



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de
0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital
del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo
septiembre 2022 – febrero 2023**

AUTORAS:

Sánchez Sancán, Genesis Celeste

Torres Palma, Maybelee Abigail

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Sánchez Sancán, Genesis Celeste y Torres Palma, Maybelee Abigail**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____
Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla Mgs.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Sánchez Sancán, Genesis Celeste**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

AUTORA

f. _____


Sánchez Sancán, Genesis Celeste



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Torres Palma, Maybelee Abigail**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

AUTORA

f. 
Torres Palma, Maybelee Abigail



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Sancán, Genesis Celeste**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

AUTORA

f.


Sánchez Sancán, Genesis Celeste



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, Torres Palma, Maybelee Abigail

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de mayo del año 2023

AUTORA

f. 

Torres Palma, Maybelee Abigail

REPORTE DE URKUND

URKUND

Documento: [LIT - SANCHEZ SANCAN - TORRES PALMA.doc](#) (D165504789)


Presentado: 2023-05-01 10:00 (-05:00)

Presentado por: maybelee.torres@cu.ucsg.edu.ec

Recibido: kristy.franco.ucs@analysis.orkund.com

Mensaje: TESIS - SANCHEZ SANCAN - TORRES PALMA [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 28 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 - febrero 2023

AUTORAS:

Sánchez Sancán, Genesis Celeste

Torres Palma, Maybelee Abigail

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs.



Document Information

Analyzed document	UTT - SANCHEZ SANCAN - TORRES PALMA.doc (D165584789)
Submitted	5/1/2023 5:00:00 PM
Submitted by	
Submitter email	maybelee.torres@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	kristy.franco.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Entire Document

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023

AUTORAS:

Sánchez Sancán, Genesis Celeste

Torres Palma, Maybelee Abigail

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena. Mgs.

Guayaquil, Ecuador

02 de mayo del 2023 INTRODUCCIÓN

La fiebre es una de las razones más comunes que se encuentran en consulta pediátrica, especialmente durante la primera infancia.

La fiebre sin foco (FSF) es el aumento de la temperatura rectal por encima de 38°C, que evoluciona en menos de 72 horas, sin que se conozca su origen tras una anamnesis y un examen físico de forma cuidadosa (1).

Los síndromes febriles en niños son diversos, suele ser secundaria a infección, pero también puede deberse a neoplasias sólidas o leucemias, enfermedades autoinmunes, endocrinas y metabólicas. En la mayoría de los casos, es un síntoma de una infección leve de origen viral, autolimitada, que requiere únicamente tratamiento sintomático con antipiréticos. Sin embargo, a veces, puede causar complicaciones propias, como convulsiones febriles, incluso puede ser un síntoma de una enfermedad crónica o a una infección grave como sepsis o meningitis que puede poner en peligro la vida de los niños (2).

La escala YIOS, que es la "escala de valoración del lactante pequeño" (en inglés, Young Infant Observation Scale), se utiliza para evaluar lactantes de uno a tres meses de edad, según tres parámetros que son: actitud, estado/ esfuerzo respiratorio y la perfusión periférica. Si la puntuación es inferior a siete puntos, se considera que no hay riesgo de infección bacteriana grave (IBG) (2).

Por este motivo, la evaluación inicial del niño con síndrome febril comienza con una valoración de la gravedad, para descartar la presencia de signos de alarma:

- Signos de hipoperfusión tisular: piel moteada o veteada, palidez, frío, cianosis, pulso débil.
- Erupción petequial generalizado.
- Afectación en el nivel de conciencia.
- Signos de insuficiencia respiratoria.

Si aparece alguno de los signos anteriores, se recomienda llevar al niño al hospital con urgencia. Si no hay signos de alarma, debemos realizar una evaluación completa con el objetivo de obtener un diagnóstico e iniciar el tratamiento (3).

En el presente proyecto investigativo, cuyo objetivo es determinar la valoración de temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, se realizará un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando la metodología de la observación directa con la escala de YIOS para poder identificar si existe una alta probabilidad de presentar una infección bacteriana severa.

Esta investigación se compone de los siguientes capítulos:

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos dado la oportunidad de realizarnos profesionalmente, por darnos la fortaleza y sabiduría para cumplir uno de nuestros propósitos en nuestras vidas.

A nuestros padres por ser nuestros pilares fundamentales, por darnos siempre el apoyo incondicional y la oportunidad de haber estudiado esta hermosa y valiosa carrera.

A nuestra(o)s hermana(o)s por ser quienes nos motivan a ser mejor cada día, y quienes han estado en todo momento ya sea de alegría o de tristeza.

A la Lic. Martha Holguín por sus valiosos consejos, enseñanzas y por habernos dedicado de su tiempo para así poder culminar con nuestro trabajo de titulación.

