

Actitud del Pediatra frente a la fiebre en niños de 3 meses a 2 años



Dr. Roberto Grimaldo

Dra. Ana Maria Vergara

Dr. Carlos Ríos

- La fiebre es uno de los motivos principales de consulta en las unidades de urgencias pediátricas.
- Constituye alrededor del 30 % de los motivos de consulta de todo pediatra ₁.
- Representa casi el 50% de las consultas telefónicas por parte de los padres.
- Es el síntoma más peligroso al que le temen los padres según un estudio realizado por Barton Schmidt₂.

- En niños pequeños (< 36 meses) es motivo de hospitalización para observación y/o tratamiento, por el riesgo de ‘Infección bacteriana grave’.
- La mayoría de las causas están relacionadas a agentes virales.
- La enfermedad invasiva grave es poco frecuente

“FOBIA A LA FIEBRE”

Término acuñado para describir el peligro que perciben las personas que cuidan a niños.

Un estudio norteamericano encontró que el 85% de los padres trataban a sus niños con antipiréticos antes de que la $T^{\circ} > 38.9^{\circ}\text{C}$.

En este estudio se encontró que 48% de los padres creían que $T^{\circ} < 38^{\circ}\text{c}$ representaba fiebre.

- La contribución de los pediatras a dicha fobia fue evaluada en 1992 por Kramer₃, donde se encontró que el 65 % respondió que “Una elevada temperatura corporal puede ocasionar daños severos a los niños”.
- Los médicos citaron que la complicación más frecuente eran las convulsiones.
- 89 % trataba a los pacientes por $T^{\circ} < 38.9^{\circ}$, pero 88% recomendaban no despertar a los niños si estos dormían para administrar tratamiento.
- Mensajes ambivalentes sumamente peligrosos.

- Estudios realizados por Crocetti⁴ y Schmidt confirmaron que los pediatras y las enfermeras son la fuente principal de información sobre la fiebre.
- *Lamentablemente* acciones repetidas por parte de este personal de salud hacen creer que la fiebre es un síntoma con demasiada relevancia por sí solo.
- Mayoral et al ⁵ encontró que 50% de los pediatras utilizan esquemas alternantes de ibuprofeno y acetaminofén , a pesar de que no hay estudios que sirvan de base para dicha práctica.

- En Panamá ,el estudio realizado en 1994 por el Dr. Carlos Ríos ⁶ encontró que el 85 % de los pediatras encuestados consideraban fiebre una temperatura entre 37.5°c y 38°C.
- El 60% de los encuestados respondió que darían tratamiento con $T > 38.5^{\circ}\text{C}$.
- 65% consideró que la prevención de las convulsiones era el principal propósito del manejo antipirético.
- 79% consideró que las convulsiones eran la principal complicación de la fiebre.

El terror de la Fiebre



ETIOLOGÍA INFECCIOSA

VIRUS (80-90 % de los casos)

- Benigna
- Autolimitada
- No precisa tratamiento
- Infecciones frecuentes (esporádicas/brotos anuales)
 - *Herpes virus hominis* tipo 6
 - *Enterovirus*
 - *Adenovirus*
 - Virus respiratorios
 - CMV, Mononucleosis infecciosa

ETIOLOGÍA INFECCIOSA

Bacterias

Menores de 3 meses

- Riesgo de infección bacteriana



2-3 %

En < 4 semanas: 12,5 %

S. agalactiae
Enterobacterias
L. monocytogenes

3-36 meses

- Riesgo de infección bacteriana



8-10 %

S. pneumoniae
N. meningitidis
H. influenzae
E. coli
Salmonella

DEFINICIONES

Límites normales de la temperatura corporal

■ Límite superior normal (P_{99})

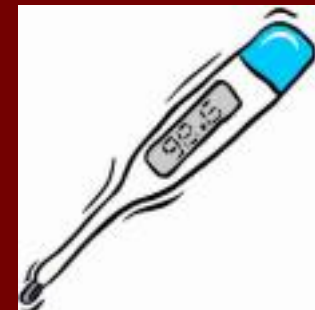
- Adultos 37,7 °C
- Niños 37,9 °C

■ Límite inferior normal (P_3)

