

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

165

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PETROLEOS MEXICANOS

DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE

EVALUACION, DIAGNOSTICO Y MANEJO INICIAL
DE LA FIEBRE EN EDAD PEDIATRICA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

27.6081

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE :

PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA :

DRA. AMELIA RUIZ RESENDIZ



2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. CARLOS PEREZ GALLARDO YAÑEZ

DIRECTOR
DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE
PETROLEOS MEXICANOS



DR. JORGE ESCORCIA DOMINGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE



DR. ROBERTO LONDAIZ GOMEZ
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL CENTRAL NORTE

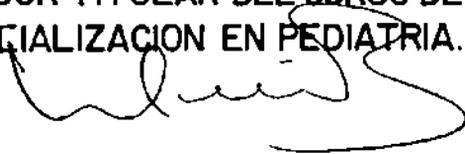


ASESORES



DR. JORGE ESCORCIA DOMINGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE

DRA. ANA E. LIMON ROJAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA.



DR. FRANCISCO J. ZAMORA GARCIA
TERAPISTA INTENSIVISTA

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS PASITA, TODO LO MIO SABES QUE ES TUYO

GRACIAS ABUE LUPE A DONDE QUIERA QUE ANDES

GRACIAS LORENIO, GATO Y ENANA POR SU COMPAÑIA

GRACIAS BARBARA, EMILIO, COLEGUITA, COLEGA Y FER.

GRACIAS TETA Y A TUS PAPAS

**GRACIAS A USTEDES POR SU PACIENCIA, REGAÑOS Y
CONFIANZA:**

DR. ESCORCIA, DR. URIBE, DR. RODRIGUEZ, DR. ALPUIN

A TODOS USTEDES GRACIAS POR AGUANTARME:

CLAUS, PAO, PACO, NAN, RAYTE, MARCOS.

TAMBIEN A USTEDES: CLAU TINOCO, LINA, GABY.

INDICE

MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	23
ANEXOS	25
BIBLIOGRAFIA	27

MARCO TEORICO

La causa principal de fiebre en niños sigue siendo la infecciosa y este conocimiento se ha difundido a la población general. Numerosos estudios refieren que se ha establecido una "fobia a la fiebre", lo que hace que esta se sobretrate antes de poder establecer su causa. Se ha correlacionado la presencia de múltiples patologías asociadas a la fiebre sin embargo, de acuerdo a lo descrito en la literatura los menores de 3 años principalmente, refieren una sintomatología muy vaga e imprecisa sobre la asociación de algún proceso infeccioso leve o severo que pueda orientarnos hacia una patología en especial, se mencionan infecciones bacterianas diversas como las originadas en el tracto respiratorio alto (faringitis, amigdalitis), gastroenteritis, infección de vías urinarias, neumonías, encefalitis, infecciones de tejido óseo y dérmico, infecciones a nivel ótico y de senos paranasales, de gérmenes específicos para el área geográfica y características propias del huésped. (1,2)

Sin embargo, no debe olvidarse que en la edad pediátrica la mayoría de los procesos infecciosos son en principio secundarios a agentes virales. Debe tenerse en cuenta como menciona Press en su estudio, en el cual se realizó seguimiento a 7 años en 105 niños con hiperpirexia, solamente 8 de ellos (7.6%) tuvieron bacteremia, incidencia ya reportada desde 1976 por Mc.Carthy. (3,2,4)

Independientemente de la causa etiológica, la fiebre es la producción de pirógenos endógenos con alteración directa al hipotálamo, producción consiguiente de citocinas plasmáticas seguida de incremento en la producción de prostaglandinas E2 hipotalámicas ocasionando elevación de la temperatura

corporal, existe aumento en el consumo de oxígeno y en la producción de dióxido de carbono a nivel del centro termorregulador aunado a la regulación que también es mediada por la sangre circulante, esta integración de señales mantiene una temperatura corporal de 37°C con margen estrecho de 1°C a 1.5°C, siguiendo un ritmo circadiano alcanzando temperaturas máximas normales entre las 16 y 18 horas, esta regulación normal puede verse alterada por varios estados patológicos. (5) La fiebre se reconoce cuando la temperatura es mayor de 38°C en toma rectal, de 37.8°C en registro oral y 37.2°C cuando es axilar, pero normalmente por influencia de la ropa, temperatura ambiental y actividad física puede fluctuar entre 36.1°C en las mañanas y por la tarde hasta 38°C. (6) Otros factores que pueden afectar a la medición de la temperatura y secundariamente variar los rangos establecidos previamente son las estaciones del año, con temperaturas más altas (aún sin patología presente) en los meses de verano más que en los de invierno, haciendo referencia de esto un estudio realizado por Herzog y Coyne de la Escuela de Medicina de Harvard en Boston, en un estudio realizado en 1993 donde estudiaron 691 niños menores de 3 meses febriles, encontrando una variación de dos desviaciones estándar en temperaturas reportadas en julio - septiembre de +/- 38.3°C comparadas con las medidas en enero - marzo de +/- 38°C en los mismos niños. (7)

Algunos autores manejan el término de hiperpirexia al igual que fiebre, la primera se conoce como temperaturas mayores o iguales de 41°. Raramente ocurre en la edad pediátrica como lo refiere Akerren y cols., con incidencia del 1.5% en 15 mil pacientes estudiados de 1927 a 1940. Se ha relacionado la hiperpirexia con enfermedades muy serias y con alto riesgo para alteraciones neurológicas secundarias independientemente de la causa etiológica. (3)

El método diagnóstico para reconocer la fiebre varía de una institución a otra. En México generalmente se utiliza la medición de la temperatura a nivel axilar, la cual suele correlacionarse con la rectal para detectar fiebre en 93% de los casos

cuando la primera se encuentra entre 38° C y 38.9°C. Otros estudios reportan que hasta un 75% de las madres conocen que la temperatura corporal normal en toma axilar es menor de 38°C y que la frecuencia de este concepto aumenta en los padres pertenecientes a un estrato socioeconómico alto, disminuyendo hasta 29% en las familias de nivel educacional bajo. Lo anterior se demuestra en el estudio de Rendón-Macías, realizado en 1993 en el H.C.R del I.M.S.S, en donde 62.6% de las madres encuestadas sabían el concepto correcto de fiebre. Destacándose también, que la fiebre pudo detectarse por las madres hasta en un 85% con solo tocar al niño y posteriormente con la toma de la temperatura a nivel axilar (6). No obstante, el estudio realizado por Brown y cols en el Hospital de Lousiana en el año de 1991 con 257 niños con objetivo de identificar la relación que existía así como las diferencias entre la determinación de la fiebre a nivel axilar y oral contra la rectal encontraron que, en los primeros sitios hay falsos negativos en comparación si se hacía por vía rectal en donde la certeza de detectar fiebre es más del 90% con desviaciones estándar menores del 0.2% , pudiendo tener un grado de confiabilidad del 95% si se toma la temperatura rectal (8), método que aún en México se tiene como de menor confiabilidad en los servicios pediátricos (6).

