

María Cristina Menéndez Palacios ^a; Antonio Mauricio Chávez Serrano ^b; Karla
María Delgado Guillen ^c; Ana Isabel Zambrano Mendoza ^d

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles

Alternative care in infants with febrile seizures

*Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm. 4.,
diciembre, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 380-394*

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.380-394](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.380-394)

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/748>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 15/09/2019

Aceptado: 23/11/2019

Publicado: 30/12/2019

Correspondencia: mcmenendezpczs5@gmail.com

- a. Médica Cirujana; Hospital Oscar Jandl, Galápagos, Ecuador; mcmenendezpczs5@gmail.com
- b. Médico Cirujano; Hospital Marco Vinicio Iza, Lago Agrio, Ecuador; mauserrat@hotmail.com
- c. Médica Cirujana; Hospital General Portoviejo, Ecuador; karmari89@hotmail.com
- d. Médica Cirujana; Hospital General Portoviejo, Ecuador; mauserrat_87@hotmail.com

RESUMEN

Las convulsiones febriles (CF), eventos asociados con fiebre en ausencia de una infección intracraneal, hipoglucemia o un desequilibrio electrolítico agudo, ocurren en niños entre seis meses y seis años de edad. Las CF son el tipo más común de convulsiones en los niños. CF puede ser extremadamente aterrador para los padres, incluso si generalmente son inofensivos para los niños, por lo que es importante abordar la ansiedad de los padres de la manera más sensible. El objetivo de esta revisión fue centrarse en el manejo de la CF en la edad pediátrica. Un análisis de la literatura mostró que la mayoría de los niños con CF tienen un pronóstico excelente y pocos desarrollan problemas de salud a largo plazo. El diagnóstico de CF es clínico, y es importante excluir las infecciones intracraneales, en particular después de un CF complejo. El tratamiento consiste en el control de los síntomas y el tratamiento de la causa de la fiebre. Los padres y cuidadores a menudo se sienten angustiados y asustados después de que ocurre un CF y necesitan que los profesionales de la salud les informen y guíen adecuadamente sobre el manejo de la fiebre de sus hijos. Debido al uso inapropiado de pruebas y tratamientos de diagnóstico, es extremadamente importante mejorar el conocimiento de los pediatras y neurólogos sobre el manejo de la CF y estandarizar el trabajo diagnóstico y terapéutico.

Palabras Claves: Convulsión; Epilepsia; Convulsión febril; Fiebre; Neurología pediátrica.

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

ABSTRACT

Febrile seizures (CF), events associated with a fever in the absence of an intracranial infection, hypoglycaemia, or an acute electrolyte imbalance, occur in children between six months and six years of age. CF are the most common type of convulsions in children. CF can be extremely frightening for parents, even if they are generally harmless for children, making it important to address parental anxiety in the most sensitive manner. The aim of this review was to focus on the management of CF in the pediatric age. An analysis of the literature showed that most children with CF have an excellent prognosis, and few develop long-term health problems. The diagnosis of CF is clinical, and it is important to exclude intracranial infections, in particular after a complex CF. Management consists of symptom control and treating the cause of the fever. Parents and caregivers are often distressed and frightened after a CF occurs and need to be appropriately informed and guided on the management of their child's fever by healthcare professionals. Due to the inappropriate use of diagnostic tests and treatments, it is extremely important to improve the knowledge of pediatricians and neurologists on CF management and to standardize the diagnostic and therapeutic work-up.

Key Words: Convulsion; Epilepsy; Febrile seizure; Fever; Pediatric neurology.

Introducción.

Las convulsiones febriles (CF) son convulsiones o convulsiones que ocurren en niños entre seis meses y seis años de edad y se desencadenan por fiebre (Paul & Eaton, 2013). Los CF son el tipo más común de convulsiones en los niños. Su prevalencia es aproximadamente del 3% al 4% en niños blancos, del 6% al 9% en niños japoneses y del 5% al 10% en niños indios (Mewasingh, 2017). CF puede ser extremadamente aterrador para los padres, incluso si generalmente son inofensivos para los niños, por lo que es importante abordar la ansiedad de los padres de la manera más sensible.

