

# Manejo del niño febril en emergencia



**Autor:**

**Dr. Javier Miranda Candelario**

Pediatra Hospital de Emergencias Grau - EsSalud.

**Co-autores:**

**Dr. Walter Pañez Loyola** – Médico Residente.

**Dr. Iván Rodríguez Echegaray** - Médico Residente.

**Lic. Carmen Echegaray Mitac** – Enfermera de Pediatría-Neonatología.

## Resumen

**S**e realiza estudio descriptivo observacional entre setiembre y noviembre 2002. Se incluye a todos los niños febriles que acuden al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital de Emergencias Grau.

**Objetivo:** Evaluar el manejo de la fiebre y del síndrome febril en emergencia.

El 25% de atendidos tuvieron fiebre. El 70% fueron menores de 5 años. Sólo 13% tuvieron fiebre mayor 39 °C. El 70% fueron cuadros virales.

La "fobia" a la fiebre influye en el manejo. El 90% se trató ambulatoriamente. Hubo exceso en prescripción de antibióticos y en aplicación de medidas enérgicas para disminuir la fiebre, como la administración de antipiréticos intramusculares.

El síndrome febril reúne las dudas diagnósticas, las cuales aumentan con el incremento de temperatura. En este grupo también hubo exceso en uso de antibióticos y hospitalización.

**Conclusión:** Existen discrepancias entre recomendaciones y prácticas. Se reemplaza el juicio clínico por el uso innecesario de antibióticos en el niño febril que acude a emergencia.

## Introducción

La fiebre es uno de los principales motivos de consulta a las Salas de Emergencia Pediátrica; sin embargo, el manejo de éstos niños sigue siendo controversial.

La fiebre es una respuesta adaptativa, autonómica, neuroendocrina y conductual que ocurre como integrante de la reacción de fase aguda. Aporta ventajas al sistema inmune, convirtiéndose en un mecanismo de defensa en los seres humanos.

La mayoría de las enfermedades febriles se deben a infecciones comunes, generalmente virales, de corta duración y relativamente fáciles de diagnosticar. Puede ser también la presentación inicial de una bacteriemia oculta, que si no es tratada puede llevar a meningitis o a una Infección Bacteriana Grave (IBG).

El manejo de la fiebre puede variar considerablemente, y es precisamente la poca claridad que existe en las conductas a tomar, así como los potenciales riesgos que conlleva el aplicar diferentes criterios, lo que aumenta las controversias.

Debido a que ningún estudio ha analizado la actitud y toma de decisiones ante la fiebre en Sala de Urgencias, se planificó este trabajo, teniendo como objetivo: Evaluar el manejo de la fiebre y del síndrome febril en emergencia.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo observacional durante los meses de setiembre a noviembre 2002; se incluyeron a todos los niños menores de 14 años que acudieron con fiebre al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Emergencias Grau – EsSALUD.

La fiebre fue definida como  $T^{\circ} \geq 38^{\circ} \text{C}$  en relación a temperatura rectal y fiebre alta  $T^{\circ} \geq 39^{\circ} \text{C}$ .



Fueron excluidos pacientes con historia de inmunodeficiencia.

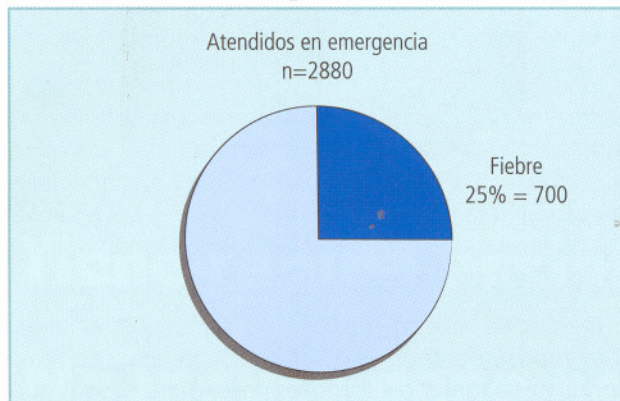
Los investigadores no informaron a los médicos del Servicio de Emergencia sobre la implementación del estudio. Las historias fueron revisadas diariamente llenándose fichas de estudio, anotándose: edad, sexo, grado, temperatura, estudios solicitados, diagnóstico, tratamiento y destino final. No hubo seguimiento a los pacientes. Los diagnósticos se basaron en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10).

En el caso de enfermedades o infecciones del aparato respiratorio superior, estos fueron agrupadas como IVAS (Infecciones de Vías Aéreas Superiores). Se definió síndrome febril como enfermedad febril aguda, sin aspecto grave, en la cual luego de una cuidadosa historia clínica y un examen físico no se logra identificar foco aparente. Los datos fueron analizados estadísticamente.

## Resultados

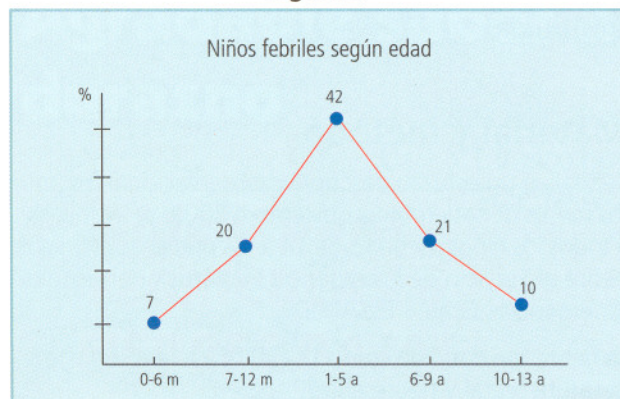
- Durante el período en estudio, de un total de 2880 atendidos, 700 (25%) acudieron por fiebre (Fig. 1).

**Figura 1**



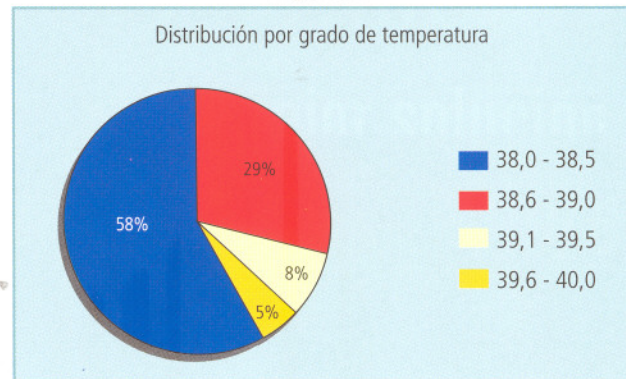
- En la Fig. 2 se grafica la ocurrencia de fiebre según grupo etáreo. Destacan los menores de 5 años con 70% del total, y en especial el grupo de 7-12 meses con 20%. La relación M/F fue 1,2.

**Figura 2**



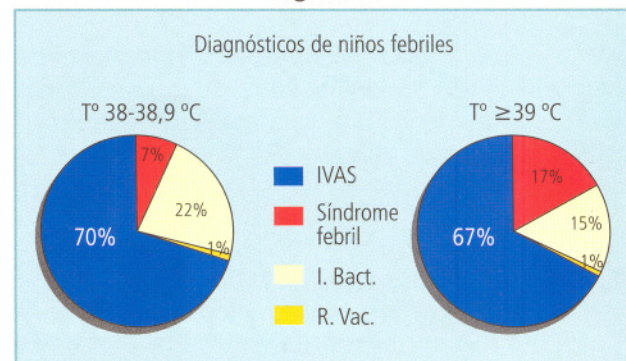
- Al estudiar la intensidad de la fiebre, observamos que acuden principalmente con  $T^{\circ}$  38–38,5  $^{\circ}$ C (58%) y 38,6–39  $^{\circ}$ C (29%) haciendo juntos el 87%. Quedan 13% con fiebre alta ( $>39^{\circ}$  C) (Fig. 3).

**Figura 3**



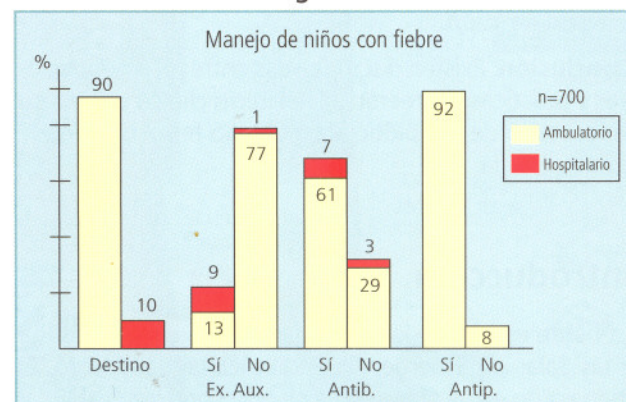
- En la Fig. 4 se presentan los diagnósticos de los niños febriles: IVAS constituyen el 70%. Se observa que las infecciones bacterianas focales disminuyen con la fiebre alta, mientras que el diagnóstico de síndrome febril se incrementa al aumentar la temperatura.

**Figura 4**



- El manejo de los niños febriles se observa en la Fig. 5. El 90% fueron ambulatorios; de éstos al 13% se les solicitó examen auxiliar y al 61% se indicó antibiótico. Mientras que 68 pacientes (10% del total) fueron hospitalizados, y de ellos al 90% se solicitó examen auxiliar, prescribiéndose antibióticos al 70%. Se usó antipiréticos en el 100%: 92% I.M. y 8% V.O.

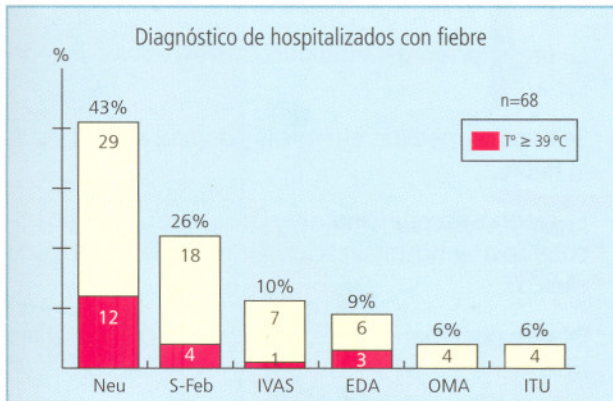
**Figura 5**





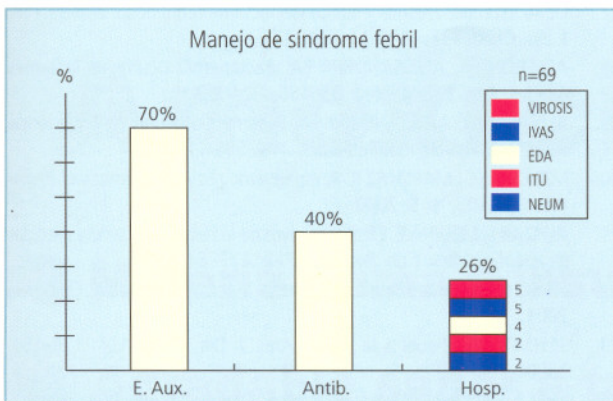
- El diagnóstico de los 68 hospitalizados con fiebre, lo observamos en la Fig. 6. Destacan neumonía (43%) y síndrome febril (26%), haciendo juntos casi 70%. Quedan 30% para otras infecciones focales: IVAS (10%), EDA (9%), OMA (6%) e ITU (6%).

Figura 6



- En la Fig. 7 se observa el manejo de los 69 pacientes con síndrome febril. Al 70% se solicitó examen auxiliar, al 40% se prescribió antibióticos y el 26% (18) fueron hospitalizados: 5 virosis, 5 IVAS, 4 EDA, 2 ITU y 2 neumonías.

Figura 7



## Comentario

La fiebre es uno de los signos de enfermedad más comunes en la práctica pediátrica. En Salas de Urgencias su frecuencia varía entre 19-30%<sup>(1)</sup>. Nosotros la encontramos en el 25%.

La fiebre tiene alta sensibilidad, pero baja especificidad<sup>(2)</sup>.

Existen signos más precisos de enfermedad seria que no se deben descuidar, antes que valorar el grado de temperatura<sup>(3)</sup>. Sobre todo porque la gran mayoría no acuden con fiebre alta<sup>(4)</sup>. Esto se corrobora en nuestra serie, donde ninguno tuvo T° >40 °C y sólo el 13% tuvo fiebre alta.

Característicamente, la mayor morbilidad en pediatría, ocurre en menores de 5 años y en especial en menores

de 1 año<sup>(5)</sup>. Nuestra tendencia fue similar ya que el mayor número de niños con fiebre tuvieron menos de 5 años, destacando los lactantes de 7-12 meses, precisamente el grupo de mayor riesgo de bacteriemia oculta<sup>(6,7)</sup>.

La principal causa de fiebre en niños es la infección viral<sup>(8)</sup>. Baker en 421 lactantes con fiebre encontró 60% de infecciones virales<sup>(9)</sup>. De igual manera obtuvimos 70% de IVAS cuya etiología es predominantemente viral.

Pudimos apreciar que con el aumento de temperatura, aumentan las dudas al diagnosticar, lo cual se evidencia al aumentar el diagnóstico de síndrome febril y disminuir la frecuencia de infección bacteriana focal.

Las prácticas de "manejo del niño febril" varían grandemente y parecen estar influenciadas con el entrenamiento previo y prácticas reales<sup>(10)</sup>. No existe el "mejor manejo de la fiebre"<sup>(11, 12)</sup>. Debido al predominio de cuadros virales, es de esperar que la gran mayoría se traten ambulatoriamente. La seguridad de esta acción ha sido documentada en grandes estudios, sobre todo con lactantes febriles<sup>(13)</sup>. Las pautas sugieren exámenes auxiliares cuando el diagnóstico no es claro y recomiendan no usar antibióticos injustificadamente<sup>(14, 15, 16)</sup>. En nuestro estudio, al 90% se trató ambulatoriamente. Se solicitó exámenes auxiliares en forma racional al 13%, pero prescribimos antibióticos en exceso al 61%. Con los hospitalizados la actitud fue distinta, por ser un grupo seleccionado. A semejanza de otros autores<sup>(17)</sup>, se hospitalizó al 10% en quienes se realizó evaluación diagnóstica completa, prescribiéndose antibióticos racionalmente al 70% de ellos.

El diagnóstico de los niños febriles hospitalizados varía con la edad, pudiendo tratarse de IBS, bacteriemia oculta, fiebre inexplicada o infección bacteriana focal<sup>(18)</sup>. Algunos expertos opinan que OMA no es causa de fiebre, y recomiendan que lactante febril con OMA debe ser evaluado por infección oculta<sup>(19)</sup>. El 70% de nuestros hospitalizados estuvo constituido por neumonía y síndrome febril, dejando el 30% restante para otras infecciones focales.

La supresión de la fiebre no debe ser una práctica de rutina, por su efecto inmunoestimulante<sup>(20)</sup>. En la mayoría de casos la elevación de la temperatura es ligera y de corta duración, como se ha señalado anteriormente. La decisión de tratar la fiebre debe valorar los beneficios como son el bienestar y los riesgos o efectos secundarios del medicamento<sup>(21)</sup>. Una actitud adecuada sería tratar la fiebre cuando exceda 39 °C<sup>(22)</sup>. Sin embargo, la "fobia a la fiebre", concepto compartido por padres, pediatras y profesionales de la salud<sup>(23)</sup>, se demuestra al brindar medidas enérgicas para tratar la fiebre<sup>(24)</sup>, como son los antipiréticos I.M.<sup>(25)</sup>, pudiendo usarse la vía oral ya que tienen tiempo acción similar<sup>(26, 27)</sup>. Esta actitud la observamos cuando al 100% le administramos antitérmicos, siendo en el 92% vía I.M.



Con respecto al manejo del síndrome febril en particular, existen tres objetivos: Evitar uso innecesario de antibióticos, reducir hospitalización y racionalizar exámenes auxiliares<sup>(28, 29)</sup>. En una encuesta realizada entre pediatras, el 75% opinó que se debe solicitar análisis, cifra que en la práctica es menor<sup>(30)</sup>, dándose prioridad a menores de 1 año, por el riesgo aumentado de IBG<sup>(31)</sup>. En nuestra serie, de 69 pacientes con síndrome febril, al 70% se solicitó examen auxiliar, cumpliendo una de las normas. El 40% recibió antibióticos, cifra elevada toda vez que la mayoría fueron infecciones virales. Al parecer el diagnóstico de síndrome febril *per se* motivaría a usar antibióticos, reemplazando al juicio clínico<sup>(32)</sup>.

El tercer objetivo tampoco se cumplió, la literatura señala 10% de hospitalización<sup>(33)</sup>, tuvimos 25% a pesar que la mitad fueron cuadros virales de rápida defervescencia. Por lo tanto existen discrepancias entre recomendaciones y prácticas.

## Conclusiones

- La fiebre es uno de los signos de enfermedad más comunes en salas de emergencia.
- La gran mayoría no acuden con fiebre alta.
- La principal causa de fiebre es infección viral.
- La prescripción de antibióticos es excesiva e innecesaria.
- Se brindan medidas enérgicas y dolorosas para tratar la fiebre.
- El diagnóstico de síndrome febril motiva antibioterapia y hospitalización en reemplazo del juicio clínico.
- Existen discrepancias entre recomendaciones y prácticas.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. ESKERUD JR, LAERUME. Fiebre en Práctica General: Frecuencia y Diagnóstico. *Fam. Pract.* 1992; 263-269.
2. MACKOWIAK P. Conceptos sobre fiebre. *Arch. Internal Medicine.* Sep. 28, Vol. 158 N° 17. 1998.
3. FINSKELSTEIN J, CHRISTIANSEN C. Fiebre en cuidados primarios en Pediatría: Ocurrencia, Manejo. *Pediatr. Vol. 05. N° 1.* 2000.
4. GREENES DS, HARPER MB. Niños febriles con reconocido síndrome viral. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 18: 258-61, 1999.
5. ALVAREZ A, AGUILAR I. Infección bacteriana severa en niños. *Parámetros Predictivos. Rev. Cubana Pediatría.* Vol. 69 N° 3. 1997.
6. BARAFF L. Manejo de fiebre sin foco en lactantes y niños. *Annals of Emergency Medicine.* Vol. 46. N° 6. 2000.
7. SHAPIRO ED, AARÓN NH. Factores de riesgo para meningoencefalitis bacteriana entre niños con bacteriemia oculta. *J. Pediatr.* 109: 15-19, 1986.
8. LOZANO SANTIAGO. Fiebre en el niño. *Protocolos Complejo Hospitalario Toledo.* España. Cap. 133. 2000.
9. BAKER MD. Evaluación y Manejo del niño con fiebre *pediatr. Clín. North Am. Dec.*; 46 (6): 1061-72. 1999.
10. ISAACMAN D. Comparación de prácticas entre emergencistas y pediatras en el manejo de la fiebre en lactantes. *Pediatrics.* Vol. 108. N° 2. 2001.
11. KAYMAN HARVEY. Manejo de la fiebre basado en evidencias. *Clinical Pediatrics.* Junm., 42,5 p. 383-390. 2003.
12. LEDUC DG. Pediatras y Médicos Generales: Comparación del manejo del niño con fiebre. *Pediatrics.* 1982, 70: 511-515.
13. BARAFF L, OSLUND S. Antibióticos sobre riesgo de MEC en pacientes con bacteriemia oculta. *Pediatrics* 1993; 92: 140-143.
14. HARPER M. Avances en el manejo del niño febril. *Clin. Ped. Emerg. Med.* 5: 5-12. 2004.
15. JAFFE DM, TANZ RR. Administración de antibióticos para tratar posible bacteriemia oculta en niños febriles. *N. Engl. J. Med.* 317: 1175 - 1180. 1987.
16. PROCOP GN, HARTMAN J. Test de Laboratorio en Evaluación de enfermedad febril aguda en Emergencia Pediátrica. *Am. J. Clin. Pathology.* 107: 114 - 121. 1997.
17. DE ANGELIS C. Riesgos y costos del lactante febril hospitalizado. *Am. J. Dis. Child.* 137. 1146-1149. 1983.
18. ALPERON ER, ALESSANDRINI EA. Bacteriemia oculta en lactantes fabriles. *Ann. Emerg. Med.* 33: 166-73. 1999.
19. ALPERON ER, ALESSANDRINI EA. Bacteriemia oculta en Emergencia Pediátrica. *Prevalencia. Pediatrics.* 106: 505-11. 2000.
20. MAYORAL C, MARIANO R. Antipiréticos. ¿Es una alternativa? *Pediatrics.* Vol. 105. N° 5. 2000.
21. ALPIZAR L, MEDINA E. Efectos nocivos de la fiebre en el niño y medidas terapéuticas. *Rev. Cub. Pediatr.* 70 (4): 177- 84. 1998.
22. HIRSCH T. Síndrome Febril en Pediatría. *Manual de Pediatría.* Colombia 2001.
23. SCHMITT BD. Fobia a la fiebre. *Ann. J. Dis. Child.* 134: 176-181. 1980.
24. MAY A, BAUCHNER H. Fobia a la fiebre. La contribución de un pediatra. *Pediatrics.* 90: 851-854. 1992.
25. GARDUÑO A, HESHIKI L. Uso de la Dipirona en Niños. *Acta Pediatr. Mex.* 20, 1999.
26. HABIB, A. Actitudes ante la fiebre. *Arch. Venez. Pediatr.* Vol. 63. Supp. 1. 2000.
27. MARTINÓN F, ANTELLO. J. Análisis de los factores pronósticos de la respuesta antipirética del ibuprofeno. *Anales Españoles Pediatría.* Vol. 53. N° 5. 2000.
28. ROTHROCK SG, Green SM. Antibiótico para prevenir IBG en bacteriemia oculta. *Acad. Eerg. Med.* 5: 599-606. 1998.
29. JASKIEWICKZ JA, Mc. CARTHY CA. Lactante febril de bajo riesgo de Infec. Bact. Grave. *Pediatrics* 94 (3): 390-6. 1994.
30. YOUNG PC. Manejo del lactante febril por pediatras primarios. *Pediatrics* 95: 623-627. 1995.
31. LUSZCZAK M. Evaluación y manejo de los lactantes y niños con fiebre. *Am. Fam. Physician* 64(7): 1219 - 26. 2001.
32. BULLOCH B, CRAIG. Uso de antibióticos para prevenir secuelas en lactantes con riesgo de bacteriemia. *Metaanálisis. Acad. Emerg.- Med.* 4: 679-83. 1997.
33. BAKER MD, BELL L. Eficacia del manejo ambulatorio sin antibiótico de lactantes seleccionados con fiebre. *Pediatrics.* Vol. 103. N° 3. 1999