



# CRISIS FEBRILES

**Teresa Fernández Martínez**  
Residente 3º año Pediatría

*Cristina Cáceres Marzal*  
*Mª Dolores Sardina González*  
*Unidad de Neuropediatría*

# DEFINICIÓN

- Crisis asociada a síndrome febril.
  - No infección **SNC**
  - No desequilibrio **hidroelectrolítico**
  - No AP de convulsión **afebril**.

# EPIDEMIOLOGÍA

- Trastorno convulsivo **más frecuente** en la infancia.
- Prevalencia 5%
- Incidencia 460/100.000 (0-4 años) **Niños (1,5: 1)**  
x 3 veces si AF  
*x 6 veces si fueron los hermanos*
- Más común entre **6 meses y 5 años** de edad.

# FACTORES FISIOPATOLÓGICOS

- Fisiopatología exacta desconocida.
- Varias teorías:
  - *Relativo déficit de **mielinización** en cerebro inmaduro*
  - *Inmadurez de mecanismos de **termorregulación***
  - *Incremento de **consumo de oxígeno** en cualquier proceso febril*
  - *Capacidad limitada para aumento del **metabolismo energético** celular al elevarse la temperatura.*

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Máxima incidencia alrededor **18 meses**
- La mayoría aparece en primeras **24 horas**.
- *Temperatura 38°C – 38,5°C. Incremento brusco*
- Crisis más frecuentes **tónico-clónicas generalizadas (80%)**
  - Duración menor de 15 minutos (92%)
  - 2/3 crisis >15 minutos → CF prolongada → Estatus convulsivo febril

# DESENCADENANTES

INFECCIONES  
VIRALES DE  
VÍAS ALTAS

60-80%  
(25% 1ª manifestación CF)

