

CONVULSIÓN FEBRIL, ¿TÍPICA, ATÍPICA O ESTATUS?



Cristina Valdivia Villodre (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Amelia Herrero Galiana (Lactantes)

Servicio de Pediatría, HGUA

INTRODUCCIÓN:

Se define crisis febril a la crisis comicial asociada a **fiebre**, en la que se **descarta** infección del SNC u otra causa definida

- Es dependiente de la edad (entre **3 meses y 6 años**)
- Se da en un **2-5%** de la población infantil
- Predisposición genética + vulnerabilidad del sistema nervioso a fiebre

FACTORES DE RIESGO:

FIEBRE ALTA

INFECCIÓN
VIRAL

VACUNACIÓN
RECIENTE

ANTECEDENTES
FAMILIARES

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Lactante de 1 año que de forma súbita, inicia episodio de desconexión del medio, con rigidez generalizada y movimientos tónico-clónicos de las cuatro extremidades (Tª 38 °C)

Antecedentes familiares:

- Madre y tía materna convulsión febril en la infancia

Antecedentes personales:

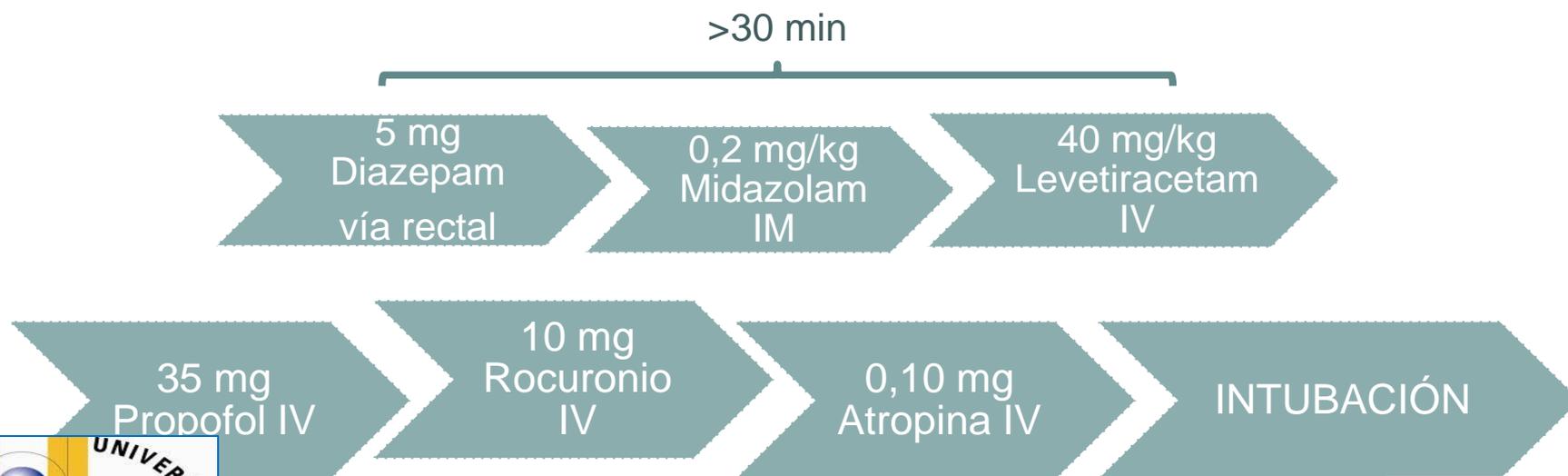
- Embarazo, parto y período neonatal normal
- No enfermedad de base
- No episodios previos de convulsiones
- Desarrollo psicomotor normal. Vacunación al día

PRESENTACIÓN DEL CASO:

A la llegada a Urgencias: T^a: 39 °C, FC: 160 lpm, FR: 44 rpm, Saturación O₂: 93%, TA: 87/43 mmHg, glucemia: 117 mg/dl

Peso 11,4 kg

Regular estado general, palidez cutánea. **Neurológico:** pupilas medias reactivas, desconectado, mirada fija con rigidez generalizada y movimientos tónico clónicos de las 4 extremidades, encajamiento mandibular y sialorrea



CLASIFICACIÓN:

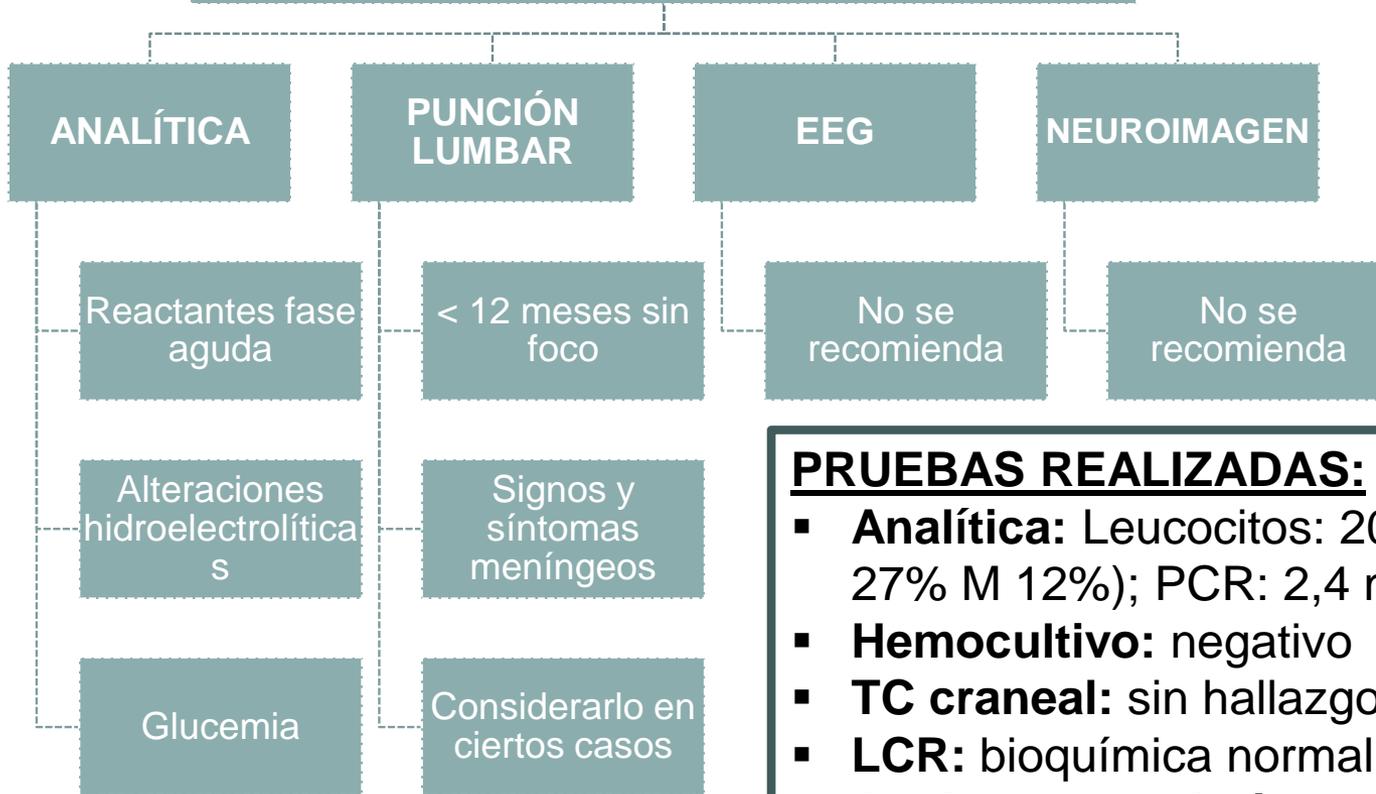
	Edad	Duración	Tipo de crisis	Postcrítico	Recurrencia
Típica o simple (70%)	Típica	<15 min	Generalizada (tónico/clónicas)	Corto. Sin secuelas neurológicas	> 24 h
Atípica o compleja (30%) ≥ 1 de las características	<3 m o > 6 años	>15 min	Focal +/- generalización ^{2ª}	+/- secuelas neurológicas (ejm. parálisis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

Extraído de Jadraque-Rodríguez R et al

Pueden aparecer en cualquier tipo de proceso febril, más frecuentemente en el de vías respiratorias o gastrointestinal, generalmente aparecen en las primeras 24 h y con temperaturas corporales superiores a 38 °C

DIAGNÓSTICO: es principalmente clínico.