A los demás docentes que nos brindaron sus conocimientos y por haber formado parte en nuestra vida profesional.

A mi pareja de tesis por regalarme su hermosa amistad y por lograr juntas nuestro trabajo de titulación.

Muchas gracias.



Genesis Sánchez y Maybelee Torres

DEDICATORIA

Dedicamos nuestra tesis a nuestros padres quienes fueron nuestra ayuda fundamental, por darnos la fuerza y palabras de ánimo para poder seguir adelante y vencer nuestros obstáculos y miedos para culminar con nuestra carrera.

A nuestras hermanas que de alguna u otra manera hicieron lo imposible en lo posible para que podamos llegar a este momento tan maravilloso que significa en nuestras vidas.

A cada uno de nuestros docentes con los que tuvimos la oportunidad de compartir conocimientos y buenos momentos, gracias a ellos pudimos terminar nuestra carrera de enfermería; en especial a nuestra tutora, la Lic. Martha Holguín, quien compartió de su valioso tiempo para la realización de nuestra tesis.

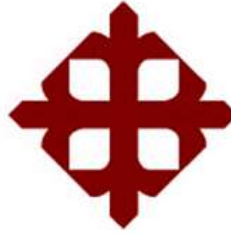
A mi pareja de tesis por formar parte de mi vida y lograr juntas nuestra meta.

Gracias infinitas para todos, por habernos dado la confianza y esta victoria es para ustedes.

"El éxito no es casualidad sino trabajo duro, perseverancia, aprendizaje, dedicación y, sobre todo, amar lo que haces"



Genesis Sánchez y Maybelee Torres



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Lcda. Angela Ovilla Mendoza Vinces. MGS.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____
Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez. MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____
Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda. MGS.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIX
ABSTRACT.....	XX
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Preguntas de investigación.....	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general:.....	7
1.4.2 Objetivos específicos:.....	7
CAPITULO II.....	8
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Marco conceptual.....	11
2.2.1. Definición de la temperatura corporal.....	11
2.2.2. Tipos de presentación de la fiebre en niños.....	11
2.2.3. Lugares de medición de la fiebre.....	12
2.2.4. Etiología.....	13
2.2.5. Epidemiología.....	14
2.2.6. Presentación clínica.....	16
2.2.7. Triángulo de Evaluación Pediátrica.....	17

2.2.8.	Factores de evaluación en el enfoque del manejo de lactantes con fiebre sin foco.....	18
2.2.9.	Antecedentes personales de riesgo infeccioso	19
2.2.10.	Signos de hipoperfusión tisular	19
2.2.11.	Escalas para niños menores de 3 meses	21
2.2.12.	Escala YIOS (Escala de observación infantil)	23
2.2.13.	Pruebas complementarias	23
2.2.14.	Manejo	25
2.2.15.	Tratamiento.....	26
2.2.16.	Tratamiento no farmacológico.....	26
2.2.17.	Otras causas de fiebre en neonatos	27
2.2.18.	Modelo de cuidados en base pediátrica de Virginia Henderson 28	
2.2.19.	Conceptos en relación con el paradigma del modelo de Virginia Henderson	29
2.2.20.	Las 14 necesidades básicas descritas en el modelo de V. Henderson son:	29
2.3.	Marco Legal.....	30
2.3.1.	Constitución de la República del Ecuador	30
2.3.2.	Código de la Niñez y Adolescencia	32
2.3.3.	Ley Orgánica de Salud.....	34
2.3.4.	Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna.	35
CAPITULO III.....		36
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....		36

3.1. Tipo de estudio.....	36
3.2. Población y muestra:	36
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	36
Criterios de Inclusión:.....	36
Criterios de exclusión:	36
3.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:.....	36
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujeto humano.....	37
VARIABLE GENERAL:	38
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS	57
GLOSARIO	61
ANEXOS.....	63
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS	67
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de la fiebre	11
Tabla 2: Agentes etiológicos frecuentemente aislados en pacientes con fiebre sin foco, por diferentes grupos etarios	14
Tabla 3: Escala de YIOS.....	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Evaluación inicial del paciente pediátrico mediante el triángulo de evaluación pediátrica	17
Figura N°2: Distribución porcentual del sexo	41
Figura N°3: Distribución porcentual de la procedencia	42
Figura N°4: Distribución porcentual de la etnia	43
Figura N°5: Distribución porcentual del estado nutricional.....	44
Figura N°6: Distribución porcentual del acompañante	45
Figura N°7: Distribución porcentual de los signos de hipoperfusión tisular..	46
Figura N°8: Distribución porcentual de la Escala de YIOS en la actitud	47
Figura N°9: Distribución porcentual de la Escala de YIOS en el estado de esfuerzo	48
Figura N°10: Distribución porcentual de la Escala de YIOS en la perfusión periférica	49
Figura N°11: Distribución porcentual de la Escala de YIOS <7 puntos.....	50
Figura N°12: Distribución porcentual de la Escala de YIOS >7 puntos.....	51

