

11.237

259

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

**" FRECUENCIA DE LAS CRISIS CONVULSIVAS FEBRILES ASOCIADO A
PROCESOS INFECCIOSOS EN URGENCIAS PEDIATRIA "**

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA.

P R E S E N T A :

DR. RAFAEL SILVA BARLANDAS

ASESOR DE TESIS Y TITULAR DEL CURSO:

DRA. MARIA DEL CARMEN NERI MORENO

MEXICO, DF.

AGOSTO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



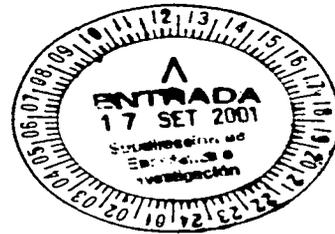
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**



M. Moreno

DRA. MA. DEL CARMEN NERI MORENO.
ASESOR DE TESIS Y PROFESORA TITULAR
DEL SERVICIO DE PEDIATRIA.

J. Flores Galicia

DR. JOSE G. FLORES GALICIA.
COORDINADOR DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DESARROLLO.
HRGIZ DEL ISSSTE.

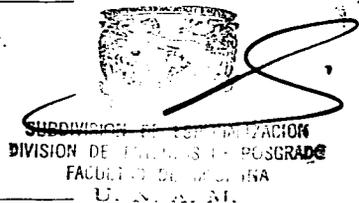


G. Valencia P.

DR. GREGORIO URBANO VALENCIA P.
JEFE DE INVESTIGACION.
HRGIZ DEL ISSSTE.

M. San German T.

DRA. MA. DEL CARMEN SAN GERMAN T.
JEFE DE ENSEÑANZA DE PEDIATRIA.



Rafael Silva

DR. RAFAEL SILVA BARLANDAS.
RESIDENTE DE TERCER AÑO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi esposa por su paciencia
apoyo, comprension y amor.
Le dedico.

A mi hija, Grecia y al bebe en
camino, porque para ellos es -
éste sacrificio.

A mis padres, por su poyo in-
condicional, por traerme a la -
vida y por su amor.

A mi mamá Rosita, y papá
Cirilo por su apoyo y gran amor.

A mis hermanas y sus familias
por creer en mí.

A mis Abuelos maternos, suegros,
y demás familiares y amigos.

A la Dra. Neri por su apoyo y a to-
dos los profesores que ayudaron
a mi formacion.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

RESUMEN	1
SUMMARY	3
MARCO TEORICO	5
OBJETIVOS	15
JUSTIFICACION	16
MATERIAL Y METODOS	17
RESULTADOS	19
ANALISIS	21
CONCLUSIONES	24
GRAFICAS	26
BIBLIOGRAFIA	30

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, abierto y transversal en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza, en el servicio de Urgencias Pediatría, del primero de Febrero del 2000 al primero de Febrero del 2001, se incluyeron a todos aquellos niños de 6 meses a los 5 años de edad, los cuales presentaban crisis convulsivas febriles asociados a procesos infecciosos.

Se registraron variables como la edad, el sexo, el tipo de crisis convulsiva, Infección asociada, su manejo inicial y posterior. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Se obtuvo un total de 68 pacientes con crisis convulsivas febriles, 25 pacientes fueron del sexo femenino (36.7%), y 43 pacientes masculinos (63.2%), encontrando además que el grupo de edad más afectado fue a los doce meses con 23 pacientes, correspondiendo a un 33.8%.

El proceso infeccioso más común desencadenante de crisis convulsivas febriles fue la Rinofaringitis con 47 casos, correspondiendo al 69.1%. El resto del porcentaje quedó distribuido en pacientes que cursaron con faringoamigdalitis, neumonías, bronconeumonías, síndrome diarreico y otitis media.

El tipo de crisis convulsiva más frecuente encontrado fue la simple en 59 pacientes (86.7%) y la compleja solo en 9 pacientes (13.2%), de los cuales solo a 14 pacientes se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manejaron con Acido Valproico (20.5%) por presentar segundo evento convulsivo febril. Concluimos que las crisis convulsivas febriles son frecuentes en urgencias pediatria y que existe un riesgo de padecer de epilepsia secundaria cuando las crisis son recurrentes, por eso el manejo con anticonvulsivos, asi como concientizar a los familiares sobre el control de la fiebre intradomiciliariamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

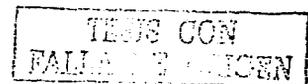
SUMMARY.

