

The background of the page features a large, faint circular seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala. The seal contains various heraldic symbols, including a central figure on horseback, a castle, and a lion. The text 'UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMIA COACTEMALENSIS INTER ETERRAS ORBIS CONSPICUA' is inscribed around the perimeter of the seal.

"CONVULSIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA"

(Estudio de 100 casos de niños que
presentaron convulsiones, en el
período Enero 1977 a Enero 1980)

ELISA BEATRIZ OSORIO AGUILAR

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. GENERALIDADES
- VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

OBJETIVOS

Como un aporte mínimo cultural a través de la investigación; quiero contribuir con el presente trabajo de una manera lóg^{ica} al manejo preciso de los niños que por alguna causa presentan convulsiones durante el primer año de vida.

Se sabe que los fenómenos convulsivos son síntomas corrientes en los niños y aparecen en una amplia variedad de trastornos del sistema nervioso central.

Teniendo este trabajo, el propósito de mostrar la información disponible sobre dicho problema; para un mejor entendimiento, que será de beneficio a todos los pacientes que presentan esta patología en nuestro medio.

Asimismo hacer un análisis estadístico de las características de las convulsiones, de los casos presentados en el Hospital General San Juan de Dios, durante el período del 1o. de Enero de 1977 al 31 de Enero de 1980.

Siendo el primer trabajo que se elabora sobre el tema, me sentiré satisfecha del aporte que pueda prestar el presente estudio. Esperando que sea un estímulo para nuevas investigaciones, buscando así posibles soluciones a los problemas que aqueja nuestra población.

II.- OBJETIVOS

GENERAL

- a) Ampliar nuestro conocimiento sobre morbilidad infantil en nuestro medio.

ESPECIFICOS

- a) Establecer la frecuencia de convulsiones, durante el primer año de vida, asimismo el sexo más afectado en el Hospital General San Juan de Dios.
- b) Conocer la causa más frecuente de convulsiones en este Hospital.
- c) Establecer un patrón de tratamiento en los pacientes con "Síndrome Convulsivo".
- d) Comprender la importancia de diagnóstico y tratamiento tempranos, evitando en lo posible las complicaciones.
- e) Cumplir con los requisitos que exige la Universidad de San Carlos para optar el Título de Médico y Cirujano; con respecto a presentar un tema de interés nacional.

III.- HIPOTESIS

1. La frecuencia de convulsiones durante el primer año de vida, es igual en ambos sexos.
2. Las causas más frecuentes de convulsiones durante el primer año de vida, son las convulsiones febriles y estas son de etiología infecciosa.

IV.- MATERIAL Y METODOS

El material utilizado consistió en la revisión de 100 casos de niños menores de 1 año, que por alguna causa presentaron convulsiones, en el Hospital General San Juan de Dios, durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1977 al 31 de Enero de 1980.

El método utilizado es el método científico tipo inductivo; realizándose en base a lo siguiente: Revisión bibliográfica del tema y planteamiento de hipótesis; localización de los registros clínicos de los pacientes, en los departamentos de Estadística y Archivo de dicho Hospital, para la revisión de las fichas clínicas; recopilación de los datos en papeleta previamente elaborada tomando en cuenta sexo, edad, motivo de consulta, antecedentes importantes, tratamiento de urgencia instituido, impresión clínica de ingreso, y complicaciones que presentaron los pacientes; con estos datos obtenidos se procedió a tabular, analizar e interpretar los resultados y finalmente se concluyó a la elaboración de las respectivas conclusiones y recomendaciones del trabajo.

