

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TESIS DE GRADO

"Incidencia del Síndrome Convulsivo Febril
En el Hospital Dr. Leonardo Martínez V.
de San Pedro Sula, comprendido desde el
1 de Junio de 1989 al 1 de Junio de 1990".

Sustentado por:

Br. Cesar Augusto Cueva Fajardo
Br. Esmeralda Velásquez Moncada
Br. Luis Alonso Chou Lean

Previa Opción al Título de
Doctor en Medicina y Cirugía

616.845
C96
C.2
Tegucigalpa D.C.

91-2
C.2

1991

Honduras, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



TESIS

"INCIDENCIA DEL SINDROME CONVULSIVO FEBRIL
EN EL HOSPITAL DR. LEONARDO MARTINEZ V.
DE SAN PEDRO SULA, COMPRENDIDO DESDE EL
1 DE JUNIO DE 1989 AL 1 DE JUNIO DE 1990"

SUSTENTANTES:

BR. CESAR AUGUSTO CUEVA FAJARDO
BR. ESMERALDA VELASQUEZ MONCADA
BR. LUIS ALONSO CHOU LEAN

ASESORES:

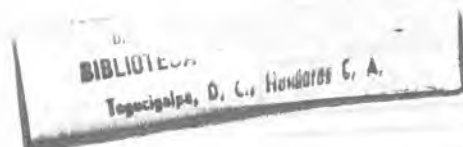
DR. GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA
DR. MAXIMILIANO CARRANZA

PREVIA OPCION AL TITULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D.C.

FEBRERO 1991

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR
SECRETARIO GENERAL

ABOGADO JORGE OMAR CASCO Z.
LIC. ANGEL VALENTIN AGUILAR

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

DECANO
VICE DECANO
SECRETARIO
PRO SECRETARIO
VOCAL
VOCAL

DR. ROBERTO ANTONIO NUÑEZ
LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
DR. RUBEN PALMA CARRASCO
DR. HUMBERTO RIVERA MEDINA
DR. MAX LOPEZ
DR. RUBEN DARIO FERNANDEZ

PROPIETARIOS

BR. IRIS D. IRIAS
BR. SIVERIO FLORES
BR. ISAI GUTIERREZ
BR. OVIDIO CALDERON

SUPLENTE

BR. OSCAR WILFREDO MEZA
BR. MARIO ROBERTO LANZA
BR. JUAN JOSE LEIVA
BR. SANDRA M. PANTING



TRIBUNAL EXAMINADOR:

DOCTOR: PABLO FIGUEROA (COORDINADOR)

DOCTORA: MARTHA MATAMOROS

DOCTOR: CARLOS GARCIA CASANOVA

ASESORES:

DOCTOR: MAXIMILIANO CARRANZA

DOCTOR: GUSTAVO A. ZUNIGA

SUSTENTANTES:

BR. CESAR AUGUSTO CUEVA FAJARDO

BR. ESMERALDA VELASQUEZ MONCADA

BR. LUIS ALONSO CHOU LEAN

PADRINOS:

SRA. EDNA CUEVA DE SCHAEFFER

SR. ANDRES CESAR VELASQUEZ M.

SRA. MARINA POLIO DE HALL

LIC. ANTONIO YOUNG TORRES

SRA. ROXANA PORTILLO DE YOUNG

INDICE		Pag.
I.	INTRODUCCION	1
II.	FORMULACION DEL PROBLEMA	4
III.	OBJETIVOS	5
IV.	HIPOTESIS	7
V.	METODOLOGIA	9
	a) Población a estudiar	
	b) Muestra	
	c) Tipo de Investigación	
	d) Fuente de datos	
	e) Criterio de selección de grupos a estudiar	
	f) Duración del estudio	
	g) Definición de Variables	
	h) Diseño del Formulario	
	i) Dificultades previstas en la investigación	
	j) Organización de la Investigación	
	k) Tabulación y procesamiento	
VI.	MARCO TEORICO	14
	a) Definición y Generalidades	
	b) Diagnostico y Laboratorio	
	c) Tratamiento	
	d) Prevención y Pronóstico	
VII.	RESULTADOS	25
VIII.	DISCUSIONES	63

IX.	CONCLUSIONES	66
X.	RECOMENDACIONES	68
XI.	RESUMEN	69
XII.	BIBLIOGRAFIA	71
XIII.	ANEXOS	76

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS	Pags.
TABLA 1 : Correlación mensual entre los niños menores de seis meses por Emergencia y los que presentaron Síndrome Con- vulsivo Febril.	26
GRAFICA N. 1 : Idem Tabla 1	27
TABLA 2 : Comparación por Sexo en niños menores de seis años con Síndrome Convulsivo Febril.	29
GRAFICA N. 2 y 3 : Idem Tabla 2	30
TABLA 3 : Edad predominante en niños que presen- taron Síndrome Convulsivo Febril.	32
GRAFICA N. 4 : Idem Tabla 3	33
TABLA 4 : comparación mensual de la proceden- cia de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	34
GRAFICA N. 5 y 6 : Idem Tabla 4	35
TABLA 5 : Comparación mensual de madres que proporciona Lactancia Materna.	37
GRAFICA N. 7 y 8 : Idem Tabla 5	38

TABLA 6 : Comparación mensual de niños menores de seis años con antecedentes familiares que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	39
GRAFICA N. 9 y 10 : Idem Tabla 6	40
TABLA 7 : Comparación mensual de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril previo a su ingreso.	42
GRAFICA N. 11 y 12 : Idem Tabla 7	43
TABLA 8 : Comparación mensual de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril después de su Ingreso.	45
GRAFICA N. 13 y 14 : Idem Tabla 8	46
TABLA 9 : Causas originarias predominantes en niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	48
GRAFICA N. 15 : Idem Tabla 9	49
TABLA 10 : Manifestaciones clínicas predominantes en niños menores de seis años con Síndrome Convulsivo Febril.	50
GRAFICA N. 16 : Idem Tabla 10	51

TABLA 11 : Comparación mensual de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril realizándoles Punción Lumbar.	52
GRAFICA N. 17 y 18 : Idem Tabla 11	53
TABLA 12 : Comparación mensual de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril a los que se les realizó Electroencefalograma.	55
GRAFICA N. 19 y 20 : Idem Tabla 12	56
TABLA 13 : Medicamentos utilizados en niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	58
GRAFICA N. 21 : Idem Tabla 13	59
TABLA 14 : Estancia de Hospitalización de niños que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	60
GRAFICA N. 22 : Idem Tabla 14	61
TABLA 15 : Correlación mensual de mortalidad de niños menores de seis años que presentaron Síndrome Convulsivo Febril.	62

DEDICATORIA

DEDICO MI TESIS A:

- A Dios Todopoderoso por haberme acompañado siempre.
- A mis Padres, Profesor Cesar A. Cueva y Profa. Mercedes Fajardo de Cueva por su comprensión e incondicional apoyo en la culminación de mi carrera.
- A mi esposa, Lic. Glenda E. Serrano, por su amor e incomparable apoyo en mi realización como profesional.
- A mis hijos, Vivian Mercedez y César Augusto, con mucho amor.
- A mis Hermanos, Héctor Arnulfo, Luis Fernando, Janeth Ernestina y Mercedes Adela, con especial cariño.
- A mis abuelos, Tíos, sobrinos con mucho cariño.

CESAR AUGUSTO CUEVA FAJARDO

DEDICATORIA

- Dios Todopoderoso, por vivir en El, guiando mis pases día a día por el buen camino.
- A mis Padres, Sr. Andrés Velásquez y Sra. Elsa Marina de Velásquez, por su amor, comprensión y sabios consejos, brindando siempre su apoyo incondicional.
- En especial forma dedico también este trabajo a mi esposo, Dr. Orlando A. Hall, y a mi hijo, Orlando Hall, que de una u otra manera me han sabido comprender a este final de mi carrera.
- A mi suegra, Marina de Hall y Sra. Dorilla Garay, por su apoyo espiritual y sus oraciones.
- A mis Hermanos por su gran cariño.
- A todas aquellas personas que de manera directa o indirecta han hecho posible realizar este momento.

ESMERALDA VELASQUEZ MONCADA.

DEDICATORIA

DEDICO MI TESIS :

- A Dios Todopoderoso por acompañarme siempre y guiarme hasta poder culminar mi Carrera.
 - A mis Padres: Sr. Alonso Chou Yanm y Sra. Lilian Lean de Chou, por su comprensión, amor y un incondicional apoyo en mi realización como profesional.
 - A mis Hermanos: Lilian, Juan Carlos y Lila María con especial cariño.
- Y a todos mis amigos.

LUIS ALONSO CHOU LEAN.

AGRADECIMIENTO

NUESTRO SINCERO AGRADECIMIENTO A :

- Dr. Gustavo Adolfo Zúniga, por su valiosa ayuda en nuestra formación académica e incondicional apoyo como asesor y amigo.
- Dr. Maximiliano Carranza, por su desinteresada ayuda en la elaboración de éste trabajo.
- Al personal del Depto. de Estadística y Laboratorial del Hospital "Leonardo Martínez V." por su ayuda técnica en el presente estudio.
- Al Departamento de Pediatría por su anuencia a realizar el trabajo de investigación.
- A los Médicos Internos por su colaboración.

I.

INTRODUCCION

INTRODUCCION

La Pediatría es la Especialidad Médica que se ocupa de la salud de los niños. Como todas las Especialidades Médicas, la Pediatría ha evolucionado recientemente.

Los niños son personas con necesidades infinitas multifacéticas pero también son los forjadores del futuro.

Los niños como se sabe, no solamente son adultos pequeños sino también son individuos con características únicas anatómicas, fisiológicas, psicológicas como patológicas.

En Honduras no está exento que la población infantil es la mayoría, por eso, las patologías infantiles son directamente proporcional. No podemos contar con las cifras exactas de las diferentes morbilidades pediátricas; y una de las causas de la presencia niños en las Emergencias de los Hospitales son las "Convulsiones Febriles", el cual desconocemos también su incidencia, pero en el trabajo que realizamos esperamos obtener datos importantes y por ende aplicados a la población infantil.

Sabemos que las convulsiones son comunes y el diagnóstico diferencial varía del niño recién nacido, pre-escolar y mayores.

En el recién nacido las condiciones más frecuentes que causan convulsiones son anoxia y hemorragia; imputable al trauma al

nacer, desórdenes metabólicos y anomalías congénitas del S.N.C. En el niño pre-escolar las condiciones son una infección intracraneal (Meningitis) ó extracraneal (Fiebre).

Los niños mayores de tres ó cuatro años, la epilepsia ó convulsiones idiopáticas y los tumores predominan como causas etiológicas. En cualquier edad pediátrica el trauma y la toxinas exógenas siempre debe considerarse como factor etiológico.

Las convulsiones por fiebre ocurren en un diez por ciento (10%) aproximadamente, como el nombre sugiere, son convulsiones febriles benignas que eventualmente desaparecen. Pero sabemos, que la primera convulsión de los epilépticos ocurren frecuentemente por fiebre, es necesario determinar si la convulsión del niño es febril benigna ó es el inicio de un Síndrome Convulsivo Ideopático (epilepsia).

Un niño con la primera convulsión febril requiere una Punción Lumbar para excluir la posibilidad de infección del S.N.C. (meningitis, meningoencefalitis)

Es por eso, que aunque las convulsiones no atentan contra la vida (mortal) no debe actuarse en forma indebida ya que podríamos dejar secuelas importantes para el niño y el vínculo familiar.

Por lo tanto, un estudio prospectivo del Síndrome Convulsivo

Febril en el Hospital "Leonardo Martínez" nos arrojará datos importantes aplicables a la población pediátrica de la zona de influencia de la región Nor-Occidental del País.

Esperamos alcanzar nuestros objetivos analizando en forma ordenada a todos los niños ingresados a la Emergencia por Síndrome Convulsivo Febril.

II.

FORMULACION DEL PROBLEMA

FORMULACION DEL PROBLEMA

El Síndrome Convulsivo Febril es muy frecuente de admitir en el Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula.

Desconociéndose los datos exactos de su incidencia, y no teniendo estudio de éste tipo de Patología en éste centro Hospitalario, es por lo que decidimos realizar el estudio, esperando obtener al final las principales etiologías del problema febril, su sexo, edades y otros estudios realizados para obtener datos recientes de éste tipo de Patología.

