

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS Y MANEJO MÉDICO DEL PROCESO
FEBRIL AGUDO EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS EN UNIDADES COMUNITARIAS
DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS DE LOURDES, COMASAGUA Y
CUSCATANCINGO EN EL PERÍODO DE ENERO-MAYO DE 2016.**

Informe Final Presentado Por:

Tatiana Lissette Mercado Cáceres
Andrea Elisa Morán Abrego
César Arnoldo Santamaría Yanes

Para optar al título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dra. Sheila Teresa Castellanos

San Salvador, agosto 2016.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MARCO TEÓRICO	6
DISEÑO METODOLÓGICO	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	48

RESUMEN

El proceso febril agudo es una de las principales causas de consulta en el primer nivel de atención en los pacientes pediátricos, además genera ansiedad en los cuidadores de éstos, lo que lo hace un signo de especial importancia. Este estudio se realizó tomando como población los niños de 1 a 5 años que acudieron febriles a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias (UCSF-I) de los municipios de Colón, Comasagua y Cuscatancingo; con el objetivo de identificar principales diagnósticos y manejo médico que se les brindó, así como determinar signos y síntomas, y el registro del día de evolución en que se realizó la primera consulta. Realizando el presente trabajo en base a un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo; durante los meses de enero a mayo de 2016; se obtuvo información de expedientes clínicos a través de una ficha de recolección de datos, con nivel de confiabilidad del 95%. Se identificó el sexo masculino de 5 años de edad con mayor porcentaje de frecuencia, procedentes del área urbana, siendo la faringitis aguda el diagnóstico más identificado; además, 98.13% de los pacientes recibió tratamiento farmacológico, siendo el segundo día de evolución en el que se registra la mayor asistencia. Es así como este estudio toma relevancia desde el punto de vista que el proceso febril agudo es frecuente en la edad pediátrica y constituye un problema para la salud pública.

INTRODUCCIÓN

El proceso febril agudo es una de las principales causas de consulta en los pacientes pediátricos en el primer nivel de atención, debido al gran número de patologías ya sean infecciosas o no infecciosas que pueden provocar fiebre.

Las causas más frecuentes de consulta ambulatoria atendidas en la red de establecimientos de salud del MINSAL en niños de 1-5 años según “Lista Internacional de Enfermedades de la CIE-10” son en orden de frecuencia:

- Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con 405,997 consultas.
- Faringitis aguda y amigdalitis aguda con 193,175 consultas.
- Diarrea de Presunto origen infeccioso (A09) 140,287 consultas.

La fiebre es un motivo de preocupación de gran importancia para los padres de familia la mayoría acude al primer nivel de atención con ideas pre concebidas sobre los efectos nocivos y las temidas consecuencias que podrían desencadenarse ante su presencia, y desean una resolución inmediata de la misma, por lo que vuelve a éste signo o síntoma de especial importancia, además la idea popular que la fiebre siempre debe manejarse con antibióticos genera un panorama complicado en el primer nivel de atención para el médico, que debe determinar la pertinencia del uso de antibióticos en cada paciente que acude a su consultorio.

La investigación se centró en la atención brindada en pacientes de 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las unidades de salud comunitarias intermedias de Lourdes y Comasagua de SIBASI La Libertad y Cuscatancingo de SIBASI San Salvador- Centro.

Se buscó determinar los diagnósticos que con mayor frecuencia son empleados por los médicos del primer nivel de atención al presentarse un paciente pediátrico con proceso febril agudo verificado en el momento de realizarse la consulta cuantificando los grados de temperatura, a la vez se estudió el manejo médico brindado en cada caso.

Se utilizaron los expedientes clínicos para recolectar información de las consultas realizadas desde enero a mayo del año 2016 en las UCSF-I ya mencionadas, que cumplieran los criterios de inclusión de esta investigación.

La importancia de este estudio radica en la realización de recomendaciones que procuren mejorar la atención médica mediante una evaluación adecuada de cada paciente, a través de la anamnesis y el examen físico completo, y como el análisis e integración de estos permiten determinar un diagnóstico que dictan las pautas para el manejo farmacológico, las medidas preventivas y recomendaciones de cada caso.

OBJETIVO GENERAL

Identificar los principales diagnósticos y respectivos manejos médicos del proceso febril agudo en niños de 1 a 5 años en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo durante el periodo de enero a mayo del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el manejo médico del proceso febril agudo en niños de 1 a 5 años en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.
2. Determinar signos y síntomas más frecuentes que acompañan al proceso febril agudo en niños de 1 a 5 años en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.
3. Registrar en que día de evolución del proceso febril agudo se realiza con mayor frecuencia la primera consulta médica en niños de 1 a 5 años en las unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

MARCO TEÓRICO

Fiebre

La fiebre se define como un síntoma común de numerosos cuadros clínicos por lo que suele ser un motivo frecuente de consulta, es también el síntoma que más preocupación causa en los padres.^{3,4}

Se considera fiebre la temperatura corporal cuantificada a nivel rectal mayor a 38°C, a nivel axilar mayor a 37.5°C y timpánica mayor a 38.2°C.³

Clasificándose de la siguiente manera:

- Febrícula: 37.6°C hasta 38°C
- Fiebre moderada entre 38°C y 39°C
- Fiebre alta entre 39° y 40°C
- Hiperexia por encima de 40°C.¹

Fisiopatología

El centro termorregulador se compone de varios centros secundarios, algunos de éstos se encuentran localizados en la porción más alta del hipotálamo los cuales son centros de refrigeración para actuar en caso de excesivo calor corporal, mientras otros, existentes en posición más caudal, son los centros encargados del calentamiento, y son éstos los que intervienen directamente en la producción de la fiebre. Los centros termorreguladores reciben, tanto por vía sanguínea como por vía nerviosa refleja, la información obtenida en los termorreceptores externos de la piel y la proporcionada por otros termorreceptores internos.¹

El aumento de la temperatura es debido a la aceleración del metabolismo en todos los tejidos, especialmente músculos y glándulas; la glándula tiroides que contribuye aumentando la producción de tiroxina y las glándulas suprarrenales con el aumento de la producción de adrenalina, ambas representan las dos principales fuentes calóricas.

Las respuestas térmicas termorreguladoras incluyen la redistribución de la sangre desde los lechos vasculares cutáneos, el aumento o disminución de la sudoración, la regulación del volumen del líquido extracelular (por la vía arginina-vasopresina) y respuestas conductuales como la búsqueda de temperaturas ambientales más cálidas o frescas, y el aumento de la ingesta de agua.

Si bien el conocimiento de la fisiopatología de la fiebre ha progresado en los últimos años, se ignora si la fiebre en sí misma es beneficiosa o nociva para el organismo.⁵

Está demostrado que durante la fiebre:

1. Algunos microorganismos por ejemplo *Streptococcus pneumoniae* pueden ser inhibidos directamente por la temperatura corporal elevada, mientras que otras se hacen más susceptibles al poder bactericida del suero y a los antimicrobianos.
2. Mejora la función inmunológica expresada por un incremento de las síntesis de anticuerpos, aumenta la activación de linfocitos T, la función de los neutrófilos y el metabolismo oxidativo de los macrófagos.
3. Algunos antimicrobianos son más efectivos.⁵

Medición de la temperatura corporal

El valor de la temperatura corporal depende del instrumento y lugar anatómico que se realice la medida. Algunos estudios concluyen que los instrumentos más precisos para medir la temperatura en niños de cualquier edad son los de cristal y mercurio, el lugar anatómico idóneo es el recto en los pequeños y la cavidad oral en los mayores; la temperatura axilar es poca precisa; los termómetros óticos carecen de insuficiente precisión. Sin embargo, el método de referencia para la medición de la temperatura corporal es la utilización del termómetro de mercurio en región axilar. (Ver Tablas 1 y 2)

Cuadro clínico

Pese a que los patrones febriles no suelen ser útiles para el diagnóstico, la observación de las características clínicas de la fiebre puede proporcionar información útil. En general, un solo pico febril aislado no suele asociarse con patología infecciosa. Un pico febril puede atribuirse a la infusión de productos sanguíneos, a ciertos fármacos, a algunos procedimientos o a la manipulación de un catéter en una superficie corporal colonizada o infectada. La fiebre se asocia a una serie de síntomas y signos que con frecuencia es difícil distinguir si se deben a ella misma, a su causa o a los mediadores liberados durante la reacción febril (Ver tabla 3). En el niño sano febril estos efectos tienen escasa trascendencia clínica y generalmente son bien tolerados. Las causas de temperaturas extremadamente elevadas (>41 °C) incluyen la fiebre central (como resultado de disfunción del sistema nervioso central que afecta al hipotálamo), la hipertermia maligna, el síndrome neuroléptico maligno, la fiebre medicamentosa o el golpe de calor. Las temperaturas por debajo de lo normal (<36 °C) pueden asociarse con sepsis fulminante, pero con frecuencia se relacionan con exposición al frío, hipotiroidismo o abuso de antipiréticos.²

Tabla 1. Instrumentos y lugares anatómicos de medida de la temperatura corporal.

Fuente: Antitérmicos en Pediatría. Esther Castellarnau Figueras. Taragon, España. 2006.

Instrumento	Descripción	Ventajas	Inconvenientes
Termómetro de mercurio	El mercurio posee un coeficiente de expansión menos que otros líquidos y un bajo margen de erros con una sensibilidad del 97.7%	Precisión, facilidad de uso, practico y sencillo. Amplia experiencia.	Tiempo de espera. Riesgo de contaminación ambiental. Riesgo de lesiones por rotura.
Termómetro digital	Instrumento electrónico	Facilidad de uso. Rapidez.	Baja precisión. Precisa calibración y homologación. Coste elevado.
Termómetro de un solo uso	Dispositivos de papel o plástico con bandas de cristal líquido sensibles al calor	Uso sencillo.	Baja sensibilidad y especificidad. Coste elevado.
Termómetro por infrarrojos	Medida de la temperatura emitida por la membrana timpánica, reflejo de la temperatura en la sangre. Se toma en el conducto auditivo externo.	Facilidad de uso. Rapidez (un segundo)	Baja Precisión. Gran variabilidad de valores normales según edad y fabricante. Posible artefacto por cerumen o conducto auditivo externo tortuoso. Precisa calibración y homologación. Coste elevado.

Tabla 2. Lugares anatómicos de medida de temperatura corporal.

Lugar anatómico	Descripción	Ventajas	Inconvenientes
Rectal	Temperatura que más se identifica con la temperatura central.	Precisión	Estrés. Irritación local. Riesgo de rotura, infección y perforación.
Oral	La temperatura en la zona sublingual se usa debido a que esta irrigada por una arteria rama de la arteria carótida. Equivalencia a temperatura rectal -0.6° C	Accesibilidad. Sencillez. Valida en niños mayores.	Riesgo de rotura en la cavidad oral. Interferencia de lectura y resultados por alimentos y taquipnea.
Axilar	Equivalencia a temperatura rectal -0.5° C, pero puede haber variaciones de hasta -2° C	Accesibilidad. Sencillez.	Amplia variabilidad. Mayor tiempo de estabilización. Interferencia afecciones dermatológicas. Errores por mala localización.
Timpánica	Equivalencia a temperatura rectal: -0.6° C	Accesibilidad. Sencillez. Rapidez (un segundo)	
Cutánea o de superficie		Accesibilidad. Sencillez.	Baja precisión e inexactitud. Método inadecuado por interferencia con la perfusión cutánea.

Fuente: Antitérmicos en Pediatría. Esther Castellarnau Figueras. Taragon, España. 2006.

Tabla 3. Signos y síntomas asociados a la fiebre.

<p>Síntomas y signos derivados de los mediadores liberados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malestar general, apatía, anorexia, somnolencia. • Cefalea • Artralgias y mialgias • Náuseas y vómitos cetónicos
<p>Síntomas y signos secundarios a la repercusión de la fiebre sobre órganos y sistemas.</p>
<p>Cardiovascular: Aumento del gasto cardiaco y de la frecuencia cardiaca para proveer a los tejidos del exceso de oxígeno que precisan. Se traduce en: aumento de la velocidad circulatoria, pulso saltón e irregular, vasoconstricción inicial y vasodilatación en defervescencia.</p>
<p>Respiratorio: El aumento de la temperatura estimula el centro respiratorio y causa aumento de la frecuencia respiratoria (hiperventilación, polipnea) y de la profundidad (batispnea), que puede conducir a alcalosis respiratoria. El aumento de la actividad respiratoria sirve para eliminar parte del calor y es estimulado por el aumento de la temperatura de la sangre que irriga el centro respiratorio.</p>
<p>Neurológico: la fiebre puede ocasionar convulsiones febriles y alteración del nivel de consciencia, tipo depresión (estupor, obnubilación) o excitación (delirio). La pérdida de consciencia es casi constante a partir de los 42° C, rasgo excepcional en la fiebre fuera de la hipertermia y la supervivencia excepcional a partir de los 43° C.</p>
<p>Metabolismo: La tasa metabólica aumenta 10-15% por cada grado de temperatura, con mayor consumo energético y gluconeogénesis hepática y muscular. Existe también: aumento del catabolismo proteico, con pérdida de masa muscular, y lipólisis con cetosis (tendencia a la acidosis) y pérdida de peso.</p>
<p>Equilibrio hidroeléctrico y acido base: La elevación de la temperatura produce una pérdida insensible de agua por el sudor. Esto está influido por el grado de fiebre, la hiperventilación, la humedad y la temperatura ambiente. En fases iniciales aparece una alcalosis respiratoria y en fases finales se puede producir una acidosis metabólica.</p>
<p>Renal: La orina es escasa (oliguria) y concentrada (hiperconcentración) ya que el agua se pierde por otras vías como el sudor. Puede conducir a deshidratación, depleción de sodio e insuficiencia renal pre renal, a lo que puede contribuir la falta de ingesta de líquidos por anorexia. Aparece azouria y proteinuria.</p>
<p>Inmunológico/hematológico: La fiebre actúa potenciando la acción bactericida y fagocitaria de las células del sistema inmunitario, y disminuyendo la disponibilidad de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los gérmenes invasores y aumentando la síntesis y liberación de los mediadores de la respuesta inflamatoria. Además, puede causar anemia, leucocitosis, aumento reactante de fase aguda y de inmunoglobulinas.</p>

Fuente: Antitérmicos en Pediatría. Esther Castellarnau Figueras. Taragon, España. 2006.