RECIEN NACIDO:

1. Hipoglicemia
2. Hiperglicemia
3. Hipocalcemia
4. Hipomagnesemia
5. Dependencia a la piridoxina
6. Adición pasiva a narcóticos y/o barbitúricos
7. Infección o hemorragia del sistema nervioso central
8. Hipo o hipernatremia
9. Hipoxia neonatal

NIÑO MAYOR:

1. Procesos infecciosos del sistema nervioso central:
 - a) Bacterianos
 - b) Virales
 - c) Parasitosis
2. Procesos hemorrágicos del sistema nervioso central.
3. Tumorações intracraneales e infiltraciones del sistema nervioso central.
4. Intoxicaciones (plomo, talio, aspirina, alcohol, etc.)
5. Hipertensión arterial (encefalopatía hipertensiva)
6. Trastornos metabólicos (calcio, magnesio, fósforo, y sodio)
7. Errores del metabolismo:
 - a) Hidratos de carbono
 - b) Proteínas
 - c) Grasas
8. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
9. Convulsiones febriles

V.- GENERALIDADES

Las crisis convulsivas, son el problema neurológico más común en los niños, y sin embargo, pocos son los médicos que entienden bien el proceso de su patogénesis.

Debemos recordar, que un niño que presenta una convulsión debe ser manejado como una verdadera y gran urgencia, teniendo siempre en cuenta de que la causa etiológica es potencialmente tratable.

Si tomamos en cuenta siempre esta consideración, las secuelas se reducirán notablemente.

CRISIS CONVULSIVA

Concepto: Es la consecuencia de una descarga eléctrica exagerada y sincrónica de un grupo de neuronas, que se manifiesta clínicamente por las siguientes alteraciones: Pérdida de la conciencia, alteración en el comportamiento y alteración en la actividad motora.

El patrón clínico de la crisis convulsiva estará determinado por la localización, el número de neuronas afectadas y por la dirección hacia donde se disemina la actividad eléctrica. (3)

CAUSAS MAS FRECUENTES

Se dividen en dos grupos tomando en cuenta su edad, así tenemos:

10. Epilepsia:

- a) Gran mal
- b) Pequeño mal
- c) Accesos mioclónicos
- d) Epilepsia psicomotora
- e) Accesos focales

CONVULSIONES FEBRILES

Se asocian con fiebre cuyo origen está fuera del sistema nervioso central. Aparecen bruscamente en niños entre los 6 meses y 6 años de edad.

La frecuencia máxima ocurre durante el segundo año de vida y disminuye rápidamente después del tercer año.

La gran parte de estas crisis son generalizadas y breves. El riesgo de convulsiones por fiebre aumenta al hacerlo la temperatura. (1)

Las crisis convulsivas duraderas de tipo focal o de ambos tipos se asocian con un peligro mayor de aparición de crisis afebriles ulteriores. Los lactantes en el primer año de vida y los varones tienen el mayor riesgo de sufrir este tipo de convulsión, cuanto menos sea la edad del niño, mayor es el riesgo de las convulsiones febriles recurrentes. (2)

El electroencefalograma demuestra enlentecimiento en casi todos los pacientes, durante la primera semana después de la convulsión febril; por tal motivo se recomienda diferir la práctica del EEG para después de esta fecha.

CRITERIOS QUE DEBE REUNIR UNA CRISIS FEBRIL:

1. Se ha descartado las posibilidades antes mencionadas en el cuadro de la clasificación.
2. La edad oscila entre 6 meses y 6 años.
3. Son de corta duración, menos de 10 minutos.
4. Siempre ocurren por fiebre y desaparecen al controlarla.
5. No deben presentarse más de cinco cuadros en 1 año. (3)

TRATAMIENTO:

En todos los casos hay que buscar la causa de la fiebre y tratarla adecuadamente. Es importante disminuir la temperatura, con baños de esponja de agua tibia y antipiréticos.

