

CONVULSIÓN FEBRIL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO

Servicio que lo presenta	PEDIATRIA
---------------------------------	------------------

Servicios implicados	Consensuado por los servicios
PEDIATRIA	URGENCIAS

Elaborado por	ALBERTO ALCATUD BERTOLIN, F.E.A. PEDIATRIA	05/05/21
Aprobado por	UFCASP	Fecha

Revisión	Fecha	Autor/es	Modificaciones
	05/05/21	Alberto Alcantud Bertolin	La revisión no debe ser superior a 3 años

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

Índice

2	
3	
3	
3	
6	
7	
7	
4.4 Diagnóstico diferencial	
8	
8	
4.5.2 Tratamiento inmediato.	
4.5.3 Observación médica.	
4.5.4 Tratamiento médico preventivo.	
4.5.5 Entrenamiento de las familias.	
5 Seguimiento en CCEE de Neurología Pediátrica.	
10	
11	

1 Objeto

Las CF son el trastorno convulsivo más frecuente en la edad pediátrica. En los países occidentales, la incidencia se sitúa entre el 2-5%. El pico de incidencia se sitúa en torno a los 18 meses. Suelen autolimitarse a partir de los 5 años. Aproximadamente, un tercio de las CF se presentan con una o más características de CFC.

La principal justificación de este protocolo es la de servir de apoyo en la toma de decisiones

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

ante las dos principales decisiones a tomar en la atención urgente a las crisis febriles:

- La realización de exploraciones complementarias.
- La realización de una observación hospitalaria.

Se trata de un fenómeno muy frecuente en la infancia, por lo que es necesario limitar la medicalización sin incrementar significativamente el riesgo de error diagnóstico en los casos de infección del sistema nervioso central.

2 Alcance

El protocolo va dirigido a profesionales que trabajan en la atención urgente en la edad pediátrica (pediatras de atención primaria y hospitalaria, médicos de atención continuada y de urgencias hospitalarias)

3 Generalidades

3.1 Definiciones

- Crisis febril. El término crisis febril es la denominación más extendida para referirse a un síndrome específico de la infancia, de aparición estereotipada y recurrente, edad dependiente y autolimitado, caracterizado por la susceptibilidad a la aparición de crisis epilépticas como consecuencia de un estímulo inflamatorio-infeccioso que desencadene hipertermia. En la práctica se considera crisis febril a aquella convulsión asociada a temperatura mayor de 38°C, en niños entre 6 meses y 5 años, sin inflamación o infección intracraneal ni trastorno metabólico, y que no presentan historia previa de crisis epilépticas. No obstante, es importante tener presente que en muchas ocasiones, la crisis febril se produce antes de que el ascenso febril sea identificado, por lo que la asociación temporal no tiene que ser necesariamente previa.

- Crisis febril simple o típica.
 - Crisis generalizadas cuya duración es inferior a 15 minutos y que no presentan recurrencia en las siguientes 24 horas, y que ocurre en un niño sano sin problemas previos de neurodesarrollo.
- Crisis febril compleja o atípica.
 - Crisis focales.
 - Duración mayor de 15 minutos.
 - Recurrencia en las siguientes 24 horas.
 - Focalidad neurológica postictal.

- Crisis afebril. Se refiere a aquella crisis epiléptica que se produce sin relación cronológica con un ascenso térmico. Es un término paraguas.

- Crisis sintomática aguda. Son aquellas crisis epilépticas que ocurren como consecuencia inmediata del efecto de una enfermedad sobre el sistema nervioso central y constituyen un síntoma de alarma de la presencia de dicho proceso, como por ejemplo una hemorragia intracraneal, una infección del SNC o una lesión ocupante de espacio.

- Crisis sintomática remota. Son aquellas crisis epilépticas que ocurren como consecuencia tardía del efecto de una enfermedad sobre el sistema nervioso central, la

cual ha sido responsable de una lesión permanente secuelar que confiere una predisposición especial a tener crisis epilépticas o a desarrollar epilepsia.

- Crisis provocada/desencadenada. Son aquellas crisis epilépticas que ocurren como resultado de la acción de un desencadenante identificable, extraordinario y no fisiológico, como la exposición a luz parpadeante, la abstinencia o la privación de sueño. La fiebre puede constituir un desencadenante fuera de la edad típica de las crisis febriles, en individuos especialmente predispuestos, como por ejemplo, aquellos que presentan lesiones estructurales del SNC.

