

MANEJO DE LAS CONVULSIONES FEBRILES EN NUESTRA COMUNIDAD

M. Martí Herrero, J.C. Cabrera López, L. Toledo

*Unidad de Neurología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil.
Las Palmas de Gran Canaria*

INTRODUCCIÓN

Las convulsiones en niños con fiebre alta son episodios muy comunes, especialmente entre el primero y quinto año de edad. Por lo general son episodios muy benignos y no precisan tratamiento sobre todo si inciden en niños sanos y no se presentan de forma repetitiva. A pesar de ello, esta entidad ha motivado una enorme heterogeneidad en cuanto a las pautas diagnósticas y terapéuticas, y una falta de unanimidad en cuanto a la orientación pronóstica.

Podemos definir a una convulsión *como un episodio de aparición brusca, originado por una descarga neuronal excesiva*, que provoca alteraciones en los movimientos y en la conciencia. En el caso de las convulsiones febriles (CF), *es la fiebre de origen extracerebral*, la que condiciona la descarga neuronal, a través de unos mecanismos fisiopatológicos no bien conocidos pero que parecen estar relacionados con perturbaciones hemodinámicas y alteraciones metabólicas que al incidir en un cerebro inmaduro, como es el del niño, que puede estar además genéticamente predispuesto (cuando existen antecedentes familiares), aumentando así la excitabilidad neuronal, y desencadenándose la convulsión.

CONDICIONES PARA SU CONSIDERACIÓN

Hay una serie de condiciones que se han de tener en cuenta para asegurar o descartar que nos encontramos ante una verdadera *convulsión febril*, estas son las siguientes:

- La ausencia de componente convulsivo, como es el desvanecimiento o la desconexión breve, que correspondería al síncope febril.
- La presencia obligatoria de la fiebre en el momento de la crisis.

- La confirmación de que la fiebre es de origen extracraneal, por lo cual quedarían descartadas las producidas en Infecciones del SNC.
- La edad de presentación que ha de ser entre los 6 meses y 6 años de edad.
- La exclusión de los niños que hayan presentado antes otros episodios sin fiebre (hablaríamos en este caso de crisis desencadenadas por fiebre).

INCIDENCIA Y RECURRENCIA

Las convulsiones febriles son las más frecuentes dentro de las crisis ocasionales del niño. Entre un 2-5% del total de los niños menores de 5 años ha padecido a lo largo estos años un episodio convulsivo coincidiendo con fiebre alta. Hay cierta incidencia mayor en el *varón*, y son más frecuentes en niños con *antecedentes familiares* de convulsiones febriles, lo que sugiere una herencia autosómica dominante.

En cuanto a la recurrencia hemos de saber que:

- El 30-40% de los niños en edad de riesgo van a tener 2 episodios de CF.
- El 9-17% de estos mismos niños van a tener 3 o más episodios de CF.
- El 3-5% va a evolucionar hacia una epilepsia.
- Muy bajo índice de secuelas neurológicas, pero pueden presentarse tras, crisis muy prolongadas, o relacionadas con daño cerebral previo.

La mitad de las recidivas se van a producir en los primeros 6 meses y el 70% en los siguientes 12 meses.

Existen unos *factores de riesgo* para padecer convulsiones febriles, ellos son principalmente:

- Tener antecedentes familiares de primer o segundo grado de convulsiones febriles.
- Haber padecido patología perinatal que condicionara ingreso por un periodo de 1 mes o superior.
- Tener retraso psicomotor o alguna enfermedad neurológica de base.
- Asistir a guarderías una media de 20 horas semanales (mayor riesgo de infecciones febriles)
- Padecer una crisis febril compleja.
- Haber padecido una crisis anterior con temperatura poco alta.
- Tener frecuentes episodios infecciosos febriles.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La mayoría de las convulsiones febriles se presentan en niños previamente sanos de edad comprendida entre 6 meses y 5 años; han de ser de duración inferior a 15 minutos, y son tónico-clónicas generalizadas (90%) o tónicas(5-30%). Se presentan con temperatura superior a 38.5° y no se han de observar déficits neurológicos tras el episodio. Estas características corresponden a las *crisis febriles simples*, que representan el 90% de las mismas.