Si se observa una crisis convulsiva, el niño debe ser colocado en posición semiprona, evitando en lo posible el peligro de la aspiración y proporcionar una adecuada oxigenación. Puede administrarse lentamente diazepam por vía iv a razón de 0.3 mg/kg; hasta que ceda la crisis. También puede administrarse fenobarbital por vía iv. a dosis de 3 a 6 mg/kg. El fenobarbital tiene un efecto antipirético y anticonvulsivante; y actúa inhibiendo la producción calórica. (2)

Después de una dosis inicial de fenobarbital de 5 mg/kg; por vía iv puede administrarse el fenobarbital por vía bucal a límites de 3 a 6 mg/kg/día; hasta que el niño esté afebril.

El fenobarbital por vía bucal sin darlo antes por vía iv. no tiene utilidad, pues se necesita de días o semanas para alcanzar-

niveles terapéuticos en sangre por esta vía.

EPILEPSIA

Concepto: Estado sintomático recurrente debido a descargas anormales del sistema nervioso central.

a) Gran mal o ataque mayor:

La mitad de los niños que padecen epilepsia experimentan un aura que precede a la convulsión. Esta puede ser motora, sensitiva o de carácter visceral.

El ataque comienza repentinamente con pérdida del conocimiento, con una fase primera o tónica, luego seguida de la fase clónica; también puede haber relajación de esfínteres. El ataque durará de 1 a 5 minutos, y va seguido de un período de sueño, del que el niño no sale con facilidad; cuando se despierta, suele aparecer atontado durante algún tiempo y quejarse de gran dolor de cabeza.

b) Pequeño mal epiléptico:

- Ataque de pequeño mal; ausencia pequeña; picnolepsia:- Estos se caracterizan por pérdidas transitorias del conocimiento (5 a 20 seg) durante este lapso de tiempo el paciente tiene un semblante inexpresivo, se muestra inmóvil o efectúa movimientos rítmicos como cabeceos o contracciones de las extremidades o del tronco. El paciente no se cae, pero si deja escapar cualquier cosa que tenga en las manos.

La mayoría de estos pacientes son retrasados mentales.

- Epilepsia aquinética; acceso de caída: Estos accesos pueden ser frecuentes; el niño cae súbitamente al suelo, generalmente hay una pérdida del conocimiento.
- Acceso mioclónico: Este consiste simplemente en contracciones espasmódicas de los músculos del tronco o de las extremidades, más comúnmente de los flexores de las extremidades superiores.
- c) Espasmonioclónico masivo, espasmos infantiles:

Estos son términos aplicados a un tipo de accesos convulsivos que se presentan en la infancia.

Estos episodios consisten en la flexión y aducción repentina o en la elevación y caída de los brazos, en flexión de la cabeza sobre el abdomen y en manifestaciones espasmódicas en forma de temblores generalizados y rotación de los ojos. Los niños que padecen estos accesos son retrasados mentales.

- d) Epilepsia psicomotora:

Esta no es rara en la infancia. Las manifestaciones pueden ser principalmente motora en forma de automatismos, movimientos masticadores, chasquidos de labios, silbidos, degluciones, risa, carreras; también pueden presentarse ilusión de objetos.

- e) Accesos focales:

Pueden ser motores y sensitivos. Los accesos Jacksonianos comienzan en la porción distal de una extremidad y caminan hacia adelante en dicha extremidad, procedien-

do, quizá a atacar una parte del cuerpo o a generalizarse en accesos convulsivos. Este tipo de convulsiones no es frecuente en la infancia.

FACTORES METABOLICOS

- a) Hipocalcemia:

- La tetania del recién nacido; puede ser causa de convulsiones durante los dos primeros meses de la vida. Los síntomas se presentan más comúnmente hacia el final de la primera semana, pero han sido observados en el primer día de nacido.
- Raquitismo: La tetania debida al raquitismo se observa raramente en la actualidad. Sin embargo, sigue siendo una causa poco frecuente de accesos convulsivos en los niños entre 6 semanas y 1 año de edad.
- Tetania Postacidótica: Los trastornos acidobásicos prolongados pueden originar perjuicios neurológicos irreversibles. En el estado postacidótico se presentan a veces espasmos y convulsiones.
- Hipoparatiroidismo idiopático crónico: La primera manifestación de hipoparatiroidismo puede ser un acceso focal o también generalizado, indistinguible de la epilepsia idiopática.
- La tetania se presenta raramente en los niños con esteatosis crónica debida a estar disminuida la absorción del calcio.
- Tetania por hiperventilación.