GEA

EXANTEMA  
SÚBITO  
VHS-6

OMA

ITU

SD FEBRIL  
POST-  
VACUNAL

\*Tos ferina  
\*Sarampión

# CLASIFICACIÓN

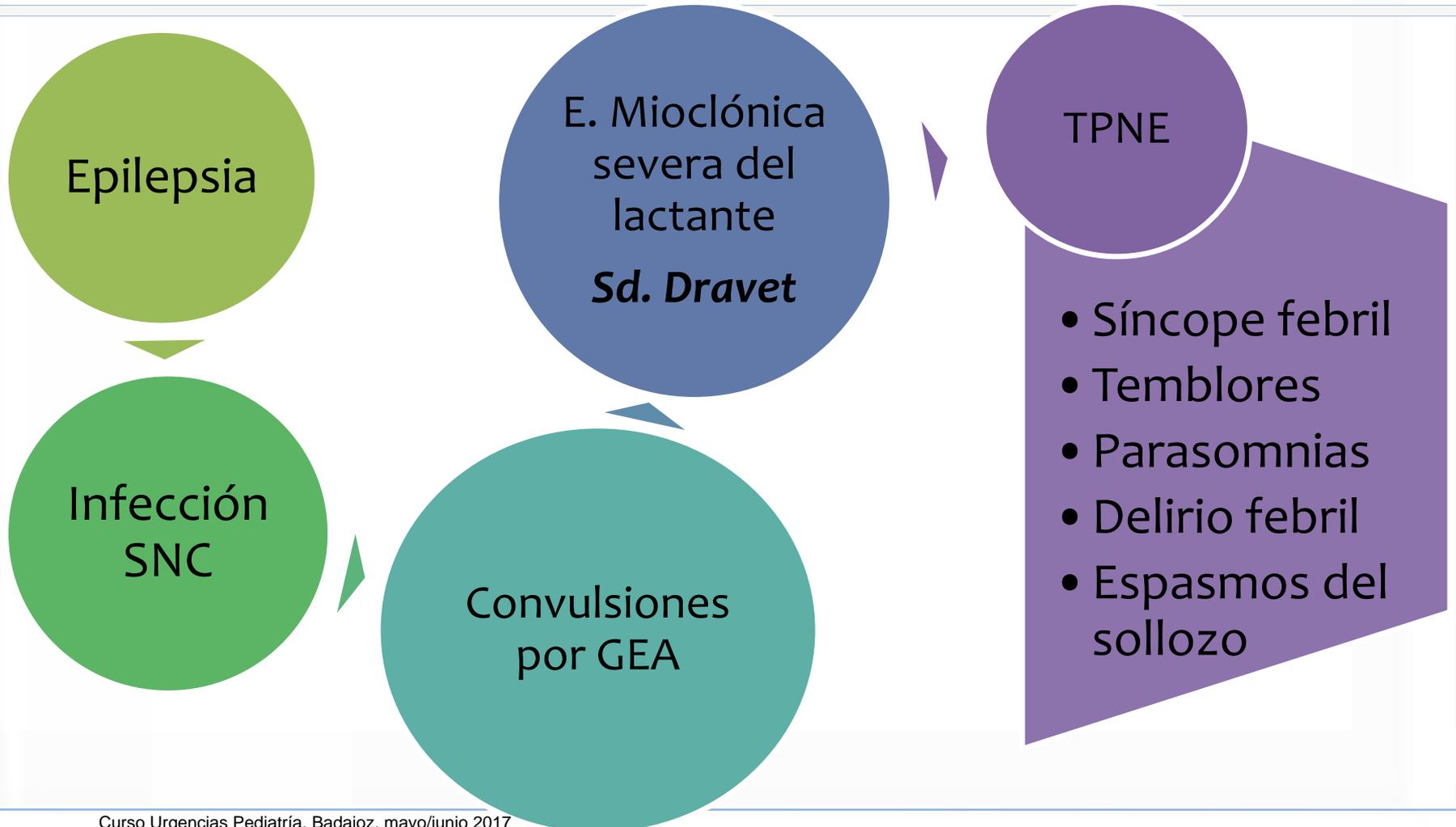
	<b>SIMPLES</b>	<b>COMPLEJAS</b>
<b>Frecuencia</b>	70%	30%
<b>Duración</b>	<15 minutos	>15 minutos
<b>Edad</b>	12m-5años	<12m, >5años
<b>Crisis</b>	Generalizada	Focal
<b>Recidiva</b>	Aislada	2 o + episodios
<b>Anomalías postictales</b>	No	Si (P. Todd 0,4%)
<b>Riesgo epilepsia</b>	3%	5%

# CLASIFICACIÓN

## **ESTATUS CONVULSIVO FEBRIL:**

- ⊙ Controversia en cuanto a duración. 20 VS 30
- ⊙ Crisis continua o varias sin recuperación conciencia intercrisis
- ⊙ Mayor riesgo de secuelas y/o desarrollo epilepsia

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



# DIAGNÓSTICO

## HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

- *Anamnesis detallada*
- *Antecedentes personales*
- *Antecedentes familiares*
- *EF y neurológica minuciosa*

**¡GLUCOSA Y SODIO EN CAPILAR!**

**PPCC DE RUTINA NO INDICADAS**

# DIAGNÓSTICO

- **EEG:** No valor diagnóstico ni pronóstico. **Crisis complejas**
  - 1/3 Enlentecimiento anormal
  - 1/3 Anomalías paroxísticas focales o generalizadas
- **Neuroimagen:** Signos de HIC
- **Hemograma, bioquímica y micro:** Diagnóstico etiológico
- **Punción lumbar:**
  - Síntomas o signos de meningitis
  - Focalidad neurológica
  - Estado **postictal prolongado**
  - <12 meses.** Meníngeos no valorables

# EVOLUCIÓN

- **Epilepsia** 2-7% frente a 1% de la población general.
  - Semiología clínica variable
  - *CF prolongadas* → *Epilepsia del lóbulo temporal*
- **Neurodesarrollo:** No hay asociación con defectos neurológicos, del comportamiento, cognitivos o la memoria.
- **Mortalidad:** No incremento de mortalidad por propia CF

