

ABORDAJE ENFERMERO EN LA CONVULSIÓN FEBRIL DEL LACTANTE AUTORÍA

GEMA RUIZ GUERRERO*

EVA UTRERA CABALLERO**

MARIA JOSE AGUILERA MORENO***

*Enfermera en el área de Neonatología del Hospital Materno-Infantil de Málaga.

** Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Larga Estancia Hospital de Zaldívar, Vizcaya.

*** Enfermera en Southend University Hospital (Reino Unido).

RESUMEN

Una convulsión febril es un proceso de convulsión que sucede durante la subida de la temperatura corporal. Según diversos estudios, para la que convulsión tenga lugar, la temperatura rectal necesaria mínima es de 38°C o 37,5°C. El incremento de la temperatura se considera el factor desencadenante más importante en la convulsión febril. El 21% de las convulsiones febriles ocurren en la 1ª hora del proceso febril, el 57% de la 1ª a las primeras 24 h y el 22% después de las 24 h del proceso. Lo primero y más importante sería administrar un antipirético en forma rectal y aplicar medios físicos. Si el episodio ocurre en un medio hospitalario y la convulsión no cede espontáneamente, se debe administrar diazepam en forma rectal (STESOLID) 5 mg si es <2 años y de 10 mg si es > de 2 años. Tras la resolución del momento agudo de la convulsión febril, se informará a los padres que dicho episodio no es un estado epiléptico, sino que es un proceso inofensivo que no causa ninguna secuela neurológica ni de muerte, y que además, se puede repetir hasta los 5 años de edad.

PALABRAS CLAVE

Convulsión, fiebre, lactantes..

ABSTRACT

A febrile seizure is a convulsion process happens during the rise in body temperature. According to various studies, for which seizure takes place, the minimum rectal temperature required is 38 ° C or 37.5 ° C. Increasing the temperature it is considered the most important factor in triggering febrile seizure. 21% of febrile seizures occur in the 1st hour of febrile illness, 57% of the 1st to the first 24 h and 22% after 24 h of the process. The first and most important would be to administer an antipyretic rectally and apply physical means. If the episode occurs in a hospital environment and the seizure does not resolve spontaneously, administer diazepam rectally (Stesolid) 5 mg if <2 years and 10 mg if > 2 years. After resolution of the acute phase of febrile seizure, parents will be informed that this episode is not an epileptic condition, but it is a harmless process that causes no neurological or death sequel, which also can be repeated until the 5 years old.

INTRODUCCIÓN

Una convulsión febril es un proceso de convulsión que sucede durante la subida de la temperatura corporal. Las convulsiones febriles son situaciones difíciles de afrontar por los padres, ocurren con frecuencia en niños sanos menores de 9 meses y suelen remitir a los 5 años, suelen tener un carácter hereditario y suceder en las primeras 24 horas cuando la temperatura alcanza su pico máximo.

OBJETIVOS

- Identificar a la población susceptible.
- Resolver el estado agudo de la convulsión en el medio hospitalario.
- Enseñar a la familia el manejo y tratamiento en niños susceptibles a una convulsión febril.

METODOLOGÍA

Se realiza la revisión bibliográfica en distintas bases de datos como: Pubmed, Scielo, Medline plus y Cochrane. Se han revisado un total de 27 artículos de los cuales se han escogido 18; el criterio de inclusión ha sido por ser artículos relacionados con el tema expuesto y además por ser los más recientes, y los criterios de exclusión han sido por haber sido publicados con más de 8 años de antigüedad.

RESULTADOS

Según diversos estudios, para la que convulsión tenga lugar, la temperatura rectal necesaria mínima es de 38°C o 37,5°C. El incremento de la temperatura se considera el factor desencadenante más importante en la convulsión febril. El 21% de las convulsiones febriles ocurren en la 1ª hora del proceso febril, el 57% de la 1ª a las primeras 24 h y el 22% después de las 24 h del proceso.

La semiología clínica es muy variable pero el 80% presentan una convulsión tonico-clonica, el 13% tónicas y el 3% atónicas y focales o unilaterales el 4%.

El tiempo que transcurre la convulsión febril es variable, aunque el 92% suelen ser breves con una duración de 3 a 15 minutos y sólo el 8% duran más de 15 minutos.