Las causas exactas de CF todavía se desconocen, aunque algunos estudios indican una posible asociación con factores ambientales y genéticos. La fiebre es una respuesta normal a la infección, y la liberación de altos niveles de citoquinas durante la fiebre puede alterar la actividad cerebral normal, provocando convulsiones. Como se demostró en estudios anteriores, los factores de riesgo para CF son el sexo masculino, antecedentes familiares de CF, una temperatura corporal máxima elevada, ciertas causas subyacentes de la fiebre, complicaciones prenatales y natales, niveles bajos de calcio, sodio o azúcar en sangre, hipocromía microcítica anemia y deficiencias de hierro y zinc. (Indar Kumar, Jitender, & Lesa, 2016) y la hipótesis de que la optimización de los factores de riesgo reducibles de CF podría disminuir la incidencia. Otros estudios mostraron que los C están asociados con una herencia poligénica, incluso si se ha identificado un patrón de herencia autosómico dominante de un "rasgo de susceptibilidad a las convulsiones febriles" definido en algunas familias. Finalmente, las mutaciones en el gen que codifica los canales de sodio y el receptor del ácido A-aminobutírico A pueden desempeñar un papel en el desarrollo de CF. Las infecciones más frecuentes asociadas con CF en niños son la varicela, la gripe, las infecciones del oído medio, las infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores (como amigdalitis, neumonía, bronquitis y sinusitis), infecciones de los dientes y gastroenteritis (especialmente las causadas por rotavirus) (NHS Choices. 2014)

(Guedj, Chappui, & Titomanlio, 2014) estimó que el riesgo de meningitis bacteriana en niños de 6 a 11 meses con un primer CF simple era extremadamente bajo y alentó el desarrollo de nuevas pautas para limitar las punciones lumbares de rutina en estos niños. El trabajo previo también

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

informó que un absceso cerebral puede presentarse inicialmente con CF y, por lo tanto, aunque sea raro, debe considerarse en el diagnóstico diferencial.

Teniendo en cuenta la frecuente prescripción inadecuada de los exámenes de diagnóstico y el abuso de drogas en niños con CF, el objetivo de esta revisión es centrarse en el tratamiento de la CF en la edad pediátrica. PubMed se utilizó para buscar todos los estudios publicados en los últimos 20 años utilizando las palabras clave: "convulsiones febriles" y "niños" o "lactante" o "pediátrico" o "pediátrico".

Metodología.

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Davila, 2015) define la metodología “como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”. (p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas al manejo de convulsiones febriles en infantes a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación.

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales.

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (CASTRO, 2016) las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información.

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, (Bolívar, 2015), refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación.

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

Tal como lo expresa, (Bolívar, 2015) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Bolívar, 2015) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

Epidemiología y características clínicas.

La CF tiene una prevalencia del 2% al 5% en niños de Europa occidental y Estados Unidos, y la edad máxima de inicio es de 18 meses. Los niños de 12 a 30 meses representan el 50% de todos los niños con CF, mientras que la proporción de niños que experimentan un primer episodio de CF después de los cuatro años es baja (6% –15%). Los niños de todos los grupos étnicos pueden presentarse con CF, pero existe una mayor prevalencia en algunos grupos étnicos, en particular los guayaneses (14%), los japoneses (6% –9%) y los indios (5% –10%) (Waruiru, 2004)

La CF generalmente ocurre cuando la temperatura del niño es superior a 38 C, aunque los niños pueden desarrollar convulsiones en cualquier momento durante una enfermedad febril y solo pueden desarrollar fiebre después de su convulsión. Los signos y síntomas típicos de la CF incluyen pérdida de conciencia, dificultad para respirar, palidez o enrojecimiento, espuma en la

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

boca, ojos rodando hacia la parte posterior de la cabeza, mirada fija, espasmos generalizados o focales y sacudidas de brazos y piernas. Después de una convulsión, los niños pueden estar irritables, confundidos o somnolientos, pero se recuperarán por completo después de aproximadamente 30 minutos. Hay dos tipos principales de CF: la CF simple, que constituye el 70% de todas las CF y generalmente no tiene consecuencias de desarrollo neurológico a largo plazo, y la CF compleja. Las características de la CF simple y compleja se describen en la Tabla 1. El estado epiléptico febril (SE) se define como una CF que dura más de 20 minutos y generalmente requiere la administración de anticonvulsivos para interrumpirla.

