

FIEBRE

Autor:

Dr. Jose Alberto Patrignani M.P.N° 6295/8

Esp. en Pediatría M.E.N° 2016

Esp. en Neonatología M.E.N° 10288

Esp. en Infectología Pediátrica M.E.N° 12351

Miembro del Comité de Contralor de Pediatría del CMPC

DEFINICIÓN:

Se considera fiebre a la temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Utilizar de preferencia la temperatura rectal (aunque debe asumirse como fiebre un registro $\geq 38^{\circ}\text{C}$ medido en otro sitio). Conocer qué entienden los padres por fiebre y cómo la registran. Dar valor a la fiebre referida por los padres si son capaces de realizar una adecuada medición, aunque el signo no se constate durante la consulta. La mayoría de los niños que padecen de una Infección Bacteriana Severa (IBS) tienen fiebre.

La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuente en los departamentos de emergencias, representando del 10% al 35% del total de las consultas. Aunque habitualmente es debida a infecciones víricas poco importantes, en ocasiones la fiebre puede ser reflejo de un proceso infeccioso potencialmente grave. Gran parte de las consultas corresponden a menores de 3 años.

El niño febril de 0 – 36 meses, que es el que se considera en este capítulo, se caracteriza porque:

1-80 % con foco clínico: la mayoría de etiología viral

2-20% sin foco clínico: 85% a 97% cursa enfermedad viral autolimitada. El 3% a 15% puede padecer una infección bacteriana (infección urinaria, neumonía, bacteriemia, meningitis u otras).

MAGNITUD Y DURACIÓN DE LA FIEBRE:

Ante temperaturas corporales más elevadas existe mayor riesgo de IBS y bacteriemia por neumococo. La duración de la fiebre no predice el riesgo de bacteriemia. La respuesta a los antipiréticos no se asocia al riesgo de bacteriemia o de una enfermedad bacteriana. Considerar la hipotermia. La evaluación del estado general es primordial (independiente de la temperatura corporal).

Teniendo en cuenta la escasa semiología que expresan en muchas oportunidades los niños pequeños (especialmente los menores de 28 días) y por razones vinculadas con la maduración de su sistema inmune, se transforman en el principal grupo de riesgo para padecer una IBS.

La anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios son importantes para definir conducta y tratamiento. Mediante su combinación se intenta establecer el riesgo de padecer una

IBS. No obstante, cada uno por sí solo y ni siquiera en forma conjunta, puede descartar de manera completa la presencia de IBS.

EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO: "PASO A PASO"

El niño con fiebre requiere una anamnesis completa, un cuidadoso examen físico y una lógica justificación acerca de la necesidad de exámenes complementarios

1er Paso: La Anamnesis/ Los Antecedentes. Puntos fundamentales:

Factores de riesgo previos. Signos y síntomas . Magnitud de la fiebre, tiempo de evolución y modo de medición. Medicación recibida (antibióticos, inmunosupresores, antitérmicos, vacunas). Enfermedades infecciosas previas. Contacto con personas enfermas. Viajes recientes.

PRESENTAR COMO TABLA A DOS COLUMNAS

<u>Antecedentes de Bajo Riesgo:</u>	<u>Antecedentes de Alto Riesgo:</u>
-embarazo y parto sin complicaciones	-enfermedades febriles recurrentes
-nacidos a término (EG>37 semanas)	-prematurez
-ausencia de uso de atb en los últimos 7 días	-inmunodeficiencia primaria
-ausencia de cirugías recientes	-drepanocitosis
-ausencia de enfermedad crónica	-asplenia
-ausencia de exposición perinatal a atb*	-neoplasia maligna
-ausencia de hiperbilirrubinemia*	-tratamiento quimioterápico
-tiempo de hospitalización < o = tiempo de	-corticoterapia prolongada reciente
Hospitalización de la madre*	- enfermedad por VIH
*Corresponden a menores de 1 mes.	

SIGNOS Y SÍNTOMAS ASOCIADOS A RIESGO DE IBS:

-Irritabilidad –Hipoactividad o letargo-Hipotonía-Convulsiones-Fontanela abombada-Llanto débil-Quejido-Postura en opistótomos- Rechazo al alimento, succión débil-Deshidratación-Vómitos(especialmente biliosos)-Diarrea persistente > 5 días(especialmente diarrea con sangre)-Dificultad respiratoria, apnea-Mala perfusión periférica-Oliguria, anuria-Cambios en la piel (ictericia,cianosis,petequias,aspecto moteado o terroso)-Hipertermia elevada.

ESCALAS DE VALORACIÓN

Menores de 3 meses: YIOS

	1 punto	2 puntos	3 puntos
<i>Parámetro clínico</i>	Normal	Alteración moderada	Alteración grave
<i>Perfusión periférica</i>	Sonrosado Extremidades calientes	Extremidades frías moteadas	Pálido, shock
<i>Estado/esfuerzo</i>	No deterioro/ vigoroso	Compromiso respiratorio leve –moderado (taquipnea > 60 rpm) retracciones o quejoso	Dificultad respiratoria grave, esfuerzo respiratorio inadecuado apnea, fallo respiratorio
<i>Respuesta social</i>	Sonríe o no irritable	Irritable, consolable	Irritable, inconsolable
Puntuación ≤ 7 = \square Sensibilidad: 76%, Especificidad: 75%, Valor predictivo negativo: 96% para detectar IB			

Lactantes de 3-36 meses: YALE

	1 punto	2 puntos	3 puntos
<i>Parámetro clínico</i>	Normal	Alteración moderada	Alteración grave
<i>Coloración cianosis</i>	Sonrosada	Palidez de extremidades o acrocianosis	Palidez o color grisáceo
<i>Respuesta Social o facies</i>	Sonríe o está alerta	Sonríe brevemente o está alerta brevemente	No sonríe ansiosa, inexpresiva

alerta	o no está		
<i>Reacción al estímulo</i>	Llora brevemente y	Llanto intermitente	Llanto
continuo o	se calma y está contenta		responde
con dificultad			
<i>Calidad del llanto</i>	Fuerte con tono normal	Lloriqueando	Débil o con
tono alto	o contento y sin llorar	o sollozando	
<i>Hidratación</i>	Piel y ojos normales	Piel y ojos normales	Piel pastosa
con pliegues	y mucosas húmedas	y boca discretamente	y mucosas
secas y/o		seca	ojos hundidos
<i>Nivel de conciencia</i>	Si está despierto,	Cierra los ojos	Tendencia al
sueño,	permanece despierto	brevemente o se	no se
despierta	Si está dormido,	despierta con	
	al estimularlo se	estimulación prolongada	
	se despierta fácilmente		
<i>Puntuación ≤ 10 -- <input type="checkbox"/> Bajo riesgo de IBG; puntuación 11-16 -- <input type="checkbox"/> Riesgo Medio de IBG; puntuación ≥ 16 Alto Riesgo de IBG</i>			

En base a estas escalas, podemos en forma práctica y simple y rápida valorar los signos de Toxicidad

Recuadro 1.2. Signos de Toxicidad en niños pequeños febriles de 0 a 36 meses

Los signos de Toxicidad en el lactante son:

- Activación, alerta y actividad disminuídos
- Dificultad Respiratoria (taquipnea u otros signos)
- Palidez, extremidades periféricas frías o llanto débil débil o agudo
- Disminución de la ingesta de líquidos (menos de la mitad de lo normal) y descenso de la diuresis (menos de 4 pañales mojados por día)
- Cualquiera de estos signos coloca al niño en una situación de alto riesgo para enfermedad grave
- La presencia de más de uno de estos signos aumenta el riesgo

- El niño tóxico puede aparecer somnoliento, letárgico o irritable, pálido, con la piel moteada y taquicárdico.

3er Paso: Los Exámenes Complementarios: Puntos fundamentales:

-El RGB(recuento de glóbulos blancos), el RAN (recuento absoluto de neutrófilos), el RNC (recuento de neutrófilos en banda o cayados, ICN (índice de cayados/neutrófilos totales), la VSG, la PCR (proteína C reactiva) y la PCT (procalcitonina) aumentadas, *en pacientes no vacunados con vacuna neumocócica 7 o 13*, se asocian a alto riesgo de IBS

-Urocultivo: se debe tomar siempre en niños < de 6 meses de edad con fiebre sin foco y en los casos de niños de > de 6 meses de edad con sospecha de ITU según el resultado de orina. *La infección urinaria es la IBS más común.*

-Hemocultivos: se deben realizar siempre que exista la sospecha de bacteriemia

-Glucemia: se debe efectuar siempre antes de obtener LCR. *Considerar que los valores del análisis citoquímico del LCR varían según la edad del niño.*

-Examen de MF, eventual coprocultivo y pruebas virales. Se realizan en presencia de síntomas y cuando se dispone de los medios necesarios, aunque en la actualidad es probable que no definan conducta terapéutica

-RxTx: salvo excepciones, no se realizará en ausencia de síntomas y /o signos respiratorios, al igual que panel en secreciones respiratorias: virales incluido PCR para Covid 19 y Bordetella Pertussis.

CRITERIOS DE ROCHESTER PARA BAJO RIESGO DE IBG EN MENORES DE 3 MESES

- Nacidos a término, sin ingresos perinatales
- Lactantes previamente sanos
- Sin antibióticos previos y sin enfermedad de base
- Ausencia de foco clínico de infección (excepto otitis media aguda)
- Recuento de Glóbulos Blancos entre 5.000 y 15.000 /mm³
- Menos de 1.500 neutrófilo/mm³
- Orina completa (menos de 10 leucocitos/campo)
- En caso de diarrea menos de 5 glóbulos blancos por campo.

CRITERIOS DE INTERNACIÓN

- Edad menor de 1 mes, y a veces de 2 o 3 meses de vida
- Bacteriemia
- Shock séptico
- Compromiso del estado general
- Inmunocomprometidos
- Convulsión febril atípica
- Convulsión febril típica y menor de 1 año
- Síndrome purpúrico
- Patología clínica o quirúrgica asociada que requiera internación

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DE LA FIEBRE

- Usar antipiréticos sólo si es necesario para que el niño o los padres se sientan mejor.
- Intentar primero con métodos físicos, como la aplicación de paños húmedos
- La dosis recomendada de paracetamol es 15 mg/kg (max. 600 mg) por vía oral, con un intervalo no menor de 4 horas, hasta un máximo de 4 dosis diarias (máx. 2,4 g/día)
- No se recomienda la administración de paracetamol durante más de 3 días sin consultar antes con el médico
- La dosis recomendada de ibuprofeno es de 5-10 mg/kg (máx. 400mg) por vía oral, cada 6 u 8 horas, con un máximo de 4 dosis diarias.

No se recomienda ibuprofeno en lactantes menores de 6 meses.

PREVENCIÓN DE IATROGENIAS QUE PUEDEN EVITARSE ANTE UN NIÑO FEBRIL

-No valoración correcta de la temperatura de un niño – Examen físico incompleto, como el no desnudarlo-Inadecuada e incompleta recolección de datos en la anamnesis- Seguridad en el cumplimiento de las indicaciones médicas y comprensión de las pautas de alarma-Si es internado no dejar de efectuar el Consentimiento Informado correspondiente –Las informaciones de los partes médicos verbales deben en lo posible escribirse y firmados por el familiar a cargo.-Nunca olvidarse de la edad del niño, la intensidad de la fiebre, el estado tóxico, nivel sociofamiliar, factibilidad de acceso a la emergencia, dar pautas de alarma, distancia al hospital y uso de teléfono

Bibliografía

1-Antonio Latella Pedro Rino – El niño de 0 a 36 meses con fiebre sin foco en el área de emergencias – SAP- Enfermedades Infecciosas Graves Asociadas a la Atención de la Salud – E-CCri – sep. 2012

2- Consenso para el uso de antibióticos en el niño menor de 36 meses con fiebre sin foco de infección evidente. Comité de Infectología. SAP. Resumen publicado en Arch Argent Pediatr 2017; 115(2):205-206. Coordinación: Dra.Miriam Bruno y Dr. Alejandro Ellis.

3- Fiebre sin foco en niños menores de 36 meses.- Dr. Julio López Mañan – Infectólogo Pediatra – Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. De las Mercedes. Tucumán. Sociedad Argentina de Pediatría – 7mo. Congreso de Pediatría General Ambulatoria – 7, 8 y 9 de Noviembre 2018 – Salta.

Dr. José Alberto Patrignani

Médico Cirujano MP6295/8

Especialista en Pediatría, Neonatología e Infectología Pediátrica.

Jefe del Servicio de Pediatría y Neonatología – Clínica de Especialidades Enrique J. Carra(h), San Francisco. Córdoba