

11237
Eej
79



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.
DIVISION : PEDIATRIA

**Causas de Fiebre en el Paciente
Pediátrico Hospitalizado.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE :
P E D I A T R I A M E D I C A
P R E S E N T A :
DR. GUILLERMO GUERRERO RODRIGUEZ

Asesor : DR. JOEL RODRIGUEZ SALDANA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985 - 1986



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	30

I N T R O D U C C I O N

Mantener la temperatura corporal y conservarla dentro de límites estrechos es una necesidad biológica.

En algunas especies, conservar la temperatura constante obliga a grandes migraciones, en tanto que en animales homeotérmicos significa poner en marcha mecanismos fisiológicos complejos y energéticamente costosos. La temperatura corporal está regulada por una serie de mecanismos tales como el aporte calórico, metabolismo y medio ambiente, como por una serie de mecanismos fisiológicos coordinados por el sistema nervioso central. Ciertas neuronas hipotalámicas localizadas en el área preóptica (1) reciben información sobre la temperatura ambiental, tanto a partir de receptores periféricos como de la temperatura de la sangre que circula en su vecindad (2). La temperatura ambiental elevada y la que experimentalmente se produce con un termodo caliente en la región preóptica generan respuestas autonómicas que incrementan la pérdida de calor por conducción, convección, radiación y evaporación, que son los medios para perder calor (3). Por lo contrario, cuando se detecta temperatura ambiental fría genera una respuesta de calentamiento mediante una mayor producción de calor metabólico, mayor actividad muscular y menor dis-

pación del calor al producirse vasoconstricción.

En situaciones de enfermedad esto es mediado por la acción farmacológica del pirógeno endógeno que se liberan de los fagocitos (4) entre cuyas acciones se encuentra la de promover la síntesis de Prostaglandinas E en el hipotálamo, las que al parecer son directamente causantes de la elevación del punto fijo del hipotálamo (5).

La fiebre es seguramente el signo más corriente en el niño enfermo. De un 15 a 20% de las consultas urgentes, son motivadas directamente por fiebre, siendo la evaluación del niño febril uno de los retos más comunes para el Pediatra.

Por lo regular la fiebre como signo se acompaña de otros signos y síntomas diferentes a los que constituyen el síndrome febril, los que en conjunto permiten al clínico enfocar su atención hacia aparatos y sistemas de acuerdo a la historia clínica y la exploración física, siendo los padecimientos comunes (infección de vías aéreas superiores e inferiores, gastroenteritis e infecciones del sistema nervioso) los motivos más frecuentes de ingreso por padecimientos febriles en hospitales.

Sin embargo, ocasionalmente la fiebre es la única ma

nifestación de la enfermedad causa de grandes ansiedades para los padres y desaffo para el médico, denominándose este síndrome de diferentes formas (fiebre prolongada, fiebre en estudio, fiebre de origen a determinar etc.), de la que se ha escrito mucho en las últimas décadas sobre adultos (6, 7 y 8). En contraste, hasta la década de los 70's, se comenzó a estudiar la fiebre de origen impreciso en la edad pediátrica con los trabajos de McClung (1972), Pizzo (1975) y Feigin y Shearer (1976)

Existen en la literatura médica un gran número de investigaciones que no reúnen los mismos criterios sobre este tema, por lo que los resultados son muy variables, por tal motivo Petersdorf y Beeson (9) en su clásico estudio en adultos, proponen este término para aquellos individuos que presentan fiebre persistente mayor de 38.5°C. por más de 3 semanas, en los que no se ha llegado a un diagnóstico, o después de una semana de estudios en un hospital sin observar alteraciones relevantes clínicas, ni de laboratorio. Hay relativamente menor cantidad de estudios sobre fiebre de origen a determinar (10, 11, 12, 13 y 14). En la literatura norteamericana se define la fiebre prolongada como aquella que presenta una duración de más de 2 semanas; esta definición parece muy limitada en la práctica, ya que la pro-

longación por más de 7-10 días de un estado febril en un niño - que por otra parte no presente ningún foco infeccioso, representa ya una seria preocupación tanto para padres como para pediatras.

Mc Clung (10) estudió 99 niños con fiebre prolongada, encontrando una mayor incidencia de enfermedades infecciosas -- como causa, seguido de enfermedades de la colágena y neoplasias respectivamente.

