
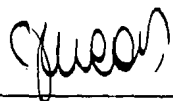


11241
1 ej 13

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE CRISIS, CONVULSIVAS FEBRILES
EN LA INFANCIA Y EL DESARROLLO POSTERIOR DE EPILEPSIA.



DRA. FLORA ELENA PEREZ PACHECO,
Residente de Psiquiatría.



DR. JORGE ESCOTTO MORETT,
Asesor.



DRA. NORA CAVAZÓS ORTEGA,
Asesor técnico.

DICIEMBRE, 1986.

Adm 20-I-87

FALLA DE CP'GEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I. INTRODUCCION
 - II. ANTECEDENTES
 - III. HIPOTESIS Y OBJETIVOS
 - IV. METODOLOGIA
 - V. RESULTADOS
 - VI. DISCUSION
 - VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
 - VIII. BIBLIOGRAFIA
- ANEXOS

I. INTRODUCCION

Debido a que no existe un criterio uniforme en cuanto al uso de anticonvulsivos como tratamiento profiláctico en niños con convulsiones febriles para evitar su recurrencia y el desarrollo posterior de algún tipo de epilepsia, se decidió realizar este estudio con el fin de determinar si existe una relación estadísticamente significativa que justifique el uso de anticonvulsivantes como tratamiento profiláctico, a pesar de sus efectos secundarios, sobre todo porque son tratamientos muy largos que se pueden prolongar hasta la etapa escolar: 6 a 12 años, pudiendo tener consecuencias tanto en el paciente, en la familia como en la escuela que compliquen un cuadro relativamente sencillo como lo son las convulsiones febriles.

Por otro lado, la autora consideró conveniente realizar este estudio ya que en el Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud existe una clínica de epilepsia donde es frecuente observar la solitud de atención médica para niños que presentan convulsiones febriles, en la que los resultados obtenidos pue-

dan ser de utilidad clínica.

II. ANTECEDENTES

Las convulsiones febriles simples son una variedad de epilepsia generalizada que merece consideración especial debido a ciertas características que posee, en particular el buen pronóstico en cuanto a que desaparecen en la segunda década de la vida. Sin embargo, Ajuriaguerra (19) considera que deben ser excluidas del cuadro de la epilepsia.

Las convulsiones febriles aparecen cuando se produce una fiebre superior a 38.5°C , en ausencia de una infección del sistema nervioso central o enfermedad metabólica, duran menos de 10 minutos, generalmente no hay recurrencia durante el mismo cuadro febril y si la hay es después de 30 minutos y son generalizadas (9). En ocasiones hay un antecedente familiar de convulsiones asociadas con enfermedades febriles durante la niñez o de epilepsia (5, 8, 9, 17). El electroencefalograma se reporta normal dos semanas después del ataque y la exploración neurológica también se encuentra normal (9).

En cuanto a la edad de aparición, Ajuriaguerra (19) menciona que las convulsiones se presentan antes de

los 3 años, mientras que Samuels (18) menciona que se presentan de los 6 meses a los 5 años y Sutherland (17) refiere que tienen su inicio durante los tres primeros años de vida y desaparecen a los 5 ó 6 años de edad. Para Kalra (9) se presentan entre los 6 meses y los 6 años. De lo anterior, vemos que dichos autores coinciden en que las convulsiones febriles se pueden presentar hasta los 6 años. No existe diferencia en su presentación entre ambos sexos (5, 8).

Acerca de la etiología, Kalra (9) menciona la inmadurez del sistema nervioso central como un factor importante para su presentación mientras que Sutherland (17) considera que dichas convulsiones se presentan por un umbral de convulsión bajo que está determinado genéticamente y que en épocas posteriores dicho umbral alcanza niveles más "normales", por lo que el pronóstico en general, es bueno.

Verity y cols. (5) mencionan una prevalencia de convulsiones febriles de 2.3 % en un estudio de seguimiento hecho a 13,135 niños desde el nacimiento hasta los 5 años, cifra que coincide con la mencionada por Kalra: 2 a 4 % (9).

El riesgo de desarrollar epilepsia a largo plazo varía de un autor a otro. Ajuriaguerra (19) menciona que se observa una incidencia de epilepsia del 5 % más elevada que en la población general y Sutherland (17) considera que sólo en raras ocasiones puede producirse una lesión cerebral, presumiblemente de naturaleza anóxica por una convulsión febril prolongada y si esta zona lesionada resulta ser epileptógena se superpone una epilepsia sintomática, la cual continuará durante la vida adulta, sin especificar algún porcentaje de este riesgo. Para Kandt y cols. (7) dicho riesgo es del 2 al 13 %. En cuanto a las posibles secuelas neurológicas posteriores (sin especificar el tipo), Wallace (16) menciona que el riesgo es del 5 %.

Cuando se llega a presentar la epilepsia, ésta se presenta adiferentes edades siendo las convulsiones generalizadas las más frecuentes y con buena evolución, mientras que las convulsiones parciales se encuentran en segundo lugar (15).

Kalra (9) menciona la importancia de hacer un diagnóstico diferencial entre las convulsiones febriles y una epilepsia que se manifieste a raíz de la hiperter-

mia, sugiriendo que se practique un electroencefalograma dos semanas después de la convulsión, el cual será normal en las primeras.