Un método muy utilizado en nuestro medio es el de la palpación manual para el diagnóstico de fiebre, que puede ser en algún momento causa de alarma innecesaria por parte de los familiares, llevar al sobretamiento en casa y en los servicios de salud de un signo que puede o no existir (6). Está descrito desde 1974 que el método de palpación manual sustituyó en algún momento el uso del termómetro, actualmente se le ha dado una especificidad a este método del 75% (Graneto y cols.,1995) que tiene que considerarse ante la actitud de subjetividad del familiar en especial la madre, ante el posible hallazgo de otra patología en el niño, debiendo interrogar el sitio que utilizaron para el diagnóstico de la misma (cabeza 28%, tronco 20%, brazos y piernas 12%, abdomen 12% y otros) como se menciona en el estudio de este mismo autor (9,10).

Ahora bien si el determinar el sitio y causa de la fiebre en los niños causa controversia aun en el personal médico, el tratamiento de la fiebre es aún más difícil.

(11)

El manejo inicial de la fiebre debe ser en muchas ocasiones el sindromático, sin olvidar que el buscar el origen de la misma es elemental ya que este puede en algunos casos entrañar más riesgos que la propia causa primaria.

(12)

Existe la evidencia que apoya el efecto benéfico de la fiebre sobre la respuesta inflamatoria humana a las infecciones, ya sea mejorando la fagocitosis, potencializando el efecto del antibiótico o inclusive acortando el tiempo de replicación o sobrevivencia del organismo patógeno. Este efecto benéfico parece no ser bien conocido en el personal de salud y menos aún en la población general, esto ha dado pie a que se lleven a cabo estudios en relación a los conceptos de fiebre en donde se muestra que un 55 a 65% de los padres de familia la consideran dañina, sin escapar el mismo personal médico a este error, como se menciona en el estudio realizado en el CMR del I.M.S.S. en el año de 1995 en donde el 68% de los pediatras encuestados desconocían el efecto explicado de la fiebre. (12)

Debe tenerse como finalidad inicial el disminuir la sintomatología acompañante de la fiebre más que el tratar de normalizar la temperatura, bastando solo con disminuirla. Se conocen en forma muy general dos métodos para el tratamiento de la fiebre: los llamados medios físicos y los fármacos antipiréticos. Como sabemos los medios físicos favorecen la disipación de calor sin estimular la termogénesis, bastando a veces solo con la rehidratación y el eliminar el exceso de ropa, considerando un baño de inmersión en agua tibia por 20 a 30 minutos, nunca haciendolo con agua fría o hielos así como tampoco con alcohol, ya que con estas medidas se limita la disipación de calor por

vasoconstricción periférica y estimulación de la termogénesis (por los receptores periféricos del frío) , colapso y muerte y/ intoxicación etílica por inhalación.

Como segundo método están los fármacos con acción antipirética, los cuales pueden tener dos modalidades en su uso: evitar la elevación térmica con la administración regular, o bien la administración cada que se eleve la temperatura de cierto limite permisible. El primer método es eficaz por su efecto sintomático importante pero se le ha correlacionado con el enmascaramiento de ciertos estados patologicos graves al enmascarar la evolución natural de la enfermedad, motivo por el cual se ha preferido el segundo método.(12, 13)

Entre los antipiréticos más utilizados en la práctica pediátrica destacan los salicílicos, los aminoferoles, los ácidosaril-alcanoicos, los fenipirazoles,y los esteroides. Todos con acción antipirética similar, con efectos indeseables y toxicidad.(12, 14).

Es necesario hacer hincapié que ante múltiples reportes en la literatura sobre el miedo del familiar y médico ante la fiebre, el conocimiento incorrecto o insuficiente sobre limites que pueden considerarse normales, la intervención educativa a los padres para mejorar el comportamiento ante sus hijos con fiebre en los centros de salud de primer nivel de atención para disminuir en mucho el sobretreatmento, hospitalizaciones no indicadas con exposición de los niños a riesgo de infecciones intrahospitalarias y manejos no habituales que puedan exponer la vida del niño, ya sea en el hogar como en los servicios de urgencias, que en la mayoría de los casos es donde se atiende a este tipo de pacientes (1,13). Así mismo, mencionar que los planes educativos deben encaminarse también hacia los médicos familiares y pediatras y enfermería para poder unificar criterios y lograr mejores resultados (6, 14,15).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La fiebre constituye en la edad pediátrica un motivo de urgencia tanto para el familiar como para el médico tratante. Si bien hasta ahora no se ha establecido un criterio uniforme para determinar la presencia de fiebre y el manejo inicial varía de acuerdo con el grado de conocimientos que se tengan al respecto, por esto:

- ¿Cuál es el concepto que se maneja de fiebre en la edad pediátrica por el familiar y por el médico de primer contacto?
- ¿Es evaluada en forma adecuada la fiebre por el familiar y el médico?
- ¿Cuál es el manejo inicial que reciben los niños febriles por parte del familiar y del médico?

JUSTIFICACION

La evaluación adecuada de la fiebre es muy importante. La fiebre constituye una causa de preocupación por parte de los padres y del médico de primer contacto, muchas veces con sobreutilización de los métodos diagnósticos y medicamentos.

