

ACTUALIZACIÓN EN PATOLOGÍA PEDIÁTRICA FRECUENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA



Asociación Pediatras
Atención Primaria Córdoba

FORMACION CONTINUADA
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE CÓRDOBA

Abril 2022



Miguel Aceituno Pérez
Pediatra CS Levante Sur Córdoba

OBJETIVOS

- Actualizar y revisar aspectos prácticos de la patología pediátrica más prevalente.
- Profundizar en las herramientas de valoración inicial del paciente pediátrico.
- Identificar la situación de gravedad del niño que atendemos.
- Orientar el enfoque por el médico de AP de los principales motivos de consulta en pediatría.

CONTENIDOS



EL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA



EL NIÑO CON FIEBRE



MANEJO DEL NIÑO CON CONVULSIÓN FEBRIL

VALORACION INICIAL PEDIÁTRICA

GRAVEDAD
¿Qué necesita?

IMPRESIÓN GENERAL: T.E.P.

VISTA / OIDO

EVALUACION ABCDE

EVALUACION
ESTABILIZACION

DIAGNÓSTICO
¿Qué le pasa?

ANAMNESIS DIRIGIDA Y EXPLORACIÓN
DETALLADA

CONTACTO
FÍSICO

Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría

Serie: Protocolos AEP

Asociación Española
de Pediatría

Sociedad Española
de Urgencias de Pediatría



Año de edición: 2020

Coordinadores:

Junta Directiva SEUP

Dr. Francisco Javier Benito Fernández (presidente de SEUP)
Dr. Abel Martínez Mejías (vicepresidente de SEUP)
Dr. Roberto Velasco Zúñiga (secretario de SEUP)
Dra. Yolanda Fernández Santervás (tesorera de SEUP)
Dra. M.ª Ángeles García Herrero (vocal de SEUP)
Dr. Daniel de la Rosa Sánchez (vocal de SEUP)
Dr. José Lorenzo Guerra Díaz (vocal de SEUP)
Dr. Carlos Pérez Cánovas (vocal de SEUP)
Dra. Pilar Storch de Gracia Calvo (vocal de SEUP)

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría
(SEUP), 3ª Edición, 2020

<https://seup.org/protocolos/>



Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE

José Luis Fernández Arribas

Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. Protoc diagn ter pediatr. 2020;1:15-26.

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/02_tep_abcde.pdf

VALORACIÓN INICIAL DEL NIÑO GRAVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Storch de Gracia Calvo

Form Act Ped Atenc Prim. 2014; 7(4): 169-175



<https://fapap.es/articulo/311/valoracion-inicial-del-nino-grave-en-atencion-primaria#:~:text=PUNTOS%20CLAVE,contacto%20f%C3%A9sico%20con%20el%20paciente.>

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

R. Velasco Zúñiga

Pediatr Integral 2014; XVIII(5): 320-323

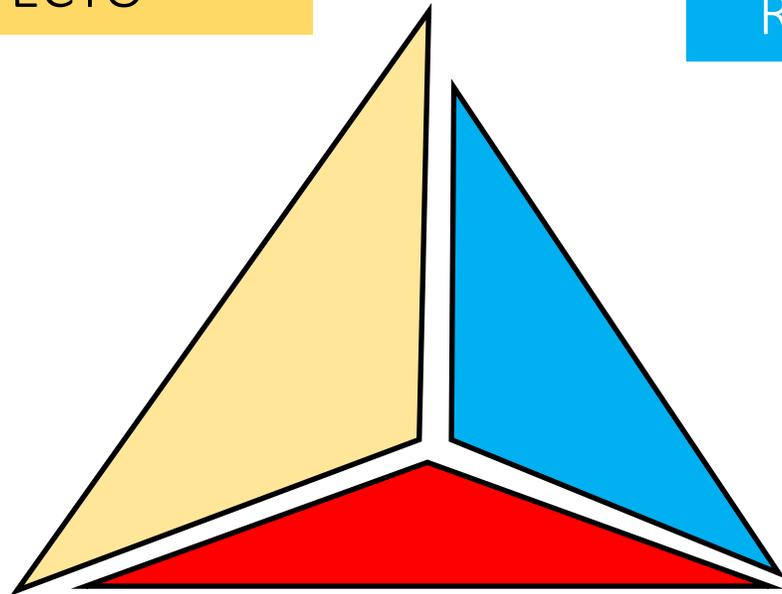


<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatrica/>

EL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA (T.E.P.)

APARIENCIA o
ASPECTO

RESPIRACIÓN



CIRCULACIÓN



- Evaluación rápida
- Vista y oído
- No diagnóstico
- Estado fisiopatológico
- Identificar nivel de gravedad

APARIENCIA EN EL T.E.P.

Estado del SNC

Perfusión y oxigenación cerebral

TONO: hipotonía, hipertonía, movilidad, postura

REACTIVIDAD: Respuesta a estímulos externos

CONSUELO: Se calma con los padres, irritabilidad

MIRADA: Activa, perdida, fija

LENGUAJE / LLANTO: Llanto débil, apagado, ausente

INTERÉS POR EL ENTORNO



RESPIRACIÓN EN EL T.E.P.: Trabajo respiratorio



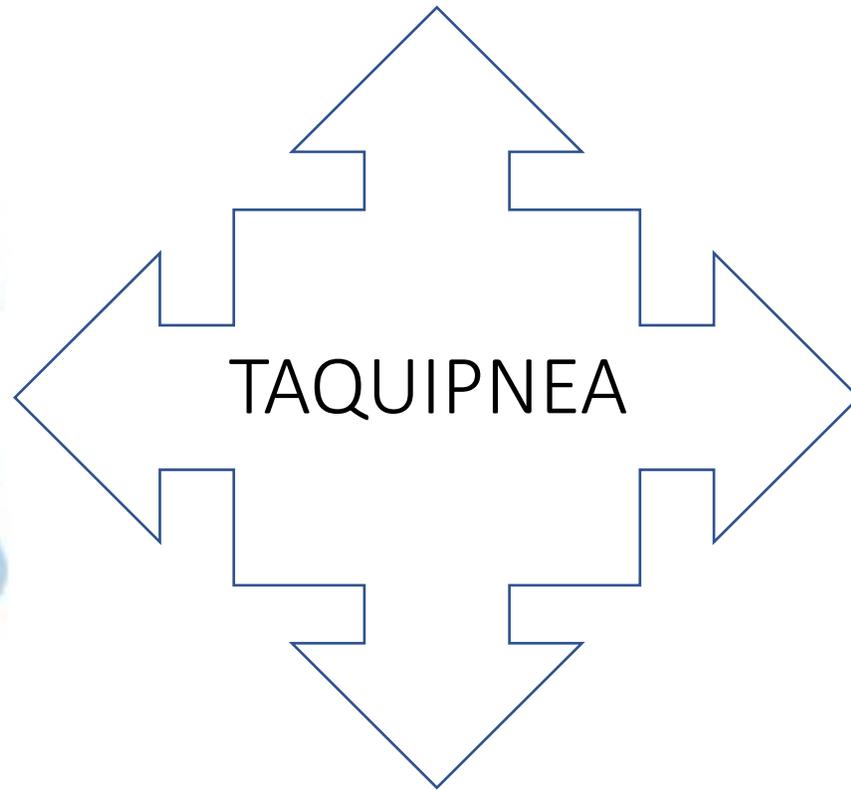
RUIDOS RESPIRATORIOS PATOLÓGICOS

Ronquido
Estridor, tos perruna
Disfonía
Sibilancias
Quejido

SIGNOS RESPIRATORIOS PATOLÓGICOS

Tiraje
Taquipnea (*) →
Aleteo nasal
Postura anómala
Pausas apnea



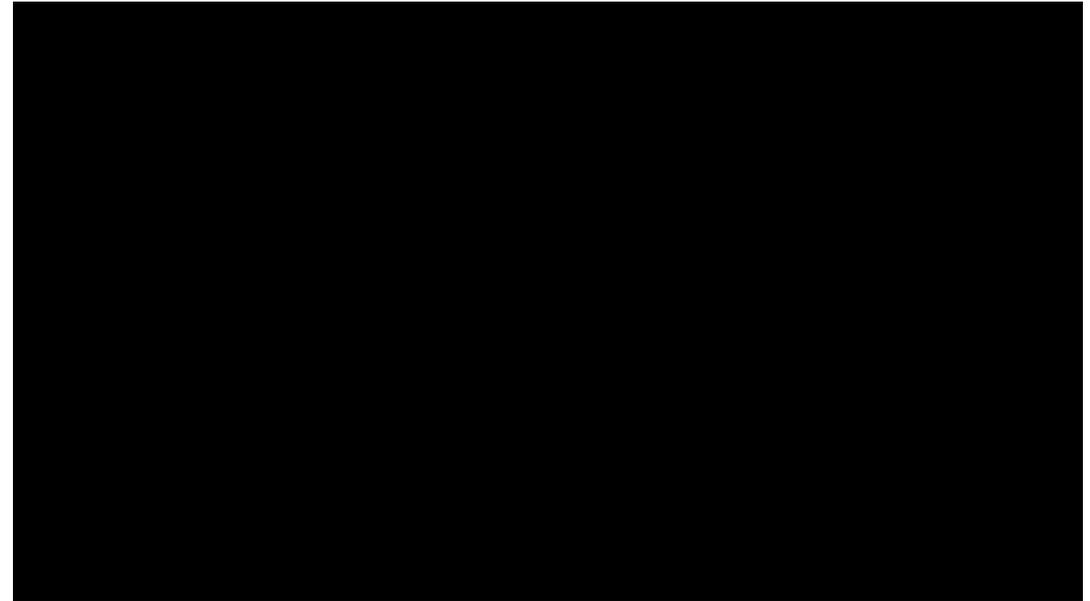


- Dificultad respiratoria
- Fiebre
- Dolor
- Ansiedad
- Anemia
- Acidosis

RESPIRACIÓN EN EL T.E.P.



