



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
MEDICINA FAMILIAR No. 68

11226  
20  
2Ej.

**"INCIDENCIA DE CONVULSIONES FEBRILES EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS"**

**T E S I S**

QUE EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA  
OPTAR EL RECONOCIMIENTO Y OBTENER EL DIPLOMA  
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A**

**DRA. JOSEFINA MARTINEZ IBARRA**

MEDICO RESIDENTE DE POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / MEDICINA FAMILIAR  
I. M. S. S. SANTA MARIA TULPETLAC, EDO. DE MEX.



MEXICO, 1994

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 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.

APROBADA POR:



DR. ARMANDO ROSAS GONZALEZ **Jefe de Enseñanza e Investigación**

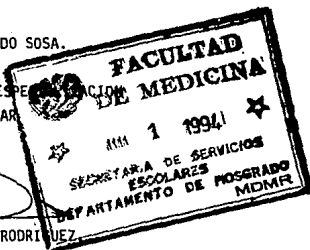
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR

DR. VICTOR MANUEL ESCOBEDO SOSA.

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JESUS RODOLFO ALVAREZ RODRIGUEZ

MEDICO PEDIATRA ADSCRITO AL SERVICIO DE  
URGENCIAS PEDIATRIA  
ASESOR DE TESIS



MEXICO, 1990.

**A MI ESPOSO E HIJO**

Por su comprensión a los días  
y noches de ausencia ...

Muchas gracias.

## C O N T E N I D O

	PAGINA
RESUMEN	5
INTRODUCCION	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
ANTECEDENTES	9
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	19
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	21
ANEXOS	23

## R E S U M E N

OBJETIVO.- Determinar la incidencia de convulsiones febriles en el servicio de Urgencias Pediátricas HGZ-MF No. 68, I.M.S.S.

DISEÑO.- Se trata de una encuesta descriptiva retrospectiva realizada en un periodo de 6 meses, comprendido entre Mayo y Octubre de 1989.

MARCO DE REFERENCIA.- Se estudió a la población infantil que acudió a consulta de urgencias del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68.

PACIENTES.- Se estudiaron 91 niños de 3 meses a 5 años, con convulsión febril ocurrida en trayecto, en su domicilio y en el servicio, sin evidencia de alteración neurológica o infección intracraneal.

INTERVENCIONES.- Mediante una encuesta se obtuvieron datos como: sexo, edad, antecedentes familiares convulsivos, antecedentes neonatales, temperatura al tiempo de convulsión, tratamiento instituido y exámenes de laboratorio realizados.

MEDICIONES Y RESULTADOS.- La incidencia de convulsiones febriles en niños fue de 3.5%. En niños menores de 2 años el 73.6%, más frecuente en el sexo masculino, 57.1%. Antecedentes familiares convulsivos positivos en el 36.3%. Predomina la convulsión febril simple en el 72.5% comparada con el 27.5% de convulsión febril compleja. La temperatura al tiempo de la convulsión fue menor de 40°C. en el 35.2%.

El antecedente de convulsiones previas, se manifestó en el 14.3%. La causa de la fiebre fue predominantemente por infección de vías aéreas superiores (70.3%) y neuroinfección en el 1.1%.

CONCLUSIONES.- Es alta la incidencia de convulsiones febriles en niños, 60.3%. Es bajo el porcentaje de niños con neuroinfección y convulsión febril.

## I N T R O D U C C I O N

La presente tesis fue elaborada para reiterar lo ya escrito por múltiples autores sobre convulsiones febriles en niños, dado que es un problema muy frecuente en pediatría.

Pero tal problema no había sido evaluado en el Hospital General de - Zona / Medicina Familiar No. 68, I.M.S.S.

Se reporta la incidencia de convulsiones febriles de la población infantil de la zona de atención de la Unidad, siendo más frecuentes en niños menores de 2 años, en relación al sexo predominante, masculino. Se evalúan también antecedentes familiares convulsivos y neonatales, como valor predictivo de recurrencia de convulsiones.

La temperatura al tiempo de la convulsión también es estudiada como valor predictivo y orientado a la educación de los padres en el control de la fiebre de un niño que ya ha presentado una primer convulsión febril.