Valoración del paciente con fiebre

La prioridad para los profesionales en salud será:

1. Identificar inmediatamente la enfermedad que amenace la vida.
2. Diferenciar los niños con factores de riesgo para desarrollar enfermedades que amenacen la vida de aquellos con enfermedades auto limitantes.
3. Determinar la fuente de enfermedad para dar un manejo adecuado. ⁶

Como la causa de fiebre más frecuente es la infecciosa, la fiebre suele clasificarse en base al riesgo de presentar una infección grave por bacterias, para el niño menor de tres meses de edad se utilizan los criterios de Rochester. En el paciente de tres meses se utilizan diferentes parámetros clínicos para su evaluación que están descritos en la tabla número 4.

Manejo:

1. Medidas generales: dieta de acuerdo a la causa básica. Hidratación. Medidas antitérmicas (ropa cómoda, evitar exceso de abrigo) se debe evitar colocar agua fría o frotar con alcohol.
2. Tratamiento farmacológico: los antitérmicos se administran si la temperatura axilar es mayor a 38.5°C asociada a dolor, mialgias, cefalea y malestar excesivo o presencia de patología subyacente.

Se utilizará acetaminofén 10-15 mg/kg/dosis cada 4 a 6 horas e ibuprofeno 5-10 mg/kg/dosis cada 8 horas (evitar el uso de AINES en cuadros de probable etiología viral).

Existen numerosas intervenciones físicas para disminuir la temperatura incluyendo desvestir al paciente, baños; entre otras. Las cuales presentan la ventaja de producir pérdida de calor mediante convección y evaporación, pero no tratan la etiología.

Se debe aconsejar a padres y encargados sobre consultar nuevamente si el/la paciente no presenta mejoría posterior a la intervención médica.

La eficacia de los métodos físicos para tratar la fiebre no es clara y no parece ofrecer ventajas, especialmente cuando se los compara con los fármacos antipiréticos comunes, por lo que su uso es controvertido. El efecto antipirético de las medidas físicas es limitado, ya que, aunque con ellas se consigue un descenso rápido inicial de la temperatura, éste es de breve duración, seguido de un rebote con rápida vuelta a la temperatura original o a una mayor. Esto se debe a que la disminución de temperatura cutánea es detectada por el

termostato hipotalámico y consecuentemente éste activa mecanismos fisiológicos para “recuperar” la temperatura corporal.

Las indicaciones aceptadas para el uso de medidas físicas para el tratamiento de la fiebre en los niños, siempre respecto a medidas no agresivas y usadas junto a tratamiento antitérmico farmacológico son:

- Fiebre en lactantes y niños pequeños.
- Fracaso de la monoterapia con fármacos antitérmicos.
- Fiebre alta superior a 40-41° C.
- Convulsiones febriles.
- Niños con enfermedades de base con riesgo de descompensación.
- Intolerancia o alergia a fármacos antipiréticos.

Métodos farmacológicos para tratar la fiebre

Los fármacos antipiréticos son capaces de reducir la fiebre sin disminuir la temperatura corporal normal y, a diferencia de los métodos físicos, actúan principalmente sobre los mecanismos de regulación central de la temperatura corporal. Además de su efecto antipirético, poseen efecto analgésico, y algunos de ellos efecto antiinflamatorio y antiagregante plaquetario los más usados en pediatría en nuestro medio son el paracetamol y el ibuprofeno, seguidos por el ácido acetilsalicílico (AAS).⁴

Consejería para padres:

Se debe aconsejar a los cuidadores de los pacientes a mantenerle con líquidos, mantener en reposo y a detectar signos de deshidratación, como:

- Boca seca.
- Ojos hundidos.
- Ausencia de lágrimas cuando el paciente llora.
- Mala apariencia general.

Además, considerar las probables dudas de los cuidadores y a calmar sus preocupaciones; para buscar asistencia médica subsecuente en el momento apropiado.

Tabla 4. Evaluación de niños y niñas mayores de tres meses con fiebre.

Parámetro clínico	De bajo riesgo	De riesgo moderado (dos o más presentes)	De riesgo alto (uno o más presentes)
Color	Color normal de la piel, los labios y la lengua.	Palidez reportada por los padres o cuidadores en el transcurso de la enfermedad.	Palidez, piel moteada o con acrocianosis.
Actividad	Responde normalmente a las señales sociales. Alegre, sonriente. Permanece despierto o despierta rápidamente. Lloro fuerte normal o no llora.	No responde normalmente a las señales sociales. Despierta solo con la estimulación prolongada, Disminución de la actividad normal según padres. No sonríe.	No hay respuesta a las señales sociales. "Se ve mal" No se puede despertar o no puede mantenerse despierto. (Letárgico o inconsciente) Llanto débil y agudo, o llanto inconsolable.
Sistema respiratorio	Normal para la edad.	Aleteo nasal presente (sin obstrucción nasal) Taquipnea: <2 meses: FR>60 2-12 meses: FR>50 1-5 años FR>40 >5 años: FR >20 Saturación de oxígeno <95% en aire ambiente. Estertores crepitantes.	Estridor en reposo. Taquipnea >60 r a cualquier edad. Tiraje intercostal o uso de músculos accesorios.
Piel e hidratación	Piel y ojos normales. Membranas mucosas húmedas.	Membranas mucosas secas. Llenado capilar <2seg. Disminución del gasto urinario normal (2-4cc/kg/h)	Turgencia de la piel alterada. (signo del pliegue presente)
Otros	Ningún signo síntoma anotado en los recuadros amarillo y rojo.	Fiebre < 5 días por historia de la madre o evaluación repetida. Edema de las extremidades o articulaciones. Dificultad para el uso de una extremidad en contrapeso. Una nueva masa de 2 cm. Ingesta de alimentos inadecuados.	0-2 meses de edad temperatura >38 °C 3-6 meses temperatura >39°C Presencia de rash. Abombamiento de fontanela. Rigidez de cuello. Estado epiléptico. Signos neurológicos focales. Convulsión febril focal. Vómito persistente o bilioso. Dificultad para la alimentación. Riesgo social.

Fuente: NICE clinical guideline: Feverish illness in children. London Royal college of Paediatrics 2013.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

OBSERVACIONAL, ya que no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

DESCRIPTIVO, el análisis estadístico es univariado, porque solo describió como finalidad cognoscitiva y estimo parámetros como propósito estadístico en la población de estudio a partir de una muestra.

TRANSVERSAL, todas las variables fueron medidas en una sola ocasión; por ello se realizaron comparaciones, se trató de muestras independientes.

RETROSPECTIVO, los datos se recogieron de registros.

Periodo de investigación

La investigación se llevó a cabo durante los meses enero 2016 a mayo 2016.

Universo

Niños y niñas de 1 a 5 años que acudieron con proceso febril agudo siendo este: UCSF Cuscatancingo: 201 niños

UCSF Lourdes: 208 niños

UCSF Comasagua: 79 niños

Total: 488

Muestra

Para el cálculo de la muestra se hizo uso del programa Epi info versión 7.1.5 con un 95% de confiabilidad se obtuvieron los siguientes números para muestra significativa:

UCSF Cuscatancingo: 90

UCSF Lourdes: 90

UCSF Comasagua: 34

Total: 214

Criterios de inclusión

- Niño y niña con cuantificación de temperatura mayor de 37.5° C evidenciada en el momento de la evaluación médica.
- Primera consulta del cuadro actual.
- Paciente que consulta en las UCSF intermedias de Colón y Comasagua de La Libertad y Cuscatancingo de San Salvador.

Criterios de exclusión

- Paciente que consulta en horarios de FOSALUD.
- Paciente menor de 1 año y mayor de 5 años.
- Historia de proceso febril sin elevación demostrable de la temperatura al momento de consulta.

Operacionalización de variables.

Ver cuadro en siguiente página.

Fuentes de información:

La información fue obtenida de fuentes secundarias, expedientes clínicos de los pacientes que presentaron proceso febril demostrable en el establecimiento de salud.

Técnicas de recolección de la información:

Se utilizó la técnica de cuestionario para la recolección rápida y sistemática de los datos descritos en el expediente clínico.

Herramienta de obtención de información:

Se utilizó una ficha de recolección de datos, elaborado con preguntas de múltiple escoge y abiertas para obtener la información necesaria de los expedientes para esta investigación.

Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos:

La información obtenida, será extraída por medio del llenado de una ficha de los expedientes de cada paciente, en dicho cuestionario se omitirá el número de expediente asignado por cada unidad de salud para mantener el anonimato y confidencialidad de la información.

Procesamiento y análisis de la información:

Se utilizó el sistema operativo Windows 10 que contiene Microsoft Office 2016 de los cuales se utilizó los programas Microsoft Word 2016 y Microsoft Excel 2016. Haciendo uso del beneficio de Office 365 para el resguardo de la investigación.

Variable	Subvariable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Temperatura	Fiebre	Temperatura corporal cuantificada de 38° C a nivel rectal. Axilar de 37.5° o timpánica 38.2°	Obtenido de expediente clínica.	Grados centígrados.
Proceso febril agudo	Signos	Manifestaciones objetivas obtenidas a través de la exploración física.	Obtenido de hoja de historia clínica.	Signos descritos por el médico.
	Síntomas	Manifestaciones subjetivas obtenidas a través de la anamnesis.	Obtenido de hoja de historia clínica.	Síntomas descritos por el médico.
Exámenes de laboratorio	Hemograma	Descripción y número de las diversas clases de células que se encuentran en sangre.	Obtenido de la boleta de exámenes.	Conteo de hemoglobina, hematocrito, Plaquetas, glóbulos blancos y sus diferenciales.
	Examen general de orina	Evaluación física, química y microscópica de la orina.	Obtenido de la boleta de exámenes.	Conteo del pH, leucocitos, nitritos, esterase leucocitaria, proteínas en orina.
	Examen general de heces	Análisis físico, químico y microscópico realizado a una muestra de heces.	Obtenido de la boleta de exámenes.	Valores de leucocitos, bacterias, presencia de mucus, parásitos en heces.
Tratamiento	Farmacológico	Medicamentos utilizados por los médicos para tratar o aliviar las patologías descritas.	Indicaciones médicas de la hoja de historia clínica.	Antibióticos. Antipiréticos. Otros.
	No farmacológico	Recomendaciones, remedios caseros y medidas a utilizar para aliviar y tratarlas patologías descritas.	Indicaciones médicas de la hoja de historia clínica.	Medios físicos. Remedios caseros. Recomendaciones. Otros.

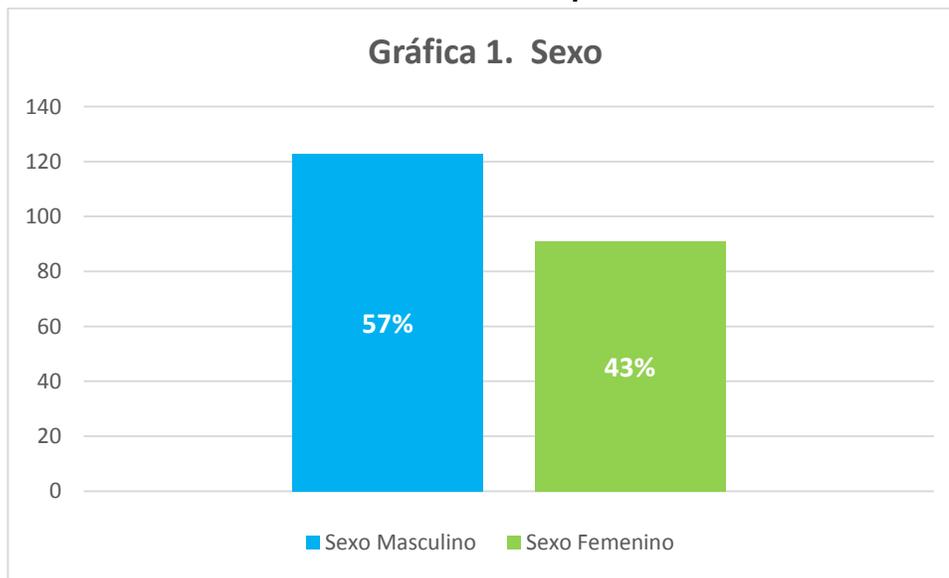
RESULTADOS

TABLA 1. SEXO.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	123	57 %
Femenino	91	43 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 1. SEXO



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

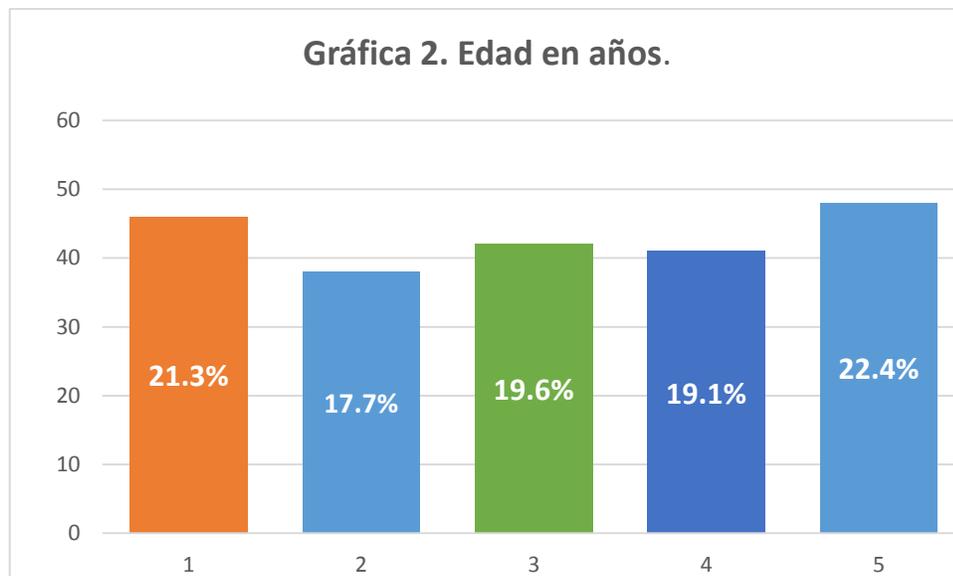
El 57% (123) pertenecen al sexo masculino y un 43%(91) al sexo femenino.