b) **Hipercalcemia:**

Se ha descrito la presencia de hipercalcemia y encefalitis en un niño inmovilizado a causa de fractura.

c) **Hipoglicemia:**

- Pancreatitis por tumor de las células insulares o hiperplasia.
- Hipopituitarismo.
- Enfermedad de Addison.
- Diabetes: La producción de hipoglicemia como resultado del empleo excesivo de insulina en el tratamiento de la diabetes conducirá eventualmente a trastornos cerebrales como retraso intelectual y convulsiones.
- Hipoglicemia neonatal: Asociada con toxemia del embarazo ha sido descrita en el segundo o tercer día de la vida, en los niños nacidos de madre con toxemia. Estos síntomas son apnea, cianosis, coma y convulsiones.

d) **Intoxicación acuosa. Hiponatremia:** La hiponatremia puede producir irritabilidad postoperatoria, convulsiones, somnolencia, confusión o coma.

Cuando estos síntomas han sido descritos en niños con infecciones agudas del sistema nervioso central, estará indicada la determinación de los electrolitos séricos.

e) **Uremia.**

f) **Tóxicos.**

Encefalopatías producidas por el plomo, estriquina,

arsénico, fluoruro sódico, alcanfor, querosene, gasolina, ácido bórico, aceites volátiles, plantas venenosas, intoxicación por salicilatos.

g) **La deficiencia en piridoxina:**

En los niños pequeños puede producir irritabilidad, hiperacusia, cólico, regurgitación y accesos convulsivos.

h) **Anoxia:**

- Asfixia
- Anestesia
- Intoxicación por el monóxido de carbono
- Somnolencia
- Respiración retenida.

i) **Adición a drogas:**

Puede presentarse en los recién nacidos de madres que toman corrientemente narcóticos. Estos niños pueden presentar trastornos respiratorios, intranquilidad, temblores, irritabilidad, convulsiones y un grito de tono elevado algunas horas después del nacimiento.

FACTORES CEREBRALES

a) **Traumatismo:**

- Contusión cerebral
- Hematoma extradural, hematoma subdural.

El hematoma subdural puede producir accesos en el recién nacido o en la infancia más avanzada.

b) Infecciones del sistema nervioso central:

- Toxoplasmosis: Hay que tenerlo en mente en el diagnóstico diferencial de los accesos convulsivos en los recién nacidos y niños pequeños.
- Encefalitis: Esta complicación puede preceder, acompañar o seguir a las siguientes enfermedades exantemáticas agudas de la infancia: Sarampión, rubeola, varicela y escarlatina.
- Meningitis: Las convulsiones tienen a veces gran importancia clínica como manifestación de las meningitis. Los accesos convulsivos repetidos, con frecuencia unilaterales, se presentan con especial facilidad en las pacientes con meningitis tuberculosa.
- Derrames subdurales como complicación de la meningitis bacteriana: La existencia de un derrame subdural debe tenerse en mente, cuando persistan signos y síntomas durante el curso de una meningitis, después de iniciarse una terapéutica adecuada.
- Abscesos intracraneales.
- Sífilis
- Hidrocefalia

c) Hemorragia intracraneana:

- Hematoma subdural
- Hematoma extradural
- Hemorragia subaracnoidea
- Enfermedades por diátesis hemorrágicas:

- a) Hemofilia
- b) Púrpura trombocitopénica.

