

2.3

FIEBRE EN NIÑOS

DEFINICIÓN

- Temperatura corporal elevada, mediada por el hipotálamo (centro termorregulador).
- Se define como temperatura mayor o igual a 100,4° F ó 38,3° C, siendo la temperatura rectal el estándar para la detección de fiebre en niños.
- El reto es identificar infecciones bacterianas graves, incluyendo bacteriemia.
- Cualquier lactante, (< 30 días) con fiebre

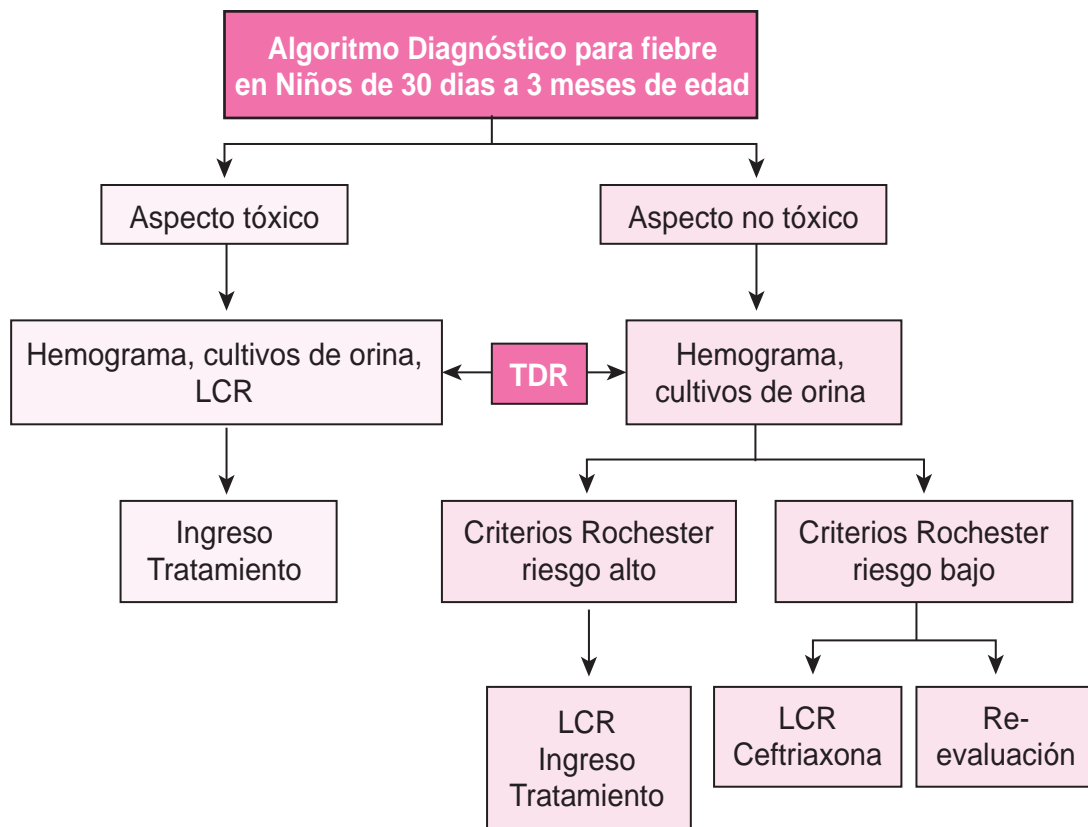
requiere hospitalización, 48 horas como mínimo.

- No hay una sola prueba con suficiente sensibilidad y especificidad para identificar infección bacteriana oculta en neonatos y niños hasta 36 meses de edad.

MANEJO

• Niños menores a 30 días

- Biometría Hemática, EMO con urocultivo, Placa de tórax, Hemocultivo, considerar punción lumbar para descartar meningitis.



TDR: test de diagnóstico rápido (influenza y Virus Respiratorio Sincitial): su positividad tiene valor de confirmación diagnóstica y evita realizar otras pruebas.

Criterios para determinar la necesidad del manejo hospitalario de niños de 30 a 90 días

Criterios de bajo riesgo de Rochester
1. Lactante con buen aspecto general
2. Lactante previamente sano:
- Nacido a término
- No recibió tratamiento antimicrobiano perinatal
- No tratado de hiperbilirrubinemia inexplicada
- No recibió ni está recibiendo tratamiento antibiótico
- No ha estado hospitalizado previamente
- Sin enfermedad crónica o de base
- No hospitalizado durante un período superior al de su madre
3. Ausencia de signos evidentes de infección de la piel, tejidos blandos, huesos, articulaciones u oídos
4. Valores de Laboratorio
- Cifra de leucocitos en sangre periférica entre 5.000 y 15.000/mm ³
- Recuento absoluto de cayados inferior a 1.500/mm ³
- Menos de 10 leucocitos por campo en sedimento urinario
- Menos de 5 leucocitos por campo en fresco de heces sin diarrea
- PCR menor de 3

Los lactantes menores de 3 meses que cumplan **todos estos criterios** pueden ser tratados ambulatoriamente, se recomienda una nueva revisión médica en las próximas 24 horas.



Criterios para determinar la necesidad del manejo hospitalario de niños de 3 meses a 3 años

Escala de valoración de YALE para niños entre 3 y 36 meses			
Parámetro clínico	1 Normal	3 Afectación moderada	5 Afectación grave
Estado general	Alerta	Obnubilado	No responde
Respuesta a estímulos	Sonríe-alerta	Respuesta breve	Inexpresivo
Llanto	Fuerte	Quejumbroso	Débil
Reacción con los padres	Contento	Llanto intermitente	Llanto continuo
Color	Rosado	Acrocianosis	Pálido-grisáceo
Hidratación	Normal	Mucosas secas	Signo del pliegue positivo
Puntuación ≤ 10: bajo riesgo (2,7 %) de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG); puntuación entre 11-15: riesgo medio de EBPG (26%); y puntuación ≥16: alto riesgo de EBPG (92,3%).			

Los niños entre 3 meses y 3 años con una puntuación menor de 10 pueden ser controlados ambulatoriamente, los niños que presenten una puntuación mayor o igual a 16 deben ser hospitalizados.

TRATAMIENTO

• Antibióticos

- Edad 1 a 30 días:

Ampicilina 100 mg/kg/dosis IV cada 12 horas

Gentamicina 3.5 mg/kg/dosis IV cada 24 horas (Meningitis: Ampicilina 150 mg/kg/dosis)

- Edad 30 a 90 días:

Ceftriaxona 50-100 mg/kg IV cada 24 horas

• Antipiréticos

- Paracetamol a 10-15mg/kg/peso dosis, solo si la temperatura es mayor a 39 grados

- Ibuprofeno 10 mg/kg dosis.

EDUCACIÓN

• La fiebre provoca una gran angustia a los padres, especialmente en las culturas andinas.

• Es tarea de los trabajadores de salud:

- Enfatizar que la presencia de fiebre no implica automáticamente tratamiento;

- Resaltar que los efectos peligrosos de la fiebre son raros;

- Insistir en el hecho de que la fiebre es una respuesta normal del organismo a la infección y aún puede tener efectos benéficos, como limitar la replicación de algunos virus comunes.

PERLAS

• Temperaturas axilares o de membrana timpánica, son poco fiables en niños pequeños

• La infección bacteriana grave está presente en aproximadamente el 10 % de los niños de 2 meses a 6 meses que presentan con fiebre superior a 39 ° C.

• Acetaminofén, es mejor que ibuprofeno para disminuir la fiebre

• En el Ecuador, al estar en la línea equinoc-

cial, tenemos 2 picos de influenza, el del hemisferio sur de junio a agosto y del hemisferio norte de noviembre a enero que coinciden con el invierno de los polos.

• Las convulsiones febriles son de corta duración y existe una recuperación total sin un déficit neurológico posterior, es una reacción a la fiebre y no una infección del sistema nervioso central.

• El uso del paracetamol, para prevenir convulsiones febriles, no disminuye el riesgo de otra convulsión.

• Escala de valoración de YALE es otra alternativa no invasiva para determinar el riesgo de bacteremia oculta en un niño de 3 a 36 meses

• La Procalcitonina ayuda a determinar si la infección es bacteriana versus viral. Una medición menor a 0,5 ng/ml descarta infección severa. Por encima de 2,00 ng/ml sugiere sepsis o meningitis.

• La Proteína C Reactiva (PCR) con resultados menores a 20 mg/L sugiere una infección viral.

• La percepción de gravedad por los padres es un marcador que indica observación.

BIBLIOGRAFÍA:

Black, Angela, Management of Febrile Neonates in US Pediatric Emergency Departments, Pediatrics 2014;133;187 <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/2/187.full.html>

Wiley & Sons, PCR Y PROCALCITONINA MEJOR PARA DIAGNOSTICO EN NIÑOS FEBRILES, Duodecim Medical Publications Ltd, 2011

Byerley j , SEPSIS IN CHILD, Essential Evidence, 2012.

Richard W. Douce, Washington Aleman, Wilson Chicaiza-Ayala, y otros(2011) Sentinel Surveillance of Influenza-Like-Illness in Two Cities of the Tropical Country of Ecuador: 2006–2010, e22206. In PLoS ONE 6 (8). <http://dx.plos.org/10.1371/>

• Akash Bang, Pushpa Chaturvedi, Yale Observation Scale for Prediction of Bacteremia in Febrile Children. Indian J Pediatr 2009; 76 (6) : 599-604