, es decir, obedecen por definición a un fenómeno epiléptico (Rojas, Doldán, Sostoa, & Aldana, 2011). Su fisiopatología exacta no se conoce, pero se postula la asociación de varios factores, como el aumento en la circulación de toxinas o los productos de reacción inmune, la invasión viral o bacteriana del SNC, la posible existencia de un relativo déficit de mielinización en un cerebro inmaduro, la inmadurez de los mecanismos de termorregulación a estas edades de la vida, el incremento de consumo de O₂ en cualquier proceso febril o la existencia de una capacidad limitada para el aumento del metabolismo energético celular al elevarse la temperatura (Campos, 2008).

Se pueden clasificar en Simples y Complejas. Las Simples tienen las siguientes características: representan el 72% de las crisis febriles y se caracterizan por duración mayor de

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Diana Cristina Campoverde-Tapia; Roberto Jairo Tuesca-Armijos; Ángela Lastenia-Figueroa Córdova; Blanca Nila Gálvez-Morales

15 minutos, incluyendo el período postictal; crisis generalizadas; no recurrencia dentro de 24 horas. Otras consideraciones: el examen neurológico es normal en el postictal; su desarrollo psicomotor es normal, no hay antecedente familiar de epilepsia, antecedentes peri y posnatal negativos. Estas últimas consideraciones han demostrado que tienen mayor importancia para asociarse con epilepsia en el futuro. Podrían tener antecedente de crisis febril en la familia. (Moreno, 2013).

Complejas: son el 27% de las crisis febriles y se definen por duración prolongada (mayor de 15 minutos), incluyendo el período postictal; inicio focal, o recurrencia en 24 horas. Estos niños pueden tener antecedentes de riesgo como familiares con epilepsia, examen neurológico postictal alterado, la convulsiones tienen carácter focal o parálisis postictal, repiten en las siguientes 24 horas y si ocurren en serie la duración total es de más de 30 minutos (Moreno, 2013).

La mayoría de los niños afectados se ubican entre los 6 meses y los 5 años de edad. Se ha descrito una mayor incidencia de CF en varones, con una relación que oscila entre 1,1: 1 a 2:1 Entre el 25% y el 40% tienen antecedentes familiares de CF y el 4% historia familiar de epilepsia. Aunque aún no se ha podido determinar con exactitud el mecanismo de herencia, se supone una dominancia con penetrancia incompleta o bien un modo poligénico con o sin contribución del ambiente. Puede ocurrir que la fiebre no se haya detectado antes de la convulsión pero debe estar presente en el período inmediato posterior de ocurrida la crisis. (Rojas, Doldán, Sostoa, & Aldana, 2011).

En su mayoría de las convulsiones son clónicas, aunque también pueden llegar a presentarse en forma tónico-clónica, tónica o atónica. Pueden incluir a los músculos faciales y respiratorios. No hay acuerdo sobre el nivel de temperatura necesaria para convulsionar, aunque los pacientes que convulsionan a una menor temperatura tienen mayor más riesgo de recaída. Sin embargo, vale aclarar que las recurrencias de las crisis pueden no presentarse a iguales niveles de temperatura y que hay casos descritos que informan que las crisis aparecieron durante el descenso de la temperatura. (Barán & Terceiro, 2013).

Materiales y métodos.

El presente estudio se realizó mediante al método de la investigación documental, el cual consiste en la recolección de documentos, categorizarlos, analizarlos; para después poder presentar un resultado coherente. El objetivo de esta metodología es es el aporte de nuevos conocimientos. (Samedri, 1998)

Se puede enumerar en los siguientes pasos: realizar un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental; utilizar los procedimientos lógicos y mentales de toda investigación; tales como: análisis, síntesis, deducción, inducción, entre otros; y se debe a una recopilación adecuada de datos, que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, ubicar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación y elaborar hipótesis (Rodríguez, 2013).

Este estudio se respaldó con una investigación bibliográfica permite, entre otras cosas, evitar iniciar exploraciones anteriormente realizadas, obtener conocimiento de experimentos previos para repetirlos en caso de ser necesario, buscar datos sugerentes, culminar

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Diana Cristina Campoverde-Tapia; Roberto Jairo Tuesca-Armijos; Ángela Lastenia-Figueroa Córdova; Blanca Nila Gálvez-Morales

investigaciones interrumpidas o incompletas, seleccionar los materiales y documentos para un marco teórico. (Rodríguez, 2013)

Con lo expuestos se puede asegurar que en el presente trabajo de investigación se utilizó como metodología una revisión bibliográfica documental no experimental, puesto que realizó una revisión y análisis de diferentes artículos médicos y de opinión referentes a la a prevalencia las convulsiones febriles, para poder abordar de la mejor manera sus características clínicas, epidemiológicas y profilaxis.

Resultados.

La convulsión febril es un evento muy frecuente, angustiante para los niños y su familia, pero que no se asocia a aumentos de morbi-mortalidad. Es importante evaluar completamente a los niños que presentan crisis, fundamentalmente para determinar y/o descartar un posible origen secundario de la convulsión. (Barán & Terceiro, 2013).