III.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Caracterizar el Síndrome Convulsivo Febril en niños menores de seis (6) años en el Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula.
- 2.- Determinar la incidencia del Síndrome Convulsivo Febril en niños menores de seis años en el H.L.M.V.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar en que grupo de edad es más frecuente el Síndrome Convulsivo Febril.
- 2.- Conocer en que sexo es más frecuente el Síndrome Convulsivo Febril.
- 3.- Enunciar las causas más frecuentes originarias del proceso febril.
- 4.- Conocer el caso de números de pacientes con antecedentes familiares del Síndrome Convulsivo Febril.
- 5.- Determinar el número de convulsiones febriles previas a la actual:
- 6.- Enunciar los signos y los síntomas acompañantes más frecuentes.
- 7.- Determinar el número de pacientes a quienes se les

practicó Punción lumbar como método de ayuda diagnóstico

8.- Determinar el número de pacientes a quienes se les practicó E.E.G. como método de ayuda de diagnóstico.

9.- Conocer el tiempo de Hospitalización por Síndrome Convulsivo Febril.

10.- Describir el manejo terapéutico intrahospitalario aplicado.

11.- Determinar el pronóstico de los pacientes estudiados.

12.- Conocer la mortalidad del Síndrome Convulsivo Febril.

IV.

HIPOTESIS

HIPOTESIS

- 1.- El Síndrome Convulsivo Febril tiene una alta incidencia.
- 2.- El Síndrome Convulsivo Febril es más frecuente en el sexo femenino.
- 3.- La máxima incidencia de Convulsiones por fiebre se presenta entre los nueve y los dieciocho meses.
- 4.- Las infecciones respiratorias es la causa más frecuente del Síndrome Febril.
- 5.- La fiebre es el signo más frecuente en los pacientes que presentan convulsiones febriles.
- 6.- La temperatura la cual más frecuentemente presentan los niños con convulsiones febriles es igual o mayor de 38.5°C.
- 7.- Un importante porcentaje de los niños con convulsiones febriles tienen antecedentes familiares positivos.
- 8.- La Punción lumbar es la ayuda diagnóstica más utilizada en el Síndrome Convulsivo Febril.
- 9.- Es esquema terapéutico en el Síndrome Convulsivo Febril más utilizado en orden de importancia está dirigido primero a la fiebre, tratándose por medios físicos; las convulsiones con diazepam y la prevención de las recurrencias con fenobarbital respectivamente.

10.- La permanencia intrahospitalaria en la mayoría de los pacientes con Síndrome Convulsivo Febril es menor de 48 horas.

11.- La mortalidad por Síndrome Convulsivo Febril es Cero.

V.

METODOLOGIA

DISEÑO METODOLOGICO

POBLACION A ESTUDIAR :

Se tomará como población de referencia a todos los niños que se admitan en el Servicio de Emergencia del Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula.

MUESTRA :

De la población admitida en el Servicio de la Emergencia se tomará los niños menores de seis años que presenten Síndrome Convulsivo Febril.

TIPO DE INVESTIGACION :

Se trata de un estudio de investigación prospectiva y analítica.

FUENTE DE DATOS :

Se obtendrá directamente del paciente ó/y del familiar encargado, de los "in prontos" llenados por los médicos internos, todo esto en base a un protocolo previamente elaborado para tal fin, incluyéndose además exámenes lumbar y electroencefalograma.

CRITERIOS DE SELECCION DE GRUPOS A ESTUDIAR :

Se tomarán a todos los niños menores de seis años que presenten Síndrome Convulsivo Febril.

DURACION DEL ESTUDIO :

El estudio de un periodo de doce (12) meses que comprende desde el 1 de junio de 1989 al 1 de junio de 1990.

DEFINICION DE VARIABLES :

VARIABLE DEPENDIENTE

- Síndrome Convulsivo Febril.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1.- Edad: El rango de edad para el estudio será de niños menores de seis años divididos en grupos etarios.
 - a. 0 meses - 6 meses
 - b. 6 meses 1 día - 12 meses
 - c. 12 meses a día - 2 años
 - d. 2 años 1 día - 4 años
 - e. 4 años 1 día - 6 años
- 2.- Sexo : Femenino/Masculino.
- 3.- Procedencia : El lugar de donde proviene: Rural/Urbano.
- 4.- Manifestaciones Clínicas concomitantes : Son los signos y los síntomas que acompañan a la convulsión febril.
- 5.- Causas originarias del proceso febril : Son las enfermedades que están provocando el proceso febril referido a :
 - Problemas respiratorios
 - Problemas Gastrointestinales
 - Problemas Urinarios
 - Otros.

- 6.- Lactancia Materna: alimentación al pecho materno consignado.
- 7.- Antecedentes Familiares : Son los antecedentes positivos por procesos convulsivos en los familiares del paciente.
- 8.- Convulsiones Febriles Previas : Son las convulsiones febriles que se han presentado en el paciente anterior a la actual.
- 9.- Número de convulsiones después de su ingreso : Es el número de convulsiones que se presentaron después de su ingreso en la Sala de Observación de Pediatría.
- 10.- Punción Lumbar : Es el procedimiento practicado como ayuda diagnóstico.
- 11.- Electroencefalograma : Es el procedimiento realizado como ayuda diagnóstica.
- 12.- Tiempo de Hospitalización : Es el tiempo de estancia intrahospitalaria del paciente y es de :
- 0 - 1 día
 - 1 - 2 días
 - 2 días y más.
- 13.- Esquema Terapéutico : Es el tratamiento instaurado en el paciente hospitalizado.
- 14.- Mortalidad : Son las muertes ocurridas por el Síndrome Convulsivo Febril.

DISEÑO DEL FORMULARIO :

El instrumento para recolectar los datos en el que se incluyen datos y aspectos relacionados con el objetivo del trabajo, los cuales se llenarán al ingreso del paciente, completándose posteriormente con los estudios realizados, dicho formulario se adjunta en anexos.

DIFICULTADES PREVISTAS EN LA INVESTIGACION :

1. Problemas técnicos y económicos para el estudio del L.C.R. se recurrirá a los laboratorios privados de acuerdo a los recursos económicos.
2. Diferentes criterios médicos para el ingreso y manejo. Se tratará de concientizar de la importancia del estudio.
3. Que no asistan a control de la Consulta Externa; se tratará de concientizar de la importancia del control.

ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION :

La planeación y dirección la haremos con la coordinación y supervisión de nuestro asesor autorizado; además de la ayuda de los Médicos Pediatras y el concurso de los Médicos Internos de la Pasantía de Pediatría del Hospital Leonardo Martínez V. ; contaremos además con la ayuda del personal de laboratorio del Hospital y del personal laboratorial del E.E.G. dicho estudio con la cooperación de Trabajo Social.

TABULACION Y PROCESAMIENTO :

Al finalizar el periodo de estudio y recolección de los datos necesarios, se tabulará utilizando una matriz de datos, el cual sacaremos toda la información necesaria para la elaboración de las tablas y gráficas para la presentación de los resultados del estudio de la investigación.

VI.

MARCO TEORICO

SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

El tema de Síndrome Convulsivo es bastante extenso, en vista de que nuestra tesis se basa en el "Síndrome Convulsivo Febril", nos limitaremos a realizar en forma amplia y detallada dicho apartado.

Convulsiones Febriles : El termino de "convulsiones febril" es usado para designar crisis asociada con fiebre, pero excluye los causados por infección del sistema nervioso central. Es uno de los desórdenes más comunes de la niñez(12) Ocurren entre los seis meses de edad y los seis años, ocasionalmente hay casos donde aparecen en edades más tempranas y otras más tardadas (18).

Las convulsiones febriles ocurren con fiebre e infecciones que no afectan directamente al cerebro. Son de breve duración, generalizadas y relacionadas con EEG interictal normal. Aproximadamente el siete (7%) por ciento de los niños tendrán convulsiones en los cinco primeros años de la vida y 50% ó más serán febriles. Las convulsiones ocurren más a menudo en varones que en mujeres y la edad en que es mayor la susceptibilidad es de seis y veinticuatro meses. En general el diagnóstico deberá limitarse a los niños mayores de seis meses y menores de cinco años. La mayor parte 90% son generalizadas y duran menos de veinte minutos y se relaciona con fiebre que excede de 39°C, son comunes los antecedentes familiares y los estudios genéticos sugieren herencia

autosómica dominante con penetrancia incompleta.

Las convulsiones febriles tienen buen pronóstico y deben distinguirse de los trastornos convulsivos precipitados por fiebre. No hay una manera totalmente adecuada para distinguirlos. Se sabe que los trastornos convulsivos son exacerbados por la fiebre. Los trastornos convulsivos verdaderos son también raros en niños menores de dos años pero sus convulsiones suelen durar veinte minutos y tienen con frecuencia elementos focales. Estos pacientes son más propensos a las convulsiones no febriles, esto es, epilepsia. La recurrencia de convulsiones febriles simples parece aumentar el peligro de convulsiones afebriles subsecuentes, y este peligro puede llegar a 50% después de cuatro crisis de convulsiones febriles.

La proporción global de recurrencia es de 20% a 25%, esta proporción aumenta a un 50% en niños menores de un año y si hay antecedentes familiares positivos. Ocurren 50% de recurrencias dentro del año siguiente a la primera convulsión febril, y todas ellas suelen hacerlo dentro de los treinta primeros meses.

Por definición, las convulsiones febriles simples tienen un EEG interictal normal, los EEG tomados dentro del plazo de diez días siguientes a las convulsiones pueden ser anormales. Las anomalías EEG que persisten más allá de este plazo indican un trastorno convulsivo subyacente. (1,13).

Diagnóstico y Laboratorio :

Todos los niños que sufren crisis convulsivas febriles requieren punción lumbar. Esto es particularmente cierto en niños menores de dos años. Deben efectuarse estudios metabólicos que incluyen determinaciones de glucosa, calcio y electrolitos en sangre. Se efectuarán cultivos, sobre todo hemocultivos, si hay leucocitos. Se pensará hacer estudios para descartar envenenamiento por plomo, y quizá está indicado realizar estudios radiológicos de cráneo, tórax y huesos largos sobre todo si se sospecha de Sd. del niño maltratado.

Robeola y Shigelosis suelen relacionarse con convulsiones febriles.

Punción Lumbar : El miedo de no detectar una meningitis obliga a realizar la punción lumbar rutinariamente en niños febriles con convulsiones. La meningitis en la infancia puede presentarse con una convulsión sin signos ni síntomas específicos de una meningitis.

Sin embargo éstos infantes están usualmente muy enfermos y la mayoría son menores de seis meses de edad. Pocos niños mayores de seis meses de edad tienen meningitis sin signos anormales o enfermedad severa, lo cual deben ser observados cuidadosamente. (10).

Es muy importante proteger al niño de cualquier procedimiento

invasivo innecesario, pero por experiencias, se realizará a todo niño menor de diez y seis meses de edad una punción lumbar ante un cuadro convulsivo febril por alta etiología de meningitis bacteriana. (2).

Las complicaciones fatales de punción lumbar son raras, aún en pacientes con papiledema. En niños que presentan convulsiones febriles quienes tienen evidencia de presión intracránea aumentada a un examen focal, ó tal vez una tomografía computarizada puede ser hecha para excluir un espacio ocupado lesionado (específicamente absceso cerebral). Sin embargo una revisión de las pocas complicaciones seguidos de punción lumbar con convulsión febril sin signos meníngeos tendrán meningitis bacteriana, la punción lumbar es necesaria en pacientes con convulsiones asociado con fiebre. (21).

Electroencefalograma : El EEG es anormal en un 90% de niños que tuvieron convulsiones un día antes. Usualmente está lento, posterior y lateralizado, éstos cambios se deben a la severidad de la fiebre y la convulsión. Durante la primera semana los trazos son anormales en un tercio de los casos, después son raros los reportes anormales, El EEG no es indicado porque es un procedimiento caro y se reporta casi siempre alteraciones en los primeros días, está indicado cuando hay sospecha de enfermedad cerebral ó se encuentran anomalías neurológicas en el estudio clínico. (11) (18).

Rayos "X" de Cráneo : En la experiencia de los Radiólogos Pediatras, las radiografías de cráneo en niños raramente proporcionan información diagnóstica.

La rutina de rayos "X" de cráneo no es necesario en pacientes bien documentados con convulsiones febriles simples. En pacientes con recurrencia con crisis no febriles, la necesidad de un examen radiológico debe ser determinada después de una historia detallada y un examen neurológico, evaluación laboratorial pertinente y EEG; con excepción de algunas circunstancias como crisis post traumáticas, Sd. Neurológico que sugieren un curso progresivo, aumento de presión intracraneal. (15)(18).