Estudiamos además crisis convulsivas previas, tratamiento instituido para identificar si se manejan adecuadamente.

Considerando lo anterior, se analizan también a quiénes se realizan punciones lumbares indicadas, bajo parámetros ya reportados.

## JUSTIFICACION

Durante mi rotación por el servicio de urgencias pediátricas, me di cuenta que las convulsiones febriles son muy comunes y, porque no decirlo, la ignorancia de las repercusiones de éstas en los niños me produjeron la necesidad de tener la incidencia y así conocer cuál es el tipo de convulsión febril predominante, el sexo y la edad en que más frecuentemente ocurre. Además, dependiendo del tipo de convulsión febril y de los factores de riesgo para recurrir una convulsión febril o desarrollar epilepsia, es importante reconocerlos en la población infantil de la zona de atención del HGZ/MF No. 68 y así crear conciencia en médicos y padres sobre la necesidad del control de la temperatura, como medida preventiva.

Dado lo anterior y observando que en el HGZ/MF No. 68 no contamos -- con un reporte de incidencia, se plantearon los siguientes questionamientos:

Cuál es la incidencia de las convulsiones febriles en los niños de la zona de atención del HGZ/MF No. 68?

Qué tipo de convulsión predomina?

Cuál es el sexo que más frecuentemente presenta convulsión febril?

Cuál es la edad en que se presenta con mayor frecuencia?

Cuáles son los factores de riesgo de recurrencia de la población infantil atendida en el HGZ/MF No. 68?



Considerando que el presente estudio se trata de una encuesta descriptiva retrospectiva, no requiere de Hipótesis.

### O B J E T I V O S

- Determinar la incidencia de convulsiones febriles en niños en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68.
- Tasar los tipos de convulsiones febriles en niños.
- Tasar el sexo que con mayor frecuencia presenta convulsiones febriles.
- Determinar la edad en que ocurren las convulsiones febriles más frecuentemente.
- Identificar los factores de riesgo de recurrencia de las convulsiones febriles.

## ANTECEDENTES

La convulsión febril se define como una descarga súbita, anormal y - excesiva de las neuronas, asociada con fiebre; ocurre entre los 3 me ses y los 6 años de edad, sin evidencia de infección intracraneal u otra causa definida. Los niños que llegan a presentarla, conservan buena salud después de la crisis. (1,2,3,4,5,6).

Se dividen en convulsiones febriles simples, las cuales se caracte-- rizan por una convulsión generalizada tónico-clónica, con una dura-- ción menor de 15 minutos y la presentación no mayor de una crisis en 24 horas; las convulsiones febriles complejas son las caracteriza-- das por una convulsión focal por naturaleza, prolongada en duración o que ocurra más de una vez en 24 horas. (9).

Las convulsiones asociadas con fiebre, son un problema común en pe-- diatría. (1,2,3,4,7). Se ha estimado que el 35% de la población ex-- perimentará una convulsión febril simple. (7,9). La recurrencia de convulsiones febriles es aproximadamente del 40%. (8). El riesgo de presentar crisis convulsivas después de una convulsión febril, es - del 24% dependiendo del tiempo de seguimiento, así como de las caracte-- rísticas de las convulsiones. (8). Los niños con convulsiones fe-- briles complejas, tienen mayor riesgo de presentar convulsiones no - provocadas (17%), que los niños con crisis febriles simples (2.5%).- (8,12).

Otros estudios han evaluado la recurrencia de convulsiones después - de la primera convulsión febril de acuerdo al grado de pírèxia, en-- contrando que la recurrencia es 7 veces mayor en los niños con tempe-- ratura menor de 40°C. (76% comparada con 10.5%), que con los niños - que presentaban temperatura mayor de 40°C. (7).

La incidencia de convulsiones no provocadas después de una convulsión febril; está en relación con el número de crisis convulsivas febriles, la historia familiar de convulsiones sin fiebre y la existencia de anomalías neurológicas. (4,8).

Se han realizado varios estudios en los que se evalúa la presencia de bacteremia oculta en las convulsiones febriles, encontrándose que es del 5.4% y valorándose que el tratamiento debe ser expectante como en los niños con fiebre que no presentan convulsión. (9).