En cuanto al desarrollo físico e intelectual posterior de los niños que presentaron convulsiones febriles, Verity y cols. (5) no encontraron ninguna diferencia en la conducta, el peso, coeficiente intelectual y perímetro cefálico entre dos grupos de niños de 5 años, uno con antecedente de convulsiones febriles y el otro sin éste.

El riesgo de recurrencia de convulsiones febriles es mayor dentro de los 30 meses siguientes a la primera convulsión febril (7) siendo el factor predictivo más importante la edad en la que ésta se presente ya que a menor edad aumenta el riesgo (5, 8).

Otro factor de riesgo importante es la historia familiar de epilepsia en familiares cercanos (5, 8). Radhi y cols. (13) refieren que la recurrencia disminuye cuando la fiebre es mayor de 40°C y viceversa. Verity y cols. (5) mencionan que un tercio de pacientes presentan recurrencias mientras que Kalra (9) habla de un 2 a

57 % comparado con la población general.

El tratamiento de las convulsiones febriles en la fase aguda no representa ningún problema ya que se recomienda para su control disminuir la temperatura ya sea por medios físicos o con medicamentos antipiréticos y administrando una dosis única de fenobarbital a razón de 5 mg/kg por vía intravenosa.

Sin embargo, existe controversia sobre lo que es más conveniente para proteger a los pacientes que han presentado convulsiones febriles: el tratamiento profiláctico continuo (a largo plazo), el tratamiento profiláctico intermitente agudo o la ausencia de tratamiento (11). El tratamiento profiláctico continuo se dirige principalmente a evitar la recurrencia de convulsiones febriles, la cual disminuye de un 50 a un 13 % (9) mientras que para Lee y cols. (14) baja del 60 al 23 %; también se utiliza para disminuir el riesgo de una epilepsia posterior así como la posibilidad de que haya algún déficit neurológico. A este respecto, Ajuriaguerra (19) menciona que el tratamiento debe dirigirse al control de la hipertermia con el fin de evitar la presencia de las crisis convulsivas y considera que un tratamiento a largo plazo con

anticonvulsivos no está justificado. Por otro lado, Samuels (18) considera que es conveniente el tratamiento profiláctico con fenobarbital de 3 a 5 mg/kg/día, el cual debe prolongarse hasta los cinco años de edad. Sutherland (17) sugiere dos maneras de dar el tratamiento profiláctico, ya sea administrando los anticonvulsivos al primer signo de una enfermedad febril y suspenderlos cuando desaparece la fiebre o dándolos en forma continua durante 12 ó 24 meses o más, siendo ésta última la que más recomienda. Kalra (9) considera que lo más conveniente es dar antipiréticos ante el primer signo de hipertermia. No recomienda la administración de anticonvulsivos en forma aguda pues no alcanzan los niveles séricos adecuados en poco tiempo y refiere que es más conveniente la profilaxis regular con fenobarbital de 3 a 5 mg/kg/día o el ácido valproico de 10 a 20 mg/kg/día, durante los dos años posteriores a la última convulsión o hasta los 4 años de edad, sobre todo en pacientes con convulsiones febriles atípicas, con una historia familiar de epilepsia o cuando la recurrencia es muy frecuente. Knudsen (8, 10) recomienda la administración de 5 mg. de diazepam en solución por vía rectal cada 12 hrs., en 4 ocasiones como máximo, además de antipiréticos, cuando la fiebre sea mayor

de 38.5°C, disminuyendo así en forma importante las recurrencias sin importar los factores de riesgo. Para Lee y cols. (14) tanto el ácido valproico como el diazepam tienen la misma eficacia como tratamiento profiláctico, aunque no menciona dosis ni duración del mismo. Lee y Mamelle (11) consideran superior al ácido valproico sobre el fenobarbital mientras que Cavazutti (11) y Wallace (2, 16) refieren que tienen igual eficacia, pero que deben suspenderse cuando aparezcan efectos secundarios como deterioro en el desarrollo cognitivo y conductual, que se presentan generalmente con el uso del fenobarbital.

Como vemos, los medicamentos indicados son: el fenobarbital, el ácido valproico y el diazepam. Sin embargo, como todo medicamento tienen efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo. (cuadro 1)

Gordon menciona que en un tratamiento a largo plazo con anticonvulsivos se debe realizar una vigilancia estrecha de los efectos colaterales y de los niveles sanguíneos del medicamento. También menciona que el fenobarbital usado para las convulsiones febriles tiene efectos secundarios como la disminución de la memoria y la comprensión así como efectos sobre la conducta, consideran-

FENOBARBITAL	ACIDO VALPROICO (11)	DIAZEPAM (8)
Alteraciones conductuales y cognitivas (1, 2, 3, 7, 9, 11, 16)	Alteraciones gastrointestinales	Sedación
Letargia (7)	Pérdida de pelo (transitoria)	Euforia
Hiperactividad (7)	Cambios en el color del pelo	Ataxia
Disminución de la memoria (3, 7)	Aumento de peso	Agresividad
Osteomalacia (7)	Cambios hematológicos	
Tumores hepáticos (7)	Temblor	
	Pancreatitis	
	Hepatotoxicidad	
	Cambios inmunológicos	
	Encefalopatía crónica	

Cuadro 1.- Efectos secundarios del fenobarbital, ácido valproico y diazepam.

do que una de las edades más vulnerables para estos efectos son los tres primeros años de vida, siendo necesaria su suspensión (11). Kalra (9) menciona que dichos efectos se presentan en el 40 % de los pacientes y también sugiere un control periódico del funcionamiento hepático sobre todo cuando el paciente sea tratado con ácido valproico.