- Adultos y niños 36,0 °C

■ Variación diaria

- La T^a más baja 6:00 h de la mañana
- La T^a más alta 6:00 h de la tarde

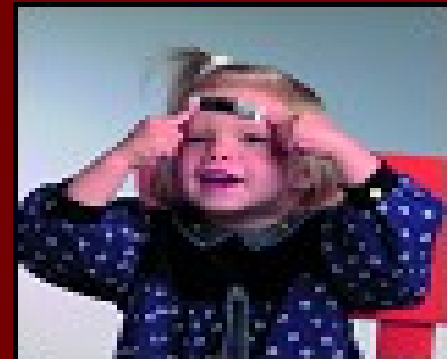


DEFINICIONES

Fiebre

- Febrícula 37,5 - 38,0 °C
- Fiebre 38,0 - 38,9 °C
- Fiebre elevada 39,0 - 40,9 °C
- Hiperpirexia $\geq 41,0$ °C

McCarthy PL. Ped Rev 1998; 19: 401-408 (modificado)



Métodos de medición de la temperatura en niños

Modalidad

- Mercurio (referencia)
- Electrónico digital
- Químico (tempa-DOT)
- Cristal líquido (Fever-Scan)
- Timpánico de infrarrojos
- Sensores cutáneos
- Sensores intravasculares

Lugar de medición

- Recto
 - Axila
 - Oral (sublingual)
 - Piel
 - C.A.E.
 - Orina
 - Esófago
 - Arteria pulmonar
-

Métodos de medición de la temperatura en niños pequeños: Recomendaciones

- Recién nacidos Axilar, rectal
 - Lactantes y niños < 36 mesesRectal, axilar
 - Niños > 3 años Axilar, oral
-
- **Contraindicaciones de la temperatura rectal:**
 - Malformaciones ano-rectales
 - Enterocolitis necrosante
 - Inmunodeficientes
 - Diarrea bacteriana invasora

Fiebre en lactantes y niños pequeños

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

- Anamnesis
- Exploración clínica
- Exámenes complementarios
 - Hematología (recuento de leucocitos)
 - Hemocultivo
 - Urinálisis
 - Líquido cefalorraquídeo
 - Examen microscópico de las heces
 - Rx de tórax
 - Proteína C-reactiva y Procalcitonina
- Combinaciones de datos clínicos y analíticos

Fiebre en lactantes y niños pequeños

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA: ANAMNESIS

OBJETIVO: Identificación de Riesgo de IBG

Criterios de Bajo-Riesgo¹

Gestación a término
Curso perinatal no complicado
Hospitalización no superior a la madre
No antibioterapia perinatal
No ictericia neonatal prolongada
No antibioterapia reciente (≤ 7 días)
No enfermedad crónica
No tratamiento quirúrgico

Evidencia tipo II

Criterios de Alto-Riesgo²

Enfermedad febril recurrente
Prematuridad
Inmunodeficiencia congénita
Asplenia
Hemoglobinopatía (HbS)
Neoplasia y/o quimioterapia
Corticoterapia reciente
SIDA

No aplicables las recomendaciones generales para lactantes con FSF

Objetivo General

- Conocer la actitud del Médico Pediatra frente a la fiebre en niños de 3 meses a 2 años.



Metodología

- Se realizó una encuesta entre médicos pediatras y médicos residentes de pediatría, durante los meses de enero y septiembre del 2006.
- Anónima
- El cuestionario fue entregado por los autores y recogido posteriormente por los mismos.
- Las respuestas fueron tabuladas y agrupadas de acuerdo a los años de graduación.

Análisis Estadístico

- Programa estadístico EPI INFO 2002.
- Significancia estadística χ^2 .
- Intervalo de confianza del 95%.