# EVOLUCIÓN

- **Recurrencia:**

- 1ª crisis < 12 meses → Riesgo recurrencia **50%**
- 1ª crisis > 12 meses → Riesgo recurrencia **30%**
- Más de una CF → Riesgo recurrencia **50%**

## FACTORES DE RIESGO

- 1ª CF compleja (< 12 meses/ 2 o más)
- 1ª CF → Tª < 38°C
- AF de CF o Epilepsia

**75% RECIDIVAS SERÁN EN LOS SIGUIENTES 12 MESES**

# TRATAMIENTO

## MEDIDAS GENERALES

**A.- Vía aérea** permeable (Lateralizar la cabeza y aspirar secreciones)

**B.- Ventilación adecuada (**Oxigenación** con mascarilla o cánulas nasales).** Valorar color, movimientos torácicos, FR, ACP y pulsioximetría.

**C.- Perfusión periférica, monitorización de **constantes** (pulsos, FC y TA)** Canalización de vía venosa periférica.

**D.- Control de **estado neurológico****

**E.- Asegurar la protección física y colocar en posición decúbito lateral **semiprono**, para evitar la posible aspiración, excepto si hay antecedente de traumatismo**

# TRATAMIENTO

## FARMACOLÓGICO

- La mayoría NO requieren tratamiento, ceden espontáneamente antes de los dos minutos.

### ELECCIÓN → BENZODIAZEPINAS

- Consiguen el control en 60-80%
- Las más utilizadas son **Midazolam** in, im, bucal o iv y **Diazepam** rectal o iv.

# TRATAMIENTO

## FARMACOLÓGICO

- **ELECCIÓN → MIDAZOLAM** (*bucal, nasal, im*)
  - *Formulación precargada con dosis ajustada a peso-edad*



**EFECTIVIDAD**

**MDZ IN mejor que DZP RECTAL**

\*R. Scott, F. Besag, B. Neville “Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: A randomised trial” *Lancet*, 353 (1999), pp. 623-626.