El siguiente estudio tiene la finalidad de conocer si la valoración y el manejo inicial del paciente pediátrico febril que acude al servicio de urgencias es el adecuado, tanto por familiares como por el médico de primer contacto. De esta manera determinar si es necesario establecer un programa encaminado a la detección y tratamiento adecuado de la fiebre y, disminuir de manera indirecta, la sobrecarga de consulta en el servicio de urgencias y el uso indiscriminado de medicamentos.

OBJETIVOS

1. Conocer si la fiebre en el niño es valorada en forma adecuada por los familiares en el domicilio.
2. Conocer si la fiebre en el niño es valorada en forma adecuada por el médico de primer contacto en el servicio de urgencias.
3. Conocer el manejo inicial de la fiebre en el niño por parte del familiar en el domicilio.
4. Conocer el manejo inicial de la fiebre del paciente pediátrico en el servicio de urgencias por parte de los médicos de primer contacto.
5. Conocer los parámetros evaluados por los médicos del servicio de urgencias de primer contacto con los niños que acuden febriles para su diagnóstico y manejo.
6. Conocer si la fiebre en el niño es sobretratada por el familiar y el médico en una evaluación inicial.
7. Determinar si la fiebre en la edad pediátrica es motivo principal para acudir a recibir atención médica al servicio de urgencias.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y transversal durante los meses de junio a noviembre de 1999, aplicando una encuesta a familiares acompañantes de pacientes menores de 14 años 4 meses de edad al servicio de urgencias del Hospital Central Norte PEMEX, que refirieran a la fiebre como motivo principal de consulta, así como a los médicos de primer contacto en el servicio de urgencias que aceptaron verbalmente contestar el cuestionario diseñado y modificado del Dr. Rendón Macías publicado en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México, vol. 53- num. 8, en agosto de 1996.

Los cuestionarios exploraron los conocimientos sobre la definición de fiebre, la técnica de medición de la temperatura y el manejo inicial que se le da a la fiebre a nivel domiciliario y en el servicio de urgencias, y fueron aplicados por los médicos residentes del servicio de pediatría.

RESULTADOS

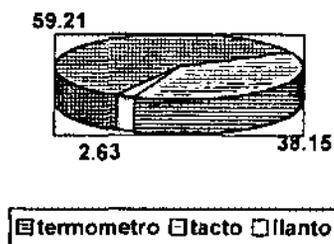
1. ANALISIS DE RESULTADOS CUESTIONARIO 1

Durante el tiempo de estudio se realizaron al azar un total de 222 cuestionarios aplicados a familiares de pacientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias del H.C.N. PEMEX a recibir atención. De acuerdo a los objetivos planteados obtuvimos los siguientes resultados: se corroboró que la fiebre en 152 (68.4%)pacientes por si sola fue motivo de las consultas en urgencias de los pacientes encuestados sobre otros síntomas para que se recurriera a recibir atención inmediata.

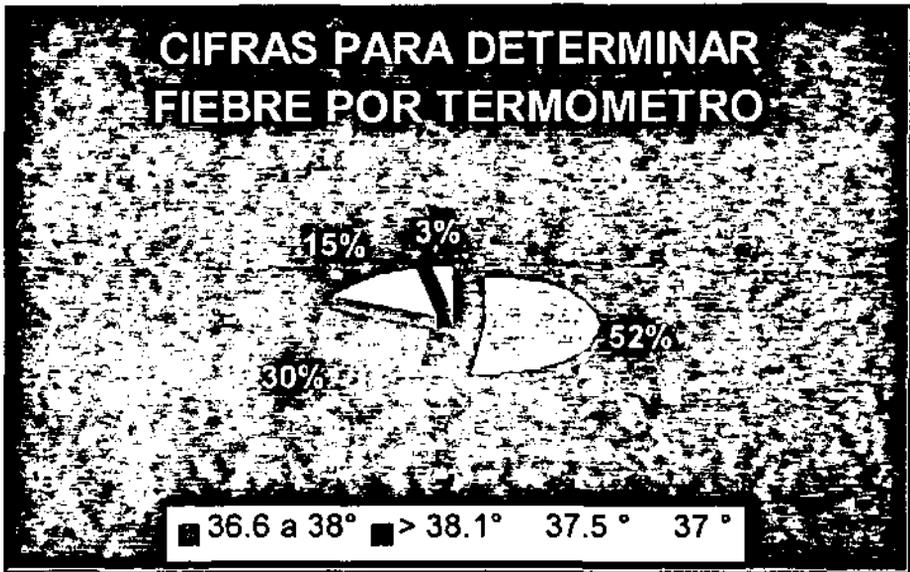
En cuanto al conocimiento de los familiares para detectar fiebre, riesgos y manejo inicial de la misma obtuvimos que 100 de ellos (65.79%) no consideraban que por tacto era suficiente o una adecuada técnica para poder referir al niño febril, un 34.21% consideró a este método efectivo, sin embargo al cuestionar sobre el método para reconocer que el niño tenía fiebre en 90 casos (59.21%) consideraron que el termómetro era el más indicado, 58 casos (38.15%) consideró al tacto y solo 4 (2.63%) determinó al llanto como método más específico.

(FIG 1.)