Tabla 1. Características clínicas de las convulsiones febriles (CF) simples y complejas.

Sencilla	Compleja
Convulsiones tonicoclónicas generalizadas sin foco característico	Hay características focales en las que, por ejemplo, solo un lado del cuerpo está involucrado Las convulsiones duran más de diez minutos. Dos o más ataques ocurren dentro de las 24 h
Las convulsiones duran menos de diez minutos.	No se observa recuperación completa después de una hora Hay consecuencias neurológicas post-ictales.
Las convulsiones se resuelven espontáneamente No hay recurrencia en 24 h.	Hay un breve período de parálisis, definido como el de Todd parálisis, después de la convulsión Se desarrolla Febriles SE Se pueden requerir medicamentos anticonvulsivos para interrumpir la convulsión

Además, en 1997 se describió la epilepsia genética con convulsiones febriles plus (GECF +). GECF + es un síndrome de epilepsia familiar en el que las personas afectadas dentro de una familia suelen tener una variedad de fenotipos de epilepsia, que varían desde convulsiones febriles simples y convulsiones febriles, además de un buen resultado a las encefalopatías epilépticas graves. GECF + es una condición rara y su prevalencia es desconocida. GECF + se hereda en un patrón

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

autosómico dominante. Las mutaciones en varios genes pueden causar GEFCF +. El gen más comúnmente asociado es SCN1A (20. Zhang, y otros, 2017). Debido a que las manifestaciones clínicas son muy variadas, incluso entre los miembros de la familia, otros genes y factores ambientales ayudan a determinar la gravedad de la afección.

Diagnóstico

Cuando un niño con CF se presenta al Departamento de Emergencias (DE), es importante, sobre todo, recopilar un historial detallado y preciso y realizar una evaluación clínica completa, incluido un examen neurológico, para descartar causas secundarias de convulsiones. El diagnóstico diferencial de la CF se describe en la Tabla 2 e incluye rigurosidad, delirio febril, síncope febril, ataques de respiración, ataques reflejos anóxicos, síndromes de epilepsia en evolución e infecciones del sistema nervioso central. En general, se recopila un historial de los padres o cuidadores y debe incluir la naturaleza y la duración de las convulsiones, la presencia y la duración de la fase post-ictal, enfermedades infecciosas o fiebres recientes, uso reciente de terapia con antibióticos, otros síntomas asociados, inmunización y antecedentes de vacunación, antecedentes de episodios previos de CF o un diagnóstico de epilepsia, otras afecciones y enfermedades neurológicas, antecedentes familiares de CF, epilepsia o enfermedades neurológicas, el uso de antipiréticos y la necesidad de rescatar anticonvulsivos para interrumpir las convulsiones, tales como diazepam o midazolam. La evaluación clínica debe centrarse en identificar la infección que causa la fiebre.

Si todavía tiene convulsiones, el niño necesita estabilización de emergencia utilizando el enfoque ABCDE por sus siglas en inglés (vía aérea, respiración, circulación, discapacidad y exposición / examen, más control de glucosa en sangre) y la convulsión debe detenerse con medicamentos antiepilépticos lo antes posible. (ver gestión). Después de la estabilización, se deben registrar los signos vitales: temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, tiempo de llenado capilar y glucosa en sangre. En los niños pequeños, los signos y síntomas de las infecciones intracraneales, como la meningitis o la encefalitis, pueden ser muy sutiles, y estas infecciones deben descartarse lo antes posible.

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

Los abscesos cerebrales son una entidad rara en pacientes pediátricos y ocurren en niños menores de 15 años en el 25% de los casos, con una incidencia máxima a los 4–7 años. Las convulsiones, los déficits neurológicos focales y un estado mental alterado están presentes en el 25% -50% de los pacientes, pero los síntomas también pueden no ser evidentes. La resonancia magnética cerebral (IRM) es la primera modalidad diagnóstica de elección, y no se recomienda una punción lumbar si la IRM visualiza el absceso. El tratamiento consiste en antibioticoterapia y drenaje quirúrgico del absceso. Los organismos más frecuentes que causan abscesos cerebrales son estreptococos, estafilococos y bacterias entéricas, pero la mayor preocupación es el papel del *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) adquirido en la comunidad durante la última década (Anand, Salas, & Mahl, 2015).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de convulsiones febriles (CF).