Lerman y cols. (1) encontraron dificultades en el aprendizaje originadas o agravadas por el tratamiento con anticonvulsivos por lo que recomiendan que no se de-

ben administrar medicamentos antiepilépticos a pacientes cuyos síntomas no sean claramente epilépticos como acontece con las convulsiones febriles, además de que casi invariablemente "etiquetan" al paciente como epiléptico con todo lo que ésto implica, como es el estigma y rechazo social así como los efectos tóxicos secundarios.

Para finalizar, The National Institutes of Health (7, 8) recomiendan administrar fenobarbital o ácido valproico sólo a grupos de alto riesgo que puedan desarrollar epilepsia, el cual se debe continuar de 1 a 2 años después de la primera convulsión febril, sin recurrencias e ir disminuyéndolo gradualmente de 1 a 2 meses.

III. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Como se puede observar en los expuesto en los antecedentes, cada autor plantea criterios diferentes para el manejo a largo plazo de las convulsiones febriles. Con esta base se decidió determinar si existe una relación significativa entre la presencia de convulsiones febriles durante la infancia y la presencia de epilepsia en edad escolar, a fin de considerar la necesidad de un tratamiento profiláctico con anticonvulsivos, partiendo de la hipótesis de la ausencia de una relación significativa entre el antecedente de convulsiones febriles durante la infancia y el desarrollo de algún tipo de epilepsia en la etapa escolar.

Para ésto, se plantearon los siguientes objetivos:

- General:

1.- Determinar si existe una relación entre las convulsiones febriles durante la infancia y la aparición de epilepsia en edades posteriores.

- Específicos:

- 1.- Obtener mediante la revisión de los expedientes clínicos de pacientes de la clínica de epilepsia del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, los datos referentes al antecedente de convulsiones febriles en el universo de estudio.
- 2.- Recabar mediante la aplicación de una encuesta, los datos referentes a antecedentes de convulsiones febriles en el grupo control.
- 3.- Establecer mediante la información obtenida, si existe una relación estadísticamente significativa entre las convulsiones febriles y la epilepsia
- 4.- Determinar el tipo de epilepsia más frecuente en los pacientes con antecedentes de convulsiones febriles.
- 5.- Contribuir clínicamente a un mejor manejo del paciente con convulsiones febriles de la clínica de epilepsia.

IV. METODOLOGIA

Debido a las características del tema se decidió que lo más conveniente era realizar un estudio de casos y controles, longitudinal, retrospectivo y comparativo de efecto-causa, ya que el propósito del estudio es conocer si el grupo de pacientes epilépticos tiene una mayor frecuencia de convulsiones febriles como antecedente en la infancia, que el grupo control.

Dentro de las variables que se manejaron fueron las siguientes:

- Infancia: es la edad comprendida desde el nacimiento hasta los 6 años cumplidos.
- Edad escolar: es la edad comprendida de los seis años y un día a los 12 años cumplidos.

Esta división se determinó en función de que las convulsiones febriles se presentan hasta los seis años, además de que es la edad mínima para ingresar a la primaria, lo que facilita la obtención de la muestra de los controles al recurrir para su búsqueda, a una escuela primaria, así como que es en esta etapa donde los efec

tos secundarios de los medicamentos pueden tener mayores repercusiones en el paciente.

Se definió a las convulsiones febriles como aquellas convulsiones generalizadas que se presentaron durante un cuadro infeccioso que no haya sido del sistema nervioso central, coincidentes con hipertermia y que hayan ocurrido antes de los 6 años. La convulsión generalizada es aquella que presenta pérdida de la conciencia y movimientos bilaterales y simétricos del cuerpo.

Se definieron dos grupos: el de los CASOS, integrado por una muestra aleatoria del 30 % del total de pacientes atendidos desde que se inició la clínica de epilepsia hasta el 28 de febrero de 1986, resultando una muestra de 121 pacientes de ambos sexos, con una edad de 6 a 12 años y que presentaban solamente cualquier tipo de epilepsia que ameritó su atención en dicha clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud y que además no hubieran recibido tratamiento profiláctico en caso de haber tenido convulsiones febriles en la infancia.

Se revisaron sus expedientes buscando el ante-

cedente de convulsiones febriles desde el nacimiento hasta antes de los seis años. El diagnóstico de epilepsia que se tomó en cuenta fue el elaborado en la historia clínica, el cual se organizó para este estudio según la clasificación mencionada por Sutherland (17):

A) Epilepsia Generalizada:

- Ausencias
- Mioclono bilateral de varios tipos
- Espasmos infantiles
- Crisis tónicas
- Crisis clónicas
- Crisis tónico-clónicas
- Crisis acinéticas

B) Epilepsia parcial (focal)

- Focal
- Secundariamente generalizada

C) Epilepsia del lóbulo temporal (crisis parciales de sin tomatología compleja).

Esta clasificación se eligió por considerarla clara y de fácil aplicación para la ubicación de los diversos términos diagnósticos encontrados en los expedientes.