TABLA 2. EDADES.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
1	46	21.3 %
2	38	17.7 %
3	42	19.6 %
4	40	19.1 %
5	48	22.4 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 2. EDADES.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

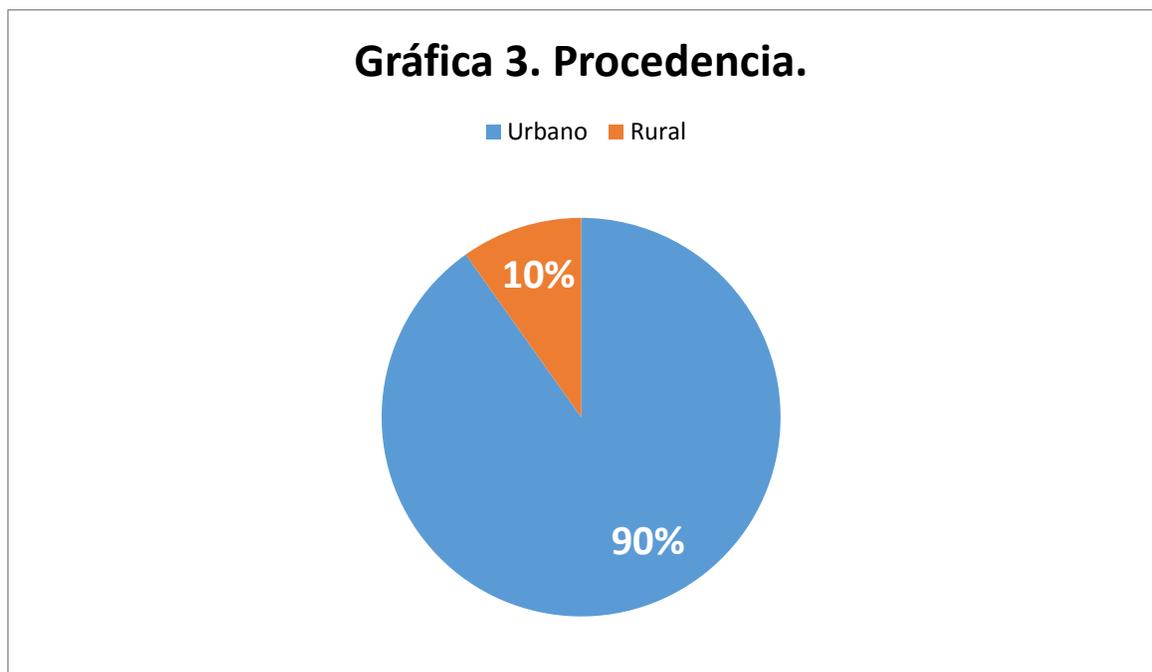
En relación a la edad en años cumplidos 21.3% (46) tenían un año de edad, 17.7 % (38) dos años de edad, 19.6 % (42) 3 años de edad, 19.1 (40) 4 años de edad y el 22.4 % (48) 5 años de edad.

TABLA 3. PROCEDENCIA.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	193	90.18 %
Rural	21	9.82 %
Total	214	100%

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 3. PROCEDENCIA.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

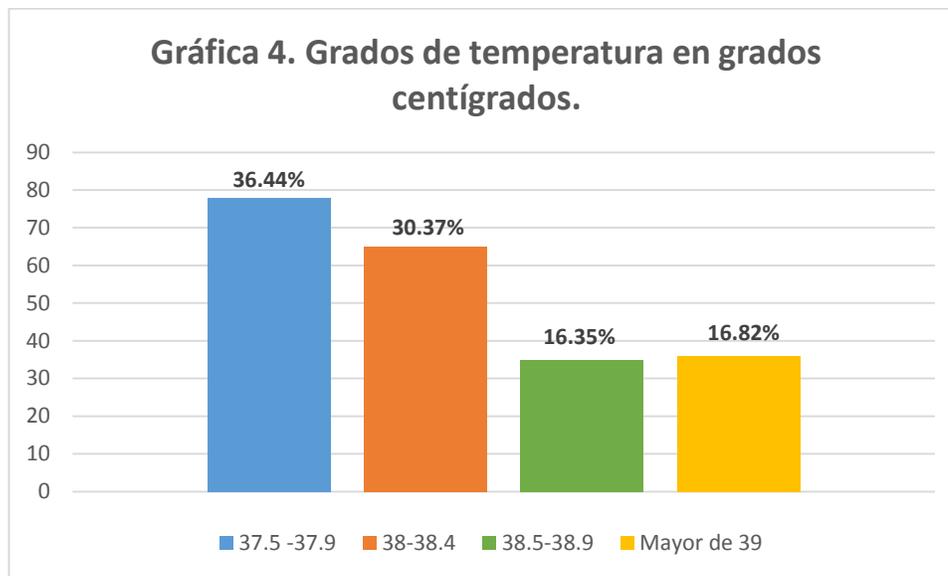
El 90 % (193) procede del área urbana y el 10 % (21) del área rural.

TABLA 4. GRADOS DE TEMPERATURA EN GRADOS CENTÍGRADOS.

Temperatura	Frecuencia	Porcentaje.
37.5°-37.9°	78	36.44 %
38°-38.4°	65	30.37 %
38.5°-38.9°	35	16.35 %
>39°	36	16.82 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 4. GRADOS DE TEMPERATURA EN GRADOS CENTÍGRADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

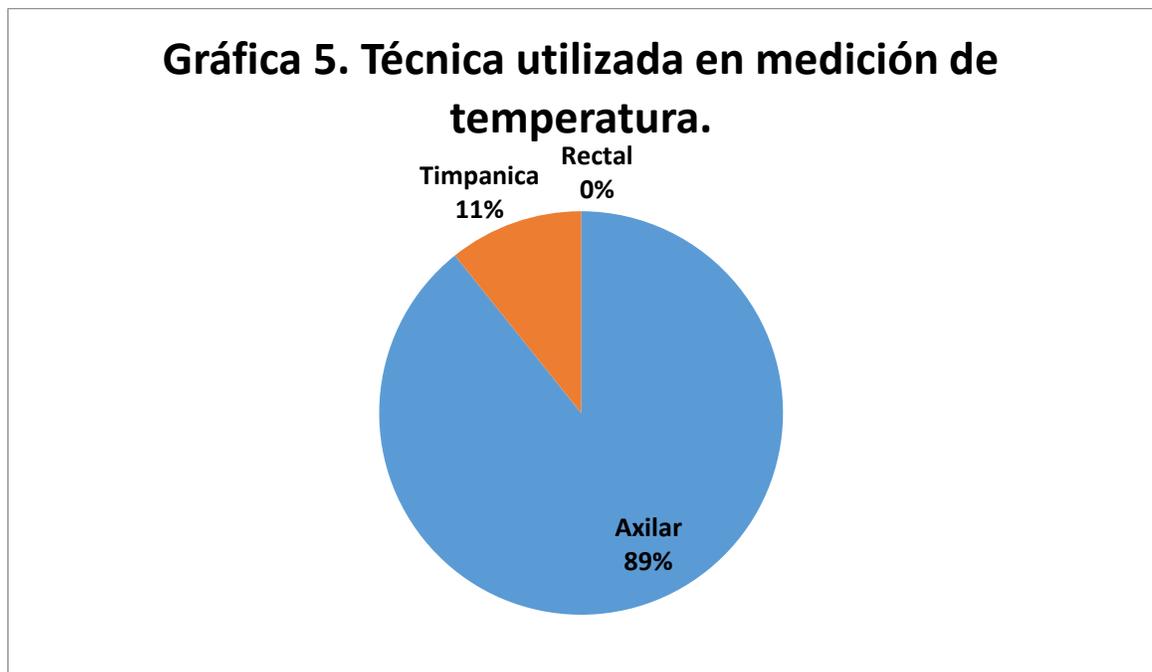
De acuerdo a los grados de temperatura con los que acuden al establecimiento de salud 36.44% (78) con valores de 37.5° C -37.9°C, el 30.37% (65) con temperatura 38°C-38.4°C, 16.35% (35) de 38.5°C-38.9°C y el 16.82% (36) >39°C.

TABLA 5. TÉCNICA UTILIZADA EN LA MEDICIÓN DE TEMPERATURA.

Técnica	Frecuencia	Porcentaje
Axilar	191	89.25 %
Timpánica	23	10.75 %
Rectal	0	0 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 5. TÉCNICA UTILIZADA EN LA MEDICIÓN DE TEMPERATURA.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

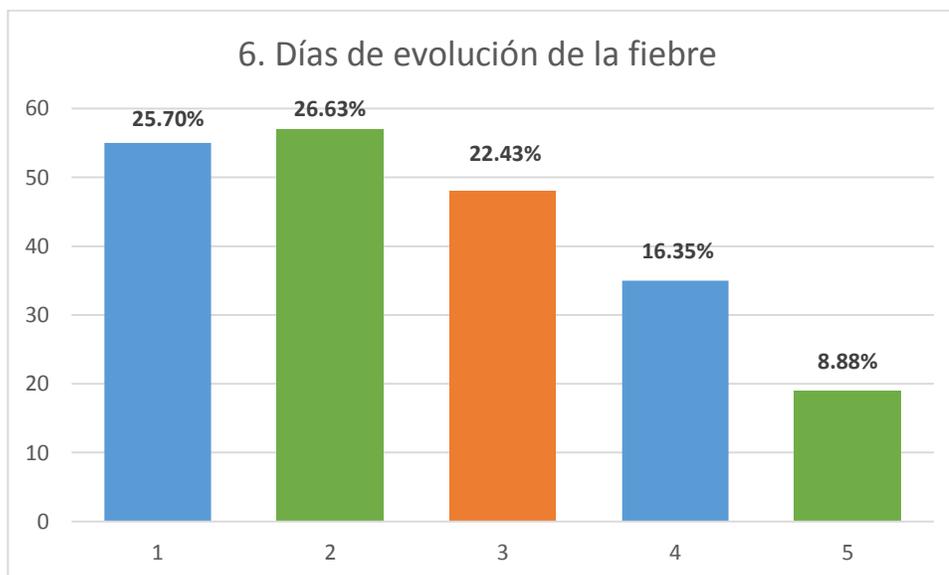
Según la técnica utilizada el 89.25% (191) fue tomada en la región axilar, 10.72% (23) en la región timpánica y ninguno fue tomada en la región rectal.

TABLA 6. DÍAS DE EVOLUCIÓN DE LA FIEBRE.

Días de evolución	Frecuencia	Porcentaje
1	55	25.70 %
2	57	26.63 %
3	48	22.43 %
4	35	16.35 %
5	19	8.88 %
Total	214	100%

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCDF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 6. DÍAS DE EVOLUCIÓN DE LA FIEBRE.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

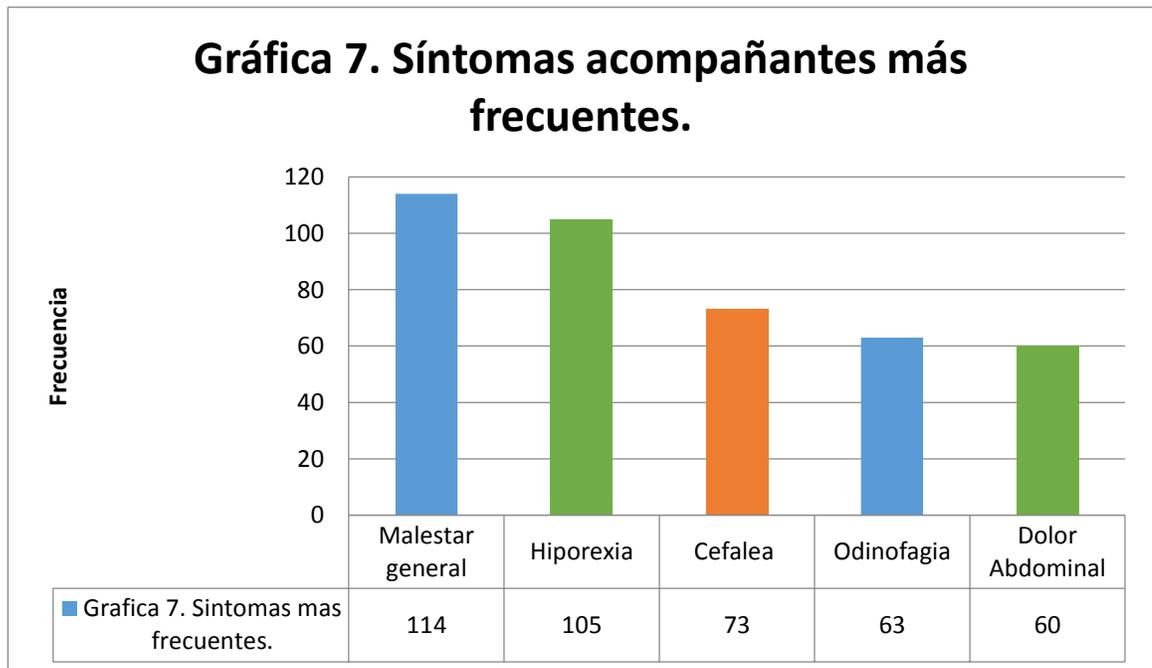
El 22.70% (55) se presentó al primer día de evolución, 26.63% (57) al segundo día, el 22.43% (48) al tercer día de evolución, el 16.35% (35) al cuarto día y el 8.88% consultó al quinto día.

