

FIEBRE EN MENORES DE 3 MESES

Elevación de temp axilar > 38°C y después de interrogatorio y exploración física no haya causa obvia ni foco de infección aparente

Menor de 3 meses con fiebre sin evidencia de infección

Síntoma más común en consulta

2da causa de ingreso hospitalario



Alto riesgo de enf grave

- < 3 meses > 38°C Termómetro S 98%
- 3-6 meses temperatura > 39°C Palpación de los padres S 74-97%

ETIOLOGÍA

Multifactorial

- 10% llegan a ser graves relacionados a meningitis o IVU

Valorar siempre en hospital con:

- BH
- Hemocultivo
- PCR
- EGO
- RX de tórax si hay dificultad respiratoria o satO₂ < 95%
- Coprocultivo si hay diarrea

CLÍNICA ESPECÍFICA de gravedad

- **Meningitis** >>> Rigididad de nuca, fontanela abombada, estatus epiléptico (meningococo si hay lesiones purpúricas o VHS si hay focalización)
- **Neumonía** >>> Dificultad respiratoria satO₂ < 95%
- **IVU** >>> irritable, anorexia, vómito, disuria, dolor abdominal, hematuria + leucos y nitritos

Sí datos de gravedad >>> valorar c/2 hrs, referir a urgencias

Realizar punción lumbar e iniciar antibiótico

- Lactantes < 1 mes
- Lactantes 1 - 3 meses con mal aspecto general
- **Lactantes 1 - 3 meses con leucos < 5,000 o > 15,000**

TRATAMIENTO

Hospitalizar y observar >>> **Temp, FC, FR**

Paracetamol >> No se recomienda baño antes de antipiretico porque les causa escalofríos y no es tan eficaz como el paracetamol

Antibiótico:

- Cefalosporina 3ra generación
- Vancomicina en caso de *S. pneumoniae* o *S. Aureus*

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA

Lesión al encéfalo por uno o varios eventos de asfixia, ocurridos en un RN ≥ 35 SDG, la cual no puede ser explicada.

CLÍNICA

- Dificultad respiratoria
- Alt del estado de conciencia (convulsiones)
- Tono y reflejos disminuidos

FISIOPATOLOGÍA

1. **Perfusión cerebral disminuye**
2. **Alt el suministro de oxígeno y glucosa**
3. Daño inicial en **corteza, ganglios basales y tálamo**
4. **Lesión cerebral**
 - a. **Fase primaria**
 - i. **Aguda** >> disminución del flujo sanguíneo activa, metabolismo anaerobio, **disminuye ATP aumenta ácido láctico, necrosis** y apoptosis, se recupera en **30-60 min**
 - ii. **Latente** >> **1-6 hrs** se produce **inflamación** y la cascada **apoptótica** continua
 - b. **Fase secundaria** 6-15 hrs hay deterioro clínico y convulsiones
 - c. **Tercera fase un mes** posterior al evento >> hay remodelación y astrogliosis (cambios en los astrocitos, las células gliales del sistema nervioso central, en respuesta a daño o enfermedad)

EPIDEMIOLOGÍA

- 85% Durante TP
- 5% al inicio del parto
- 10% en el periodo neonatal

60% mueren y el 25% tiene un grado de discapacidad



FACTORES DE RIESGO

- Alt de movimientos fetales
- FC anormal
- TP prolongado
- Sufrimiento fetal
- Distocias fetales

DIAGNÓSTICO

Cuadro clínico

1. Dificultad respiratoria
2. Convulsiones
3. Tono muscular y reflejos disminuidos

Sospecha

- Acidosis en muestra de sangre del cordón $pH < 7$
- **APGAR < 3**
- Alt en exploración neurológica

USG doppler y craneal dentro de las 24 hrs posteriores al evento

EEG de canales múltiples dentro de las 6-24 hrs siguientes al evento

RM en ≥ 35 SDG realizar entre el 7° y 21° día de edad para establecer la gravedad

CLASIFICACIÓN DE SARNAT

lo clasifica en 3 etapas

Valora estado de conciencia y tono

TRATAMIENTO

1. Identificar px de alto riesgo
2. Facilitar perfusión y nutrición cerebral
3. Neuroprotección
 - a. Con hipotermia cefálica en > 35 SDG, > 1800 gr, **< 6 hrs de vida**
 - b. Si hay crisis convulsivas se inicia **fenobarbital o DFH (fenitoína)**

Seguimiento por pediatría hasta edad escolar