- Crisis no provocada/desencadenada. Son aquellas crisis epilépticas que ocurren de forma espontánea y sin desencadenante identificable.

- Status febril. Episodio de crisis febril de duración mayor de 30 minutos.

- Crisis epilépticas parainfecciosas. Existe un síndrome de crisis epilépticas benignas asociado a gastroenteritis leve, (BCCMG; benign convulsions in children with mild gastroenteritis), que ocurre en niños de seis meses a cuatro años de edad, previamente sanos, con desarrollo psicomotor normal, y que aparecen en el contexto de un cuadro infeccioso banal del tracto digestivo, tanto con fiebre como sin ella. Habitualmente se debe a un mecanismo parainfeccioso, puesto que suelen ser un grupo concreto de agentes infecciosos (rotavirus, campilobacter, etc), y no se evidencia ninguna alteración identificable en las exploraciones complementarias, ni afectación del SNC por parte de la infección. La principal diferencia con las crisis febriles es la marcada recurrencia de las crisis durante el periodo de enfermedad infecciosa. El cuadro se resuelve espontáneamente y no requiere de tratamiento antiepiléptico profiláctico.

- Síndrome FIRES (Fever-induced refractory epileptic encephalopathy syndrome): cuadro que aparece en niños previamente sanos, como una encefalitis con estatus epiléptico multifocal y evoluciona hacia una epilepsia refractaria focal, que asocia deterioro cognitivo y comportamental. Presenta tres fases: en la primera, presentan una crisis febril simple; pocos días después comienza la segunda fase, caracterizada por convulsiones recurrentes o estatus epiléptico refractario, generalmente sin fiebre; y por último, aparece la fase crónica, con una epilepsia resistente a fármacos antiepilépticos y con compromiso neuropsicológico grave. Aunque se sospecha que se desencadena por algún agente infeccioso, actualmente, su etiopatogenia permanece desconocida.

- Síndrome GEFS+ (Genetic Epilepsy with Febrile Seizures +). La epilepsia genética con crisis febriles plus es un síndrome epiléptico familiar, caracterizado por la presencia de crisis febriles "plus" y antecedentes familiares de diversas presentaciones epilépticas. El diagnóstico se apoya en los siguientes criterios:

1. Crisis febriles +: Son crisis febriles tonicoclónicas generalizadas, pero que comienzan antes de los 3 meses y/o continúan pasados los 6 años;
2. La existencia de CE tónico-clónico generalizadas tanto febriles como afebriles [14].
3. Las familias EGCF+ son aquellas con al menos 2 individuos con fenotipos EGCF+, incluyendo al menos uno con CF o CF+. Las CF están presentes en el 41% de los afectados de familias EGCF+, siendo el fenotipo más común del espectro EGCF+, seguido por las CF plus (CF+), que aparecen en el 20% de los individuos y típicamente se detienen en la adolescencia. Otros fenotipos dentro de este espectro son las CF o CF+ con otros tipos de CE generalizadas, como las CE de ausencia, CE mioclónicas, CE atónicas o CE focales.

La mayoría de individuos afectados tienen una epilepsia leve con un desarrollo normal. Las familias EGCF+ también pueden presentar encefalopatías epilépticas,

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

síndrome de Dravet y epilepsia con CE mioclónico-atónicas. Dentro de las familias EGCF+, puede haber miembros con epilepsia focal o fenotipos de epilepsia genética generalizada sin CF/CF+. Las mutaciones en el SCN1A (subunidad alfa-1 del canal de sodio neuronal), son la causa genética más comúnmente identificada en la EGCF+, apareciendo en el 19% de las familias. Otros genes implicados son: SCN1B, GABRG2, STX1B, SCN9A, GABRD y FGF13. La herencia puede ser poligénica o debida a mutaciones de novo. Cuando un lactante debuta con una CF, es difícil predecir qué fenotipo desarrollará. Algunos autores recomiendan vigilar su neurodesarrollo, y actuar según su evolución

- Síndrome de Dravet. El síndrome de Dravet o epilepsia mioclónica severa de la infancia es el cuadro clínico más grave dentro del espectro de enfermedades relacionadas con las crisis febriles. Al inicio, puede ser indistinguible de las crisis febriles simples. Su incidencia se sitúa por debajo de 1 de cada 40.000 nacidos vivos. El curso clínico se divide en 3 fases.