Se ha estudiado también en quiénes debe realizarse punción lumbar, encontrándose los siguientes parámetros:

- a) Niños menores de 18 meses, sin causa evidente de la fiebre.
- b) Niños con crisis febril compleja.
- c) Niños que hayan recibido atención médica dentro de las 48 horas previas a la presencia de la crisis convulsiva febril.
- d) Niños con exploración física sospechosa de alteración neurológica.
- e) Niños con alteración neurológica. (2,5).

## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron a todos los niños que presentaron crisis convulsivas - febriles en un periodo de 6 meses (Mayo a Octubre de 1989), que acu dieron al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68.

Se incluyeron al estudio aquellos niños que cubrieran los siguientes criterios:

- Edad entre 3 meses y 5 años con crisis convulsiva febril, inicial o recurrente, ocurridas en su domicilio, en trayecto a la unidad - o en el servicio de urgencias.
- Con crisis convulsiva febril, sin evidencia de infección intracra-  
neal.

Así mismo, no se incluyeron a los niños que presentaran cualquiera - de los siguientes criterios:

- Niños menores de 3 meses o mayores de 5 años.
- Niños con crisis convulsiva febril, con evidencia de infección in-  
tracraneal.
- Niños con crisis convulsivas no febriles.

Para la recopilación de datos, se elaboró un cuestionario en el cual se especificaba la edad, el sexo, los antecedentes familiares convul- sivos febriles y no febriles, antecedentes neonatales, la presencia de alteración neurológica previa, así como el antecedente de convul- siones previas con o sin fiebre, el tipo de convulsión, duración de la misma, la temperatura al tiempo de convulsión, el tratamiento ins tituido y los exámenes de laboratorio realizados. (figura 1).

## R E S U L T A D O S

En un periodo de 6 meses se dieron 2,625 consultas de urgencia, encontrándose que el 3.5% presentaron convulsión febril.

Se presentaron 151 niños con crisis convulsivas al servicio de urgencias del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68, en un periodo de 6 meses comprendido de Mayo a Octubre de 1989; de éstos sólo 91 (60.3%), presentaron crisis convulsivas febriles sin evidencia de infección intracraneal o alteración neurológica previa; el 1.9% presentó convulsión febril y alteración neurológica previa sólo 1 (0.7%) se presentó con evidencia de neuroinfección comprobada. El resto, 56 pacientes (37.1%), con convulsiones no febriles, los cuales se excluyeron del estudio. (cuadro 1).

CUADRO 1

TIPO DE CONVULSION	NO.	%
F E B R I L	95	62.9
NO FEBRILES	56	37.1

Se clasificaron por grupos de edades de 0-2, 2-4 y 4-6 años.

Así, en nuestro estudio encontramos que la incidencia es mayor en -- los niños menores de 2 años, 67 niños (73.6%); en el grupo de edad de 2-4 años, fueron 21 niños (23.1%); y en el grupo de 4-6, solamente 3 (3.3%). (cuadro 2), (figura 2).

De todos los niños con convulsiones febriles, en este estudio se encuentra que es más frecuente en el sexo masculino 52 pacientes (57.1%) comparada con 39 del sexo femenino (42.9%). (cuadro 2), (figura 3).

También se evaluó la existencia de antecedentes familiares convulsivos, encontrándose que en 51 pacientes fue negativo (56%), se ignora en 33 (36.3%) y son positivos sólo en 7 (7.7%). (cuadro 3).

CUADRO 2

EDAD	MASCULINO		FEMENINO	
	NO.	%	NO.	%
0-2	37	40.6	30	33.0
2-4	12	13.2	9	9.9
4-6	3	3.3	0	0.0
TOTAL	52	57.1	39	42.9

CUADRO 3

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES		
	NO.	%
POSITIVOS	7	7.7
NEGATIVOS	51	56.0
SE IGNORA	33	36.3
TOTAL	91	100.0

En relación a antecedentes de hipoxia neonatal, se reportó que es -- positivo en 2 de los pacientes (2.2%), en 51 pacientes negativo (56%) y en 38 se ignora el dato (41.8%). (cuadro 4).