One carries out an observational, prospective, open and traverse study in the Regional Hospital Ignacio Zaragoza, in the service of Urgencias Pediatrics, of the first of February of the 2000 to the first of February of the 2001, they were included to all those children of 6 months to 5 years of age, which presented feverish convulsive crisis associated to infectious processes.

They registered variables as the age, the sex, the type of convulsive crisis, associate infection, their initial and later handling. the obtained results were the following ones: a total of 68 patients was obtained with feverish convulsive crisis, 25 patients were of the feminine sex (36.7%), and 43 masculine patients (63.2%), also finding that the age group but affected he/she went to the twelve months with 23 patients, corresponding to 33.8%.

The process infectious but common causative of feverish convulsive crisis was the Rhinopharyngitis with 47 cases, corresponding to 69.1%. The rest of the percentage is distributed in patients that studied with pharyngotonsillitis, pneumonias, bronchopneumonias, syndrome diarrheico and half otitic.

The opposing type of more frequent convulsive crisis was the simple one in 59 patients (86.7%) and the complex one alone in 9 patients (13.2%), of those which alone to 14 patients they were managed with Sour Valproico (20.5%) to present second feverish



convulsive event. We conclude that the feverish convulsive crises are frequent in urgencies pediatrics and that a risk exists of suffering of secondary epilepsy when the crises are recurrent, for that reason the handling with anticonvulsant, as well as to inform the relatives on the control of the feverat house.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

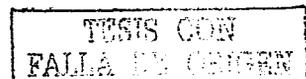
Desde tiempos inmemoriales. Hipócrates advirtió.. que los niños pueden presentar convulsiones en presencia de fiebre... especialmente antes de los siete años. (1), sin embargo los jóvenes o los adultos no pueden presentar estas crisis convulsivas.

Las crisis convulsivas febriles se presentan en 2-5% de los niños (1,2,3,5,6,7,9,9,18,19,20) con edad comprendida de los 6 meses a los 5 años(1,2, 3,5,18,19,20). a pesar de la gran cantidad de artículos publicados, es hasta la entonces que se han puesto de acuerdo para la identificación de las crisis convulsivas, su pronóstico, y su terapéutica. (1). En cuanto al predominio de sexo, la literatura americana menciona que el sexo masculino ocupa la mayoría de los casos.(1).

Es evidente el carácter familiar de las crisis convulsivas febriles, con base a estudios de transmisión hereditaria se ha llegado a la conclusión de que las crisis febriles simples se presentan como un carácter autosómico dominante de penetrancia incompleta, ya que requiere de la presencia de fiebre para expresarse.(1).

La definición de las crisis convulsivas en todos los artículos revisados concuerdan en la siguiente... Son aquellas crisis convulsivas que ocurren durante un periodo febril, siemprey cuando este no tenga su origen en el SNC o en pacientes que presenten alteraciones meníngeas o focalizaciones (1). siendo una descarga eléctrica excesiva de neuronas

(sustancia gris) las cuales se propagan hacia abajo (sustancia blanca), el cual se asocia a fiebre (5).



Dentro de las crisis convulsivas febriles se encuentran dos diferentes tipos de patología, por lo que se debe realizar un adecuado diagnostico diferencial (1). la Academia Americana de Pediatría ha clasificado a las crisis convulsivas febriles enSimples y Complejas.(1,2,3).

Características	Simples	Complejas
Edad	6m y 5ª	Menor de 6m y +5ª.
Tipo de crisis	Tónica o TCG	Crisis focales.
Duración	Menor 15min (1-2min prom)	Mayor de 15min.
Fiebre	Presente +38GC	Presente +38GC.
Frecuencia	Evento único en 24hrs	Mas de 2 eventos en 24hrs o más de 3 crisis en eventos distintos.
Antecedente Familiar	No o crisis fe bril en algún padre en la in- fancia.	Crisis febriles o epilepsia.
Antecedente Perinatal	Ninguno	Ninguno o antecedente de hipoxia perinatal.
Exploración Neurológica.	Normal	Normal o algún dato posi- tivo.
EEG.	Normal(10 días después del evento).	Normal(10 días después del evento).
Tx general.	Si	Si.
Tx anticomicial.	No.	Si.

TCG= Tónico clónica generalizada.

EEG= Electroencefalograma.

Tx= Tratamiento.

(1,2,3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERISTICAS DE LAS CRISIS.

Para considerar una crisis febril simple además del cuadro mencionado podemos contar con los siguientes...