1. 1º fase o fase febril. Comienza durante el primer año de vida, normalmente entre los 4-8 meses de vida, con una crisis clónica generalizada en un lactante aparentemente normal, que frecuentemente se asocia a: fiebre, proceso infeccioso o administración de una vacuna. Esta primera crisis suele presentar criterios de crisis febril compleja, bien por duración mayor a 15 minutos o por signos de focalidad. Tras esta crisis, el EEG y otros estudios habituales presentan resultados dentro de la normalidad. Transcurrido un periodo variable, entre 2 semanas y 2 meses, aparecen nuevas crisis que pueden ser febriles o no, incluso pueden presentarse como status. La presentación más característica son crisis hemiclónicas alternantes. Es característica la elevada susceptibilidad a los cambios de temperatura, pudiendo llegar a ser desencadenantes de crisis la hipertermia secundaria al baño en agua caliente.
2. 2º fase o fase de empeoramiento. Aparecen diferentes tipos de crisis entre el año y los cuatro años: crisis mioclónicas breves, ausencias atípicas, cabeceo, crisis focales, crisis autonómicas y de hipotonía. Esto lleva a un deterioro neurológico con pérdida de habilidades. Pueden aparecer estereotipias y pérdida del contacto ojo a ojo.
3. 3º fase o fase de estabilización. Aparece a partir de los 5 años. Disminuyen el número de crisis, que ocurren principalmente durante el sueño. Aunque se pueden observar mejorías en las habilidades del desarrollo psicomotor, se van a encontrar alteraciones persistentes.

Los pacientes con síndrome de Dravet tienen historia familiar de epilepsia o CF entre el 25-71%, según las diferentes series y la identificación de mutaciones en el gen SCN1A, en aproximadamente dos tercios de los casos, marca la clara asociación con las CF. Debemos permanecer alerta en: los casos en que las crisis febriles tienen un inicio precoz (< 9 meses), las crisis tienen características de atipicidad o se observa un parón en el desarrollo o pérdida de habilidades adquiridas. Esos signos deben hacer pensar en este síndrome, cuyo diagnóstico se hace en función de la evolución clínica, apoyándose en estudios complementarios. El diagnóstico precoz resulta fundamental para poder adecuar el tratamiento. El síndrome de Dravet es una enfermedad muy difícil de tratar, pero existen pautas que pueden ayudar a disminuir el número crisis y a acortar su duración. Y resulta muy importante saber que existen fármacos antiepilépticos que, además de ser ineficaces, pueden agravar las crisis, como la carbamacepina, la fenitoína y la lamotrigina, y deben ser evitados en estos pacientes.

3.2 Abreviaturas

CF: Crisis febril.

CFC: Crisis febril compleja.

CP: Crisis parcial.

CTCG: Crisis tonicoclónica generalizada.

EGCF+: Epilepsia genética con crisis febriles plus.

3.3 Referencias

3.4 Responsabilidades

Según la organización actual del hospital son los médicos de urgencias los que realizan la valoración inicial pediátrica.

Tras la estabilización inicial, deben ser valorados por pediatría todos los niños con crisis epilépticas y fiebre menores de 6 meses.

También deben ser valorados por pediatría aquellos niños mayores de 6 meses que presenten un primer episodio de crisis febriles, o bien crisis febriles complejas, mal estado general o hallazgos clínicos por los que requieran de una hospitalización.

No es necesaria la valoración urgente por pediatra en aquellos casos de crisis febriles típicas, en pacientes ya conocidos porque han presentado crisis febriles típicas con anterioridad, que presenten un buen estado general y cuyos cuidadores hayan actuado adecuadamente conforme a las pautas recogidas en este protocolo.

3.5 Población Diana

Toda la población pediátrica, pero especialmente los menores de 6 años, en los que las crisis febriles son frecuentes.

4 Descripción y Procedimiento

A continuación se describen aspectos más relevantes de la anamnesis y exploración clínica así como exploraciones complementarias iniciales. Posteriormente se definen los algoritmos de actuación.