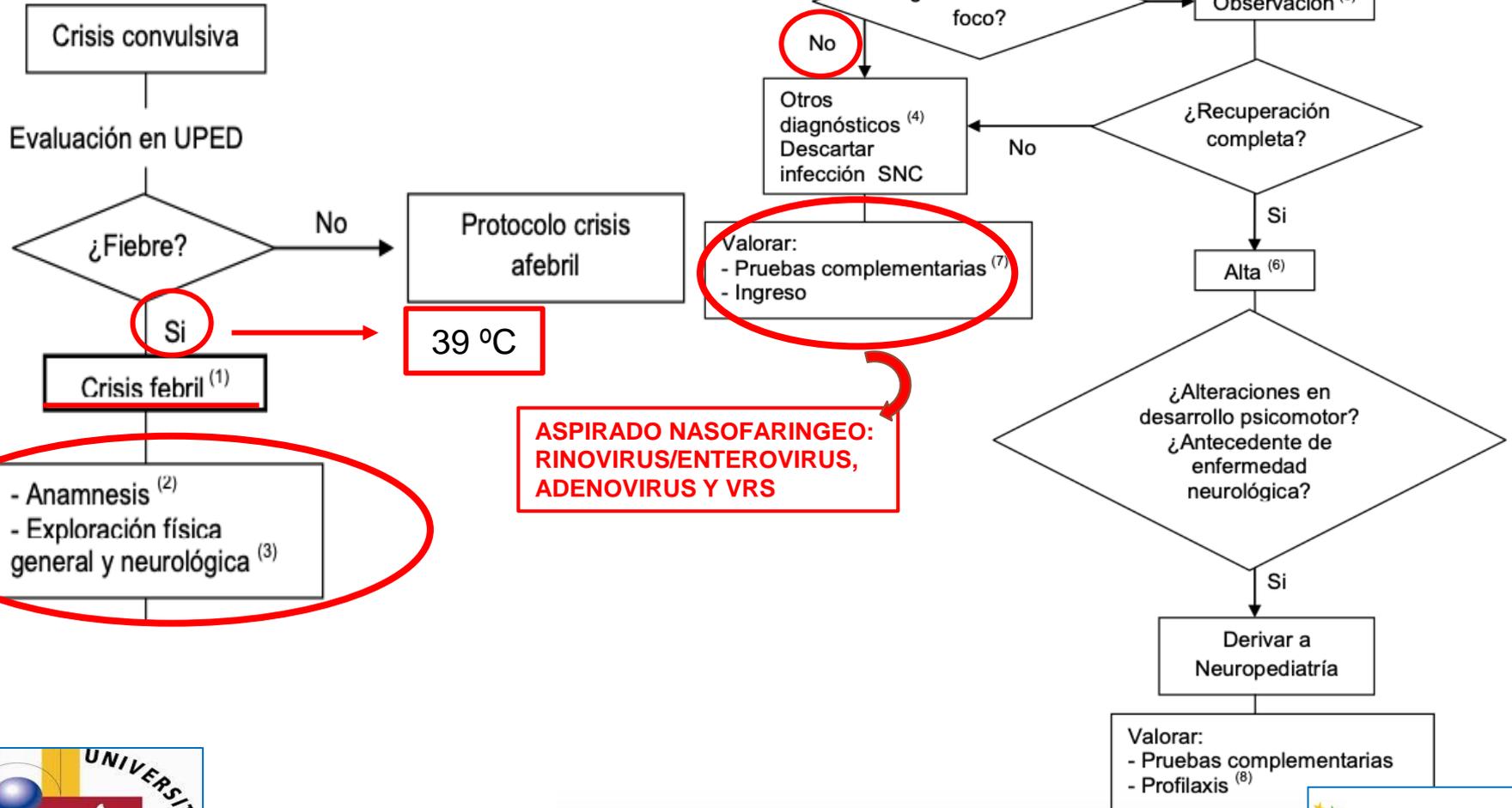
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:



PRUEBAS REALIZADAS:

- **Analítica:** Leucocitos: 20.100/uL (N 58% L 27% M 12%); PCR: 2,4 mg/dL
- **Hemocultivo:** negativo
- **TC craneal:** sin hallazgos significativos
- **LCR:** bioquímica normal, cultivo negativo
- **Aspirado nasofaríngeo:** se detecta Rinovirus/Enterovirus, Adenovirus, VRS

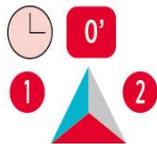
DIAGNÓSTICO:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Delirio febril
- Síncope febril
- Infecciones SNC
- Epilepsia generalizada
- Convulsiones con epilepsia previa
- Epilepsia Mioclónica Severa Infantil
- Otras como: intoxicaciones farmacológicas, trastornos metabólicos, alteraciones electrolíticas, enfermedades sistémicas o traumatismos craneoencefálicos.

