

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-38
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CONVULSION FEBRIL	F. Emisión : 14/10/11 F. Revisión : 14/10/13 Página 1 de 8

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN CONVULSION FEBRIL  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**2011-2013**

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dr. Hector Camerati V. Dra. Orieta Carmona A.	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gac D	Dra. Margarita Estefán S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha: 13/10/11	Fecha: 14/10/11



	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-38
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CONVULSION FEBRIL	F. Emisión : 14/10/11
		F. Revisión : 14/10/13
		Página 1 de 8

**PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN CONVULSION FEBRIL  
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

**2011-2013**

Elaborado por	Revisado por	Autorizado por
Dr. Hector Camerati V. Dra. Orieta Carmona A.	Dr. Francisco Armijo B. Dra. Rayén Gac D	Dra. Margarita Estefan S.
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 17/08/11	Fecha: 13/10/11	Fecha: 14/10/11

## **1.- Introducción**

Las convulsiones febriles, o también llamadas crisis febriles, se definen como una convulsión que ocurre durante un episodio de fiebre en un niño entre 3 meses y 5 años de edad en el cual no exista infección del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas de base o historia previa de convulsiones no asociadas a fiebre. La edad inferior para la cual se considera la definición varía según los diferentes autores, pudiendo ser de 1 mes hasta 6 meses en adelante. En cuanto a la definición de fiebre no existe consenso con respecto a la cantidad numérica de fiebre esperable, aunque algunos expertos locales opinan que pareciera razonable asumir que al menos debiera consignarse temperatura hasta 38.5°C para atribuirle la convulsión a la fiebre. Son bastante frecuentes, presentándose en el 2 al 5% de los niños, aunque pudieran haber algunas diferencias por raza y son un poco más frecuentes en niños (1,4 : 1). La mayoría se presenta antes de los 4 años, con un peak de presentación a los 18 meses.

Es pues, el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia.

## **2.-Objetivo general**

Entregar los criterios de ingreso para los pacientes que han presentado convulsión febril, sean derivados desde la atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, del nivel secundario de los Hospitales de Quilpué y San Martín de Quillota, como de médicos pediatras y de otras especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke, tanto de la Atención Cerrada como la Atención Ambulatoria.

## **3.-Objetivos específicos**

- 3.1 Evaluar, diagnosticar y tratar a todos los pacientes que cumplan criterios administrativos y técnicos de derivación con diagnóstico de Convulsión febril.
- 3.2 Brindar apoyo multidisciplinario a los pacientes ingresados a la Unidad, de acuerdo a lo establecido en 3.1.
- 3.3 Solicitar los exámenes que cada caso requiera de acuerdo a lo que se establezca en 3.1.

## **4.- Alcance**

Este Protocolo aborda los criterios de Referencia y Contrareferencia al Nivel Secundario y Terciario de atención de niños menores de 5 años de edad que presentan Convulsión febril.

### **4.1 Usuarios a los que está dirigido el Protocolo:**

- 4.1.1 Directores y Médicos Generales de Centros de Salud de Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

4.1.2 Médicos Jefes de Servicios de Atención Cerrada y Jefes de Consultorios de Especialidades Ambulatorias del Hospital Dr. Gustavo Frücke, de Quilpué y San Martín de Quillota.

4.1.3 Médicos de Servicios de Urgencia APS (SAPUS) y Hospitalaria Pediátricos de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

#### 4.2 Documentos Aplicables

Documento de referencia y contra-referencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible. En explotación Módulo de Referencia y Contrareferencia (SIDRA), el Profesional o Administrativo, Visador Local de la Referencia, deberá asegurar todos los campos que se señalan:

- Requerimientos de la Interconsulta de Referencia
  - ✓ Datos de identificación del paciente completos.
  - ✓ Diagnóstico.
  - ✓ Motivo de derivación.
  - ✓ Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
  - ✓ Nombre y timbre del médico.

