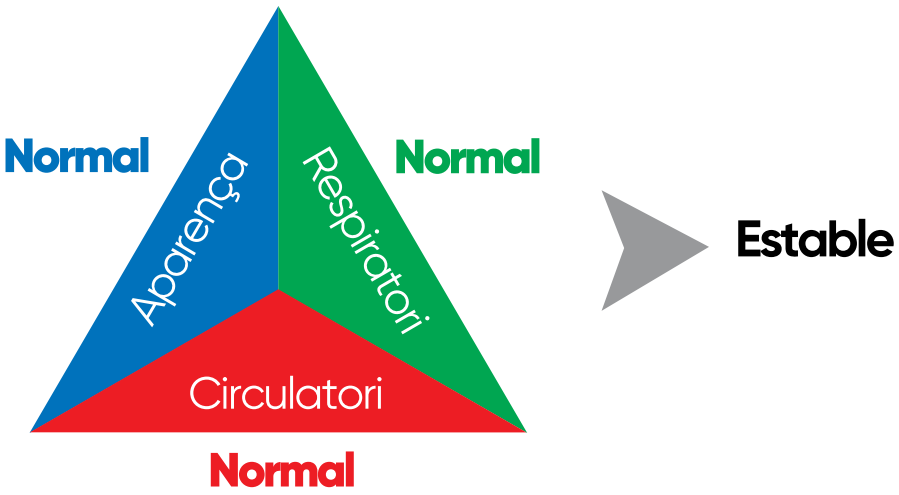
AUTORA: MONTSE DELGADO MAIRELES. PEDIATRA CAP RAMBLA SANT FELIU LLOBREGAT

FEBRE EN MENOR DE 3 ANYS

El Jordi, de 7 mesos, té febre des de fa 2,5 dies. La màxima temperatura ha estat de 39ºC. Presenta un quadre catarral lleu, amb rinorrea escassa, i porta uns dies més inquiet, però no ha presentat més símptomes. Han consultat en 2 ocasiones anteriors, una al CAP i l'altre a l'hospital. En totes dues ocasiones l'exploració física ha estat normal.

En Jordi no assisteix a l'escola bressol i no hi ha ambient epidemiològic catarral a casa.
No té antecedents de patologia de base, ni rep cap tractament immunosupressor. No té antecedent d'infeccions d'orina ni patologia genito-urinària.

Està correctament vacunat per l'edat.
Al arribar al Centre de Salut, es valora al pacient amb el triangle d'avaluació pediàtrica.
El Jordi està tranquil, no sembla tenir dolor, té bona coloració i respira bé.



A l'exploració física presenta bon estat general, no hi ha exantemes, l'auscultació càrdio-respiratòria, la palpació abdominal i la valoració de l'àrea ORL no revelen cap alteració i la fontanel·la és normotensa.

És un divendres i no es pot citar a control a l'endemà. Per aquest motiu, el pediatra que l'aten decideix que aquest quadre catarral està durant massa temps i li aconsella tractament amb amoxicil·lina a 80 mg/kg/dia durant 5 dies, per tractar una possible sobreinfecció bacteriana.

THESAURUS DE SEGURETAT A LA PRÀCTICA CLÍNICA D'URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

Societat Catalana de Pediatria

ERRORS DETECTATS

No és correcte la decisió de fer un tractament antibiòtic empíric sense la realització de proves diagnòstiques que poden recolzar el possible origen viral del quadre i/o d'altres possibilitats diagnòstiques susceptibles de tractament específic.

Davant un pacient pediàtric amb febre sense focus (FSF), l'edat, l'estat immunitari i l'aspecte general són els factors més importants en el plantejament del diagnòstic.

El risc d'una infecció bacteriana potencialment greu (IBPG) és més alt en els menors de 3 mesos, sobretot en menors d'un mes, disminueix entre els 3 i els 36 mesos i a partir d'aquesta edat és més estrany que es presenti sense símptomes focals.

El maneig dels pacients de menys de 3 mesos amb FSF serà gairebé sempre hospitalari. A Atenció Primària poden ser controlats casos molt seleccionats de pacients de més d'1 mes de vida, amb febre <39°C, amb antecedent de vacunació en les 24 hores prèvies o en època epidémica i possibilitat de Test de Diagnòstic ràpid (TDR), amb resultat positiu, i en tots dos casos amb analítica d'orina negativa i possibilitat de control en 24 hores.

En totes les edats l'aspecte general afectat, amb un Triangle d'Avaluació Pediàtrica (TAP) alterat o inestable, requereix una actuació prioritària i específica orientada a les necessitats, que generalment precisa de derivació hospitalària. La valoració de les constants vitals permet una orientació objectiva dins de l'avaluació clínica del malalt i ajudarà a prendre decisions.

Els nens amb immunodeficiències, tractaments immunosupressors, portadors de catèters o amb història de viatges recents a zones endèmiques de paludisme i/o sospita de malalties tropicals, també haurien de ser valorats a l'hospital.