ESTATUS EPILEPTICO



5'

10'

15'

30'

EE precoz EE establecido EE refractario

¿Vía intravenosa?

No

Sí

Midazolam im
0,15 mg/kg; máx. 10 mg **5**
o
Midazolam bucal,
intranasal 0,3 mg/kg;
máx. 10 mg
o
Diazepam rectal
0,5 mg/kg

Diazepam iv
0,3 mg/kg; máx. 10 mg
> 5 años, 5 mg
< 5 años
o
Midazolam iv
0,15 mg/kg/dosis;
máx. 10 mg **5**

Segunda dosis de benzodiazepina

Si no se ha obtenido vía iv obtener vía intraósea

1er fármaco segunda línea **6**

Levetiracetam iv **6A**
30-60 mg/kg, en 10 min máx. 1.500 mg (si cede 25 mg/kg cada 12 horas iv)
o
Valproato sódico iv **6B**
20 mg/kg en 2-5 min (si cede 1-2 mg/kg/hora iv)
o
Fenitoína 20 mg/kg **6C**
en 20 min (1 mg/kg/min) máx. 1 g (si cede 7 mg/kg/día en dos o tres dosis iv)

Considerar piridoxina en menores de 3 años: 100 mg dosis única iv

2º fármaco segunda línea*

Levetiracetam iv **6A**
30-60 mg/kg, en 10 min máx. 1.500 mg (si cede 25 mg/kg cada 12 horas iv)
o
Valproato sódico iv **6B**
20 mg/kg en 2-5 min (si cede 1-2 mg/kg/hora iv)
o
Fenitoína 20 mg/kg **6C**
en 20 min (1 mg/kg/min) máx. 1 g (si cede 7 mg/kg/día en dos o tres dosis iv)

UCIP

Midazolam
0,2 mg/kg bolo
0,1-0,4 mg/kg/h

Propofol
3-5 mg/kg bolo
5-10 mg/kg/h

Tiopental
2-3 mg/kg bolo
3-5 mg/kg/h

3 4

3 4

3 4

3 4

Control constantes vitales

Diagnosticar y tratar la causa

Control constantes vitales

Diagnosticar y tratar la causa

Monitorización EEG



...into del primero. No hay evidencia sobre dicha elección. Se tendrá en cuenta factores como tipo de EE, contraindicaciones de los

Extraída de González-Hermosa A.



TRATAMIENTO PROFILÁCTICO:

- **NO** se aconseja su uso para prevenir las convulsiones febriles.

En caso de:

- Crisis de repetición
- Crisis prolongadas



Recetar Diazepam rectal para tener en casa

CONCLUSIONES:

- Una buena anamnesis y exploración física es fundamental para confirmar el diagnóstico
- Es aconsejable realizar una analítica (glucemia, electrolitos, reactantes de fase aguda y gases), recurriendo a otras en caso de síndrome febril sin foco o cuando es necesario descartar otros diagnósticos
- Es fundamental un tratamiento de soporte, asegurando la vía aérea durante la crisis
- Recomendada la observación hasta recuperación, en muchas ocasiones sin necesidad de ingreso
- Importante proporcionar apoyo e información a los padres tranquilizándoles
- No suele requerir valoración por neuropediatría, al ser una patología benigna y limitada
- No hay evidencia de que el tratamiento crónico con antiepilépticos se asocie a un menor riesgo de epilepsia posterior

4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Padilla-Esteban ML, García-Rebollar C, Foullerat-Cañada S. Convulsión Febril. *Pediatr Integral*. 2015; 19 (9): 600-608
2. López-Pisón J, Jiménez-Montañes L. ¿Qué exámenes complementarios debemos realizar ante crisis febriles?. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2019;12(2): 97-101
3. Jadraque-Rodríguez R, Gómez-Gosálvez F, Pascua-Santamaría, AE. Crisis Febriles. Servicio Pediatría HGUA. [internet][consultado: 17 noviembre 2022]. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2019/12/PROTOCOLO-CRISIS-FEBRILES.-SP-HGUA-2015.pdf>
4. Fernández-Jaen A, Calleja-Pérez B, Anciones B. Convulsiones febriles. *Med Integral*. 2020; 39 (1): 4-7
5. Rivera-Solís Y, Vargas-Cabezas E. Convulsiones febriles en Pediatría. *Revista Ciencia Y Salud*. 2022; 26(4): 37–45
6. González-Hermosa A. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. SEUP. [internet] [consultado: 19 noviembre de 2022] Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/10_Epilepsia.pdf