<https://www.youtube.com/watch?v=kGqDEcSH0ls>



<https://www.youtube.com/watch?v=rKt0qgPBldo>

RESPIRACIÓN EN EL T.E.P.



<https://www.youtube.com/watch?v=CJzItdiScqE>



https://www.youtube.com/watch?v=abj9SrVLC_4

CIRCULACIÓN EN EL T.E.P. :

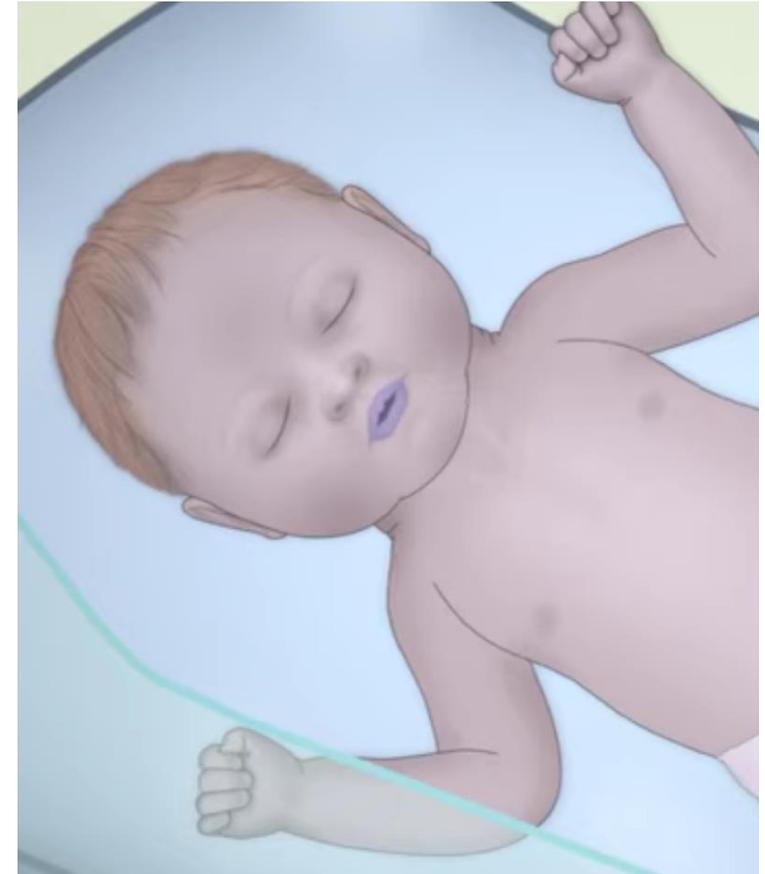
Función cardíaca y perfusión cutánea

Palidez de piel:

vasoconstricción, flujo inadecuado, anemia

Cianosis

Piel moteada / parcheada





¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) ofrece una impresión general del estado del niño.
- b) En esa primera evaluación usaremos fundamentalmente la vista y el oído.
- c) Mediante el TEP llegaremos a un diagnóstico etiológico de la patología que el niño presenta
- d) La anamnesis dirigida y la exploración detalladas precisarán de contacto físico con el paciente
- e) Gracias al TEP valoraremos rápidamente el nivel de gravedad del niño que atendemos.



¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) ofrece una impresión general del estado del niño.
- b) En esa primera evaluación usaremos fundamentalmente la vista y el oído.
- c) **Mediante el TEP llegaremos a un diagnóstico etiológico de la patología que el niño presenta**
- d) La anamnesis dirigida y la exploración detalladas precisarán de contacto físico con el paciente
- e) Gracias al TEP valoraremos rápidamente el nivel de gravedad del niño que atendemos.

ESTADOS FISIOPATOLÓGICOS

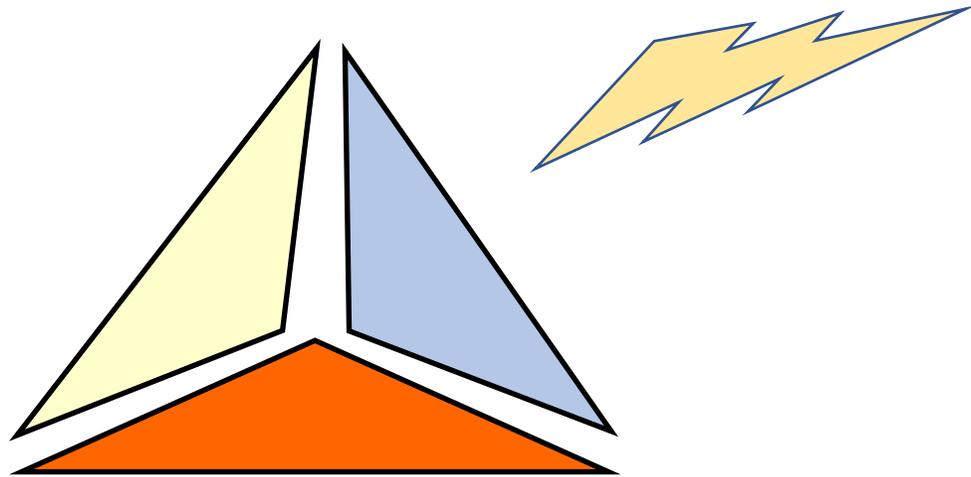
<u>APARIENCIA</u>	RESPIRACION	CIRCULACIÓN	ESTADO FISIOPATOLÓGICO
Normal	Normal	Normal	Normal. TEP estable
Alterado	Normal	Normal	Disfunción SNC
Normal	Alterado	Normal	Dificultad respiratoria
Alterado	Alterado	Normal	Fallo respiratorio
Normal	Normal	Alterado	Shock compensado
Alterado	Normal	Alterado	Shock descompensado
Alterado	Alterado	Alterado	Fallo cardiopulmonar

Interpretación, estado fisiológico y posibilidades diagnósticas

Apariencia	Trabajo respiratorio	Circulación cutánea	Estado fisiológico	Causas
Normal	Normal	Normal	Normal	
Alterada	Normal	Normal	Disfunción de SNC	Hipoglucemia Lesión cerebral Intoxicación Sepsis
Normal	Alterada	Normal	Dificultad respiratoria	Broncoespasmo Laringitis Neumonía Aspiración de cuerpo extraño
Alterada	Alterado	Normal	Insuficiencia respiratoria	Broncoespasmo severo Laringitis severa Trauma penetrante de tórax
Normal	Normal	Alterada	Shock compensado	Hemorragia Deshidratación leve
Alterada	Normal	Alterada	Shock descompensado	Hemorragia grave Deshidratación grave Sepsis Quemadura grave Trauma abdominal penetrante
Alterada	Alterado	Alterada	Falla cardiopulmonar	Paro cardiorrespiratorio



T.E.P. INESTABLE



T.E.P.
ESTABLE

- Apertura vía aérea
- Aspirado secreciones
- Oxigenoterapia
- Ventilación bolsa-mascarilla
- Vía i.v.
- Glucemia
- Tratamiento del dolor
- Monitorización signos vitales

FC FR T Art SatO2

?

VARIABILIDAD DE CONSTANTES SEGÚN LA EDAD

EDAD	PESO (Kg)	FC (lpm)	FR (rpm)	T/A (mmHg) S/D
PT	1	140 – 160	40-60	39-59 / 16-36
RN	2,5 – 3,5	140 – 160	40-60	50-70 / 25-45
6 meses	4 – 6	120 – 160	30-50	74-100 / 50-70
1 año	8 – 10	100 – 140	24-40	74-100 / 50-70
2 años	12 – 14	90 – 140	24-40	80-112 / 50-80
4 años	16 – 18	80 – 110	22-34	82-112 / 50-80
6 años	20 – 22	75 – 100	18-28	84-120 / 54-80
8 años	24 – 26	75 – 100	18-28	84-120 / 54-80
10 años	30 – 36	75 – 100	18-28	84-120 / 54-80
12 años	36 - 42	75 – 100	18-28	84-120 / 54-80
> 14 años	>50	60 – 90	12-16	94-140 / 62-88

VARIABILIDAD DE CONSTANTES SEGÚN LA EDAD

REGLA RCP
 Reanimación Cardiopulmonar en Pediatría
 Data European Resuscitation Council 2021

J. CASADO FLORES • M.A. GARCÍA TERESA
 Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Nino Jesús, Madrid

Hospital Infantil Universitario Nino Jesús
 UAM Universidad Autónoma de Madrid

3 ABRIR LA VIA AEREA (VA)
 • Al entorno
 • Hablarle alto
 • Decúbito supino
 • No abandonar al niño
 Maniobra frente-mentón

4 COMPROBAR RESPIRACION
 • Observar tórax
 • Sentir y oír aire
 Tracción mandibular (sospecha de lesión cervical)

5 VENTILAR
 • Boca-boca (>1a)
 • boca/boca-nariz (<1a)
 • 5 insuflaciones

6 COMPROBAR PULSO Y OTROS SIGNOS VITALES
 • Braquial (<1a)
 • Carotídeo (>1a)
 • Iniciar masaje si no pulso o FC < 60 (con mala perfusión)