MÉTODOS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO

1. Interrogatorio de gran urgencia: Investigación de antecedentes de convulsiones previas, tipos de las mismas, retraso mental, fiebres, exposición a tóxicos, medicamentos y antecedentes familiares de convulsión.
2. Exploración clínica rápida: Esto debe incluir la presencia de fiebre, traumatismo cerebral o de la lengua, aparición de hemangiomas en la cara, cuero cabelludo, circunferencia cefálica, características de las fontanelas, signos meníngeos, papiledema, coriorretinitis, signo de chvostek y -trousseau, signos neurológicos focales, hiperventilación.

EXAMENES DE LABORATORIO:

1. Pruebas que deben ser practicadas en todo caso:
 - a) L.C.R.
 - b) Glucosa, urea, Ca, Mg, P y proteínas totales.
 - c) Prueba de cloruro férrico y de preferencia FPN, para investigación de fenotiazinas en la orina.
 - d) Electrolitos, principalmente Na.

- e) Transiluminación.
2. Pruebas que no ameritan urgencia en todos los casos :
- a) Rx de cráneo y huesos largos .
 - b) E.E.G.
 - c) Pruebas especiales más selectas como: angiografía cerebral, neomoencefalografía, ventriculografía y ecograma. (4)

MANEJO TERAPEUTICO

1. Manejo inmediato:

- a) Mantener vías aéreas libres.
- b) Administración de oxígeno.
- c) Si existe fiebre, controlarla con medios físicos.
- d) Colocar una venoclisís.
- e) Si se tiene sospecha fuertemente el diagnóstico de hipoglicemia, se administrará glucosa al 50%, 1 ml/kg, por vía iv lentamente, hasta que desaparezcan las convulsiones.
- f) Si se tiene sospecha de hipocalcemia, administrar gluconato de calcio al 10%, lentamente, como máximo 10cc.
- g) Si se sospecha hipomagnesemia, aplicar sulfato de magnesio al 2 ó 3%, por vía iv. de 2 a 6 cc.
- h) Si existe dependencia a la piridoxina, administrar 25-50 mg de vitamina B6 por vía iv.
- i) Los medicamentos por orden de elección anticonvulsivante (diluirlos según medicamento)

1- Diazepán: 0.2-0.3 mg/kg; dosis iv lentamente. - Puede repetirse la dosis c/10 minutos hasta tener controladas las convulsiones, no pasando de 10 mg.

2- Fenobarbital: 10 mg/kg/dosis iv, lentamente. - Puede repetirse la dosis en 30 minutos.

3- Difenilhidantoina: No debe usarse en problemas agudos, ya que tarda en actuar.

j) En caso de edema cerebral, usar manitol: 2.5 gr/kg, en dosis directa iv. lentamente.

k) Dexametasona: 0.5-1 mg/m/dosis iv. Cada 4 horas.

El repetir las dosis de anticonvulsivos, debe recordar se que el diazepán y fenobarbital actúan deprimiendo el centro cardiorrespiratorio, y por lo tanto, debe vigilarse muy de cerca a los pacientes. Si no son controladas las convulsiones después de un período razonable, considerar necesariamente la anestesia general. (3)

PRONOSTICO:

La aparición repentina de una crisis convulsiva, crea un problema serio para el paciente, su familia, y su médico. Antes que nada, existe la posibilidad de que sea la manifestación inicial de una enfermedad neurológica que termine con la vida del paciente.

El pronóstico dependerá de la causa de la convulsión, del tiempo de duración de una crisis convulsiva; así tenemos: Si las crisis son frecuentes o de control difícil la capacidad mental puede alterarse; pero si las crisis son poco frecuentes y el EEG relativamente normal entre los ataques, el pronóstico será excelente para el paciente. (12)

VI.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Para la elaboración del presente trabajo se revisaron los registros clínicos de todos los niños menores de un año de edad, que por alguna causa presentaron convulsiones en el período comprendido del 1o. Enero de 1977 al 31 de Enero de 1980; obteniéndose un total de 100 casos, de ambos sexos procedentes de esta capital en su mayoría ladinos e indígenas indistintamente.