Para resolver el estado agudo de la convulsión se debe:

- Poner al niño en un lugar seguro.
- No intentar retenerlo.
- No meterle la mano en la boca.
- Aflojar la ropa que pueda causarle mayores daños.
 - En caso de que el niño vomitara, colocarlo de lado en posición lateral de seguridad.

Lo primero y más importante sería administrar un antipirético en forma rectal y aplicar medios físicos.

Si el episodio ocurre en un medio hospitalario y la convulsión no cede espontáneamente, se debe administrar diazepam en forma rectal (STESOLID) 5 mg si es <2 años y de 10 mg si es > de 2 años.

Si no cede, se administrará diacepam intravenoso (valium) en dosis de 0.2/0.5 mg/kg hasta una dosis máxima de 10 mg. Si no cede en 10 minutos, se administrará hidrato de coral 2% en enema 4/5 ml/kg como dosis máxima 75 ml. Si no cede, se administrará ácido valproico (Depakine) intravenoso 20 mg/kg en 5 minutos.

Tras la resolución del momento agudo de la convulsión febril, se informará a los padres que dicho episodio no es un estado epiléptico, sino que es un proceso inofensivo que no causa ninguna secuela

nerológica ni de muerte, y que, además, se puede repetir hasta los 5 años de edad.

CONCLUSIÓN

Es un proceso que no se puede prevenir, ya que normalmente ocurre durante las 24h de un proceso se asocia con el pico máximo de temperatura corporal. Aun así, se instruirá a la familia por si ocurriera otro proceso similar.

En la mayor parte de los pacientes, el pronóstico es excelente, desapareciendo espontáneamente el cuadro entre los 3 y 5 años.

BIBLIOGRAFIA

1. Aparicio M., Sánchez-Andrade R., González Rodríguez M.P. A los niños que tienen convulsiones febriles ¿hay que administrarles anticonvulsivantes cuando tienen fiebre? Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2009 Mar; 11(41): 145-154. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100009&lng=es.
2. Rufo Campos M, Crisis febriles, Asociación española de pediatría, [revista en internet]: 2008; cap 8 (59-65) <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-cfebriles.pdf>
3. López Pisón J., Arana Navarro T., Fernández-Álvarez E.. Trastornos del movimiento noepilépticos en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. [citado 2016 Ene 27]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000700008&lng=es.
4. Feroso García J. Status epilepticus convulsivo generalizado. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2001 Jun [citado 2016 Ene 27]; 18(6): 5-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000600001&lng=es.
5. Urrestarazu E., Murie M., Viteri C.. Manejo de la primera crisis epiléptica y del status en urgencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2016 Ene 27]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200006&lng=es.
6. VADEMECUN.
7. Corral-Ansa L., Herrero-Meseguer J.I., Falip-Centellas M., Aiguabella-Macau M. Estatus epiléptico. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2008 Mayo [citado 2016 Ene 27]; 32(4): 174-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000400005&lng=es.
8. Piñol-Ripoll G., Gómez Bitrian J., Puerta González-Miró I. de la, Royo Hernández R., Mauri-Llerda J. A. Características y manejo de las crisis epilépticas en urgencias y su correlación diagnóstica tras el ingreso. An. Med. Interna (Madrid) [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2016 Ene 27]; 25(4): 168-172. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000400004&lng=es.
9. Cebrián I., Morell C., Centelles I., Esparza M.A., Jovani C., Romagosa-Sánchez B.. Encefalitis vírica y convulsiones refractarias por gripe A en época no estacional. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Ene 27]; 17(65): 57-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000100014>.
10. García Puga J. M., Garrido Torrecillas F. J., Hernández Morillas D., Castillo Díaz L., SantosPérez J. L., Callejas Pozo J. E. et al. Análisis del conocimiento y manejo de la fiebre por parte de pediatras y residentes en relación a un proceso asistencial establecido. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Ene 27]; 14(54): 115-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000300004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300004>.
11. Magariño Noguera P., Guillén Martín S., Unzueta Roch J. L. de, Serrano González A. Fiebre e impotencia funcional en lactante de cinco meses: cuando las cosas no son lo que parecen. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2016 Ene 27]; 17(67): e201-e203. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400014>.
12. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, et al. Red Book. 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2012. p.398.
13. Martí Fernández J., Gascón Casaredi I., Sandiumenge Durán M. Faringitis estreptocócica en niños menores de tres años: algunas consideraciones. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Ene 27]; 17(66): e125-e128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300008>.