7 COMPRESIONES TORÁCICAS 100/min.
 5 compresiones/2 ventilaciones

8 TRAS 1 min.
 • Activar 112
 • DESA: desfibrilador semiautomático

9 ATROPIA
 0.15

10 BICARBONATO
 7.0

11 DESFIBRILACION
 30 JIN

12 ATROPIA
 0.15

13 BICARBONATO
 8

14 DESFIBRILACION
 30

15 ATROPIA
 0.2

16 BICARBONATO
 9

17 DESFIBRILACION
 40

18 ATROPIA
 0.1

19 BICARBONATO
 10

20 DESFIBRILACION
 40

21 ATROPIA
 0.1

22 BICARBONATO
 10

23 DESFIBRILACION
 40

24 ATROPIA
 0.1

25 BICARBONATO
 10

26 DESFIBRILACION
 40

27 ATROPIA
 0.1

28 BICARBONATO
 10

29 DESFIBRILACION
 40

30 ATROPIA
 0.1

31 BICARBONATO
 10

32 DESFIBRILACION
 40

33 ATROPIA
 0.1

34 BICARBONATO
 10

35 DESFIBRILACION
 40

36 ATROPIA
 0.1

37 BICARBONATO
 10

38 DESFIBRILACION
 40

39 ATROPIA
 0.1

40 BICARBONATO
 10

41 DESFIBRILACION
 40

42 ATROPIA
 0.1

43 BICARBONATO
 10

44 DESFIBRILACION
 40

45 ATROPIA
 0.1

46 BICARBONATO
 10

47 DESFIBRILACION
 40

48 ATROPIA
 0.1

49 BICARBONATO
 10

50 DESFIBRILACION
 40

51 ATROPIA
 0.1

52 BICARBONATO
 10

53 DESFIBRILACION
 40

54 ATROPIA
 0.1

55 BICARBONATO
 10

56 DESFIBRILACION
 40

57 ATROPIA
 0.1

58 BICARBONATO
 10

59 DESFIBRILACION
 40

60 ATROPIA
 0.1

61 BICARBONATO
 10

62 DESFIBRILACION
 40

63 ATROPIA
 0.1

64 BICARBONATO
 10

65 DESFIBRILACION
 40

66 ATROPIA
 0.1

67 BICARBONATO
 10

68 DESFIBRILACION
 40

69 ATROPIA
 0.1

70 BICARBONATO
 10

71 DESFIBRILACION
 40

72 ATROPIA
 0.1

73 BICARBONATO
 10

74 DESFIBRILACION
 40

75 ATROPIA
 0.1

76 BICARBONATO
 10

77 DESFIBRILACION
 40

78 ATROPIA
 0.1

79 BICARBONATO
 10

80 DESFIBRILACION
 40

81 ATROPIA
 0.1

82 BICARBONATO
 10

83 DESFIBRILACION
 40

84 ATROPIA
 0.1

85 BICARBONATO
 10

86 DESFIBRILACION
 40

87 ATROPIA
 0.1

88 BICARBONATO
 10

89 DESFIBRILACION
 40

90 ATROPIA
 0.1

91 BICARBONATO
 10

92 DESFIBRILACION
 40

93 ATROPIA
 0.1

94 BICARBONATO
 10

95 DESFIBRILACION
 40

96 ATROPIA
 0.1

97 BICARBONATO
 10

98 DESFIBRILACION
 40

99 ATROPIA
 0.1

100 BICARBONATO
 10

101 DESFIBRILACION
 40

102 ATROPIA
 0.1

103 BICARBONATO
 10

104 DESFIBRILACION
 40

105 ATROPIA
 0.1

106 BICARBONATO
 10

107 DESFIBRILACION
 40

108 ATROPIA
 0.1

109 BICARBONATO
 10

110 DESFIBRILACION
 40

111 ATROPIA
 0.1

112 BICARBONATO
 10

113 DESFIBRILACION
 40

114 ATROPIA
 0.1

115 BICARBONATO
 10

116 DESFIBRILACION
 40

117 ATROPIA
 0.1

118 BICARBONATO
 10

119 DESFIBRILACION
 40

120 ATROPIA
 0.1

121 BICARBONATO
 10

122 DESFIBRILACION
 40

123 ATROPIA
 0.1

124 BICARBONATO
 10

125 DESFIBRILACION
 40

126 ATROPIA
 0.1

127 BICARBONATO
 10

128 DESFIBRILACION
 40

129 ATROPIA
 0.1

130 BICARBONATO
 10

131 DESFIBRILACION
 40

132 ATROPIA
 0.1

133 BICARBONATO
 10

134 DESFIBRILACION
 40

135 ATROPIA
 0.1

136 BICARBONATO
 10

137 DESFIBRILACION
 40

138 ATROPIA
 0.1

139 BICARBONATO
 10

140 DESFIBRILACION
 40

141 ATROPIA
 0.1

142 BICARBONATO
 10

143 DESFIBRILACION
 40

144 ATROPIA
 0.1

145 BICARBONATO
 10

146 DESFIBRILACION
 40

147 ATROPIA
 0.1

148 BICARBONATO
 10

149 DESFIBRILACION
 40

150 ATROPIA
 0.1

151 BICARBONATO
 10

152 DESFIBRILACION
 40

153 ATROPIA
 0.1

154 BICARBONATO
 10

155 DESFIBRILACION
 40

156 ATROPIA
 0.1

157 BICARBONATO
 10

158 DESFIBRILACION
 40

159 ATROPIA
 0.1

160 BICARBONATO
 10

161 DESFIBRILACION
 40

162 ATROPIA
 0.1

163 BICARBONATO
 10

164 DESFIBRILACION
 40

165 ATROPIA
 0.1

166 BICARBONATO
 10

167 DESFIBRILACION
 40

168 ATROPIA
 0.1

169 BICARBONATO
 10

170 DESFIBRILACION
 40

171 ATROPIA
 0.1

172 BICARBONATO
 10

173 DESFIBRILACION
 40

174 ATROPIA
 0.1

175 BICARBONATO
 10

176 DESFIBRILACION
 40

177 ATROPIA
 0.1

178 BICARBONATO
 10

179 DESFIBRILACION
 40

180 ATROPIA
 0.1

181 BICARBONATO
 10

182 DESFIBRILACION
 40

183 ATROPIA
 0.1

184 BICARBONATO
 10

185 DESFIBRILACION
 40

186 ATROPIA
 0.1

187 BICARBONATO
 10

188 DESFIBRILACION
 40

189 ATROPIA
 0.1

190 BICARBONATO
 10

191 DESFIBRILACION
 40

192 ATROPIA
 0.1

193 BICARBONATO
 10

194 DESFIBRILACION
 40

195 ATROPIA
 0.1

196 BICARBONATO
 10

197 DESFIBRILACION
 40

198 ATROPIA
 0.1

199 BICARBONATO
 10

200 DESFIBRILACION
 40

REGLA URGENCIAS VITALES EN PEDIATRÍA

J. CASADO FLORES • M.A. GARCÍA TERESA
 Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Nino Jesús, Madrid

Hospital Infantil Universitario Nino Jesús
 UAM Universidad Autónoma de Madrid

PARAMETROS DE NORMALIDAD SEGUN LA EDAD (en reposo)

EDAD	PESOkg	FRECUENCIA CARDIACA lpm	FRECUENCIA RESPIRATORIA rpm	TENSION ARTERIAL mm Hg
0-1a	3-4	100-150	30-60	80-90
1-2a	10	90-130	25-40	80-90
2-3a	12-14	80-120	20-30	80-90
3-4a	14-18	70-110	15-25	80-90
4-8a	18-26	60-100	12-20	80-90
8-10a	25-32	50-90	10-15	80-90
10-14a	30-40	40-70	10-15	80-90
>14a	>50	30-60	10-15	80-90

TEST DE VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO

	0	1	2
Signo	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Frecuencia cardíaca	Ausente	Irregular, lento	Uerto vigoroso
Esfuerzo respiratorio	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Tono muscular	Sin respuesta	Muscos	Uerto
Respuesta a estímulo (Pico de sonda)	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado
Culivación	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado

TEST DE VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO (Test de Agnar)

	0	1	2
Signo	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Frecuencia cardíaca	Ausente	Irregular, lento	Uerto vigoroso
Esfuerzo respiratorio	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Tono muscular	Sin respuesta	Muscos	Uerto
Respuesta a estímulo (Pico de sonda)	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado
Culivación	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado

REGLA URGENCIAS VITALES EN PEDIATRÍA

J. CASADO FLORES • M.A. GARCÍA TERESA
 Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Infantil Universitario Nino Jesús, Madrid

Hospital Infantil Universitario Nino Jesús
 UAM Universidad Autónoma de Madrid

PARAMETROS DE NORMALIDAD SEGUN LA EDAD (en reposo)

EDAD	PESOkg	FRECUENCIA CARDIACA lpm	FRECUENCIA RESPIRATORIA rpm	TENSION ARTERIAL mm Hg
0-1a	3-4	100-150	30-60	80-90
1-2a	10	90-130	25-40	80-90
2-3a	12-14	80-120	20-30	80-90
3-4a	14-18	70-110	15-25	80-90
4-8a	18-26	60-100	12-20	80-90
8-10a	25-32	50-90	10-15	80-90
10-14a	30-40	40-70	10-15	80-90
>14a	>50	30-60	10-15	80-90

TEST DE VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO

	0	1	2
Signo	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Frecuencia cardíaca	Ausente	Irregular, lento	Uerto vigoroso
Esfuerzo respiratorio	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Tono muscular	Sin respuesta	Muscos	Uerto
Respuesta a estímulo (Pico de sonda)	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado
Culivación	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado

TEST DE VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO (Test de Agnar)

	0	1	2
Signo	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Frecuencia cardíaca	Ausente	Irregular, lento	Uerto vigoroso
Esfuerzo respiratorio	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Tono muscular	Sin respuesta	Muscos	Uerto
Respuesta a estímulo (Pico de sonda)	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado
Culivación	Capnósico	Acciónsico, tronco rosado	Rosado

VALORACION INICIAL PEDIÁTRICA

IMPRESIÓN GENERAL: T.E.P.