- 1). La edad de presentación es de los 6m a los 5 años.
- 2). Las crisis deben ser generalizadas, de tipo tónico, clónico o TC.
- 3). Debe tener una duración menor de 15 minutos.
- 4). Presencia de fiebre, sin datos de infección del SNC, alteración hidroelectrolítica, hiponatremia, deshidratación grave.
- 5). Sin antecedentes de epilepsia.
- 6). Que el EEG tomado quince días después del evento sea normal.
- 7). Desarrollo psicomotor normal.
- 8). Elevación de la temperatura mayor de 38.5GC.
- 9). Las crisis febriles no cursan con parálisis posictal o de Todd.

(1).

Las crisis complejas para catalogarse se deben presentar dos o más de las siguientes características:

1. Las crisis se presentan en un RN o un niño mayor de 6 años.
2. La convulsión es focalizada.
3. Su duración es mayor de 15 min.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Después de investigar acuciosamente presenta algún posible factor etiológico
5. Antecedente familiar de epilepsia, o bien, el mismo padece de epilepsia.
6. El EEG tomado quince días después del evento muestra una lentificación o descarga paroxística focal, o bien, lentificación generalizada.
7. El desarrollo psicomotor es anormal.
8. La temperatura puede ser menor de 38.5GC.
9. Generalmente cursa con parálisis posictal (1)

RIESGO DE RECURRENCIA FAMILIAR DE CRISIS FEBRILES.

Si un hijo tuvo crisis convulsiva febril, el siguiente vástago tiene un riesgo del 20% de presentar crisis convulsivas febriles, a su vez, si ambos padres y un hijo tienen el antecedente de las mismas, el riesgo es de un 33-37% (1,2). Aproximadamente del 30-37% presentan cuando menos una recurrencia y la mitad de ellos presentaran nuevas crisis.(2). El 9% tendrá tres o más crisis febriles. El 50% de las recurrencias ocurren durante el primer año de vida. Los niños con crisis febriles tienen un 2.5% mas de riesgo de desarrollar epilepsia que la población general.(2,3,5,7,8,9,18,19,20)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAUSAS ETIOLOGICAS

Entre las principales causas de fiebre en la literatura se reportan las infecciones de vías aéreas superiores, otitis media, rubéola, infecciones gastrointestinales, y en más del 80% de los casos son de etiología viral, algunos mencionan también pueden ser secundarias a la administración de vacunas (principalmente sarampión y DPT).(2).

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

El paciente que llega a un servicio de urgencias pediatría, se debe valorar en forma integral, pasado ello los exámenes complementarios a solicitar son determinación de electrolitos y glucosa.(1), así también como calcio, fósforo y magnesio.(8). Si se sospecha de un proceso infeccioso se debe solicitar una biometría hemática con diferencial y cultivo de secreciones o hemocultivos.

En caso de sospecha de encefalopatía hepática, las pruebas de función son recomendables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe realizar punción lumbar a todos los niños que presenten crisis convulsivas en su primer evento (1), aunque algunos artículos mencionan que a todos los niños que sean menores de 12 meses puede ser fuertemente considerada, porque los signos y síntomas clínicos de meningitis pueden ser mínimos o estar ausentes en este grupo.(8) Los niños entre los 12 y 18 meses de edad, la punción lumbar puede ser considerada, ya que los datos neurológicos pueden orientar. Los niños mayores de 18 meses no se garantiza la punción lumbar, ya que los niños ya manifiestan datos neurológicos.(8)

El Electroencefalograma se recomienda tomarlo a los 15 días de pasado el evento convulsivo febril o mínimo 10 días. La razón de ello estriba en que si se registrara antes de los días mencionados, se encontrara alteración de la actividad de base o bien descargas de tipo paroxístico que pudieran hacer pensar en la presencia de una patología.(1,5) Las características encontradas son lentificaciónes generalizada acentuada, ocasionalmente descargas de espiga onda o de ondas lentas de 4-6 sg.(1,8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO

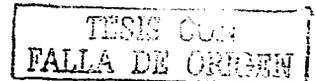
Las medidas que se deben proporcionar a los padres de familia ante la presencia de fiebre son las siguientes... (1)

1. Disminuir la fiebre con medios físicos.
2. Administrar en cuanto inicie la fiebre de antipiréticos.
3. Acudir de inmediato a su clínica para su atención.

El manejo en la sala de urgencias pediatría es localizar una vena periférica para el paso de medicamentos, al mismo tiempo otra persona del equipo procede a colocar oxígeno indirecto por puntas nasales y posteriormente administración de anticonvulsivos (1).