METODO DE DETECCION DE LA FIEBRE



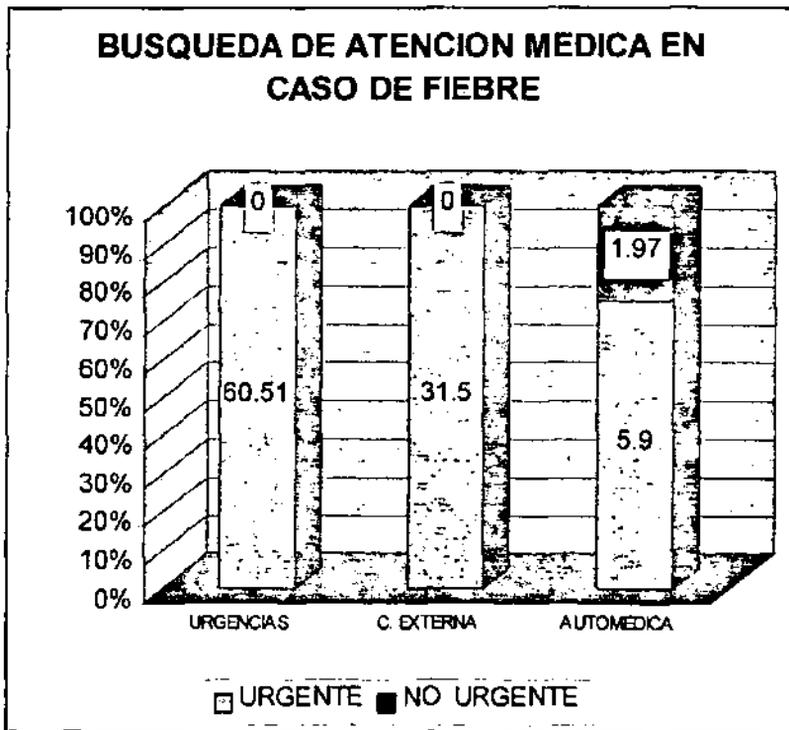
Evaluamos las cifras en que se basaron los familiares para determinar el grado de temperatura y poder validar que existía fiebre, encontrando que un 50% Evaluamos las cifras en que se basaron los familiares para determinar el grado de temperatura y poder validar que existía fiebre, encontrando que un 50% consideró entre 37.6°C y 38°C, 26.9% solo mayor de 38.1°C, 17.1% refirió 37.5°C y solo 5.92% a 37°C. Se relacionó también que de los 90 familiares que utilizaron el termómetro como método para determinar fiebre un 30.26% (46 casos) tomó válida la cifra de 37.6-38°, un 17.7% (27 casos) cifras solo mayores de 38.1° y el resto las cifras de 37.5° y 37° (14 y 3 casos correspondientemente). (FIG. 2)



Aunque los restantes 58 casos (38.15%) de los que consideraron al tacto como medio eficaz para validar la existencia de fiebre la cifra que se consideraría por arriba de lo normal si se utilizaba termómetro se encontró que la mayoría de estos (17.75%) respondieron entre 37.6°C y 38°C.

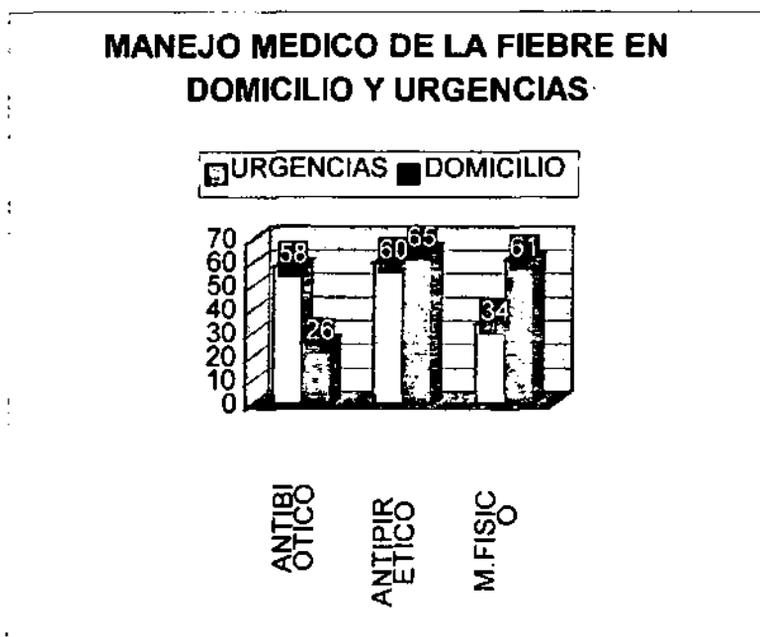
Dentro de los parámetros evaluados se consideró el sitio que con frecuencia se utiliza para el monitoreo de la temperatura ante la sospecha de fiebre, la vía axilar fué la más utilizada en 82.8% (126 casos), seguida por la bucal en 7.23% (11 casos) y con porcentajes menores la vía rectal (5.92%), ótica (3.28%) y solo en un caso (0.65%) se contestó que ninguna zona era específica para la toma de temperatura.

En 149 familiares (98.02%) se encontró que era necesario el recibir atención médica de urgencia ante la presencia de fiebre sin importar la causa que la originara, de estos un 60% (92 casos) consideró al servicio de urgencias para la atención y manejo de la misma, un 31.5% (48 casos) prefirió ser evaluados inicialmente en consulta externa siempre y cuando no existieran complicaciones severas agregadas y solo un 5.9% (5 casos) prefirió la automedicación antes de recibir ayuda médica. (FIG 3)