#### 5.- Definiciones

Se desconoce la causa de la convulsión febril, aunque se piensa que el sistema nervioso inmaduro por la edad, asociado a fiebre, tendría un rol en su fisiopatología. Se describe que existe agregación familiar y se ha establecido que pudiera asociarse a un patrón de herencia de tipo poligénico multifactorial, estimándose que si un niño presenta convulsiones febriles, sus hermanos tendrán un riesgo aproximado de 22% de también presentarlas.

#### CLINICA

El 81% de las crisis febriles se presenta dentro de las primeras 24 horas de fiebre según un estudio chileno realizado en 2 servicios de urgencia de nuestro país. Y las causas de fiebre descrita son múltiples: Infecciones respiratorias (60-80%), posterior a la colocación de vacunas DPT y MMR (1%) y otros (19-39%) como síndrome diarreico agudo, ITU y exantema súbito.

Su presentación clínica es comienzo con grito o llanto al cual le sigue la pérdida de conocimiento asociado a un estado tónico en el cual pudiera haber cianosis, para luego comenzar con movimientos rítmicos repetitivos; finalmente cediendo para dar paso a un período post ictal con sueño de duración variable.

Según su presentación pueden clasificarse en simples o complejas, lo que conlleva un manejo diferente:

SIMPLES (85%)	COMPLEJAS (15%)
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Generalizadas</li><li>▪ Duración &lt; 15 minutos</li><li>▪ 1 vez en 24 horas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Focales</li><li>• Duración &gt;15 minutos</li><li>• Más de 1 episodio en 24h</li><li>• Niños con alteraciones de base del SNC (Parálisis cerebral o retraso DSM)</li></ul>

El diagnóstico es clínico y en el caso de las crisis febriles simples no se requiere estudio.

#### **Pronóstico**

- 32% de las crisis febriles recurren en los 2 años siguientes.
- Crisis febriles sin factores de riesgo, recurrió en 4%.
- Crisis febriles con un factor de riesgo, recurrió en 23%
- Crisis febriles con dos factores de riesgo, recurrió en 32%
- Crisis febriles con tres factores de riesgo, recurrió en 62%
- Crisis febriles con cuatro factores de riesgo. Recurrió en 76%

Sólo 2 a 4% de las crisis febriles hicieron posteriormente epilepsia.

Factores de riesgo para posterior epilepsia al momento de la 1ª crisis febril:

1. Examen neurológico alterado.
2. Status convulsivo
3. Epilepsia familiar.
4. Convulsión febril compleja.

-60% de la primera crisis febril no tiene ninguno de estos factores, por tanto su riesgo de epilepsia es de 0,9%.

#### **6.-Responsable**

- 4.3 Directores/as de establecimientos de Atención Primaria y médicos APS
- 4.4 Director de Hospital Dr. Gustavo Fricke
- 4.5 Médico Jefe CAE
- 4.6 Neurólogos infantiles Hospital Fricke
- 4.7 Médicos pediatras UEI

## 7.-Prioridad de la derivación:

### Patología NO GES

Prioridad 1: Se considera pertinente derivar al Servicio de Urgencia en caso de:

- Sospecha de infección SNC
- Convulsión febril compleja
- Status epiléptico febril
- Crisis recurrentes durante el día
- Compromiso de conciencia
- Crisis focal
- Paciente menor de 12 meses

Prioridad 2: En Consultorio Nivel Primario

1. 1ª Crisis febril sin factor pronóstico de recurrencia (lapso febril previo corto, fiebre bajo 39º C, menor de 1 año, historia familiar de crisis febriles)

- Información (Instructivo escrito a la familia)
- Alta.

2. 1ª Crisis febril con factor pronóstico de recurrencia

- Información (Instructivo escrito a la familia)
- Seguimiento hasta completar 2 años sin crisis o hasta cumplir 5 años de edad.

