

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y manejo de las crisis febriles. Niños entre 6 meses y 5 años. Atención primaria. Referencia y contrarreferencia.

Javier Escobari

Servicio de Salud Metropolitano Sur, Hospital Exequiel González Cortés, Servicio de Pediatría, Unidad de Neurología, Programa de Epilepsia.

javierescobari@vtr.net

Recopilación de evidencias

1. Annegers. The risk of seizure disorders among relatives of patients with childhood onset epilepsy. *Neurology* 1982. Factors pronostic of unprovoked seizures after febrile convulsions. *N Engl J Med* 1987.

2. American Academy Pediatricians, Committee on Quality Improvement 1996.

3. Berg y Shinar. Complex febrile seizures. *Epilepsia* 1996. Predictors of recurrent seizures a prospective cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997. Predictors of recurrent febrile seizures: a metaanalytic review. *J Pediatr* 1990. Predictors of recurrent febrile seizures: a prospective study of the circumstances surrounding the initial febrile seizure. *N Engl J Med* 1992.

4. Camfield. Home use of rectal diazepam to prevent status epilepticus in children with convulsive disorders. *J Child Neurol* 1989.

¿What types of epilepsy are preceded by febrile seizures? A population based study of children.

Dev Med Child Neurol 1994. Prevention of recurrent febrile seizures. *J Pediatr* 1995.

Treatment of febrile seizures. Pedley TA editors. Philadelphia 1997. The first febrile seizureantipiretic instruction plus either phenobarbital or placebo to prevent a recurrence. *J Pediatr* 1980.

5. International League Against Epilpsy (ILAE): Diagnosis and management of Epilepsies in children and young people.

6. Nelson y Ellenberg. Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures. *N Engl J Med* 1976. Prognosis in children with febrile seizures. *Pediatrics* 1978. Febrile seizures and later intellectual performance. *Arch Neurol* 1978.

7. Plan y Políticas para la Epilepsia en Chile. Normas MINSAL 2003.

8. Rosman. A controlled trial of diazepam administered during febrile illnesses to prevent recurrence of febrile seizures. *N Engl J Med* 1993.

9. Rutter. Febrile convulsions - what do parents do? *Br Med J* 1978.

10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

11. Tsuboi y Endo. Genetic studies of febrile convulsions. *Epilepsy Res* 1991.

12. Uhari. Efect of acetaminophen and of low dose intermittent diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr* 1995.

13. Verity. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth. Prevalence and recurrence in the first five years of life. *Br Med J* 1985. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth II Medical history and intellectual ability at 5 years of age. *Br Med J* 1985. Risk of epilepsy after febrile convulsions: a national cohort study. *BMJ* 1991.

Grado de Recomendación:

A: Corresponde a un estudio controlado randomizado como parte importante en la literatura, considerando la manutención de una adecuada calidad de vida y que corresponde a una recomendación específica y consistente.

B: Corresponde a un estudio clínico bien diseñado pero no randomizado.

C: Corresponde a evidencias obtenidas por reportes de comité de expertos u opiniones y experiencias clínicas de autoridades reconocidas. Indica la ausencia de estudios clínicos con relación a calidad de vida.

CRISIS FEBRILES

Definición

Manifestación clínica, en paciente con fiebre, resultado de descarga anormal y excesiva de neuronas cerebrales.

(Grado de recomendación C)

3 a 4% de los niños tendrá a lo menos una crisis febril.

Nelson y Ellenberg (Grado de recomendación B)

Crisis febriles son benignas. Sólo un 2 a 3% hará posteriormente epilepsia.

Nelson y Ellenberg (Grado de recomendación B)

Etiología

Tres factores interactúan en la producción de crisis febriles:

- Cerebro inmaduro
- Fiebre
- Predisposición genética

ILAE 2002 (Grado de recomendación C)

El modo hereditario más probable es que sea poligénico o bien autosómico dominante de penetración incompleta.

Annegers 1982, Tsuboi y Endo 1991

(Grado de Recomendación: B)

Más de cinco sitios cromosómicos han sido asociados con crisis febriles.

ILAE 2002 (Grado de recomendación: C)

Cuadros clínicos registrados con crisis febriles:

- 38% faringitis
- 23% otitis media
- 15% neumonía
- 7% gastroenteritis
- 5% roseola infantum
- 12% afecciones no infecciosas

Nelson y Ellenberg 1978, Lewis 1979

(Grado de Recomendación: B)

Clínica

Se presentan entre 6 meses y 5 años, con un peak entre 18 y 22 meses.

American Academy of Pediatricians, Committee on Quality Improvement 1996.

(Grado de recomendación: C)

La crisis febril suele ser breve, con manifestaciones generalizadas tónicas, tónico clónicas o atónicas.

MINSAL 2003 (Grado de recomendación C)

Menos frecuentemente (4%) son focales.

Nelson y Ellenberg 1976

(Grado de recomendación: A)

La mayoría ocurre 4 a 6 horas de iniciada la fiebre. 75% de las veces la fiebre está sobre los 39° rectal.

MINSAL 2003 (Grado de recomendación: C)

Pueden ser simples o complejas.

Simple: tónico clónica generalizada, < 15 minutos, sin recurrencia en 24 horas.