Evaluación Sanguínea : La hipoglicemia ó hipocalcemia son raros en niños con crisis convulsivas, pero debe ser hecho para descartar cualquier resultado anormal. Los niveles de sodio y BUN, están raramente indicadas y debe realizarse en niños con pérdida de fluido y deshidratación ó lo que concierne a balance hidroelectrolítico.

Estudios Varios : Los niños con crisis convulsivas febriles que provienen de clases sociales bajas tienen una incidencia alta de crisis convulsivas no febriles, sugiriendo uno de los factores etiológicos en dicha población, el citomegalovirus, conocido por su alta incidencia entre estas clases sociales, siendo candidato éste agente. (6)

"Concentración de Seroimmunoglobulinas en Convulsiones Febriles": Saeger et al, discutieron la posibilidad de la asociación entre la deficiencia de IgA y las convulsiones febriles porque, de 32 niños con crisis afebril que se ha estudiado, cinco de los quince que inicialmente presentaron convulsiones febriles presentaron valores bajos de IgA. Estos criterios de IgA bajo fueron sin embargo basados en el rango referencial de distintos laboratorios.

Un análisis de esa relación entre el Síndrome convulsivo febril y bajo IgA puede haber sido que los niños se haya tomado con valores séricos de IgA, pero otro estudio por Lewis et al, con 47 niños presentaron simila fenómeno lo cual sugiere que los valores de IgA son susceptibles a las convulsiones febriles (17).

Otro dato importante es que se ha visto crisis convulsivas asociadas a vacunas pertissis (DPT).

Debe tomarse en cuenta dos factores:

- 1.- El riesgo de la enfermedad si no reciben la vacuna
- 2.- El riesgo de la vacuna a personas receptoras.

Hay pocos datos de riesgos que proporciona la vacuna pertussis a personas con historia previa de convulsión. Las experiencias adquiridas por Livingston muestran que aproximadamente el 10.4% de niños con historia de crisis convulsivas han tenido convulsiones dentro de las 24 horas

que recibieron la vacuna pero sin daño neurológico ni desarrollaron epilepsia idiopática. (4)

"GABA" en el fluido cerebro-espinal en niños con convulsiones febriles: Previos estudios han sugerido que los niveles de fluido cerebro espinal y el GABA pueden disminuir en niños con crisis febriles. (8).

TRATAMIENTO:

Para controlar las convulsiones febriles, que ocasionalmente aparecen al comienzo de las infecciones, suelen ser suficiente la reducción de la temperatura corporal elevada (compresas mojadas, antipiréticos). Se puede dar vía intravenosa ó intramuscular una dosis de fenobarbital a cinco miligramos por kilo/peso corporal, y proseguirá con el mantenimiento a la misma dosis diaria hasta que el niño esté afebril. Si sufre una crisis convulsiva cuando lo ve el médico, ésta se podrá interrumpir mediante diazepam. EL diazepam no prevendrá las recurrencias, y se instituirá la administración del fenobarbital con éste objetivo. Como es natural debe aplicarse un tratamiento adecuado para el shock y proceso primario.

Las crisis secundarias a alteraciones electrolíticas requiere un tratamiento especial. En Lactantes pequeños, después de excluir otras causas de crisis, puede estar indicado un ensayo clínico con piridoxina.

El control rápido de las convulsiones febriles y su prevención han hecho que se eviten las secuelas neurológicas permanentes, en particular los trastornos convulsivos del lóbulo temporal. Se creía que ésta lesión estaba relacionada con traumatismos del nacimiento, pero los estudios recientes sugieren convulsiones febriles en especial prolongadas como probable causa. (1) (14).

Otras drogas se han sugerido para el tratamiento pero, como la difenilhidantoína, es inefectivo para la prevención de las convulsiones febriles. (12).

Prevención y pronóstico :

La prevención de la morbilidad y la mortalidad de las convulsiones febriles es claramente basada en el control de los ataques. (18)

En 1980, un papel de expertos convocados por el National Institute of Health llegó al consenso que, en vista de la naturaleza benigna de la mayoría de las convulsiones febriles, no es necesaria la medicación, pero puede considerarse una profilaxis anticonvulsivante :

- 1.- Si la exploración neurológica es anormal.
- 2.- Si una crisis es prolongada (+ de 15 minutos) ó focal ó se asocia a déficits neurológicos transitorios o permanentes.

3.- Si hay una historia familiar de convulsiones no febriles.

Después de una única crisis convulsiva febril puede tranquilizar a la familia ya que la posibilidad de epilepsia crónica es remota. La repetición de las convulsiones febriles aumenta la posibilidad de crisis posteriores espontáneas no febriles. Existe una posibilidad relativamente alta de epilepsia idiopática en un niño que tuvo más de cinco convulsiones febriles en un periodo de doce meses, crisis aisladas que duran más de una hora ó alteraciones electroencefalográficas persistentes. Aproximadamente un 25% de los niños epilépticos tienen una historia de crisis febril. No hay acuerdo general sobre el tratamiento del niño que ha tenido una convulsión simple y breve. Se acepta en general que los lactantes y niños con convulsiones febriles prolongadas o focales deben someterse a tratamiento profiláctico de sostén con fenobarbital. En caso de convulsiones febriles recurrentes aumenta el peligro de crisis convulsiva grave ó de convulsión afebril. Parece que los niños menores de un año y los que tienen uno o tres años de edad y antecedentes familiares positivos podrian tratarse con mucho provecho después de la primera crisis convulsiva febril, en tanto que el resto podria tratarse después de la segunda. El tratamiento debe proseguirse hasta que el niño está libre de convulsiones durante treinta meses ó hasta que haya cumplido cinco años de edad. El fenobarbital es el

fármaco de sostén de elección y debe administrarse en dosis suficientes para conservar una concentración sérica de 1.5 mg/dl. Las dosis intermitentes administradas por vía oral en caso de fiebre no logran concentraciones sanguíneas eficaces y en éste caso el médico no está dando en realidad el tratamiento al niño. La fenitoína no impide las recurrencias pero reduce su gravedad.

El lactante ó el niño pequeño que no haya tenido uno ó más crisis febriles puede ser tratado más precozmente con medidas antipiréticas (como aspirinas ó esponjas tibias) y medicamentos antiinfecciosos, de lo que en otro caso estaría indicado. Algunos médicos dan fenobarbital profilácticamente a tales niños durante los episodios febriles. Si se prescribe un tratamiento antinfeccioso o anticonvulsivo, el médico debe observar estrechamente al niño dada la posibilidad de enmascarar una infección grave como la meningitis. El valor del examen rutinario del líquido cefalorraquídeo en casos de crisis febriles es cuestionable.

El médico debe considerar la posibilidad de ésta u otras pruebas de laboratorio en el contexto individual de cada paciente. (1) (8) (14).

The National Institute of Health ha recomendado la profilaxis con fenobarbital o ácido valproico debe ser reservado para niños con alto riesgo de desarrollar epilepsia. Dando pequeñas dosis de diazepam al año sin embargo, los controles

de crisis y estabilidad emocional pueden ser obtenidos sin mucho riesgo asociado a profilaxis a largo plazo, sin observarse efectos colaterales serios de profilaxis con el uso del diazepam. (20).

La terapia diaria de fenobarbital es efectiva para prevenir crisis convulsivas recurrentes. Sin embargo los efectos adversos del fenobarbital en el comportamiento, memoria, atención; han sido reportados. (22)

VII.

RESULTADOS

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en el Hospital "Leonardo Martínez V." de San Pedro Sula, en un período de doce (12) meses comprendido desde el 1 de Junio de 1989 al 1 de Junio de 1990.

En este período se atendieron 5,317 pacientes ingresados por la emergencia Pediátrica en niños menores de seis años.

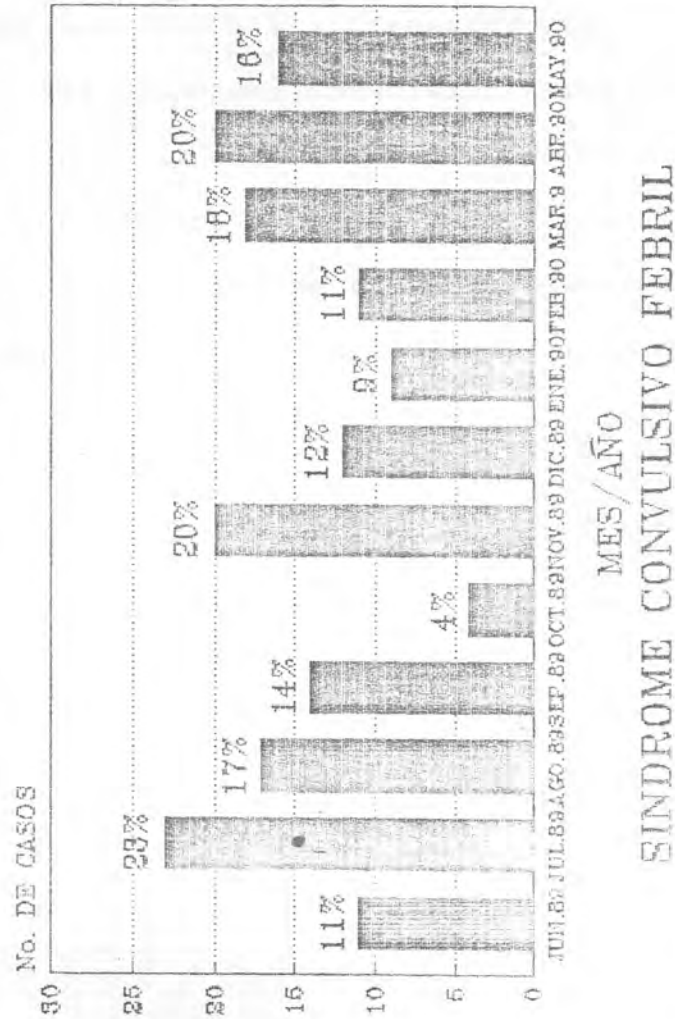
El número de casos de pacientes menores de seis años con Síndrome Convulsivo Febril fue de 175, correspondiendo este dato a una incidencia de 3.29%.

TABLA No.1

CORRELACION MENSUAL ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS INGRESADOS POR EMERGENCIA Y LOS QUE
PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL.

Mes/Año	Niños menores de seis años ingresado por emergencia	Niños menores de seis años que presentaron Sd. Conv. Febril	%
Junio 89	430	11	6.29 %
Julio 89	456	23	13.14 %
Agosto 89	377	17	9.71 %
Septiembre 89	543	14	8.00 %
Octubre 89	444	4	2.29 %
Noviembre 89	411	20	11.43 %
Diciembre 89	441	12	6.86 %
Enero 90	493	9	5.14%
Febrero 90	395	11	6.29 %
Marzo 90	474	18	10.29 %
Abril 90	414	20	11.43 %
Mayo 90	439	16	9.14 %
TOTAL	5,317	175	100.00 %

CORRELACION MENSUAL ENTRE LOS NIÑOS
MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON



GRAFICA No. 1

En el cuadro anterior (No.1), podemos observar que hubo un ingreso por emergencia de niños menores de seis años entre el periodo desde el primero de Junio de 1989 al 1 de junio de 1990 de 5,317 pacientes. De éste total, 175 presentaron Síndrome Convulsivo Febril, correspondiente a un 3.29 %. La incidencia del Síndrome Convulsivo Febril predominó en los siguientes por su orden: Julio, Noviembre, Abril y Marzo, lo cual corresponde a un 46.2% del total de los casos registrados; y la menor incidencia se presentó en el mes de Octubre, correspondiendo a un 2.2%. (ver gráfica No. 1)

