


**HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SERVICIO DE NEUROLOGÍA
PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONVULSIONES FEBRILES**

CONTENIDO:

1. AUTORES
2. REVISORES
3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES DE LOS AUTORES Y/O REVISORES
4. JUSTIFICACIÓN
5. ALCANCE Y PROPÓSITO
6. OBJETIVOS
7. ANTECEDENTES LOCALES
8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD
9. EPIDEMIOLOGÍA
10. DEFINICIÓN
11. FISIOPATOLOGÍA
12. ETIOLOGÍA
13. MANIFESTACIONES CLÍNICAS
14. HALLAZGOS DE LABORATORIO E IMÁGENES
15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
16. TRATAMIENTO
17. CRITERIOS DE REFERENCIA
18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO
19. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR
20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 2 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

1. AUTORES: Dra. Leria Batista, Servicio de Neurología.

2. REVISORES: Dra. Carmen Báez, Dra. Marion Alleyne, Dra. Eva Pérez, Servicio de Neurología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores y revisores participantes en la elaboración de este protocolo de atención declaran que no existen conflictos de intereses que afecten el contenido.

4. JUSTIFICACIÓN

Las convulsiones febriles constituyen la causa más frecuente de crisis convulsivas en la edad pediátrica. Aunque en la mayoría de los casos tienen un curso benigno y autolimitado, generan alta demanda de atención en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta pediátrica, además de importante ansiedad familiar. Su adecuado reconocimiento y manejo permiten identificar oportunamente pacientes con riesgo de complicaciones o patologías subyacentes del sistema nervioso central.

5. ALCANCE Y PROPÓSITO

ALCANCE:

Este protocolo está dirigido a la población pediátrica que requiera atención en Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel, en cualquier vía de consulta, cuarto de urgencias o en áreas de consulta externa especializada con el diagnóstico de convulsiones febriles.

PROPÓSITO:

La implementación de un protocolo institucional permite estandarizar la evaluación diagnóstica, el manejo terapéutico y los criterios de referencia e ingreso, promoviendo una atención oportuna, segura y basada en evidencia científica, evitando estudios y tratamientos innecesarios, y optimizando los recursos hospitalarios.


6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer un protocolo de atención para el paciente con sospecha o diagnóstico de convulsiones febriles.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estandarizar la evaluación clínica y el manejo inicial de los pacientes pediátricos con convulsiones febriles en los diferentes servicios de atención hospitalaria.
- Identificar oportunamente signos de alarma y criterios de riesgo que orienten a convulsiones febriles complejas o patologías neurológicas subyacentes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 3 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

- Disminuir la realización de estudios diagnósticos y tratamientos innecesarios mediante la aplicación de recomendaciones basadas en evidencia científica.
- Brindar orientación adecuada a los familiares sobre el pronóstico, manejo y medidas de actuación ante futuros episodios de convulsiones febriles.

7. ANTECEDENTES LOCALES

La revisión epidemiológica de los pacientes atendidos con diagnóstico de convulsión febril en la consulta externa especializada del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel durante el período 2022–2025 evidenció un comportamiento relativamente constante en el número de casos, con un total anual de 116 casos en 2022, 147 en 2023 y 132 casos tanto en 2024 como en 2025. Se observó un predominio del sexo masculino en todos los años analizados, representando aproximadamente entre el 62 % y 65 % de los casos. Asimismo, el grupo etario más afectado correspondió a los niños de 1 a 4 años, concentrando la mayor proporción de pacientes atendidos, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Los casos en menores de 1 mes y mayores de 15 años fueron prácticamente inexistentes. Estos hallazgos coinciden con la epidemiología descrita internacionalmente, donde las convulsiones febriles se presentan con mayor frecuencia en lactantes y preescolares, especialmente en el sexo masculino.

8. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

CIE 10:

- R56.0 — convulsiones febriles


CIE 11:

- 8A60.0 — convulsiones febriles simples
- 8A60.1 — convulsiones febriles complejas
- 8A60.Y — otras convulsiones febriles especificadas
- 8A60.Z — convulsiones febriles no especificadas

9. EPIDEMIOLOGÍA

Las convulsiones febriles son la alteración neurológica más común en niños pequeños y lactantes. Se presentan con mayor frecuencia entre los 12 - 18 meses de edad y se estima que entre el 2- 5% de los niños menores 5 años podrían presentar al menos un episodio de convulsión febril durante la infancia. Nuestra población pediátrica representa 322,449 niños dentro del grupo de 0-4 años, según el último censo del 2023, corresponde a 16,122 niños que podrían presentar convulsiones febriles. Aunque se ha descrito un ligero predominio en varones, este factor no modifica de forma importante el pronóstico ni el manejo clínico.

Las convulsiones febriles simples se caracterizan por crisis generalizadas, de corta duración, sin manifestaciones focales, con recuperación completa posterior y sin repetición en las siguientes 24 horas. Constituyen la forma más frecuente de presentación de las convulsiones

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 4 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

febriles. A pesar de que cerca de un tercio de los niños puede experimentar nuevos episodios durante la infancia, generalmente tienen un curso benigno y un pronóstico favorable.¹

10. DEFINICIÓN

La American Academy of Pediatrics define la convulsión febril como una crisis convulsiva acompañada de fiebre (≥ 38 °C), que ocurre en lactantes o niños sanos entre los 6 y 60 meses de edad, en ausencia de infección del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas agudas o antecedente de crisis afebriles previas.²

Convulsión febril simple:

La convulsión febril simple corresponde a una crisis convulsiva generalizada, de duración menor de 15 minutos, que ocurre una sola vez en un periodo de 24 horas y en pacientes sin antecedentes neurológicos previos ni alteraciones del neurodesarrollo. Constituye la forma más frecuente de presentación de las convulsiones febriles y generalmente tiene un curso benigno.

Convulsión febril compleja:

La convulsión febril compleja se caracteriza por presentar una o más de las siguientes características: duración mayor de 15 minutos, focalidad durante la crisis o recurrencia dentro de las siguientes 24 horas. Estos pacientes pueden requerir una evaluación más extensa según la presentación clínica y los hallazgos neurológicos asociados.

Convulsión febril plus:


Se utiliza para describir un fenotipo intermedio de crisis asociada a fiebre que no cumple criterios completos de convulsión febril simple ni compleja. Se presenta en el grupo etario atípico (<6 a >60 meses) y puede asociarse a características atípicas leves, como duración cercana al límite superior de lo considerado habitual o una recuperación postictal discretamente prolongada, sin evidencia de focalidad, recurrencia en 24 horas ni datos de infección del sistema nervioso central.

11. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de las convulsiones febriles aún no se comprende completamente; sin embargo, se reconoce la participación de múltiples factores, entre ellos una susceptibilidad genética, la inmadurez del sistema nervioso central y diversos factores ambientales. La interacción de estos elementos favorece que el cerebro inmaduro presente una mayor sensibilidad a la hiperexcitabilidad neuronal inducida por la fiebre, lo que incrementa la probabilidad de desarrollar convulsiones, especialmente en niños menores de 3 años.³

12. ETIOLOGÍA

Aunque la fisiopatología de las convulsiones febriles no se conoce completamente, se considera que su origen es multifactorial, involucrando factores madurativos, inmunológicos, infecciosos y genéticos.⁴

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 5 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

Factores madurativos:

Se relacionan con la mayor susceptibilidad del cerebro inmaduro a desarrollar crisis convulsivas, debido a procesos propios del neurodesarrollo como la mielinización progresiva, la apoptosis neuronal y el incremento de la complejidad sináptica. Asimismo, la inmadurez de los mecanismos de termorregulación podría favorecer la aparición de convulsiones en presencia de fiebre.

Factores inmunológicos:

Se ha propuesto que un desequilibrio entre citocinas pro-inflamatorias y anti-inflamatorias participa en la patogénesis de las convulsiones febriles.

Infecciones:

Principalmente de origen viral, representan el principal desencadenante de estas crisis. Entre los agentes más frecuentemente asociados se encuentran influenza A, coronavirus humano OC43 y herpesvirus humano tipo 6.