3. 1ª Crisis febril con factor pronóstico de epilepsia

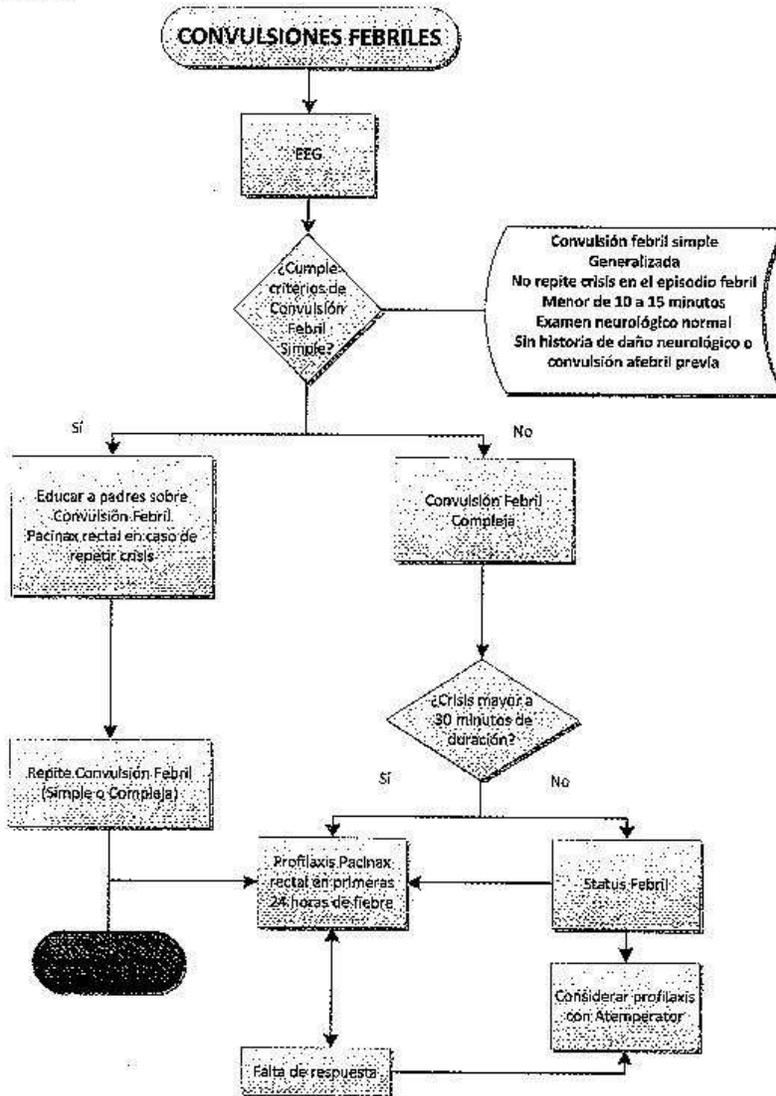
- Derivar a Neurología Nivel Secundario

Prioridad 3: Crisis febril recurrente: derivar a Neurología Nivel Secundario

En Neurología Nivel Secundario:

1. Evaluación clínica
2. EEG
3. Diazepam rectal SOS
4. Acido Valproico en caso de tratamiento rectal no confiable o en recurrencias a pesar del diazepam rectal.
5. Paciente estabilizado, con tratamiento, derivar a:
  - Consultorio Nivel Primario
  - Seguimiento hasta cumplir 2 años sin crisis o 5 años de edad.
  - Alta

8.- Flujoograma<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Extraído de Protocolo de Convulsiones Febriles Servicio de Neurología y Psiquiatría | Hospital Luis Calvo Mackenna

### 9.- Indicadores de calidad

- ❖ Relación de pacientes Nuevos vs. Control.

Indicador: N° Pac. Nuevos Ingresados / Total de Pac. en Control. Medición: Trimestral.

- ❖ Altas

Indicador: N° de Pac. con alta anual / Total Pac. en Control. Medición: Anual.

- ❖ Abandono

Indicador: N° Pac. inasistentes a 3 Controles / Total Pac. en Control. Medición: Semestral.

- ❖ Resolutividad Cuantitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes Atendidos. Medición: Semestral.