Resultados

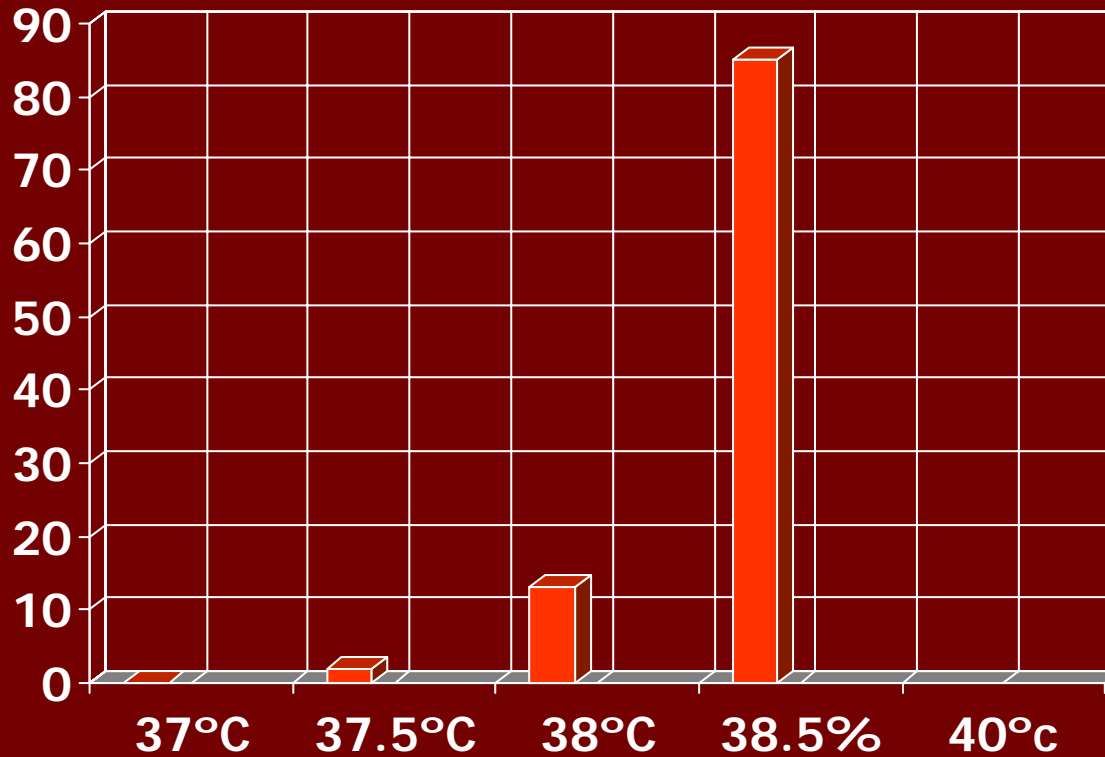
- Se aplicaron un total de 130 encuestas completas entre médicos pediatras y residentes de Pediatría en diferentes puntos del país.
- El 100 % respondió que la temperatura más confiable era la rectal.

Tabla 1. Distribución por año de graduación

Años de graduación		
< 5 años	49	37 %
6-10 años	25	19%
11-15 años	22	17%
16-20 años	15	11.5%
> 20 años	19	14.5%
Total	130	100 %

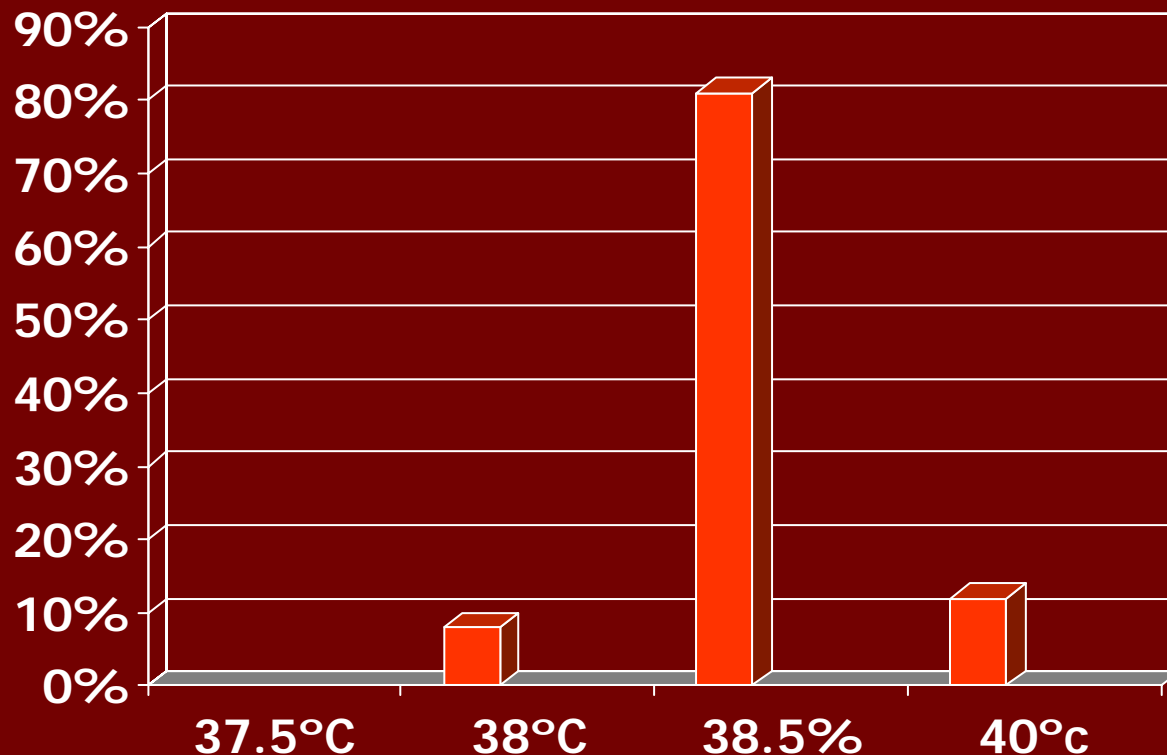
Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

Gráfica 1. Nivel de Temperatura rectal indicativo de fiebre



Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

Gráfica 2. Temperatura rectal a la que indicaría tratamiento



Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

Principal propósito del tratamiento antipirético

- A. Prevenir convulsiones: 12/130
- B. Prevenir daño cerebral: 0/130
- C. Hacer que el niño se sienta confortable: 114/130
- D. Atenuar la preocupación de los padres: 4/ 130

Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

¿Deben despertar los padres al niño para darle tratamiento antipirético?