Genética:

Existe evidencia en estudios familiares y en gemelos, donde se ha observado una mayor concordancia en gemelos monocigóticos en comparación con dicigóticos. El riesgo de presentar convulsiones febriles aumenta en niños con antecedentes familiares de primer grado. Actualmente se considera que la herencia es de tipo compleja y poligénica, con interacción de factores ambientales. Se han identificado múltiples loci cromosómicos relacionados con convulsiones febriles y genes asociados a síndromes epilépticos que incluyen este tipo de crisis, entre ellos *SCN1A*, *SCN1B*, *GABRG2*, *GABRD* y *SCN9A*.


Otros factores:

Diversos factores se han asociado con un mayor riesgo de convulsiones febriles. La exposición prenatal a nicotina se relaciona con un ligero incremento del riesgo, a diferencia del consumo materno de alcohol o café, que no ha demostrado asociación significativa.^{5,6}

La deficiencia de hierro también ha sido propuesta como posible factor de riesgo, observándose niveles de ferritina más bajos en niños con antecedente de primera convulsión febril en comparación con niños febriles sin convulsiones.⁷

Por otro lado, la lactancia materna parece ejercer un efecto protector, especialmente durante los primeros años de vida, disminuyendo el riesgo de presentar convulsiones febriles frente a la alimentación exclusiva con fórmula.⁸

Asimismo, se ha descrito una mayor frecuencia de enfermedades atópicas, como rinitis alérgica y asma, en niños con convulsiones febriles, sugiriendo un posible papel de los mecanismos inmunológicos en su desarrollo.⁹

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 6 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

13. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Las convulsiones febriles ocurren principalmente en niños entre los 6 meses y 5 años de edad, con mayor incidencia entre los 12 y 18 meses. Aunque pueden presentarse en niños mayores de 5 años, en estos casos deben considerarse un diagnóstico de exclusión debido al mayor riesgo de convulsiones afebriles y epilepsia posterior.¹⁰

La mayoría de los episodios ocurren durante el primer día de la enfermedad febril e incluso pueden constituir la primera manifestación clínica. Generalmente se asocian a temperaturas $\geq 39^{\circ}\text{C}$, aunque cerca del 25% se presentan entre $38-39^{\circ}\text{C}$. Las crisis suelen coincidir con un ascenso rápido de la temperatura, siendo el grado de fiebre el principal factor desencadenante.

Características de las convulsiones:

Convulsiones febriles simples: son crisis generalizadas, habitualmente tónico-clónicas, de corta duración, generalmente menores de 5 minutos y siempre < 15 minutos, que no recurren en un periodo de 24 horas. Durante la crisis pueden afectarse músculos faciales y respiratorios. Posteriormente, el paciente puede presentar un periodo postictal breve con somnolencia o confusión, recuperando rápidamente su estado basal.

La somnolencia prolongada o la persistencia de signos como desviación ocular sostenida deben hacer sospechar actividad convulsiva continua o una etiología alternativa, como infección del sistema nervioso central o lesión estructural cerebral.¹¹


Convulsiones febriles complejas: presentan duración > 15 minutos, recurrencia en menos de 24 horas o signos focales durante la crisis.

Las manifestaciones focales pueden incluir desviación ocular o movimientos unilaterales. Algunos pacientes pueden presentar recuperación postictal prolongada o paresia de Todd. Estas crisis se asocian con mayor frecuencia a pacientes de menor edad y con alteraciones del neurodesarrollo.

Estado epiléptico febril: El estado epiléptico febril es una forma de convulsión febril compleja caracterizada por crisis continuas de más de 5 – 10 minutos o por convulsiones repetidas sin recuperación neurológica entre episodios. La evidencia sugiere que el riesgo de progresión a estado epiléptico aumenta significativamente después de los 10 minutos de duración de la crisis.