El grupo CONTROL se integró por una muestra de igual tamaño, formado por niños sanos que fueron pareados en edad y sexo con los casos, elegidos de una escuela primaria de la Secretaría de Educación Pública. Inicialmente también se iban a parear en escolaridad, sin embargo ésto ya no se tomó en cuenta por encontrar varios pacientes analfabetos dentro del grupo de casos. Se consideró que lo más adecuado era obtener una muestra de niños sanos con el fin de evitar que la presencia de algún padecimiento principalmente crónico pudiera sesgar el resultado. Se entrevistó a las madres de los niños con el fin de investigar el antecedente de convulsiones febriles antes de los 6 años y que en caso de haberlas presentado, no hubieran recibido tratamiento profiláctico.

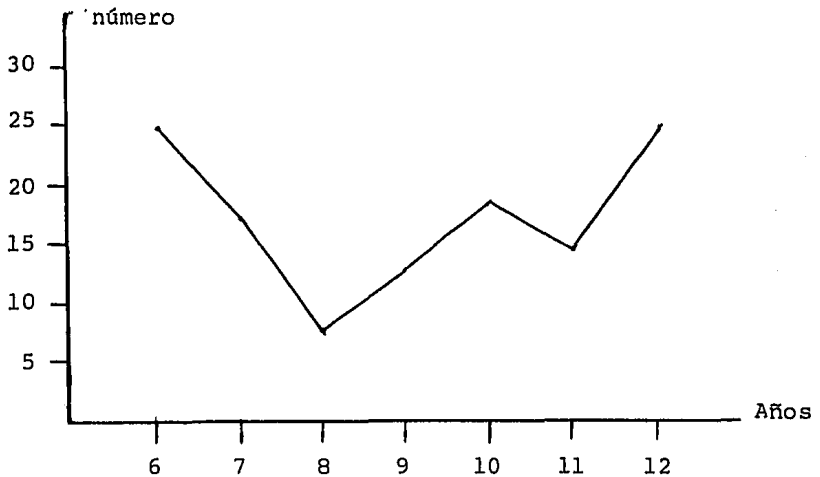
La información obtenida se concentró en dos formatos previamente probados. Se presenta el grupo de casos en el Anexo 1.

Se tomó en cuenta el sexo y el tipo de epilepsia con el fin de obtener información para la realización de estudios posteriores y también para determinar el tipo de epilepsia más frecuente en pacientes con antecedente de convulsiones febriles.

V. RESULTADOS

Una vez obtenidas las muestras de los casos y controles, ambas constituidas por 121 niños, se observó que la mediana fue de 7 años para los dos grupos.

En el grupo de los casos, el 47.9 % eran niñas mientras que el 52.1 % eran niños, resultando una proporción de 1:1. En cuanto a la distribución por edades de los casos se observó que era de tipo bimodal (Gráfica 1).



Gráfica 1.- Distribución por edades de la muestra de los casos.

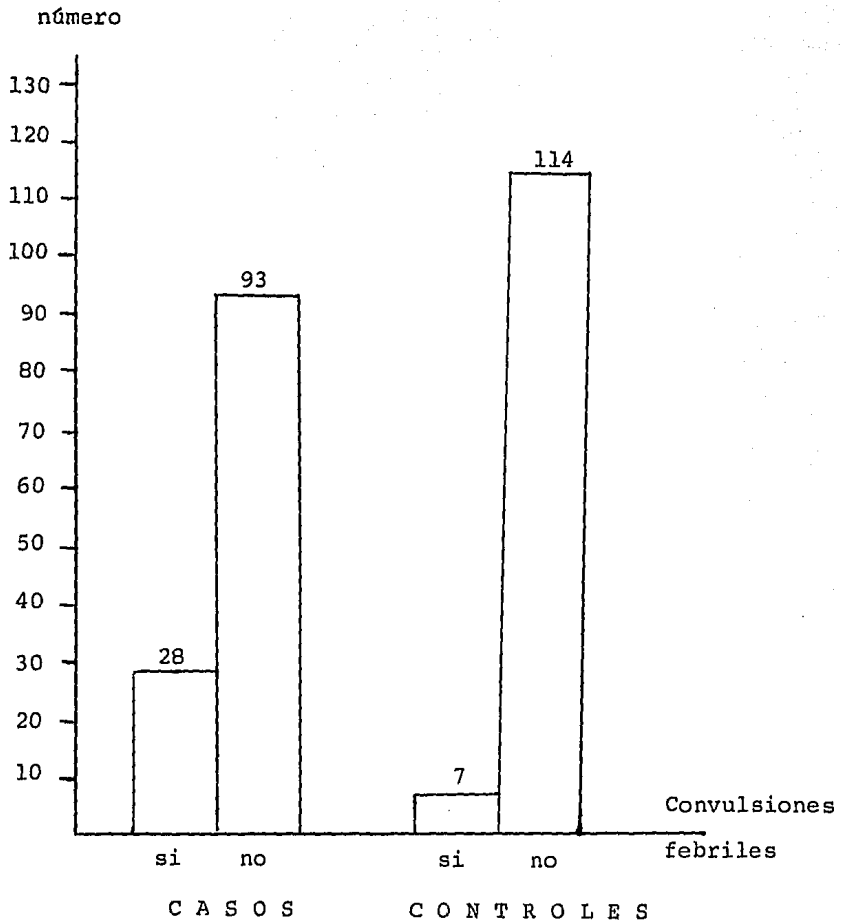
En cuanto al antecedente de convulsiones febriles en la infancia, se presentó en un 5.8 % del grupo control comparado con el 23.1 % de los casos (Tabla 1) (Gráfica 2), lo que resulta en una frecuencia 4 veces mayor que la de los controles.