4.1 Anamnesis

El principal objetivo de la anamnesis debe ser identificar y describir las circunstancias y la sucesión de síntomas que se han producido durante el episodio, con el objetivo de clasificar la crisis en los distintos grupos descritos y realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

La anamnesis y las exploraciones complementarias deben ir encaminadas a averiguar la causa de la fiebre.

Las infecciones por los virus herpes humanos, el influenza A y el coronavirus humano HKU1, son los que poseen el mayor riesgo para CF.

Es importante recordar que la administración de algunas vacunas facilita la aparición de crisis febriles en individuos predispuestos. Existe mayor riesgo de CF tras administración de las vacunas DTP, triple vírica, vacuna inactivada de la gripe y vacuna 13-valente conjugada contra neumococo. Estudios de grandes cohortes han demostrado asociación de CF sobre todo con DTP celular más que acelular, en menores de 9 años. En un MA de 2015 que analizó los efectos de la vacunación frente

a la triple vírica, combinada o no con varicela, se observó mayor incidencia de CF cuando se administra conjuntamente triple vírica y varicela, entre los 10 y 24 meses de vida, motivo por el que la vacuna tetravírica está actualmente desaconsejada en este rango de edad.

Es importante preguntar por los antecedentes familiares de crisis febriles o epilepsia, así como realizar una buena valoración del neurodesarrollo, puesto que tienen importantes consecuencias sobre el pronóstico.

Factores de riesgo de recurrencia de las crisis febriles.

- Debut a edad menor de 18 meses.
- Familiar de primer grado con crisis febriles.
- Duración de la fiebre de menos de 1 hora hasta el inicio de la crisis.
- Crisis desencadenada con fiebre de menos de 40°C.

Factores de riesgo de aparición de epilepsia tras el debut de las crisis febriles.

- Crisis febriles complejas.
- Historia familiar de epilepsia.
- Trastorno del neurodesarrollo subyacente.

Uno de cada tres niños con una CF recurrirá, la mitad lo hacen dentro del primer año y el 90% en 2 años.

4.2 Exploración clínica

Exploración neurológica que incluya: Valoración del nivel de consciencia, valoración de focalidad neurológica postcrítica y valoración de los signos meníngeos.

4.3 Exploraciones complementarias

- La evaluación debe orientarse inicialmente hacia la realización del estudio necesario para el diagnóstico de la causa de la fiebre, en función del protocolo indicado.
- Punción lumbar: La Academia Americana de Pediatría (AAP) considera tres situaciones respecto a la realización de punción lumbar (PL):
 1. Se debe realizar PL a cualquier niño que presente una crisis con fiebre y tenga signos meníngeos (rigidez de nuca, signos de Kernig o Brudzinski presentes) o cualquier signo que sugiera meningitis o infección intracraneal.
 2. Valoraremos su realización en cualquier niño entre 6-12 meses de edad que presente una crisis con fiebre, que presente una vacunación incompleta frente a Haemophilus influenzae tipo B o frente a Streptococcus pneumoniae, o cuando el estado vacunal no puede ser determinado y exista un aumento en el riesgo de meningitis bacteriana.
 3. Debemos considerar también la realización de PL en niños que presenten crisis con fiebre que han sido tratados con antibiótico, ya que puede enmascarar los signos y síntomas de meningitis.
- EEG: El electroencefalograma (EEG) no debe solicitarse de forma rutinaria en la evaluación neurológica de un niño sano con una crisis febril simple, y deberá valorarse de forma individualizada en el caso de crisis febril compleja.
- Neuroimagen. Los estudios de neuroimagen (TC o RM craneal) pueden ser útiles en casos concretos, pero no deben realizarse de rutina tras la primera crisis febril.

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

Ni siquiera están claramente indicados en las crisis febriles complejas, reservando su realización exclusivamente para pacientes en los que exista una sospecha de una lesión estructural subyacente, persistan signos neurológicos focales, alteración de conciencia o signos sugerentes de hipertensión intracraneal.

