



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVA FEBRIL EGRESADOS
DEL HOSPITAL DE APOYO MARÍA AUXILIADORA EN EL AÑO**

2016

PRESENTADA POR

CARLOS EDUARDO CABALLERO ARANIBAR

ASESOR

FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON CRISIS CONVULSIVA FEBRIL
EGRESADOS DEL HOSPITAL DE APOYO MARÍA
AUXILIADORA EN EL AÑO 2016**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

**PRESENTADO POR
CARLOS EDUARDO CABALLERO ARANIBAR**

**ASESOR:
DR. GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA, PERÚ

2018

INDICE

Portada	1
Índice	2
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.5 Limitaciones	6
1.6 Viabilidad	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	11
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	17
3.1 Variables y su operacionalización	18
CAPITULO IV: METODOLOGIA	20
4.1 Diseño metodológico	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Procedimientos de recolección de datos	21
CRONOGRAMA	22
FUENTES DE INFORMACION	24
ANEXOS	26

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

La convulsión febril (CF) es una patología conocida en los menores de 5 años. Es un evento agudo, es una causa de ingreso a los servicios de atención de los hospitales y se calcula que esta entidad ocupa un 5% del total de estos.

Estos eventos se comportan como sucesos aislados y benignos, pero en un mínimo porcentaje pueden ser el factor de riesgo inicial de una epilepsia; es decir podrán desarrollar epilepsia en un futuro.

Por sus implicaciones que tienen en el desarrollo neurológico, es trascendente establecer la frecuencia en nuestra población, en un tiempo determinado, así se considera pertinente establecer los atributos clínicos en la población pediátrica.

Determinar cuál es el grupo etario y sexo afectado, tipo y número en episodios de convulsivos febriles, tiempo de duración, las enfermedades o situaciones más frecuentes que la producen; el grado de temperatura, antecedente familiar de crisis convulsiva febril, esto permitirá establecer un diagnóstico más acertado y por tanto un mejor tratamiento. Lo anterior permitirá determinar de manera adecuada a aquellos niños que pudieran un cuadro de epilepsia.

La *Comisión en pronóstico y epidemiología de la liga internacional contra la epilepsia* en su *guías para estudios epidemiológicos en epilepsia*, publicado en la revista *Epilepsia* (1993), refiere a la convulsión febril como “una patología asociada a una enfermedad febril, en ausencia de una neuroinfección o de un desequilibrio hidroelectrolítico, en pacientes mayores de un mes sin antecedente de convulsiones afebriles previas”.¹

La CF es motivo de consulta en los servicios de urgencias y representa el tipo de convulsión más habitual en la infancia afectando hasta un 5% de los niños que tienen menos de 5 años.²

Estas convulsiones provocan temor y ansiedad en los padres, por lo que se deben de educar en conocer la CF, para iniciar su manejo, evaluando a través de estudios complementarios y guiando a los padres para un mejor control.

La CF es una enfermedad de naturaleza benigna, que puede ser atendida por un médico pediatra. Estas crisis pueden ser un trastorno familiar, y es frecuente en padres y hermanos de niños afectados en relación a la población general.

Los límites de inicio de aparición de las convulsiones están entre los 6 meses y los 5-6 años, con un pico máximo a los 18 meses (17 a 22 meses).¹

El grado de temperatura mínimo tomado de manera rectal, necesaria para producir las crisis es de 38° C (38,5° C para algunos expertos). El factor importante de la CF es el aumento rápido de la temperatura. El 21% de las convulsiones febriles aparecen en la primera hora del evento, el 57% en la primera a las veinticuatro horas y el 22% después de esta. ¹

La manifestación clínica de la crisis es tónico-clónicas generalizadas, sucedida de crisis tónicas, atónicas, y focales o unilaterales que, en ocasiones, se generaliza a una tónico-clónica.¹

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con crisis convulsiva febril atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016?

1.3 Objetivos de Investigación,

1.3.1 Objetivo General.

Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con crisis convulsiva febril atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la frecuencia de las crisis convulsivas febriles.
2. Identificar las características epidemiológicas en pacientes con crisis convulsiva febril.
3. Precisar las características clínicas presentes en la casuística de los pacientes con diagnóstico de crisis convulsiva febril.