RESUMEN

Los lactantes presentan una fiebre sin foco infeccioso, siendo la causa principal la infección de vías urinarias y el síndrome de distrés respiratorio, bacteriemia oculta, enteritis u otras enfermedades. **Objetivo general:** Determinar la valoración de temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023. **Metodología:** Se realizó un estudio de campo, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, y transversal. **Población:** 250 lactantes en el área de UCIN. **Técnica:** Observación indirecta/ Encuesta. **Instrumento:** matriz de Observación indirecta y cuestionario de preguntas. **Resultados:** El estudio estuvo conformado con una edad de 0 – 15 días (85%), de sexo masculino (56%), con una procedencia urbana (89%), de etnia mestiza (78%), con un estado nutricional adecuado (80%), el acompañante fue la madre (85%), no presentaban piel moteada el (76%), sin palidez el (80%), con frialdad el (74%), ningún lactante presentaba cianosis ni pulso débil (100%), dando la puntuación de 63% >7 puntos y el 37% con una puntuación de <7 puntos, prevaleciendo las enfermedades de síndrome de distrés respiratorio, sepsis neonatal y fiebre no identificada. **Conclusión:** En la mayoría de los lactantes se recomienda vigilar estrechamente la temperatura corporal debido a su inmadurez fisiológica y sus sistemas inmunes inmaduros, una temperatura anormal, puede indicar una infección o enfermedad grave; siendo un desafío para todo el personal de salud.

Palabras Clave: valoración, temperatura, 0 a 3 meses, emergencia, escala de YIOS

ABSTRACT

Infants present with fever without infectious focus, the main cause being urinary tract infection and respiratory distress syndrome, occult bacteremia, enteritis, or other diseases. **General objective:** To determine the assessment of body temperature in febrile children aged 0-3 months attending the emergency room at the Dr. Francisco de Icaza Bustamante Children's Hospital, period September 2022 – February 2023. **Methodology:** A field, scriptive, quantitative, prospective, and cross-sectional study was conducted. **Population:** 250 infants in the NICU area. **Technique:** Indirect observation/Survey. **Instrument:** indirect observation matrix and questionnaire of questions. **Results:** The study consisted of an age of 0 – 15 days (85%), male (56%), with an urban origin (89%), of mestizo ethnicity (78%), with an adequate nutritional status (80%), the companion was the mother (85%), did not present mottled skin (76%), without pallor (80%), with coldness (74%), no infant presented cyanosis or weak pulse (100%), giving the score of 63% >7 points and 37% with a score of <7 points, prevailing diseases of respiratory distress syndrome, neonatal sepsis and unidentified fever. **Conclusion:** In most infants it is recommended to closely monitor body temperature due to their physiological immaturity and immature immune systems, an abnormal temperature, may indicate a serious infection or illness; being a challenge for all health personnel.

Keywords: *assessment, temperature, 0 to 3 months, emergency, YIOS scale*

INTRODUCCIÓN

La fiebre es una de las razones más comunes que se encuentran en consulta pediátrica, especialmente durante la primera infancia.

La fiebre sin foco (FSF) es el aumento de la temperatura por encima de 38°C, que evoluciona en menos de 72 horas, sin que se conozca su origen tras una anamnesis y un examen físico de forma cuidadosa (1).

Los síndromes febriles en niños son diversos, suele ser secundaria a infección, pero también puede deberse a neoplasias sólidas o leucemias, enfermedades autoinmunes, endocrinas y metabólicas. En la mayoría de los casos, es un síntoma de una infección leve de origen viral, autolimitada, que requiere únicamente tratamiento sintomático con antipiréticos. Sin embargo, a veces, puede causar complicaciones propias, como convulsiones febriles, incluso puede ser un síntoma de una enfermedad crónica o a una infección grave como sepsis o meningitis que puede poner en peligro la vida de los niños (2).

La escala YIOS, que es la “escala de valoración del lactante pequeño” (en inglés, Young Infant Observation Scale), se utiliza para evaluar lactantes de uno a tres meses de edad, según tres parámetros que son: actitud, estado/ esfuerzo respiratorio y la perfusión periférica. Si la puntuación es inferior a siete puntos, se considera que no hay riesgo de infección bacteriana grave (IBG) (2).

Por este motivo, la evaluación inicial del niño con síndrome febril comienza con una valoración de la gravedad, para descartar la presencia de signos de alarma:

- Signos de hipoperfusión tisular: piel moteada o veteada, palidez, frío, cianosis, pulso débil.
- Erupción petequial generalizado.
- Afectación en el nivel de conciencia.
- Signos de insuficiencia respiratoria.

