

[Crisis febriles]



[Módulo Neuropediatría]

Autores:

Rocío Jadraque Rodríguez, Francisco Gómez Gosálvez y Ana Elena Pascua Santamaría

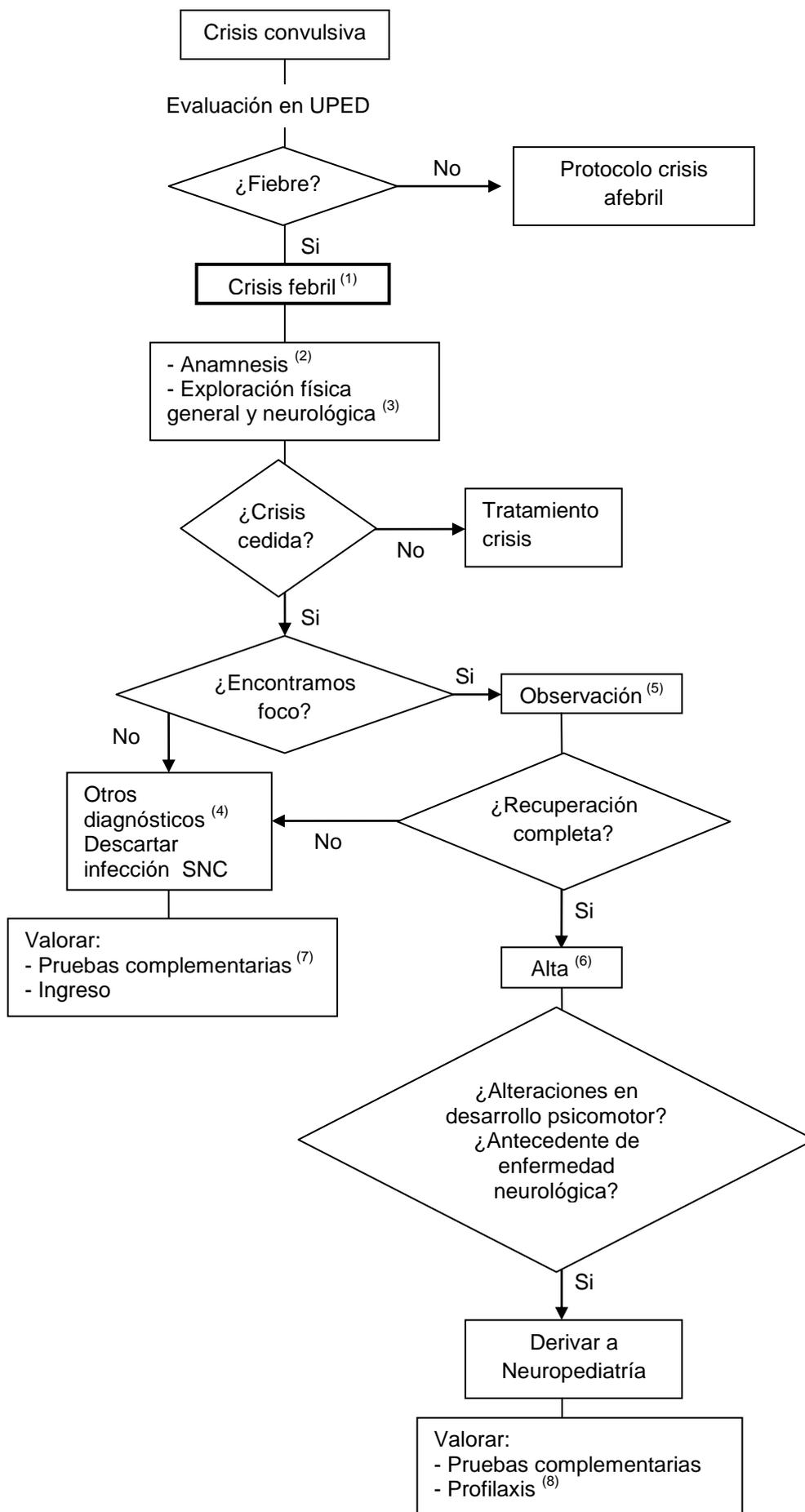
Fecha de elaboración: Marzo 2015

Fecha de consenso e implementación:

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R1





(1) Se define crisis febril a aquella crisis comicial asociada a fiebre, en la que hay que descartar infección del SNC u otra causa definida. Habitualmente ocurre en niños entre 3 meses y 6 años de edad, y deben excluirse a aquellos que tienen historia de crisis afebriles. Prevalencia: 2-5%.

Se clasifican en:

	Edad	Duración	Tipo de crisis	Postcrítico	Recurrencia
Típica o simple (70%)	Típica	<15 min	Generalizada (tónico/clónicas)	Corto. Sin secuelas neurológicas	> 24 h
Atípica o compleja (30%) ≥ 1 de las características	<3 m o > 6 años	>15 min	Focal +/- generalización 2ª	+/- secuelas neurológicas (ejm. parálisis de Todd)	< 24 h
Estatus febril	> 30 min. O varias crisis sin recuperación de consciencia entre ellas.				

La distinción entre típica y atípica no cambia el modo de actuación, así como tampoco el número de crisis que haya presentado el paciente.