Las condiciones para el uso de anticonvulsivos en los pacientes pediátricos se enumeran a continuación: (1)

1. Que ocurran varias crisis febriles en un periodo breve (24 hrs)
2. La presencia de crisis convulsivas febriles antes de los 6 meses.
3. Que se presenten muchas recurrencias en un paciente menor de un año.
4. Que el paciente presente dos o mas factores que caracterizan a los pacientes con crisis febriles complejas.
5. El tratamiento se debe administrar durante dos años o bien hasta que cumpla los 5 años.



El medicamento de inicio al ingreso del paciente es su control del evento convulsivo con Diazepam (3,5,10,11,12). La administración de diazepam oral en un estudio redujo la recurrencia de crisis convulsivas febriles, sin embargo los efectos adversos fueron letargia, ataxia y sedación.(3,7). La administración por vía rectal ha sido reportado como eficaz en la profilaxis de crisis durante los episodios febriles. (4,16).

Algunos artículos recientes mencionan que además de este, el midazolam administrado al inicio en forma intranasal, es un medicamento efectivo, ya que es una benzodiazepina soluble en agua, siendo mas seguro que el anterior y es un medicamento anticonvulsivante también idóneo por vía intramuscular, suprime la actividad epiléptica.(12,13,17).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De los medicamentos que han sido utilizados por largo tiempo se nombran los siguientes :Fenobarbital.Es un medicamento con controversia aun, sin embargo es efectivo en la prevención de la recurrencia de crisis febriles simples (3,7), es eficaz, de bajo costo, con riesgo de intoxicación.(1). Los efectos secundarios mas notorios son alteraciones conductuales, hiperactividad y reacciones de hipersensibilidad.(3,7). Somnolencia, alteraciones del sueño, alteraciones cognoscitivas.(5). La dosis recomendada es de 10-15mg/kg, aunque pueden aparecer somnolencia y letargia (4).

El Acido valproico es el agente de elección para las crisis convulsivas febriles, es eficaz, y costo elevado (1), es mas efectivo en la prevención de las crisis convulsivas febriles (3,7). Los efectos secundarios reportados en la literatura son hepatotoxicidad, trombocitopenia, perdida de peso, alteraciones gastrointestinales, pancreatitis, por ello deben ser monitorizados las pruebas de función hepática. (3,5,7).La dosis recomendada es de 30mg/k/d cada 8hrs.(16).

La carbamazepina no ha demostrado ser eficaz en la prevención de las crisis convulsivas febriles, así como tampoco la fenitoína.(3,7).

Los agentes antipiréticos no son eficaces en la prevención de recurrencias de crisis convulsivas febriles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRONOSTICO

Se han realizado diversos estudios de seguimiento de estos pacientes y se reporta que no ha habido diferencia en cuanto al coeficiente intelectual. La prueba realizada fue la valoración de Gesell. (1).

Con respecto al riesgo de epilepsia, si el paciente únicamente ha presentado crisis febriles simples es de 1-2%. La presencia de crisis convulsivas complejas determina un riesgo total de 4-11%. (1,2).

En algunos estudios se había mencionado la relación con esclerosis del hipocampo secundarios al evento convulsivo, sin embargo en el mismo estudio se descarto esta posibilidad. (14).

En caso de epilepsia se utilizaran los nuevos fármacos en el mercado, como son felbamato, gabapentina, lamotrigina, topiramato, etc. pero ellos serán motivo de otro estudio. (15).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

Demostrar cuales son las infecciones mas frecuentes que cursan con crisis convulsivas febriles, en la población pediátrica del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

Conocer la frecuencia de las crisis convulsivas febriles en el servicio de Urgencias Pediatría.

Dar a conocer el grupo de población pediátrica mas afectado con presencia de crisis convulsivas febriles.

Conocer cual es el manejo de los pacientes con crisis febriles y así mismo realizar una ruta crítica para su manejo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

Las crisis convulsivas febriles se presentan en pacientes que fluctúa su edad de 6 meses a los 5 años de edad y que pueden ser desencadenadas por múltiples procesos infecciosos.

Esta entidad ha sido descrita desde los inicios de la medicina, con los médicos griegos, los cuales mediante plantas medicinales y medicamentos para reducir la fiebre la controlaban. A partir de entonces múltiples estudios de esta entidad se han publicado.

En este estudio realizado en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", en el servicio de Urgencias pediatría, pretendemos realizar una ruta crítica de tratamiento inicial y posterior, de las crisis convulsivas febriles.