Pizzo (11) en 100 pacientes pediátricos reporta (1975), - una frecuencia similar.

Lohr (13) reporta en 54 pacientes 33% de infecciosas - siendo las vías urinarias las más frecuentes: un 20% corresponden a colagenopatías, siendo la artritis reumatoide juvenil la -- más frecuente, 13% a neoplasias (leucemia Linfoblástica aguda) y el resto a causas diversas (15%) y casos sin diagnóstico (15%).

Dechovitz (14) en 155 pacientes reporta 45% de enfermedades infecciosas, siendo las de vías respiratorias superiores las más frecuentes; la causa no fué identificada en un 35%, - 14% no fueron confirmadas en el hospital y un 6% corresponden a . enfermedades serias no infecciosas.

Calderón Jaimes (15) publicó un estudio de 171 pacientes, reportando causas infecciosas en 107 casos (62.5%) colágeno patías en 21 (12.2%), neoplasias en 12 (7%), misceláneas en 9 (5.2%), no determinadas en 22 (16.6%).

Es importante señalar que dentro de los padecimientos infecciosos refiere a la tuberculosis como causa importante.

Todo paciente pediátrico que ingrese con el diagnóstico de fiebre de origen a determinar, debe de entrar a un complejo sistema de estudios en los que se incluye una minuciosa historia clínica y revisiones clínicas exhaustivas en múltiples ocasiones, además de entrar a una serie de estudios de laboratorio y de gabinete, los cuales se irán desviando de acuerdo a lo que por clínica y antecedentes se tengan del paciente.

El objetivo del presente estudio es el de comunicar el panorama epidermiológico del niño febril, tanto aquel en el cual la fiebre se acompañó de otra sintomatología logrando establecer un origen claro a su ingreso, así como en aquellos pacientes en los cuales su origen no era claro e ingresaban con el diagnóstico de fiebre en estudio.

MATERIAL Y METODOS.

Para el presente estudio de fiebre con sintomatología determinada y de origen a determinar, se practicó una revisión de 340 casos clínicos de pacientes ingresados al servicio de Pediatría del H. R. "20 de Noviembre", en los cuales se presentaba fiebre mayor de 38.5°C., desde el 1º de junio de 1985 al 31 de mayo de 1986.

Se revisaron los siguientes datos: edad, sexo, diagnósticos; y en la fiebre de origen a determinar se agregan los métodos diagnósticos para llegar a éste.

R E S U L T A D O S

1. - FIEBRE CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA.

Los resultados de los pacientes con fiebre de sintomatología determinada fueron los siguientes: la edad quedó comprendida desde recién nacidos hasta los 13 años. Los recién nacidos - (0-28 días) fueron 6 (1.8%), los lactantes (1 a 24 meses) fueron 276 (83.4%), los preescolares (2 a 5 años) fueron 28 - - (8.5%) y los escolares (6 a 13 años) fueron 21 (6.3%). (cuadro 1).

Del sexo masculino fueron 17 (53%) y del femenino 155 (46%). Agrupándolos por grupo de edad quedaron de la siguiente manera: recién nacidos masculinos 3 (50%), femeninos 3 (50%), lactantes masculinos 143 (52%), femeninos 133 (48%), preescolares masculinos 17 (60%), femeninos 11 (40%) y escolares masculinos 13 (62%), femeninos 8 (38%). (cuadro 2).

Sobre las etiologías de las enfermedades febriles se encontraron los siguientes datos: 14 padecimientos ocasionaron el ingreso al hospital, ocupando en orden decrecientes los siguientes síndromes diarreicos 161 (48%), de los cuales 86 - (53%) ocurrieron en niños y 75 (47%) en niñas; padecimientos infecciosos respiratorios inferiores excluyendo tuberculosis -