- A. Sí (con cualquier temperatura): 10/130
- B. Sí (con $T^{\circ} > 38.5^{\circ}\text{C}$): 85/130
- C. No: 35/130



¿Principal Peligro de la fiebre?

- A. Convulsiones: 42/130
- B. Deshidratación: 12/130
- C. Ninguno: 76/ 130

Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

¿ Tratamiento de elección de la fiebre?

- A. Acetaminofén: 118/130
- B. Medios Físicos: 12/130

Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

¿ Es la Temperatura por sí misma indicativa para prescribir antipiréticos?

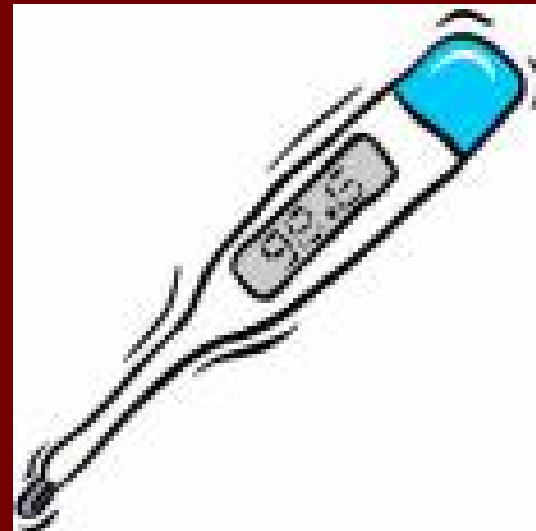
■ Sí: 34/130

■ No: 96/130

¿ Es la temperatura por sí misma indicativa de enfermedad grave?

■ Sí: 4 /130

■ No: 126/130



Consecuencia más seria de la convulsión febril típica

- A. Ninguna: 122/130
- B. Daño cerebral: 7/130
- Otros: 1/130

Fuente: Encuesta aplicada a médicos pediatras y residentes. 2006

Estudios que realizaría para determinar la etiología de la fiebre

- BHC: 118
- Urianálisis: 75
- PL: 43
- Rx de tórax: 26
- Todos: 12



Lactante que llega a sala con T° rectal de 40°C. ¿Qué haría?

- Bañarlo por 20-30 minutos: 13/130
- Colocarle supositorio de acetaminofén: 5/130
- Ambas cosas: 112/130

Paciente de 1 año y 3 meses con cuadro respiratorio superior y temperatura axilar de 39.5°C. Antecedente de convulsiones febriles típicas ¿ que haría?

- Hospitalizar: 0/130
- Enviarlo a casa con acetaminofén: 76/130
- Enviarlo a casa con antibióticos: 0/130
- Enviarlo con ambas: 54/130

Discusión

- En este estudio el 100% de los encuestados consideró a la temperatura rectal, como la temperatura más fidedigna, a diferencia del estudio realizado por el Dr. Ríos en 1994, que sólo la consideró la más certera en un 84%.
- Se observó un aumento en el valor del nivel de temperatura rectal indicativo de fiebre (38.5°C) en comparación con el estudio del Dr. Ríos donde se consideraba fiebre entre 37.5 y 38°C .

Discusión

- Ambos trabajos presentan una inclinación a considerar tratamiento antipirético con temperatura rectal de 38.5°C.
- En este estudio se mostró un descenso en la opinión de instaurar tratamiento antipirético para prevenir la aparición de convulsiones.

Discusión

- En ambos estudios se pudo constatar que aún existe la creencia de que el principal peligro de la fiebre es la aparición de convulsiones.
- En ambos estudios no se consideró que la fiebre, por sí misma, es indicativa de enfermedad grave.

Conclusiones

- Persiste la idea errónea del daño cerebral directo y las consecuencias neurológicas importantes que acarrea la fiebre.
- A pesar de la literatura descrita , hay médicos que manejan la fiebre en base a su experiencia personal y no de acuerdo a la medicina basada en la evidencia.

GRACIAS