Mediante información a los padres, pretendemos evitar los eventos febriles, así como disminuir la frecuencia de las crisis convulsivas, evitando así los ingresos hospitalarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se llevo a cabo un estudio observacional, prospectivo, abierto y transversal en el servicio de urgencias pediatria del Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en el periodo comprendido del primero de Febrero del 2000 al primero de Febrero del 2001. Se tomo como universo a todos aquellos niños comprendidos de 6 meses a los 5 años de edad, los cuales presentaron un evento convulsivo secundario a fiebre y que presentaban un proceso infeccioso agregado, de este universo obtuvimos únicamente a 68 pacientes de ambos sexos, a los cuales se les internó y se manejaron con antipiréticos y medios físicos, así como sus medidas generales.

Los criterios de inclusión utilizados fueron todos los niños de 6 meses a 5 años de edad, de ambos sexos y que las crisis convulsivas hayan sido secundarias a fiebre.

Se excluyeron a los niños con antecedentes de epilepsia o con algún trastorno neurológico de base, así como a los que hayan rebasado el grupo de edades mencionados, también a aquellos que se sospecho y diagnóstico una infección intracraneal.

El material utilizado en este estudio fue el propio, así como expedientes de los pacientes y los archivos de los mismos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Frecuencia de las crisis.Silva.18.

En el estudio estuvimos al tanto del tipo de crisis convulsivas febriles. El numero de eventos convulsivos y el manejo instalado, se tomaron en algunas ocasiones rayos X y a todos exámenes de laboratorio, los cuales incluian formula roja y blanca, química sanguínea, electrolitos séricos y examen general de orina.

El estudio se realizo mediante la chi cuadrada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a todos los niños que comprendían la edad de 6 meses a los 5 años, los cuales presentaron uno o varios eventos convulsivos febriles, de ellos se obtuvo un total de 68 pacientes de ambos sexos.

De los 68 pacientes observados y estudiados, el grupo de edad más afectado observado fue a los 12 meses, con 23 casos y otro pico a los 3 años de edad con 17 casos (correspondiendo a un 33.8% y a un 25%, respectivamente).

Siendo el sexo masculino los que más se encontró que presentaban dichos eventos, con un total de casos de 43 pacientes (63.2%) y el sexo femenino con un total de 25 pacientes (36.7%).

El proceso infeccioso más frecuentes fue la Rinofaringitis, encontrando a 47 pacientes (69.1%), seguido por faringoamigdalitis, 6 casos (8.8%), síndrome diarreico y bronconeumonía en 5 pacientes cada uno (7.3%), tres casos de neumonía (4.4%) y dos casos de otitis media (2.9%).

De los 68 observados, 59 pacientes presentaron crisis convulsivas febriles (86.7%) y nueve pacientes se presentó como crisis complejas (13.2%). De los cuales solo a 14 se les manejo con Acido valproico (20.5%).

Todos los pacientes a su ingreso fueron manejados con medidas físicas y con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

antipiréticos, así como se canalizaron y se dejaron en observación, se les tomo exámenes de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y examen general de orina, a algunos se les solicito radiografías de tórax. Todos los pacientes se ingresaron a piso para continuar su manejo y vigilancia, con posterior toma de Electroencefalografía e interconsulta a neurología.

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIR

ANALISIS

En este estudio realizado en el servicio de Urgencias Pediatría del Hospital Ignacio Zaragoza, se demostró una frecuencia alta de consultas e internamiento hospitalario por Crisis convulsivas febriles; en todo el año que se realizo este estudio se obtuvieron a 68 Pacientes de ambos sexos, los cuales comprendían de los 6 meses a los 5 años de edad Encontrando una mayor predisposición por el sexo masculino, con una incidencia media a la edad de 12 meses, teniendo a 23 pacientes dentro de este grupo; lo que correspondió a un 33.8%. Por grupo de sexo, 43 pacientes fueron niños y 25 fueron mujeres, correspondiendo a un 63.2% y 36.7%, respectivamente. Corroborando con ello que las crisis convulsivas son frecuentes en este grupo de edad y en el sexo masculino.

Dentro de las causas desencadenantes de fiebre, encontramos en primer lugar a la Rinofaringitis, en 47 pacientes correspondiendo al 69.1% de los casos, seguida en orden de frecuencia por faringoamigdalitis en 6 pacientes, con 8.8%, las bronconeumonias y el síndrome diarreico, ambos con 5 pacientes, con un porcentaje de 7.3%, neumonías en 3 pacientes, 4.5% y la otitis media en 2 pacientes, con un porcentaje del 2.9%.