VISTA / OIDO

EVALUACIÓN ABCDE

EVALUACION
ESTABILIZACION

A VIA AÉREA
B RESPIRACION
C CIRCULACION
D ESTADO NEUROLOGICO
E EXPOSICION

ANAMNESIS DIRIGIDA Y EXPLORACIÓN
DETALLADA



La valoración de la APARIENCIA en el TEP ofrece información sobre:

- a) El estado del SNC, la perfusión y oxigenación cerebrales.
- b) El trabajo respiratorio que el niño emplea
- c) La función cardíaca y el estado del sistema circulatorio del niño
- d) Su alteración siempre orienta a una patología metabólica
- e) a) y c) son correctas



La valoración de la APARIENCIA en el TEP ofrece información sobre:

- a) El estado del SNC, la perfusión y oxigenación cerebrales.
- b) El trabajo respiratorio que el niño emplea
- c) La función cardíaca y el estado del sistema circulatorio del niño
- d) Su alteración siempre orienta a una patología metabólica
- e) a) y c) son correctas



EL NIÑO CON
FIEBRE

MOTIVOS DE CONSULTA EN PEDIATRÍA

Las

50

principales consultas
en Pediatría de Atención
Primaria



Tos



Fiebre



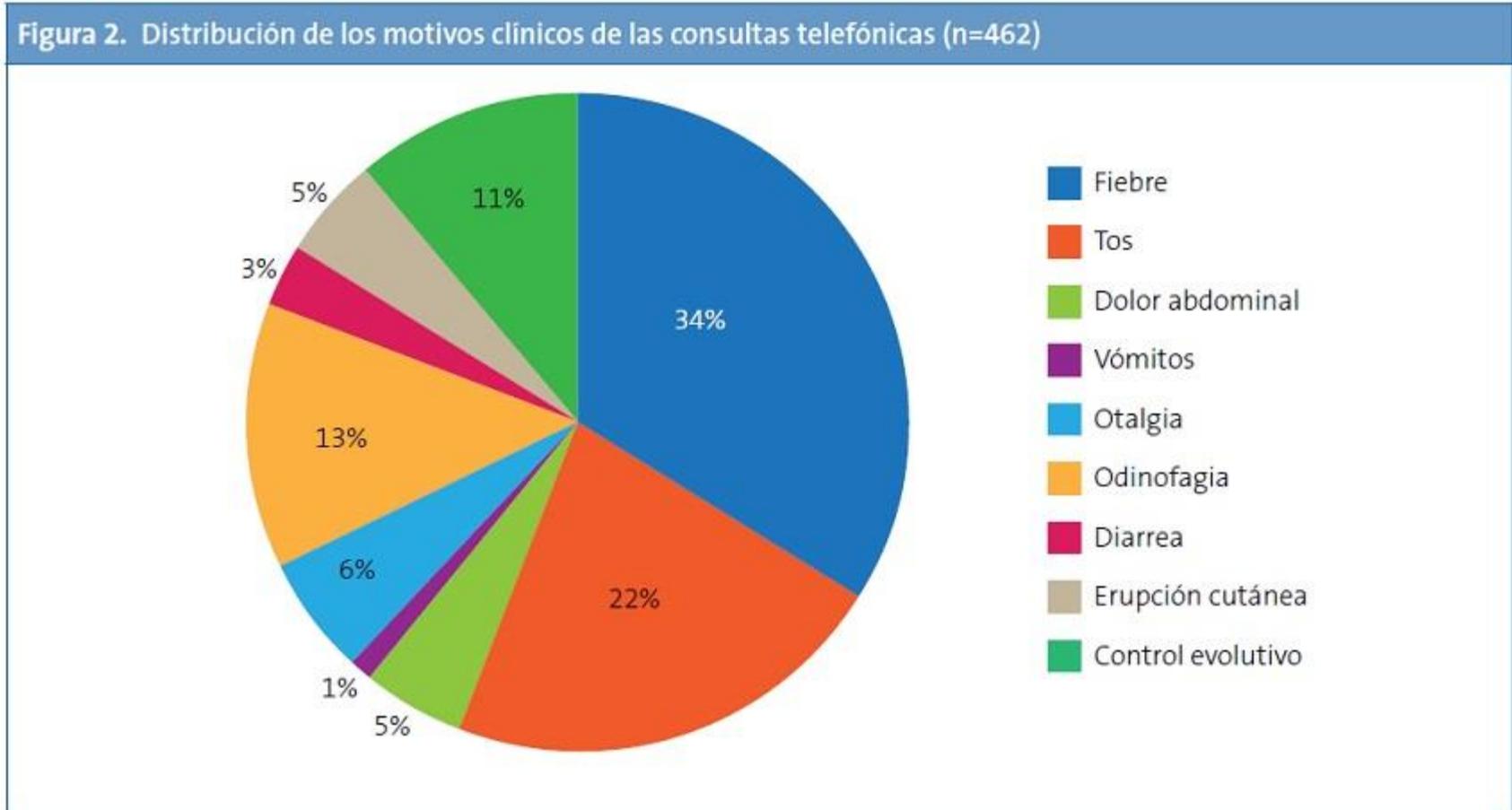
Síntomas
digestivos

Otros

Miguel Ángel Fernández – Cuesta Valcarce y cols

https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/las_50_principales_consultas_en_pediatr.pdf

MOTIVOS DE CONSULTA TELEFONICA EN PEDIATRIA



Mendiola Ruiz R, Gondra Sangroniz L, Ormaechea Goiri V, Martínez Eizaguirre JM, Tadeo Múgica A, Bretos Paternain C y cols. Triage telefónico en Atención Primaria. Análisis de la implantación de un modelo.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:205-10.



EL NIÑO CON FIEBRE

Motivo de consulta muy frecuente
Ansiedad familiar y profesional
Proceso banal ... potencialmente grave
Ninguna prueba determina el riesgo real
Disminuir incertidumbre
Minimizar riesgo