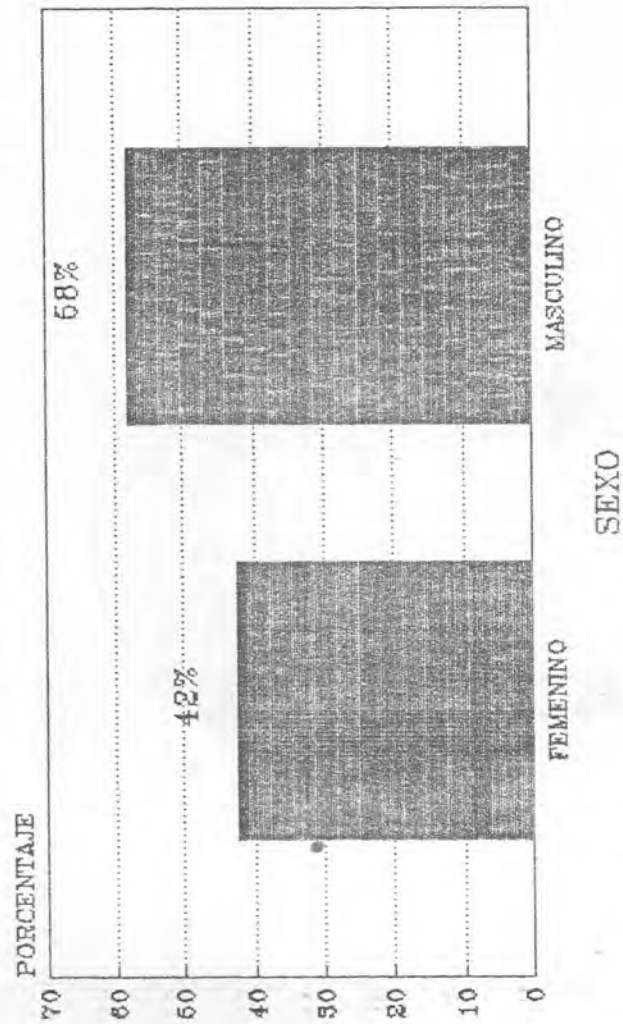
TABLA No. 2

COMPARACION POR SEXO EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS CON SD. CONV. FEBRIL

MES/AÑO	FEMENINO	SEXO %	MASCULINO	%	TOTAL	%
Junio 1989	4	2.28	7	4.00	11	6.28
Julio 1989	7	4.00	16	9.14	23	13.14
Agosto 1989	6	3.42	11	6.28	17	9.7
Septiembre 1989	6	3.42	8	4.57	14	7.99
Octubre 1989	4	2.28	0	0.00	4	2.28
Noviembre 1989	11	6.28	9	5.14	20	11.42
Diciembre 1989	5	2.85	7	4.00	12	6.85
Enero 1990	3	1.71	6	3.42	9	5.13
Febrero 1990	5	2.85	6	3.42	11	6.27
Marzo 1990	10	5.71	8	4.57	18	10.28
Abril 1990	5	2.85	15	8.57	20	11.42
Mayo	7	4.00	9	5.14	16	9.14
TOTAL	73	41.65	102	58.25	175	100.00

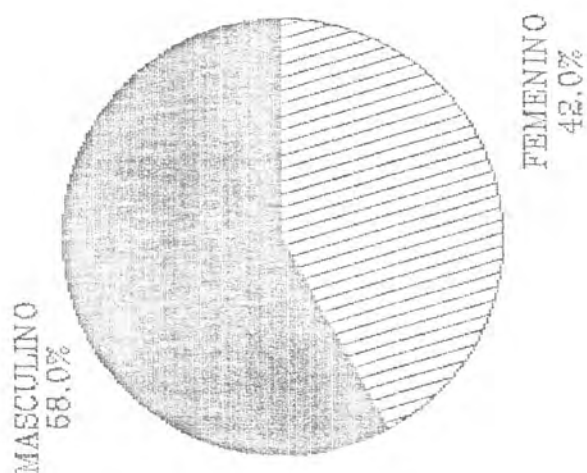
En el presente cuadro, de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, predominó el sexo masculino (58%) con respecto al sexo femenino (42%). (ver gráfica No.2 y 3).

COMPARACION DE SEXO EN NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS CON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL



GRAFICA No. 2

COMPARACION POR SEXO EN NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS CON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL



GRAFICA No. 3

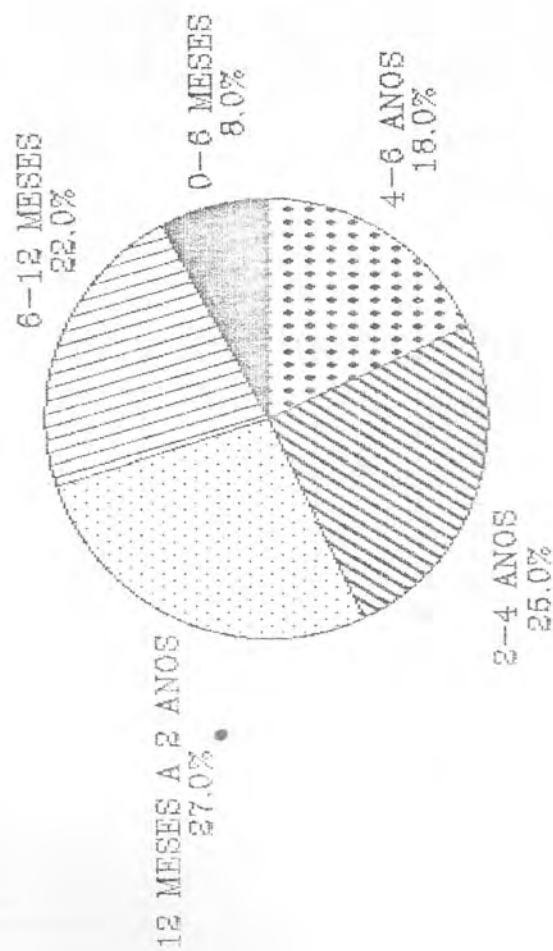
TABLA N.3
 EDAD PREDOMINANTE DE NIÑOS QUE PRESENTARON
 SÍNDROME CONVULSIVO FEBRIL

GRUPO DE EDAD	TOTAL	%
0 - 6 meses	14	8 %
6 meses 1 día 12 meses	39	22 %
12 meses 1 día - 2 años	48	27 %
2 años 1 día - 4 años	43	25 %
4 años 1 día - 6 años	31	18 %
TOTAL	175	100 %

En la presenta tabla de 175 pacientes que presentaron Síndrome Convulsivo Febril, el mayor porcentaje de los casos (27%) se reportó dentro del grupo que corresponde de 12 meses 1 día a 2 años; y el menor porcentaje (8%) corresponde al grupo entre 0 a 6 meses.

(Ver Gráfica No. 4).

EDADES PREDOMINANTES EN NIÑOS QUE
PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL



GRAFICA No. 4

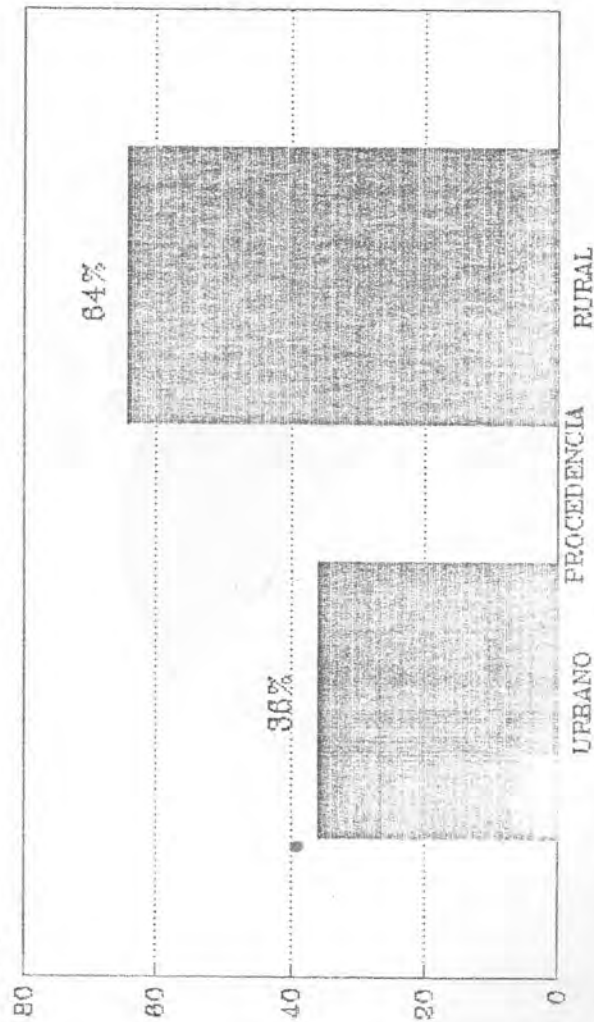
TABLA No. 4

COMPARACION MENSUAL DE LA PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SD. CONVULSIVO FEBRIL.

MES/AÑO	URBANO	PROCEDENCIA %	RURAL	%	TOTAL	%
Junio 1989	4	2.28	7	4.00	11	6.28
Julio 1989	11	6.28	12	6.85	23	13.13
Agosto 1989	9	5.14	8	4.57	17	9.71
Septiembre 1989	1	0.57	13	7.42	14	7.99
Octubre 1989	0	0.00	4	2.28	4	2.28
Noviembre 1989	6	3.42	14	8.00	20	11.42
Diciembre 1989	3	1.71	9	5.14	12	6.85
Enero 1990	3	1.71	6	3.42	9	5.13
Febrero 1990	4	2.28	7	4.00	11	6.28
Marzo 1990	7	4.00	11	6.28	18	10.28
Abril 1990	7	4.00	13	7.42	20	11.42
Mayo 1990	9	5.14	7	4.00	16	9.14
TOTAL	64	36.12	111	63.88	175	100.00

En el presente cuadro (No.4) , de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, predomina la procedencia rural (63.8%) con respecto a la procedencia Urbana (36.2%). (Ver gráfica No. 5 y 6)

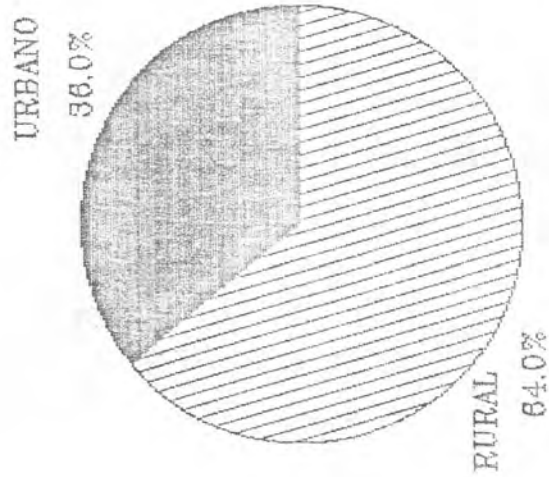
COMPARACION POR PROCEDENCIA DE LOS
NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE
PORCENTAJE



PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

GRAFICA No. 5

COMPARACION POR PROCEDENCIA DE LOS
NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE



PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

GRAFICA No. 6

TABLA No.5

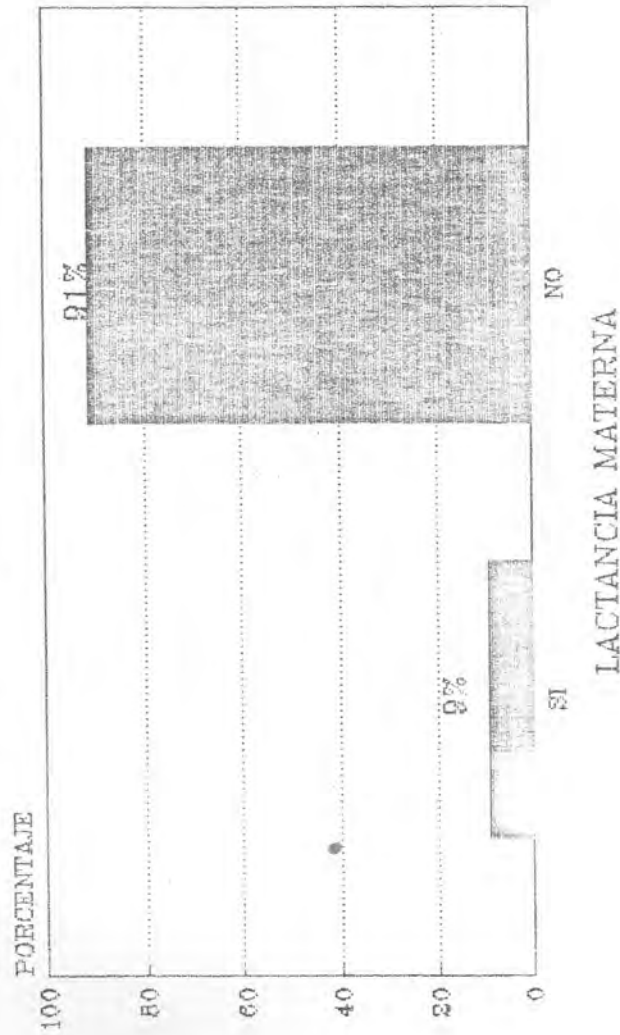
COMPARACION MENSUAL DE MADRES QUE PROPORCIONARON LACTANCIA MATERNA A NIÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL.