81 pacientes (24.4%) siendo 39 pacientes (48%) masculinos y 42 (52%) femeninos; padecimientos infecciosos del sistema -- nervioso central 30 (9.6%) de los cuales 17 pacientes (56%) -- fueron masculino y 13 (44%) fueron femeninos; infecciones de vías respiratorias superiores incluyendo faringitis, otitis, la ringitis y laringotraqueítis o síndrome coqueluchoide en 16 -- pacientes (4.8%), 7 masculinos (43%) y 9 femeninos (57%); -- hematológicos 14 pacientes (4.2%) 10 (71%) masculinos y 4 -- (29%) femeninos; posteriormente siguen las infecciones de -- vías urinarias en 5 pacientes (1.5%) siendo 3 (60%) masculi-- nos y 2 (40%) femeninos; fiebre tifoidea en 5 pacientes (1.5%) con un 100% de presentación en pacientes masculinos; septicemias en 4 pacientes (1.2%) 2 masculinos y 2 femeninos -- (50% respectivamente); el absceso hepático en 4 pacientes -- (1.2%) 2 masculinos (50%) y 2 femeninos (50%); tuberculosis pulmonar en sólo 3 pacientes (0.96%), los 3 (100%) masculi-- nos; enfermedades exantemáticas en 3 pacientes (0.96%), 2 -- (66%) masculinos y 1 (33%) femeninos; mononucleosis en 2 -- (0.60%) los 2 (100%) de sexo femenino; padecimientos oncoló-- gicos 2 (0.60%) ambos de sexo femenino y un paciente mascu-- lino (0.30%) con enfermedad de piel. (cuadro 3 y 4).

En cuanto a las etiologías por grupos de edad tenemos en el recién nacido 6 pacientes (1.8%) 3 con infección del sistema nervioso central, 2 con I.V.A. inferiores y 1 con síndrome diarrefco: en lactantes encontramos 276 (83%) teniendo 152 -- pacientes con síndrome diarrefco, 67 con I.V.A. inferiores 22 con infección del sistema nervioso central, 13 con I.V.A. superiores, 5 con I.V.U., 5 pacientes con patología hematológica, 4 pacientes con Sepsis, 3 con enfermedades exantemáticas, 2 con tuberculosis pulmonar, 2 con mononucleosis y 1 con origen de la infección en piel, en preescolares encontramos 28 pacientes (8.4%), 8 con I.V.A. inferiores, 8 con síndrome diarrefco, 4 con causas hematológicas, 2 con absceso hepático, 2 con I.V.A. superiores, 2 con infección del sistema nervioso central, 1 con fiebre tifoidea y 1 con causa oncológica. En los escolares encontramos 21 pacientes (6.3%), 5 con causa hematológica, 4 con fiebre tifoidea, 1 con causa oncológica, 4 con I.V.A. inferiores, 3 con infección del sistema nervioso central y 2 con absceso hepático, 1 con I.V.A. superiores y 1 con tuberculosis pulmonar. (cuadro 5,6,7 y 8).

CUADRO No. 1

PIEBRE CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA
DISTRIBUCION POR EDADES

<u>E D A D</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Recién nacidos (0 a 28 días)	6	1.8
Lactantes (de 1 a 24 meses)	276	83.4
Preescolares (de 2 a 5 años)	28	8.5
Escolares (de 6 a 13 años)	<u>21</u>	6.3
T O T A L	331	

CUADRO No. 2

FIEBRE CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA
DISTRIBUCION POR EDADES Y SEXO.

E D A D	No. PACIENTES	NIÑOS	NIÑAS
Recién nacidos (0 a 28 días)	6 (1.8%)	3	3
Lactantes (de 1 a 24 meses)	276 (83.4%)	143	133
Preescolares (de 2 a 5 años)	28 (8.5%)	17	11
Escolares (de 6 a 13 años)	21 (6.3%)	13	8
T O T A L	331	176	155

CUADRO No. 3

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA . DISTRIBUCION POR EDADES.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. de PACIENTES</u>	<u>R.N.</u>	<u>LACT.</u>	<u>PREESC.</u>	<u>ESC.</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	30 (9.6%)	3	22	2	3
Hematológicos	14 (4.2%)		5	4	5
Oncológicos	2 (0.60%)			1	1
Sepsis	4 (1.2%)		4		
Fiebre tifoidea	5 (1.5%)			1	4
Mononucleosis	2 (0.60%)		2		
Exantemáticas	3 (0.96%)		3		
Tuberculosis pulmonar	3 (0.96%)		2		1
Vías aéreas inferiores	81 (24.4%)	2	67	8	4
Absceso hepático	4 (1.2%)			2	2
Vías aéreas superiores	16 (4.8%)		13	2	1
Síndrome diarrefco	161 (48.0%)	1	152	8	
Infección vías urinarias	5 (1.5%)		5		
Piel:	1 (0.30%)		1		
T O T A L	331	6	276	28	21