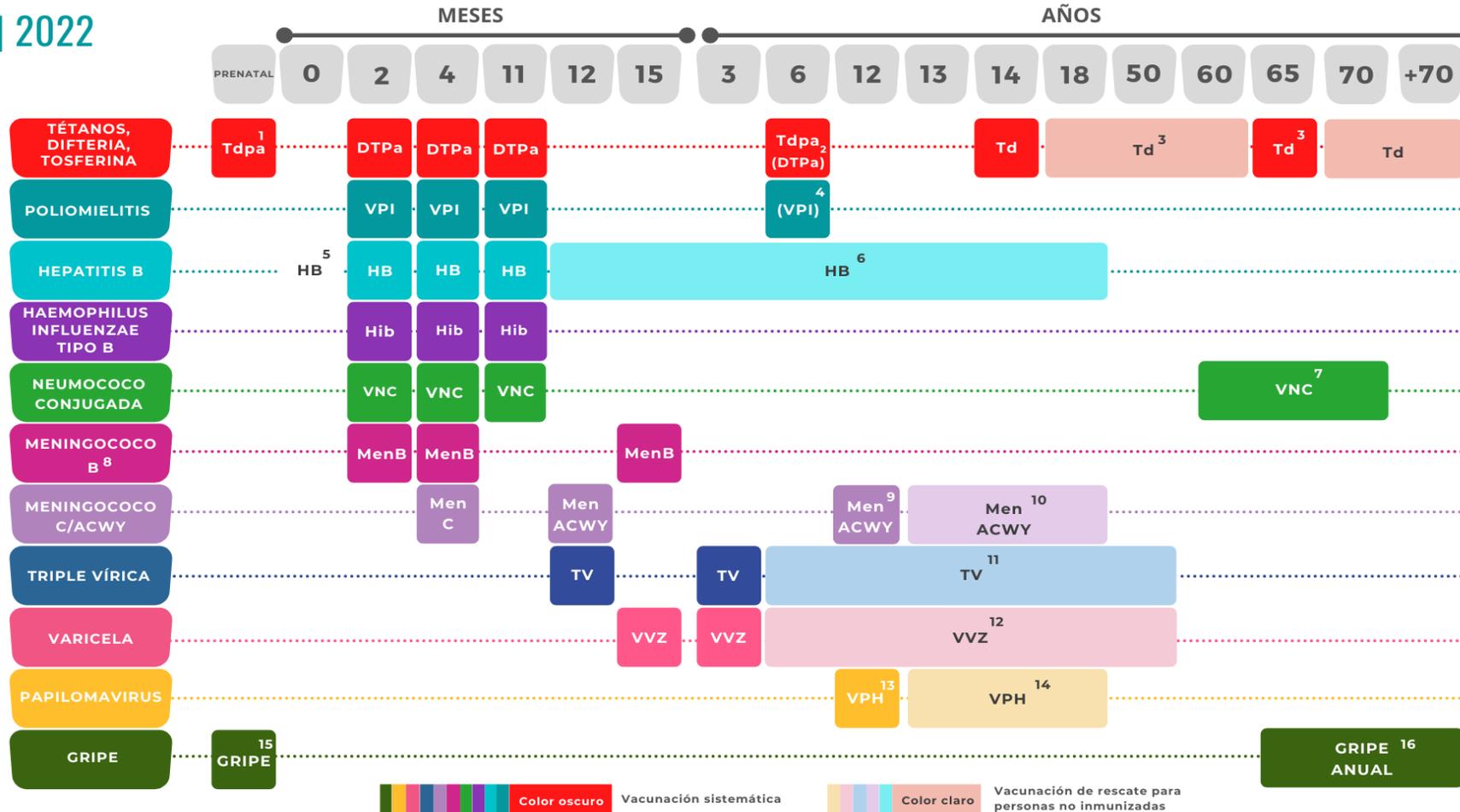


EL NIÑO CON FIEBRE CORRECTAMENTE VACUNADO

Calendario de Vacunaciones

TODAS LAS EDADES
2021 | 2022

ANDALUCÍA



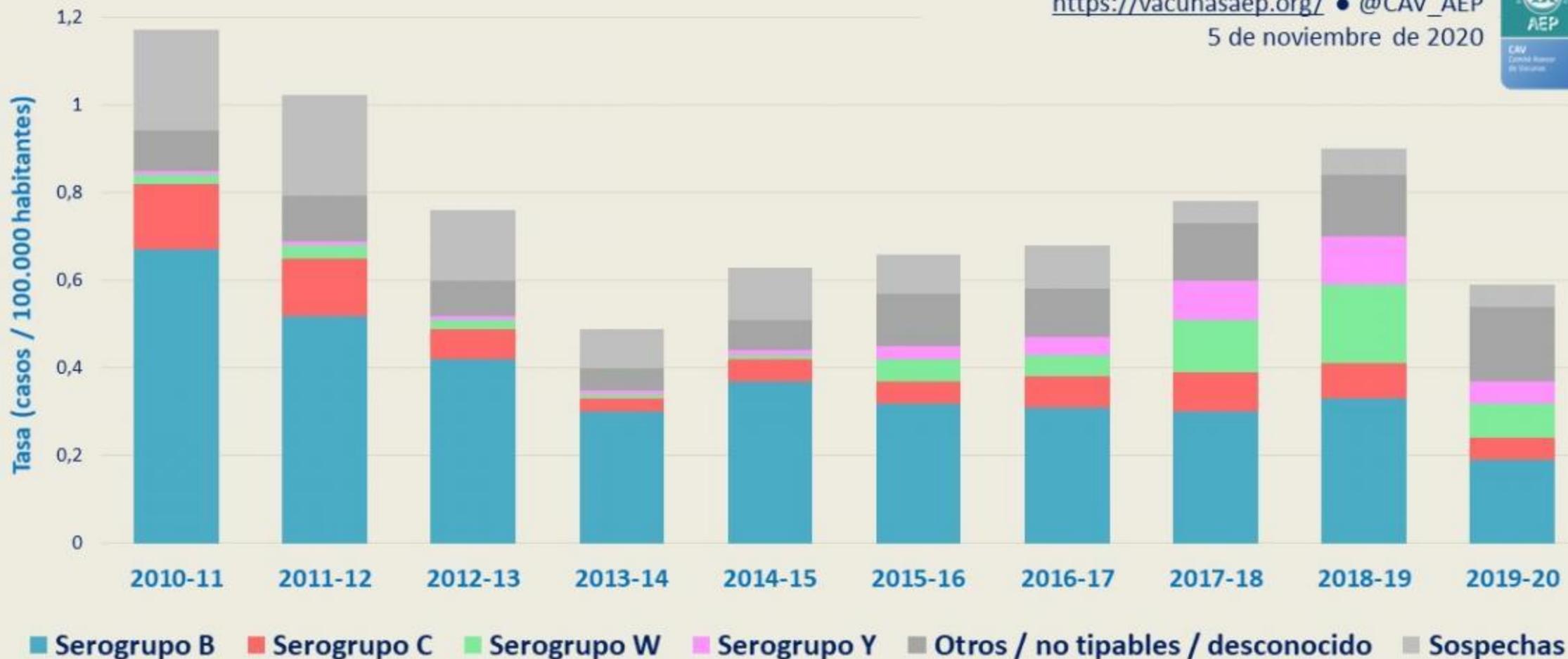
Enfermedad meningocócica (EMI) en España

Tasas según serogrupos, temporadas 2010-11 a 2019-20

Fuente: adaptado de Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, sem. 43/2020

<https://vacunasaep.org/> • @CAV_AEP

5 de noviembre de 2020





IDENTIFICAR Y
TRATAR
PRECOZMENTE
EL NIÑO CON
INFECCIÓN
BACTERIANA
GRAVE







CAUSAS DE LA FIEBRE EN EL NIÑO

Infecciones

Deshidratación
hipertónica

Ejercicio
físico

Reacción medicamentosa
o tras vacunación

Hipertermia central

Tumores

Golpe calor
Exceso abrigo

Fiebre sin foco

Procesos
autoinmunes



CAUSAS DE LA FIEBRE EN EL NIÑO

Infecciones

Deshidratación
hipertónica

Ejercicio
físico

Reacción medicamentosa
o tras vacunación

Hipertermia central

Tumores

Golpe calor

Fiebre sin foco

Procesos
autoinmunes

- HISTORIA CLÍNICA
- ANAMNESIS
- EXPLORACIÓN FÍSICA

Algunos signos de gravedad acompañando al proceso febril

ASPECTO GENERAL Y OTRAS

- Rechazo repetido de las tomas
- Decaimiento intenso
- Palidez intensa
- Aspecto “séptico”
- Cianosis
- Aspecto de enfermedad, MEG
- Temperatura superior a 40.5°C

Algunos signos de gravedad acompañando al proceso febril

PIEL

- Presencia de exantema petequiral
- Hematomas-equimosis
- Relleno capilar lento
- Mala perfusión ("cutis marmorata")

Algunos signos de gravedad acompañando al proceso febril

SÍNTOMAS O SIGNOS NEUROLÓGICOS

- Alteración conciencia
- Agitación/depresión
- Convulsiones
- Hipotonía
- Cefalea intensa
- Signos meníngeos
- Aumento protrusión fontanela
- Signos focales

Algunos signos de gravedad acompañando al proceso febril

SÍNTOMAS O SIGNOS RESPIRATORIOS

- Respiración rápida
- Respiración lenta o irregular
- Aumento del trabajo al respirar (tiraje)
- Aleteo nasal
- Estridor

Algunos signos de gravedad acompañando al proceso febril

SÍNTOMAS O SIGNOS DIGESTIVOS

- Vómitos o diarrea persistentes
- Dolor abdominal intenso
- Signos de deshidratación
- Babeo, dificultad para tragar



Lo fundamental en el manejo de un lactante con fiebre es:

- a) Conseguir descender rápidamente la temperatura corporal del niño
- b) Instruir bien a los padres en el manejo alternante de fármacos antitérmicos
- c) Identificar y tratar precozmente el niño con infección bacteriana grave
- d) Evitar los cuadros convulsivos que la fiebre origina
- e) Disminuir la duración del proceso febril



Lo fundamental en el manejo de un lactante con fiebre es:

- a) Conseguir descender rápidamente la temperatura corporal del niño
- b) Instruir bien a los padres en el manejo alternante de fármacos antitérmicos
- c) **Identificar y tratar precozmente el niño con infección bacteriana grave**
- d) Evitar los cuadros convulsivos que la fiebre origina
- e) Disminuir la duración del proceso febril

FIEBRE SIN FOCO

Itu

Bacteriemia

Neumonía

Meningitis

Sepsis

Enteritis bacteriana

Celulitis

Infecciones óseas / articulares

¿INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE GRAVE?

EDAD

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

ESTADO GENERAL

INTENSIDAD DE FIEBRE *

EDAD

< 1 mes	IBG	15-20 %
---------	-----	---------

1-3 meses		10-15 %
-----------	--	---------

3-36 meses		2 %
------------	--	-----

FIEBRE SIN FOCO: ESCALA DE YIOS en 1m - 3 meses

	<i>Normal (1 punto)</i>	<i>Afectación moderada (3 puntos)</i>	<i>Afectación grave (5 puntos)</i>
Actitud y respuesta a estímulos	Sonríe No irritable	Irritable Consuelo fácil	Irritable Inconsolable
Coloración y perfusión periférica	Rosado Caliente	Piel moteada Acrocianosis	Pálido Cianótico
Respiración	Normal	Taquipnea (>60) Quejido	Distrés Apneas

YIOS > 7 Ingreso hospitalario

FIEBRE SIN FOCO: ESCALA DE YALE en 3m - 36 meses

	<i>Normal (1 punto)</i>	<i>Afectación moderada (3 puntos)</i>	<i>Afectación grave (5 puntos)</i>
Estado general	Alerta	Obnubilado	No responde
Respuesta a estímulos	Sonríe-alerta	Respuesta breve	Inexpresivo
Llanto	Fuerte	Quejumbroso	Débil
Reacción con los padres	Contento	Llanto intermitente	Llanto continuo
Color	Rosado	Acrocianosis	Pálido-grisáceo
Hidratación	Normal	Mucosas secas	Signo de pliegue (+)

YALE < 10

Tira orina

Observación domiciliaria

YALE > 11 Exámenes complementáreos

YALE > 16 Ingreso

Otros datos de posible gravedad acompañando al proceso febril



¡ OJO A MENORES DE 3 MESES !



¡ OJO A POCO TIEMPO DE EVOLUCION !



¿Cuál de los siguientes datos puede indicar gravedad al valorar a un niño con fiebre?

- a) Su menor edad, especialmente en menores de 3 meses.
- b) La presencia de marcada irritabilidad que no disminuye o desaparece en brazos de los padres.
- c) La existencia de un exantema no petequial al desnudar al paciente
- d) a) y b) son correctas.
- e) Todas las respuestas son correctas.