Si aparece alguno de los signos anteriores, se recomienda llevar al niño al hospital con urgencia. Si no hay signos de alarma, debemos realizar una evaluación completa con el objetivo de obtener un diagnóstico e iniciar el tratamiento (3).

En el presente proyecto investigativo, cuyo objetivo es determinar la valoración de temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, se realizará un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando la metodología de la observación directa con la escala de YIOS para poder identificar si existe una alta probabilidad de presentar una infección bacteriana severa.

Esta investigación se compone de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, Preguntas de investigación, Justificación y Objetivos.

Capitulo II: Fundamentación conceptual; fundamento legal

Capitulo III: Metodología; diseño de investigación, variable de estudio, Variables generales y Operacionalización, presentación y análisis de resultados; discusión, conclusiones, recomendaciones, anexos y referencias bibliográficas.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del problema

La fiebre sin foco en lactantes de uno a tres meses de edad es un problema que debe ser atendido de inmediato debido a un alto riesgo de infección bacteriana invasiva, que posteriormente puede llevar a una sepsis e incluso a la muerte y es una de las causas más comunes en consulta pediátrica (4).

Es necesario conocer la edad del niño, ya que cuanto menor es el niño, mayor es la probabilidad de infección bacteriana grave (IBG); así, los recién nacidos (<1 mes) tienen un 15% de probabilidad de padecer IBG, porcentaje que se duplica en los menores de 15 días (30%). La mayoría de los autores creen que los lactantes menores de 90 días tienen un riesgo particular de contraer infecciones bacterianas graves (IBG), aunque otras publicaciones establecen este límite en 60 días (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Escala YIOS como la valoración de gravedad, síndrome febril sin foco en lactantes de 1 a 3 meses (6). Además, la OMS reportó 9,334 muertes neonatales y 0.9% de las cuales se debieron a enfermedades infecciosas. En cuanto a la prevalencia de IBG en neonatos febriles, la prevalencia en diferentes estudios estuvo entre el 7% y el 29% (7).

A nivel mundial, aproximadamente 4 millones de niños mueren dentro de los 28 días posteriores al nacimiento y el 26% de los cuales son causados por una infección bacteriana grave (IBG). Para América Latina la fiebre es también el principal motivo de consulta pediátrica con una tasa de mortalidad neonatal de 15 por cada 1000 nacidos vivos (7).

En el Ecuador la fiebre de origen desconocido es una de las razones más comunes de visitas al médico, debido a que la evaluación de estos pacientes es un verdadero desafío para el pediatra, razón por la cual la incidencia y tasa de 5.46 por 1000 nacidos vivos no es la misma en los últimos cinco años (8).

En el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, hemos podido evidenciar que al área de emergencia son ingresados los niños con cuadros febriles de 38° C sin foco, debido a que es el motivo más frecuente por el que necesitan atención médica. En la mayoría de los casos, la causa de la temperatura elevada es identificable por las multitudes de microorganismos que pueden conducir a infecciones febriles ocultas, por lo que el mayor desafío para los profesionales de la salud es encontrar el equilibrio entre la minimización de riesgos y la prevención a la hora de tomar decisiones, por consiguiente se utilizará la escala de YIOS para descartar infecciones bacterianas graves siempre que se tuvieran en cuenta los parámetros de actitud, respiración, perfusión y que su puntuación no sea mayor o igual a siete.

1.2 Preguntas de investigación

- ¿Cómo se valora la temperatura corporal en los niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan los niños de 0 a 3 meses?
- ¿Cuáles son los signos de hipoperfusión tisular que presentan los niños de 0 a 3 meses?
- ¿Cómo se valora el síndrome febril mediante la escala de YIOS a los niños de 0 a 3 meses?

1.3 Justificación

La mayoría de las fiebres sin foco se deben a un proceso viral autolimitado, pero en una minoría de los casos pueden corresponder a infección bacteriana grave (IBG): infección del tracto urinario, neumonía, bacteriemia oculta, meningitis, infecciones de huesos y articulaciones, celulitis o enteritis en niños menores de 3 meses (9).

La edad, el estado inmunitario y el aspecto general son los factores más importantes en el tratamiento del niño con fiebre sin foco (FSF). Los niños menores de 3 meses tienen muchas más probabilidades de tener una IBG (6-10%) y su examen físico es menos sensible (9).

Los niños pequeños pueden ser más propensos a tener fiebre porque su sistema termorregulador aún puede estar inmaduro.

Es importante distinguir entre fiebre e hipertermia porque son dos términos que pueden parecer similares, pero a la vez son muy diferentes. En ambos casos se produce una elevación de la temperatura, pero en la hipertermia el punto de referencia hipotalámico permanece en niveles normotérmicos y falla el mecanismo de regulación (10).