TABLA 7. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES DE LA FIEBRE.

Síntoma	Presente (%)	Ausente (%)	No descrito (%)
Malestar general	114 (53.27)	63 (29.43)	37 (17.28)
Hiporexia	105 (49.06)	66 (30.84)	43 (20.09)
Cefalea	73 (34.11)	89 (41.59)	52 (24.29)
Odinofagia	63 (29.43)	100 (46.72)	51 (23.83)
Dolor abdominal	60 (28.03)	113 (52.80)	41 (19.16)
Osteomialgias	56 (26.16)	108 (50.46)	50 (23.36)
Artralgias	53 (24.76)	109 (50.93)	52 (24.29)
Disnea	48 (22.42)	104 (48.59)	62 (28.97)
Disuria	43 (20.09)	103 (48.13)	68 (31.77)
Otalgia	32 (14.95)	124 (57.94)	58 (27.10)
Polaquiuria	10 (4.67)	28 (13.08)	176 (82.24)

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 7. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES MÁS FRECUENTES.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

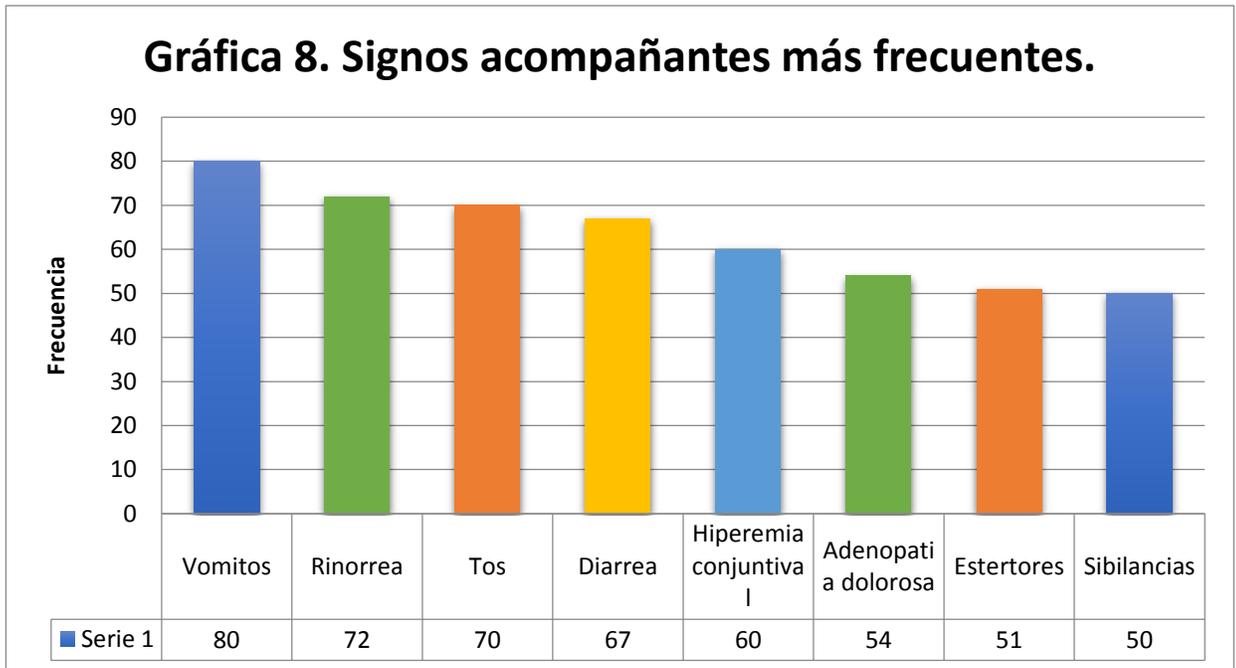
Dentro de los síntomas acompañantes más frecuentes de la fiebre se encuentran malestar general en el 53.27% (114), hiporexia 49.06% (105), cefalea en el 34.11% (73), odinofagia en el 29.43% (63), en orden de frecuencia se encuentran dolor abdominal, osteomialgias, artralgias, disnea, disuria, otalgia y polaquiuria.

TABLA 8. SIGNOS AL EXAMEN FÍSICO.

Signo	Presente (%)	Ausente (%)	No descrito (%)
Vómitos	80 (37.38)	119 (55.60)	15 (7.1)
Rinorrea	72 (33.64)	105 (49.06)	37 (17.28)
Tos	70 (32.71)	134 (62.61)	10 (4.67)
Diarrea	67 (31.3)	118 (55.14)	29 (13.55)
Hiperemia conjuntival	60 (28.03)	115 (53.73)	39 (18.22)
Adenopatía dolorosa	54 (25.23)	100 (46.72)	60 (28.03)
Exudado faríngeo	53 (24.76)	110 (51.40)	51 (23.83)
Estertores	51 (23.83)	115 (53.73)	48 (22.42)
Sibilancias	50 (23.36)	110 (51.40)	54 (25.23)
Coriza	47 (21.96)	71 (33.17)	96 (44.85)
Tiraje	35 (16.35)	87 (40.65)	92 (42.99)
Taquipnea	35 (16.35)	71 (33.17)	108 (50.46)
Erupción cutánea	33 (15.42)	50 (23.36)	131 (61.21)
Dolor retroocular	32 (14.95)	82 (38.31)	100 (46.72)
Deshidratación	23 (11.68)	113 (52.80)	76 (35.51)
Aleteo nasal	16 (7.47)	74 (34.57)	124 (57.94)
Letargia	14 (6.54)	46 (21.49)	154 (71.96)
Tímpano rojo	3 (1.4)	66 (30.84)	145 (67.75)
Convulsión	3 (1.4)	71(33.17)	140 (65.42)
Exantema maculopapular	2 (0.93)	53 (24.76)	159 (74.29)
Infección cutánea	2 (0.93)	44 (20.56)	168 (78.5)
Lazo positivo	2 (0.93)	75 (35.04)	137 (64.01)
Sangre en heces	1 (0.46)	92 (42.99)	121 (56.54)
Rigidez de nuca	0 (0)	74 (34.57)	140 (65.42)
Manifestación hemorrágica	0 (0)	140 (65.42)	74 (34.58)

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICO 8. SIGNOS ACOMPAÑANTES MÁS FRECUENTES.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

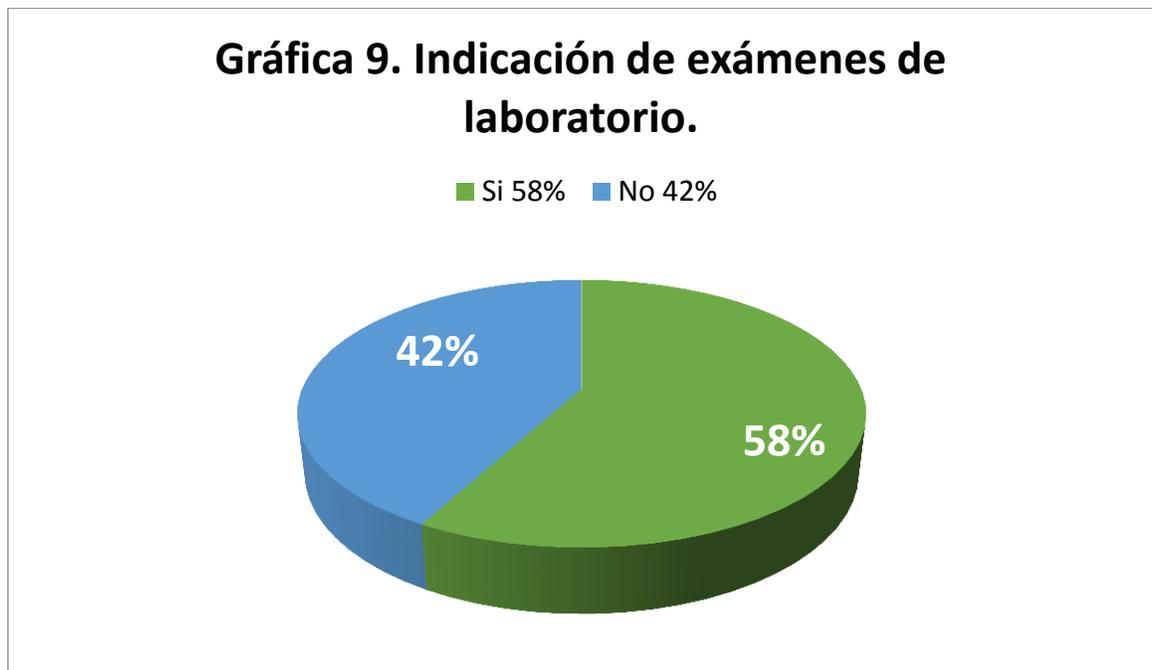
Los signos presentes al examen físico en orden de frecuencia se encuentra vómitos en un 37.38% (80), Rinorrea 33.64% (72), tos en 32.71% (70), diarrea en 31.3% (67), hiperemia conjuntival 28.03% (60), adenopatía dolorosa en 25.23% (54), exudado faríngeo en 24.76% (53), estertores en 23.83 %, sibilancias en 23.36% (50). El resto en orden de frecuencia: coriza, tiraje, taquipnea erupción cutánea, dolor retroocular, deshidratación, aleteo nasal, letargia. Tímpano rojo, convulsión, exantema maculopapular, infección cutánea, lazo positivo y por ultimo rigidez de nuca y manifestación hemorrágica con frecuencia de cero.

TABLA 9. INDICACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO.

Indicación de exámenes	Frecuencia	Porcentaje
Si	124	58 %
No	90	42 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 9. INDICACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

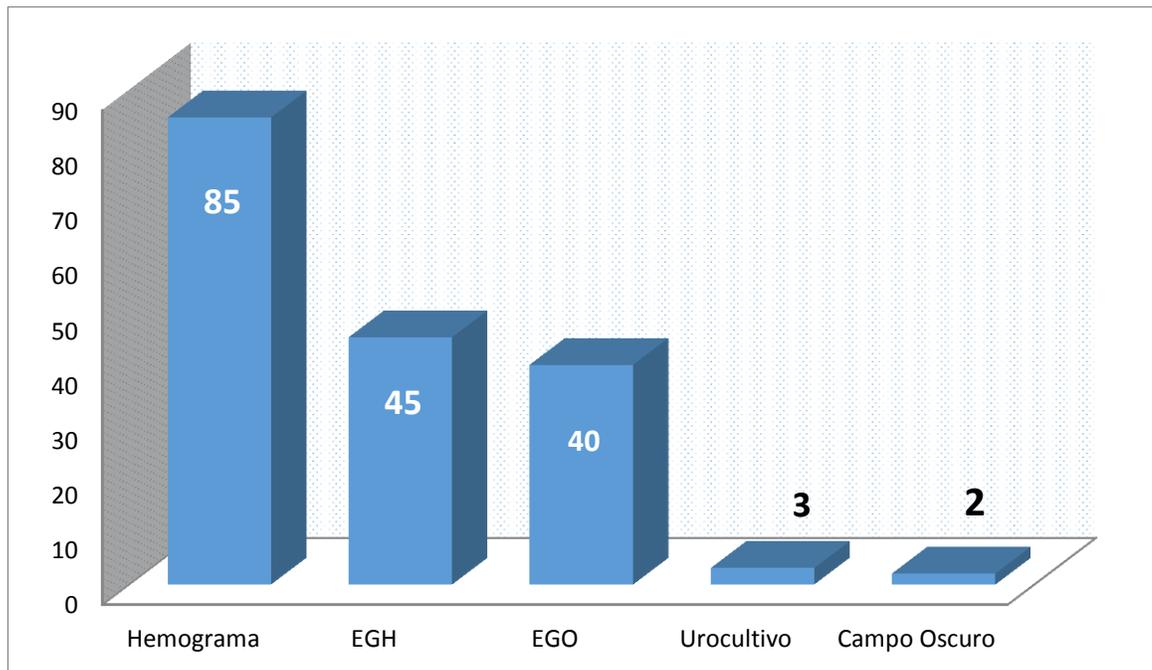
En relación a los exámenes de laboratorio al 58% (124) de los pacientes le fueron indicados, al 39.72% se le indicó hemograma, al 21.02% se le indicó exámenes generales de heces, al 18.69% examen general de orina al 1.4% (3) urocultivo y se encontraron dos pacientes que se le indicaron campo oscuro.