1.4 Justificación de la Investigación.

La crisis convulsiva febril es una entidad muy frecuente en el paciente pediátrico, resulta una causa frecuente de convulsiones en la infancia.

Nuestra institución no está ajena a toda la estadística nacional e internacional, es por eso que resulta muy importante y de gran utilidad el poder conocer esta patología en nuestros pacientes, evaluar la frecuencia y las características de este paciente y así poder obtener importantes conclusiones que nos puedan servir como referencia para tener un mejor manejo de este paciente.

1.5 Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio sería que, al revisar las historias clínicas, nos encontremos con datos incompletos o poco consistentes, o talvez encontrarse con 2 historias de un mismo paciente con información diferente, o sino simplemente no encontrar la historia clínica del paciente, sin embargo, toda información es importante para la realización de este estudio.

1.6 Viabilidad del Estudio

El proyecto es viable porque se obtendrá el material necesario para poder realizar tal como una buena cantidad de pacientes, debido a que es el único hospital de referencia MINSA de todo Lima Sur, y así también se cuenta con datos de las historias clínicas.

En cuanto a los recursos económicos, siendo este un estudio de tipo retrospectivo, observacional, el presupuesto para poder realizarlo es bajo.

Se utilizarán recursos de bajo presupuesto tales como papel, lapiceros, impresiones, programas informáticos entre otros.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Se han hecho múltiples investigaciones y revisiones en los aspectos epidemiológicos de esta enfermedad. Existen diversas publicaciones en las referencias bibliográficas que indican la evolución natural de las CF.

El riesgo de evolucionar a una epilepsia es 1- 2%, ligeramente mayor a la población general, tal como lo señalan Annegers y Berg es un estudio de 5 grandes cohortes.³⁻⁴

No se ha destacado lesión neurológico secundaria, aun cuando la manifestación fue un status febril y no se han reportado mortalidad aún.^{5, 6,7}

En el año 2008, María Ester Pizarro, en su trabajo Recurrencia de crisis febriles en una población chilena, refiere que es el suceso convulsivo más habitual en pediatría, frecuentemente que aparece entre los 18 y 22 meses. Se señala una incidencia de 2 a 5% y de 9 a 10% en Europa y Norteamérica, así como en Japón, respectivamente, mas no describe la frecuencia en Latinoamérica o en Chile.⁸

Concluyó que según la edad promedio de debut es de 18 meses, un 76% fueron las crisis febriles simples y frecuentemente en hombres (63%).

En el año 2002 Lourdes Valdés Urrutia en su trabajo presentado: refiere considerar que el paciente con convulsiones febriles estima una prevalencia del 2 al 5 % en la población general y es del 80 al 85 % de todas las agitaciones, un tercio de los niños muestran una o más recurrencias.⁹

En el año 2011 Laura Rojas de Recalde y colaboradores, mostraron un consenso sobre convulsión febril², en donde describen una relación que oscila entre 1,1: 1 a 2:1 y mayor de CF en varones.

Entre el 25% y el 40% tiene algún tipo de antecedente familiar y el 4% historia de epilepsia. Existe dominancia de modo poligénico con o sin contribución del ambiente. No se ha determinado el mecanismo de herencia.

Durante el periodo de enero 1993 a abril 1998, Bautista, Nancy y colaboradores en su trabajo realizado en el Hospital "Dr. Leopoldo Manrique Terrero", Coche, Caracas.¹⁰

Las CF representaron el 1,21 % del total de ingresos al Servicio. El grupo de edad más frecuente fue los lactantes con 31,5 casos por año de edad. El 68,75 % estuvo con alteración de la conciencia, el 91,67 % fue e tipo generalizada, el 72,92 % menos de 15 minutos, 9,38 % más de 15 minutos y el 17,70 % no se registró información en la historia clínica.¹⁰

Ramírez Peñuela y cols. en el año 2010 en su trabajo "Convulsión febril en niños de 0 a 14 años de edad: Hospitales de San José e Infantil Universitario de San José, Bogotá D. C período agosto 2007 a agosto 2009" de un total de 468 casos (213 HSJ + 255 HIUSJ) 147 eran de 0 a 14 años de edad, el 53,4% fueron niñas, 48,3% presentaron convulsión simple, el 80,3% presentó convulsiones tonicoclónicas, 80,5% no presento período posictal, 43,2% no mostró ninguna comorbilidad, siendo las infecciones de las vías respiratorias las más frecuentes (23,7%).¹¹