En definitiva, la evaluación y actuación inicial de los niños con síndrome febril requiere una adecuada interpretación de los signos y síntomas que acompañan a la fiebre. Esta evaluación debe comenzar por excluir alertas o signos de gravedad. Una vez descartados estos signos graves, es necesario una evaluación completa con el fin de realizar un diagnóstico y, en su caso, iniciar el tratamiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no obtendremos este diagnóstico y solo trataremos los síntomas con antipiréticos y medios físicos.

Este trabajo es de suma importancia para la población pediátrica de 0 a 3 meses de edad, y también con la ayuda de la escala de YIOS podremos disminuir la tasa de mortalidad infantil en el Ecuador, realizando un diagnóstico oportuno e identificación temprana de los signos y síntomas de alarma y así ofrecer un oportuno tratamiento.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar la valoración de temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográficamente a los niños febriles de 0-3 meses.
- Identificar los signos de hipoperfusión tisular que presentan los niños febriles de 0-3 meses.
- Valorar mediante la Escala de YIOS a los niños febriles de 0-3 meses.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes de la investigación.

En relación con el tema se han realizado con anterioridad varias investigaciones:

En el artículo publicado en el **año 2017 por E. Villalobos y M. Sánchez** (11), mencionan que la fiebre es uno de los principales motivos de consulta al pediatra, en un 10 a 20% de los casos de urgencia. En pediatría, la fiebre está cobrando cada vez más importancia debido a las características de los pacientes, la ambigüedad de los síntomas que a menudo se asocian con una infección grave y la ansiedad que esto genera en las familias y los médicos. Estos factores aumentaron exponencialmente en los niños pequeños, especialmente en los menores de 3 meses de edad, que fueron objeto de este estudio, en el que el diagnóstico de infecciones bacterianas potencialmente graves tuvo un alto valor pronóstico y terapéutico (11).

En el **año 2017 Mercedes de la Torre et al** (12), enfatiza que en un estudio de los lactantes menores de 3 meses febriles atendidos durante 5 años en el servicio de urgencias, describió cambios en la etiología de la bacteriemia; los patógenos más comunes son E. coli, L. monocitogenes. Las últimas investigaciones en EE. UU. también demostraron que la prevalencia de bacteriemia y meningitis por S. agalactiae disminuyó, lo que convirtió a E. coli en el patógeno más común no solo de infecciones del tracto urinario, sino también de bacteriemia y meningitis en bebés menores de 3 meses (12).

En el **año 2018 un estudio realizado por C.Bréhin et al** (13), informaron que durante un proceso infeccioso que afecta a lactantes menores de 1 mes de edad, la fiebre no siempre está presente inicialmente: el 7% de los lactantes con infección bacteriana grave desarrollan fiebre o hipotermia (temperatura inferior a 36°C) (13).

En el artículo publicado en el año **2018 por B. Gómez, S. Mintegi** (14), señaló que alrededor del 20% de los lactantes menores de 3 meses con temperatura superior a 38°C se infectaron con la bacteria. La más común es una infección del tracto urinario (ITU), que es más común a esta edad en niños, seguida de una bacteriemia oculta. La bacteria que más comúnmente causan infecciones invasivas (incidencia del 2-4%) es la *Escherichia coli*, principalmente por bacteriemia en infecciones del tracto urinario, seguida de *S. agalactiae* (principal causante de infecciones invasivas (IBI) sin infección del tracto urinario (ITU) concurrente. Otros menos frecuentes: enterococos y enterobacterias en lactantes; *S. aureus* y *S. pneumoniae* después de más de 1 mes” (14).

En un trabajo desarrollado en el año **2018 por Miguel Ángel Fernández et al** (15), menciona que la mayoría de las fiebres de origen desconocido se deben a un proceso viral autolimitado, pero en una minoría de los casos pueden corresponder a infección bacteriana grave (IBG): infección del tracto urinario, neumonía, bacteriemia oculta, meningitis, infecciones de huesos y articulaciones, celulitis o enteritis, los niños menores de 3 meses tienen un riesgo significativamente mayor de una IBG (6-10%) y son menos susceptibles al examen físico (15).

En la tesis publicada en el **año 2018 por D. Castro Daza** (16) , establece que la fiebre es una respuesta fisiológica a la infección causada por una variedad de virus y bacterias, muchos de los cuales son comunes, lo que ayuda a prevenir la propagación de enfermedades y aumenta la respuesta de defensa del niño, la mayoría de los pacientes febriles (85-90%) entre 0 a 36 meses sin foco evidente y en buen estado general, frecuentemente sufren (16).

De igual manera mediante una investigación en el **2020 por Macarena Moya et al** (17), afirma que la fiebre corresponde a una respuesta fisiológica a las agresiones infecciosas y no infecciosas. Es uno de los motivos más comunes de consulta al pediatra, representando del 40 al 60% de todas las consultas en urgencias y del 20 al 30% de las consultas externas (17).