4.4 Diagnóstico diferencial

Aunque la historia clínica suele ser suficiente para el diagnóstico, la ansiedad que producen estos episodios a los observadores hace, en ocasiones, difícil reflejar en la entrevista las características del evento. Debemos esforzarnos en recoger detalles que nos permitan el diagnóstico diferencial con otros episodios paroxísticos:

- Temblor febril: escalofríos o estremecimientos, generalmente coincidentes con el ascenso de temperatura. En estos episodios, se respeta siempre el nivel de conciencia.
- Delirio febril: estado de agitación psicomotora que sucede generalmente con niveles de temperatura muy altos. El niño comienza con un estado de delirio y alucinaciones que puede ser muy espectacular.
- Síncope febril o crisis anóxica febril: Los síncope febriles son episodios bruscos de disminución de la tensión arterial que condicionan un bajo gasto cerebral, suficiente para inducir un episodio transitorio de pérdida de conciencia. Las enfermedades infecciosas agudas predisponen a la aparición de síncope por diversos mecanismos, como la propia fiebre, que condiciona taquicardia y redistribución vascular para evacuar el calor, como por la deshidratación, o el propio estado inflamatorio sistémico que conllevan. De forma práctica, consideraremos síncope febril a todo episodio autolimitado de desconexión del medio e hipotonía, que no esté acompañado de otros síntomas indicadores de crisis epiléptica, como desviación oculocefálica persistente o movimientos tonicoclónicos generalizados.
- Infecciones del SNC: La afectación del estado general, la existencia de meningismo, el hallazgo de petequias o la ausencia de recuperación del nivel de conciencia tras la crisis deberán hacernos sospechar esta posibilidad.

4.5 Tratamiento

4.5.1 Medidas generales

Colocar en posición lateral de seguridad y vigilar la vía aérea por si apareciera un vómito.

Oxigenoterapia en gafas nasales.

Termometrar.

Antitérmicos.

4.5.2 Tratamiento inmediato.

La mayoría de las CF han cedido espontáneamente en el momento que el niño es evaluado y, además, suelen regresar rápidamente a su estado basal. En estos casos, no se debe administrar tratamiento con benzodiacepinas, aplicaremos solo tratamiento sintomático con antitérmicos.

Cuando la crisis dura más de 5 minutos, se debe iniciar tratamiento.

- Diazepam rectal (dosis 0,5 mg/kg).
- Menores de 3 años. Stesolid 5 mg.

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- Mayores de 3 años. Stesolid 10 mg.
- Midazolam bucal (dosis: 0,2 mg/kg).
- 3 meses - 1 año Buccolam 2'5 mg.
- 1-5 años Buccolam 5 mg.
- 5-10 años Buccolam 7'5 mg.
- Más de 10 años Buccolam 10 mg.

Si la crisis no cede con una primera dosis de benzodiazepinas, se puede utilizar una segunda dosis tras unos 10 minutos.

Si tras la segunda dosis no cede la crisis, se deberá iniciar el manejo conforme al protocolo de status epiléptico.

4.5.3 Observación médica.

Tras la crisis, deberemos plantearnos qué hacer. En algunos casos, tras la valoración del paciente, podría ser dado de alta al domicilio, en otros se debe mantener en observación unas horas. No se encuentra claramente definido cuál es el tiempo de observación recomendable.

En nuestro medio no existen grandes limitaciones socioeconómicas para la realización de una observación hospitalaria en el caso de crisis febriles.

La aparición de una crisis febril es un evento muy estresante para los cuidadores, genera una importante alarma y una demanda de asistencia médica inmediata.

No contamos con un entorno favorable en la urgencia hospitalaria de nuestro centro para la realización de dicha observación, de forma que favorezca la tranquilidad y el confort de las familias.

Estas circunstancias hacen dificultoso un manejo con una utilización racional de las pruebas complementarias.

La realización de una observación hospitalaria está por lo tanto justificada, con el objetivo de utilizar el tiempo disponible para instruir y entrenar a las familias en el manejo futuro de las crisis febriles, una vez su situación emocional permita la asimilación de dicha información.

Bajo estas premisas, estaría indicada la observación hospitalaria en:

- 1º episodio de crisis febril.
- Crisis febril compleja o atípica.
- Historia previa de crisis recurrentes en el mismo episodio febril o en las primeras 24h.
- Situación de gran angustia familiar que imposibilite un adecuado manejo domiciliario.