Chung B y cols. En el año 2006 observo la incidencia y recurrencia de las crisis febriles en niños del sur de china en un periodo de 5 años 1998 – 2003 encontrando un total de 565 niños con convulsión febril con una edad promedio de 2.1 +/- 1.1 años. La incidencia anual fue de 0.35% concluyendo que la incidencia de la primera convulsión febril en niños chinos es baja en comparación con el mundo occidental y relativamente similar a la China continental. La recurrencia es también más baja a pesar de las similitudes en los factores predictivos.¹²

En el año 1985 Verity CM y cols. Estudiaron la prevalencia y recurrencia de convulsión febril en los Estados Unidos. Fueron 13 135 niños realizando un seguimiento desde el nacimiento hasta los 5 años, 303 (2,3%) tuvieron convulsiones

febriles. Alguna normalidad neurológica previa en 13 pacientes, de los 290 niños restantes, 57 (20%) presentaron una convulsión compleja, y 103 niños (35%) pasó a tener más convulsiones febriles. No hubo diferencias significativas entre los sexos.¹³

En el año 2013, el Dr. Genaro Augusto Flores Cuentas, en su trabajo de investigación “Antecedentes familiares y alteración del neurodesarrollo como factores de riesgo para primera crisis febril en niños”, realizó una investigación en niños de seis meses a cinco años que presentaron una primer evento de crisis convulsiva febril, que asistieron en el servicio de emergencia del hospital Belén de Trujillo entre enero del 2011 y agosto 2013, teniendo como muestra 59 casos y 217 controles; concluyendo que la alteración del Neurodesarrollo y el antecedente familiar de crisis convulsiva febril son los importantes principales factores.¹⁶

En el año 2013, la Dra Ligia Gonzales Villanueva, evaluó las particularidades clínicas epidemiológicas en infantes con crisis febril compleja con progreso a epilepsia atendidos en la ciudad de Valencia, Venezuela en el periodo enero 2000 a diciembre 2010; realizando un estudio descriptivo y retrospectivo, teniendo como muestra a 70 pacientes, concluye que de las convulsiones febriles complejas el grupo etario más afectado fue los lactantes, con predominio en el sexo masculino. La expresión clínica más frecuente fue la recidiva, y fue significativa la asociación con otros factores de riesgo en el progreso de epilepsia.¹⁷

Luisa Fernanda Rosas- Rosas y cols. En el año 2013 estudió la Incidencia de meningitis con un primer episodio de CF simple en un hospital de 3er nivel. Se reviso 286 historias de pacientes con convulsión febril, 50 niños (63%) tenían menos de 12 meses, el 79 (27%) correspondían a CF simple. Se realizó punción lumbar en 45 (57%), y se identificaron 6 casos con pleocitosis, encontrándose un caso de meningitis bacteriana y tres de meningitis aséptica. Los niños que recibieron tratamientos antibióticos o vacunación incompleta fueron los que tenían diagnóstico de meningitis o meningitis parcialmente tratada.¹⁸

En el año 2015, se publicó en la revista médica VITAE de Venezuela en su edición N° 61, un artículo realizado por la Dra. Orianna Lanz León, identificando las características de las CF en el Hospital Dr. Raúl Leoni durante el año 2010; se realizó una investigación descriptiva de corte transversal en la cual se revisó 42 historias clínicas de niños (sexo masculino y femenino) con el rango de edad entre seis meses y seis años de edad, concluyendo que el grupo más afectado fue entre los dos y tres años, siendo la infección respiratoria fue la causa principal de CF.¹⁹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Definición

Hay dos definiciones aceptadas de convulsiones febriles. Una propuesta por el *instituto nacional de salud (NIH)*, en 1980, la definió como *“un evento en la infancia o niñez que ocurre usualmente entre los 3 meses a 5 años de edad, asociado a fiebre, pero sin ninguna evidencia de infección intracraneal o causa definida para la convulsión”*.¹⁴

Este concepto no incluye a las convulsiones febriles en niños que han tenido convulsiones afebriles previas. La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) en 1993 definió la convulsión febril como: *“una crisis que ocurre en el niño desde el primer mes de edad, asociada a enfermedad febril no causada por una infección del SNC, sin crisis neonatales previas o crisis epiléptica previa no provocada, y no reuniendo criterios para otro tipo de crisis aguda sintomática”*.