El riesgo de cronificación, recidiva o recurrencia de las convulsiones febriles, que varía de forma importante en relación con la edad. Cuando una primera CF simple aparece por debajo de la edad de 12 meses, el riesgo posible de recurrencia es del 50%. Si cuando aparece la primera CF simple el niño tiene más de 12 meses, el riesgo de tener una segunda crisis febril es del 30%. De los que han tenido más de una CF, el riesgo de una nueva crisis se sitúa en un 50% de posibilidades. Más de la mitad de las recidivas se producen entre los 6-12 meses siguientes a la primera CF. (Rufo, 2008).

Si bien la recurrencia de convulsiones febriles es altamente prevalente, tampoco está recomendado el tratamiento preventivo debido a que se asocia con efectos adversos. La única excepción a esta recomendación son los pacientes con convulsiones complejas en quienes el balance entre los riesgos de efectos adversos de los antiepilépticos y los potenciales beneficios del tratamiento deberá sopesarse en forma individual y consensuada con los padres del niño (Barán & Terceiro, 2013).

Conclusiones.

El 92% de las crisis febriles son breves (3-6 a 15 minutos), y sólo el 8% de las crisis febriles superan los 15 minutos. Dos tercios de las crisis febriles prolongadas progresan hasta llegar a un Estado de Mal Convulsivo Febril (status epilepticus), y hay que tener en cuenta, que las crisis febriles prolongadas pueden constituir el estado inicial de un Síndrome de Hemiconvulsión-Hemiplejía (Rufo, 2008)

Algunas CF pueden evolucionar hacia el status convulsivo o hacia crisis subintrantes que requieran de una atención inmediata. La posibilidad de muerte por la crisis propia o por su tratamiento es infrecuente, y partir de una CF simple es extremadamente raro salvo que existan patologías preexistentes; probablemente los países en vías de desarrollo representen las áreas más vulnerables (Rojas, Doldán, Sostoa, & Aldana, 2011)

Los niños con crisis febriles simples únicamente tienen 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. No se ha podido demostrar que las CF simples causen daño estructural alguno (Rufo, 2008)

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Diana Cristina Campoverde-Tapia; Roberto Jairo Tuesca-Armijos; Ángela Lastenia-Figueroa Córdova; Blanca Nila Gálvez-Morales

El Proyecto Perinatal Colaborativo (National Collaborative Perinatal Project) comunicó que los niños con antecedentes neurológicos y convulsiones complejas tienen un riesgo 18 veces mayor que la población general para desarrollar epilepsia y ocho veces mayor a los niños que tuvieron convulsiones febriles simples (Barán & Terceiro, 2013)

Recomendaciones.

Para medicar en forma continua, deben evaluarse beneficios versus efectos secundarios y toxicidad. Después de crisis especialmente prolongadas, el médico puede estar inclinado a medicar (Izquierdo, Correa, Bolaños, Forero, & Naranjo, 2006).

Un asesoramiento parental informado y responsable es la mayor contribución que puede hacer el médico al cuidado de los niños con CF. Hay que aclarar a los padres que aunque el cuadro clínico puede provocar pánico inicial y ansiedad posterior, una CF no es una epilepsia, sino un proceso benigno que afecta a 3-4 de cada 100 niños por debajo de los 5 años de edad, que la mayoría de las veces es una crisis única, que no suele dejar secuelas neurológicas, y en las que la mortalidad es nula (Rufo, 2008).

Bibliografía.

Barán, P., & Terceiro, D. (2013). Actualización: Convulsiones febriles. *Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 20-22.

Campos, M. R. (2008). Crisis febriles. *Asociación Española de Pediatría*, 59-65.

Izquierdo, Á., Correa, L., Bolaños, C., Forero, F., & Naranjo, A. (2006). Protocolo para el estudio y manejo de las crisis febriles. *CCAP*, 37-41.

Convulsiones febriles: características clínicas, epidemiológicas y profilaxis

Vol. 2, núm. 2., (2018)

Diana Cristina Campoverde-Tapia; Roberto Jairo Tuesca-Armijos; Ángela Lastenia-Figueroa
Córdova; Blanca Nila Gálvez-Morales

Moreno, N. (2013). CRISIS FEBRILES SIMPLES Y COMPLEJAS, EPILEPSIA GENERALIZADA CON CRISIS FEBRILES PLUS, FIRES Y NUEVOS SÍNDROMES. *ACTUALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA INFANTIL IV*, 63-70.

Rodríguez, M. (2013). *Acerca de la investigación bibliográfica y documental*. Obtenido de Guía de Tesis: <http://guiadetesis.wordpress.com/2013/08/19/acerca-de-la-investigacion-bibliografica-ydocumental>

Rojas, L., Doldán, M. E., Sostoa, G., & Aldana, A. (2011). Convulsión Febril. *Pediatr. (Asunción)*, 63-67.

Rufo, M. (2008). Crisis febriles. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*, 59-65.

Samedri, R. (1998). *Metodología de la Investigación*. Mexico DF: Interamericana Editores.