# TRATAMIENTO

## FARMACOLÓGICO

- ALTERNATIVA → DIAZEPAM RECTAL

### MIDAZOLAM BUCAL

### DIAZEPAM RECTAL

#### ADMINISTRACIÓN

Más cómoda en público

Compleja en público  
Poca aceptación en  
adolescentes

#### ABSORCIÓN

Más exacta. No 1er paso

Errática

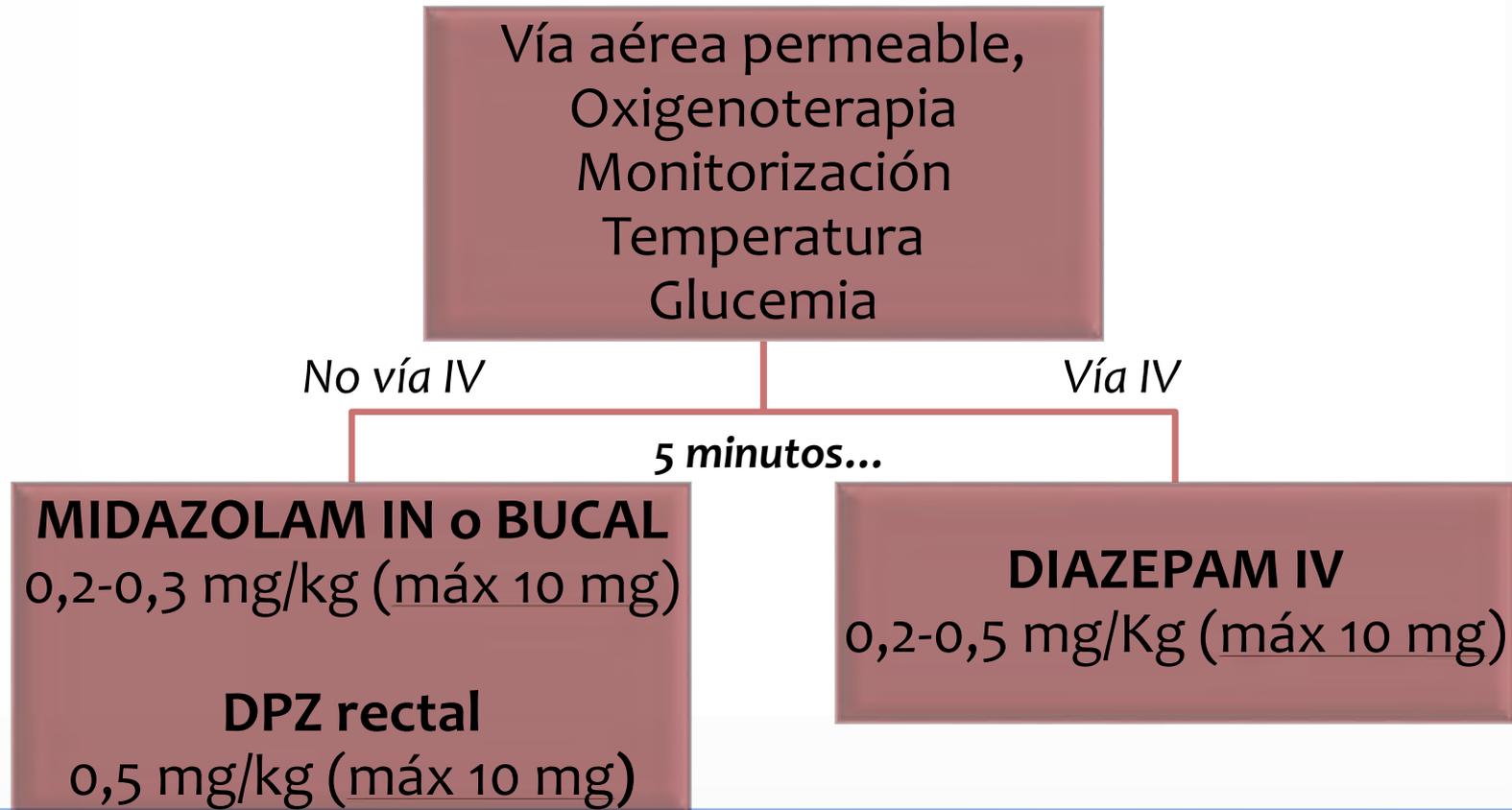
#### DOSIS

Dosis ajustadas por peso  
(2,5mg/5mg/7,5mg/10mg)

Limitado ajuste de dosis  
(5mg/10mg)