Los principales factores asociados a recurrencia son:

- Primera convulsión febril antes de los 12 meses.
- Antecedente familiar de convulsiones febriles en familiares de primer grado.
- Temperatura relativamente baja al momento de la crisis ($< 39^{\circ}\text{C}$).
- Convulsiones febriles complejas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 7 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

14. HALLAZGOS EN LABORATORIOS E IMÁGENES

En pacientes con historia clínica compatible con convulsión febril simple, examen físico normal y ausencia de signos focales, no suelen requerirse estudios diagnósticos adicionales. La evaluación debe enfocarse en identificar la causa de la fiebre y orientar a los cuidadores sobre el riesgo de recurrencia y el bajo riesgo de epilepsia futura.

Los exámenes de laboratorio, como hemograma, electrolitos, glucosa, calcio y nitrógeno ureico, solo están indicados cuando existan datos clínicos sugestivos de alteraciones metabólicas o deshidratación. El electroencefalograma y las neuroimágenes no están indicados de rutina en niños neurológicamente sanos con convulsiones febriles simples.¹²

Los pacientes con convulsiones febriles prolongadas o focales requieren una evaluación individualizada, especialmente durante el primer episodio, debido a la mayor probabilidad de etiologías subyacentes como meningitis o trastornos estructurales y metabólicos. Además, presentan un riesgo ligeramente aumentado de futuras convulsiones afebriles.

El estado epiléptico febril se evalúa de forma similar a las convulsiones febriles complejas cuando el paciente recupera su estado basal. Si las crisis son refractarias al tratamiento anticonvulsivante, el manejo debe realizarse como un estado epiléptico.


15. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Meningitis o encefalitis.
- Epilepsia o crisis afebril.
- Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hiponatremia, hipocalcemia).
- Intoxicaciones.
- Espasmos del sollozo.
- Síncope convulsivo.
- Escalofríos febriles.
- Trastornos del movimiento.
- Lesiones estructurales cerebrales.


16. TRATAMIENTO

Las convulsiones febriles suelen ser breves y autolimitadas, resolviéndose antes de la valoración médica en la mayoría de los casos. Cuando la crisis permanece activa al ingreso, debe considerarse un estatus epiléptico febril asociado a fiebre. A nivel hospitalario, las prioridades incluyen asegurar la vía aérea y una adecuada oxigenación, controlar la crisis convulsiva, prevenir nuevas convulsiones e identificar y tratar posibles causas subyacentes.

Las benzodiacepinas intravenosas, como diazepam (dosis IV de 0.1–0.2 mg/kg o dosis rectal de 0.5mg/kg) o lorazepam (0.05–0.1 mg/kg IV), son efectivas para el control de las

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 8 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

convulsiones febriles prolongadas. En caso de persistencia de la crisis, puede administrarse una segunda dosis tras 5–10 minutos. Durante el tratamiento debe vigilarse estrechamente la función respiratoria y hemodinámica, brindando soporte avanzado de la vía aérea si es necesario.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 9 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

Cuando no se dispone de acceso intravenoso, el midazolam por vía intramuscular, intranasal o bucal constituye una alternativa eficaz. El midazolam puede administrarse por diferentes vías en el manejo de convulsiones febriles prolongadas:

<ul style="list-style-type: none"> • Vía transmucosa oral: 0.5 mg/kg (máximo 10 mg)
<ul style="list-style-type: none"> • Vía intranasal: 0.2 mg/kg (máximo 5 mg), considerada más segura y eficaz que el diazepam rectal
<ul style="list-style-type: none"> • Vía intramuscular: 0.2 mg/kg (máximo 5 mg).

Los pacientes con crisis prolongadas o recurrentes pese al uso inicial de benzodiazepinas deben manejarse como estado epiléptico febril.

Los fármacos antipiréticos no tienen ningún efecto en la prevención de las convulsiones febriles recurrentes, aunque ayudan a mejorar el bienestar del lactante o niño febril.

17. CRITERIOS DE REFERENCIA

Se recomienda valoración por Neurología Pediátrica en los siguientes casos¹³:


- Convulsiones febriles complejas y crisis febriles plus
- Estado epiléptico febril.
- Crisis focales o con déficit neurológico postictal prolongado.
- Recurrencia frecuente de convulsiones febriles.
- Desarrollo neurológico anormal o trastorno del neurodesarrollo.
- Edad atípica (<6 meses o >5 años).
- Sospecha de epilepsia o síndrome epiléptico genético.
- Persistencia de alteraciones neurológicas o recuperación incompleta.
- Hallazgos anormales en EEG o neuroimagen, cuando estén indicados.

18. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:

Es globalmente favorable. Las secuelas neurológicas son anecdóticas y excepcionales. Los estudios poblacionales a largo plazo demuestran un desarrollo neurológico normal en los niños con convulsiones febriles.¹⁴


19. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA

- Colocar al niño en posición lateral durante la crisis.
- No introducir objetos en la boca.
- Vigilar duración y características de la convulsión.
- Acudir a urgencias si la crisis dura >5 minutos, es focal o hay recuperación incompleta.
- Usar antipiréticos para confort.
- Informar que las convulsiones febriles suelen ser benignas y de buen pronóstico.


	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 10 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

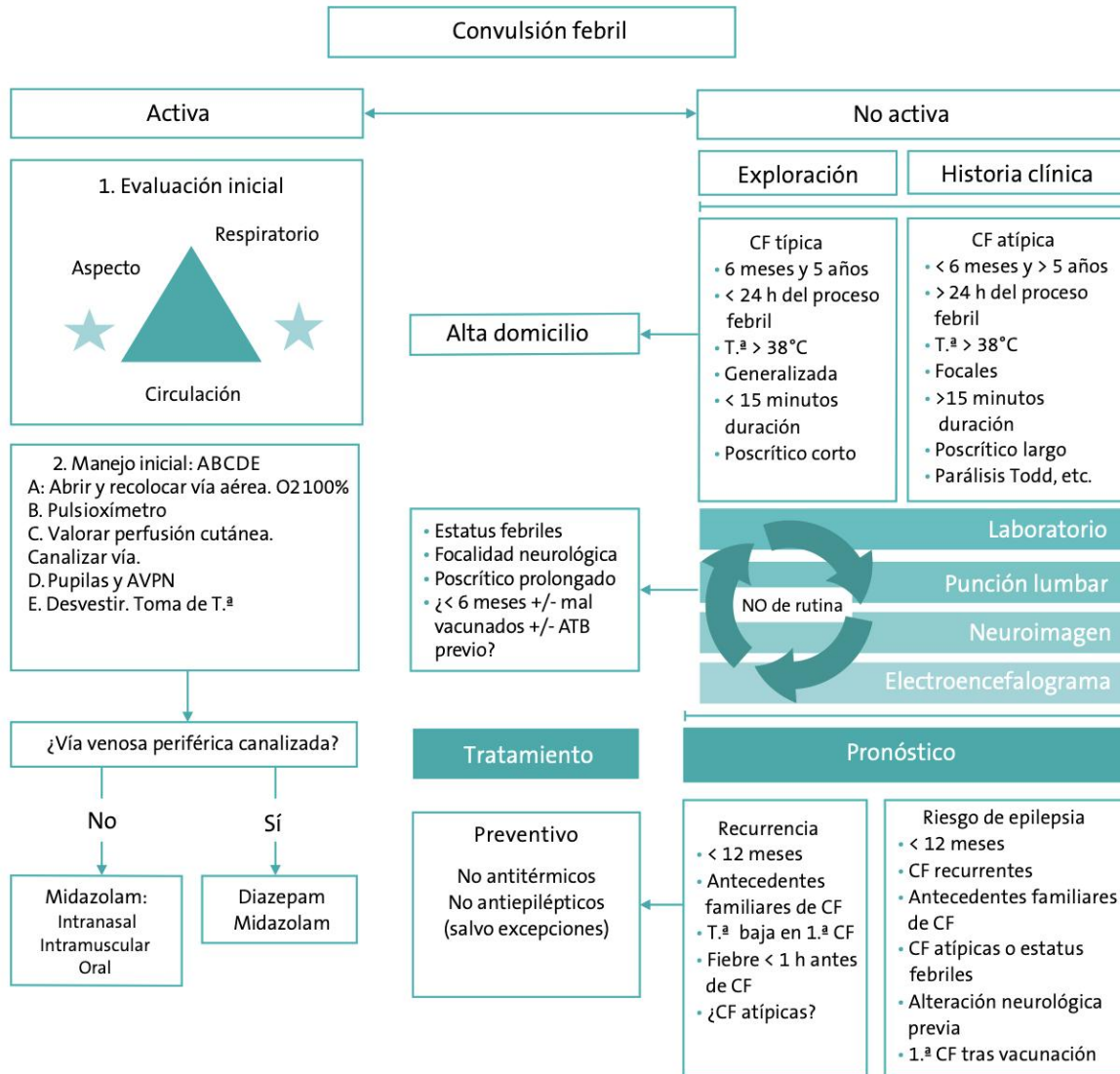
- 1) Patterson JL, Carapetian SA, Hageman JR, Kelley KR. *Convulsiones febriles: características clínicas y evaluación*. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/febrile-seizures-clinical-features-and-evaluation>
- 2) Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. *Febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure*. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-394. doi:10.1542/peds.2010-3318.
- 3) Xixis KL, Samanta D, Smith T, Keenaghan M. *Febrile Seizure*. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448123/> (NCBI)
- 4) García Ron A, Arriola Pereda G. Convulsiones febriles. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2022;1:379-385. Disponible en: https://static.aeped.es/38_0_702f0d52ca.pdf (static.aeped.es)
- 5) Rowhani-Rahbar A, Fireman B, Lewis E, Nordin J, Naleway A, Jacobsen SJ, et al. Effect of age on the risk of fever and seizures following immunization with measles-containing vaccines in children. *JAMA Pediatr*. 2013;167(12):1111-1117. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2745.
- 6) Vestergaard M, Wisborg K, Henriksen TB, Secher NJ, Ostergaard JR, Olsen J. Prenatal exposure to cigarettes, alcohol, and coffee and the risk for febrile seizures. *Pediatrics*. 2005;116(5):1089-1094. doi:10.1542/peds.2005-0937.