¿Cuál de los siguientes datos puede indicar gravedad al valorar a un niño con fiebre?

- a) Su menor edad, especialmente en menores de 3 meses.
- b) La presencia de marcada irritabilidad que no disminuye o desaparece en brazos de los padres.
- c) La existencia de un exantema no petequial al desnudar al paciente
- d) **a) y b) son correctas.**
- e) Todas las respuestas son correctas.



¿ TRATAMIENTO DEL NIÑO CON FIEBRE ?

- Representa un riesgo para el paciente (convulsiones febriles) ?
- Produce malestar ?
- Incrementa la pérdida hidroelectrolítica (lactantes) ?
- Aumenta el trabajo cardiorrespiratorio (cardiópatas, enfermedades crónicas, etc.) ?
- Se trata de temperaturas elevadas ?
- Los beneficios del tratamiento superan los riesgos ?

MEDIOS FÍSICOS ?

FÁRMACOS ?



MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

GUÍA RÁPIDA DE DOSIFICACIÓN PRÁCTICA EN PEDIATRÍA

<https://www.guiafarmapediatrica.es/>

g-pediatría
Guía Rápida de Dosificación Práctica en Pediatría

Escribe tu búsqueda

Analgésicos, Antitérmicos, Antiinflamatorios

Antiasmáticos. Cámaras de inhalación

Antibióticos

INICIO

INFORMACIÓ



MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

 **DOSISPEDIA**

¿CÓMO FUNCIONA? **CARACTERÍSTICAS** OPINIONES MEDICAMENTOS 

DOSIS PEDIA

**La App Móvil para
médicos
pediatras. y no pediatras**

DosisPedia ayuda en el día a día a más de 850.000 profesionales resolviendo más de 66 millones de consultas.





MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

PARACETAMOL

10 – 15 mg/ kg / dosis Puede repetirse cada 4-6 horas

Oral líquido / oral comprimidos / oral flash / rectal

Presentación mas usada 1 ml = 100 mg (30-60-90 cc)

0.1 cc / kg / dosis cada 4 h

0.15 cc / kg / dosis cada 6 h



MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

IBUPROFENO (Mayores de 3-6 meses)

20 mg / kg / día Puede repetirse cada 6 - 8 horas

Oral líquido / oral comprimidos y sobres /

Presentaciones mas usadas

Ibuprofeno suspensión 2% 5 cc = 100 mg

Peso/3 cc cada 8 h Peso /4 cc cada 6 h

Ibuprofeno suspensión 4% 5 cc = 200 mg

Peso/6 cc cada 8 h Peso/8 cc cada 6 h



MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

METAMIZOL ¿?



10 - 15 mg/kg/dosis.
Cada 6 - 8 h.

Gotas: 500 mg / ml. 1 gota = 25 mg. 1ml = 20 gotas

Gotas 0,5 gotas / kg / dosis.

Indicaciones:

Vía oral:

- Tratamiento del dolor agudo posoperatorio o postraumático.
- Dolor de tipo cólico.
- Dolor de origen tumoral.
- **Fiebre alta que no responde a otros antitérmicos.**



DUDAS DE LOS PADRES

¿Debo tratar la fiebre?

La fiebre le ha bajado poco con el antitérmico. ¿Quiere decir que la infección es más grave?

¿Es más útil el paracetamol o el ibuprofeno?

¿Debo alternar antitérmicos?

¿Son útiles las medidas externas de enfriamiento, paños, baño?

Decálogo de la fiebre



Acerca de
la fiebre
de vuestros
hijos



1.

La fiebre **no es una enfermedad**. Sirve para defendernos contra las infecciones causadas tanto por virus como por bacterias.

2.

La fiebre por sí misma **no causa daño cerebral**, ni ceguera, ni sordera, ni muerte.

3.

Algunos niños predispuestos (4%) pueden tener convulsiones por fiebre. **Tratar la fiebre no previene estas convulsiones**. Nunca se debería dar medicamentos para bajar la fiebre con este fin.

4.

Solo hay que usar medicamentos para la fiebre si hay malestar o dolor. El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia para tratar el dolor. Sus dosis se calculan según el peso del niño, no según la edad. No es aconsejable alternar o combinar ambos medicamentos. No se debe dar Aspirina®.

5.

Se **desaconseja** el uso de paños húmedos, frías de alcohol, duchas o baños para bajar la fiebre.

6.

No cubrir ni desabrigar demasiado al niño con fiebre.

7.

El niño con fiebre **debe estar bien hidratado**. Hay que ofrecer líquidos a menudo, a ser posible con hidratos de carbono (zumos de fruta, batidos, papillas, etc.).

8.

Está **desaconsejado** el uso de paracetamol o ibuprofeno **tras la vacunación para prevenir** las reacciones febriles o las reacciones en la zona de inyección.

9.

Ni el grado de la fiebre ni la respuesta al antitérmico nos orientan sobre la gravedad de la infección ni si está causada por virus o por bacterias.

10.

Debe **vigilar signos de empeoramiento** y consultar de forma urgente si su hijo tiene:

- Manchas en la piel, de color rojo oscuro o morado, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
- Decaimiento, irritabilidad o llanto excesivo difícil de calmar.
- Rigidez de cuello.
- Convulsión o pérdida de conocimiento.
- Dificultad para respirar (marca las costillas y hunde el esternón, se oyen como silbidos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Vómitos y/o diarrea persistentes o muy abundantes que causen deshidratación (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
- Si no orina o la orina es escasa.
- Siempre hay que consultar urgentemente si tiene fiebre un niño menor de tres meses de edad.





MEDICACIÓN ANTITÉRMICA EN EL NIÑO

¿Alternar
fármacos?

¡ La mayoría de las guías
siguen recomendando
no alternar de manera sistemática
ambos tratamientos !

Wong T, Stang AS, Ganshorn H, et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (10): CD009572.

Lactante mujer de 12 meses de edad que hace una semana se ha vacunado de la inmunización que le corresponde por calendario vacunal de su comunidad. Acude a su consulta por cuadro febril de 38.5° axilar de 24 horas de evolución que cede parcialmente a antitérmicos. Asocia un exantema maculo eritematoso palidesciente no petequial de predominio en tronco. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud más correcta en su enfoque diagnóstico?



- a) Probablemente se trate de un cuadro vírico sin importancia que cederá por sí solo. Pautaremos su paracetamol y medios físicos habituales en estos casos.
- b) Preguntaremos por la existencia de algún otro síntoma y recetaremos el metamizol, que en estos casos consigue descender rápidamente la temperatura.
- c) Enviaremos al hospital pues todo exantema febril precisa de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico.
- d) Habrá que tener en cuenta el antecedente vacunal pero, aun así, se impone una adecuada anamnesis y una correcta exploración del niño.
- e) Pondremos su antibiótico correspondiente, debe tratarse de una escarlatina con toda seguridad.



Lactante mujer de 12 meses de edad que hace una semana se ha vacunado de la inmunización que le corresponde por calendario vacunal de su comunidad. Acude a su consulta por cuadro febril de 38.5° axilar de 24 horas de evolución que cede parcialmente a antitérmicos. Asocia un exantema maculo eritematoso palidesciente no petequial de predominio en tronco. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud más correcta en su enfoque diagnóstico?

- a) Probablemente se trate de un cuadro vírico sin importancia que cederá por sí solo. Pautaremos su paracetamol y medios físicos habituales en estos casos.
- b) Preguntaremos por la existencia de algún otro síntoma y recetaremos el metamizol, que en estos casos consigue descender rápidamente la temperatura.
- c) Enviaremos al hospital pues todo exantema febril precisa de pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico.
- d) **Habrá que tener en cuenta el antecedente vacunal pero, aun así, se impone una adecuada anamnesis y una correcta exploración del niño.**
- e) Pondremos su antibiótico correspondiente, debe tratarse de una escarlatina con toda seguridad.

CONTENIDOS

EL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

SINDROME FEBRIL EN EL NIÑO

MANEJO DEL NIÑO CON CONVULSION FEBRIL



CRISIS FEBRILES: GENERALIDADES

- Sensibilidad a la fiebre en un cerebro en desarrollo con predisposición genética.
- Crisis convulsivas que se asocian a:
 - fiebre de más de 38°C
 - en niños de 6 meses a 5-6 años
 - excluyendo las causadas por infecciones del sistema nervioso central (SNC)
 - sin antecedentes de crisis afebriles
- Típicas / Atípicas Duran <15 minutos (media 3-4 min) , no recurren, generalizadas

CRISIS FEBRILES: GENERALIDADES

- Es el trastorno convulsivo más frecuente de la infancia afectando al 2-5% de los menores de 6 años
- La mayoría de las crisis febriles ocurren entre los 6 meses y los 3 años, con un pico de incidencia a los 18 meses
- Es excepcional su inicio después de los 6 años
- Los niños presentan una ligera mayor predisposición que las niñas a presentarlas (1.6/1)