L'estat vacunal del pacient determina la conseqüent avaluació en nens amb FSF, doncs els pacients no immunitzats o de forma incompleta, tenen un risc més alt de bacterièmia oculta.

La magnitud de la febre és un altre factor a tenir en compte. Molts processos vírics cursen amb temperatures de 39-40°C, tot i que les febres superiors a 40°C, sobretot per sobre de 40,5°C són més pròpies d'infeccions bacterianes.

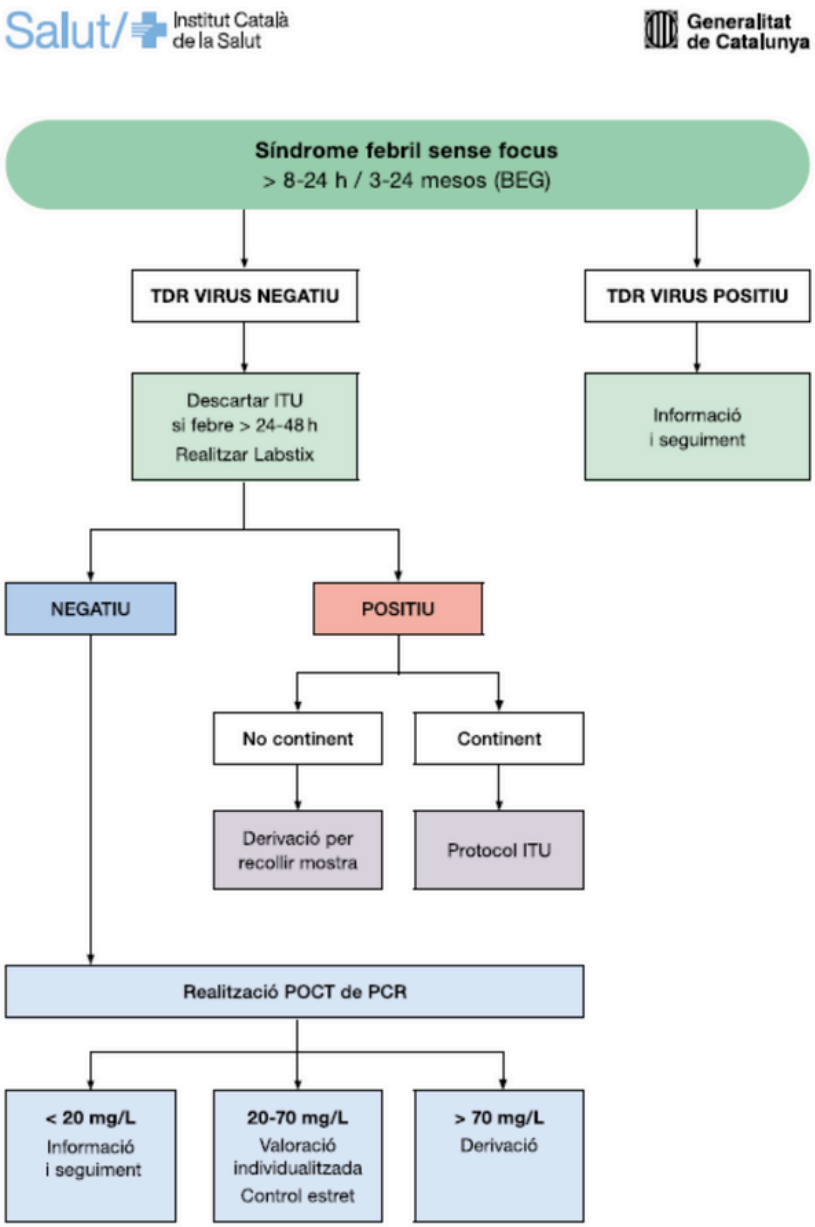
El nostre pacient de 7 mesos, presenta febre de màxim 39°C, amb bon estat general i sense un focus aparent a l'exploració física, més enllà d'un quadre catarral lleu concomitant. Aquest pacient ha fet 2 consultes anteriors en les que no s'ha posat de manifest cap alteració a l'exploració física, però en les que s'ha pogut fer un seguiment i corroborar l'absència d'empitjorament clínic. Donat que el quadre febril es manté, amb febre alta, de 39°C, sense un focus evident, i no es pot fer un nou control clínic a l'endemà, es recomanable valorar aquelles exploracions complementàries disponibles a l'atenció primària i que recolzin la sospita d'un quadre catarral, de probable origen víric i l'absència d'una infecció bacteriana potencialment greu.