En el artículo publicado en el **año 2020 por Álvarez y Gutiérrez** (18), indica que cada niño presenta de 4 a 6 episodios de fiebre por año y que en la mayoría de los casos estos son procesos virales leves y autolimitados. Pero entre el 7-11% desarrollará una infección bacteriana grave (IBG) que puede volverse más grave e incluso provocar la muerte. En alrededor del 20% de los casos, no se encuentra ningún cambio después de una historia clínica y un examen físico cuidadosos (18).

Por otra parte, en el artículo publicado en el **año 2021 por M. Benigno et al** (19), estudios efectuados en hospitales, el 45% de 75.000 consultas pediátricas que incluyó a recién nacidos, fueron por fiebre. En algunos otros casos, encontramos que los niños menores de 29 días representaron el 4,7% de 1030 niños menores de 36 meses que fueron examinados por fiebre aguda de causa desconocida y el 48% de 550 niños menores de 3 meses fueron ingresados en el hospital por la misma razón (19).

Finalmente, en el artículo publicado en el **año 2022 por C. Monserrat Valdés et al** (20), describe que alrededor del 20% de las consultas de emergencia corresponden a lactantes febriles. En los neonatos y lactantes < 90 días, la fiebre es un signo clínico importante ya que puede ser compatible con una infección bacteriana grave, considerando una menor actividad del sistema inmune, falta de vacunación y pocos signos clínicos están presentes, por lo que los hemocultivos se obtienen con frecuencia (20).

2.2. Marco conceptual.

2.2.1. Definición de la temperatura corporal

La temperatura corporal es una respuesta biológica específica mediada y controlada por el sistema nervioso central, con perfiles superiores a 38°C; la toma adecuada es la rectal y esta varía a lo largo del día y puede aumentar hasta 1 o 1,5°C en niños. Aunque una temperatura superior a 37,5 °C puede considerarse significativa en un bebé menor de tres meses, una temperatura superior a 38°C generalmente se considera fiebre (21).

Es importante entender que la fiebre se presenta con una frecuencia variable, conocida como patrón, lo que puede llevar a la exclusión de diagnósticos diferenciales, ya que cada patrón sugiere una etiología diferente dependiendo de la presentación del paciente (21).

Clasificación	Temperatura
<i>Hipotermia</i>	35.0°C o menos
<i>Normal</i>	36.0°C – 37.0°C
<i>Febrícula</i>	37.1°C – 38.1°C
<i>Fiebre leve</i>	38.1°C – 38.5°C
<i>Fiebre moderada</i>	38.5°C - 39.0°C
<i>Fiebre alta</i>	A partir de 39.0°C

Tabla 1: Clasificación de la fiebre

2.2.2. Tipos de presentación de la fiebre en niños

Recurrente:

- ✓ Episodio febril único en el que los síntomas (incluida la fiebre) aparecen y luego desaparecen.
- ✓ Episodios febriles repetidos no relacionados con un sistema orgánico (Ej., Sistema urinario).

- ✓ Episodios febriles recurrentes ocurren a intervalos irregulares que involucran diferentes sistemas de órganos con fiebre como componente variable. (21).

Prolongada:

- ✓ Episodio único en el que la duración de la fiebre supera lo esperado para el diagnóstico clínico (p. ej., síndrome viral que dura más de 10 días).
- ✓ Episodio único en el que inicialmente la fiebre es la característica predominante, luego progresa a febrícula o se considera un problema (21).

De origen desconocido:

- ✓ Episodio único de fiebre que dura más de 3 semanas con fiebre $>38.3^{\circ}\text{C}$ la mayoría de los días; y después de 1 semana de evaluación clínica y de laboratorio el diagnóstico aún no está claro (21).

Periódica:

- ✓ Episodios recurrentes caracterizados por la fiebre, con duración de días a semanas y con características sintomáticas predecibles, separados por periodos de ausencia total de síntomas con frecuencia, estos pueden ser regular o irregular (21).

2.2.3. Lugares de medición de la fiebre

Rectal:

- ✓ Se considera el más adecuado para estimar la temperatura interior.
- ✓ Recomendado por la mayoría de las guías para medir la temperatura en neonatos y lactantes sin contraindicaciones (pacientes neutropénicos, cirugía rectal reciente) (22).

Axilar/ oral:

- ✓ La medición de la temperatura vía oral puede verse afectada por la respiración bucal, lo cual es especialmente importante en pacientes con taquipnea, o ingestas recientes de líquidos fríos o calientes. Aunque diversos estudios han demostrado que la temperatura registrada por estas vías es inferior a la obtenida por vía rectal, no se

recomienda realizar la conversión debido al amplio rango de diferencias obtenido (22).