Observándose que el grupo más afectado es el comprendido entre los 10 y 12 meses de edad y que la principal causa fue de origen febril.

Se observó que del grupo estudiado un paciente presentó complicación de origen infeccioso; no se pudo detectar fallecidos debido a que por razones internas del departamento de estadística y archivo no se obtuvieron los registros clínicos, por lo que se excluyen del trabajo.

A continuación se exponen otra serie de datos y cuadros correspondientes, que resumen el trabajo.

CUADRO NUMERO 1

Grupos de edad y sexo, en estudio retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida; durante los años 1977 a 1980 en el Depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

GRUPOS EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0-3 Meses	17	30	13	29	30	30
4-6 Meses	14	25	8	18	22	22
7-9 Meses	5	9	6	14	11	11
10-12 Meses	20	36	17	39	37	37
TOTAL	56	100	44	100	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En el cuadro anterior se observa la relación entre el grupo edad y sexo, encontrando un predominio no significativo sobre el sexo masculino; y equiparidad en los grupos de edades para ambos sexos a excepción del grupo de 10 y 12 meses de edad con 37% del total de casos.

CUADRO NUMERO 2

Motivo de consulta que presentaron los pacientes en estudio: retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el Depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

MOTIVO DE CONSULTA	No.	%
Convulsión tónico clónica	100	44.64
Fiebre	63	28.12
Irritabilidad	22	9.82
Crecimiento cabeza	3	1.33
Tos	2	0.89
Golpe de cráneo	3	1.33
Anorexia	6	2.67
Diarrea	16	7.14
Vómitos	8	3.57
Escalofríos	1	0.44
TOTAL	224	100.00

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios

En este cuadro se demuestra que el 45% de los casos estudiados, consultó por convulsiones tónico clónica; asimismo la mayoría iba asociada con fiebre.

CUADRO NUMERO 3

Antecedentes importantes, observados en estudio retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

ANTECEDENTE	No.	%
Parto atendido por comadrona	1	1
Anoxia perinatal	5	5
Microcefalia	3	3
Hidrocefalia	3	3
Alimentación a base agua	1	1
Sin antecedentes	87	87
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios

El cuadro anterior muestra los antecedentes importantes de los pacientes estudiados, que son bajos; lo cual demuestra que los datos en los registros clínicos son insuficientes.

CUADRO NUMERO 4

Hallazgos clínicos detectados en estudio retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. - Guatemala.

HALLAZGOS CLINICOS	No.	%
Fiebre	63	32.47
Espasticidad	2	1.03
Espasmo carpopedal	1	0.51
Fontanela anterior deprimida	1	0.51
Mucosas secas	1	0.51
Llanto sin lágrimas	1	0.51
Microcefalia	3	1.54
Hidrocefalia	3	1.54
Estado posictal	19	9.79
Espasmo muscular generalizado	70	36.08
Espasmo muscular localizado en miembros superiores e inferiores	15	7.73
Espasmo muscular localizado en M.S.	10	5.15
Espasmo muscular localizado en M.I.	5	2.57
TOTAL	194	100.00

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro se muestra que los hallazgos clínicos más frecuentes encontrados en el total de los casos estudiados fueron: - los espasmos musculares generalizados y la fiebre, ocupando un porcentaje de 36.08 y 32.47% respectivamente.

CUADRO NUMERO 5

Impresión clínica de ingreso, en estudio retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. - Guatemala.

IMPRESION CLINICA	No.	%
Meningitis de etiología	18	18
Síndrome convulsivo de etiología	59	59
Hipoglicemia	2	2
Tétanos	2	2
Hipocalcemia	1	1
Anoxia cerebral	7	7
Paludismo-Convulsión febril	1	1
Hidrocefalia	3	3
Microcefalia	3	3
Traumatismo cráneo	3	3
DHE	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios

En este cuadro se observa la impresión clínica de ingreso, observando que la principal fue: "Síndrome convulsivo de etiología a determinar"; observando en el registro clínico que todos presentaban cuadro febril.