Rigors: temblores sin pérdida de conciencia
Delirio febril: confusión aguda y transitoria asociada con fiebre alta
Síncope febril
Ataques de respiración: los niños retienen la respiración voluntariamente y pueden perder el conocimiento de forma transitoria.
Convulsiones anóxicas por reflejo: los niños se vuelven flácidos repentinamente debido a eventos dolorosos o shock
Síndrome de epilepsia en evolución: la fiebre desencadena episodios de convulsiones
Síndrome de epilepsia en evolución: la fiebre desencadena episodios de convulsiones

Además, es necesario diferenciar entre una primera CF y el primer episodio de convulsiones afebriles o epilépticas, y se debe identificar un historial claro de fiebre, ya sea antes o poco después de la CF. Las pruebas deben realizarse en niños que presentan signos y síntomas de una enfermedad grave o una infección intracraneal (neumonía o meningitis / encefalitis), pero no es necesario en niños mayores de un año que tienen un foco claro de infección y están completamente inmunizados y presente con un simple CF. En niños de menos de un año que presentan un primer episodio de CF compleja o tienen síntomas que sugieren una infección intracraneal, se deben considerar investigaciones adicionales, que incluyen laboratorios como un conteo sanguíneo completo, proteína C reactiva, urea, niveles de calcio, magnesio, glucosa y electrolitos, y hemocultivos si se sospecha sepsis bacteriana; tira reactiva de orina y pruebas de cultivo; radiografías de tórax; pruebas de cultivo de heces; y una punción lumbar (esta prueba no

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

debe realizarse poco después de la CF porque en la fase post-ictal, es difícil identificar una presión intracraneal elevada).

(*Naric, Rissland, & Simon, 2016*) han demostrado el papel del análisis de PCR multiplex en la identificación de varios virus causales en niños con convulsiones febriles y su potencial para facilitar la estratificación del riesgo de estos pacientes para reducir el uso innecesario de antibióticos en el futuro. Además, (*Remick, Regdate, & Ostermayer, 2016*) demostró que la hipoglucemia era un hallazgo poco frecuente en el entorno prehospitalario o de urgencias en niños que se presentaban con CF, y probar los niveles de glucosa en sangre en esta población tuvo un beneficio bajo y una importancia clínica mínima. Sugirieron que tales pruebas deberían realizarse en un paciente que se apodera activamente después de la primera dosis de benzodiazepinas o en un niño con un estado mental alterado persistentemente. La tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética, la electroencefalografía (EEG) o una combinación de estas pueden considerarse en niños con antecedentes de CF compleja o recurrente o que presentan anomalías neurológicas para descartar la presencia de afecciones neurológicas. Después de una CF en un niño sano con una fuente clara de infección, no se recomienda un EEG.

En los casos en que se realiza un EEG, el EEG debe realizarse al menos 48 h después de la CF para evitar confundir las actividades eléctricas post-ictales con actividades eléctricas anormales. Además, (*Harini, Nagarajan, & Kimia, 2015*) descubrió que la desaceleración del electroencefalograma no era un predictor significativo de epilepsia. Por lo tanto, es poco probable que las anomalías tempranas del EEG después de un primer complejo CF identifiquen a los pacientes con riesgo de epilepsia. Es probable que haya múltiples factores que influyen en la aparición de anomalías en el EEG, como la edad del paciente, el momento del EEG y los síndromes genéticos. La repetición de esta prueba no es necesaria en niños que presentan episodios recurrentes de CF simple y tienen una fuente clara de infección, pero es importante determinar con precisión la causa de la infección y manejarla de la manera más adecuada.

Tratamiento.