MES/AÑO	LACTANCIA MATERNA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Junio 1989	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Julio 1989	0	0.00	23	13.14	23	13.14
Agosto 1989	2	1.14	15	8.57	17	9.71
Septiembre 1989	5	2.86	9	5.14	14	8.00
Octubre 1989	1	0.57	3	1.71	4	2.28
Noviembre 1989	0	0.00	20	11.43	20	11.43
Diciembre 1989	0	0.00	12	6.86	12	6.86
Enero 1990	1	0.57	8	4.57	9	5.14
Febrero 1990	1	0.57	10	5.71	11	6.28
Marzo 1990	2	1.14	16	9.14	18	10.28
Abril 1990	1	0.57	19	10.86	20	11.43
Mayo 1990	2	1.14	14	8.00	16	9.14
TOTAL	15	8.56	160	91.14	175	100.00

En el presente cuadro de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, se consignó que el 91%, No recibió Lactancia Materna con respecto a un 9% que lo recibió. (Ver gráfica No. 7 y 8)

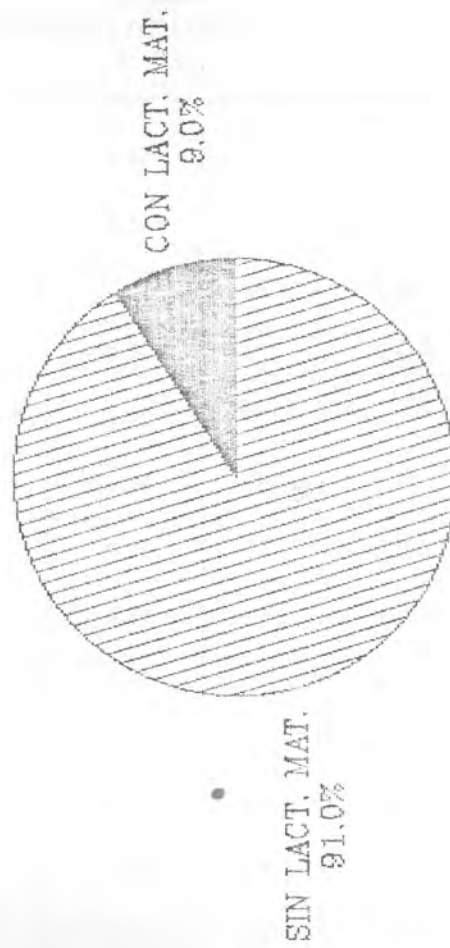
Aclaración : El alto porcentaje de pacientes que no recibieron Lactancia Materna es así, porque los expedientes de ingreso investigados, éste dato no fué consignado.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE
 SEIS AÑOS QUE PRESENTARON S. C. F.



GRAFICA No. 7

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE PRESENTARON S.C.F.



GRAFICA No. 8

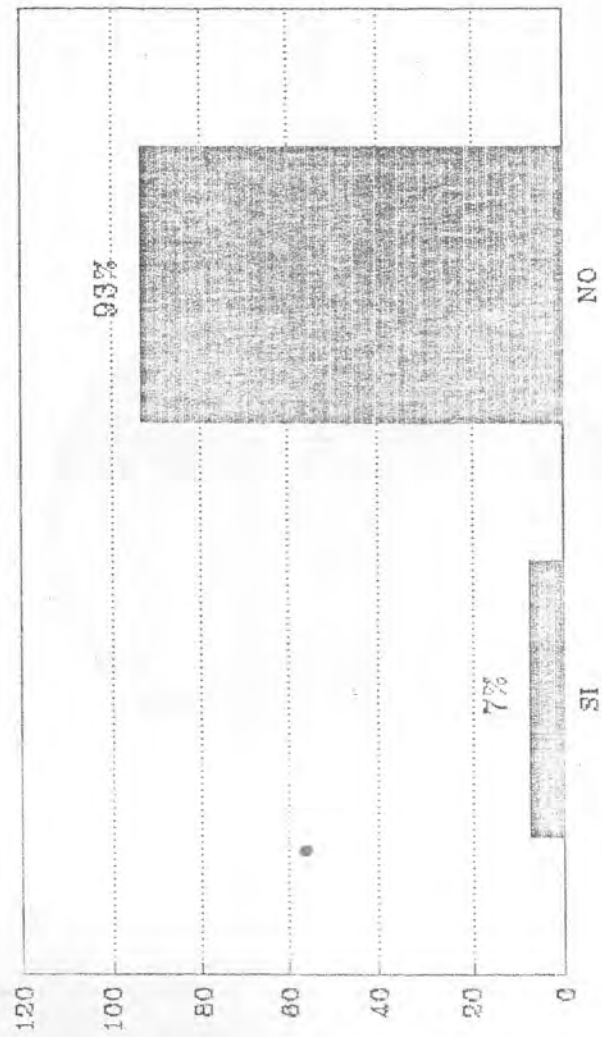
TABLA No. 6.

COMPARACION MENSUAL DE NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL.

MES/AÑO	ANTECEDENTES FAMILIARES				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Junio 1989	1	0.57	10	5.71	11	6.28
Julio 1989	1	0.57	22	12.57	23	13.14
Agosto 1989	1	0.57	16	9.16	17	9.73
Septiembre 1989	1	0.57	13	7.43	14	8.00
Octubre 1989	0	0.00	4	2.20	4	2.20
Noviembre 1989	0	0.00	20	11.43	20	11.43
Diciembre 1989	0	0.00	12	6.86	12	6.86
Enero 1990	0	0.00	9	5.14	9	5.14
Febrero 1990	3	1.71	8	4.57	11	6.28
Marzo 1990	1	0.57	17	9.71	18	10.28
Abril 1990	1	0.57	19	10.86	20	11.43
Mayo 1990	4	2.28	12	6.86	16	9.14
TOTAL	13	7.41	162	92.58	175	100.00

En el presente cuadro de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, No hubo antecedentes familiares en un 93% con respecto a un 7% que SI presentaron Antecedentes Familiares. (ver gráfica No. 9 y 10)

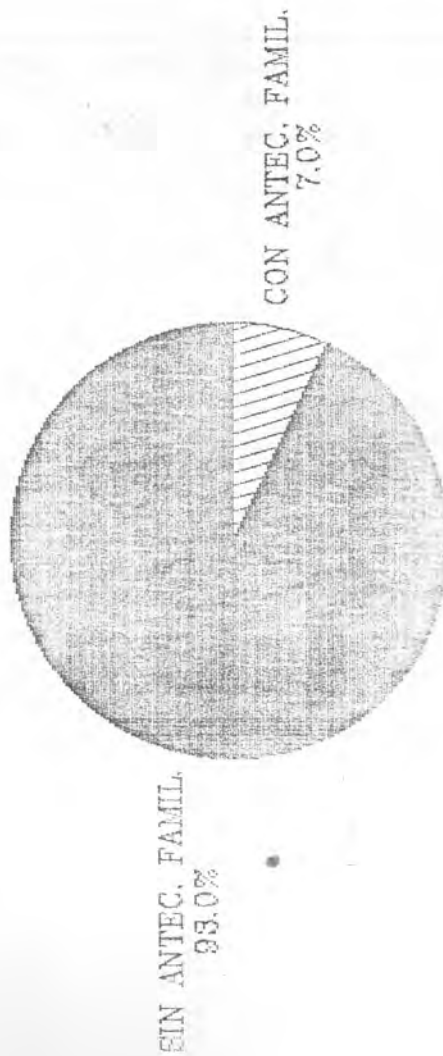
COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES QUE



PRESENTARON SIND. CONV. FEB.

GRAFICA No. 9

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES QUE



PRESENTARON SIND. CONV. FEB.

GRAFICA No. 10

TABLA No. 7

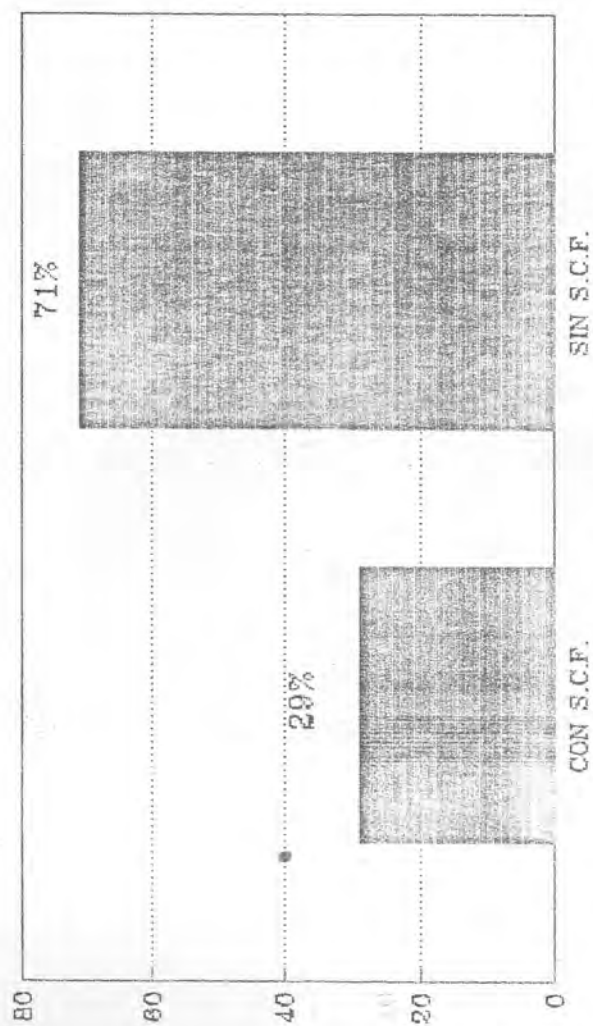
COMPARACION MENSUAL DE NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL A SU INGRESO.

MES/AÑO	CONVULSION FEBRIL PREVIA				TOTAL	%
	SI	%	NO	%		
Junio 1989	4	2.28	7	4.00	11	6.28
Julio 1989	4	2.28	19	10.86	23	13.14
Agosto 1989	8	4.57	9	5.14	17	14.28
Septiembre 1989	8	8.00	14	8.00	14	8.00
Octubre 1989	2	1.14	2	1.14	4	2.28
Noviembre 1989	7	4.00	13	7.43	20	11.43
Diciembre 1989	5	2.85	7	4.00	12	6.85
Enero 1990	2	1.14	7	4.00	9	5.14
Febrero 1990	2	1.14	9	5.14	11	6.28
Marzo 1990	5	2.82	13	7.43	18	10.28
Abril 1990	6	3.42	14	8.00	20	11.42
Mayo 1990	5	2.85	11	6.28	16	9.13
TOTAL	50	28.52	125	71.42	175	100.00

En el presente cuadro (No. 7), de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, el 71% NO presentó convulsiones febriles previo a su ingreso con respecto a un 29% que SI lo presentaron.