- ❖ Resolutividad Cualitativa

Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes en Control. Medición: Anual.

### 10.- Anexos:

#### PAUTA DE COTEJO

ITEMS A EVALUAR	SI	NO	% Cumplimiento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	N° DOCUMENTO

**11.- Bibliografía de Referencia**

1. Febrile seizures; clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 2008; 121(6): 1280-1287.
2. Febrile Seizures: A Consensus of Their Significance, Evaluation, and Treatment. *Pediatrics* 1980; 66: 1009.
3. Ripol et al. Convulsiones febriles: protocolo diagnóstico terapéutico. *Bol Pediatr*. 2000; 40:68-71
4. Deborah G. Febrile Seizures. *Pediatrics in Review*. 1997;18:5-9.
5. Febrile seizures. *Journal of pediatric health care*. 2007;21: 250-255
6. Recurrencia de crisis febriles en una población chilena. Hernández et al. *Rev Chil Pediatr*. 2008; 79(5): 488-494
7. Leung et al. Febrile seizures. *Journal of pediatric health care*. 2007;21: 250-255.
8. Lahat et al. Comparison of intranasal midazolam with intravenous diazepam for treating febrile seizures in children: prospective randomised study. *BMJ*. 2000 Jul 8;321(7253):83-6
9. Karande S. et al. Febrile seizures: a review for family physicians. *Indian J Med Sci*. 2007;61:161-172
10. Appleton et al. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16;(3):CD001905.
11. Offringa et al. Evidence based management of seizures associated with fever. *BMJ*; 2001.323(10): 1111-1114.
12. Fetveit et al. Assessment of febrile seizures in children. *Eur J Pediatr* (2008) 167:17–27.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Servicio de Salud  
Viña del Mar-Quillota  
Int. N° 387 de 04.11.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° **5870**

VIÑA DEL MAR, 22 NOV. 2011

**VISTO:**

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir al mejoramiento de la capacidad resolutive de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.
- 2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.



3.- El Memorandum Nº 580, de fecha 19 de octubre de 2011, del Director de Atención Primaria en Salud, del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2011 – 2013.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Convulsión Febril, para el período 2011 – 2013, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

#### **RESOLUCIÓN:**

1. **APRUÉBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Convulsión Febril 2011 – 2013, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta Nº 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

#### **PROTOCOLO DE DERIVACIÓN CONVULSIÓN FEBRIL REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 2011 – 2013**

#### **1.- Introducción**

Las convulsiones febriles, o también llamadas crisis febriles, se definen como una convulsión que ocurre durante un episodio de fiebre en un niño entre 3 meses y 5 años de edad en el cual no exista infección del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas de base o historia previa de convulsiones no asociadas a fiebre. La edad inferior para la cual se considera la definición varía según los diferentes autores, pudiendo ser de 1 mes hasta 6 meses en adelante. En cuanto a la definición de fiebre no existe consenso con respecto a la cantidad numérica de fiebre esperable, aunque algunos expertos locales opinan que pareciera razonable asumir que al menos debiera consignarse temperatura hasta 38.5°C para atribuirle la convulsión a la fiebre. Son bastante frecuentes, presentándose en el 2 al 5% de los niños, aunque pudieran haber algunas diferencias por raza y son un poco más frecuentes en niños (1,4 : 1). La mayoría se presenta antes de los 4 años, con un peak de presentación a los 18 meses.

Es pues, el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia.



## 2.-Objetivo general

Entregar los criterios de ingreso para los pacientes que han presentado convulsión febril, sean derivados desde la atención primaria de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, del nivel secundario de los Hospitales de Quilpué y San Martín de Quillota, como de médicos pediatras y de otras especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke, tanto de la Atención Cerrada como la Atención Ambulatoria.

## 3.-Objetivos específicos

3.1 Evaluar, diagnosticar y tratar a todos los pacientes que cumplan criterios administrativos y técnicos de derivación con diagnóstico de Convulsión febril.