Hay que diferenciarlas de las **crisis febriles complejas**, que serían las que se presentan en edades más tempranas a los 6 meses o en el niño mayor de 6 años, son de duración superior a los 15 min., son de predominio focal, la temperatura de presentación es menor de 38.5° y pueden reaparecer en el mismo día. Representan el restante 10%.

Hay ocasiones en el que las CF se inician con crisis generalizadas o focales de larga duración, (30 min. o más), constituyendo el llamado **status febril**, teniendo esta situación mayor riesgo de producir secuelas neuropsicológicas o desarrollo posterior de una epilepsia.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Existen una serie de elementos que hay que tener en cuenta para efectuar un diagnóstico correcto en la CF, ellos son:

1. Interrogatorio sobre el episodio: Ha de hacerse a la persona que lo presenció, consiguiendo una descripción minuciosa del mismo.
2. Correcta exploración física y neurológica, haciendo especial hincapié en la presencia o no de signos meningeos, estado del sensorio, temperatura y foco infeccioso que la produce.
3. Exámenes complementarios útiles, si bien no están indicados de manera sistemática, como son:
 - Hemograma, VSG.
 - Determinación del sodio sanguíneo: Si está disminuido hay más riesgo de que recidive en las primeras 24 horas.
 - Punción lumbar si existen signos meningeos, mal estado general, o resistencia a bajar la fiebre con antitérmicos. Es obligatoria en menores de 6 meses y recomendable a menores de un año.
 - E.E.G.: No tiene indicación ninguna en estos episodios, solo es causa de falsos diagnósticos de epilepsia. Por lo general se realiza con la intención de tranquilizar a la familia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay una serie de cuadros clínicos que hay que tener en cuenta cuando nos encontremos con un niño con uno o más episodios de CF, con los que debe de hacerse el diagnóstico diferencial, como son:

- *Delirio febril*: son tiritonas y estados de confusión que acompaña a la fiebre.
- *Procesos infecciosos del SNC* que debutan desde el punto de vista clínico con convulsiones acompañadas de fiebre.
- *Síncopes febriles*: Son crisis anoxicas reflejas febriles, expresados como una crisis de desmayamiento coincidiendo con fiebre alta.

- Inicio de una epilepsia mioclónica severa: cuando se intercalan con crisis afebriles, aparecen crisis febriles en su periodo inicial, siendo éstas de carácter complejo y se acompañan de alteraciones en el E.E.G.

TRATAMIENTO

En relación a ello, tendremos en cuenta dos aspectos, uno el tratamiento de la crisis febril aguda, y otro la actitud terapéutica que decidiremos ante el niño con uno o más episodios de CF.

Tratamiento de la crisis aguda

Lo adecuado es conseguir detener la crisis lo antes posible a través de la aplicación de canaletas en forma de enemas de DIACEPAN rectal, maniobra que está al alcance de cualquier persona que acompañe al niño. Es de aplicación fácil, de efecto inmediato, y con pocas posibilidades de producir depresión del ritmo respiratorio (*Figura 1*).



Figura 1.- Aplicación de Diacepan rectal.

La dosis es de 5 mg para niños con peso inferior a 20 kilos y de 10 mg para los de mayor peso. La administración se puede repetir en 1-2 min. si no cede la crisis.

Si a pesar de su administración, la crisis continua, o se presenta otra crisis de inmediato, se ha de acudir al Servicio de Urgencias más próximo, y al igual que cuando apreciamos que el niño tenga un estado general malo. De inmediato se han de tomar medidas urgentes para hacer descender la temperatura (antitérmicos, despojarlo de la ropa, bañarlo, etc.).

Indicación de tratamiento a largo plazo

Cada vez son menos las indicaciones de tratamiento anticonvulsivo en niños con convulsiones febriles repetidas o complejas. La evolución posterior de estos niños se

ha demostrado que es prácticamente igual, se haga tratamiento profiláctico o no, y no hay constancia de que reduzca el riesgo del desarrollo posterior de una epilepsia.

Desde la aparición del DIACEPAN para la administración por vía rectal, las perspectivas del tratamiento de estos procesos ha cambiado, pues este fármaco se absorbe rápidamente por esta vía y es altamente eficaz para acortar la duración de la crisis, cuando se aplica en el momento de su aparición, o cuando se aplica en el momento álgido de la fiebre, después del antitérmico y al comprobar que en los primeros 10 min. la temperatura no desciende a cifras tranquilizadoras. Otra forma útil de uso de este fármaco es la administración también por vía rectal a dosis de 0.3-0.5 mg/kilo cada 8 horas durante las primeras 24-48 horas del proceso febril. Esta es una medida eficaz y que puede recomendarse al igual que la pauta de su ingesta por vía oral, solo durante los días en que el niño tenga fiebre.