(ver gráficas No. 11 y 12)

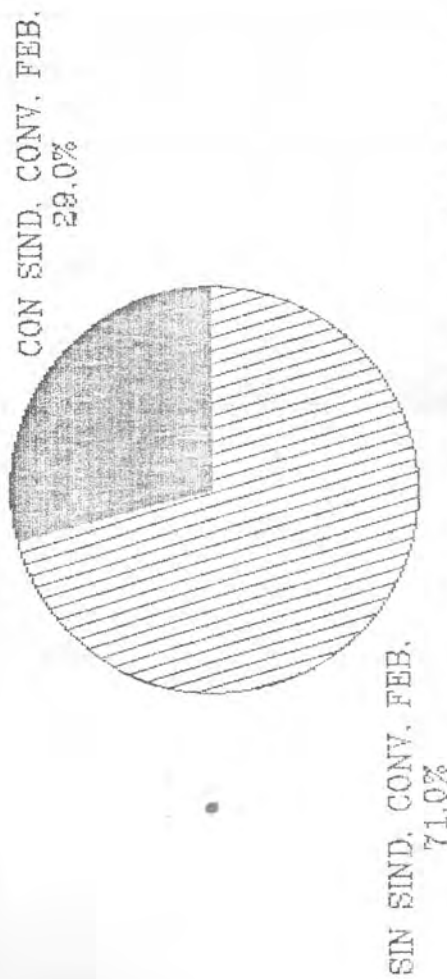
COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE PRESENTARON



SIND. CONV. FEB. PREVIO A SU INGRESO

GRAFICA No. 11

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE PRESENTARON



SIND. CONV. FEB. PREVIO A SU INGRESO

GRAFICA No. 12

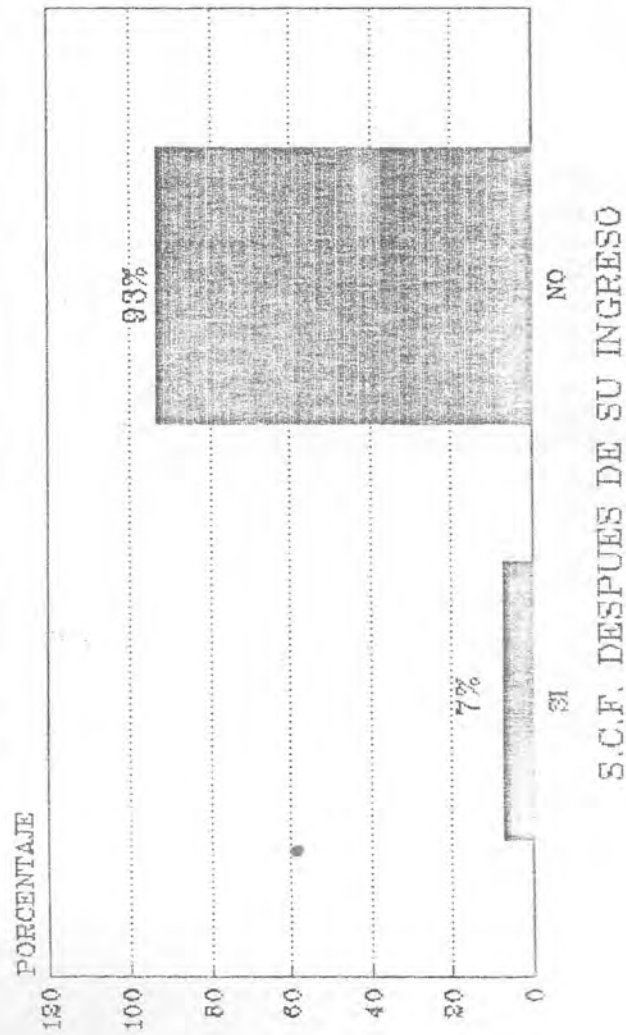
TABLA No. 8

COMPARACION MENSUAL DE NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL DESPUES DE SU INGRESO.

MES/AÑO	CONVULSION FEBRIL DESPUES DE SU INGRESO				Total	%
	SI	%	no	%		
Junio 1989	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Julio 1989	0	0.00	23	13.14	23	13.14
Agosto 1989	3	1.71	14	8.00	17	9.71
Septiembre 1989	0	0.00	14	8.00	14	8.00
Octubre 1989	1	0.57	3	1.71	4	2.28
Noviembre 1989	0	0.00	20	11.43	20	11.43
Diciembre 1989	2	1.14	10	5.71	12	6.85
Enero 1990	0	0.00	9	5.14	9	5.14
Febrero 1990	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Marzo 1990	3	1.71	15	8.57	18	10.28
Abril 1990	2	1.14	18	10.28	20	11.42
Mayo 1990	1	0.57	15	8.57	16	9.14
TOTAL	12	6.84	163	93.11	175	100.00

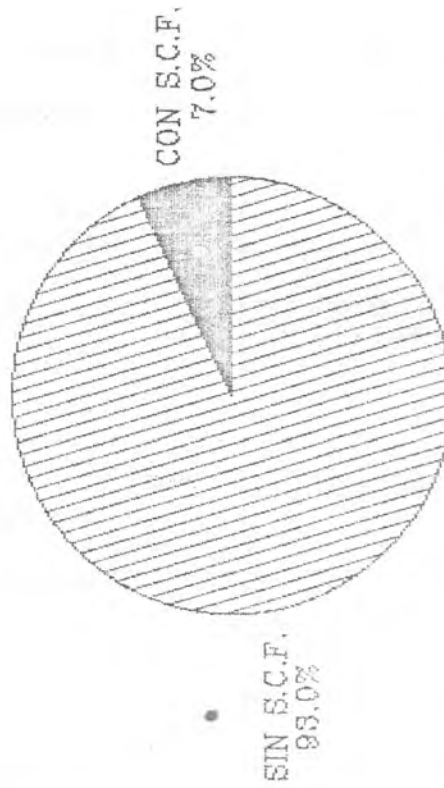
En el presente cuadro (No.8), de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril el 93% NO presentaron convulsiones Febriles después de su ingreso a un 7% que SI lo presentaron. (Ver gráfica No. 13 y 14)

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS QUE PRESENTARON SIND. CONV. FEB.



GRAFICA No. 13

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE PRESENTARON



S.C.F. DESPUES DE SU INGRESO

GRAFICA No. 14

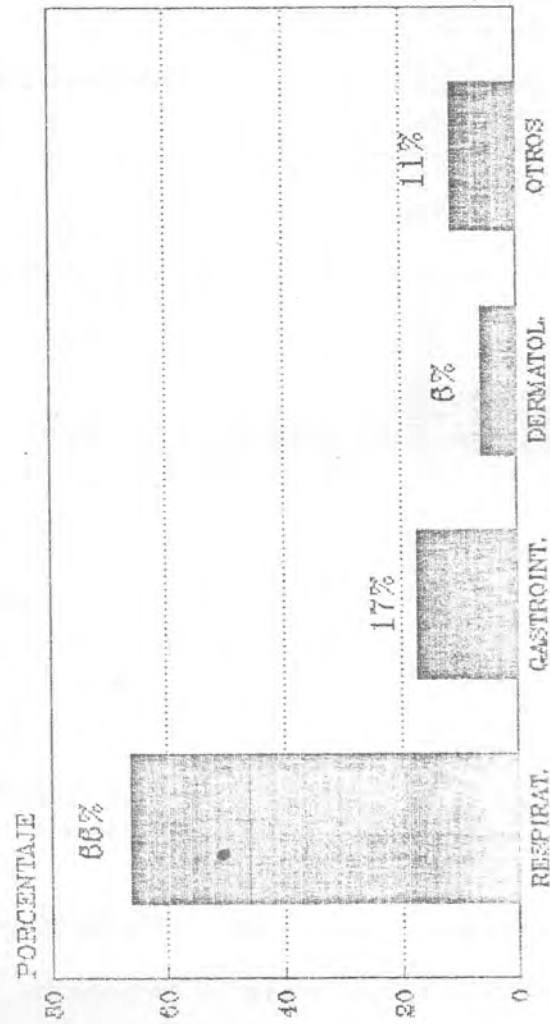
TABLA No. 9
CAUSAS ORIGINARIAS PREDOMINANTES EN
NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON
SÍNDROME CONVULSIVO FEBRIL

CAUSAS ORIGINARIAS	TOTAL	%
Respiratorias	114	65.89 %
Gastrointestinales	30	17.34
Dermatológicas	11	6.35
- Hidrocefalia		
- Anoxia perinatal		
- Otras	18	10.40
- Meningitis		
- Vacunación		
- Etc.		
TOTAL		100.00 %

En la presente tabla, podemos observar entre las causas originarias de fiebre que predominaron en los niños que presentaron Síndrome Convulsivo Febril fueron de origen respiratorio seguido de patologías gastrointestinales.

(Ver gráfica No. 15)

CAUSAS ORIGINARIAS PREDOMINANTES
NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE



CAUSAS ORIGINALES

PRESENTARON SIND. CONV. FEB.

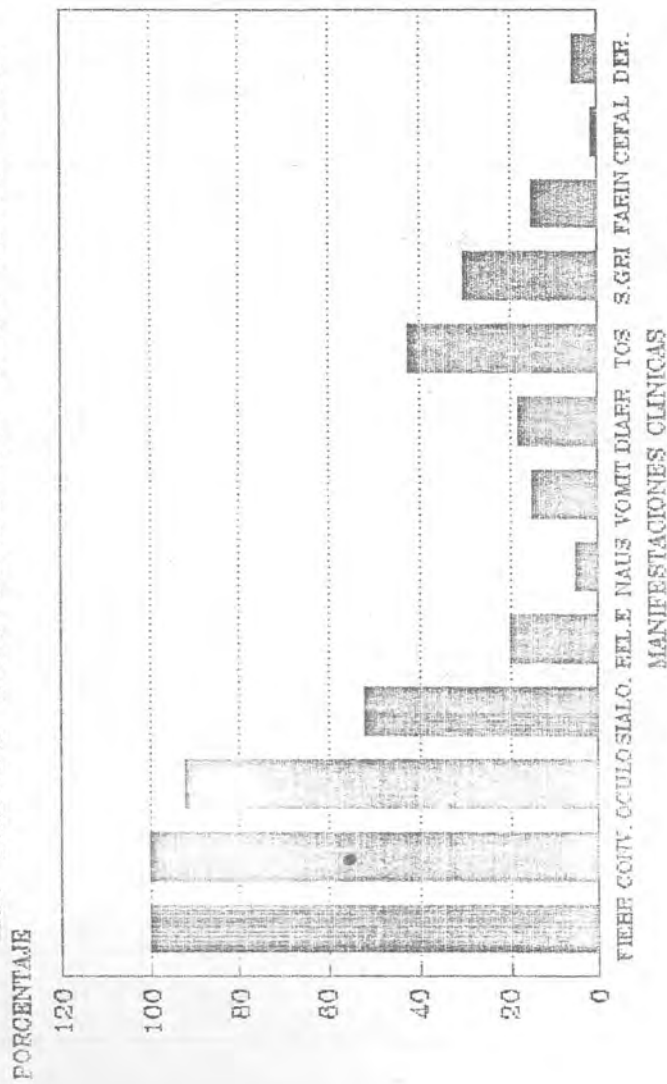
GRAFICA No. 15

TABLA No. 10
MANIFESTACIONES CLINICAS PREDOMINANTES EN NIÑOS
MENORES DE SEIS AÑOS CON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

MANIFESTACIONES CLINICAS	TOTAL	%
Fiebre	175	100 %
Convulsión Tónico-clónica	175	100 %
Oculogiros	161	92 %
Sialorrea	91	52 %
Relajación de esfínteres	35	20 %
Náuseas	9	5 %
Vómitos	26	15 %
Diarrea	31	18 %
Tos	73	42 %
Síndrome Gripal	53	30 %
Faringitis	27	15 %
Cefalea	3	1.7 %
Afecciones Dermatológicas	11	6 %

Como puede observarse en el presente cuadro, las manifestaciones clínicas predominantes fueron: fiebre, convulsiones tónico-clónicas, oculogiros, sialoreas y otras manifestaciones concomitantes con sus respectivos porcentajes. (Véase gráfica No. 16)

MANIFESTACION CLINICAS PREDOMINANTES
EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS CON



GRAFICA No. 16

TABLA NO. 11

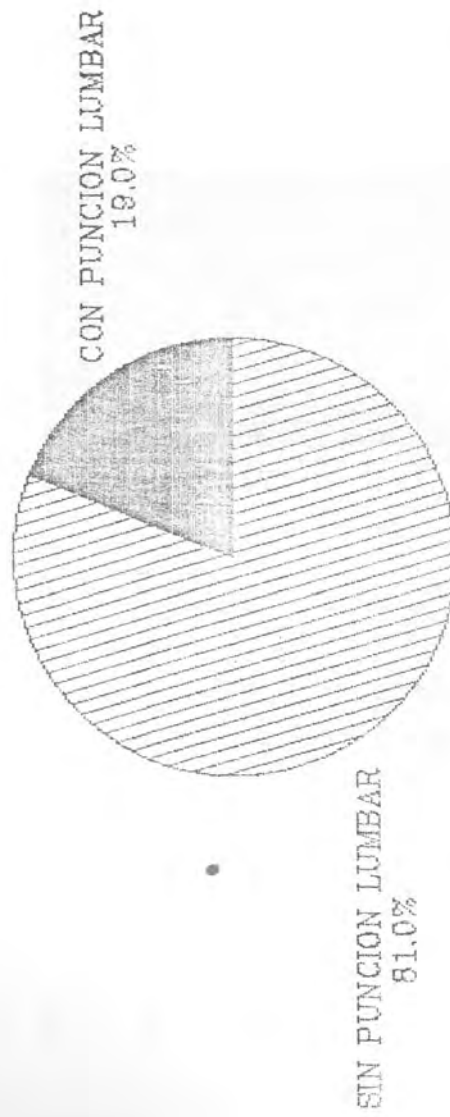
COMPARACION MENSUAL DE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL
REALIZANDOLES FUNCION LUMBAR.