TABLA 10. EXÁMENES INDICADOS

Examen indicado	Frecuencia	Porcentaje
Hemograma	85	39.72 %
EGH	45	21.02 %
EGO	40	18.69 %
Urocultivo	3	1.4 %
Campo oscuro	2	0.93%

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 10. EXÁMENES INDICADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

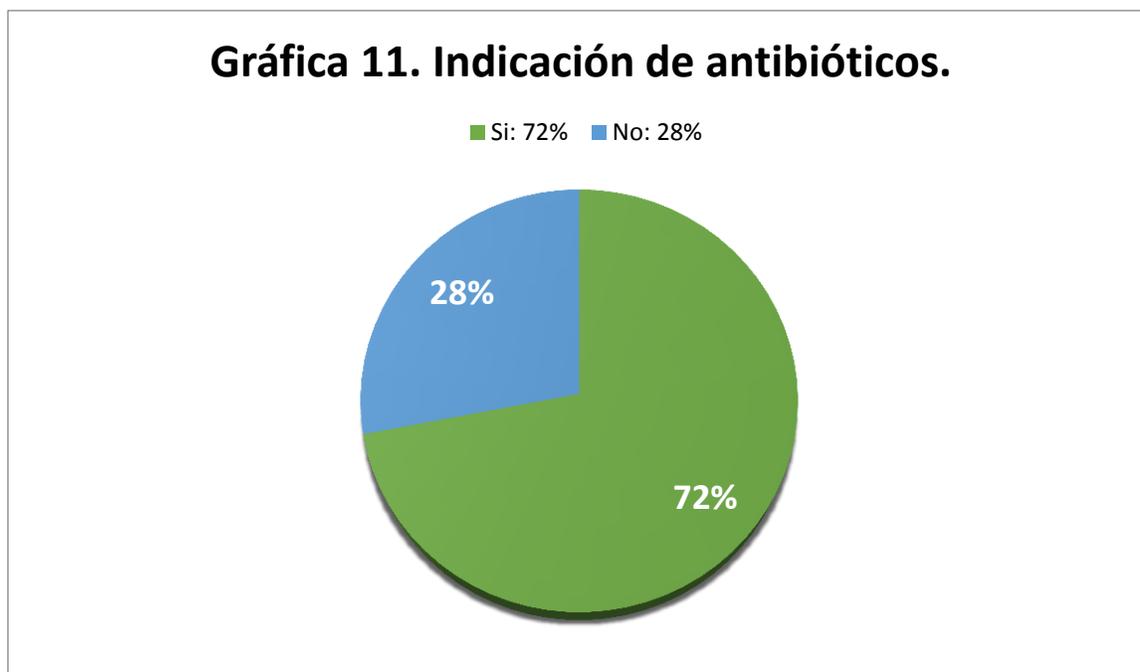
En relación a los exámenes de laboratorio al 58% (124) de los pacientes le fueron indicados, al 39.72% se le indicó hemograma, al 21.02% se le indicó exámenes generales de heces, al 18.69% examen general de orina al 1.4% (3) urocultivo y se encontraron dos pacientes que se le indicaron campo oscuro.

TABLA 11. INDICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	154	72 %
No	60	28%
Total	214	100

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 11. INDICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

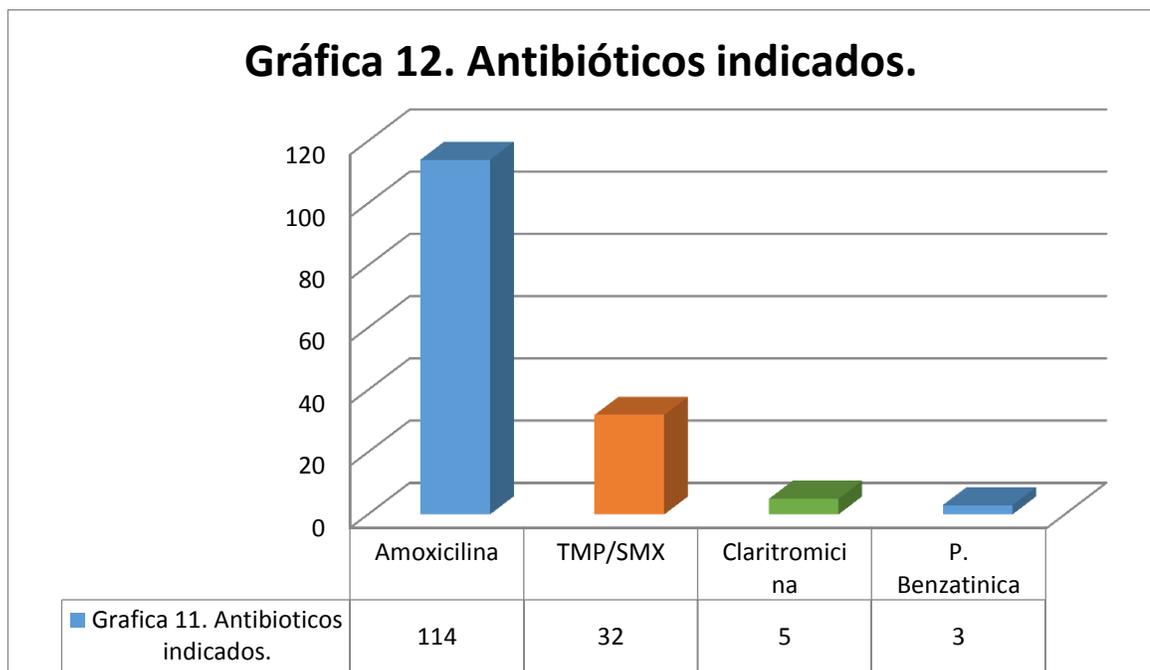
Se indicaron antibióticos al 72% (154) de los pacientes, siendo el de mayor escoge la amoxicilina con 53.27% (114), seguido de trimetoprim/sulfametoxazol 14.96% (32), claritromicina con 2.34% y penicilina benzatínica en 1.4%.

TABLA 12. ANTIBIÓTICOS INDICADOS.

Antibiótico	Frecuencia	Porcentaje
Amoxicilina	114	53.27 %
Trimetoprim/sulfametoxazol	32	14.96 %
Claritromicina	5	2.34 %
Penicilina benzatinica	3	1.4 %
Total	154	71.97%

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 12. ANTIBIÓTICOS INDICADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

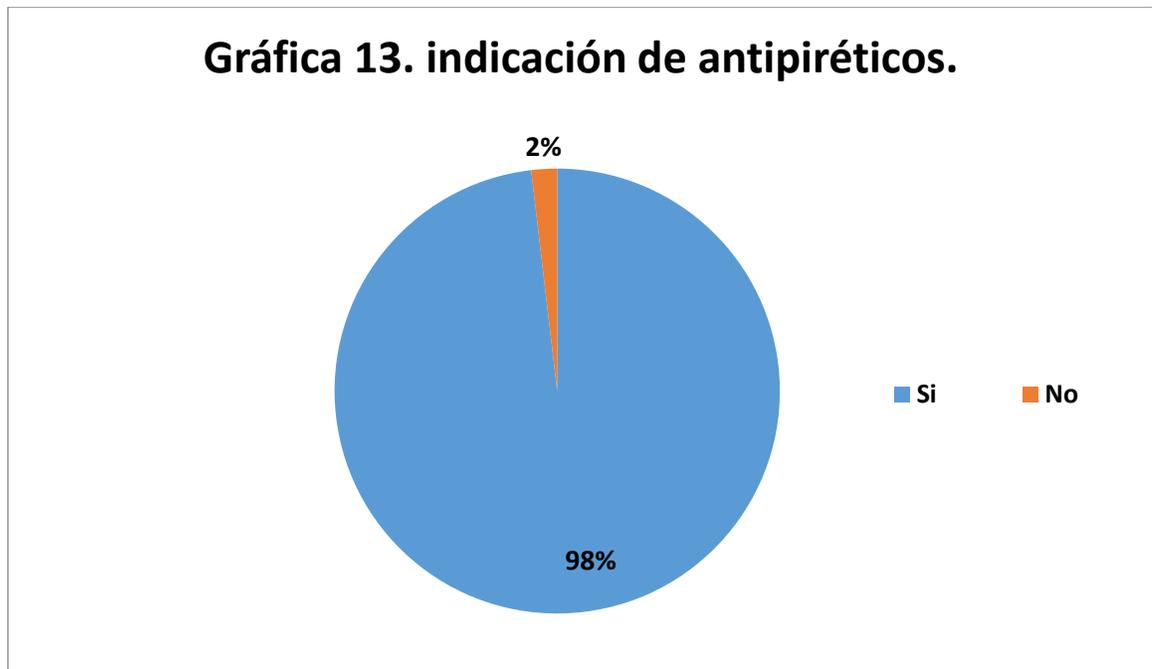
Se indicaron antibióticos al 72% (154) de los pacientes, siendo el de mayor escoge la amoxicilina con 53.27% (114), seguido de trimetoprim/sulfametoxazol 14.96% (32), claritromicina con 2.34% y penicilina benzatínica en 1.4%.

TABLA 13. INDICACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS/ANALGÉSICOS.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	210	98.13 %
No	4	1.87 %
Total	214	100

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 13. INDICACIÓN DE ANTIPIRÉTICOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

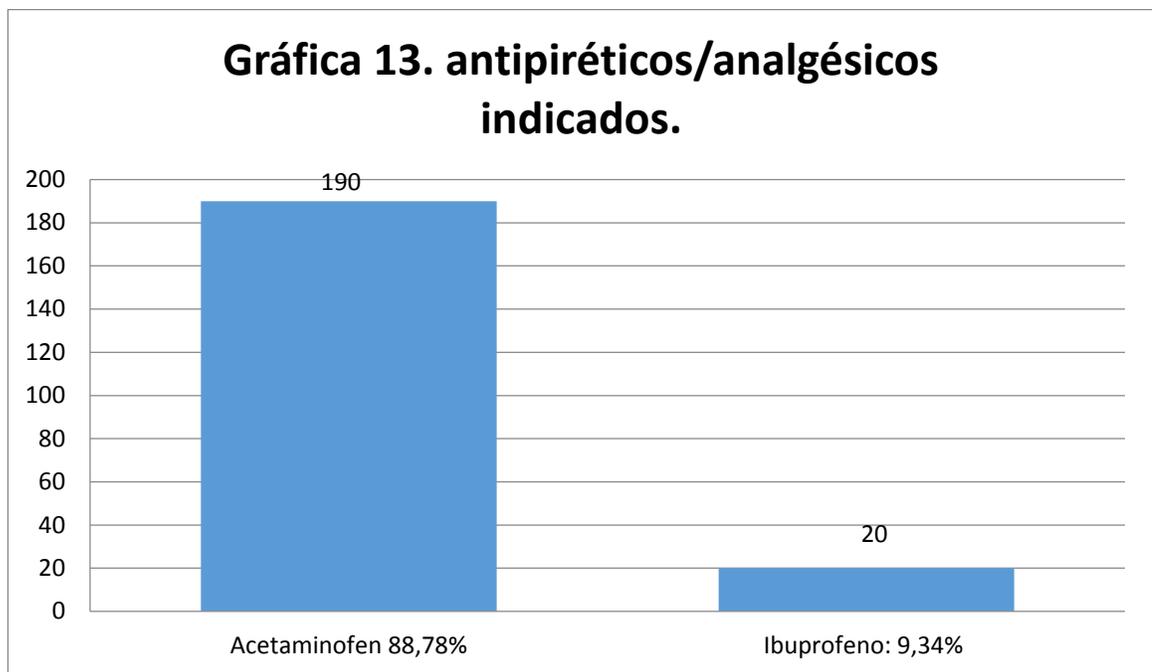
Se indicaron antipiréticos en 98.13% (210) de los pacientes de los cuales el acetaminofén fue utilizado en 88.78% (190) de los pacientes y el ibuprofeno en 9.34% (20).

TABLA 14. ANTIPIRÉTICOS/ANALGÉSICOS INDICADOS.

Antipiréticos/analgésicos	Frecuencia	Porcentaje
Acetaminofén	190	88.78 %
Ibuprofeno	20	9.34 %
Total	210	98.13 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 13. ANTIPIRÉTICOS/ANALGÉSICOS INDICADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

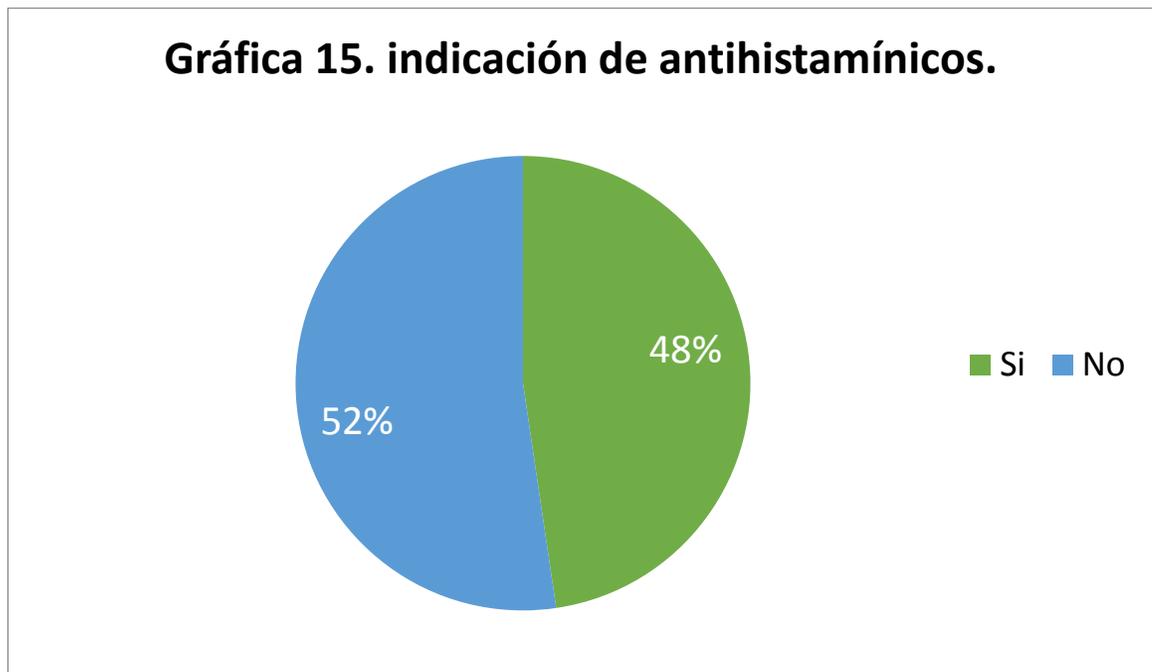
Se indicaron antipiréticos en 98.13% (210) de los pacientes de los cuales el acetaminofén fue utilizado en 88.78% (190) de los pacientes y el ibuprofeno en 9.34% (20).