	ANTECEDENTE DE CONVULSIONES FEBRILES		TOTAL	FEM	MASC
	SI (%)	NO (%)			
CASOS	23.1	76.8	121	58	63
CONTROLES	5.8	94.2	121	58	63

Tabla 1.- Antecedente de convulsiones febriles en los casos y los controles.

En relación a la distribución por sexo, de los 28 niños epilépticos con antecedente de convulsiones febriles, 20 eran niños y 8 eran niñas, mientras que en el grupo control, de los 7 niños que presentaron el mismo antecedente, 3 eran del sexo masculino y 4 del femenino (Tabla 2).

El tipo de epilepsia más frecuente en el total de los casos fue la epilepsia generalizada en un 62.8 %, posteriormente las parciales en un 33.8 % y finalmente la epilepsia del lóbulo temporal en un 3.3 %. Esta última sólo se encontró entre los 11 y 12 años (Tabla 3) (Grá-



Gráfica 2.- Antecedente de convulsiones febriles en las muestras de los casos y los controles.

fica 3).

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
CASOS	8	20	28
CONTROLES	4	3	7

Tabla 2.- Distribución por sexo de los casos y los controles con antecedente de convulsiones febriles.

La tabla 4 muestra que el tipo de epilepsia más frecuente de los casos con antecedente de convulsiones febriles fue la epilepsia generalizada y posteriormente las parciales (Gráfica 3).

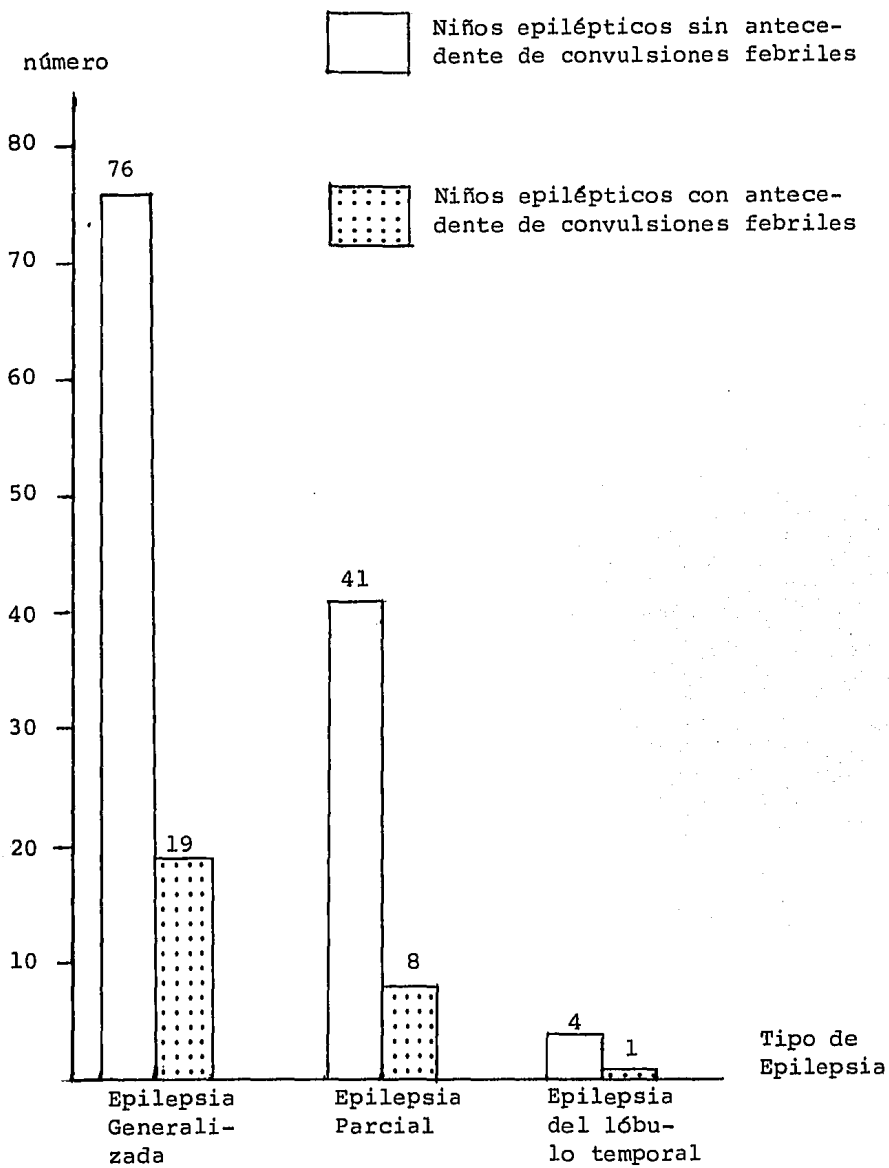
En relación al análisis estadístico, se aplicó la prueba de X^2 Mantel Haenszel con el fin de determinar el riesgo relativo aproximado (RR) por el método de la razón de productos cruzados cuyo resultado fue de 4.9 y se encontró una asociación significativa entre las convulsiones febriles en la infancia y la epilepsia en edad escolar ($X_{MH} = 3.83$) con una $p < 0.005$. (Anexo 2).