Un niño con una CF simple no debe ser hospitalizado si está en buenas condiciones clínicas y si la fuente de la infección es clara. El niño puede ser dado de alta después de un período de

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

observación en el servicio de urgencias, preferiblemente seis horas después del episodio. La mayoría de los episodios de CF son de corta duración y de terminación automática y no requieren tratamiento a largo plazo con medicamentos antiepiléptico. En un niño que todavía tiene convulsiones en la presentación en el servicio de urgencias, las indicaciones para administrar medicamentos antiepilépticos son convulsiones que duran más de 5 minutos, SE febril y convulsiones recurrentes. En la evaluación de un niño con CF, es importante reconocer las señales de alerta, que son útiles para decidir si se requiere un manejo adicional (ver Tabla 3). La hospitalización para la observación es necesaria cuando un niño presenta signos y síntomas de bandera roja, la convulsión se prolonga, se produce una CF compleja, se encuentran hallazgos neurológicos residuales (es decir, paresia de Todd), se sospecha una infección grave, la fuente de infección no es claramente determinado, la edad del niño es inferior a 18 meses, existe el riesgo de recurrencia de las convulsiones y los padres o cuidadores no pueden proporcionar un seguimiento regular poco después de la CF.

Tabla 3. Señales y síntomas de bandera roja en un niño que presenta convulsiones febriles (CF).

El niño se presenta con CF compleja
Se observan signos meníngeos: un signo positivo de Kernig y / o un signo positivo de Brudzinski y / o rigidez en el cuello
Nivel de conciencia alterado durante más de una hora después de la interrupción de la CF
Evolución de erupciones no blanqueadoras en un niño enfermo
Fontanela anterior abultada
Taquicardia desproporcionada con la temperatura corporal o taquicardia que persiste incluso después de la normalización de la temperatura corporal.
Signos de dificultad respiratoria moderada a severa, como taquipnea, gruñidos, baja saturación de oxígeno (<92% en el aire) y recesiones en la pared torácica

En la fase aguda, el tratamiento se dirige a identificar la causa subyacente de la fiebre y a su manejo sintomático. Es importante asegurar una hidratación adecuada alentando al niño a beber, y se puede administrar paracetamol o ibuprofeno para aliviar las molestias causadas por la infección. No se recomienda el uso de paracetamol e ibuprofeno juntos porque el beneficio clínico de usarlos juntos es pequeño, aumenta el riesgo de errores de administración de medicamentos y sobredosis, y envía un mensaje incorrecto a los padres. Varios ensayos han demostrado que los fármacos antipiréticos no reducen el riesgo de recurrencia de la CF y, por lo tanto, no se

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

recomienda intentar reducir la temperatura del niño. Se debe informar a los padres y cuidadores que la razón para la administración de medicamentos antipiréticos es aliviar el malestar causado por la infección, no reducir el riesgo de CF.

Los fármacos antiepilépticos a largo plazo generalmente no se prescriben como profilaxis para la CF, ya que se ha demostrado que no reducen el riesgo de desarrollar epilepsia, y sus posibles efectos secundarios superan sus beneficios potenciales [19,24,32-34].

En algunas ocasiones, los benzodiazepinas, como el diazepam rectal o el midazolam bucal, se pueden recetar para usar en el hogar como terapia de rescate para detener las convulsiones. Las benzodiazepinas se pueden usar en niños que se presentan con CF frecuente en un período corto o con CF que dura más de 15 minutos, si previamente se han requerido medicamentos antiepilépticos para detener las convulsiones. Un estudio reciente de Offringa et al. revisó los efectos de los antiepilépticos, antipiréticos y zinc en niños con CF. Llegaron a la conclusión de que ni el tratamiento continuo ni intermitente con zinc, antiepilépticos o antipiréticos se recomienda para niños con CF. Teniendo en cuenta que la CF puede ser aterradora para los testigos, los padres y las familias deben recibir información de contacto adecuada para servicios médicos e información sobre la recurrencia de la CF, el manejo de primeros auxilios y, lo más importante, la naturaleza benigna del fenómeno (*Offringa, Newton, & Cozijnsen, 2017*).