CUADRO 4

HIPOXIA NEONATAL		
	NO.	%
POSITIVO	2	2.2
NEGATIVO	51	56.0
SE IGNORA	38	41.8
TOTAL	91	100.0

Así, tenemos que en nuestro estudio se reportó, en relación al desarrollo psicomotriz de los niños con convulsiones febriles, que era normal en 35 (38.5%), retrasado en 3 (3.3%) y se ignora en 53 (58.2%), esto último se reporta así, ya que los documentos consultados no contaban con estos datos. (cuadro 5).

CUADRO 5

DESARROLLO PSICOMOTRIZ						
EDAD	NORMAL		RETRASADO		SE IGNORA	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
0-2	24	26.4	2	2.2	41	45.0
2-4	10	11.0	1	1.1	10	11.0
4-6	1	1.1	0	0.0	2	2.2

Nosotros encontramos que el tipo de convulsión que predomina, es la convulsión febril simple, ya que se presentó en 66 pacientes (72.5%), comparada con la convulsión febril compleja que se presentó en 25 pacientes (27.5%). (cuadro 6), (figura 3).

CUADRO 6

TIPO DE CONVULSION FEBRIL				
EDAD	SIMPLE		COMPLEJA	
	NO.	%	NO.	%
0-2	50	55.0	17	18.7
2-4	14	15.4	7	7.6
4-6	2	2.2	1	1.1
TOTAL	66	72.6	25	27.4

Investigando la temperatura existente al tiempo de la convulsión, en encontramos que en 40 pacientes no se reporta en la nota médica (44.0%) fue menor de 40°C en 32 (35.2%) y mayor de 40°C en los 19 pacientes restantes (20.8%).

En relación a la presencia de convulsiones previas, se reportó que - en 43 pacientes se ignora (47.2%), en 35 pacientes es negativo (38.5%) y en 13 pacientes fue positivo (14.3%), reportándose en éstos últimos que tuvieron tratamiento anticonvulsivo de mantenimiento iniciado al presentar la convulsión recurrente, sólo 5 (38.5%) y 8 no recibieron tratamiento anticonvulsivo (61.5%).

Encontramos que el tratamiento instituido al presentarse a la consulta fue predominante el control térmico como único método de control de la crisis convulsiva en 61 pacientes (67%), el uso de Diacepam en 26 pacientes (28.6%), y el uso de DFH o Fenobarbital en 8 pacientes en los que no se había obtenido respuesta con uso de Diacepam (8.8%).

La causa de la fiebre reportándose que predomina la infección de vías aéreas superiores en los 91 pacientes estudiados.

Como causa predominante de la fiebre en nuestro estudio, se reporta en 64 pacientes (70.3%) la infección de vías aéreas superiores; en 17 pacientes (18.7%) las gastroenteritis agudas; en 3 (3.3%) infección de vías aéreas bajas, absceso peridontal en 2 pacientes (2.2%), por sarampión en un paciente (1.1%) y en 4 de los pacientes se ignora la causa (4.4%). (cuadro 7). figura 3).



CUADRO 7

CAUSA DE FIEBRE		
ETIOLOGIA	NO.	%
IVAS	64	70.3
GEA	17	18.7
SE IGNORA	4	4.4
ABSCESO PERIDONTAL	2	2.2
SARAMPION	1	1.1
IVAB	3	3.3
TOTAL	91	100.0

En cuanto a quiénes son los niños con convulsiones febriles que requieren punción lumbar, se ha reportado por Joffe et al., los parámetros que deben evaluarse (5), en nuestro estudio sólo se reporta un paciente con LCR anormal (1.1%), de 19 realizadas (21%). (cuadro 8).

CUADRO 8

L C R	NO.	%
NORMAL	8	8.8
ALTERADO	1	1.1
NO SE REALIZO	72	79.1
SE DESCONOCE RESULTADO	10	11.0
TOTAL	91	100.0

## D I S C U S I O N

En el periodo de 6 meses comprendido entre los meses de Mayo a Octubre de 1989, se estudiaron 91 pacientes con crisis convulsivas febriles, incluidos al cubrir los criterios establecidos. Se encontró que se reporta una incidencia de convulsiones febriles de 3.5% de 2,625 pacientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68. Este reporte no difiere del ya reportado por autores como Sahib et al, donde se hace referencia a la incidencia del 2-4%. (5,7).