EDAD (años)	EPILEPSIA GENERALIZADA	EPILEPSIA PARCIAL	EPILEPSIA DEL LOB. TEMPORAL	TOTAL
6	15	10		25
7	14	3		17
8	6	2		8
9	7	6		13
10	10	8		18
11	8	6	1	15
12	16	6	3	25
TOTAL	76	41	4	121
%	62.8	33.8	3.3	

Tabla 3.- Tipos de epilepsia encontrados en la muestra total de los casos.

TIPO DE EPILEPSIA	NUMERO	%
Generalizada	19	67.8
Parcial	8	28.5
Del lóbulo temporal	1	3.5

Tabla 4.- Tipos de epilepsia encontrados en los casos con antecedente de convulsiones febriles.



Gráfica 3.- Tipos de epilepsia encontrados en el grupo de los casos.

VI. DISCUSION

Los niños epilépticos que se estudiaron fueron pacientes de la clínica de epilepsia del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro de la Secretaría de Salud, la cual comenzó a funcionar hace aproximadamente tres años. Debido a que es un hospital de concentración, la población que se atiende es abundante y frecuentemente llegan las madres con niños solicitando atención médica por convulsiones febriles.

En relación a las características de la población que conforma el grupo de los casos integrado por 121 pacientes, encontramos una distribución por edades de tipo bimodal: 6 y 12 años con 25 pacientes cada una (Gráfica 1). Esta distribución es igual en el grupo control ya que fueron pareados en edad y sexo. Si volvemos a los casos, vamos que esta distribución coincide con dos etapas que en general son importantes en el desarrollo escolar: el ingreso a la primaria a los 6 años y el próximo ingreso a la secundaria a los 12 años, lo que de alguna manera pudiera estar influyendo para que las madres soliciten la atención médica de los niños epilépticos ya sea

por decisión de ellas o por sugerencia de los maestros.

Tanto en el grupo control como en el de los casos, la distribución de la población total por sexo fue 1:1. Este dato es importante al analizar la muestra de los casos ya que de los 28 niños epilépticos que tuvieron el antecedente de convulsiones febriles en la infancia, 20 eran del sexo masculino y 8 del femenino, dando una proporción de 2.4:1. En el grupo control, se encontraron 7 niños sanos con antecedente de convulsiones febriles, de los cuales 3 eran del sexo masculino y 4 del femenino, o sea, una proporción de 1:1, la cual coincide con lo expuesto por Knudsen (8, 10) y Verity y cols. (5) quienes mencionan que no existe diferencia en la presencia de convulsiones febriles entre ambos sexos. Con base en ésto, vemos que existe una frecuencia elevada de algún tipo de epilepsia en los niños del sexo masculino que presentaron convulsiones febriles en la infancia y no recibieron tratamiento profiláctico, lo que nos podría hacer pensar en una posible susceptibilidad hacia la epilepsia relacionada con el sexo, una vez presentadas las convulsiones febriles y sin tratamiento con anticonvulsivos como profilaxia.

En relación a la frecuencia de convulsiones febriles en el grupo control de niños sanos, encontramos que la cifra de este estudio (5.8 %) es semejante a las mencionadas por Verity y cols. (5) que reportan una prevalencia del 2.3 %, así como la citada por Kalra (9) quien refiere que varía del 2 al 4 %.

En cuanto al riesgo de que desarrollen epilepsia los niños con antecedente de convulsiones febriles, observamos una frecuencia 4 veces mayor que el grupo control con el mismo antecedente. Este dato contrasta con la cifra citada por Kandt (7) que es del 2 al 13 %.

En la muestra total de los casos se determinó que la epilepsia más frecuente es la generalizada en cualquiera de sus variedades con un porcentaje del 62.8 %, el 33.8 % corresponde a la epilepsia parcial mientras que la menos frecuente fue la epilepsia del lóbulo temporal pues sólo se encontraron 4 casos, los cuales se presentaron entre los 11 y 12 años.

En relación al tipo de epilepsia hallado en los 28 niños con antecedente de convulsiones febriles, encontramos que coincide con lo reportado por Cavazutti (15),

quien menciona que las epilepsias generalizadas son las más frecuentes, mientras que las parciales ocupan el segundo lugar, sin mencionar porcentajes. En este estudio se encontró que las epilepsias generalizadas tuvieron un porcentaje del 67.8 %, el 28.5 % presentó epilepsia parcial y sólo un caso (3.3 %) presentó epilepsia del lóbulo temporal, la cual Sutherland (17), aunque la menciona en un inciso diferente, considera que es un tipo particular de epilepsia parcial.

Al comparar los casos y los controles en el antecedente de convulsiones febriles, vemos que sí existe una diferencia significativa entre ambos con una $p < 0.005$ en cuanto al riesgo relativo de presentar algún tipo de epilepsia posteriormente en nuestra muestra estudiada. Este dato invalida la hipótesis inicialmente expuesta por la autora y que por sí solo no nos lleva a la conclusión definitiva de la necesidad de administrar tratamiento profiláctico a los niños con convulsiones febriles, sí es importante de tomarse en cuenta para investigaciones posteriores que valoren mediante ensayos clínicos la utilidad del tratamiento profiláctico con anticonvulsivos.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A las conclusiones que podemos llegar es que existe mayor riesgo de presentar algún tipo de epilepsia principalmente generalizadas, al haber un antecedente de convulsiones febriles en la infancia y que éste aumenta en el sexo masculino, sin que con ésto se pueda concluir definitivamente que es necesario el uso de anticonvulsivos como tratamiento profiláctico, pero sí se debe tomar en cuenta para el manejo de aquellos pacientes que soliciten atención por convulsiones febriles, ya que se debe hacer inicialmente un diagnóstico diferencial entre las convulsiones febriles y la presencia de alguna epilepsia que se haya desencadenado por la fiebre, como sugiere Kalra (9) en su estudio.