Compleja: focal, > 15 minutos, dos o más en 24 horas.

Nelson y Ellenberg 1976

(Grado de recomendación: C)

La primera crisis febril es compleja en 30 a 40% y simple en aproximadamente 70%.

ILAE 2002 (Grado de Recomendación: C)

28% de las primeras crisis febriles fue compleja

- 4% focal

- 8% > 15 minutos

-16% con recurrencia en primeras 24 horas.

Nelson y Ellenberg 1978, Estudio multicéntrico prospectivo con 55.000 niños.

(Grado de Recomendación: A)

Exámenes

EEG no debe hacerse de rutina en la evaluación neurológica de un niño con crisis febril simple. Un EEG anormal no predice confiablemente el desarrollo de epilepsia o recurrencia de crisis febril. Estudios de niños con crisis febriles complejas han demostrado que estas no son predictivas para el desarrollo de epilepsia.

ILAE 2002 (Grado de recomendación: C)

TAC o RNM hacer solo en sospecha de lesión subyacente.

Amer Acad Ped - Com Qual Impr 1996

(Grado de recomendación: C)

Pronóstico

Crisis febriles complejas no son asociables con mayor recurrencia.

Nelson y Ellenberg 1976 (B), Verity 1985, (B),

Berg y Shinar 1996 (A)

Factores de riesgo asociables a pronóstico de recurrencia:

1. Lapso corto de fiebre antes de la crisis.
2. Fiebre baja al momento de la crisis.
3. Edad menor a 1 año.
4. Historia familiar de crisis febriles.

1 y 2 Berg 1996 (Grado de Recomendación: B)
 3 y 4 Berg 1997 (Grado de Recomendación: A)

Pronóstico

32% de las crisis febriles recurren en los 2 años siguientes.

Nelson y Ellenberg 1976

(Grado de Recomendación B)

- Crisis febriles sin factores de riesgo, recurrió en 4%.

- Crisis febriles con un factor de riesgo, recurrió en 23%

- Crisis febriles con dos factores de riesgo, recurrió en 32%

- Crisis febriles con tres factores de riesgo, recurrió en 62%

- Crisis febriles con cuatro factores de riesgo. recurrió en 76%

Verity 1985 (Grado de Recomendación B)

Sólo 2 a 4% de las crisis febriles hicieron posteriormente epilepsia.

Annegers 1987 (Grado de recomendación B)

Factores de riesgo para posterior epilepsia al momento de la 1º crisis febril:

1. Examen neurológico alterado.
2. Status convulsivo
3. Epilepsia familiar.
4. Convulsión febril compleja.

60% de la primera crisis febril no tiene ninguno de estos factores, por tanto su riesgo de epilepsia es de 0,9%.

Nelson y Ellenberg 1978

(Grado de Recomendación B)

Profilaxis

Diazepam rectal durante períodos febriles es efectivo en prevenir recurrencia y no afecta a largo plazo el desarrollo cognitivo.

70, 71, 72, 73. Scottish I. Guidelines 2003

(Grado de Recomendación A)

Uso de fenobarbital diario, regular, no impide recurrencia de crisis a largo plazo, y puede afectar adversamente la inteligencia.

68, 69, Scottish I. Guidelines 2003 (Grado de Recomendación: A)

Efectos adversos hacen preferir tratamiento intermitente.

Parece no haber razones de fuerza para dejar tratamiento profiláctico diario.

Amer Acad of Pediatr 1996

(Grado de Recomendación: C)

Crisis febriles incluso recurrentes no deben ser tratadas con drogas antiepilépticas en forma profiláctica regular.

Scottish I. Guidelines 2003

(Grado de Recomendación: A)

MANEJO DE LA CRISIS FEBRIL (CF)

Tratamiento de crisis:

Lorazepam 0,1 mg/kg E.V.

Midazolam 0,2 mg/kg E.V.

Diazepam 0,3 mg/kg E.V.

Diazepam 0,5 mg/kg Rectal

CF > Servicio de Urgencia (descarta otras causas)
 > a su Consultorio:

En Consultorio Nivel Primario

1. 1º Crisis febril sin factor pronóstico de recurrencia (lapso febril previo corto, fiebre bajo 39º C, menor de 1 año, historia familiar de crisis febriles)

- Información (Instructivo escrito a la familia)

- Alta.

2. 1º Crisis febril con factor pronóstico de recurrencia

- Diazepam Rectal profiláctico, 0,5 mg/kg/dosis el primer día de fiebre, cada 12 horas.

- Información (Instructivo escrito a la familia)

- Seguimiento hasta completar 2 años sin crisis o hasta cumplir 5 años de edad.

3. 1º Crisis febril con factor pronóstico de epilepsia

- A Neurología Nivel Secundario

4. Crisis febril recurrente

- A Neurología Nivel Secundario

En Neurología Nivel Secundario

1. Evaluación clínica

2. EEG

3. Diazepam rectal

4. Acido Valproico en caso de tratamiento rectal no confiable o en recurrencias a pesar del diazepam rectal.

5. Paciente estabilizado, con tratamiento

- Consultorio Nivel Primario

- Seguimiento hasta cumplir 2 años sin crisis o 5 años de edad.

- Alta