



Convulsiones Febriles en Niños: Preguntas frecuentes frente al primer episodio

Autor: Dras. Ignacia Olivares y Claudia Inostroza. Residentes Med. Familiar mención niños UCM.
Revisor: Dra. Valeria Ortiz. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

Las convulsiones febriles son una causa frecuente de consulta, y aunque en general su presentación es autolimitada y su pronóstico benigno, genera gran angustia en padres o familiares que la presencian. Lo más importante es saber reconocer aquellas que requieren mayor estudio y/o derivaciones, para lo cual la anamnesis y el examen físico serán fundamentales.

Introducción:

Entre el 2-5% de los niños pueden presentar convulsiones febriles (1,2). Existen 2 tipos de crisis: simples y complejas. Mientras que las primeras son las más frecuentes (65-90%) y en general son autolimitadas y benignas, las segundas pueden recurrir en el mismo episodio, ser de mayor duración, presentar un periodo post-ictal prolongado e incluso relacionarse a futuro en hasta un 15% con crisis no febriles (1). Este artículo intenta dar respuesta a las preguntas que habitualmente nos hacemos cómo clínicos al enfrentar a un niño con una primera convulsión febril.

Desarrollo:

Las convulsiones febriles se presentan con temperaturas sobre los 38°C, en niños entre los 6 meses y 5 años con un peak entre los 12 y 18 meses, y no se deben a una infección del sistema nervioso central o alteraciones metabólicas (1). Hasta en un 80% se relacionan con infecciones virales, siendo por influenza más frecuentes en invierno y por enterovirus en verano (5).

Si bien, hasta un 25% de las meningitis bacterianas pueden debutar con una convulsión (3), el porcentaje de meningitis bacteriana en la primera convulsión febril es baja. Una revisión sistemática publicada en el 2013 encontró que en las convulsiones febriles simples (CFS) la prevalencia media era del 0,2% y de 0,6% en las complejas (CFC), y que se necesitaban 1.109 punciones lumbares en una CFS y 180 en las CFC para pesquisar una meningitis (6).

• ¿Existen factores de riesgo o protectores?:

Un estudio caso control publicado en 2022, estudió los factores de riesgo en niños febriles con su 1ra. convulsión febril, encontrando: deficiencia de hierro [OR 5,78 (3,56-9,38); P=0,001], antecedentes familiares de convulsión febril [OR 4,31 (2,37-7,83), P<0,001], familiares de 1er grado con epilepsia [OR 4,25 (2,21-8,19), P<0,001], asistencia a guardería >1 mes [OR 4,81 (2,41-9,59), P<0,001] y prematuridad [OR 5,18 (2,48-10,84), P<0,001] (3). De la misma forma, una revisión sistemática con metanálisis publicada en el 2025 mostró que la lactancia materna exclusiva o parcial se asociaba de forma significativa con un menor riesgo de convulsión febril (Lactancia materna exclusiva (OR = 0,65; IC del 95%: 0,50-0,85) y lactancia materna parcial (OR = 0,92; IC del 96%: 0,91-0,94) (4).

• ¿Cuál es la posibilidad de recurrencias?

Un estudio de corte transversal publicado en el 2024 que estudiaba los factores de riesgo asociados a recurrencias mostró que aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes tenían una crisis única, siendo factor de riesgo de recurrencias, las crisis que se presenta con fiebre <39°C (OR 2,3) y antecedentes de crisis febriles previas con recurrencias (OR 10,1). En general, las recurrencias se observaron en las primeras 24 horas, pero por sobre todo en las primeras 6 horas (7).

Además, otras publicaciones mencionan otros factores de riesgo como: 1ra CF <12meses (RR 2,4),

antecedentes familiares de CF (RR 1,89), antecedente personal de crisis recurrentes (RR 1,98 en caso de ser una, y RR 2,59 si eran 2 o más), fiebre $<40^{\circ}\text{C}$ (RR 1.54) y crisis dentro de la 1ra. hora de fiebre (RR4,63) (5).

- **¿Cómo saber si mi paciente tiene más riesgo de epilepsia?**

Una revisión sistemática publicada en el 2024, evaluó los factores de riesgo de epilepsia secundaria en niños con convulsiones febriles, encontrando mayor riesgo en niños con: parto prematuro (OR=3,30, $P=0,02$), asfixia perinatal (OR=3,94, $P=0,001$), 1ra convulsión <12 meses (OR=2,93, $P=0,003$), T° máxima $<39^{\circ}\text{C}$ (OR=2,51, $P<0,001$), <1 hora entre el inicio de la fiebre y la convulsión (OR=5,61, $P<0,001$), CF compleja (OR=4,08, $P<0,001$), duración de la convulsión >15 min (OR=6,21, $P<0,001$), convulsiones múltiples (≥ 2 en un ataque) (OR=2,92, $P<0,001$), convulsiones focales (OR=2,53, $P=0,018$), CF recurrentes (OR=3,49, $P<0,001$), alteraciones del neurodesarrollo (OR=8,68, $P<0,001$), RDSM (OR=10,04, $P<0,001$), antecedentes familiares de epilepsia (OR=2,74, $P=0,004$), antecedentes familiares de CF (OR=2,07, $P=0,022$), EEG anormal (OR=4,06, $P<0,001$) y anomalías en neuroimágenes (OR=2,84, $P=0,002$) (8).

- **¿Sirven los antipiréticos para prevenirlas?**

En un metanálisis publicado en el 2021, si bien 1 estudio informó que los antipiréticos previnieron la recurrencia de convulsiones febriles dentro del mismo episodio febril (9,1 % grupo de paracetamol v/s 23,5 % grupo de control, $p < 0,01$), 4 estudios no encontraron evidencia de la eficacia de los antipiréticos para prevenir la recurrencia de convulsiones febriles en episodios de fiebre distantes (OR, 0,92; IC95%, 0,57-1,48), por lo tanto los antipiréticos se limitan a brindar comodidad al niño y no afectan el riesgo de recurrencia futura (9).