Las manifestaciones clínicas de esta entidad, es la misma para todas las crisis convulsivas, se clasificaron en simples y complejas, obteniendo los siguientes

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

resultados, 59 pacientes se manifestaron como crisis convulsivas febriles simples, con un porcentaje de 86.7% y complejas en 9 pacientes con 13.3%, a todos se les ingreso y manejo en forma adecuada, ninguno de ellos volvio a convulsionar en piso. De los 68 pacientes internados, solo a 14 de ellos se les manejo con ácido valproico, con un porcentaje del 20.5%.

Con los resultados previos obtenidos, en este estudio intentamos conocer cual es el proceso infeccioso asociado, para su pronto manejo en la consulta externa, evitando con ello internamientos que pudieran evitarse, así mismo hacemos una ruta critica de tratamiento para estos pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Realizamos además el conocimiento de las condiciones para el uso de anticonvulsivos, los cuales se enumeran a continuación:

1. Que ocurran varias crisis febriles en un periodo breve (24hrs).
2. La presencia de crisis convulsivas febriles antes de los 6 meses.
3. Que se presenten muchas recurrencias en un paciente menor de un año.
4. Que el paciente presente dos o mas factores que caracterizan a los pacientes con crisis convulsivas complejas.
5. El tratamiento se debe administrar durante dos años o bien hasta que cumpla 5 años.

En cuanto a la morbilidad mas frecuente en la consulta de urgencias pediatria, se presentaron en todo el año un total de 33,754 consultas, de las cuales las crisis convulsivas ocuparon el quinto lugar de frecuencia, con un total de 2025 pacientes y un porcentaje del 32%.

En cuanto a la morbilidad en la sala de observación de Urgencias pediatria, se encontró a las crisis convulsivas en tercer lugar con 196 casos y un porcentaje de 11%, de los 1784 casos.

Los pacientes hospitalizados por esta causa ocupó el primer lugar, con 488 casos, correspondiendo al 19%, de un total de 2570 casos.

El estudio se realizó mediante la chi cuadrada, observando que el estudio si es significativo, ya que sobrepasa $\chi^2 = 3.84$.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

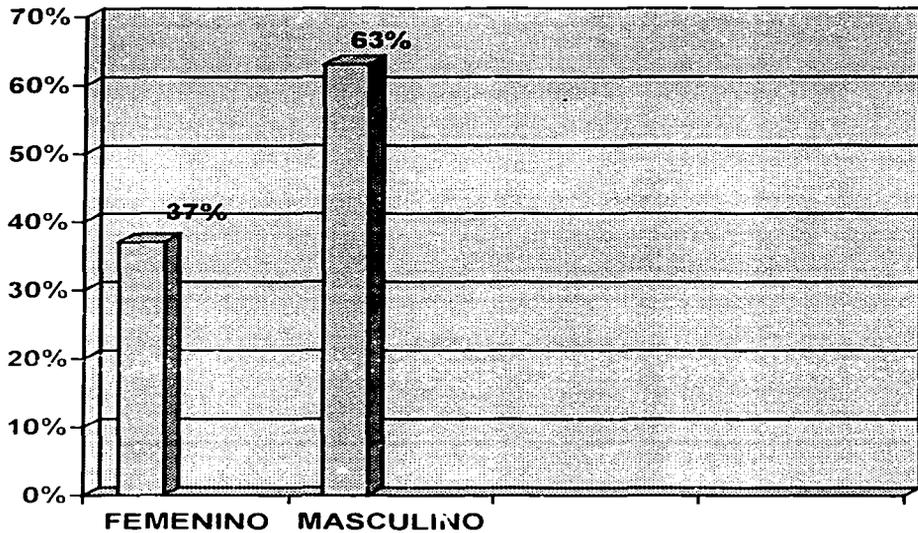
- Con los resultados obtenidos durante este estudio comprobamos que existe una frecuencia alta de las crisis convulsivas febriles que motivan manejo rápido, internamiento y clasificación del evento convulsivo, así como encontrar la causa desencadenante que motivo la fiebre. Se encontró a 68 pacientes de ambos sexos con dichos eventos, siendo el proceso infeccioso la infección de vías respiratorias superiores y seguidas por las inferiores, entre otras mencionamos al síndrome diarreico y a la otitis media.
- Concluimos además que los eventos convulsivos son mas frecuentes en el sexo masculino, con una edad media de 12 meses, y que el tipo de crisis convulsiva fue la simple en 86.7% de los pacientes y 13.3% de las complejas.
- Con los datos obtenidos debemos prevenir los procesos febriles y las causas de ella, evitando así los eventos convulsivos, e internamientos hospitalarios realizamos además en el estudio una ruta critica de manejo para los pacientes.
- Observamos además que el estudio por Electroencefalografía no debe realizarse hasta pasados 15 días del evento convulsivo, ya que puede proporcionarnos información falsa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Los exámenes de laboratorio que debemos tener presentes son una Biometría hemática completa, química sanguínea, determinación de electrolitos y minerales. Debemos realizar una punción lumbar en aquellos niños que sean menores de 12 meses, ya que los signos y síntomas de meningitis son mínimos o están ausentes; los niños que comprenden una edad de 12 a los 18 meses, puede considerarse la punción lumbar, sin embargo en niños mayores de 18 meses no es garantizado dicho procedimiento.
- En cuanto al manejo anticonvulsivo la literatura comenta el uso de ácido valproico como fármaco de elección, monitorizando sus pruebas de función hepática mensuales, el uso de este medicamento se proporcionara siempre y cuando cumpla con los criterios establecidos por la Academia Americana de Pediatría y que se describieron en el análisis, evitando así la recurrencia de eventos convulsivos febriles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