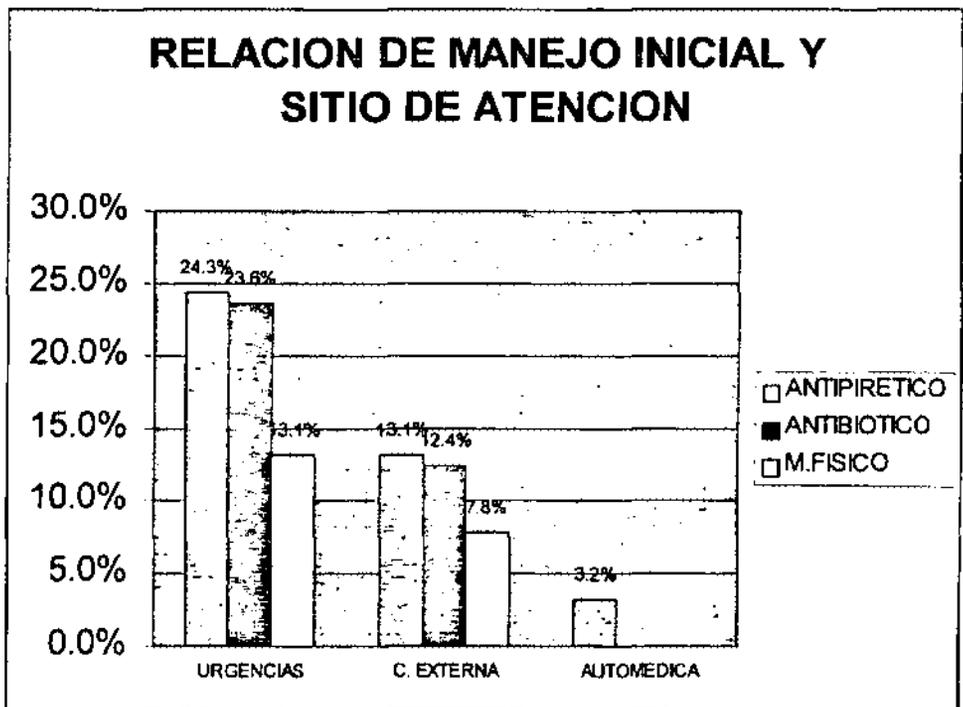


Por orden de frecuencia en 78 casos (51.3%) se refirió a los procesos infecciosos como principal asociación a fiebre, seguida de 68 casos (44.7%) por eventos convulsivos febriles y solo en 6 (3.9%) a enfermedades de origen maligno. Se determinó también que el manejo inicial ante la fiebre es diferente si se relaciona con hacerlo en el domicilio o en el servicio de urgencias.

Correlacionando el manejo inicial de la fiebre en el domicilio y en el servicio de urgencias se encontró que de los 65 casos en que se prefirió el antipirético en el domicilio (42.76%), un 23.64% de estos consideró que seguía siendo este un método eficaz a nivel institucional, un 10.62% prefirió el manejo con antibiótico y solo el 8.54% consideraron a los medios físicos de primera elección en el servicio de urgencias, no así en los 61 casos en que a nivel domiciliario prefirieron los medios físicos (40.13%) prefirieron el uso inmediato de antipiréticos en un 15.78% seguidos por medios físicos en un 13.81% y antibiótico en 10.52% ya con atención médica en urgencias. (FIG 4)



Si se compara la asistencia inicial al servicio de urgencias y consulta externa con el manejo médico y farmacológico que se debería recibir en cada uno se obtuvo que de los 93 casos(61.18%) que prefieren asistir a urgencias en 37 (24.34%) el manejo debe ser con antipirético, 36 (23.68%) con antibiótico y solo 20 (13.15%) los medios físicos, relación semejante a los que acuden a consulta externa en que 20 casos (13.15%) debería ser con antipiréticos, 19 (12.49%) antibióticos y 12 (7.89%) los medios físicos, y solamente en 9 casos en que se prefirió la automedicación inicial se manejaría con antipirético en 5 casos (3.28%).(FIG 5)



En pacientes con probabilidad de convulsiones (68 casos) el manejo en 20% fue con medios físicos, en tanto que de los que consideraban un proceso infeccioso (78 casos) más del 20% fué con antipirético a nivel domiciliario y no así en el servicio de urgencias en donde se prefirió el uso de antibiótico.

La vía de administración más eficaz para la administración de antipirético fué la oral en un 60.52%, seguida por la rectal en 23.02% y la intravenosa solo en 16.44% tanto en el domicilio como en el servicio de urgencias, y el familiar que acudía con el paciente en 108 casos (71.05%) fue la madre, el padre en 32 casos (21.05%) y el resto por familiares como abuelos en 6 casos (3.94%), tíos en 4 (2.63%) y hermanos en 2 (1.31%).

2. ANALISIS DE RESULTADOS CUESTIONARIO 2

El cuestionario dos se les aplicó a los médicos de primer contacto (médicos generales, pediatras y residentes de pediatría) , con un total de 20, de estos se obtuvo que un 80% mencionaban a la fiebre como sintoma más frecuente para acudir al servicio ante otras patologías .

Se obtuvo que 70% de médicos consideran una temperatura mayor de 38.1° indicativa de fiebre, solo 30%% cifras entre 36.6° y 38°C y generalmente se utiliza la región axilar para la medición de la misma (80%), seguidas de la región rectal (15%) y menos frecuente la bucal y ótica. Un 80% consideró que la palpación era un método no eficaz para considerar a un niño febril, 15% lo consideró de utilidad total y solo 5% de forma parcial.

Del total de encuestados un 95% consideró que los procesos infecciosos son los más frecuentemente asociados a la fiebre, determinando un 90 % que consideran a la fiebre con porcentajes menores del 25% asociada a otras patologías no infecciosas.

Del manejo para la fiebre 75% consideraron a los medios físicos de primera elección ante un paciente febril en el servicio de urgencias, el otro 15% optó por iniciar con antipiréticos, así mismo sin conocer la etiología en forma precisa del padecimiento un 55% estuvo en desacuerdo y 45% de acuerdo en utilizar antipiréticos.

Por último el uso de antibiótico no estuvo aceptado en un paciente febril que acude a urgencias de primera vez y en sospecha de cuadro viral o de etiología no infecciosa en un 100%.

DISCUSION

Los criterios del diagnóstico y manejo de los pacientes febriles continúan siendo un tema de controversia, ya que con frecuencia no sólo con base en la presentación clínica es fácil identificar a los pacientes con alguna enfermedad principalmente infecciosa que pueda ser grave, esto hace que en muchas ocasiones los médicos suelen recurrir, de manera invariable, en los casos de pacientes febriles, a valoración, hospitalización y tratamiento esperado con antibióticos. Este enfoque expone a gran número de pacientes a riesgos innecesarios y a morbilidad (17).

La fiebre es una fuente de ansiedad no solo para los padres sino también para los médicos generales y pediatras que los atienden, las causas de estos temores injustificados hacia la fiebre parecen ser diversas, pero destacan principalmente: la desinformación sobre los límites de la normalidad de la temperatura corporal que la identifica en los seres humanos, su etiología, sus beneficios y sus peligros potenciales(6), estos parámetros también se observaron en nuestro estudio ante la falta de conocimientos uniformes en la población estudiada, dándonos una idea en forma general de la falta de educación para el manejo adecuado de la fiebre en el paciente pediátrico. La controversia entre los médicos e incluso su conducta ambivalente para su manejo y tratamiento en la atención ambulatoria de los niños febriles aún existe (6), sin embargo nosotros pudimos reconocer que en el servicio de urgencias de nuestra institución, un 80% de los médicos encuestados tienen parámetros bien establecidos para el diagnóstico y manejo del paciente febril que acude, coincidiendo en el manejo oportuno de antipiréticos como de antibióticos.