MES/AÑO	FUNCION LUMBAR				Total	%
	SI	%	NO	%		
Junio 1989	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Julio 1989	2	1.14	21	12.00	23	13.14
Agosto 1989	3	1.71	14	8.00	17	9.71
Septiembre 1989	0	0.00	14	8.00	14	8.00
Octubre 1989	1	0.57	3	1.71	4	2.28
Noviembre 1989	9	5.14	11	6.28	20	11.42
Diciembre 1989	3	1.71	9	5.14	12	6.86
Enero 1990	1	0.57	8	4.57	9	5.14
Febrero 1990	3	1.71	8	4.57	11	7.28
Marzo 1990	4	2.28	14	8.00	18	10.28
Abril 1990	5	2.85	15	8.57	20	11.42
Mayo 1990	2	1.14	14	8.00	16	9.14
TOTAL	33	18.82	142	81.12	175	100.00

En el presente cuadro, de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, el 81% NO se les realizó función lumbar con respecto a un 19% que SI se les practicó.

Dicha prueba diagnóstica se practicó más en el mes de Noviembre. (Ver gráfica No. 17 y 18)

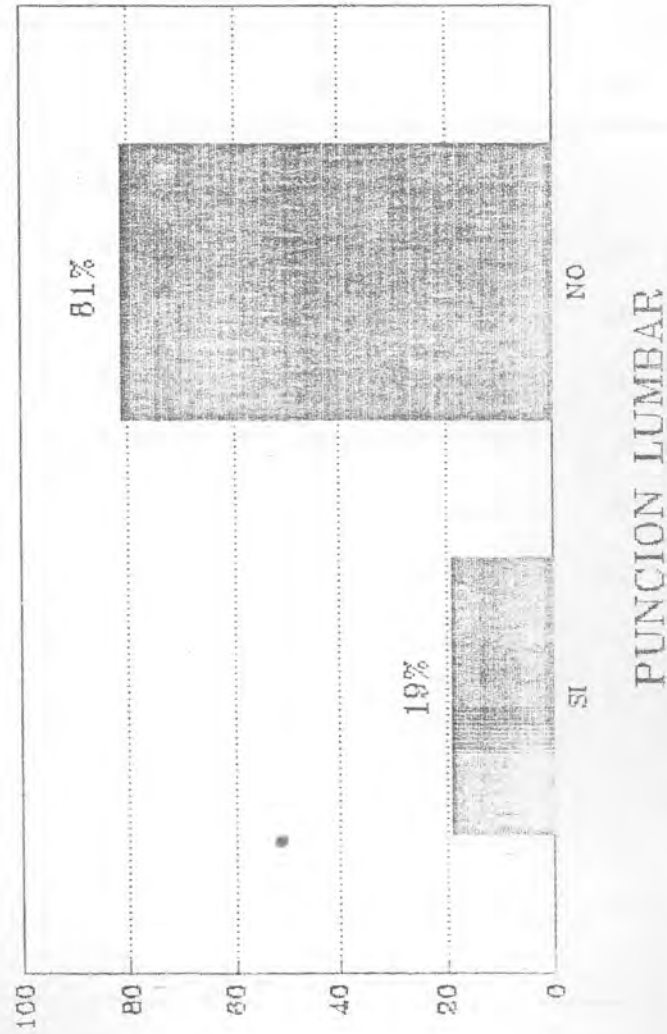
COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS A LOS QUE SE LES REALIZO



PUNCION LUMBAR

GRAFICA No. 17

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE SEIS
AÑOS A LOS QUE SE LES REALIZO



GRAFICA No. 18

TABLA No. 12

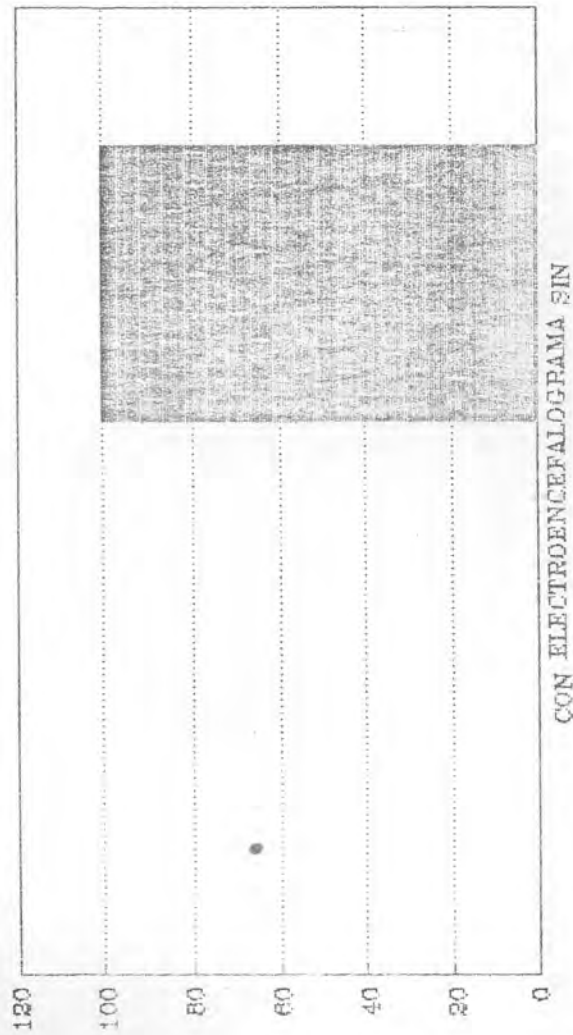
COMPARACION MENSUAL A LOS NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL A LOS QUE SE LES REALIZARON ELECTROENCEFALOGAMA.

MES/AÑO	SI	E. E. G. %	NO	%	TOTAL	%
Junio 1989	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Julio 1989	0	0.00	23	13.14	23	13.14
Agosto 1989	0	0.00	17	9.7	17	9.7
Septiembre 1989	0	0.00	14	8.00	14	8.00
Octubre 1989	0	0.00	4	2.28	4	2.28
Noviembre 1989	0	0.00	20	11.42	20	11.42
Diciembre 1989	0	0.00	12	6.85	12	6.85
Enero 1990	0	0.00	9	5.14	9	5.14
Febrero 1990	0	0.00	11	6.28	11	6.28
Marzo 1990	0	0.00	18	10.28	18	10.28
Abril 1990	0	0.00	20	11.42	20	11.42
Mayo 1990	0	0.00	16	9.14	16	9.14
TOTAL	0	0.00	175	100.00	175	100.00

En el presente cuadro de 175 pacientes con Síndrome Convulsivo Febril, No se realizó E.E.G. en el 100% de los Casos. (Ver gráficas No. 19 y 20)

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE SE LES REALIZO

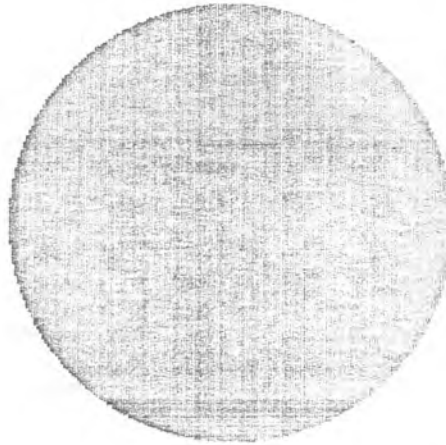
PORCENTAJE



ELECTROENCEFALOGRAMA CON SIND CONV FEB

GRAFICA No. 19

COMPARACION DE NIÑOS MENORES DE
SEIS AÑOS QUE NO SE LES REALIZO



•
100.0%
E.E.G.

ELECTROENCEFALOGRAMA CON SIND CONV FEB

GRAFICA No. 20

TABLA No. 13

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS MENORES DE SEIS AÑOS
QUE PRESENTARON SÍNDROME CONVULSIVO FEBRIL

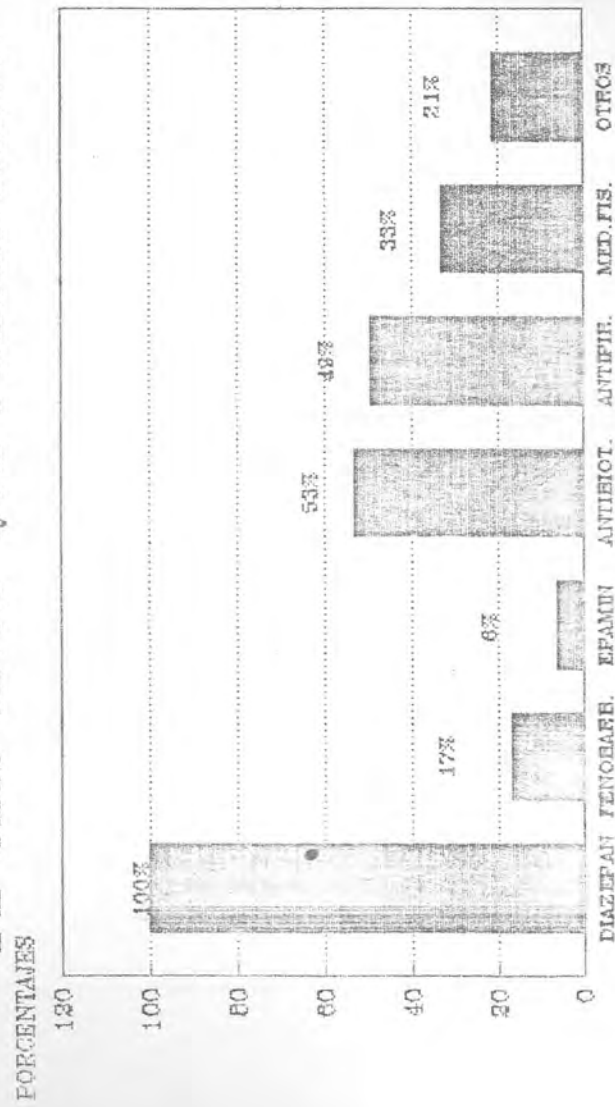
MEDICAMENTO	TOTAL	%
Diazepam	175	100 %
Fenobarbital	29	17 %
Epamin	11	6 %
Antibióticos	92	53 %
Antipiréticos	86	49 %
Medios Físicos	57	33 %
- Sueros		
- Litrosol		
Otros	36	21 %
- Esteroides		
- Broncodilatadores		
- Antiparasitarios		
- Etc.		

Como puede observarse en la presente tabla, el diazepam fue utilizado en el 100% de los casos que presentaron Síndrome Convulsivo Febril seguido de antibioticoterapia, Antipiréticos y Medios Físicos incluyéndose otras medidas de estabilización.

Fenobarbital y Epamin fueron utilizados como terapia anticonvulsivante en menor porcentaje.

(Ver gráfica No. 21)

MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN NIÑOS DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON



SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

GRAFICA No. 21

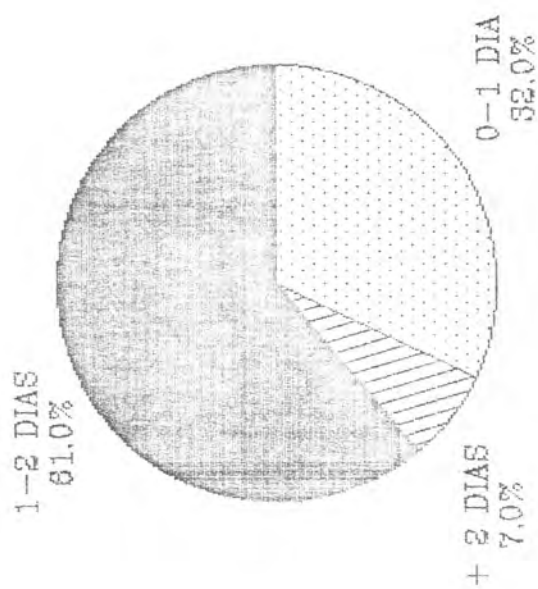
TABLA No. 14
 ESTANCIA DE HOSPITALIZACION DE NIÑOS QUE
 PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

DIAS DE HOSPITALIZACION	TOTAL	%
0 - 1 día	56	32.00 %
1 - 2 días	107	61.14 %
+ 2 días	12	6.85 %
TOTAL	175	100.00 %

Como puede observarse en éste cuadro, el tiempo de Hospitalización corresponde en mayor porcentaje de 1 a 2 días (61%).