3.2 Brindar apoyo multidisciplinario a los pacientes ingresados a la Unidad, de acuerdo a lo establecido en 3.1.

3.3 Solicitar los exámenes que cada caso requiera de acuerdo a lo que se establezca en 3.1.

## 4.- Alcance

Este Protocolo aborda los criterios de Referencia y Contrareferencia al Nivel Secundario y Terciario de atención de niños menores de 5 años de edad que presentan Convulsión febril.

### 4.1 Usuarios a los que está dirigido el Protocolo:

4.1.1 Directores y Médicos Generales de Centros de Salud de Atención Primaria de Salud de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

4.1.2 Médicos Jefes de Servicios de Atención Cerrada y Jefes de Consultorios de Especialidades Ambulatorias del Hospital Dr. Gustavo Fricke, de Quilpué y San Martín de Quillota.

4.1.3 Médicos de Servicios de Urgencia APS (SAPUS) y Hospitalaria Pediátricos de la Red del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.

### 4.2 Documentos Aplicables

Documento de referencia y contra-referencia (interconsulta). Completar los datos es responsabilidad del médico quien debe escribir con letra legible. En explotación Módulo de Referencia y Contrareferencia (SIDRA), el Profesional o Administrativo, Visador Local de la Referencia, deberá asegurar todos los campos que se señalan:

- Requerimientos de la Interconsulta de Referencia
  - ✓ Datos de identificación del paciente completos.
  - ✓ Diagnóstico.
  - ✓ Motivo de derivación.
  - ✓ Breve evolución clínica, exámenes y tratamientos realizados.
  - ✓ Nombre y timbre del médico.



## 5.- Definiciones

Se desconoce la causa de la convulsión febril, aunque se piensa que el sistema nervioso inmaduro por la edad, asociado a fiebre, tendría un rol en su fisiopatología. Se describe que existe agregación familiar y se ha establecido que pudiera asociarse a un patrón de herencia de tipo poligénico multifactorial, estimándose que si un niño presenta convulsiones febriles, sus hermanos tendrán un riesgo aproximado de 22% de también presentarlas.

### CLINICA

El 81% de las crisis febriles se presenta dentro de las primeras 24 horas de fiebre según un estudio chileno realizado en 2 servicios de urgencia de nuestro país. Y las causas de fiebre descrita son múltiples: Infecciones respiratorias (60-80%), posterior a la colocación de vacunas DPT y MMR (1%) y otros (19-39%) como síndrome diarreico agudo, ITU y exantema súbito.

Su presentación clínica es comienzo con grito o llanto al cual le sigue la pérdida de conocimiento asociado a un estado tónico en el cual pudiera haber cianosis, para luego comenzar con movimientos rítmicos repetitivos; finalmente cediendo para dar paso a un periodo post ictal con sueño de duración variable.

Según su presentación pueden clasificarse en simples o complejas, lo que conlleva un manejo diferente:

SIMPLES (85%)	COMPLEJAS (15%)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Generalizadas</li><li>▪ Duración &lt; 15 minutos</li><li>▪ 1 vez en 24 horas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Focales</li><li>• Duración &gt;15 minutos</li><li>• Más de 1 episodio en 24h</li><li>• Niños con alteraciones de base del SNC (Parálisis cerebral o retraso DSM)</li></ul>

El diagnóstico es clínico y en el caso de las crisis febriles simples no se requiere estudio.

### Pronóstico

- 32% de las crisis febriles recurren en los 2 años siguientes.
- Crisis febriles sin factores de riesgo, recurrió en 4%.
- Crisis febriles con un factor de riesgo, recurrió en 23%
- Crisis febriles con dos factores de riesgo, recurrió en 32%
- Crisis febriles con tres factores de riesgo, recurrió en 62%
- Crisis febriles con cuatro factores de riesgo. Recurrió en 76%

Sólo 2 a 4% de las crisis febriles hicieron posteriormente epilepsia.

