

Pregunta: ¿Síndrome febril sin foco en neonatos?

Haroldo Capurro

Actualización: Febrero 2009

SÍNDROME FEBRIL NEONATAL

INTRODUCCIÓN

Las infecciones en el recién nacido son muy frecuentes, pero no todas ellas se manifiestan con un síndrome febril, sobretodo en recién nacidos prematuros. Por otro lado, debido a que sus defensas están disminuidas (sobretodo en el prematuro) no es habitual encontrar un foco infeccioso evidente. Pero no sólo la infección puede ser causa de un síndrome febril ya que temperaturas ambientales elevadas o la deshidratación pueden ser responsables de la fiebre. La temperatura axilar normal en el recién nacido es entre 36° y 37° y la rectal 0,5° a 1° más elevada. Cualquiera sea la causa de la fiebre, el incremento de la temperatura del recién nacido justifica la consulta con un profesional ya que la fiebre puede ser causa de complicaciones tales como la hipoglicemia, deshidratación, dificultad respiratoria, acidosis metabólica e incluso convulsiones independientemente de su origen.

CAUSAS DEL SÍNDROME FEBRIL EN EL NEONATO

A) Infección

Las infecciones bacterianas tempranas como en casos de infecciones maternas, rotura prematura de las membranas, parto prolongado, canalizaciones al nacer, cirugía y otras intervenciones aplicadas en neonatos deprimidos al nacer, son frecuentes sobretodo en recién nacidos de pretérmino. En general son de rápida evolución y no siempre se manifiestan con fiebre, ni foco infeccioso evidente como sucede en niños mayores.

Hay mayor posibilidad de infección cuanto mayor sea la prematurez. En éstos casos, el sistema inmunológico está transitoriamente disminuido; la IgG que atraviesa la placenta y pasa al feto está en cantidades normales en el recién nacido de término, pero no en el pretérmino y ello puede explicar en parte la susceptibilidad de éstos niños a las infecciones y la frecuencia de su rápida generalización. La inmunidad celular también está disminuida y ello se traduce en la poca posibilidad de focalizar la infección. La actividad de los neutrófilos polimorfonucleares es escasa y muchas veces en prematuros con sepsis se acompañan de neutropenia. Piel y mucosas también son inmaduras y constituyen una débil barrera para evitar la invasión de gérmenes al organismo ya que son una puerta de entrada para llegar al torrente circulatorio. Estas características del prematuro, pueden

explicar la rápida generalización de la infección, en casos acompañarse de hipotermia y leucopenia.

La clínica puede presentarse de manera muy diferente muy heterogenea y ello constituye un desafío a los trabajadores de la salud para llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno debido a la presencia de esta sintomatología tan inespecífica y a la rápida generalización de la infección. Irritabilidad o letargia, rechazo del alimento, piel moteada y coloración pálida grisácea, extremidades frías, lento relleno capilar, dificultad respiratoria, trastornos de la regulación térmica y otros signos que señalan la gravedad del cuadro. Excepto el cultivo gérmenes en sangre, y/o en líquido céfalo-raquídeo que son concluyentes, la clínica y otros estudios de laboratorio, radiológicos son de ayuda pero muchas veces no categóricos.

B) Deshidratación

La falta de ingesta de suficiente líquido, puede causar elevación de la temperatura y deshidratación que si es importante puede ser necesaria la administración de fluidos intravenosos. Esto sucede algunas veces en caso de hipogalactia, donde el niño puede tener fiebre, ictericia, pérdida excesiva de peso, hipernatremia acompañando a la deshidratación. La fiebre sin foco (incluso en el recién nacido de término), puede contribuir a diagnosticar la deshidratación. La triada deshidratación hipernatrémica, ictericia y fiebre es más frecuente de lo que dicen las estadísticas.

Ante un recién nacido de término o cerca del término, con pérdida de peso mayor al 10% entre los 4 y 14 días de vida se debe pensar siempre en deshidratación. En ellos se ha encontrado que 27% de los ingresados al hospital con 10% o más de pérdida de peso tenían deshidratación y la gran mayoría se alimentaban con pecho materno exclusivo; la clínica se acompañaba con letargia e ictericia.

C) Abrigo excesivo y/o ambiente caluroso.

Esto puede suceder en el hogar, cuando el niño está cerca de los calefactores o de entradas de aire caliente o en automóvil con calefacción, exposición mucho tiempo al sol (incluso a través de una ventana) y/o esté demasiado abrigado o con varias frazadas y mantas. Clínicamente el niño está inquieto, con cara enrojecida y cuerpo caliente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bevilacqua G, Braibanti S, Solari E, Anfuso S, Fragni G, Soncini E. Perinatal risk factors for infection in the newborn. Multicenter clinic-epidemiologic investigation. *Pediatr Med Chir* 2005 May-Aug; 27(3-4):31-8.

Asakura H. Fetal and neonatal thermoregulation. *J Nippon Med Sch.* 2004 Dec;71(6):360-70.

Saill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section (Cochrane Review): In : *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Updated

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 05 March 2002.

Rudge MV, Atallah AN, Peracoli JC, Tristao Ada R, Mendonca Neto M. Randomized controlled trial on prevention of post-cesarean infection using penicillin and cephalothin in Brazil. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(8):945-48.

Meyer NL, Hosier KV, Scott K, Lipscom GH. Cefalozin versus cefalozina plus metronidazole for antibiotic prophylaxis at cesarean section. *South Med J*. 2003 Oct;96(10):992-5.

Mercer BM, Arheart KL. Antimicrobial therapy in expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *Lancet*. 1995 Nov 11;346(8985):1271-9. Review. Erratum in: *Lancet* 1996 Feb 10;347(8998):410.

Capurro H. Fiebre en el Neonato
[www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu-principal/05 Preguntas/Temas/Respuesta/RN](http://www.nacerlatinoamericano.org/Archivos/Menu-principal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/RN)

Zachariassen G, Juvonen P. Neonatal dehydration (dehydration fever) in newborn infants. *Ugeskr Laeger*. 2002 Oct 14;164(42):4930-4.

Adriana Jonguitud A, Hugo Villa. ¿Es frecuente la deshidratación hipernatrémica como causa de readmisión hospitalaria en el recién nacido? *Rev Chil Pediatr* 76(5);471-78, 2005. www.scielo.cl/scielo.php?pid=S370-41062005000500003&scr

Reilev M, Borch K, Pryds OA. Neonatal hypernatremic dehydration-why increasing incidence? [www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos Menu-principal/03](http://www.nacerlatinoamericano.org/Archivos Menu-principal/03) .

Tamara Hirsch. Síndrome febril en el lactante. www.medwave.cl
www.nestle-pediatria.cl