CRISIS FEBRILES: FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA

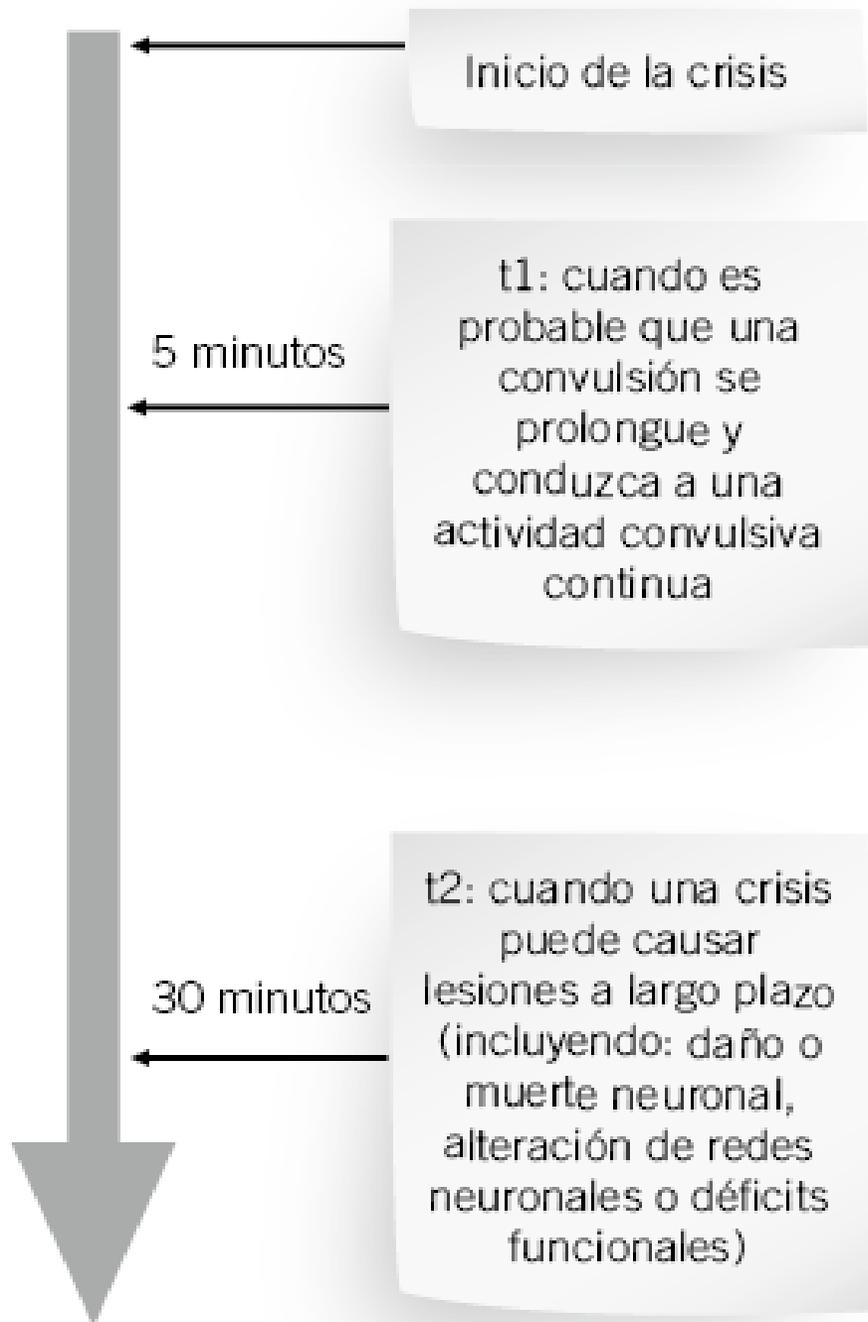
• Edad de inicio precoz (< 15 meses)	SIN FR	10 %
• Epilepsia en familiares de primer grado		
• Crisis febriles en familiares de primer grado	1-2 FR	25 – 50 %
• Procesos febriles frecuentes (escuela infantil)	3 o mas FR	50 %
• Temperatura baja al inicio de la crisis		

Riesgo de Epilepsia a los 7 años

Característica	Riesgo Epilepsia
Niño sano SIN crisis febriles	0,5%
Niño sano con crisis febril SIMPLE	1,1%
Niño con alteración neurológica o crisis febril COMPLEJA	9,2%

CRISIS FEBRILES: TRATAMIENTO INMEDIATO

- La mayoría de las crisis febriles han cedido cuando es niño es evaluado.
- En estos casos el tratamiento es sintomático del cuadro febril realizando anamnesis y exploración física adecuadas.
- CUANDO LA CRISIS DURA MÁS DE **5 MINUTOS** SE DEBE INICIAR TRATAMIENTO





Entre los factores de recurrencia de las convulsiones febriles en el niño se encuentran

- a) La edad de inicio precoz (por debajo de 15 meses)
- b) La presencia de epilepsia o crisis convulsivas febriles en familiares de primer grado.
- c) La asistencia a escuela infantil
- d) La temperatura baja al inicio de la primera crisis
- e) Todas las anteriores son factores de recurrencia de crisis febriles



Entre los factores de recurrencia de las convulsiones febriles en el niño se encuentran

- a) La edad de inicio precoz (por debajo de 15 meses)
- b) La presencia de epilepsia o crisis convulsivas febriles en familiares de primer grado.
- c) La asistencia a escuela infantil
- d) La temperatura baja al inicio de la primera crisis
- e) **Todas las anteriores son factores de recurrencia de crisis febriles**

CRISIS FEBRILES: TRATAMIENTO INMEDIATO

- Conservar la calma
- Mirar la hora y recordarla
- Posición lateral de seguridad
- Proteger de golpes
- Limpiar secreciones de boca y nariz
- Desabrochar prendas
- No introducir objetos en la boca
- No impedir la convulsión
- Recordar las características de la convulsión



CRISIS FEBRIL que no cede en 5 minutos: TRATAMIENTO INMEDIATO

T.E.P. INESTABLE

- Oxigenoterapia
- Vía i.v.
- Monitorización signos vitales
 - FC
 - FR
 - T Art
 - SatO2
 - Glucemia

SIN VIA I.V.

DIAZEPAM RECTAL ----- 0.5 mgr / Kg

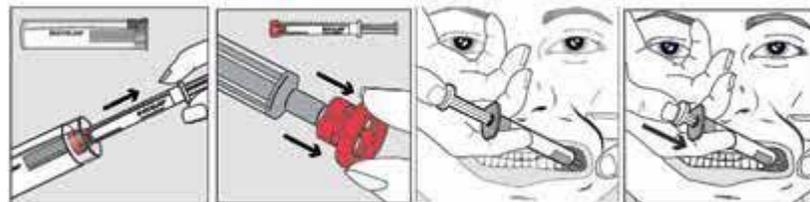
Stesolid rectal 5 mg en < 2 años

Stesolid rectal 10 mgr en > 2 años

MIDAZOLAM I.M. ----- 0.15 mgr / kg

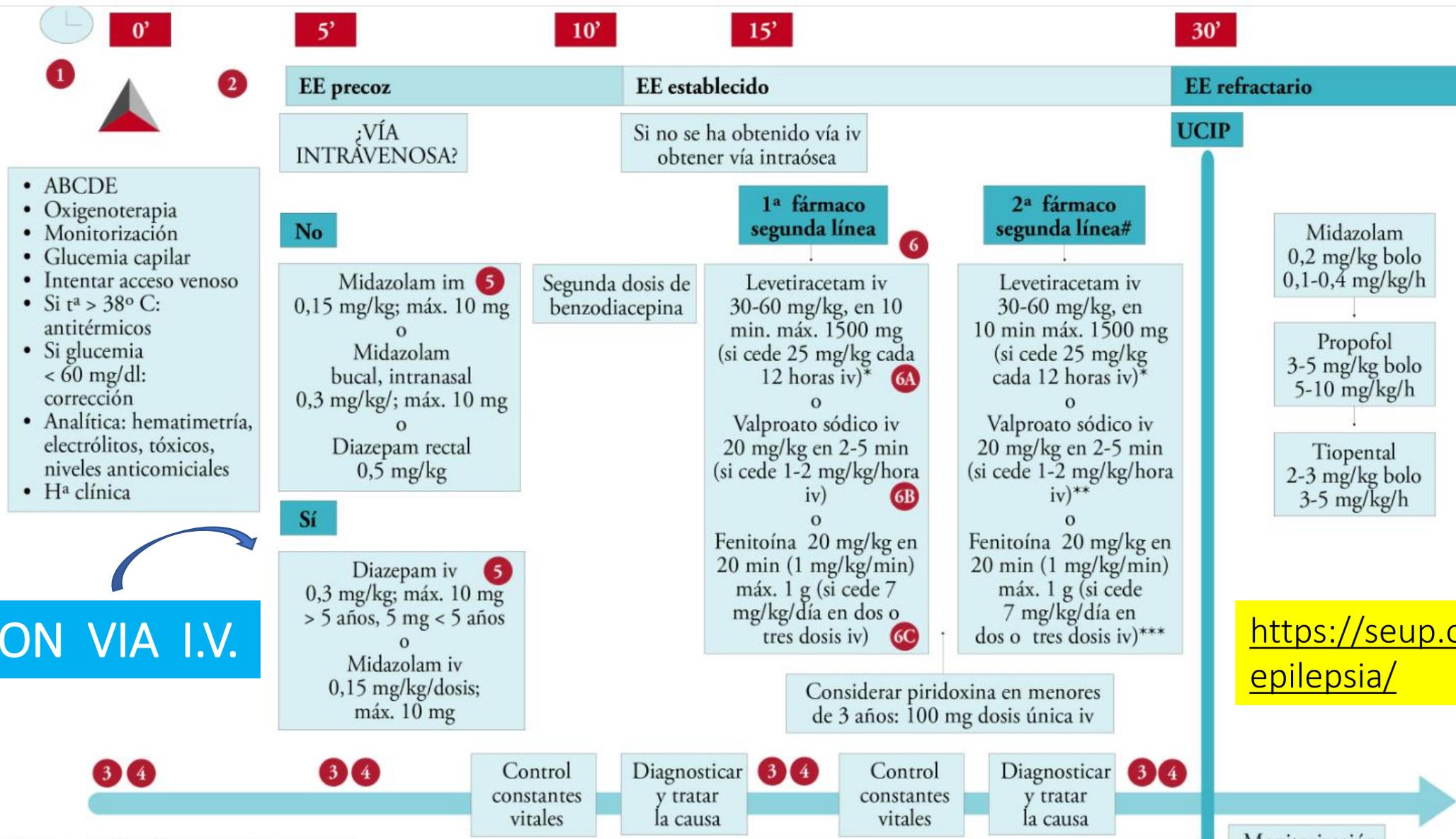
MIDAZOLAM BUCAL / NASAL ----- 0.3 mgr /kg

Buccolam 2.5 , 5 , 7.5 , 10 mgr



10 minutos
2ª dosis
benzodiazepinas

CRISIS FEBRIL que no cede tras 2 dosis de benzodiacepinas



CON VIA I.V.