Factores de riesgo para posterior epilepsia al momento de la 1ª crisis febril:

1. Examen neurológico alterado.
2. Status convulsivo
3. Epilepsia familiar.
4. Convulsión febril compleja.



-60% de la primera crisis febril no tiene ninguno de estos factores, por tanto su riesgo de epilepsia es de 0,9%.

#### 6.-Responsable

- 4.3 Directores/as de establecimientos de Atención Primaria y médicos APS
- 4.4 Director de Hospital Dr. Gustavo Fricke
- 4.5 Médico Jefe CAE
- 4.6 Neurólogos infantiles Hospital Fricke
- 4.7 Médicos pediatras UEI

#### 7.-Prioridad de la derivación:

##### Patología NO GES

Prioridad 1: Se considera pertinente derivar al Servicio de Urgencia en caso de:

- Sospecha de infección SNC
- Convulsión febril compleja
- Status epiléptico febril
- Crisis recurrentes durante el día
- Compromiso de conciencia
- Crisis focal
- Paciente menor de 12 meses

Prioridad 2: En Consultorio Nivel Primario

1. 1º Crisis febril sin factor pronóstico de recurrencia (lapso febril previo corto, fiebre bajo 39° C, menor de 1 año, historia familiar de crisis febriles)

- Información (Instructivo escrito a la familia)

- Alta.

2. 1º Crisis febril con factor pronóstico de recurrencia

- Información (Instructivo escrito a la familia)

- Seguimiento hasta completar 2 años sin crisis o hasta cumplir 5 años de edad.

3. 1º Crisis febril con factor pronóstico de epilepsia

- Derivar a Neurología Nivel Secundario

Prioridad 3: Crisis febril recurrente: derivar a Neurología Nivel Secundario

En Neurología Nivel Secundario:

1. Evaluación clínica

2. EEG

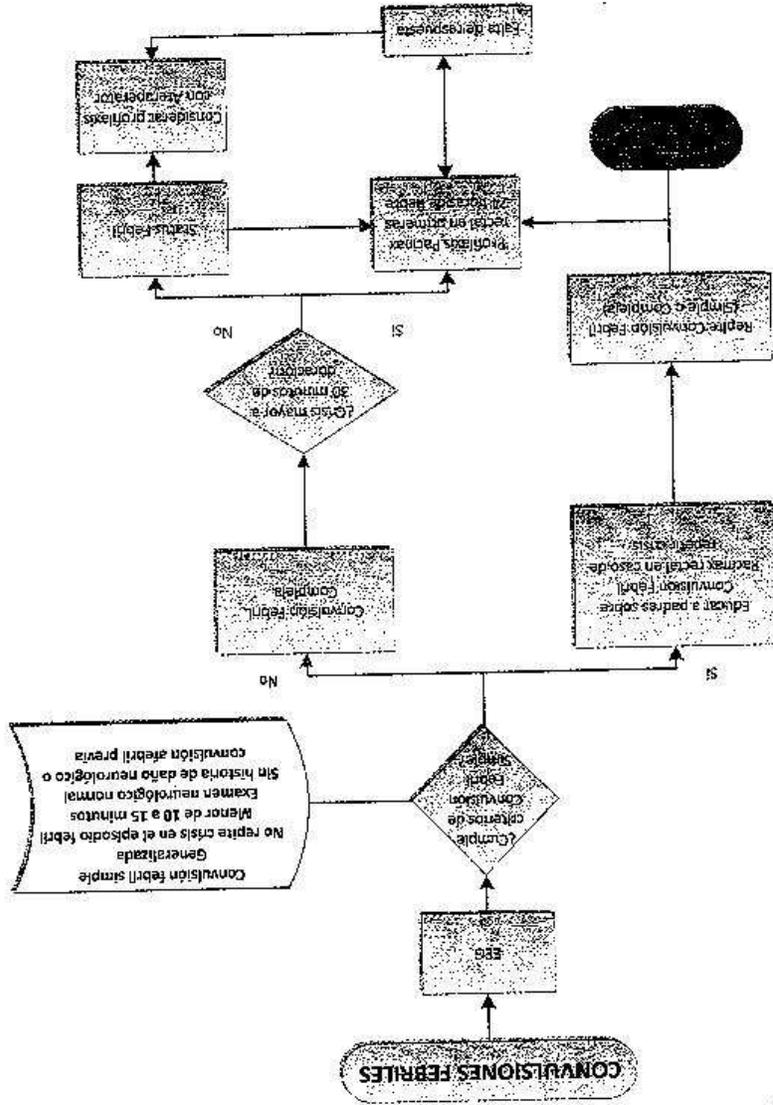
3. Diazepam rectal SOS

4. Acido Valproico en caso de tratamiento rectal no confiable o en recurrencias a pesar del diazepam rectal.



- 5. Paciente estabilizado, con tratamiento, derivar a:
  - Consultorio Nivel Primario
  - Seguimiento hasta cumplir 2 años sin crisis o Saños de edad.
  - Alta

8.- Flujoograma





FECHA	CORRECCION	PUBLICADO	Nº DOCUMENTO

HOJA DE REGISTRO DE MODIFICACIONES

ITEMS A EVALUAR	SI	NO	Cumplimiento %
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

PAUTA DE COTEJO

10.- Anexos:

- ❖ Relación de pacientes Nuevos vs. Control. Indicador: N° Pac. Nuevos Ingresados / Total de Pac. en Control. Medición: Trimestral.
- ❖ Altas Indicador: N° de Pac. con alta anual / Total Pac. en Control. Medición: Anual.
- ❖ Abandono Indicador: N° Pac. Inasistentes a 3 Controles / Total Pac. en Control. Medición: Semestral.
- ❖ Resolutividad Cuantitativa Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes Atendidos. Medición: Semestral.
- ❖ Resolutividad Cualitativa Indicador: N° Pacientes Derivados / N° Pacientes en Control. Medición: Anual.

9.- Indicadores de calidad

TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE  
S. S. VINA DEL MAR - QUILLOTA

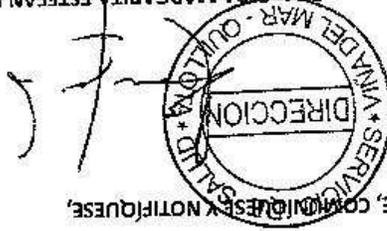


- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

**DISTRIBUCION:**

DRA.EMS/DRA.EM/DRA.RGD/RSM/ACP/acp

DIRECTORA  
DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA  
S. S. VINA DEL MAR - QUILLOTA



ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y NOTIFIQUESE,

3. ESTABLECESE, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Vina del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

1. Febrile seizures; clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. Pediatrics. 2008; 121(6): 1280-1287.
2. Febrile Seizures: A Consensus of Their Significance, Evaluation, and Treatment. Pediatrics 1980; 66: 1009.
3. Ripol et al. Convulsiones febriles: protocolo diagnóstico terapéutico. Bol Pediatr. 2000; 40:68-71
4. Deborah G. Febrile Seizures. Pediatrics in Review. 1997;18:5-9.
5. Febrile seizures. Journal of pediatric health care. 2007;21: 250-255
6. Recurrencia de crisis febriles en una población chilena. Hernández et al. Rev Chil Pediatr. 2008; 79(5): 488-494
7. Leung et al. Febrile seizures. Journal of pediatric health care. 2007;21: 250-255.
8. Lahat et al. Comparison of intranasal midazolam with intravenous diazepam for treating febrile seizures in children: prospective randomised study. BMJ. 2000 Jul 8;321(7253):83-6
9. Karande S. et al. Febrile seizures: a review for family physicians. Indian J Med Sci. 2007;61:161-172
10. Apleton et al. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD001905.
11. Offringa et al. Evidence based management of seizures associated with fever. BMJ; 2001;323(10): 1111-1114.
12. Fetveit et al. Assessment of febrile seizures in children. Eur J Pediatr (2008) 167:17–27.

**11.- Bibliografía de Referencia**