(Ver gráfica No. 22)

ESTANCIA DE HOSPITALIZACION DE NIÑOS QUE
PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL



GRAFICA No. 22

TABLA No. 15

CORRELACION MENSUAL DE MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES
DE SEIS AÑOS QUE PRESENTARON SINDROME CONVULSIVO FEBRIL

MES/AÑO	MORTALIDAD	TOTAL	%
Junio '89	0	0	00.00 %
Julio '89	0	0	00.00 %
Agosto '89	0	0	00.00 %
Septiembre '89	0	0	00.00 %
Octubre '89	0	0	00.00 %
Noviembre '89	0	0	00.00 %
Diciembre '89	0	0	00.00 %
Enero '90	0	0	00.00 %
Febrero '90	0	0	00.00 %
Marzo '90	0	0	00.00 %
Abril '90	0	0	00.00 %
Mayo '90	0	0	00.00 %
TOTAL	0	0	00.00 %

En la presente tabla podemos observar que la mortalidad por Síndrome Convulsivo Febril es de Cero.

VIII.

DISCUSSION

DISCUSION

En el presente trabajo de investigación realizado en el Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula en un período comprendido de 12 meses, se cumplieron los objetivos generales y específicos trazados, además se corroboraron en su totalidad las hipótesis planteadas.

Encontramos una incidencia por Síndrome Convulsivo Febril de 3.29% en relación total de la población pediátricas menor de seis años, cuyo dato nos refleja un acercamiento a la incidencia reportada en la literatura.

Los meses de julio, noviembre, marzo y abril fueron los que se presentaron la mayoría de los casos de Síndrome Convulsivo Febril, correspondiendo cerca del 50% del total de los casos.

En el estudio se consignó que aproximadamente dos tercios del total de los casos de pacientes con Síndrome Convulsivo Febril son de procedencia Rural.

El sexo más afectado es el masculino, en cuanto a la edad, la más afectado dentro del estudio es de 12 meses 1 día a 2 años.

Entre las manifestaciones clínicas predominantes fueron: fiebre, convulsiones tónico-clónicas, oculogiros y sialorrea, datos que concuerdan con un cuadro convulsivo de origen febril descrito en la literatura. Encontramos además un dato

muy importante acerca de la Lactancia Materna, y éste es la falta de consignación del dato en el expediente de ingreso; más del 90% de los casos del Síndrome Convulsivo Febril no se reporta dicho dato. Nosotros lo incluimos en el protocolo ya que la falta de Lactancia Materna pudiera contribuir en el aumento de las enfermedades gastrointestinales incrementando así la incidencia del Síndrome Convulsivo de etiología febril. En otras palabras, no podemos confiar en el dato de la lactancia materna ya que éste no está consignada en la mayoría de los ingresos.

En la investigación encontramos que el 93% de los casos no hubo antecedentes familiares positivos, dato en el cual es contrario a nuestra hipótesis y a la literatura, en cuanto requiere que es común los antecedentes familiares y los estudios genéticos sugieren herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta.

Con respecto a los pacientes que presentaron Síndrome Convulsivo Febril previo a su ingreso, se observa que un 71% no han padecido el cuadro.

Así como los que ingresaron a la Sala de Observación, en el cual un 93% no volvieron a presentar convulsiones.

La estancia intrahospitalaria es de 1 - 2 días, correspondiendo a un 61%; la mayoría de los pacientes con Síndrome Convulsivo Febril no amerita hospitalización

prolongadas, inclusive, la mayoría de ellas se manejan ambulatoriamente y con Control en la Consulta Externa.

Se pudo constatar que el estudio como ayuda diagnóstica con punción lumbar es escasamente realizada, siendo el mes de noviembre donde se utilizó más dicho recurso. Ningún paciente ingresado con diagnóstico por Síndrome Convulsivo Febril en el período que comprende la investigación se le realizó Electroencefalograma.

El orden que planteamos en el esquema del Tratamiento hipótesis, se reportó después del estudio realizado que tuvo una ligera modificación ya que en todos los pacientes ingresados se tuvo como orden de importancia el uso de diazepam para controlar las convulsiones, seguido del uso de antibióticos, antipiréticos, medios físicos y otras medidas de estabilización. Se prescribió fenobarbital y epamin a un escaso porcentaje de pacientes con Síndrome Convulsivo Febril para evitar la recurrencia.

La mortalidad por Síndrome Convulsivo en el estudio investigativo realizado es de cero, dato similar reportado en la teoría.

IX. CONCLUSION

CONCLUSIONES

En el presente estudio por Síndrome Convulsivo Febril, en niños menores de seis años, ingresado por Emergencia Pediátrica dentro del período comprendido desde el 1 de Junio de 1989 al 1 de Junio de 1990, se obtuvieron las conclusiones siguientes:

- 1.- La incidencia del Síndrome Convulsivo Febril en el Hospital "Leonardo Martinez" de la ciudad de San Pedro Sula, es de 3.29 %.
- 2.- El sexo masculino es el más frecuentemente afectado.
- 3.- La edad Lactante es la más frecuentemente afectada.
- 4.- La procedencia predominante es: Rural.
- 5.- Un bajo porcentaje (7%) tienen antecedentes familiares positivos por convulsión.
- 6.- Un alto porcentaje (71%) de pacientes no presentaron convulsiones febriles después de su ingreso.
- 7.- La causa más común de fiebre en el Síndrome Convulsivo son las infecciones respiratorias.
- 8.- Entre las manifestaciones clínicas que predominaron fueron: fiebre, convulsión tónico-clónica, oculogiros y sialorrea en los pacientes con Síndrome convulsivo febril.

- 9.- La punción lumbar es el procedimiento de ayuda diagnóstica más utilizada. En nuestro estudio encontramos que solamente el 19% se les practicó dicha prueba.
- 10.- No se realizó el estudio por Electroencefalografía a ningún paciente por estar el aparato en mal estado.
- 11.- El esquema terapéutico más utilizado en orden de frecuencia es: Diazepam, antibióticos, antipiréticos, medios físicos, medidas de estabilización, fenobarbital y epamin.
- 12.- La permanencia intrahospitalaria es corta (1-2 días)
- 13.- La Mortalidad por Síndrome Convulsivo Febril es de Cero.

XI.

RESUMEN

RESUMEN

EL estudio investigativo por Síndrome Convulsivo Febril en niños menores de seis años en el Hospital "Leonardo Martínez V." de San Pedro Sula fué de tipo Prospectivo y Analítico, llevándose a cabo en el período comprendido desde el 1 de Junio de 1989 al 1 de Junio de 1990.

Durante éste período el número de pacientes ingresado por la Emergencia Pediátrica fue de 5,317; de los cuales 175 fue la muestra a estudiar por Síndrome Convulsivo de etiología Febril. A todos ellos se les practicó un protocolo de recolección de la información pertinente que incluyen datos generales, clínicos laboratoriales y terapéuticos.

Concluido el período de estudio se precedió a vaciar la información en una matriz de datos y luego, según los objetivos, hipótesis planteadas y variables a cruzar, se realizaron cuadros que nos arrojaron la información que buscábamos en base a los cuales hicimos la interpretación y efectuamos el análisis sistemático y objetivo de los hallazgos más relevantes en nuestro estudio y posteriormente las conclusiones que confirmaron parcial ó totalmente las hipótesis formuladas.

En éste estudio colaboraron el Departamento de Pediatría del Hospital "Leonardo Martínez" de San Pedro Sula a través de nuestros asesores el Dr. Gustavo A. Zuniga y el Dr. Max

Carranza, Médicos Internos de la pasantía de Pediatría, el Personal Laboratorial y Estadística.

XII.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1.- Bresnan, Michael

Transtornos Convulsivos

Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico

Manual Moderno.

Quinta Edición. Mexico D.F. 1983

Pág : 969-977

2.- Goldering, John M.

Lumbar puncture in children who have had fever and a convulsion.

The Lancet, July 12, 1980

Pag : 83

3.- González, Oscar

Depto. de Pediatría del I.H.S.S.

Publicación del I.H.S.S.

Primera Edición 1985.

Pág : 613-618

Harrison, Steller, Et. Al.

History of convulsion and use of Pertussis Vaccine

The Journal of Pediatrics. August 1985.

5.- Harrison, T.R.

Principios de Medicina Interna

Edit, Mc. Graw Hill, 1983

Pág : 111-113.



6.- Iannetti, P. Et. Al.

Nonfebrile Seizures after febril convulsion possible
role of chronic cytomegalovirus infection.

The Journal of Pediatrics, July 1982

Pag : 27-31

7.- Issacs, D. Et. Al.

Serum Immunoglobulin concentration in febrile
convulsion.

8.- Kningth, Mathew

Gamma aminobutyric acid in CSF of Children with febrile
seizures.

Arch. Neurologic. Vol 42, may 1985

Pag : 474-475

9.- Lennox Margaret

Febril convulsions

Institute of Neurophysiology, University of Copenhagen.

Pag : 243-259

10.- Lombert, J.

Lumbar puncture in children of convulsion associated
with fever.

The Lancet.

April 12, 1980.

11.- Maerk, Sheldon

Laboratory evaluation of the child with a febrile

convulsion.

Pediatrics ; Vol. 62 No. 6

Dic. 1978

Pág : 1074-1076

12.- Mekes, J.

Febrile Convulsions

Text book of child neurology.

Philadelphia 1980. Pág : 582-586

13.- Nelson, Waldo

Trastornos Convulsivos.

Tratado de Pediatría. Novena edición

Edti. Interamericana

Pág : 1588-1601.

14.- Nelson, Karin

Predictors of epilepsy in children who have experienced febrile seizures.

Journal of Medicine. Nov. 4 1976.

Pág : 1029-1033

15.- Pellman, Alvin. Et. Al.

Skull roentgenography of Infant and Children with Convulsion Disorders.

Pediatrics, Vol. 62. Nov. 5 1978

16.- Packer, Roger

Urgencias Neurológicas

Urgencias Médicas 1985

Pag : 347-353

17.- Roberts, Kenneth

Convulsiones. Manual de problemas Clínicos de Pediatría,
Edit. Interamericana. 1984

Pág : 320-325

18.- Roberts, R.B.

Febrile Convulsions

Manual of clinics problems in Pediatrics.

Pág : 283-290

19.- Stephenson, J.B.

Two types of febrile seizures

British Medical Journal, 1978

Pág : 105-107

20.- Ursin, F.

Recurrence risk after first febrile seizure and effect
of short term diasepam prophylaxis.

Arch of disease of childhood. 1985

Pág : 1045-1048

21.- Vicent, Frederick

Lumbar puncture and febrile convulsion

The lancet, may 1980

Pág : 1185

22.- Wolf, Sheldon

Long-Term effect of fenobarbital on cognitive function
in children with febrile convulsion.

Pediatrics. Vol. 68, Dec. 1981

23.- Wallace, S.D.

Febrile, convulsion, a suitable case for treatment.

The Lancet. Sept. 27, 1980

XIII.

ANEXOS

PROTOCOLO

Síndrome Convulsivo Febril en niños menores de 6 años
de 1 de Junio de 1989 al 1 de Junio de 1990 en H.L.M.V.

Nombre _____ No. de Exp. _____ Sexo _____

Edad: 0-6 meses _____ 6 meses 1 día a 12 meses _____
12 meses 1 día 2 años _____ 2 años 1 día a 4 años _____
4 años 1 día a 6 años _____.

Procedencia: Urbana _____ Rural _____

MANIFESTACIONES CLINICAS: _____

CAUSAS ORIGINARIAS: Problemas Respiratorios _____

Problemas Gastrointestinales _____

Problemas Dermatológicos _____

Otros _____

LACTANCIA MATERNA: Sí _____ No _____ Cuanto Tiempo _____

ANTECEDENTES FAMILIARES _____

CONVULSIONES FEBRILES PREVIAS _____

NUMERO DE CONVULSIONES DESPUES DE SU INGRESO _____

Estudio: L.C.R. Sí _____ No _____

E.E.G. Sí _____ No _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: 1 Día _____ 1-2 Días _____ + 2 Días _____

TRATAMIENTO _____

MORTALIDAD _____