TABLA 15. INDICACIÓN DE ANTIHISTAMÍNICOS.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	102	47.66 %
No	112	52.34 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 15. INDICACION DE ANTIHISTAMINICOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

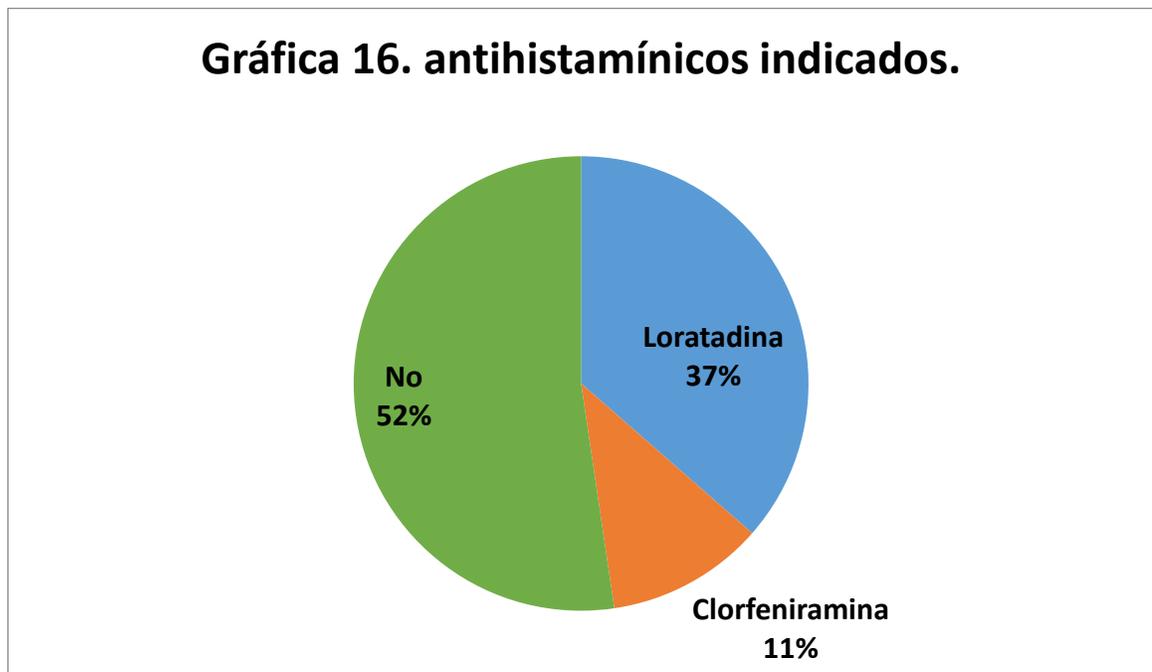
Se indicó antihistamínicos en el 47.66% (102) de los pacientes siendo el mas utilizado la loratadina en 36.44 % (78) y clorfeniramina en el 11.21% (24).

TABLA 16. ANTIHISTAMÍNICOS INDICADOS.

Antihistamínicos	Frecuencia	Porcentaje
Loratadina	78	36.44 %
Clorfeniramina	24	11.21 %
Total	102	47.65 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 16. ANTIHISTAMÍNICOS INDICADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

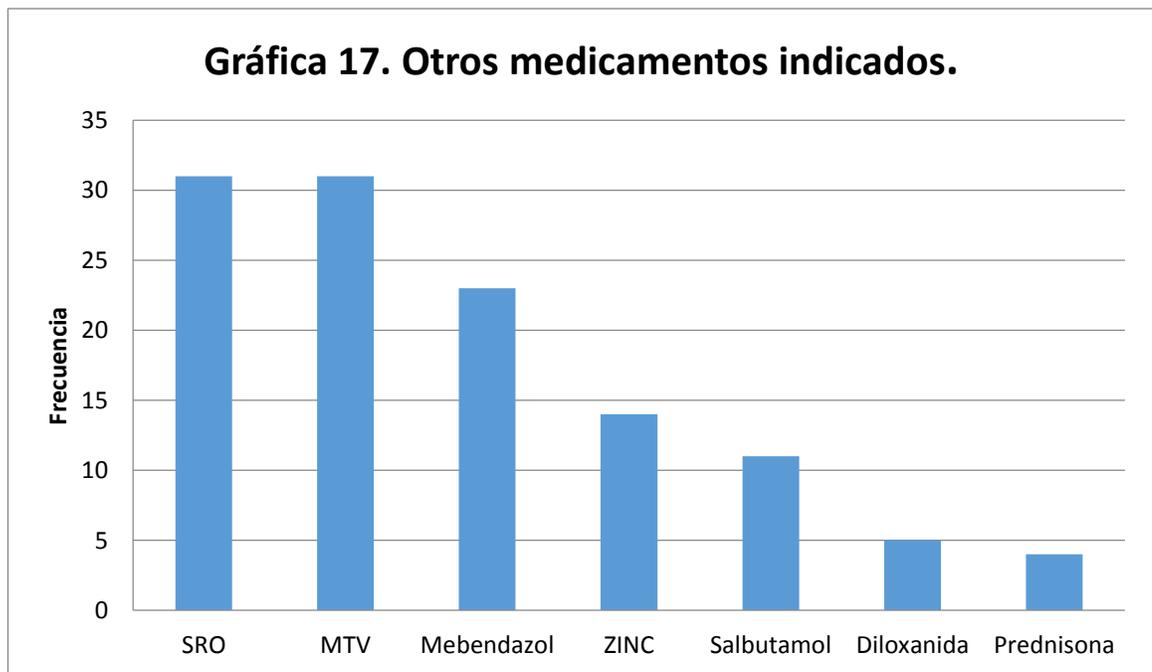
Se indicó antihistamínicos en el 47.66% (102) de los pacientes siendo el más utilizado la loratadina en 36.44 % (78) y clorfeniramina en el 11.21% (24).

TABLA 17. OTROS MEDICAMENTOS INDICADOS.

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
SRO	31	14.48%
Multivitaminas	31	14.48 %
Mebendazol	23	10.74 %
Zinc	14	6.54 %
Salbutamol	11	5.14 %
Diloxanida	5	2.33 %
Prednisona	4	1.86 %
Total	91	

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 17. OTROS MEDICAMENTOS INDICADOS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

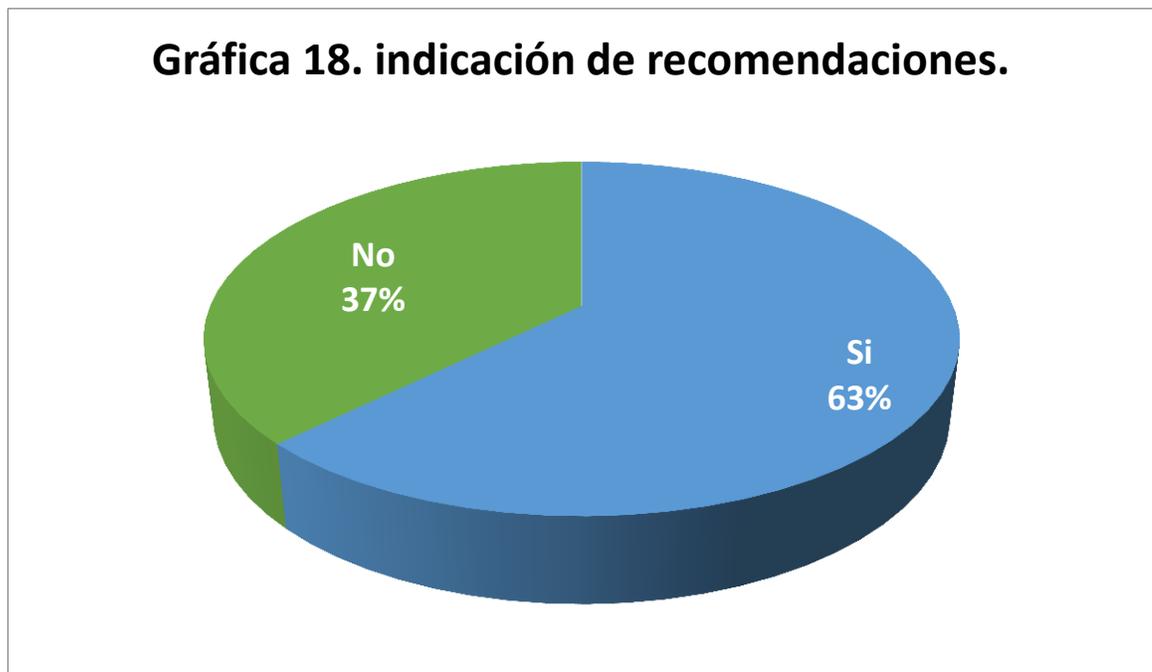
Se indicaron otros medicamentos como es el caso de los sueros de rehidratación oral y multivitaminas en un 14.48% (31), mebendazol en un 10.74% (23), zinc en un 6.54% (14), salbutamol en 5.14% (11), diloxanida en 2.33% (5) y prednisona en 1.86% (4)

TABLA 18. INDICACIÓN DE RECOMENDACIONES.

	Frecuencia	Total
Si	134	62.62 %
No	80	37.38 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 18. INDICACIÓN DE RECOMENDACIONES.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

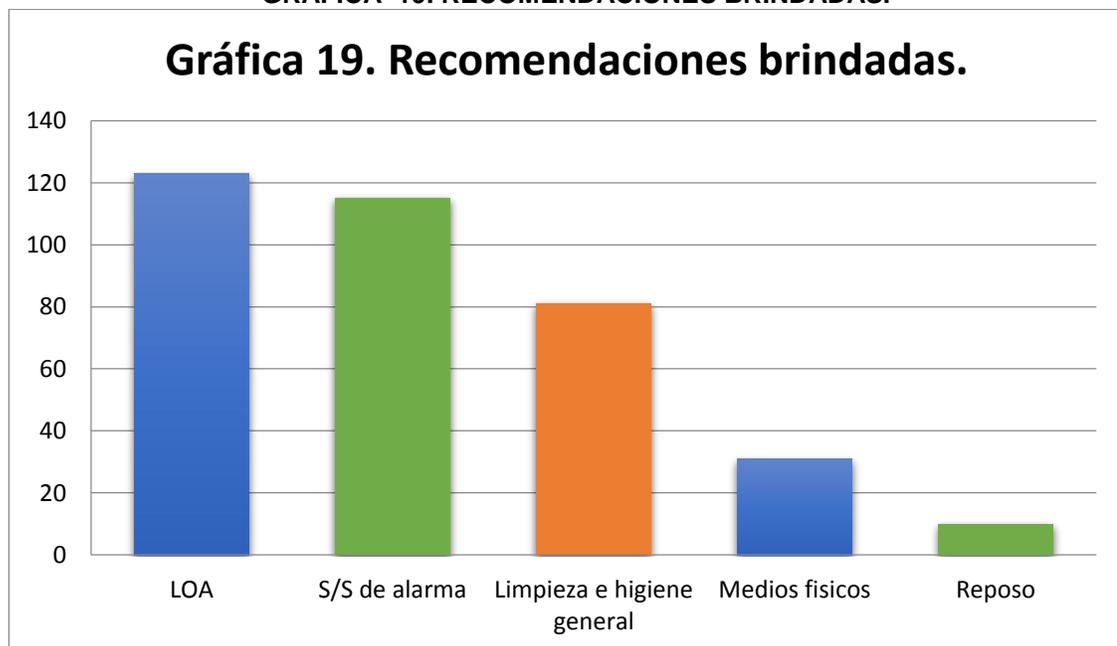
Se brindaron recomendaciones en un 62.62% (134) mientras no se hizo en un 37.38% (80).

TABLA 19. RECOMENDACIONES BRINDADAS.