El otro grupo de mayor frecuencia corresponde a infecciones del sistema nervioso central, el resto del grupo estudiado corresponde a causas etiológicas más comunmente descritos en la literatura.

CUADRO NUMERO 6

Tratamiento de urgencia instituido a los pacientes en estudio retrospectivo sobre Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
Diazepán	76	76
Fenobarbital	20	20
Epamin	1	1
Glucenato de Ca	1	1
Dextrosa	2	2
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro se puede observar que en el 97% de los casos de primera elección, sin determinar causa de convulsión son tratados específicamente con sedantes y barbitúricos.

CUADRO NUMERO 7

Etiología de la convulsión en estudio retrospectivo de Convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

ETIOLOGIA	No.	%
Meningitis	18	18
Hidrocefalia	3	3
Microcefalia	3	3
Traumatismo de cráneo	3	3
Hipoglicemia	2	2
Hipocalcemia	1	1
Anoxia cerebral	7	7
Tétanos	2	2
Hemorragia intracraneana	2	2
Idiopática	14	14
Febriles	44	44
DHE	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro se muestra que el mayor porcentaje de causa de convulsión lo ocupan las convulsiones ocasionadas por fiebre.

CUADRO NUMERO 8

Exámenes de laboratorio positivos en estudio retrospectivo sobre convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980. En el departamento de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

LABORATORIO	No.	%
Positivos	24	24
Negativos	76	76
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro demostramos que en un alto porcentaje las ayudas diagnósticas de laboratorio son negativas, a excepción de los casos con sospecha de Meningitis que fueron positivos.

CUADRO NUMERO 9

Diagnóstico de egreso, en estudio retrospectivo sobre convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980, en el Depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. Guatemala.

DIAGNOSTICO	No.	%
Convulsión febril	44	44
Meningitis	18	18
Idiopática	14	14
Anoxia Cerebral	7	7
Hidrocefalia	3	3
Microcefalia	3	3
Traumatismo de cráneo	3	3
Tétanos	2	2
Hipoglicemia	2	2
Hipocalcemia	1	1
Hemorragia intracraneana	2	2
DHE	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro se demuestra que el 44% de los casos egresaron con diagnóstico de convulsiones febriles.

CUADRO NUMERO 10

Conducta terapéutica usada en estudio retrospectivo sobre convulsiones durante el primer año de vida, durante los años 1977 a 1980 en el Depto. de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. - Guatemala.

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
Fenobarbital	94	50.00
Epamin	1	0.53
Colocación válvula Holter	3	1.59
Plan Educativo	90	47.87
TOTAL	188	100.00

Fuente: Archivo H.G.S.J. de Dios.

En este cuadro importante desde el punto de vista terapéutico encontramos que, al 95% de los casos se les dio egreso con sedantes por tiempo no explicativo; la mayoría de los familiares de los pacientes afectados, recibieron plan educativo no explicando el contenido del mismo en los registros clínicos y el 1% de los casos se colocó válvula de Holter; derivación céfalo peritoneal.

Se observó que de los casos anteriormente descritos, únicamente al 21.05 se le dio cita a la consulta externa y el 3.75 fue egresado por los padres de los niños.

VII.- CONCLUSIONES

Posteriormente a la observación y análisis de los cuadros estadísticos podemos concluir en:

1. No hay significancia estadística respecto al sexo del grupo estudiado.
2. Los grupos de edad fueron afectados en forma equitativa, a excepción del grupo 10-12 meses.
3. Todos los pacientes llegaron convulsionando a la emergencia del hospital.
4. En la mayoría de los casos no se encontraron antecedentes; considerando que los datos obtenidos de los registros clínicos son insuficientes.
5. La impresión clínica de ingreso más común fue: "Síndrome convulsivo de etiología a determinar"; y otro grupo correspondiente a varios cuadros clínicos que conllevan a convulsiones; por lo que considero que fueron bien estudiados los casos al ingreso.
6. En el 97% de los casos se utilizó barbitúricos y sedantes como de tratamiento de urgencia.