En general, los padres tienen una gran variedad de razones para llevar a su hijo a un servicio de urgencias y ellos determinan que constituye una urgencia. Sus razones se basan en la falta de entendimiento de la enfermedad del niño (en este caso la fiebre), esto es, no tienen una educación adecuada por parte del médico familiar y/o del pediatra, acerca de las enfermedades que puedan relacionarse con esta y del manejo que pueda brindársele (18), teniendo entre otras razones: las de vivir en cercanía al hospital y la conveniencia de no tener que ir a su unidad de medicina familiar, así como al servicio de urgencias se puede acudir a cualquier hora y la creencia de que en este se ofrece atención superior al que recibirían en la unidad de atención primaria o consultorio médico (18), en nuestro estudio se corroboró que un 98.02% de los casos estudiados consideraban a la fiebre por sí sola como motivo de urgencia para acudir a recibir atención médica que bien puede ser indicativo de falta de conocimiento y evaluación de un paciente febril., dato que en la literatura no se toma como válido para formar parte de una verdadera urgencia médica.

Igualmente ante los métodos para la detección de fiebre y uso muy tempranamente de antipiréticos, Banco y cols mencionan que para los padres en especial la madre es más fácil y rápido el poder determinar la fiebre por el método indirecto de palpación que utilizando un termómetro sin importar en si el grado de fiebre que tenga el niño, observando en su estudio realizado que este método tuvo valor predictivo en 50% lo que permitió en estos casos el manejo generalmente a base de antipiréticos para el control de la misma previamente a ser valorados por un médico a nivel institucional. (15)

La toma frecuente de la temperatura por los padres de los niños enfermos, parece promover en ellos la preocupación por variaciones mínimas de la temperatura (0.1°C a 0.5°C) y desviar su atención de las condiciones generales del niño con la siguiente perpetuación de los temores injustificados hacia la fiebre.(6) No debe ser tomado como válido por el personal médico el método palpatorio ya que muchos efectos fisiológicos pueden enmascarar la fiebre si se determina por este método únicamente, y así prolongar el manejo que podría ser instalado de inmediato, ya que la madre suele conocer perfectamente al niño mientras que el médico no y entonces errar en el diagnóstico de la misma (15), en este estudio un 65.7% de los familiares consideró insuficiente el método, y 80% de los médicos encuestados estuvo de acuerdo en no considerar a la palpación como método eficaz para poder diagnosticar a un niño febril. Siendo aún de utilidad en nuestro medio la toma con termómetro de mercurio en un 59.2% para el diagnóstico correcto de la fiebre y más utilizada la zona axilar en 82.8% por los familiares y un 90% por los médicos independientemente de la edad del paciente, datos que en muchas bibliografías pudiera producir controversia.

En la literatura pediátrica el tratamiento de la fiebre debe aplicarse siempre al lactante menor de 2 meses de edad (19), ya que hasta en un 15% de estos podría encontrarse una enfermedad bacteriana severa y su exploración clínica ser común, esto llevó a hospitalizarse para estudio y manejo a esta población como práctica común, sin embargo hoy en día se cuestionan el costo y los riesgos de dicha práctica (20,21), proponiendo y retando la administración empírica de antibióticos a dichos niños, como se menciona en el estudio que se realizó por Baker y cols en el servicio de urgencias del Hospital de Filadelfia en 1987-1992 donde se estudiaron 747 pacientes menores de 56 días de vida con fiebre decidiendo en 286 de ellos (sin evidencia clínica de infección bacteriana severa) vigilancia en consulta externa sin antibióticos con ahorro para el hospital de 9 mil dólares por cada paciente, así como ventajas en evitar el uso innecesario

de antibióticos y menor morbilidad, sin embargo lo que no pudo medirse fueron los factores intangibles como el nivel de estrés emocional de los padres y alteración en las actividades diarias (17).

El efecto benéfico de la fiebre sobre la respuesta inflamatoria no ha trascendido a todo el grupo de salud, y por consecuencia tampoco a la población en general. Varios estudios han mostrado que entre el 52% al 65% de los padres la consideran dañina (6), situación que en este estudio se elevó hasta un 51.3% que se consideraba parte de un proceso infeccioso y 44.7% acompañada de alteraciones neurológicas, por tal motivo debería controlarse lo más rápido posible.

Se convierte en injustificado muchas de las acciones encaminadas a eliminar la fiebre; sin embargo hay estudios que han demostrado que tanto los padres como los médicos (70%) inician el tratamiento para la fiebre al sobrepasar temperaturas rectales de 38.2°C, tornándose más agresivos cuando la temperatura llega a 39°C. (6) La encuesta realizada en este hospital destaca que el 75% de los médicos están de acuerdo en quitar la fiebre y 55% utilizarían antitérmico, y por parte de los familiares 42.6% lo administran en el domicilio y 39.4% consideraron que el médico debería indicarlo en el servicio de urgencias como manejo inicial.

El tratamiento por parte de los padres de algunos síntomas comunes en los niños como fiebre, dolor abdominal, tos y diarrea entre otros, conlleva a la automedicación, muchas veces con dosis erráticas, documentándose hasta en un 51% a base de analgésicos y antipiréticos. En México los índices de morbilidad en los servicios de urgencias varían entre 2.8 y 3%, de estos 10% son por automedicación con mortalidad de 1 al 5% y, dentro de las edades más afectadas están los menores de 5 años (90%). En EUA las intoxicaciones son accidentales hasta en 80%, no así en México donde 70% de las mismas son por

exposición yatrogénica y automedicación (esta por parte de la madre en un 74.65% según el estudio realizado en 1995 por el Dr. Reyes en la práctica privada). Así como Rodríguez y cols describen en 36% de los niños que acuden a consulta de primera vez medicación previa y de estos 18.75% por automedicación (22). Nosotros en este caso no corroboramos que la automedicación fuera parte importante de atención médica, sin embargo 42.76% de la muestra total prefería el utilizar de primera intención en el domicilio antipirético. Dicho problema puede disminuirse mediante educación para la salud, asesoría médica oportuna, control eficaz de la fiebre y dolor entre otros. (18)

El manejo de la fiebre con medios físicos es un procedimiento bien difundido entre los padres, las diferentes técnicas y las preferencias varían entre ellos y, se ha demostrado que el descubrir al niño e incrementar la ingesta de líquidos favorece los mecanismos de pérdida de calor (6), en la presente encuesta 40.1% considera este método de primera elección a nivel domiciliario y 22.3% en el servicio de urgencias.