Métodos infrarrojos:

- ✓ Óptica: su uso en los hogares va aumentando por su facilidad de uso. Sin embargo, los termómetros disponibles comercialmente son poco precisos, por lo que no se recomiendan para tomar decisiones clínicas.
- ✓ Frente: registra la temperatura producida por la arteria temporal. Al igual que ocurre con los anteriores, no se recomienda su uso debido a la gran diferencia entre la temperatura que registran y la temperatura central. Además, factores como la transpiración o cambios en los vasos sanguíneos pueden afectar la medición (22).

2.2.4. Etiología

La etiología puede variar según el grupo de edad, por lo que para determinar la causa es importante poder analizar la causa de la fiebre por edad y estado de inmunización además de una anamnesis y exploración física detalladas (23).

Neonatos:

Este grupo de edad tiene más probabilidades de desarrollar IBG, que se desarrolla en el 20-28% de los niños debido a su sistema inmunitario inmaduro. Las infecciones virales pueden ser graves, y las más comunes son las bacterias transmitidas a través del canal de parto, como Streptococcus del grupo B, Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Enterococcus y Listeria monocytogenes (23).

Lactantes de 1 y 3 meses:

Alrededor del 2-3% de estos pacientes pueden desarrollar IPG; E. coli es la bacteria más comúnmente aislada, mientras que la Listeria fue muy rara; la ITU es la infección bacteriana grave más común (75-84%) (23).

2.2.5. Epidemiología

Los patógenos aislados de pacientes con fiebre de origen desconocido variaron con la edad del paciente.

Agentes etiológicos frecuentemente aislados en pacientes con fiebre sin foco, por diferentes grupos etarios		
	<28 días	1-3 meses
Etiología más común	Enterovirus	Parechovirus serotipo 3
Probabilidad Bacteriemia oculta (BO)	20-28%	9-14%
Bacterias	Streptococo del Grupo B Escherichia coli Enterococcus spp. L. monocytogenes	Escherichia coli

Tabla 2: Agentes etiológicos frecuentemente aislados en pacientes con fiebre sin foco, por diferentes grupos etarios

Las diferencias en las bacterias responsables según el grupo de edad están determinadas por varios factores. La mayoría de los patógenos, los virus son comunes: parevirus, especialmente el serotipo 3, en niños menores de 3 meses. Es rara la viremia y bacteriemia en el mismo paciente, lo que sugiere que los pacientes con viremia tienen un menor riesgo de IBG simultáneo; sin embargo, no es posible detectar virus locales (24).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, las personas con fiebre sin foco se clasifican en infecciones del tracto urinario, causada generalmente por Escherichia coli con o sin bacteriemia, la bacteriemia oculta en la que nos centraremos, y neumonía latente (24).

Neonatos

Están en mayor riesgo de IBG, que ocurre en el 20-28% de los niños menores de 28 días con FSF, porque sus sistemas inmunológicos son inmaduros, especialmente los niños menores de 21 días. Aunque las infecciones virales pueden ser graves como la meningitis causada por el virus del herpes simple (VHS) o pueden tener síntomas similares a la sepsis por el enterovirus (24).

Las bacterias comúnmente suelen incluir bacterias producidas en el canal de parto por transmisión vertical, como Streptococcus del grupo B (SGB) o Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Enterococcus y Listeria monocytogenes. Los enfoques actuales para la colonización por SGB, han reducido esa infección bacteriana y en segundo lugar la Listeria, que casi ha desaparecido como causa de sepsis de transmisión vertical, a veces se asocia con brotes de origen alimentario que involucran a la madre. Escherichia coli es la bacteria más común aislada de la sangre (60 %) y la orina (87 %), y la resistencia a la penicilina aumentó con la duración del tratamiento antibiótico materno. El SGB sigue siendo el que se aísla con mayor frecuencia en el LCR, lo que da lugar a las afecciones más graves, como meningitis (39 %), focos de infección no meníngea (10 %) y sepsis temprana (7 %). Los enterococcus y neumococos son muy raros pero graves; la neumonía neumocócica tiene una tasa de mortalidad del 14% en este grupo de edad (24).

Lactantes 1-3 meses

La prevalencia de IBG es del 9-14%. E. coli es la bacteria más común, el SGB está disminuyendo y la Listeria es muy rara. La ITU es la IBG más frecuente (75-84%), producida principalmente por E. coli, seguida de la BO (6-13%), de E. coli (42%), SGB (23%) y neumococo (6%). Con respecto a los virus, cabe señalar que las ITU se asocian concurrente y significativamente con la bronquiolitis en niños pequeños. Sin embargo, investigaciones publicadas recientemente no respaldan este punto de vista. Por lo tanto, el análisis de orina y el cultivo de orina se realizan en niños

pequeños febriles con bronquiolitis, deben adaptarse a las circunstancias y síntomas del paciente (24).