En cuanto a la utilidad del tratamiento profiláctico con anticonvulsivos para evitar recurrencias y/o el desarrollo posterior de epilepsia, la autora considera conveniente proponer la realización de otros estudios para que aquella sea valorada.

También se sugiere que siempre sean investigados tanto el antecedente de convulsiones febriles como el

que haya habido o no la administración de algún tratamiento profiláctico con anticonvulsivos.

Para finalizar, se sugiere que se continúe la investigación en esta area, con el fin de obtener mayor información sobre la utilidad del manejo medicamentoso de los niños con convulsiones febriles dentro de la clínica de epilepsia del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y que en el caso de que el médico tratante decida dar tratamiento profiláctico a un niño con convulsiones febriles, lo haga tomando en cuenta sus efectos secundarios, los cuales como ya se mencionó, son importantes.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lerman P. et al. Focal epileptic EEG discharges in children not suffering from clinical epilepsy, clinical significance and management.
Epilepsia, 22, octubre, 551-558, 1981.
- 2.- Wallace, S.J., Febrile convulsions: their significance for later intellectual development and behaviour.
J. Child. Psychol. Psychiat. 25(1): 15-21, 1984.
- 3.- Gordon, N., Duration of treatment for childhood epilepsy
Developmental Medicine and Child Neurology, 24:84-88, 1982.
- 4.- Monaco, F. Efficacy of carbamazepine for febrile seizures.
Neurology, 35(4), abril, 618-9, 1985.
- 5.- Verity, C.M. et al. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth. I.- Prevalence and recurrence in the first five years of life.
Br. Med. J. 290(6478), mayo 4, 1307-10, 1985.
- 6.- Verity, C.M. et al. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth. II.- Medical History and intellectual ability at five years of age.
Br. Med. J. 290(6478), mayo 4, 1311-5, 1985.
- 7.- Kandt, R. et al. Discontinuing antiepileptic therapy.
Am. Fam. Physicial, 31(4), apr., 177-84, 1985.
- 8.- Knudsen, F.J. Recurrence risk after first febrile seizure and effect of short term diazepam prophylaxis.
Arch. Dis. Child. 60(11), nov., 1045-9, 1985.
- 9.- Kalra, V. Management of febrile convulsions.
Indian J. Pediatr. 52(415), mar-abr., 177-8, 1985.
- 10.- Knudsen, F., Effective short term diazepam prophylaxis in febrile convulsions.
Journal of pediat. 106(3), Mar. 487-90, 1985.

- 11.- Gram, J. et al. Valproate: un update review. Acta Neurol. Scand. 72(2), aug. 129-39, 1985.
- 12.- Tay, J.S., et al. Parental age and birth order effects in children with febrile convulsions. Eur. J. Pediatr. 144(1), May., 88-9, 1985.
- 13.- Radhi, A.S., Recurrence rate of febrile convulsions related to the degree of piroxia during the first attack. Clin. Pediatr. (Phila), 25(6), Jun, 311-3, 1986.
- 14.- Lee, K. et al. Prophylactic treatment with valproic acid or diazepam in children with febrile convulsions. Acta Paediatr. Scand. 75(4), jul., 593-7, 1986.
- 15.- Cavazutti, G.B., et al. Febrile convulsions and epilepsy. Pediatr. Med. Chir. 7(1), ene-feb., 11-6, 1985.
- 16.- Wallace, S. Simith, J.A., Succesful prophylaxis against febrile convulsions with valproie and or phenobarbitone. Br. Med. J. I(280), 353-4, 1980.
- 17.- Sutherland, J.M., Tait, H. y Eadie, M.J. Epilepsias, diagnóstico y tratamiento. Ed. El Manual Moderno, 2a. edic., 1982.
- 18.- Samuels, M.A. Epilepsy. Manual of Neurologic therapeutics, with essentials of diagnosis. Little Brown and Co., Boston, 6a. edic., 1981.
- 19.- De Ajuriaguerra, J., Marcelli, D., Epilepsia del niño, Manual de Psicopatología del niño. Edit. Masson, 1a. reimpression, 1984.

FORMATO DE CONCENTRACION

(CASOS)

ANEXO 1 (1)