- 7) Sulviani R, Kamarullah W, Dermawan S, Susanto H. Anemia and poor iron indices are associated with susceptibility to febrile seizures in children: a systematic review and meta-analysis. *J Child Neurol*. 2023;38(3-4):186-194. doi:10.1177/08830738231169427.
- 8) Na JY, Cha JH, Moon JH, Lee H, Kim YJ, Cho Y. Protective effect of breastfeeding against febrile seizure: a nationwide study in Korea. *Pediatr Neurol*. 2023;138:52-58. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2022.10.011.
- 9) Lin WY, Muo CH, Ku YC, Sung FC, Kao CH. Increased association between febrile convulsion and allergic rhinitis in children: a nationwide population-based retrospective cohort study. *Pediatr Neurol*. 2014;50(4):329-333. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2013.12.002.
- 10) Kim SH, Lee HY, Kim YH. Subsequent afebrile seizure in children who have a first seizure with fever after 6 years of age. *Pediatr Neurol*. 2010;43(2):122-125. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2010.03.009.
- 11) Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389-394. doi:10.1542/peds.2010-3318.
- 12) Natsume J, Hamano SI, Iyoda K, Kanemura H, Kubota M, Mimaki M, et al. New guidelines for management of febrile seizures in Japan. *Brain Dev*. 2017;39(1):2-9. doi:10.1016/j.braindev.2016.06.003.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 11 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

- 13) Corsello A, Marangoni MB, Macchi M, Cozzi L, Agostoni C, Milani GP, et al. Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. *Pediatr Neurol.* 2024;155:141-148. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024.
- 14) Mewasingh LD, Chin RFM, Scott RC. Current understanding of febrile seizures and their long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol.* 2020;62(11):1245-1249. doi:10.1111/dmcn.14642.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Neurología	CÓDIGO: PR-19-03	Página 12 de 12
	Título Protocolo de manejo de las Convulsiones Febriles	Edición: Mayo 2026	
	Elaborado: Dra. Leria Batista Servicio de Neurología	Revisión N° : 0	
	Aprobado: : Dr. Francisco Lagrutta Jefe de Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Carmen Báez Jefe de Servicio de Neurología	

ANEXO



Fuente: García Ron A, Arriola Pereda G. *Convulsiones febriles*. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría; 2022.