En nuestro estudio se encontró que el sexo en que se presenta con mayor incidencia es el masculino, no encontrándose diferencia alguna a lo reportado por Olmos. (4).

Se ha reportado por otros autores la incidencia de convulsiones febriles en los niños menores de 18 meses, como la edad en la que más frecuentemente se presenta. (1,2,3,4). En nuestro estudio se encontró en 54 niños menores de 18 meses (59.3%).

Se han reportado algunos factores de riesgo para la recurrencia de una convulsión febril y no febril, después de la primera convulsión febril y éstos son:

- Historia familiar de convulsiones sin fiebre.
- Existencia de alteración neurológica.
- Convulsión febril compleja. (4,8,12).

Pese a que en nuestro estudio no es posible evaluar la incidencia de aquéllos que presentaron convulsión febril y no febril después de una primer crisis convulsiva febril, ya que se requiere de tiempo determinado de seguimiento. Se encontró que un 4% de los pacientes estudiados presentan por lo menos 2 de estos factores.

Nuestros resultados sugieren la mayor incidencia en las convulsio-- nes febriles simples 72.6%, comparada con 27.4% no habiendo diferen- cia con lo ya reportado (4). En relación a la temperatura existen- te al tiempo de la convulsión, nosotros encontramos que la inciden- cia es mayor con temperatura menor de 40°C (35.2%), comparada con - 20.8% en niños con temperatura mayor de 40°C. Tomando en cuenta - que el pico febril al tiempo de la convulsión también es un paráme- tro para considerar la posibilidad de una recurrencia y que ésta se ha reportado 7 veces mayor en los niños que presentan una convulsión febril con temperatura menor de 40°C, habrá que tomar conciencia de éstos y de aquéllos que no fue posible evaluar por falta del dato - en notas médicas, ya que desconocemos qué se les está ofreciendo. - (7).

De 19 punciones lumbares que se realizaron, sólo uno resultó altera- do, manifestándose así que la incidencia de convulsiones febriles - por neuroinfección es muy baja (1.1%) y que hay que tomar en cuenta con los parámetros establecidos por Joffe et al (5).

En nuestro estudio se manifiesta la omisión de datos importantes pa- ra el conocimiento de posibles recurrencias, como lo son los antece dentes familiares convulsivos, desarrollo psicomotor, hipoxia neonat tal, los cuales no son reportados por los médicos que elaboran la - nota médica, por lo que no se pudieron recopilar.

## CONCLUSIONES

1. Las convulsiones febriles son frecuentes en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Zona / Medicina Familiar No. 68.
2. El porcentaje de neuroinfección en niños con crisis convulsivas febriles, es bajo.
3. Concluimos que las punciones lumbares deben ser evaluadas bajo los criterios ya referidos y al conocer además la clasificación de convulsiones febriles, se podrá decidir sobre la indicación de punción lumbar.
4. De acuerdo con otros autores, en nuestro estudio se encontró -- que las convulsiones febriles simples son más frecuentes.
5. Se desconoce dentro del servicio, la clasificación de convulsiones febriles.
6. En relación a la temperatura al momento de la convulsión, los niños que presentan temperatura menor de 40°C deben tener un seguimiento a mayor plazo, lo cual puede ser motivo de otro estudio.
7. En base al punto anterior, es necesario como medida preventiva de recurrencia, orientar y educar a los padres sobre el control de temperatura de los pacientes que ya han convulsionado.
8. Es necesario saber de los 8 pacientes que presentan convulsión previa y que no se reporta, hayan recibido tratamiento anticonvulsivo, cuál ha sido su evolución.