La administración de *fármacos antiepilépticos* solo está indicado en casos muy aislados, como puede ser:

- en los lactantes muy pequeños.
- en los niños que con crisis prolongadas (más de 15 min.) o que debuten con status.
- en niños con frecuentes episodios infecciosos.
- en niños que presenten crisis recurrentes.
- en niños con difícil acceso a los Servicios Médicos de Urgencias.
- cuando existan problemas de mala comprensión en el tratamiento por vía rectal.
- cuando exista una gran angustia familiar.

En estos casos el fármaco recomendado por excelencia es el Valproato Sódico a dosis de 20-40 mg/kilo/día repartido en dos tomas, por un periodo de un año, y nunca manteniéndolo más allá de los 3-4 años de edad. Algunas escuelas recomiendan el Fenobarbital, sobre todo en niños muy pequeños, si bien éste produce con frecuencia alteración en las funciones cognitivas y trastornos del sueño. Hay que hacer controles hematólogos mientras dure el tratamiento.

No olvidaremos ante un niño con convulsiones febriles dar instrucciones a la familia, con la información suficiente sobre el proceso, las diferencias de ellas con la epilepsia, las escasas secuelas que suelen producir, como se pueden evitar las recidivas y como aplicar el tratamiento adecuado cuando se presente una crisis en su domicilio.

Igualmente, las medidas que deben tomar cuando el niño tenga fiebre, explicándoles cuando han de acudir a los Centros Hospitalarios, instruyéndoles sobre el uso del Diacepan rectal y demás medidas que deben tomar ante una crisis. Todo ello conducirá a un mejor manejo del problema, evitando situaciones angustiosas, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida en todo el entorno familiar.

En muchas unidades se les proporciona un escrito informativo con las principales características del proceso, riesgo de recurrencia y medidas a tomar ante los episodios.

**PAUTA DE ACTUACIÓN ANTE UN NIÑO
QUE CONSULTA POR HABER PRESENTADO CON ANTERIORIDAD
CONVULSIONES FEBRILES**

HISTORIA CLÍNICA

- Descripción del episodio.
- Duración del mismo.
- Temperatura en el momento de la crisis.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Número de episodios.

EXPLORACIÓN

- Buscar el foco infeccioso y descartar que no hay infección en el SNC (punción lumbar en menores de 6 meses).
- Valoración de déficit neurológico previo o producido tras la crisis.

**EXPLORACIONES
COMPLEMENTARIAS**

- No es obligado efectuar exploraciones complementarias.
- Si las crisis son repetidas puede estar indicado el efectuar un E.E.G.

RECOMENDACIONES A LA FAMILIA

(a ser posible por escrito)

- Evitar ascensos bruscos de temperatura.
- Aplicar antitérmicos precozmente.
- Instruir sobre el uso del Diacepán vía rectal.
- Acudir a un Servicio de Urgencias si la crisis no cede o se presenta depresión respiratoria u otra complicación.
- Informarles de la benignidad (en general) del proceso.

ENVÍO A LAS UNIDADES ESPECÍFICAS PARA SU VALORACIÓN

Se deberán enviar las crisis:

- Complejas.
- Que se presenten en un niño con enfermedad neurológica de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berg A, Shinnar S, Hausser WA. Predictors of recurrent febrile seizures: A meta-analytic review. *J Pediatrics* 1990; 116:320-327.
2. Egea Nadal MP, López-Laso E. Crisis febriles. *Monografías de Pediatría* 1997; 106:13-14.
3. Freeman J, Gvinning P. Decisiones ante niños con convulsiones febriles. *Pediatrics in review* 1992; 13: 23-25.
4. Herranz JL. Estado actual del conocimiento de las convulsiones febriles. Estudio y Tratamiento. *Canarias Médica* 1997; 7:57-64.
5. Nieto Barrera M. Epilepsia y Síndromes epilépticos en el niño. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada* 1993; 24: 479-491.