Se menciona que dentro de los métodos para el control de la fiebre se utilizan antipiréticos, de preferencia acetaminofén sobre ácido acetil-salicílico en menores de 5 años por el riesgo en esta edad a presentar efectos secundarios sistémicos, así como para disminuir la angustia en los padres y/o malestar en el niño (2), en este caso, nuestro estudio demostró que 17% de los padres manejarían el antibiótico desde su domicilio y 38.1% lo solicitaría en la valoración en el servicio de urgencias.

Generalmente, se ofrece la alternativa del manejo antimicrobiano de rutina a niños menores de 28 días febriles, así como necesario muchas veces la toma de análisis rutinarios y cultivos así como la hospitalización por el riesgo mayor ante falta muchas veces, de evidencia clínica de procesos infecciosos severos e inmunocompromiso, aunque sigue siendo una opción no válida en forma general

pero justificado por ser pacientes vulnerables con graves consecuencias ante un diagnóstico y manejo erróneo. (23) Coincidiendo con las cifras obtenidas en el 100% de los médicos enuestados que de primera intención no debe manejarse antibiótico siempre y cuando no existan evidencias de procesos bacterianos severos agregados, aunque queda la controversia si la edad se consideraría como factor asociado al uso o no de antibióticos independientemente de la causa como es referido en la literatura.

La muestra estudiada en este trabajo no pretende ser representativa de la población derechohabiente a PEMEX, principalmente por su tamaño pequeño proporcionalmente hablando, pero a pesar de esto los resultados obtenidos revelan una frecuencia alta de temor a la fiebre, como de conceptos favorecedores de sobretratamiento de esta manifestación común de enfermedad.

CONCLUSIONES

1. La fiebre es causante de la mayoría de las consultas en la edad pediátrica y en el servicio de urgencias. No está bien definida para el familiar como mecanismo de respuesta ante cualquier proceso infeccioso principalmente, y que puede ser benéfica en algún momento.
2. No se definió en forma correcta el límite de normalidad de la temperatura en niños por el familiar, ocasionando valoración inmediata en el servicio de urgencias, en donde el médico suele tener el conocimiento ideal sobre la detección de la fiebre.
3. El método empírico de la palpación sigue siendo parámetro por parte de los familiares y del médico, en menor porcentaje, para diagnosticar a un niño febril.
4. Se recurrió al manejo con antipirético y antibiótico tanto en el domicilio como en urgencias, independientemente de la cifra que se consideró como fiebre y la evolución de la misma, con poca incidencia de automedicación, tanto por el familiar como por el médico de primer contacto.
5. Aún no se logra decidir si el manejo antipirético inicial constituye una fobia a la fiebre, tanto por los familiares como por el médico tratante, haciendo que su uso aún sea discutido como tratamiento de primera elección.
6. Es necesario establecer la selección correcta de pacientes que permitan la identificación temprana de los niños potencialmente graves.

7. Se hace interesante el realizar un programa continuo de educación a nivel de las unidades médicas de primer nivel. Deberá ser atendido por médicos y enfermeras con conocimientos básicos previos sobre el diagnóstico, manejo y complicaciones de la fiebre en la edad pediátrica; evitando así la sobrecarga de consultas en el servicio de urgencias y la automedicación.

ANEXO (CUESTIONARIO) NUMERO 1

DIRIGIDO A LOS PADRES DE FAMILIA

El siguiente cuestionario será aplicado directamente al familiar que se encuentre en el momento en el servicio de urgencias a cargo del niño, cada pregunta tendrá solo una contestación. La terminología no entendida por los familiares deberá ser explicada por el médico que lo aplique.

1. ¿Cuál es el motivo principal para acudir a recibir atención médica?
a) fiebre b) tos c) dolor d) otras (especifique) _____
2. ¿Cómo reconoce usted que su hijo tiene fiebre?
a) por tacto b) por el termómetro c) por el llanto
3. ¿El solo tocar a su hijo es válido para decir que tiene fiebre?
a) sí b) no
4. ¿A que temperatura usted considera que exista fiebre (marcada por termómetro)?
a) 37° b) 37.5° c) 37.6° - 38° d) mayor de 38.1°
5. ¿En que parte del cuerpo usted acostumbra tomar la temperatura de su hijo?
a) axilar b) rectal c) oído d) bucal
6. ¿Cuál es la principal preocupación cuando su hijo tiene fiebre?
a) infección b) convulsiones c) enfermedad maligna
7. ¿Es necesario tratar urgentemente la fiebre, independientemente de la causa?
a) sí b) no
8. ¿Cuál considera usted el método más efectivo para el control de la fiebre en su domicilio?
a) medios físicos b) antitérmicos c) antibióticos
9. ¿Cuál considera usted el método más efectivo para el control de la fiebre en el servicio de urgencias
a) medios físicos b) antitérmicos c) antibióticos
10. Siempre que su niño tiene fiebre usted acude a:
a) urgencias b) consulta externa c) ninguno, automédica

EDAD DEL NIÑO (EN AÑOS Y MESES) _____ INFORMA: a) PADRE b) MADRE c) OTRO

FECHA DE APLICACION _____.

*CUESTIONARIO BASADO EN EL REPORTADO EN "FOBIA A LA FIEBRE" PUBLICADO EN BOL. MED. HOSP. INFANT MEX., VOL 53-NUM 8; AGO, 1996.

ANEXO (CUESTIONARIO) NUMERO 2

APLICADO A LOS MEDICOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

El cuestionario que usted llenará tiene motivos de investigación de protocolo de estudio sobre la fiebre en edad pediátrica, es anónimo, será válida solo una opción como respuesta.