La primera es utilizada más por los epileptólogos, que toman en consideración la edad, convulsión y fiebre (tres componentes críticos). Pero con algunas diferencias en la edad, siendo para la NIH a los tres meses y para la ILAE en el primer mes. La edad final para la NIH es a los 5 años.

No se excluye a los niños con deterioro neurológico y ambos no describen la convulsión ni la temperatura de aparición de la convulsión febril.

Al no tener una temperatura mínima en cuanto se producía la CF, la Academia Americana de Pediatría (1999), elaboró a *definir las convulsiones febriles simples estrictamente, como aquellas que ocurren en niños previamente sanos, con edades que oscilan entre 6 meses a 5 años de edad cuyas convulsiones son breves (menos de 15 minutos), generalizadas y ocurren sólo una vez en un período de 24 horas durante la fiebre*". Excluyeron a infantes cuya crisis fueron atribuidas a infecciones del SNC, una convulsión afebril previa y una alteración del SNC. Sin embargo, los criterios clínicos que deben incluir son.⁴

- Temperatura elevada de más de 38 °C asociada a una convulsión
- Infante menor de seis años
- Ausencia de signos de infección del sistema nervioso central
- Que no exista alteraciones metabólicas agudas
- Ausencia de historia de convulsión previa

2.2.2 Fisiopatología

La relación de factores, como es el aumento de consumo de oxígeno en cualquier proceso febril, la existencia de una capacidad limitada para el incremento del metabolismo energético celular al aumentar la temperatura, la invasión viral o bacteriana del SNC, incremento en la circulación de toxinas, de los productos de reacción inmune, mielinización deficiente en un cerebro inmaduro e imperfección de mecanismos de termorregulación a edades prematuras.

2.2.3 Epidemiología

Temperatura

Estudios señalan temperatura mayor a 38 °C y otras mayor a 38.4 °C. La convulsión febril puede ocurrir antes que la fiebre sea medible, tarde o temprano en la evolución de una enfermedad con fiebre.⁵⁻⁷

Edad

Ocurre entre 6 meses y 3 años de edad con un pico de incidencia a los 18 meses de edad; 6-15% sucede luego de los 4 años y es muy raro que se inicien después de los 6 años. No se deben considerar a las CF que suceden fuera del rango de edad entre 6 meses a 5 años.⁶⁻⁹

Sexo

Los varones están más afectados que las mujeres en un 60%.

Prevalencia

La prevalencia es aproximadamente de 3%, pero es más elevada en algunos grupos étnicos como en Japón (7%) y Guam (14%). La incidencia anual es de 460/100000 en la población de niños de 0-4 años⁸⁻¹⁰.

Convulsión

La NIH lo señala como un incidente y no utiliza el término convulsión. Pero considera a las convulsiones tónico-clónicas (80%) como típicas de la enfermedad, asimismo están presentes la tónica, atónicas y crisis tónico-clónicas de inicio focal o unilateral 13%, 3% y 4% respectivamente. La agitación mioclónica o ausencia no se consideran parte de ella. Las crisis pueden repetirse en un 16%.¹⁰⁻¹¹

2.2.3 Características clínicas

Las edades de inicio están entre los 6 meses y los 5-6 años, con un episodio máximo a los 18 meses con un rango de 17 a 22 meses.¹

Se conoce que el 21% de las CF ocurren en la 1ª hora del proceso febril, el 57% desde la 1ª a la 24ª horas y el 22% después de la 24ª hora.

La mayoría (92%) son transitorias (3-6 a 15 minutos), y un porcentaje mas pequeño (8%) de las crisis febriles llegan a los 15 minutos, que se describen en una fijación de la mirada con posterior rigidez generalizada y raramente focal. Dos tercios evolucionan hasta llegar a un estado epileptico, y las CF prolongadas constituyen la etapa inicial de un Síndrome de Hemiconvulsión-Hemiplejía (0,06%).