Recomendación	Frecuencia	Porcentaje
Líquidos orales abundantes	123	57.47 %
Signos y síntomas de alarma	115	53.73 %
Limpieza e higiene general	81	39.25 %
Medios físicos	31	14.48%
Reposo	10	4.67 %
Remedios caseros	6	2.8 %
Nutrición	5	2.33%
Uso de perilla	4	1.86 %
Hervir el agua	1	0.46 %
No AINE	1	0.46 %
Uso de mosquitero	1	0.46 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 19. RECOMENDACIONES BRINDADAS.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

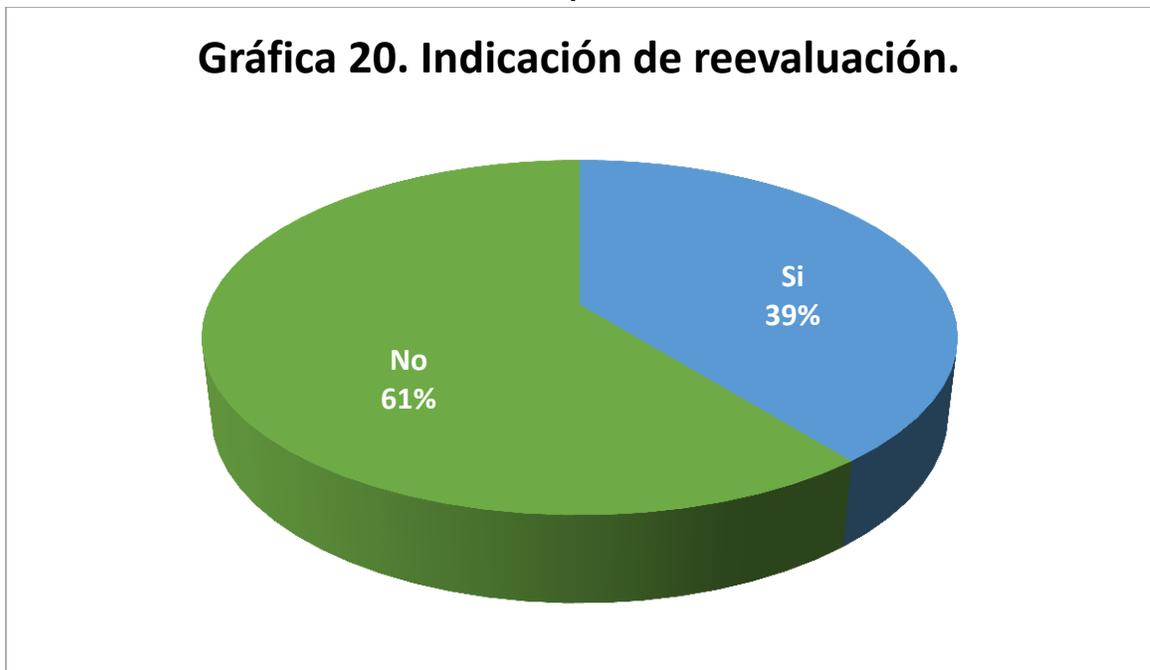
Las recomendaciones en orden de frecuencia fueron líquidos orales abundantes en un 57.47% (123), se indicaron los signos y síntomas de alarma en 53.73% (115), limpieza y medidas higiénicas en un 39.25% (81) y medios físicos en un 14.48% (31). Entre otros están reposo, remedios caseros, nutrición, uso de perilla, hervir el agua, no administrar antiinflamatorios no esteroideos y el uso de mosquitero.

TABLA 20. INDICACIÓN PARA REEVALUACIÓN.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	84	39.25 %
No	130	60.75 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 20. INDICACIÓN PARA REEVALUACIÓN



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

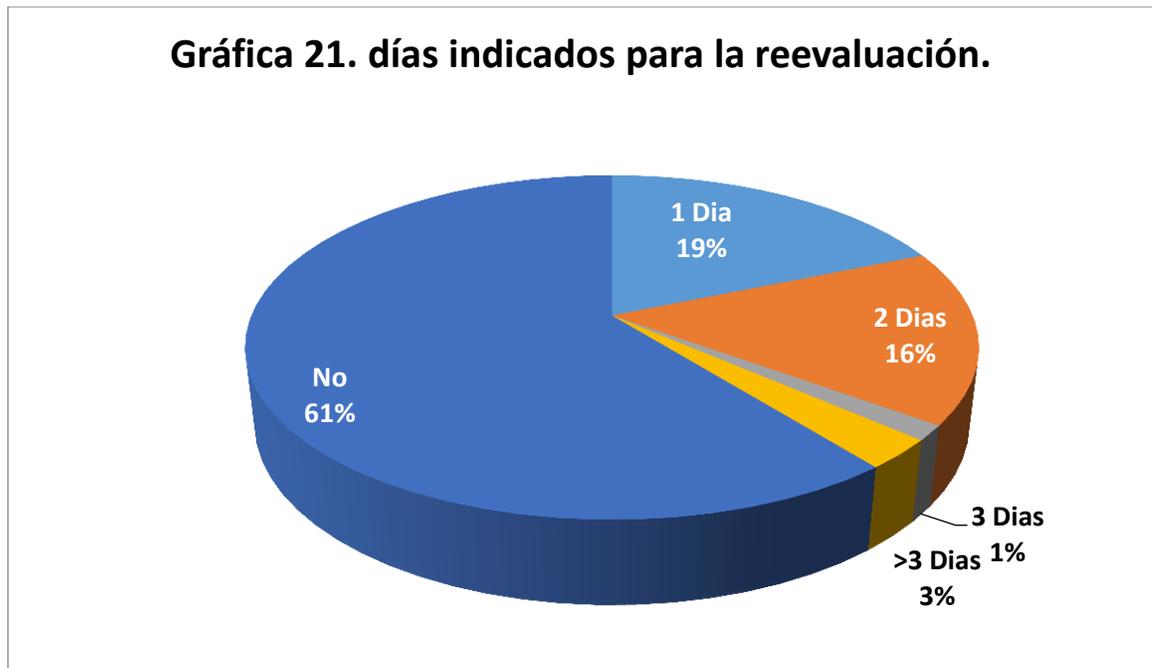
Se indicó reevaluación en el 39.25% mientras que no se indicó en el 60.75%.

TABLA 21. DÍAS INDICADOS PARA LA REEVALUACIÓN.

Días	Frecuencia	Porcentaje
1	40	18.69 %
2	35	16.35 %
3	3	1.4 %
>3	6	2.8 %
Total	84	39.25

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 21. DÍAS INDICADOS PARA LA REEVALUACIÓN.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

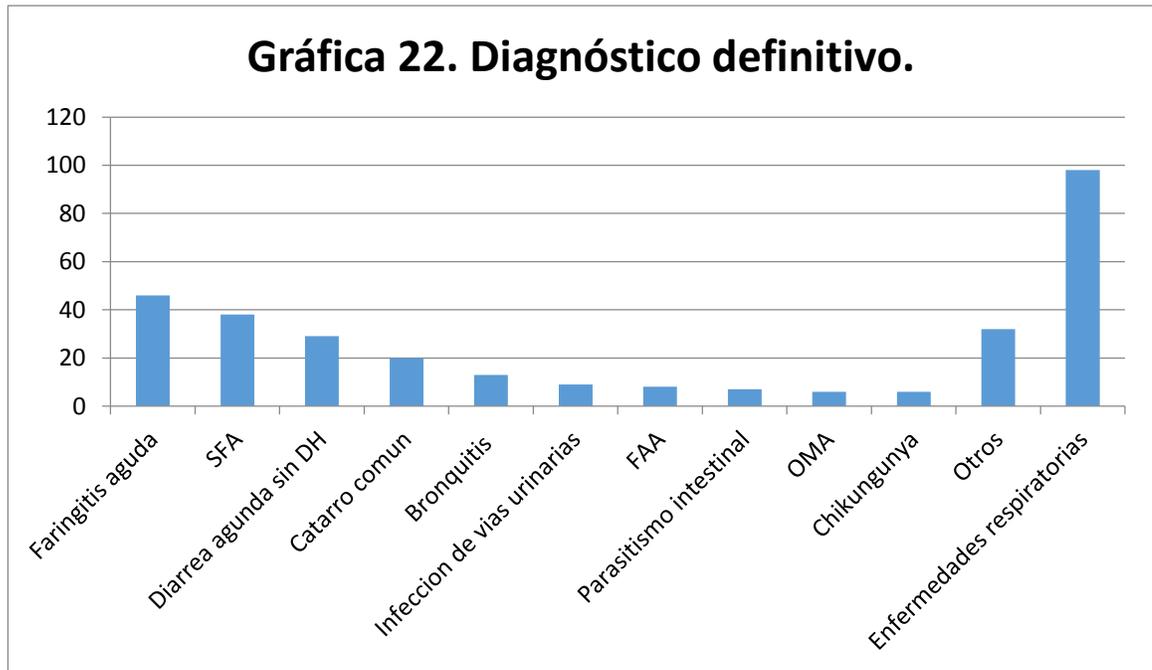
Se indicó reevaluación en un día al 18.69% (40), al segundo día al 16.35% (35) al tercer día al 1.4 % (3) y más de 3 días en 2.8% (6).

TABLA 22. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Faringitis aguda	46	21.49 %
Síndrome febril agudo	38	17.75 %
Diarrea aguda sin deshidratación	29	13.55 %
Catarro común	20	9.34 %
Bronquitis	13	6.07 %
Infección de vías urinarias	9	4.2 %
Faringoamigdalitis	8	3.73 %
Parasitismo intestinal	7	3.27 %
Otitis media aguda	6	2.8 %
Chikungunya	6	2.8 %
Neumonía adquirida en la comunidad	5	2.33 %
Conjuntivitis	5	2.33 %
Varicela	4	1.86 %
Bronquiolitis	3	1.40 %
Síndrome de obstrucción bronquial	3	1.40 %
Zika	3	1.40 %
Sinusitis	2	0.93 %
Dengue	2	0.93 %
Leptospirosis	2	0.93 %
Laringotraqueitis	1	0.46 %
Virosis aguda	1	0.46 %
Diarrea aguda con DH	1	0.46 %
Total	214	100 %

Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

GRÁFICA 22. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.



Fuente: datos obtenidos de expedientes clínicos de niñas y niños entre 1 a 5 años que acuden con proceso febril agudo a las UCSF de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo.

El diagnóstico definitivo que con mayor frecuencia se presentó es la faringitis aguda con 21.49% (46), seguido del síndrome febril agudo en un 17.75% (38), diarrea aguda con deshidratación en un 13.55% (29), catarro común en un 9.34%, bronquitis en un 6.07% (13), infección de vías urinarias en un 4.2% (9), faringoamigdalitis con 3.73% (8). Entre otros encontramos en orden de frecuencia parasitismo intestinal, otitis media aguda, chikungunya, neumonía adquirida en la comunidad, conjuntivitis, varicela, bronquiolitis, síndrome de obstrucción bronquial, zika y sinusitis.

DISCUSIÓN

El Salvador cuenta actualmente con una población infantil de edades comprendidas entre 1 a 5 años de 555,893 niños y niñas, de los cuales 283,272 corresponden al sexo masculino y 272,621 al sexo femenino, 51% y 49% respectivamente⁷ la población estudiada arroja un resultado de un total de 123 pacientes de sexo masculino y 91 pacientes del sexo femenino, 57% y 43% respectivamente, lo cual se corresponde con el total a nivel nacional por sexo entre los consultantes; una diferencia del 14% entre ambas poblaciones por sexo del presente estudio demuestra que independientemente del sexo del paciente se realiza la búsqueda de atención médica; de estos pacientes, el mayor porcentaje fue de la edad de 5 años con una frecuencia de 48 pacientes, que corresponde al 22.3% de la muestra estudiada, seguido de la población de 1 año de edad con una frecuencia de 46, que corresponde al 21.3% de la muestra estudiada; el resto de edades que no difiere mucho de los resultados anteriormente descritos correspondientes a las edades de 2, 3 y 4 años con porcentajes respectivos del 17.6%, 19.6% y 19.1%, con lo cual nos planteamos que los datos arrojados posiblemente se deban a que al menor edad hay una menor madurez inmunológica lo que haría al paciente vulnerable al medio y por otra parte a los 5 años, con el inicio de la socialización escolar y aumento del contacto con otras personas².

De las técnicas de medición de temperatura, la que registra una mayor frecuencia es la técnica Axilar, con frecuencia de 191, que corresponde a 89.25%, seguida de la técnica timpánica con frecuencia de 23, 10.75% respectivamente, debemos aclarar que UCSF-I Cuscatancingo es la única que cuenta con este método de medición pero es utilizado a conveniencia del personal de enfermería (demanda, compromiso del estado general e irritabilidad del paciente); la técnica rectal no mostro ser utilizada en el primer nivel de atención en las unidades de salud familiar estudiadas, dado que tiene un mayor riesgo de rotura, infección y perforación; contrastando, con la técnica axilar, que por su accesibilidad y sencillez es la más utilizada; dentro de las unidades comunitarias de salud estudiadas.⁴ El grado de temperatura con mayor frecuencia registrado comprende valores que van desde los 37.5°C hasta los 37.9°C, correspondiente al 36.44%, cumpliendo la definición de febrícula, le sigue en frecuencia las temperaturas registradas entre los 38°C – 38.4°C, en un 30.37%, correspondiente a la definición de fiebre moderada, siendo ambas definiciones de tipo de fiebre que no se acompañan de consecuencias que ponen en grave riesgo la vida del paciente, lo que conlleva a los padres a no realizar una búsqueda inmediata de servicios de salud en el primer día de inicio de esta manifestación, sino hasta el segundo día, con una frecuencia de 57, correspondiente al 26.63%, seguido en frecuencia del primer día de evolución de la fiebre con una frecuencia de 55, 25.7% del total de los estudiados. De las unidades comunitarias de salud de Comasagua y Cuscatancingo presentan con mayor frecuencia el segundo día de evolución como primera consulta médica

sin embargo en Lourdes es el cuarto día de evolución el que se presenta con mayor frecuencia. En general en este estudio se puede entonces notar que más del 50% de todos los pacientes buscan ayuda médica dentro de los dos primeros días de evolución de la fiebre, lo que mejora las posibilidades de encontrar una causa etiológica de la afección, brindar tratamiento y detección temprana de signos de alarma que ponen en riesgo la vida.

Los síntomas acompañantes más frecuentes de la fiebre encontrados fueron malestar general en el 53.27%, hiporexia 49.06%, cefalea en el 34.11% todos descritos dentro del cuadro sindrómico de la aparición de fiebre; por otro lado, la odinofagia en el 29.43% considerado el síntoma más encontrado en la faringitis aguda nos guía hacia el diagnóstico con mayor frecuencia determinado por los médicos. El dolor abdominal 28%, el siguiente en frecuencia se relaciona de la misma forma con el tercer diagnóstico en frecuencia; en este caso la diarrea sin signos de deshidratación.

Los signos al examen físico que con más frecuencia se presentan son los vómitos en un 37% de los pacientes, los cuales son signo inespecífico de infección sistémica, así como de gastroenteritis y otros procesos infecciosos, seguido de rinorrea 34% y tos en 32%, seguido de la diarrea en el 31%, le siguen hiperemia conjuntival, adenopatía dolorosa y exudado faríngeo, concordando con el diagnóstico donde las enfermedades del tracto respiratorio son las más frecuentes.