# TRATAMIENTO

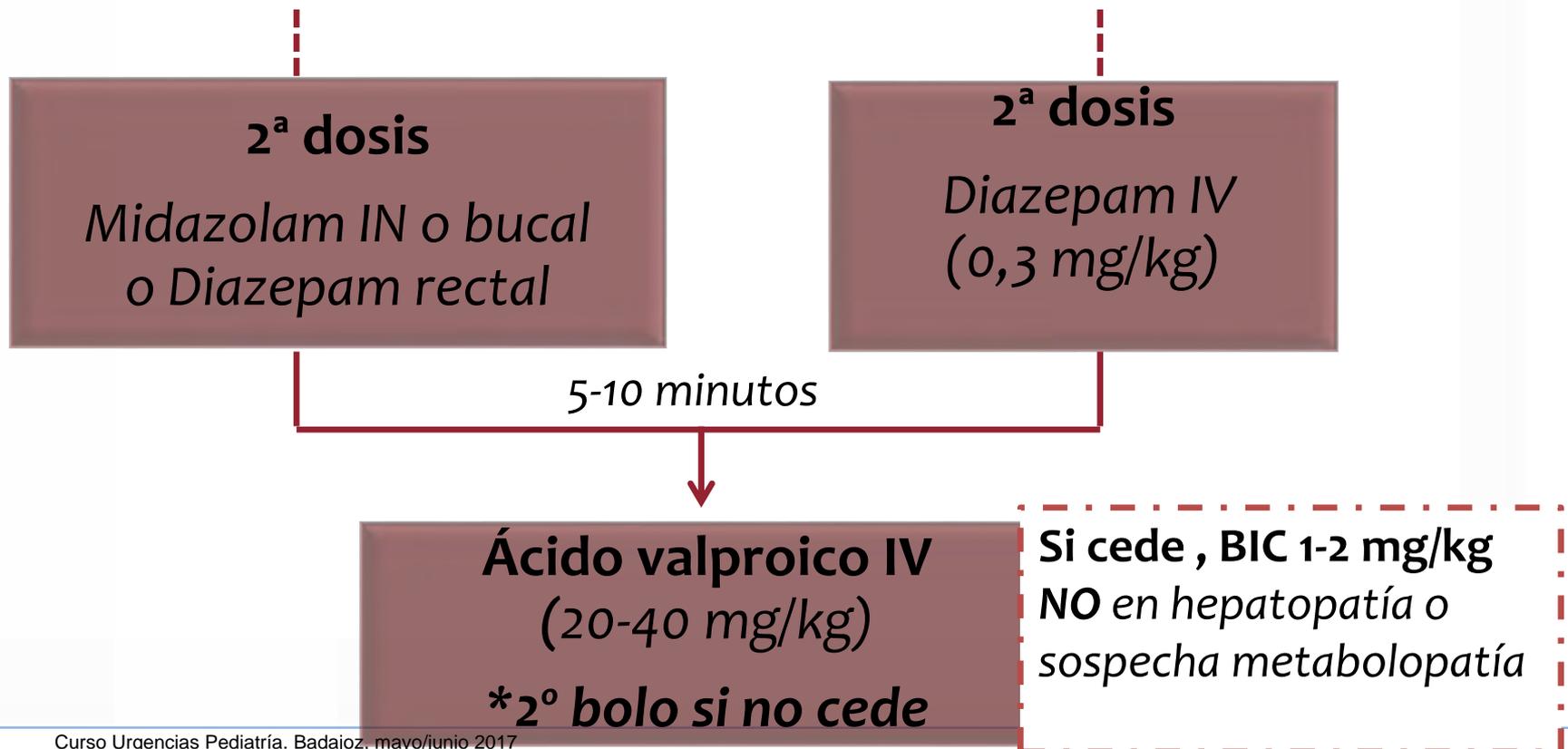
## FASE AGUDA



# TRATAMIENTO

## FASE AGUDA

... No cede en 5-10 minutos



# TRATAMIENTO

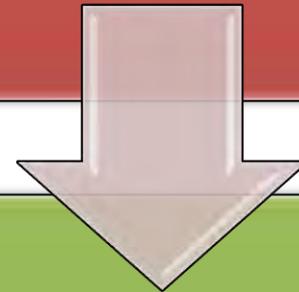
- OTRAS OPCIONES...
  - **FENITOÍNA:** Bolo 15-20 mg/kg  
Mantenimiento: 15mg/kg/24h
  - **LEVETIRACETAM:** Bolo 20-40 mg/kg  
Mantenimiento 50mg/kg/dosis cada 12 h
  - **LACOSAMIDA:** Bolo 10 mg/kg  
Mantenimiento 5mg/kg/dosis cada 12 horas

# TRATAMIENTO

**ESTATUS ESTABLECIDO**

+ *Fenobarbital IV*

+ *Clonazepam IV*



**ESTATUS REFRACTARIO**

**UCIPN**

# TRATAMIENTO

## PROFILÁCTICO

- Siempre desde la consulta de **Neuropediatría**
- **No evidencia** de prevención de epilepsia ni alteraciones neurológicas.
- INDICACIONES:
  - - Estatus febril o crisis febril prolongada
  - CF simples recurrentes (3 o más)
  - CF complejas (*Salvo inicio <12m*)
  - Alteraciones neurológicas

# TRATAMIENTO

## PROFILÁCTICO

**INTERMITENTE**

- Desde inicio de procesos febriles
- **Diazepam VO (Prodes): 0,5 mg/kg/12h. 48 h.**