CUADRO No. 4

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA CON DIFERENCIA EN RELACION AL SEXO.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. de PACIENTES</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>NIÑAS</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	30 (9.6%)	17	13
Hematológicos	14 (4.2%)	10	4
Oncológicos	2 (0.60%)		2
Sepsis	4 (1.2%)	2	2
Fiebre Tifoidea	5 (1.5%)	5	
Mononucleosis	2 (0.60%)		2
Exantemáticas	3 (0.96%)	2	1
Tuberculosis pulmonar	3 (0.96%)	3	
Vías aéreas inferiores	81 (24.4%)	39	42
Absceso Hepático	4 (1.2%)	2	2
Vías aéreas superiores	16 (4.8%)	7	9
Síndrome diarético	161 (48.0%)	86	75
Infección vías urinarias	5 (1.5%)	3	2
Piel	1 (0.30%)	1	
T O T A L	331	176	155

CUADRO No. 5

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON
SINTOMATOLOGIA DETERMINADA EN
RECIEN NACIDOS

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	3
Vías aéreas inferiores	2
Síndrome diarreico	1

CUADRO No. 6

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA EN LACTANTES

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	22
Hematológicos	5
Sepsis	4
Mononucleosis	2
Exantemáticas	3
Tuberculosis pulmonar	2
Vías aéreas inferiores	67
Vías aéreas superiores	13
Síndrome diarrefco	152
Infección vías urinarias	5
Piel	<u>1</u>
T O T A L	<u>276</u>

CUADRO No. 7

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON SINTOMATOLOGIA DETERMINADA EN PREESCOLARES.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	2
Hematológicos	4
Oncológicos	1
Fiebre tifoidea	1
Vías aéreas inferiores	8
Absceso hepático	2
Vías aéreas superiores	2
Síndrome diarrefco	8
T O T A L	28

CUADRO No. 8

ETIOLOGIAS DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES CON SINTOMA
TOLOGIA DETERMINADA EN ESCOLARES.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>
Infecciosas del sistema nervioso central	3
Hematológicos	5
Oncológicos:	1
Fiebre tifoidea	4
Tuberculosis pulmonar	1
Vías aéreas inferiores	4
Absceso hepático	2
Vías aéreas superiores	1
T O T A L	<hr/> 21 <hr/>

2. - PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR.

De los pacientes con fiebre de etiología difícil de diagnósti--
car, se encontraron 9 pacientes de edad comprendida entre -
los 4 meses hasta los 12 años. Los lactantes (1 a 24 me--
ses) fueron 2 (22.2%), los preescolares (2 a 5 años) fueron -
3 (33.3%) y los escolares (6 a 12 años) fueron 4 (44.5%). - -

(Cuadro 9)

Del sexo masculino fueron 7 (77.8%) y de femenino 2 (22.2%)
Agrupándolos por grupo de edad quedaron: Lactantes mascu--
linos 1 (11.1%) femeninos 1 (11.1%), preescolares masculinos -
2 (22.2%), preescolares femeninos 1 (11.1%), escolares mas-
culinos 4 (44.5%) y femeninos 0 (0%). (cuadro 10).

El total de los 9 pacientes presentaron enfermedades infec-
ciosas como causa de fiebre en el estudio formando el 100%
y corresponden a 2.6% de los episodios febriles en total.

De las enfermedades infecciosas observamos, que la infec--
ción de vías urinarias ocuparon el primer lugar con 4 pa- -
cientes (44.5%), el resto (1 solo paciente por padecimiento)
correspondieron a: paludismo, tuberculosis pulmonar, fiebre
tifoidea, brucelosis y endocarditis bacteriana, (11.1% para ca-

da una). (cuadro 11).

En los lactantes la infección de vías urinarias se presentó en el 100%, siendo 1 masculino de 1 año y 1 femenino de 4 meses. (cuadro 12). El organismo causal encontrado en el urocultivo por la presencia de más de 100,000 colonias fué E. Coli.

En los preescolares se encontraron 3 pacientes (33.3%) se observó 1 paciente con paludismo, 1 con infección de vías urinarias y 1 con brucelosis. (cuadro 13).

El diagnóstico de paludismo se hizo con la demostración del Plasmodium Vivax en la búsqueda del hematozooario, el paciente con infección de vías urinarias por la presencia de más de 100,000 colonias de E. Coli en el urocultivo, el diagnóstico de brucelosis hecho en base a reacción de Huddleson positiva y la determinación de anticuerpos antibrucela positivos.