7. El estudio etiológico demostró que la causa principal de convulsión fue de origen febril.
8. La conducta terapéutica de egreso no determina el tiempo de tratamiento.
9. La mayoría de los familiares de los pacientes reciben plan educacional, desconociéndose la calidad del mismo.
10. El porcentaje de reconsultas es muy bajo por lo que considero que problemas de escuelas no son detectados.

VIII.- RECOMENDACIONES

1. Adoptar una conducta conservadora al recibir al paciente, efectuando una pequeña historia y evaluación clínica general rápida, tomando en consideración medidas protectoras para el paciente (liberación de vías aéreas, colocación de protector de lengua, acostar al paciente, aspiración de flemas, etc.).
2. Tratamiento de urgencia para parar la convulsión encaminada a una sospecha clínica racional, para no enmascarar cuadros clínicos que pongan en riesgo la integridad cerebral.
3. Al ceder una convulsión es importante siempre tener un resultado de punción lumbar, aquel paciente que convulsiona por primera vez; es conveniente también tomar una muestra de sangre para hematología, química sanguínea, glicemia, electrólitos en suero (Na, K, Ca y P).
4. Ingresar al paciente a un servicio interno para efectuar consulta a neurología y electroencefalograma.
5. Determinar el diagnóstico del paciente, para administrar el tratamiento de sostén adecuado.
6. Efectuar un plan educacional a los padres o encargados del paciente, en el cual se incluyen:

El porqué de las convulsiones

Que hacer ante una convulsión

Tipo de tratamiento

Riesgo de las drogas antoconvulsivas

Buena adaptación del paciente

Importancia periódica del paciente a consulta externa y electroencefalograma.

IX.- BIBLIOGRAFIA

1. El niño con convulsiones por fiebre.
Dra. Eilen M. Ourlette
Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Mayo, 1974.
2. Trastornos convulsivos en niños
Dr. John Stobo Prichar
Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Noviembre, 1974.
3. Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría.
La prensa médica mexicana. Hospital del niño. Desarrollo integral de la familia. 1977.
4. El diagnóstico en pediatría
Dr. Morris Green
Dr. Julius B. Ricmond, 1965.
5. Rossiter E.J.R. Convulsions in the first three years of life.
The medical journal of Australia, 1977.
6. Convulsiones febriles, Tesis por Coralia Mercedes Cajas Nimatuj, 1979.
7. Convulsiones en el niño, Tesis por Walter Emilio Bigit Alferez. 1978.

8. El lactante, fisiología, patología y terapéutica durante el primer año de vida.
Hans, Ewerbeck. Editorial Científico médico.
9. Tratado de Pediatría, Nelson Waldo E., Vaughan Víctor C., Mc Kay R. Jones. Sexta Edición, Tomo II. Salvat Editores, S.A.
10. Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat Editores. S.A. Undécima Edición.
11. La clínica y el laboratorio
Interpretación de análisis y pruebas funcionales. A. Gallcells. 11a Edición.
12. Principles of internal medicine. Octava Edición. Mc Graw-Hill Book company, 1977.

Br. ELISA BEATRIZ OSORIO AGUILAR

Dr. Dr. CARLOS EDUARDO CALDERON V.
Asesor.

Dr. DR. NESTOR ALFONSO GUZMAN M.
Revisor.

Dr. Dr. HECTOR ALFREDO NUILA E.
Director de Fase III

Dr. RAUL CASTILLO RODAS
Secretario

Vo. Bo. Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO
Decano