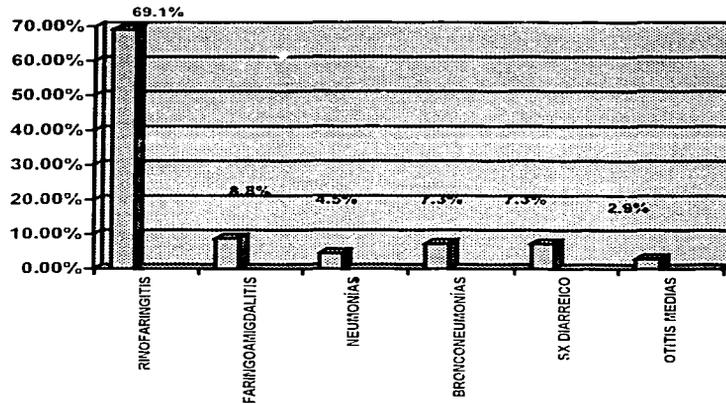
FIGURA 1
RELACIÓN POR SEXO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

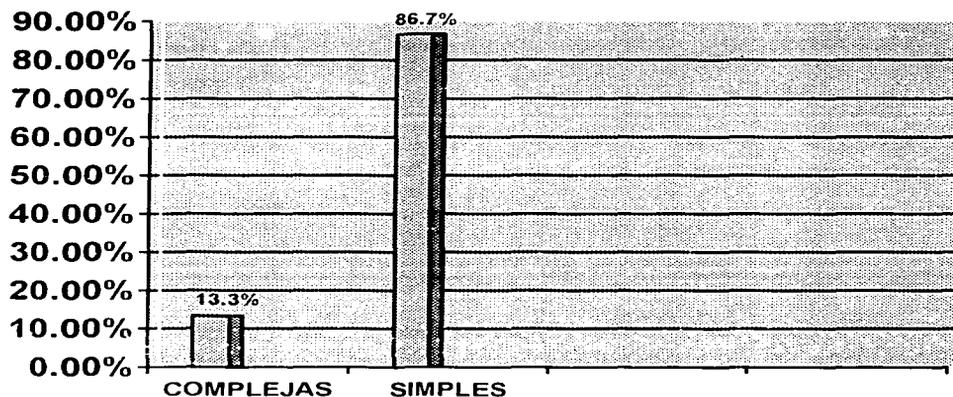
FIGURA 2
PROCESO INFECCIOSO AGREGADO



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO

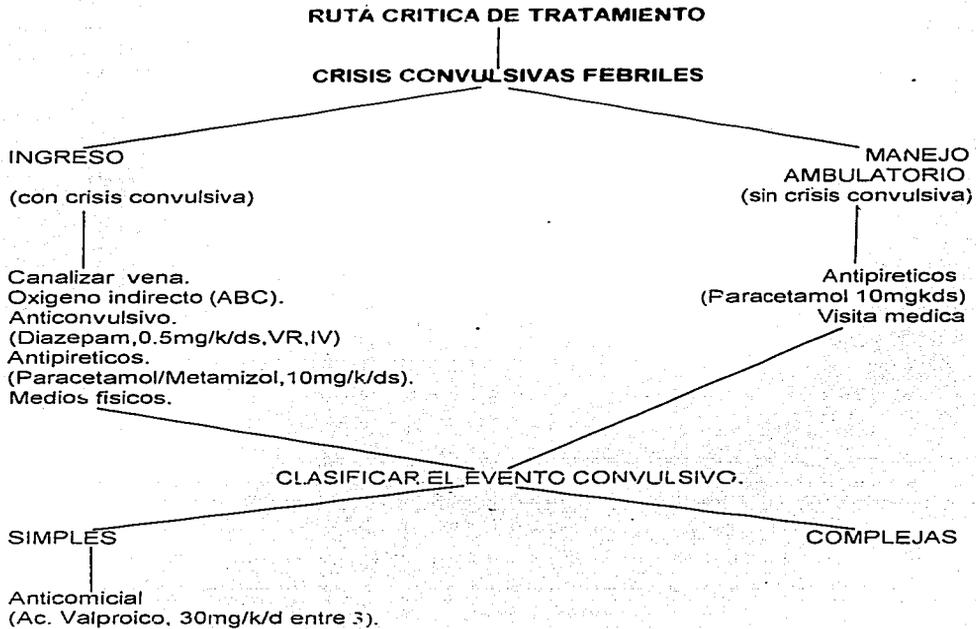
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FIGURA 3.
TIPO DE CRISIS CONVULSIVA**



FUENTE: ARCHIVO CLÍNICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALL
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. M. Castro. et.al. Crisis Febriles. Revisión, 1999.
2. Alberto Serrano González. Crisis febriles. Centro de atención Integral para la Epilepsia.1999.
3. David A. Bergman, MD, Chairperson. Practice Parameters: Long –Term Treatment Of The Child With Simple Febrile Seizures. American Academy Of Pediatrics.PEDIATRICS 1999;108: 1307-1309.
4. John M. Freeman, MD. Febrile Seizures: A Consensus Of Their Significance, Evaluation, And treatment. PEDIATRICS 1980: 66:1009.
5. John M. Freeman, MD. Febrile Seizures: Long-Term: Management Of Children With fever Associated Seizures. PEDIATRICS 1980: 66:1009-12.
6. Anne Y. Berg PhD, et. al. Childhood-Onset Epilepsy With And Without Preceding Febrile Seizures. NEUROLOGY 1999; 8. Vol. 53,Nov. 10.
7. David A. Bergman, et. al. Benefits And Risk Of Continuous Anticonvulsant Therapy In Child With Simple Febrile Seizures. PEDIATRICS 1999; 103 (6): 1307-1309.
8. Patricia K. Duffner MD, et. al. A Synopsis Of The American Academy Of Pediatrics Practice Parameters On The Evaluation And Treatment Of Children With Febrile Seizures. PEDIATRICS 1999; 20:285-90.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. Anne Y. Berg PhD. Unprovoked Seizures In children with Febrile seizures. NEUROLOGY 1996; Number 2: 1990-2001.