En cuanto a los exámenes de laboratorio; se indican en 58% de los pacientes, de los cuales en 39.72% se utilizó el hemograma, 21.02% examen general de heces, 18.69% para examen general de orina y 2.34% otros. Por lo que podemos inferir que en la mayoría de los casos los médicos de las unidades de salud ya mencionadas se vieron en la necesidad de apoyarse de métodos diagnósticos antes de emplear un plan definitivo o para sustentar el diagnóstico ya empleado en cada paciente. A pesar de que el diagnóstico empleado con mayor frecuencia en la investigación fue faringitis aguda; en el cual no se describen exámenes complementarios necesarios para su diagnóstico. Sin embargo, al revisar todos los diagnósticos empleados en 50% de los mismos se describe por la literatura la posibilidad del uso de exámenes complementarios por lo que podríamos concluir que el uso de exámenes no fue desmedido o desaconsejado.

En el apartado de uso de antibióticos fueron prescritos para 71.96% de los pacientes atendidos; de los cuales amoxicilina fue el de predilección con 53.27%, trimetropim sulfametoxazol con 54.95%, claritromicina para 2.34% y penicilina benzatínica 1.34% a pesar de encontrarse como el diagnóstico más frecuente la faringitis aguda en el cual el uso de antibióticos es desaconsejado por considerarse en su mayoría de etiología viral. De igual forma más del 85% de las diarreas son consideradas de origen viral por lo que el uso de antibiótico está restringido para casos comprobados de etiología bacteriana por EGH. Al revisar en cada unidad de salud el dato de amoxicilina se mantiene como el

más frecuente en todas y en UCSF Comasagua fue en la única en la que se utilizó penicilina benzatinica.

En cuanto a la utilización de antipiréticos fueron indicados en el 98.13% de los pacientes; acetaminofén para 88.07% e ibuprofeno para 9.13%. En el caso de los pacientes a los que no se les indicó antipirético se encontró descrito en el expediente que fueron referidos y en otros de los casos no se encontró constancia del plan que él o la médica implementó en su paciente. Los antipiréticos no deben ser usados con el propósito exclusivo de disminuir la temperatura; sino para contrarrestar las demás manifestaciones de la enfermedad como el dolor y el malestar general. Además, se hace hincapié en el uso de los mismos solo mientras el paciente se encuentre con la sintomatología y nunca ocupando ambos agentes (acetaminofén e ibuprofeno) simultáneamente.⁴⁻⁵

Los antihistamínicos fueron usados en 47.66%, congruente con el mayor porcentaje de enfermedades respiratorias encontrados; sin embargo, su empleo es desaconsejado en pacientes menores de 5 años. De las dos opciones la clorfeniramina es el menos usado (antihistamínico de primera generación) en comparación con loratadina (antihistamínico de segunda generación). AIEPI indica en su flujograma de atención a la tos; mitigar la tos con agua o con remedios caseros como agua con manzanilla, agua con eucalipto y agua miel. Y aclara más adelante que el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos para el tratamiento de tos en niños menores de 5 años no está aconsejado.⁸

Otra farmacoterapia fue usada en solo el 25%, siendo los sueros de rehidratación oral y multivitaminas las opciones más usadas con porcentajes de 14.48%; luego mebendazol con 10.74% y zinc con 6.54% a pesar de registrarse diarrea sin deshidratación como uno de los diagnósticos más utilizados y ser el uso de zinc; para estos casos necesario, salbutamol 5.14% y por último diloxanida 2.33% y prednisona con 1.86%.

También se indagó en cuanto a las recomendaciones que los médicos plasmaron en el expediente; los médicos indicaron recomendaciones en 62.62%; siendo el empleo de líquidos orales abundantes la opción ms empleada con 57.47%; considerando esta una de las opciones más recomendadas para el tratamiento de un paciente febril⁴ seguido de la evaluación de signos y síntomas de alarma por parte de los cuidadores 53.73% para considerar una consulta médica subsecuente que también corresponde con las pautas más recomendadas para la atención. Limpieza e higiene general fue la siguiente recomendación más empleada 39.25%. El uso de medios físicos para el manejo de fiebre con 14.48%. El cual no se considera como un método eficaz o recomendado para manejo de un paciente febril. Por otra parte, debemos recalcar que en UCSF Lourdes en la mitad de los expedientes no se encontró evidencia de recomendaciones brindadas a los cuidadores.⁴

La indicación de control subsecuente fue dada en apenas 39.25%; para un día posterior se dio en mayor porcentaje con 18.69% y en el segundo día con 16.35%; para más de 3 días fue la siguiente opción encontrada 4.2%. En su mayoría no se encontró indicación de registro de control subsecuente 60.75%. Podría indicar que los y las médicos se encontraron confiados del diagnóstico y tratamiento descrito como para indicar a los padres la necesidad de un control subsecuente. También se correlaciona con el empleo de evaluación de signos y síntomas de alarma por los cuidadores como la segunda recomendación más empleada por los médicos. Sin embargo, el 51.40% de los pacientes presentó enfermedades en las cuales esta normada la reevaluación entre 24% y 48%. En cuanto el diagnóstico más empleado; la faringitis 21.49% fue el más descrito como ya fue mencionado con anterioridad, el cual según literatura se manifiesta en su mayoría por odinofagia y es generalmente ocasionado por virus; por lo que el uso de antibióticos debe ser cuidadosamente valorado. Seguido de cerca por síndrome febril agudo 17.75% resultado que explica la tendencia de indicar exámenes complementarios descrito con anterioridad. Posteriormente se encontró el diagnóstico de diarrea sin signos de deshidratación 13.55%. Todos estos diagnósticos siendo apropiados para su manejo en primer nivel. En UCSF Lourdes y Comasagua se encontró la faringitis como el diagnóstico más empleado; difiere de UCSF Cuscatancingo en la cual fue síndrome febril agudo.

CONCLUSIONES

- Se demostró que el sexo masculino acude con mayor frecuencia a consultar por proceso febril agudo, siendo la edad de presentación más frecuente los 5 años de edad.
- En los centros de salud de primer nivel la técnica axilar es la más utilizada para cuantificar la temperatura corporal, siendo las temperaturas comprendidas entre 37.5 y 37.9°C identificadas con mayor frecuencia y acuden el segundo día de evolución en la mayoría de casos.
- La triada clínica sintomatológica predominante que acompaña al cuadro febril es malestar general, hiporexia y cefalea, que se acompañan de vómitos, rinorrea y tos como signos de mayor frecuencia descritos al examen físico. De forma agrupada la mayoría de signos descritos se asocian a afecciones del tracto respiratorio.
- La mayoría de médicos de los establecimientos de salud incluidos en este estudio se auxilian de exámenes de laboratorio para realizar un manejo adecuado del paciente y optaron por el tratamiento farmacológico en la totalidad de los casos.
- Se ha logrado mostrar que en casi tres cuartos de los casos se indican antibióticos siendo el de mayor escoge la amoxicilina. En todos los casos se indicaron antipiréticos siendo más utilizado el acetaminofén.
- Las recomendaciones fueron brindadas en la mayoría de casos sin embargo más de un tercio de pacientes no se encontró evidencia de haber sido brindadas, además en la mayoría de los casos no se indicó reevaluación médica.
- El diagnóstico definitivo que con mayor frecuencia se presentó es la faringitis aguda seguido del síndrome febril agudo y diarrea aguda sin deshidratación sin embargo se encontró que en más de la mitad de los casos son enfermedades relacionadas al sistema respiratorio.

RECOMENDACIONES

- A las unidades comunitarias de salud familiar: mantener en constante actualización y en educación continua a médicos sobre diagnóstico y manejo de cuadros febriles en edad pediátrica para una mejor caracterización clínica de estos pacientes
- A los médicos consultantes de las unidades comunitarias de salud familiar: Guiar la conducta clínica de manera en que sean utilizados de mejor manera los recursos con los que cuenta el primer nivel de atención y no hacer uso indiscriminado de estos.
- A los médicos consultantes de las unidades comunitarias de salud familiar: Mejorar elaboración de historia clínica en pacientes pediátricos, detallar de manera sistemática examen físico y procurar no dejar sin describir algunos de estos puesto que son de interés epidemiológico para caracterización clínica de estos casos.
- A los médicos consultantes de las unidades comunitarias de salud familiar: Cuando se sospeche etiología viral, evitar el uso de antibioticoterapia si el cuadro no lo amerita para reducir casos de resistencia bacteriana futura.
- A los médicos consultantes de las unidades comunitarias de salud familiar: Realizar labor educativa en los padres de familia y cuidadores, de la importancia de una oportuna búsqueda de asistencia médica, así como de medidas antitérmicas adecuadas para estos casos.
- A la Universidad Nacional de El Salvador: Incentivar a los médicos en año social a dar continuidad a este tipo de investigaciones clínicas de interés epidemiológico.

BIBLIOGRAFIA

1. X. Pastor, M. Hernández-Martínez. Síndrome Febril. En: Manuel Cruz-Hernandez, editor. Nuevo Tratado de Pediatría: M. Cruz. 10ma ed. Barcelona: Oceano/Ergon; 2011. p. 401-409.
2. Keith R. Powell. Fiebre. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF., editores. Nelson: Tratado de Pediatría. 18va ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 1084-1087.
3. Guías Clínicas de Pediatría. Fiebre sin signos de localización. En: Saúl N. Valdez, coordinador. Guías Clínicas de Pediatría. El Salvador: Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales; 2012. p. 60-65. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
4. Esther Castellarnau-Figueras. Antitérmicos en pediatría. Avances en terapéutica: Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. España; 2006. p. 115-124.
5. Guideline development group membership: Royal College of Paediatrics and Child Health and National Collaborating Centre for Women's and Children's Health staff and acknowledgements 2007-2013. NICE clinical guideline: Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years. 2nd edition. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2013.
6. Hilton Bruno Trochez. Temperatura en el niño. En: H. Bruno Trochez, editor. Semiología pediátrica: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1ra ed. Tegucigalpa: editorial universitaria; 1985. p. 51-66.
7. Censo de población y vivienda 2007. Dirección general de estadística y censos. En: censos de El Salvador: Ministerio de economía de El Salvador. VI censo de población y V de vivienda. Resultados disponible en: www.censos.gob.sv

8. Lineamientos técnicos para la atención integral de niños y niñas menores de 5 años en: Carlos Meléndez, coordinador. El Salvador: ministerio de salud. Viceministerio de políticas de salud. Dirección de regulación y legislación en salud. Programa editorial MINSAL. 4to ed. San Salvador; 2014. p. 59-62. Disponible en: asp.salud.gob.sv>pdf>lineamientos_aiepi.
9. Diez primeras causas frecuentes de consulta ambulatoria año 2015. En: sistema de morbilidad en línea (SIMMOW). Unidad de estadística e información en salud. El Salvador: ministerio de salud. Disponible en: www.salud.gob.sv/causas-frecuentes-y-principales-ano-2015/.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Principales diagnósticos y manejo médico de proceso febril agudo en niños de 1 a 5 años en unidades comunitarias de salud familiar intermedias de Lourdes, Comasagua y Cuscatancingo en el período de enero-mayo de 2016.”



UCSF: _____
correlativo: _____

Número

1. Sexo:

Masculino	
Femenino	

2. Edad: _____ años

3. Procedencia:

Urbano	
Rural	

4. Grados de temperatura: _____ °C

5. Técnica de medición utilizada:

Axilar	
Timpánica	
Rectal	

6. Días de evolución de fiebre: _____ días.

7. Síntomas acompañantes descritos:

Síntoma	Si	No	N/D	Síntoma	Si	No	N/D
Cefalea				Artralgias			
Odinofagia				Otalgia			
Hiporexia				Dolor abdominal			
Disuria				Disnea			
Malestar general				Polaquiuria			
Osteomalgias							

8. Signos al examen físico:

Signo	Si	No	N/D	Signo	Si	No	N/D
Hiperemia conjuntival				Tiraje			
Rinorrea				Estertores			
Dolor retroocular				Sibilancias			
Convulsión				Coriza			
Letargia				Tos			
Vómitos				Adenopatía dolorosa			
Rigidez de nuca				Diarrea			
Exudado faríngeo				Sangre en heces			
Manifestación hemorrágica				Deshidratación			
Lazo positivo				Exantema maculo papular			
Taquipnea				Infección cutánea			
Aleteo nasal				Erupción cutánea			
Tímpano rojo							

9. Exámenes de laboratorio

Hemograma		EGH	
EGO		Otros	

10. Farmacoterapia

Medicamento	Si	No	Cual
Antibiótico			
Antipirético/analgésico			
Antihistamínico			
Otros			

11. Recomendaciones

Si _____ No _____ ¿Cuáles? _____

12. Indicación de control para reevaluación.

Si _____ No _____ ¿A los cuantos días? _____

13. Diagnóstico definitivo.

ANEXO 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación Se aseguró la confidencialidad de los datos, no se recolectó información de paciente como la siguiente: nombre, dirección de vivienda, fotografía, número de identificación personal de familiares, únicamente información demográfica, y las variables a estudiar se obtuvieron de registros clínicos. El cuestionario es completamente anónimo.

Se tuvo acceso a información confidencial de los pacientes objeto de estudio, para lo cual se respetaron todas las disposiciones institucionales del uso de la información exclusiva para la investigación, asegurando que la información encontrada no fuera alterada o expuesta con otros fines que no sean científicos. Estas informaciones no pueden ser dados o difundidos por los investigadores o por cualquier persona en su grupo a personas no autorizadas para el manejo de estos datos.