En les èpoques de l'any d'alta incidència de malalties infeccioses víriques respiratòries, està indicada la realització d'un TDR per virus. En cas de positivitat i estabilitat clínica del pacient, es pot valorar no realitzar més proves complementàries.
El risc d'infecció bacteriana potencialment greu (IBG) diferent a la infecció urinària (ITU) en un pacient amb TDR positiu a grip i TAP normal és molt baix, i es pot obviar en més grans de 3 mesos. Tanmateix, ha de ser avaluada la possibilitat d'una ITU amb una tira reactiva en lactants de menys de 6 mesos, en nenes de menys de 2 anys i nens de menys d´1 any amb febre d'almenys 39°C, i considerar en lactants amb febre de més de 48 hores d'evolució. Està també indicada la seva avaluació en pacients amb antecedents d'ITU o uropatia.

En pacients amb febre de més de 40,5°C o ≥39,5° i vacunats incorrectament o no vacunats, s'ha de considerar la derivació hospitalària per realitzar analítica de sang i cultius.

Actualment en alguns Centres d'Atenció Primària és possible realitzar la determinació de proteïna C reactiva (PCR) en el punt on es fa l'atenció als pacients ("Point-of-Care Testing"). La PCR és un biomarcador útil per descartar infeccions potencialment greus. No s'ha de considerar mai com una prova aïllada i sempre s'ha de valorar en el context clínic.

Aquest és l'algoritme per utilitzar el POC de PCR del Síndrome Febril sense focus:



A tenir en compte a l'algoritme els criteris per la realització de labstix:
Lactants de menys de 6 mesos. Nenes de menys de 2 anys i nens de menys d´1 any amb febre d'almenys 39°C. Lactants amb febre de més de 48 hores d'evolució. Antecedents d'ITU o uropatia

THESAURUS DE SEGURETAT A LA PRÀCTICA CLÍNICA D'URGÈNCIES PEDIÀTRIQUES

Societat Catalana de Pediatria

ERROR EN EL TRACTAMENT

Es desaconsella la prescripció d'antibiòtics orals a nens amb febre sense focus aparent.

Les resistències antibiòtiques són un greu problema de salut individual i de salut pública mundial. Per aquest motiu la indicació d'antimicrobians ha de ser el més acurada possible.

El tractament antibiòtic empíric està indicat:

- Tractament parenteral en pacients amb sospita de sèpsia, abans de traslladar-los al hospital.
- Tractament per via oral en pacients amb sospita d'infecció urinària que presenten una tira d'orina amb nitrits (sempre recollint orina prèviament per urocultiu, mitjançant tècnica estèril). En el cas de que la tira urinària resulti negativa per nitrits i positiva per leucòcits, s'hauria de recollir orina amb tècnica estèril per urocultiu, i la decisió de fer tractament empíric o esperar al resultat del urocultiu hauria de ser individualitzada. En moltes ocasions si la tira d'orina es positiva, el pacient és derivat a l`hospital per la recollida estèril de la orina i pel processament immediat de la mostra, que moltes vegades no són possibles a l'atenció primària.

CONCLUSIONS

Davant un pacient pediàtric amb FSF, l'edat, l'estat immunitari i vacunal i l'aspecte general són els factors més importants en el plantejament del diagnòstic. La magnitud de la febre també juga un paper clau en l'algoritme diagnòstic.

El maneig dels pacients de menys de 3 mesos amb FSF serà gairebé sempre hospitalari.

Els pacients amb un Triangle d'Avaluació Pediàtrica alterat o inestable requereixen una actuació prioritària i orientada a les seves necessitats.

El risc d'IBPG diferent a la ITU en un pacient amb TDR positiu a grip i TAP normal és molt baix, i podria obviar-se en pacients més grans de 3 mesos.

Està indicada la realització d'una tira reactiva d'orina en els següents casos:

- lactants de menys de 6 mesos
- en nenes de menys de 2 anys amb febre ≥39°C
- en nens de menys d´1 any amb febre ≥39°C
- pacients amb antecedents d'ITU o uropatia
- lactants amb febre de varios dies d'evolució´

Els pacients amb febre >40,5°C i els no vacunats amb febre ≥39,5° requereixen valoració hospitalària.

La determinació de proteïna C reactiva (PCR) és útil per descartar infeccions potencialment greus en pacients seleccionats.

Es desaconsella la prescripció d'antibiòtics orals a nens amb febre sense focus aparent.

Bibliografia

- Allen CH. Fever without a source in children 3 to 36 months of age. En: Fleisher GR, Kaplan SL, Wiley JF (eds.). UpToDate, Waltham, MA, 2024. [en línea] [consultado el 27/03/2025]. Disponible en www.uptodate.com/contents/fever-without-a-source-in-children-3-to-36-months-ofage-evaluation-and-management.
- S.Mintegi, B.Gómez, R. Velasco. Lactante febril. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). 4ªEd, 2024.
- Fernández-Cuesta Valcarce MA, Morillo Gutiérrez B. Fiebre sin foco en el niño menor de 36 meses. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado 09/09/2025]. Disponible en: https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/115
- POCT de PCR: Implementació de tècniques de diagnòstic ràpid de proteïna c-reactiva a l'Atenció Primària. Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat. Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. 30 setembre de 2024.