En los escolares se encontraron 4 pacientes (44.4%) se observó un paciente con infección de vías urinarias, 1 con tuberculosis pulmonar, 1 con fiebre tifoidea y 1 con endocarditis bacteriana. (cuadro 14).

El diagnóstico de infección de vías urinarias positivo por la presencia de urocultivo con más de 100,000 colonias de E. Coli, el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en base a radiografía de tórax sugestiva y antecedentes de Combee positivo. El diagnóstico de fiebre tifoidea en base a reacciones febriles positivas. El diagnóstico de endocarditis bacteriana en base a cuadro sugestivo en forma retrospectiva y de gabinete por ecocardiograma con la presencia de vegetaciones en cavidades cardíacas.

CUADRO No. 9

PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR -
DISTRIBUCION POR EDADES.

<u>E D A D</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Lactantes (de 1 a 24 meses)	2	22.2
Preescolares (de 2 a 5 años)	3	33.3
Escolares (de 6 a 12 años)	4	44.5
T O T A L	<hr/> 9 <hr/>	

CUADRO No. 10

PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

<u>E D A D</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>NIÑAS</u>
Lactantes (de 1 a 24 meses)	2 (22.2%)	1	1
Preescolares (de 2 a 5 años)	3 (33.3%)	2	1
Escolares (de 6 a 12 años)	4 (44.5%)	4	
T O T A L	9	7	2

CUADRO No. 11

ETIOLOGIAS INFECCIOSAS EN PACIENTES CON FIEBRE DE
ORIGEN A DETERMINAR

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Infección de vías urinarias	4	44.5
Paludismo	1	11.1
Tuberculosis pulmonar	1	11.1
Fiebre tifoidea	1	11.1
Brucelosis	1	11.1
Endocarditis bacteriana	1	11.1
T O T A L	<hr/> 9 <hr/>	

CUADRO No. 12

**ETIOLOGIAS INFECCIOSAS EN PACIENTES LACTANT
TES CON FIEBRE DE ORIGEN A DETER-
MINAR.**

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>NIÑAS</u>
Infección de vías urinarias	2	1	1

CUADRO No. 13

ETIOLOGIAS INFECCIOSAS EN PACIENTES PRE-
ESCOLARES CON FIEBRE DE ORIGEN
A DETERMINAR.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>NIÑAS</u>
Paludismo	1	1	
Infeccion de vfas urinarias	1		1
Brucelosis	1	1	

CUADRO No. 14

ETIOLOGIAS INFECCIOSAS EN PACIENTES ESCOLARES
CON FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR.

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>No. PACIENTES</u>	<u>NIÑOS</u>	<u>NIÑAS</u>
Infección de vías urinarias	1	1	
Tuberculosis pulmonar	1	1	
Fiebre tifoidea	1	1	
Endocarditis bacteriana	1	1	

DISCUSION

Como bien se sabe, hay un gran número de ingresos al H. R. "20 de Noviembre" cuyo motivo principal es un padecimiento al cual se asocia el síndrome febril, dicho padecimiento de fondo está por lo regular fácilmente identificable por ejemplo, el cuadro diarreico asociado o la tos de un paciente, o signos en el paciente los cuales nos ayudan a localizar topográficamente una patología (ejemplo signos meníngeos en meningitis). Dichas causas comunes de fiebre con sintomatología determinada como se catalogó, forman como era obvio esperar el gran número de pacientes, siendo en este estudio de 1 año la cantidad de 331 pacientes agrupados en 14 enfermedades.

Los grupos más afectados fueron los lactantes 276 pacientes (83.4%), seguidos de los preescolares 28 pacientes (8.5%) escolares 21 pacientes (6.3%), y por último los recién nacidos 6 pacientes (1.8%). Los padecimientos más frecuentemente encontrados fueron: Síndrome diarreico, seguidos de Infección de vías aéreas inferiores, posteriormente Infecciones del sistema nervioso central, y muchas otras entre las que se incluyeron padecimientos que en algunas series forman parte de pacientes con fiebre de origen a determinar, ejemplo: Tuberculosis pulmonar, fiebre ti-

foidea, Mononucleosis, Absceso hepático, etc. Sin embargo, no se integraron a los pacientes con fiebre de origen a determinar debido a que ya ingresaban a hospitalización procedentes del servicio de urgencias, con un diagnóstico establecido. Redundando esto en una mejoría más rápida del paciente por el tratamiento instituido prontamente, así como un menor tiempo de día-cama-hospital.