(2) Dentro de la anamnesis hacer hincapié en:

- Antecedentes personales:
 - Problemas en periodo perinatal
 - Desarrollo psicomotor.
 - Estado neurológico previo. Convulsiones previas
 - Enfermedad de base
 - Tóxicos o medicamentos, TCE.
- Antecedentes familiares: crisis febriles, epilepsia

Características de la crisis: donde estaba, y que estaba haciendo, si ha habido o no pérdida de conocimiento, duración, tipo y secuencia de los movimientos, si asociaba desviación de la mirada, sonidos guturales, salivación, relajación de esfínteres, ..., duración y características de postcrítico.

- Temperatura registrada, posibles síntomas o signos de proceso infeccioso

(3) Exploración física general y neurológica

- Buscar foco de la fiebre.
- Intentar descartar infección SNC, buscar signos de HITC, nivel de consciencia, focalidad neurológica, alteraciones neurológicas que hagan sospechar enfermedad de base.

(4) Dentro del diagnóstico diferencial incluimos:

- Escalofríos, delirio febril, síncope febril
- Infecciones SNC (meningitis, encefalitis)
- Convulsiones asociadas a fiebre en niño con epilepsia previa
- Epilepsia Mioclónica Severa Infantil o Síndrome de Dravet. Se presenta en su fase inicial como crisis febriles prolongadas en los primeros 6 meses de vida.
- Epilepsia generalizada con crisis febriles plus CF+. Niños que tienen crisis febriles en la infancia temprana y continúan teniéndolas más allá de los 6 años, asociando además crisis afebriles.

(5) Se mantendrá el tiempo necesario para comprobar la recuperación completa y la ausencia de secuelas. Es decir, que si el paciente a las 3 horas tiene una exploración normal, no es necesario continuar la observación.

(6) A la hora del alta es necesario proporcionar una educación adecuada y soporte emocional a los padres.

(7) No se ha comprobado la utilidad de las pruebas complementarias para valorar el riesgo de desarrollar epilepsia o presentar recurrencia.

- Laboratorio: Destinadas a buscar foco de la infección : Hemograma, PCR, sedimento de orina. En < de 12 meses sin foco valorar punción lumbar.

- EEG: De rutina no indicado. No predice el riesgo de recurrencia ni el riesgo de desarrollar epilepsia posteriormente. Puede evidenciarse actividad paroxística hasta en un 25-30% de niños con crisis febriles que no presentarán nunca una epilepsia, y otros con EEG normal pueden padecer crisis afebriles posteriormente.

Valorar en crisis febriles atípicas en pacientes con antecedentes familiares de epilepsia o si hay anomalías en la exploración física.

- Neuroimagen: De rutina no indicado.

Realizar TC signos o síntomas de hipertensión intracraneal.

Valorar RMN en casos de persistencia de anomalías en la EF.

(8) Por lo general no se recomienda la profilaxis para prevenir recurrencias. Valorar en casos específicos el riesgo-beneficio del tratamiento, teniendo en cuenta el riesgo de recurrencia y el componente de ansiedad de los padres.

* Factores que incrementan el riesgo de recurrencia:

- Edad temprana (si primera crisis con < 1 año de edad: 50%; si > 1 año 30%).
- Historia familiar de convulsiones febriles
- Recurrencias previas (si ha tenido más de una crisis: 50% de repetir)
- Primeros 6 meses tras la convulsión
- Temperatura relativamente baja al inicio de la convulsión
- Frecuentes procesos febriles

Riesgo de desarrollar epilepsia: 2-7% (frente al 1% de la población general)

No hay evidencia de que el tratamiento profiláctico disminuya el riesgo de desarrollar epilepsia.

La profilaxis puede realizarse de forma intermitente con diazepam oral o rectal, o continuo con ácido valproico a 20-30mg/Kg/día.

Bibliografía:

1. Berzona López R, Ramos Fernández J.M, Martínez Antón J, Espinosa Fernández M.G, Urda Carmona A. Crisis febriles complejas: estudio de la patología asociada y utilidad de las pruebas complementarias. *An Pediatr (Barc)*.2014;80(6):365-369
2. Martínez Cayuelas E, Herraiz Martínez M, Villacieros Hernández L, Ceán Cabrera L, Martínez Salcedo E, Alarcón Martínez H, et al. Crisis febriles complejas: ¿debemos cambiar nuestro modo de actuación?. *Rev Neurol* 2014; 59(10):449-458
3. Rufo Campos M. Crisis febriles. Protocolos actualizados al año 2008. Asociación Española de Pediatría.
4. Rojas de Recalde L, Montiel de Doldán M.E, Sostoa G, Aldana A, Lezcano M. Convulsión febril. *Pediatr. (Asunción)* 2011. Vol. 38; Nº 1: 63-67
5. Camfield C, Camfield P. Febrile seizures. En *Epileptic Syndrome in infancy, childhood and adolescence*. 4th ed. 2005. p 159-165
6. Ripoll Lozano A, Santos Borbujo J.Convulsiones febriles. Protocolo diagnóstico-terapéutico. *Bol Pediatr* 2000; 40:68-71
7. Martínez Menéndez B, Simón de las Heras R, De la Peña Mayor P, Pérez Sempere A, Álvarez Terejina J, Mateos Beato F. ¿ Tiene sentido realizar un EEG en las crisis febriles?. *An Esp Pediatr* 1999; 50:126-128