Las infecciones que producen fiebre en las CF, son infecciones respiratorias, infecciones digestivas y urinarias. Las vacunas para la tos ferina (0,6-8%) y para el sarampión (0,5-1%), producen inducción de CF. En infecciones por enterobacterias Shigella y Salmonella, la fiebre se une un factor tóxico desencadenante.¹

Anomalía previa del desarrollo o neurológica, es una condición en el pronóstico a largo plazo.

2.2.4 Clasificación

Las convulsiones febriles simples son frecuentes (70% de todas) y se caracterizan por convulsiones menos de 15 minutos, no tienen carácter focal, no repiten en las siguientes 24 horas y se resuelven espontáneamente.¹⁴

Las CF complejas duran más de 15 minutos, de característica focal o parálisis postictal, se repiten en las siguientes 24 horas y ocurren en serie de duración de más de 30 minutos.

Una crisis focal o con clínica de ausencia o asimetrías motoras puede pasar inadvertida, aunque es mas sencillo diferenciarla de una crisis compleja prolongada o repetitiva.

Estado convulsivo febril: está considerada como una CF compleja por su duración sin recuperar la conciencia. Representa un 25% de todos los status convulsivos en el niño. Es una convulsión con fiebre sin poder recuperar la conciencia entre cada episodio, que puede durar de 30 minutos o más.

En un estudio realizado se comprobó que los virus herpes humano (HHV) 6-B y HHV 7 (virus de roséola) representan un tercio de las convulsiones febriles en el niño. (Academia Americana de Neurología).

2.2.5 Diagnostico

Debe diferenciarse entre una CF y una convulsión con fiebre (realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades infecciosas, metabólicas o neurodegenerativa. No se debe realizar exámenes auxiliares en una primera crisis febril simple.

En la punción lumbar se debe considerar la edad del niño. Por lo que no se justifica después de los 18 meses, antes de los doce meses considerarlo debido a que las características clínicas de un síndrome meníngeo podrían estar ausentes.

2.2.6 Tratamiento

En el estado crítico. Se administra Diazepam rectal 5 mg. En niños menores de 2 años y 10 mg. en niños mayores de 2 años. En el servicio de emergencia después de administrar a nivel rectal y si la crisis persiste, se administrará diazepam endovenoso a una dosis de 0,2-0,5 mg/kg hasta un máximo de 10 mg. El hidrato de cloral al 2% administrado como enema a una dosis de 4-5 cc/kg hasta una dosis máxima de 75 cc, se puede utilizar en casos refractarios.

Se puede utilizar el Valproato a dosis de 20 mg/kg y pasar en cinco minutos, si es que en diez a quince minutos no cede la crisis.

Una opción terapéutica para uso hospitalario es el levetiracetam que permite el tratamiento por vía intravenosa. La conversión de la administración oral o viceversa puede realizarse sin modificar la dosis.¹

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Este trabajo de investigación no cuenta con hipótesis debido a que es un estudio de tipo descriptivo.

3.2 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de verificación
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	Edad en meses desde los 3m hasta los 72m	De intervalo		<ul style="list-style-type: none"> - Entre 3m – 12m - Entre 13m – 24m - Entre 25m – 36m - Entre 37m - 48m - Entre 49m – 60m - Entre 61m – 72m 	Historia clínica
Sexo	Condición orgánica que distingue a hombres y mujeres.	Cualitativa	Genero	Nominal		Hombre mujer	Historia clínica
temperatura	Grado o nivel térmico de un cuerpo.	Cuantitativa	Temperatura en grados centígrados	De intervalo		<ul style="list-style-type: none"> - Entre 37 – 37.5 °C - Entre 37.6 y 38 °C - Entre 38.1 y 38.5 °C - Entre 38.6 – 39 °C - Mayor a 39 °C 	Historia clínica

Tipo de Convulsión febril CF	Clasificación de la convulsión febril.	Cualitativa			1. CF simple 2. CF compleja: 2.1 Duración. 2.2 Numero de episodios en 24 hrs. 2.3 Tipo 3.- status convulsivo	1. CF simple 2. 2.1 - >15 min 2.2 - 2 a mas 2.3 – focal - generalizada 3. si no	Historia clínica
Meningitis	Inflamación de las meninges debido a una infección vírica o bacteriana	Cualitativa			1. Viral 2. bacteriana	1. si no 2. si no	Historia clínica

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es cuantitativo, investigación de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte longitudinal.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población Diana o Universo

Pacientes pediátricos con el diagnóstico de convulsión febril que fueron atendidos en el servicio de pediatría del hospital de apoyo María Auxiliadora en el año 2016.