1. ¿Cuál es el motivo principal de consulta que considere en el servicio de urgencias en la edad pediátrica?
a) fiebre b) tos c) dolor d) otros _____
2. ¿A la fiebre por si sola la considera una urgencia? a) si b) no
3. ¿Que porcentaje le daría usted a la fiebre como motivo de consulta?
a) 25% b) 50% c) 75% d) 100%
4. ¿Qué cifra considera usted para referir fiebre?
a) 37° b) 37.5° c) 37.6°-38° d) mayor de 38.1°
5. ¿En qué región corporal acostumbra medir la temperatura?
a) axilar b) rectal c) ótica d) oral
6. ¿Qué validez le da a la palpación como método para considerar a un niño febril?
a) TOTAL b) NULA
7. ¿Qué patología cree que suela asociarse con fiebre con mayor frecuencia?
a) infección b) convulsión c) enfermedad oncológica
8. ¿Es siempre la fiebre indicativa de procesos infecciosos? a) si b) no
9. ¿En qué porcentaje considera que se asocie la fiebre a otras patologías no infecciosas?
a) 25% b) 50% c) 75% d) 100%
10. ¿Qué método considera el más apropiado para el control térmico en urgencias?
a) medios físicos b) antipirético c) antibiótico
11. ¿Es necesario el antipirético para el manejo de la fiebre sin importar su origen?
a) si b) no
12. ¿Considera adecuado el manejo antimicrobiano para un niño febril?
a) si b) no

BIBLIOGRAFIA

1. De ANGELIS C., JOFFE A., WILSON M., WILLIS E. IATROGENIC RISKS AND FINANCIAL COSTS OF HOSPITALIZING FEBRILE INFANTS. AM J DIS CHILD. 1983;137: 1146-1149.
2. SCHMITT D.B. FEVER PHOBIA. AM J DIS CHILD. 1980; 134: 176-181.8
3. PRESS SHIRLEY. ASOCIATION OF HYPERPYREXIA WITH SERIOUS DISEASE IN CHILDREN. CLINICAL PEDIATRICS. 1994; 6: 19-25.
4. KINMONTH A.L., FULTON Y., CAMPBELL M.J. MANAGEMENT OF FEVERISH CHILDREN AT HOME. BMJ. 1992; 305: 1134-1136.4.
5. De BERHRMAN E. R. ET COLS. NELSON TRATADO DE PEDIATRIA. VOL. UNO. 14a. 1992., 781-86.
6. RENDÓN MACIAS. M.E., LEON T.G., VALENCIA R.G., GARCIA A.T. FOBIA A LA FIEBRE COMO CAUSA DE SOBRETAMIENTO EN NIÑOS. BOL MED HOSP INFANT MEX. 1996; 53 (8) : 374-383.
7. HERZOG W.L., COYNE J.L. WHAT IS FEVER?. CLINICAL PEDIATRICS. 1993; (3):142-145.
8. BROWN D., KEARNS G., EICHLER V., WILSON J. A PROBABILITY NOMOGRAM TO PREDICT RECTAL TEMPERATURE IN CHILDREN. CLINICAL PEDIATRIC. 1992; 9: 523-30.
9. GRANETO W. SOGLIN F. MATERNAL SCREENING OF CHILDHOOD FEVER BY PALPATION. PEDIATRIC EMERGENCY CARE. 1996; 12 (3) : 183-184. 15.
10. SCHMITT D. B. BEHAVIORAL ASPECTS OF TEMPERATURE TAKING. CLINICAL PEDIATRICS SUPP. 1991, 8-10.
11. IPP M., JAFFE D. PHYSICIANS' ATTITUDES TOWARD THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF FEVER IN CHILDREN 3 MONTHS TO 2 YEARS OF AGE. CLINICAL PEDIATRICS. 1993; 2: 66-70.
12. LIFSHITZ A., GONZALEZ G.M., ANDRADE I.S. TRATAMIENTO DE LA FIEBRE. REV. MED. I.M.S.S. 1985. 23: 399-410.
13. DE ANGELIS C., JOFFE A., WILLIS E., WILSON M. HOSPITALIZATION VS OUTPATIENT TREATMENT OF YOUNG, FEBRILE INFANTS. AM J DIS CHILD. 1983;137: 1150-1152.
14. CASSEY R., McMAHON F., ET. COLS. FEVER THERAPY: AN EDUCATIONAL INTERVENTION FOR PARENTS. PEDIATRICS. 1984; 73 (5): 600-605.
15. BANCO L., VELTRI D. ABILITY OF MOTHERS TO SUBJECTIVELY ACESS THE PRESENCE OF FEVER IN THEIR CHILDREN. AJDC. 1984; 138: 976-78..

BIBLIOGRAFIA

16. DOUGLAS B.M. ET COLS. TRATAMIENTO DE FIEBRE EN LA CONSULTA EXTERNA, SIN ANTIBIOTICOS, EN NIÑOS SELECCIONADOS. PRACTICA PEDIÁTRICA. 1994, MAYO, VOL. 3, NUM. 5, 11-24.
17. ACOSTA B. M., VALORACION INICIAL DEL PACIENTE PEDIATRICO EN URGENCIAS. 1998, JUNIO, VOL 7, NUM. 6, 21-23.
18. POWELL KR., EVALUATION AND MANAGEMENT OF FEBRILE INFANTS YOUNGER THAN 60 DAYS OF AGE. PEDIATR INFECT DIS J., 1990; 9:153-7.
19. LACTANTES CON FIEBRE, PRACTICA PEDIATRICA, 1994, MAYO, NUM 5, ISSN, 6-7.
20. LIEU TA ET COLS., CLINICAL AND COST-EFFECTIVENESS OF OUTPATIENT STRATEGIES FOR MANEGEMENT OF FEBRILE INFANTS. PEDIATRICS 1992; 89: 1135-44.
21. REYES G.U Y COLS., AUTOMEDICACION EN NIÑOS. UNA PRACTICA FRECUENTE. PRACTICA PEDIATRICA, 1998, ENERO, VOL. 7, NUM 1, 10-17