4.5.4 Tratamiento médico preventivo.

Antitérmicos. Se han realizado múltiples estudios encontrando resultados contradictorios, y actualmente se considera que el uso profiláctico de antitérmicos no tiene efecto sobre la prevención de las recurrencias.

Fármacos antiepilépticos (FAEs). La profilaxis de las recurrencias de las CF simples con fármacos antiepilépticos no está recomendada por varias razones:

- El pronóstico benigno de las CFS.
- Las crisis febriles no causan daño permanente.

- Son una enfermedad edad dependiente y tienden a la remisión espontánea, siendo la edad de mayor frecuencia la comprendida entre los 12 meses y los 3 años.

- Los fármacos antiepilépticos tienen efectos secundarios que en muchos casos superan el beneficio obtenido por su uso.

La ILAE plantea valorar tratamiento preventivo en pacientes que presenten crisis muy frecuentes en un periodo corto de tiempo (3 o más en 6 meses, 4 o más en 1 año) y en pacientes con historia de crisis prolongadas (duración mayor de 15 minutos) o que requieran tratamiento farmacológico para detener la crisis (historia de status epiléptico febril, por ejemplo).

4.5.5 Entrenamiento de las familias.

En algunos casos, puede ser necesario que los familiares dispongan de medicación para abortar la crisis, bien por dificultades para acceder a un centro sanitario, por crisis muy frecuentes o bien por antecedentes de crisis prolongadas. La disponibilidad de cánulas de diazepam rectal en el domicilio es una práctica frecuente y segura en estos pacientes. Resulta muy importante que las familias comprendan la secuencia de tratamiento, debiendo insistir en que lo primero es colocarlos en una postura adecuada que deje la vía aérea permeable, intentar mantener la serenidad y controlar el tiempo con un reloj. Iniciar lentamente la administración del tratamiento si la crisis dura más de 5 minutos, y cesar si la crisis se detiene. Se indicará una única dosis hasta la valoración por sanitarios, si esta es necesaria.

Es deseable un entrenamiento en primeros auxilios de toda la población general, más aún de aquellas personas que tienen a su cargo a menores con riesgo elevado de presentar episodios como las crisis febriles, por lo que se debe recomendar en todos los casos la formación de los padres a través de cursos de primeros auxilios, como los ofertados por Cruz Roja Española:

<https://www2.cruzroja.es/cursos-primeros-auxilios>

5 Seguimiento en CCEE de Neurología Pediátrica.

Existen determinadas circunstancias en las que deberá iniciarse un seguimiento en la consulta específica de neurología pediátrica:

- Enfermedad neurológica previa ya conocida.
- Problemas de neurodesarrollo aún no estudiados, que sean identificados en el contexto de la aparición de crisis febriles.
- Crisis febriles atípicas.
- Crisis febriles con un elevado número de episodios, que pudieran tener indicación de tratamiento antiepiléptico (3 o más episodios en menos de 6 meses, 4 o más en 1 año).

6 Evaluación

Se proponen los siguientes indicadores de evaluación del proceso:

- Número de atenciones en urgencias por paciente con el diagnóstico de crisis febriles.
- Número de ingresos hospitalarios por paciente con diagnóstico de crisis febriles.
- Número de punciones lumbares realizadas en el contexto de crisis epiléptica y fiebre en los

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

menores de 6 años.

- Número de EEG solicitados bajo la indicación de crisis febriles.
- Número de RM solicitados bajo la indicación de crisis febriles.
- Número de interconsultas remitidas a Neurología Pediátrica para seguimiento con el diagnóstico de crisis febriles.
- Número de asistentes a los cursos de primeros auxilios organizados por el servicio de Pediatría de nuestro centro.

7 Anexos

Bibliografía:

1. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría: Guerrero Fernandez
2. Guía de Práctica Clínica Andaluza de Epilepsia [Internet]. GuíaSalud. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-andaluza-de-epilepsia/>
3. Padilla Esteban, García Rebollar, Fourellat Cañada. Crisis febriles [Internet]. Pediatría Integral. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-10/crisis-febriles/>
4. Rufo Campos. Crisis febriles [Internet]. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEPED. Neurología Pediátrica. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-cfebriles.pdf>

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.