4.2.2 Población de estudio

Pacientes pediátricos con el diagnóstico de convulsión febril que fueron atendidos en el servicio de pediatría del hospital de apoyo María Auxiliadora en el año 2016 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.3 Criterios de selección

- **Criterios de inclusión**

Pacientes menores de 6 años.

Paciente sin enfermedad neurológica previa.

Pacientes en cuya historia clínica se encuentren los datos de las variables de estudio.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes mayores de 6 años.

Pacientes con enfermedad neurológica previa.

Pacientes en cuya historia clínica no se encuentren los datos de las variables de estudio.

4.3 Recolección de datos

Se recolectará los datos de las historias clínicas de pacientes que ingresaron por emergencia con el diagnóstico de convulsión febril en el año 2016.

CRONOGRAMA Y RECURSOS

ACTIVIDADES	M E S E S											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación proyecto de investigación	X											
Investigación bibliográfica		X										
Solicitud de historias clínicas			X									
Recolección de información de historias				X								
Procedimiento					X	X	X	X	X			
Registro de información en ficha					X	X	X	X	X			
Análisis										X		
Revisión de resultados											X	
Informe final											X	
Presentación del trabajo de investigación												X

Recursos

1. Humanos

- Asesor de la investigación
- Metodólogo
- Estadístico
- Mecnógrafo ó digitador
- Revisor del informe final

2. Económicos

- Peculio personal

3. Físicos

- Archivo de historias clínicas
- Escritorio
- Computadora
- Internet
- Impresora
- Utilería

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Crisis febriles *Miguel Rufo Campos* Asociación Española de Pediatría.2008
2. Convulsión Febril *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 38; Nº 1; Abril 2011.
3. *Annegers JF, Hausser WA, Elveback LR, Kurland LT*: The risk of epilepsy following febrile convulsions. *Neurology* 1979; 29: 297-303.
4. *Berg AT, Shinnar S*: Unprovoked seizures in children with febrile seizures: short-term outcome. *Neurology* 1996; 47: 562-8.
5. *Practice Parameter*: The neurodiagnostic evaluation of the child with a first febrile seizure. American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on febrile Seizures. *Pediatrics* 1996; 97: 769-72.
6. *Shinnar S, Pellock JM, Moshe SL, et al*: In whom does status epilepticus occur: age -related differences in children.*Epilepsia* 1996; 37: 126-33.
7. *Vestergaard M, Pedersen MG, Ostergaard JR, Pedersen CB, Olsen J, Christensen J*: Death in children with febrile seizures: a population-based cohort study. *Lancet* 2008; 9; 372 (9637): 457-63.
8. Recurrencia de crisis febriles en una población chilena *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 (5): 488-494
9. Algunos aspectos a considerar en el paciente con convulsiones febriles. *Rev Cubana Pediatr* v.74 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
10. Convulsiones febriles en el Hospital "Dr. Leopoldo Manrique Terrero", Coche, Caracas, enero 1993-abril 1998, *Arch. venez. pueric. pediatr*;62(2):62-7, abr.-jun. 1999.
11. Convulsión febril en niños de 0 a 14 años de edad: Hospitales de San José e Infantil Universitario de San José, Bogotá D. C, *Repert. med. cir*;19(3):195-200, 2010. graf, tab.
12. Febrile seizures in southern Chinese children: incidence and recurrence, *Pediatr Neurol.* 2006; 34(2):121-6 (ISSN: 0887-8994)
13. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth. I--Prevalence and recurrence in the first five years of life *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985; 290(6478):1307-10 (ISSN: 0267-0623)