**CONTINUO**

- Duración > 1 año.
- **Ácido valproico: 30-40mg/kg/día**

# CRITERIOS DE INGRESO

- ✓ CRISIS FEBRIL COMPLEJA
- ✓ ESTATUS FEBRIL
- ✓ INDICACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR
- ✓ GRAN ANGUSTIA FAMILIAR
- ✓ IMPOSIBILIDAD DE REVISIÓN CLÍNICA A CORTO PLAZO
- ✓ CONDICIONES SOCIALES DESFAVORABLES
- ✓ SI CAUSA SUBYACENTE ES SUBSIDIARIA DE INGRESO

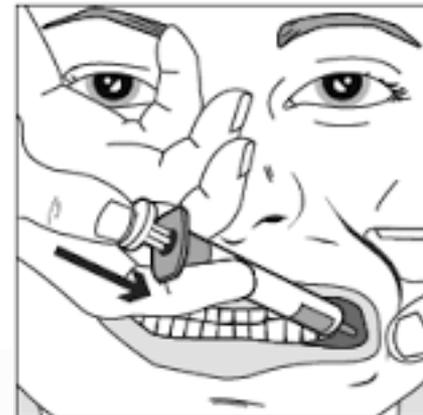
Se recomienda observación clínica durante 6-8 HORAS.

# DERIVACIÓN NEUROPEDIATRÍA

- ✓ Tres o más crisis febriles simples
- ✓ Crisis febriles complejas
- ✓ Estatus convulsivo febril
- ✓ Patología neurológica previa
- ✓ Déficit neurológico persistente

# RECOMENDACIONES

- Insistir en la benignidad de las crisis y en su cese espontáneo.
- Importancia de tranquilidad y serenidad en ambiente familiar
- Correcta administración de Buccolam en domicilio suministrado por NP *solo si crisis no ha cedido a los 5 minutos.*





## CRISIS FEBRIL

### ¿QUÉ ES UNA CONVULSIÓN O CRISIS FEBRIL?

Es una respuesta del cerebro ante la fiebre que se produce en algunos niños sanos entre los 12 meses y los 5 años de edad.

Casi siempre ocurren durante el primer día de fiebre.

El niño pierde bruscamente la conciencia, el cuerpo puede ponerse rígido y comenzar con sacudidas o quedarse completamente flácido. También es frecuente que la boca esté morada, cerrada con fuerza, como encajada y la mirada perdida. Suele durar poco tiempo, generalmente menos de 5 minutos. Al final, el niño tiende a dormirse. No intente despertarlo, tras la fase crítica el niño permanecerá dormido por un tiempo indeterminado.

### ¿QUÉ DEBE HACER ANTE UNA CRISIS?

- Coloque al niño tumbado de lado, sobre un costado (esto le permitirá respirar mejor) y lejos de objetos con los que pueda golpearse.
- No intente introducirle nada en la boca.
- Si no le ha dado ninguna medicina para la fiebre en las últimas 2 horas le puede poner un supositorio de paracetamol.
- Es conveniente que el niño sea valorado por un médico que confirme el diagnóstico. Acuda al centro de salud u hospital más cercano. En algunos casos su médico le indicará si debe administrarle medicación específica.

### CUESTIONES IMPORTANTES

- Las crisis febriles son un proceso frecuente en la infancia. Tienen buen pronóstico. Resultan alarmantes pero la mayoría son benignas y ceden antes de los 5-6 años de edad.
- No implican que el niño sea epiléptico ni van a producir secuelas irreversibles.
- Cualquier infección banal (catarro, anginas, gastroenteritis) que curse con fiebre puede provocar una crisis febril.
- Son frecuentes (3-5% de los niños). Además, después del primer episodio, 1 de cada 3 niños volverá a tener otro.
- Los niños con crisis febriles no necesitan un tratamiento para la fiebre diferente del que se administra a los demás niños. Utilice las dosis habituales de antitérmicos.