EXP.	EDAD	S E X O		GRADO	CONV. FEBRILES		TIPO DE EPILEPSIA	EDAD DE INICIO
		F	M		SI	NO		
1	6 años	X		--		X	Parciales	3 años
2	"	X			4/12		Generaliz.	4 años
3	"	X			3/12		Parciales	4 años
4	"	X				X	Parciales	3 "
5	"	X				X	Parciales	5 "
6	"	x				X	Generaliz.	3 "
7	"	X				X	Generaliz.	4 "
8	"	X				X	Parciales	3 "
9	"		X		6/12		Generaliz.	2 "
10	"		X			X	Generaliz.	2 "
11	"		X			X	Generaliz.	2 "
12	"		X			X	Generaliz.	4 "
13	"		X			X	Generaliz.	3 "
14	"		X			X	Generaliz.	3 "
15	"		X			X	Generaliz.	2 "
16	"		X			X	Parciales	2 "
17	"		X		4/12		Generaliz.	2 "
18	"		X			X	Generaliz.	3 "
19	"		X		3/12		Parciales	4 "
20	"		X			X	Parciales	9/12
21	"		X			X	Generaliz.	6/12
22	"		X		7/12		Generaliz.	2 años
23	"		X		5/12		Parciales	2 "
24	"		X		1/12		Parciales	1 "
25	"		X			X	Generaliz.	4 "
1	7 años	X				X	Generaliz.	2 años
2	"	X				X	Generaliz.	1.5 "
3	"	X				X	Generaliz.	6 "
4	"	X				X	Generaliz.	1 "
5	"	X				X	Generaliz.	3 "
6	"	X				X	Generaliz.	2 "
7	"	X				X	Generaliz.	8/12
8	"	X			8/12		Generaliz.	6 años
9	"	X				X	Generaliz.	6 "
10	"	X				X	Parciales	6 "
11	"	X				X	Generaliz.	5 "

FORMATO DE CONCENTRACION

(C A S O S)

ANEXO 1 (2)

EXP.	EDAD	S E X O		GRADO	CONV. FEBRILES		TIPO DE EPILEPSIA	EDAD DE INICIO
		F	M		SI	NO		
12	7 años	X		--		X	Parciales	5 años
13	"		X		9/12		Generaliz.	6 "
14	"		X			X	Generaliz.	5 "
15	"		X		2/12		Generaliz.	2 "
16	"		X		8/12		Generaliz.	3 "
17	"		X			X	Parciales	5 "
1	8 años	X				X	Parciales	6 años
2	"	X				X	Generaliz.	6 "
3	"	X				X	Generaliz.	7 "
4	"		X			X	GENERALIZ.	9/12
5	"		X		4/12		Generaliz.	2 años
6	"		X		5/12		Generaliz.	4 años
7	"		X		8/12		Generaliz.	6 "
8	"		X			X	Parciales	7 "
1	9 años	X			1 año		Parciales	9 años
2	"	X				X	Generaliz.	8 "
3	"	X				X	Parciales	7 "
4	"	X				X	Generaliz.	3 "
5	"	X				X	Parciales	8 "
6	"		X		2/12		Generaliz.	3 "
7	"		X		4/12		Generaliz.	3 "
8	"		X			X	Parciales	4 "
9	"		X		6/12		Generaliz.	7 "
10	"		X			X	Generaliz.	8 "
11	"		X			X	Parciales	7 "
12	"		X			X	Parciales	6 "
13	"		X			X	Generaliz.	2 "
1	10 años	X				X	Generaliz.	9 años
2	"	X				X	Parciales	8 "
3	"	X				X	Parciales	10 "
4	"	X				X	Parciales	5 "
5	"	X				X	Parciales	5 "
6	"	X				X	Generaliz.	9 "
7	"	X				X	Parciales	6 "

FORMATO DE CONCENTRACION

(CASOS)

Anexo 1 (3)

EXP.	EDAD	S E X O		GRADO	CONV. FEBRILES		TIPO DE EPILEPSIA	EDAD DE INICIO
		F	M		SI	NO		
8.	10 años	X		--		X	Parciales	8 años
9	"		X			X	Generaliz.	9 "
10	"		X			X	Generaliz.	9 "
11	"		X		4/12		Generaliz.	7 "
12	"		X		5/12		Generaliz.	5 "
13	"		X			X	Parciales	10 "
14	"		X			X	Generaliz.	9 "
15	"		X			X	Generaliz.	8/12
16	"		X			X	Generaliz.	3 años
17	"		X			X	Generaliz.	6 "
18	"		X			X	PARCIALES	7 "
1	11 años	X				X	Parciales	9 años
2	"	X				X	Parciales	2 "
3	"	X			3/12		Parciales	2 "
4	"	X				X	Generaliz.	7 "
5	"	X			2/12		Generaliz.	3 "
6	"	X			6/12		E. Lob. Temp	3 "
7	"	X				X	Parciales	4 "
8	"	X				X	Generaliz.	5 "
9	"	X				X	Generaliz.	10 "
10	"	X				X	Generaliz.	9 "
11	"	X				X	Generaliz.	7 "
12	"	X				X	Generaliz.	8 "
13	"		X		6/12		Generaliz.	3 "
14	"		X		8/12		Parciales	4 "
15	"		X			X	Parciales	10 "
1	12 años	X				X	E.LCB,Temp.	11 años
2	"	X			4/12		Parciales	7 años
3	"	X				X	Generaliz.	8 "
4	"	X				X	Parciales	11 "
5	"	X				X	Generaliz.	11 "
6	"	X				X	Generaliz.	8 "
7	"	X				X	Parciales	11 "
8	"	X				X	Parciales	2 "
9	"	X				X	Generaliz.	9 "

ANEXO 2

$$RPC = \frac{28 \times 114}{93 \times 7} = \frac{3192}{651} = 4.90$$

$$\therefore RR = 4.90$$

E P I L E P S I A				
	SI	NO	TOTAL	
CON- VUL- SIONES	SI	28	7	35
FEBRI- LES	NO	93	114	207
TOTAL		121	121	242

$$X_{MH} = \frac{3192 - 651}{\sqrt{\frac{121 \times 121 \times 35 \times 207}{242}}} = \frac{2541}{663.43} = 3.83$$

$$\therefore X_{MH} = 3.83$$