14. Crisis febriles simples y complejas, epilepsia generalizada con crisis febriles plus, fires y nuevos síndromes, Noris moreno de flagge, medicina (buenos aires) 2013; 73 (supl. i): 63-70
15. Manual de neuropediatría GPC basada en evidencia, Dr David Huanca, 1era edición 2012; Lima Perú.
16. Antecedentes familiares y alteración del neurodesarrollo como factores de riesgo para primera crisis febril en niños. Hospital Belen de Trujillo, Genaro Flores Cuentas, Trujillo Perú 2013.
17. Características clínico epidemiológicas en niños con crisis febril compleja con evolución a epilepsia, atendidos en consulta privada de neurología pediátrica, Valencia, estado de Carabobo, Venezuela, Enero 2000 – diciembre 2010. Dra Ligia Gonzales Villanueva, Universidad de Carabobo, Valencia, Octubre 2013.
18. Incidencia de meningitis en lactantes con crisis febriles simples. Experiencia en un hospital de 3er nivel. Acta NeurolColomb. vol.29 no.4 Bogotá Oct./Dec.2013.
19. Características de las convulsiones febriles en pacientes de la consulta de neurología pediátrica del Hospital Dr. Raul Leoni durante el año 2010, Dra Orianna Lanz Leon. Revista VITAE edición N°61 Enero-Marzo 2015. Venezuela marzo 2015.
http://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo_pdf&n=5085&rv=117

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Características clínico epidemiológicas de pacientes con crisis convulsiva febril egresados del hospital de apoyo maría auxiliadora en el año 2016	¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de los pacientes con crisis convulsiva febril atendidos en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer la frecuencia de las crisis convulsivas febriles en pacientes atendidos en el hospital María Auxiliadora en el año 2016. 2. Identificar las características epidemiológicas en pacientes con crisis convulsiva febril. 3. Precisar las características clínicas presentes en la casuística de los pacientes con diagnóstico de crisis convulsiva febril. 	Cuantitativo, Observacional, descriptivo, longitudinal	Pacientes pediátricos con el diagnóstico de convulsión febril que fueron atendidos en el servicio de pediatría del hospital de apoyo María Auxiliadora en el año 2016 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.	Historias clínicas de pacientes que ingresaron por emergencia con el diagnóstico de convulsión febril en el año 2016.

Anexo 2: Instrumentos

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "MARÍA AUXILIADORA"

FECHA: / / Hora:

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA		
I ANAMNESIS		
Informante:	Confiable de Datos:	
1-FILIACIÓN		
Apellidos y Nombres:		
Edad:	Sexo: (M) (F)	F. Nacimiento: / / L. Nacimiento:
Dirección:	Procedencia:	
Persona que lo trae:	Parentesco:	
Dirección:	DNI:	Telef.:
2-ENFERMEDAD ACTUAL		Tiempo de Enfermedad:
Signos y Síntomas Principales:		
Relato:		
Medicación o Procedimientos recibidos durante la enfermedad actual:		
3- FUNCIONES BIOLÓGICAS		
	Sed:	Sueño:
Orina	Deposiciones:	
4-ANTECEDENTES		
Vivienda: Material	Nº de Habitaciones:	Nº de Personas:
Servicios Básicos: Luz () Agua ()	Desague ()	Otros:
NOMBRES Y APELLIDOS:		CAMA:
UCPTIN - EMERGENCIA PEDIATRICA		HC:

• Alimentación :										
• Crianza de Animales y/o Mascotas :										
• Part y Post Natales:										
Tiempo de Gestación:			CPN :			Tipo de parto:				
Peso al nacer:			APGAR :			GS y Rh :				
Otros:										
c- Inmunizaciones:										
f- Ginecológicas:		Menarquia:		/ /		FUR:		/ /		Otros:
g- Patológicos Personales:					h- Patológicos Familiares:					
Reacción Adversa Medicamentosa:					TBC:					
TBC:					Asma:					
Asma:					Diabetes:					
Eruptivas:					Hipertensión:					
Hospitalizaciones:					Otros:					
Otros:										
II- EXAMEN CLINICO										
Peso:	Kg	FC:	x min	FR:	x min	T:	°C	P.A:	/ mmHg	
ECTOSCOPIA:										
Piel y Fenesis										
TCSC:										
Otros:										
2- EXAMEN REGIONAL :										
• Cabeza y Cuello:										
• Respiratorio:							Saturación:			%
Torax:										
Pulmones:										
• Cardiovascular:										
• Abdomen:										
• Genito Urinario:										
• Neurológico:							Escala Glasgow:			
III- DIAGNOSTICO (S):										