Pronóstico

Los médicos y los padres / cuidadores a menudo están preocupados por la recurrencia de la CF, particularmente por el riesgo de aparición de epilepsia. La CF simple puede aumentar ligeramente el riesgo de desarrollar epilepsia, pero no tiene efectos adversos sobre el comportamiento, el rendimiento escolar o la neurocognición. El riesgo de desarrollar epilepsia aumenta aún más en niños con antecedentes de CF compleja. Un tercio de los niños que presentan una CF presentarán un segundo episodio durante una futura enfermedad febril. Los factores de riesgo para la recurrencia de la CF son antecedentes familiares positivos de CF, una primera CF antes de los 18 meses de edad, la aparición de una primera CF menos de una hora después del comienzo de la fiebre y CF a una temperatura corporal inferior a 38 C. Las convulsiones febriles recurrirán en el 4% de los niños sin factores de riesgo, pero en el 75% de los niños con factores de

riesgo descritos previamente. Es importante conocer los factores de riesgo de recurrencia de la CF para aconsejar a los padres o cuidadores del niño y administrar antiepilépticos de rescate a los niños con un alto riesgo de recurrencia.

Conclusiones.

La CF es el tipo más frecuente de convulsiones en pacientes pediátricos. La mayoría de los niños tienen un pronóstico excelente y pocos desarrollan problemas de salud a largo plazo. El diagnóstico de CF es clínico, y es importante excluir las infecciones intracraneales, en particular después de una CF compleja. El tratamiento consiste en el control de los síntomas y el tratamiento de la causa de la fiebre. Los padres y cuidadores a menudo se sienten angustiados y asustados después de que se produce una CF y deben ser informados adecuadamente sobre el pronóstico generalmente favorable, así como guiados por profesionales de la salud sobre el manejo de la fiebre y la fase aguda de la CF de sus hijos. Para evitar el abuso de pruebas y tratamientos de diagnóstico, los pediatras y neurólogos deben estar adecuadamente informados sobre el manejo de la CF.

Bibliografía.

20. Zhang, Y., Burgess, R., Malone, J., Glubb, G., Helbig, K., Vadlamudi, L., . . . Grattan-Smith, P. (2017). Genetic epilepsy with febrile seizures plus: Refining the spectrum. *Neurology*, 1210–1219.
- Anand, A., Salas, A., & Mahl, E. (2015). Cerebral Abscess Presenting as a Complex Febrile Seizure. . *Pediatr. Emerg. Care*, 499–502. .
- Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental. México*. Pax.
- Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales. México*. Limusa.
- Davila, A. (2015). *Concepto de terminos científicos*. Caracas: Oasis.
- Guedj, R., Chappui, H., & Titomanlio, L. (2014). Risk of Bacterial Meningitis in Children of 6 to 11 Months of Age with a First Simple Febrile Seizure: A Retrospective, Cross-sectional, Observational Study. . *Off. J. Soc. Acad. Emerg. Med.*, 1290–1297.

Alternativas de cuidado en infantes con convulsiones febriles.

Vol. 3, núm. 4., (2019)

María Cristina Menéndez Palacios; Antonio Mauricio Chávez Serrano; Karla María Delgado Guillen; Ana Isabel Zambrano Mendoza

Harini, C., Nagarajan, E., & Kimia, A. (2015). Utility of initial EEG in first complex febrile seizure. *Epilepsy Behav.*, 200–204.

Indar Kumar, S., Jitender, S., & Lesa, D. (2016). Evaluation of Risk Factors associated with First Episode Febrile Seizures. *J. Clin. Diagn. Res.*, 10–13.

Mewasingh, L. (11 de April de 2017). *Febrile Seizures: Clinical Evidence*. Obtenido de www.tinyurl.com/nketvst

Naric, J., Rissland, J., & Simon, A. (2016). Role of multiplex PCR analysis in children with febrile seizures. *Wien. Med. Wochenschr.*, 246–250.

NHS Choices. . (11 de April de 2014). *Febrile Seizures, Causes*. Obtenido de www.nhs.uk/Conditions/Febrile-convulsions/Pages/Causes.aspx

Offringa, M., Newton, R., & Cozijnsen, M. (2017). Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Cochrane Database Syst.* .

Paul, S., & Eaton, M. (2013). At a glance: Febrile convulsion in children. *J. Fam. Health Care*, 34–37.

Remick, K., Regdate, C., & Ostermayer, D. (2016). Prehospital Glucose Testing for Children with Seizures: A Proposed Change in Management. *Prehosp. Emerg. Care*, 216–221.

Waruiru, C. A. (2004). Febrile Seizures: An update. *Arch. Dis. Child.*, 751–756.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.