Por otra parte, se internan una cantidad aunque mucho menor, pacientes pediátricos con el diagnóstico de fiebre en estudio o fiebre de origen a determinar, aún sin reunir los criterios señalados por Petersdorf y Beeson (9), siendo esto muy lógico, ya que en Pediatría es difícil mantener una conducta expectante por 3 semanas (12).

Al analizar este problema nos encontramos únicamente con 9 pacientes en el año de revisión, formando el 2,6% del universo total de pacientes 340.

El grupo más afectado de nuestros pacientes con fiebre de origen a determinar, fueron los escolares con un 44,5%, seguidos por los preescolares con un 33,3% y los lactantes con un 22,2%. Respecto al sexo predominó el masculino con un 77,8% -

mientras que el femenino presentó un 22.2%.

Al igual que los estudios de Mc Clung (10), Pizzo (11), Seraffn (12), Dechovitz (14) y Lohr (13), se encontró que la causa principal en este estudio de pacientes con fiebre de origen a determinar, la representaron las infecciosas.

Consideramos que debido al número reducido de pacientes, no se presentaron otras causas. Sin embargo, es importante señalar que aunque existen estadísticas de pacientes con collagenopatías o enfermedades neoplásicas diagnosticadas durante este año de estudio, estos pacientes no ingresaban al hospital con el diagnóstico de fiebre de origen a determinar, sino con otras manifestaciones de su enfermedad de fondo.

Nuestro trabajo coincide con el de Lohr (13), en cuanto a la etiología infecciosa más frecuente encontrada, siendo ésta la infección de vías urinarias.

B I B L I O G R A F I A

1. - Lifshitz A. Consideraciones sobre Antipiresis. Revista Médica IMSS (Mex) Vol. 23 No. 5, 1985 (353-360).
2. - Atkins E.; Stitt, J.T.: Fever: Mac Bryde's Signs and Symptoms 6a. Edición Lippincott, Philadelphia, 1983, pág. 441.
3. - Guyton. Fisiología Humana, 5a. Edición (950-952).
4. - Dinarello C.H. A. Pathogenesis of Fever in Man. The New England Journal of Medicine Vol. 298 No. 11, Marzo 1978 (607-612).
5. - Dinarello, C.A.; Wolff, SM: Molecular Basis of Fever in Humans. American Journal of Medicine, Vol. 72, Mayo 1982 (799-819).
6. - Rynling F.W. Fiebre de Origen Desconocido. Actualidades Médicas, Octubre 1981 (45-60).
7. - John J. F. y Holley H.P. Fiebre de Origen Indeterminado. Tribuna Médica abril 1981 (1-10).
8. - Cross A. S. Diagnóstico de la Fiebre Prolongada. Actualidades Médicas Febrero 1979 (18-29).

9. - Petersdorf R. G. y Beeson P. B. Fever of Unexplained Origin
Report of 100 cases. *Medicine* 40:1, 1962.
10. - Mc Clung MAJ H. Prolonged Fever of Unknown Origin in Childr
dren. *American Journal Diseases of Children*, Vol. 124, Oc--
tubre 1972.
11. - Pizzo P. A., Lovejory Jr. F.H. y Smith D. H. Prolonged Fe--
ver in Children: A review of 100 cases. *Pediatrics* 55: 486,
1975.
12. - Seraffn F., Espinoza E.: Gutiérrez G.: Síndrome Febril de -
Etiología por Determinar. *Boletín Médico Hospital Infantil*, --
Vol. XXXIII, No. 1, 1976.
13. - Lohr J. A. MD, Hendley J.O. MD, Prolonged Fever of Unknow
Origin. *Clinical Pediatrics* Vol. 16 No. 9, Septiembre 1977. --
(768-773).
14. - Dechovitz A.B. MD, Moffet H.L. MD, Classification of Acute
Febrile Illnesses in Childhood. *Clinical Pediatrics* Vol. 7 No.
11, Noviembre 1968 (649-653).
15. - Calderón Jaimes. Fiebre de Origen Desconocido en Pediatría.
Mundo Médico Vol. VIII, No. 9, Julio 1981 (29-36).