- **¿Podemos recomendar otros fármacos?**

Una revisión sistemática de la base de datos Cochrane publicada en 2021 que incorporaba 40 estudios, hubo una reducción significativa de convulsiones febriles recurrentes con el uso diazepam intermitente v/s placebo o ningún tratamiento entre los 6 y 48 meses, o el uso de fenobarbital continuo frente a placebo o ningún tratamiento a los 6, 12 y 24 meses. Sin embargo, los efectos adversos se presentaban entre el 30-36% de los niños (10). Expertos locales no los recomiendan de rutina, considerando que las crisis habitualmente no duran más de 3 minutos y los fármacos en general se administran cuando éstas sobrepasan los 5 minutos.

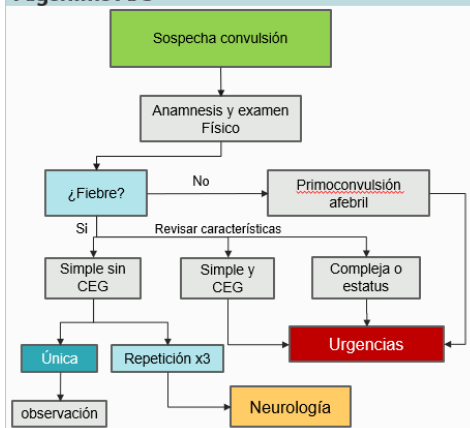
- **¿Debemos solicitar exámenes?**

No de rutina. Sí, en caso de crisis febriles complejas, en niños con compromiso del estado general importante o en aquellos en quienes se sospeche una causa secundaria como infección del SNC, factores metabólicos, epilepsia o que presenten un examen neurológico alterado (5,11).

- **¿Cuándo derivar?**

Ante sospecha de infección SNC, crisis complejas con duración >15 minutos, recurrencias en las primeras 24 horas, post ictal prolongado, alteración al examen neurológico, los niños deben ser derivados al servicio de urgencias más cercano. Y en caso de presentación en edades atípicas (<6 meses, >5 años), antecedentes de alteraciones del neurodesarrollo, >3 CFS o sospecha de epilepsia deberían ser referidos a neurología para su evaluación. (3)

Algoritmo APS



Conclusiones:

- Las convulsiones febriles son frecuentes en la edad pediátrica.
- Las más frecuentes son las convulsiones febriles simples, las cuales en caso de presentarse en niños con buen estado general no requiere mayor estudio.
- En caso de que las crisis sean complejas, se requerirá derivación a un servicio de urgencias para descartar otras causas.
- La historia y el examen físico cobran gran relevancia frente al enfrentamiento diagnóstico.
- El manejo de la fiebre es necesario para mejorar el confort del niño, pero no reducen episodios futuros.
- No se recomienda de rutina el uso de fármacos antiepilépticos para evitar recurrencias.

Referencias:

1. Tiwari, A., Meshram, R. J., & Kumar Singh, R. (2022). Febrile Seizures in Children: A Review. *Cureus*, 14(11), e31509. <https://doi.org/10.7759/cureus.31509>
2. Padilla, M., García C.:Convulsión Febril. (2015) *Pediatr Integral*; XIX (9): 600-608
3. Kumari, P. L., Rajamohanam, K., & Krishnan, A. S. A. (2022). Risk Factors of First Episode Simple Febrile Seizures in Children Aged 6 Month to 5 Year: A Case Control Study. *Indian pediatrics*, 59(11), 871–874
4. Vard, B., Yazdi, M., Akbarzadeh, Z., Rouzbahani, S., & Kelishadi, R. (2025). The Effects of 6-Month Exclusive Breastfeeding on Febrile Seizure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian journal of child neurology*, 19(4), 17–23. <https://doi.org/10.22037/ijcn.v19i4.45672>
5. Sawires, R., Buttery, J., & Fahey, M. (2022). A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. *Frontiers in pediatrics*, 9, 801321. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.801321>
6. Najaf-Zadeh, A., Dubos, F., Hue, V., Pruvost, I., Bennour, A., & Martinot, A. (2013). Risk of bacterial meningitis in young children with a first seizure in the context of fever: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8(1), e55270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055270>
7. Kim, J. S., Woo, H., Kim, W. S., & Sung, W. Y. (2024). Clinical Profile and Predictors of Recurrent Simple Febrile Seizure. *Pediatric neurology*, 156, 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2024.04.001>
8. Zhang, J., Jing, Q., Li, S., Liu, Y., Lin, Z., Han, X., Xu, G., Dai, S., Zhang, J., & Ren, C. (2024). Risk factors for secondary epilepsy following febrile seizures in children: A meta-analysis. *Epilepsy & behavior : E&B*, 161, 110051. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.110051>
9. Hashimoto, R., Suto, M., Tsuji, M., Sasaki, H., Takehara, K., Ishiguro, A., & Kubota, M. (2021). Use of antipyretics for preventing febrile seizure recurrence in children: a systematic review and meta-analysis. *European journal of pediatrics*, 180(4), 987–997. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03845-8>
10. Offringa, M., Newton, R., Nevitt, S. J., & Vracka, K. (2021). Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD003031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003031.pub4>
11. Ferretti, A., Riva, A., Fabrizio, A., Bruni, O., Capovilla, G., Foiadelli, T., Orsini, A., Raucci, U., Romeo, A., Striano, P., & Parisi, P. (2024). Best practices for the management of febrile seizures in children. *Italian journal of pediatrics*, 50(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01666-1>