10. Pursell, Edward BSc. The use antipyretic medications in the prevention of febrile convulsions in children. Journal Of clinical Nursing. 2000;9(4): 473-480.
11. Rosman, N Paul, et.al Preventing febrile seizures in children with oral Diazepam: Can a controlled trial truly be "Double-blind". The Journal of Pediatrics. 2001; 138(4): 548-552.
12. Lahat, Eli Senior. Comparison of intranasal Midazolam with IV Diazepam for treating febrile seizures in children: Prospective randomised study. British Medical Journal. 2000; 321(7253): 83-86.
13. Harden, Anthony. Intranasal Midazolam for treating Febrile seizures in children: Caution is required in applying Hospital based evidence to primary care population. BMJ 2001; 322 (7278):108
14. Koepp, MJ. Hippocampal Sclerosis: Cause or consequence of febrile seizures. NEUROLOGY; NEUROSURGERY. 2000; 69(6): 716-717.
15. John M. Pellock. et. al. Managing pediatric Epilepsy syndromes with new antiepileptic drugs. PEDIATRICS. 1999; 104: 1106-1114.
16. Nina M. Garves. Rectal administration of antiepileptic drugs in children. Pediatr Neurol 1997; 3: 321-6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17. Gregory L. Holmes. Midazolam and Pentobarbital for refractory status epilepticus. *Pediatric Neurology*. 1999; 20: 259-264.
18. Nelson Berhman. Crisis Convulsivas febriles. Tratado de pediatría. 1992.
19. Graciela Olmos. Crisis Convulsivas febriles. Aspectos Clínicos de Neurología pediátrica. 1990.
20. William W. Hay. Crisis Convulsivas. Diagnostico y Tratamiento Pediátricos. 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN