

Febre sen focalidade no paciente pediátrico. Proposta de manexo na urxencia extrahospitalaria.

Mantiñán Vázquez, María¹; Martínez González, Francisco²; Vázquez Golpe, Romina Paula³

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 88-91

¹Médico Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saude de Caranza. Ferrol. ²Médico Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saude de Teixeira. A Coruña. ³Médico Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de Saude de Caranza. Ferrol.

Palabras clave: Febre (*Fever, MeSH*), Pediatría (*Pediatric, MeSH*), Urxencia Extrahospitalaria (*Prehospital Emergency Care, en Emergency Medical Centers, MeSH*)

INTRODUCCIÓN:

Definición

Non existe acordo unánime sobre os valores definitorios de febre. Segundo a Asociación Española de Pediatría defínese febre a temperatura rectal superior a 38°C, e Febre sen foco (FSF) cando non se descubre a causa da mesma despois dunha historia i exploración física cuidadosa e o cadro clínico ten unha duración inferior a 72 horas (1).

Epidemioloxía

Os episodios agudos de febre supoñen entre un 10% e un 20% das consultas de pediatría (2-5). Despois da tos, é o segundo motivo de consulta máis frecuente nas consultas de pediatría de Atención Primaria (4). Non existen diferencias significativas en relación ó sexo ou a condición socioeconómica. Son máis frecuentes en nenos e nenas de entre 3 e 36 meses. Neste periodo a media de episodios de febre é maior en nenos que asisten a escolas infantís. Existe un aumento da incidencia nos meses de inverno (1).

Onde medir a temperatura? (6)

- RECTAL: Ten boa correlación coa temperatura central, pero presenta certas dificultades técnicas. Localización recomendada para menores de 5 anos.
- AXILAR: A cifra obtida adoita estar por debaixo da temperatura central, tecnicamente sinxela.

No presente documento será considerada como febre a temperatura RECTAL maior de 38°C e AXILAR maior de 37°C

MANEXO NA URXENCIA EXTRAHOSPITALARIA

A valoración do neno con febre presenta o principal obxectivo de diferenciar con criterios clínicos a aqueles pacientes con cadros banais dos que poden presentar unha Infección Bacteriana Grave (IBG)

(1-9) Este segundo grupo de pacientes precisarán da realización de probas complementarias e, na maioría dos casos, derivación a nivel hospitalario. As IBG que típicamente poden presentarse con FSF son Infección do tracto urinario (ITU), Neumonía oculta e Bacteriemia oculta.

A historia clínica incluírá datos que describan o curso da enfermidade actual: tempo de evolución, temperatura máxima termometrada, síntomas asociados e medicación administrada (6). A febre tomada na casa terase en conta como febre obxetivada (1). Aínda que con frecuencia se lle atribúen elevacións da temperatura corporal, non parece probable que a dentición xustifique temperaturas de máis de 38.5°C (7). Tamén se reflexarán os antecedentes persoais do paciente tales como: alerxias, inmunizacións (vacinacións recentes), características da xestación e parto, enfermidades e ingresos hospitalarios previos e tratamentos habituais (6).

A exploración física será minuciosa co fin de achar foco causal da febre e detectar signos de afectación do estado xeral que suxiran IBG (6,8). Téñense desenrolado diversas escalas de observación para poder identificar ós nenos e nenas con IBG subiacente. A escala de Yale (Táboa 1) (9-10), é aplicable en nenos e nenas de tódalas idades (1,11), e pode ser de utilidade no ámbito extrahospitalario .

Dende un punto de vista práctico convén dividir ós nenos maiores e menores de 3 meses, posto que a etioloxía, o risco de IBG, e deste xeito, a actuación médica son diferentes. Como norma xeral aconséllase a derivación a nivel hospitalario dos lactantes menores de 3 meses con FSF, xa que está indicada a realización de probas complementarias (8-9,13-18).. A partir dos 36 meses os nenos

Correspondencia

Francisco Martínez González. Centro de Saude de Teixeira.
R/ Galicia 4. 15310 Curtis (A Coruña)
E-mail: Francisco.Martinez.Gonzalez@sergas.es

adoitan focalizar as infeccións e o risco de IBG subiacente é mínimo, polo tanto, a actuación clínica e similar á do adulto (1,12,16-17). No tocante ós nenos e nenas de entre 3 e 36 meses, na bibliografía propóñense distintos modelos de actuación, principalmente orientados á atención no medio hospitalario. Os nenos deste intervalo de idade con bo estado xeral e temperatura menor de 39°C presentan baixo risco de IBG (1,6,8,12-18). É aconsellable a realización de urocultivos nos seguintes supostos; antecedentes de infección urinaria, nenos menores de 12 meses, nenas menores de 24 meses ou se o proceso febril se prolonga máis de 48 horas con etioloxía incerta (1, 8).

Por outra parte, no noso entorno, non parece xustificable actuar de maneira diferente ante un paciente con FSF segundo o seu estado de vacinación fronte a meningococo C e neumococo (18-22).

Neste documento propónse a estratexia de manexo que se desenrola nos seguintes gráficos (Algoritmos 1-3).

TRATAMENTO:

Aínda que existen discrepancias sobre o tratamento ou non tratamento da febre, parece existir acordo para tratar os seguintes casos (6,15):

- Temperatura maior de 38°C
- Cando o paciente presenta disconfort.
- Existen antecedentes de :
 - o Convulsións febrís.
 - o Enfermedade respiratoria, cardiovascular ou metabólica.
 - o Angustia familiar.

Medidas físicas:

- Non tapar excesivamente ó paciente
- Hidratación adecuada estimulando o consumo de líquidos
- Baños de auga morna (A temperatura da auga debe ser 2°C menos que a temperatura axilar do neno, e cunha duración de 10-20 min.)

Tratamento farmacolóxico: (1,6,17)

- PARACETAMOL: Dispoñible para administración oral (solución, comprimidos) ou rectal (supositorios). Presenta boa absorción acadando niveis plasmáticos máximos tras 1-2 horas da súa administración e mantendo o seu efecto en torno a 4-6 horas. A maior dose, máis prolongado é o seu efecto antitérmico, polo que se aconsella administrar 15 mg/kg cada 4-6 horas, sen exceder os 60 mg/kg/día.
- IBUPROFENO: Dispoñible para administración por vía oral (solución, comprimidos, sobres). Efecto antitérmico prolongado, entre 6 e 8 horas. A dose oscila entre 5-10 mg/kg, cada 6 horas, sen exceder os 60 mg/kg/día.
- METAMIZOL: En nenos e nenas maiores de 2 anos. Administración

vía oral (cápsulas), rectal (supositorios), intramuscular e intravenoso (ampulas). A dose recomendada e de 10-20 mg/kg cada 6 horas. Máximo de 2 gr/dose e 6 gr/día.

Non se aconsella administrar paracetamol e ibuprofeno ó mesmo tempo. Unha vez administrado un antitérmico, se non se obtén reposta, considerar o uso doutro alternativo (15). Se a resposta e favorable poderase continuar co mesmo antitérmico respetando a posoloxía indicada.

Aconséllase o inicio das medidas terapéuticas durante a propia asistencia, se o neno ou nena así o precisa.

INFORMACIÓN Á FAMILIA: (1,15)

É importante informar á familia sobre o significado da febre (en esencia beneficiosa e sen problemas por si mesma) así como das medidas máis apropiadas do tratamento sintomático.

Do mesmo xeito, é fundamental informar polo miúdo sobre posibles signos ou síntomas de alarma que indicarán a reevaluación urxente do noso paciente, ben sexa por agravamento do seu estado ou pola aparición de clínica que suxira un foco febril.

Aconsellarase non enviar ó neno ou nena á escola mentres dure a febre.

A información sobre o tratamento aconsellado debería figurar por escrito no informe de alta.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gonzalo CR, Méndez M. Fiebre sin foco. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. 2009. Disponible en: <http://www.aeped.es>
- (2) Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. *Pediatr Clin North Am* 1999;46:1061-1072.
- (3) Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. *Pediatrics* 2000; 105:260.
- (4) Nelson DS, Walsh K, Fleisher GR. Spectrum and frequency of pediatric illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics* 1992; 90:5.
- (5) Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1991; 7:67.
- (6) Díaz B, García J. Fiebre y otros trastornos de la temperatura corporal. En: García-Sicilia J, Almaraz ME, Ares S, Muños ME, Parra MI, Ramos E, Acutores E, Alonso LA. Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. 1ª Edición. Madrid. Publimed. 2001. Pax: 215-222
- (7) Tighe M, Roe MF. Does a teething child need serious illness excluding? *Arch Dis Child* 2007; 92:266
- (8) De la Torre M. Manejo global del lactante con fiebre sin focalidad. En: Benito J, Mintegui S. Manejo del lactante febril sin focalidad. 1ª Edición. Madrid. Ergon. 2005. Páx: 89-99
- (9) DeWitt TG, Humphrey KF, McCarthy P. Clinical predictors of acute bacterial diarrhea in young children. *Pediatrics*. 1985 Oct;76(4):551-6.

- (10) McCarthy PL, Sharpe MR, Spiezel SZ, Dolan TF, Forsyth BV, Dewitt TG et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. *Pediatrics* 1982; 70: 802-809.
- (11) Baraff LJ. Clinical policy for children younger than three years presenting to the Emergency Department with fever. *Ann Emerg Med.* 2003;42:546-54
- (12) American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee; American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Pediatric Fever. Clinical policy for children younger than three years presenting to the emergency department with fever. *Ann Emerg Med.* 2003;42:530-545.
- (13) Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Agency for Health Care Policy and Research. *Ann Emerg Med* 1993; 22:1198.
- (14) Baraff LJ. Management of infants and young children with fever without source. *Pediatr Ann.* 2008 Oct;37(10):673-9.
- (15) National Institute for Health and Clinical Excellence. Feverish illness: assessment and initial management in children younger than 5 years. London: NICE; 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG047>
- (16) Molina Cabañero JC. Fiebre sin foco. Programa de Formación continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. Disponible en: <http://pediawiki.wikispaces.com/file/view/Fiebre+sin+foco.pdf>
- (17) Gembero E, Martínez D, Molina J. Síndrome febril sin foco. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es>
- (18) Landín G. Fiebre sin foco en lactantes. Guías clínicas de Fisterra. 2009. Disponible en: <http://www.fisterra.com>
- (19) Aristegui J, Bemaola E, Pocheville I, García C, Arranz L, Durán G, et al. Reduction in pediatric pneumococcal disease in the Basque Country and Navarre, Spain, after the introduction of the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2007; 26:303-10.
- (20) Barricarte A, Gil-Setas A, Torroba L, Castilla J, Petit A, Polo I, et al. Invasive pneumococcal disease in children younger than 5 years in Navarra, Spain (2000-2005). Impact of the conjugate vaccine. *Med Clin (Barc)* 2007; 129(2):41-5
- (21) Muñoz-Almagro C, Jordan I, Gene A, Latorre C, García-García JJ, Pallares R. Emergence of invasive pneumococcal disease caused by nonvaccine serotypes in the era of 7-valent conjugate vaccine. *Clin Infect Dis* 2008; 46:174-182.
- (22) Casado-Flores J, Rodrigo C, Aristegui J, Martín JM, Fenoll A, Méndez C. Decline in pneumococcal meningitis in Spain after introduction of the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:1020-1022.
- (23) Grupo de Trabajo sobre el Niño Febril. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. El niño febril. Resultados de un estudio multicéntrico. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 5-10

TÁBOAS E ALGORITMOS:

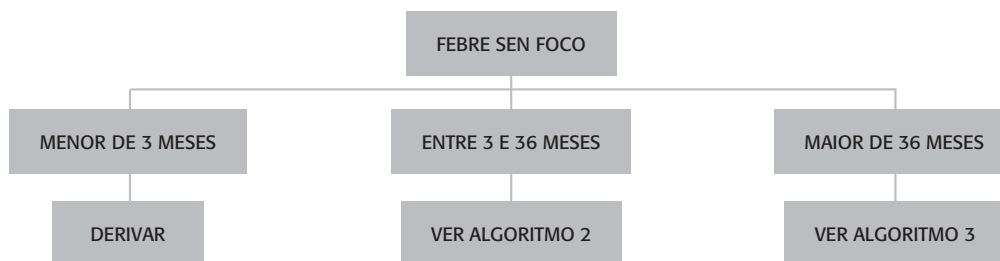
	NORMAL	MODERADO	GRAVE
Calidade do choro	Forte ou non chora.	Queixido ou salouco	Débil ou xemido de tono alto
Reacción ós páis	Chora brevemente, despois contento.	Chora a intervalos	Choro continuo ou apenas responde
Resposta social	Sorríe ou alerta	Sorríe ou alerta brevemente	Non sorríe, rostro ansioso, inexpresivo, apagado ou non alerta
Cambios na conciencia	Esperto e atento, durmido pero esperta rápidamente	Ollos pechados, breve despertar ou costa espertalo	Sono profundo ou non esperta
Color	Rosado	Extremidades pálidas ou acrocianose	Pálido, cianótico, moteado.
Hidratación	Pel e ollos normais, mucosas húmidas	Pel ollos normais, boca lixeiramente seca	Pel pastosa ou tirante, mucosas secas, ollos afundidos

TÁBOA 1: Escala de Yale

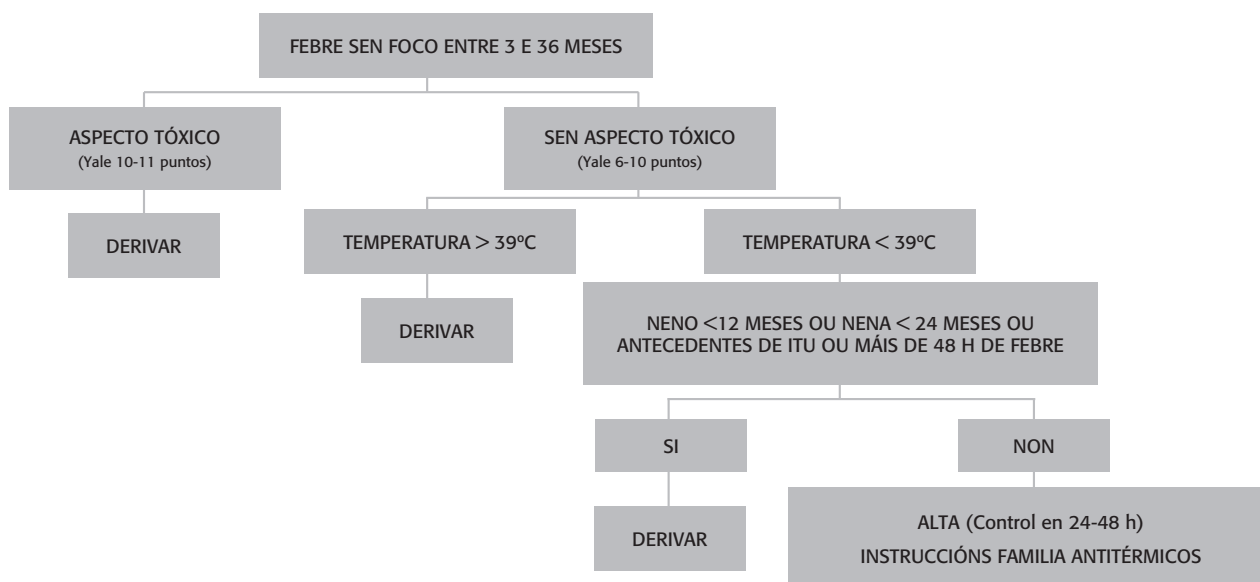
PUNTUACIÓN

- < 10 puntos: Baixo risco de IBG (2,7%)
- 11-15 puntos: Risco moderado de IBG (23%)
- > 16 puntos: Alto risco de IBG (92,3%)

ALGORITMO 1: PROPOSTA DE MANEXO FSF EN PACIENTES PEDIÁTRICOS



ALGORITMO 2: PROPOSTA DE MANEXO PARA FSF ENTRE 3 E 36 MESES



ALGORITMO 3: PROPOSTA DE MANEXO DE FSF EN NENOS MAIORES DE 36 MESES