<https://seup.org/algoritmo-epilepsia/>



De los siguientes enunciados son todos correctos menos uno:

- a) La convulsión febril es el trastorno convulsivo más frecuente en el niño
- b) Afecta al 2-5% de los menores de 6 años
- c) La mayoría de las crisis febriles ocurren en torno a los 5-6 años de edad
- d) Los niños presentan una ligera mayor predisposición en proporción de 1.6/1 respecto a las niñas
- e) Raramente hay que hacer más exámenes complementarios que los que estén indicados en el estudio del proceso febril



De los siguientes enunciados son todos correctos menos uno:

- a) La convulsión febril es el trastorno convulsivo más frecuente en el niño
- b) Afecta al 2-5% de los menores de 6 años
- c) La mayoría de las crisis febriles ocurren en torno a los 5-6 años de edad
- d) Los niños presentan una ligera mayor predisposición en proporción de 1.6/1 respecto a las niñas
- e) Raramente hay que hacer más exámenes complementarios que los que estén indicados en el estudio del proceso febril

TRAS LA CRISIS

CRISIS FEBRIL SIMPLE

PRIMER EPISODIO

< 18 meses: Observación recomendable
>18 meses; Observación no es necesaria ¿?

SEGUNDO O POSTERIORES EPISODIOS

Observación no necesaria

CRISIS FEBRIL COMPLEJA

Observación recomendable 24 h

Raramente hay que hacer más exámenes complementarios que los indicados por el propio cuadro febril

TRATAMIENTO DE RECURRENCIAS / PREVENCIÓN

El empleo riguroso de antitérmicos no tiene ninguna incidencia sobre las crisis febriles. La indicación de estos fármacos se basa en proporcionar alivio de los síntomas y generar confort.

Fármacos antiepilépticos (FAEs): En general la profilaxis de las recurrencias de las CFS no esté recomendada. El fenobarbital y el ácido valproico disminuyen el riesgo de crisis a corto plazo, pero también presentan un riesgo de efectos adversos.

Valorar tratamiento preventivo en pacientes que presenten crisis muy frecuentes en un periodo de tiempo (3 o más en 6 meses, 4 o más en 1 año) y en pacientes con historia de crisis prolongadas (duración mayor de 15 minutos) o que requieran tratamiento farmacológico para detener la crisis.

CASO CLINICO REAL : LO QUE CUENTA LA MADRE

Lactante de 10 meses de edad.

La madre trae al niño en su propio carrito y solicita con urgencia asistencia . Presenta alto nivel de nerviosismo y es difícil realizar anamnesis y comprender qué ha ocurrido. No refieren traumatismo conocido en las ultimas 24-48 h, el niño no ha tenido fiebre ni síntomas respiratorios ni digestivos, había pasado bien la tarde y la noche anteriores.

La madre refiere posible ingesta de medicamentos de la abuela al haber encontrado al niño cerca de alguno de ellos.

CASO CLINICO: LO QUE ENCONTRAMOS

Lactante consciente, pálido, sin respuesta a estímulos verbales, si a estímulos dolorosos, con aspecto facial de desconexión del medio, con mirada perdida, apertura ocular espontánea con pupilas llamativamente dilatadas, tembloroso, llanto quejumbroso , con discreta hipertonia de miembros pero no actividad convulsiva.

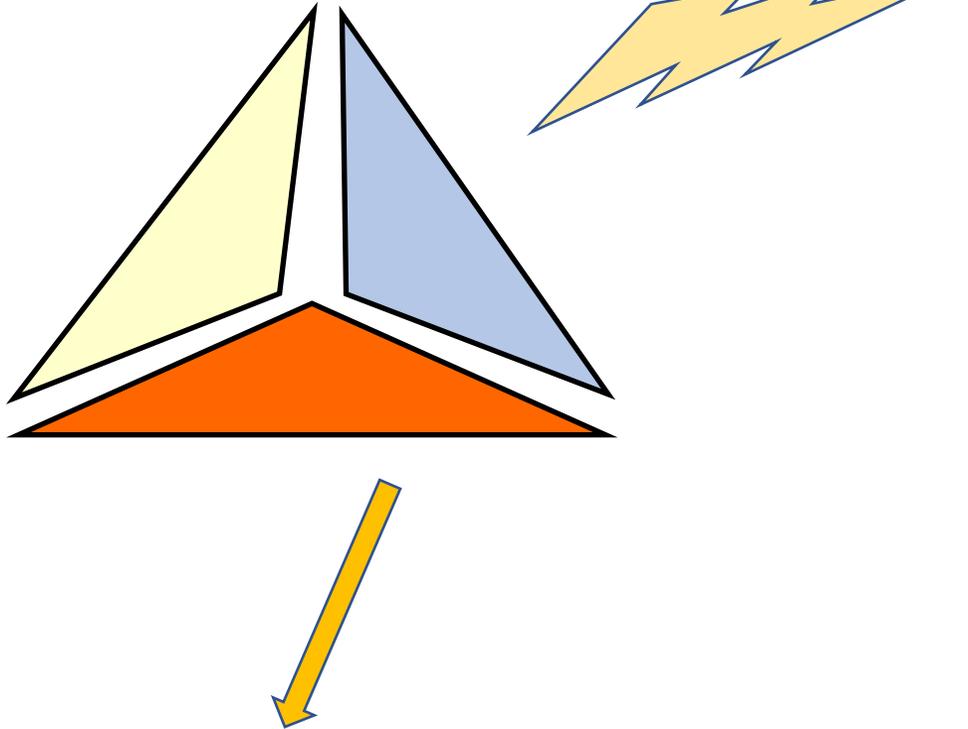
No tiene exantemas ni heridas externas

CASO CLINICO: LO QUE PODEMOS HACER

¿Cuál podría ser nuestra mejor actuación en este momento?

- a) Pensamos que ha convulsionado y administramos diazepam rectal
- b) Seguimos preguntándole a la madre que parece que oculta algo.
- c) Avisamos directamente al 061
- d) Parece que está estable, esperamos a que se le pase lo que tenga
- e) ¡uy! Había algo parecido a un Triángulo de Evaluación Pediátrica, quizás convendría aplicarlo

APARIENCIA o
ASPECTO



T.E.P.
ESTABLE

T.E.P.
INESTABLE

- Apertura vía aérea
- Aspirado secreciones
- Oxigenoterapia
- Ventilación bolsa-mascarilla
- Vía i.v.
- Glucemia
- Tratamiento del dolor
- Monitorización signos vitales
FC FR T Art SatO2

?

CASO CLINICO: LO QUE ENCONTRAMOS

TEP INESTABLE POR APARIENCIA Y PÁLIDEZ DE PIEL

No presenta dificultad respiratoria

Tonos cardíacos rítmicos sin soplos con frecuencia inicial en torno a 150 lpm que progresivamente desciende a 120 lpm

Temperatura rectal 37.3, frontal 36.6°. Se intenta medir saturación sin captarse.

Glucemia 97 mgr/dl

GCS para lactantes E4 V3 M4 (9-11 alteración moderada).

CASO CLINICO: LO QUE HACEMOS

Se monitoriza y vigila

Se intenta coger vía periférica.

Se cubre con ropa tras comprobar ausencia de fiebre

Se avisa a emergencias 061 para traslado a centro sanitario

Intentamos tranquilizar a la madre y obtener alguna explicación

EN EL HOSPITAL

Tep inestable por apariencia

Afebril

Algo más reactivo

Midriasis llamativa

Analítica sanguínea normal

Ingreso en observación



Interpretación, estado fisiológico y posibilidades diagnósticas

Apariencia	Trabajo respiratorio	Circulación cutánea	Estado fisiológico	Causas
Normal	Normal	Normal	Normal	
Alterada	Normal	Normal	Disfunción de SNC	Hipoglucemia Lesión cerebral Intoxicación Sepsis
Normal	Alterada	Normal	Dificultad respiratoria	Broncoespasmo Laringitis Neumonía Aspiración de cuerpo extraño
Alterada	Alterado	Normal	Insuficiencia respiratoria	Broncoespasmo severo Laringitis severa Trauma penetrante de tórax
Normal	Normal	Alterada	Shock compensado	Hemorragia Deshidratación leve
Alterada	Normal	Alterada	Shock descompensado	Hemorragia grave Deshidratación grave Sepsis Quemadura grave Trauma abdominal penetrante
Alterada	Alterado	Alterada	Falla cardiopulmonar	Paro cardiorrespiratorio



EN EL HOSPITAL

Sondaje para tóxicos

**ESTUDIO DE TOXICOS EN ORINA
POSITIVO PARA ANFETAMINA**



PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA

CONTACTO CON TRABAJADOR
SOCIAL

**¡ Muchas gracias
por vuestra atención !**