**ESTA TESIS NO BEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9. No se realiza adecuadamente la anamnesis en los niños que convulsionan sobre los antecedentes familiares de convulsión, hipoxia neonatal, desarrollo psicomotor, los cuales son importantes para determinar si el paciente requiere tratamiento profiláctico anticonvulsivante.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Behrman RE, Vaughan. VC. Trastornos Convulsivos en Nelson. Tratado de Pediatría ed. México, Interamericano 1985; 1589-1601
2. Alvarez JR. Epidemiología de las Crisis Convulsivas en un servicio de urgencias Pediátricas. Tesis. Puebla, 1988.
3. Loreda AA. Medicina Interna Pediátrica. México, Interamericana, 1985; 261-281.
4. Olmos G. Convulsiones Febriles. En. Velasco M., Otero M., Vega gama JG., Romano J.eds. Epilepsia, principios y práctica I.M.S.S. México, 1985; 149-155.
5. Joffe A. Mc. Cormick SA. De Angelis C., Wich Children With Febrile Seizures Need Lumbar Puncture? Am. J. Dis Chil 1983; 137:1153-1156.
6. Manson JI. Febrile Convulsions in Childhood. Aus Fam Phys 1987; 16: 433-434.
7. El-Radhi A, Withana K, Banajeh S. Recurrence rate of febrile -- convulsion related to the degree of pyrexia during the first - attack. Clinical Pediatrics 1986; 25 : 311-313.
8. Annegers JF, Hauser WA, Shirts SB, Kurland LT. Factors prognostic of unprovoked seizures after febriles convulsions. N Engl J Med 1987; 316: 493-498.
9. Chamberlain JM. Occult Bacteremia in Children with simple febrile seizures. AM J Dis 1988; 142: 1073-1076

10. Green AL, Macfaul R. Duration of admission for febrile convulsion?  
Arch Dis Child 1985; 60: 1182-1184.
11. Mc Carthy PL. Observation scale to identify serious illness in -  
febrile children.  
Pediatric 1982; 70: 802-809.
12. Iannetti P, Fiorilli M, Sirianni MC, Panà A, Aiuti F. Nonfebrile  
seizures after febrile convulsions: Possible role of chronic -  
cytomegalovirus infection.  
J Ped. 1982; 101: 27-31.

FIGURA 1

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_ A/ \_\_\_ M/ \_\_\_ D

ANTECEDENTES FAMILIARES CONVULSIVOS SI ( ) NO ( )

A PERINATALES GESTA \_\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_

CESAREA \_\_\_\_\_ POR QUE \_\_\_\_\_

HIPOXIA NEONATAL SI ( ) NO ( )

DESARROLLO PSICOMOTRIZ: NORMAL ( ) RETRASADO ( )

APP

CONVULSION PREVIA SI ( ) NO ( )

FEBRIL SI ( ) NO ( )

ALTERACION NEUROLOGICA PREVIA SI ( ) NO ( )

ACTUAL: CONVULSION FEBRIL SI ( ) NO ( )

TIEMPO DE DURACION \_\_\_\_\_

CUANTAS CONVULSIONES EN 24 HORAS \_\_\_\_\_

TIPO DE CONVULSION: TONICA SI ( ) NO ( )

CLONICA SI ( ) NO ( )

TONICA-CLONICA SI ( ) NO ( )

GENERALIZADA SI ( ) NO ( )

LOCALIZADA SI ( ) NO ( )

TEMPERATURA AL MOMENTO DE LA CONVULSION: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO INSTITUIDO: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

EXPLORACION FISICA: \_\_\_\_\_

EXAMEN DE LABORATORIO: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



FIGURA 2

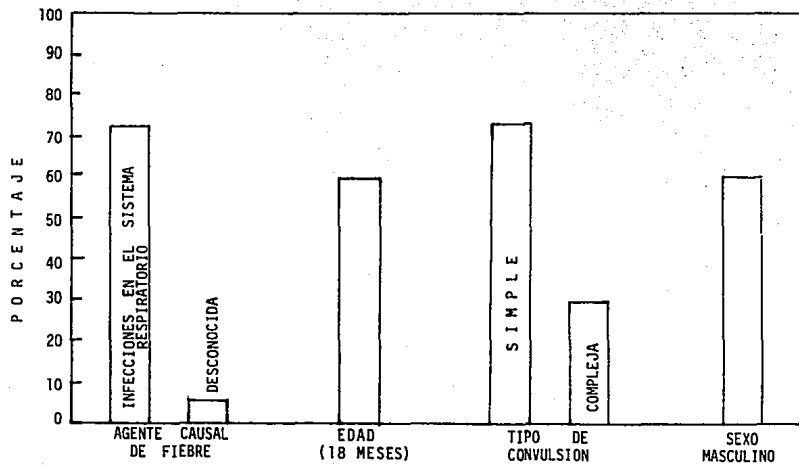


FIGURA 3