2.2.6. Presentación clínica

Fiebre:

Es temperatura corporal elevada ≥ 38 °C. La fiebre $\geq 39,5$ °C se ha considerado tradicionalmente un mayor riesgo de IBG, ya que se ha asociado con la bacteria más común, el neumococo, durante más de 3 meses. Sin embargo, esta relación no es consistente con otras bacterias, donde las bacteriemias por E. coli, meningocócica o Salmonella pueden tener picos febriles menos pronunciados, o por el contrario podemos ver infecciones virales acompañadas de fiebre alta. La duración no se relacionó con el riesgo de BO (18).

Estado general:

La ausencia de síntomas concomitantes de FSF por sí misma descartaría o confirmaría la IBG, y mucho menos sería indicativa de un agente causal. Además, la gravedad clínica de la FSF varía ampliamente con la edad y es rara en menores de 3 meses, especialmente en los recién nacidos. Pueden tener síntomas inespecíficos como letargo, pérdida de apetito, vómitos, llanto inconsolable o irritabilidad.(18).

Se debe obtener un historial completo de contactos familiares, enfermedades previas, vacunas y uso reciente de antibióticos. Se deben obtener antecedentes prenatales, perinatales y neonatales, especialmente a una edad muy temprana. En primer lugar, debe preguntarse y buscarse aquellos síntomas o signos focales que pueden haber pasado desapercibidos a los padres: otalgia –o irritabilidad en el niño pequeño–, tiraje o tos, o inmovilidad de una extremidad en caso de infecciones osteoarticulares, que nos indica una causa tratable específica. Un examen físico completo ayuda a confirmar o descartar la presencia de un foco (18).

Consultar el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), que evalúa la apariencia general, el nivel de actividad, el color de la piel, el tono, actitud,

estado de alerta. La irritabilidad, el llanto inconsolable, la perfusión deficiente, el mal tono, la disminución de la actividad o el letargo pueden ser signos de una infección grave (18).

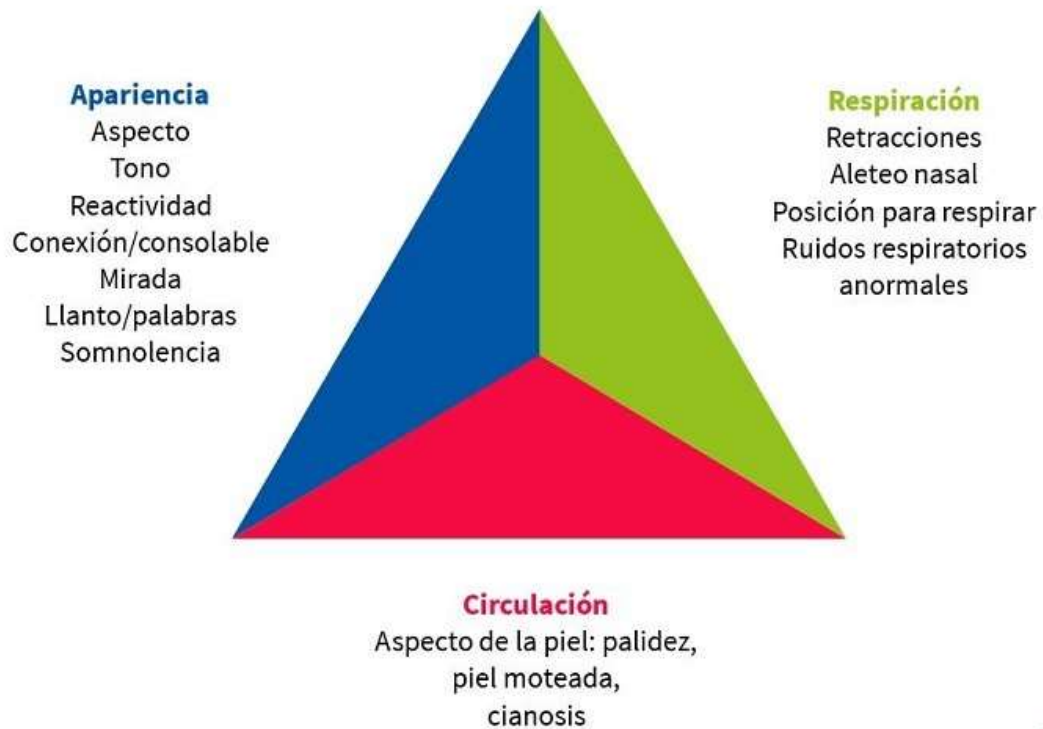


Figura N°1: Evaluación inicial del paciente pediátrico mediante el triángulo de evaluación pediátrica

2.2.7. Triángulo de Evaluación Pediátrica

El mayor riesgo de infección grave se asocia al estado general más alterado (22).

El TEP es una herramienta que fue desarrollada por la Academia Americana de Pediatría, proporciona el primer cuadro clínico del paciente, independientemente de la edad y el motivo de aparición a una consulta (22).

Se evalúa sin el uso de ningún equipo, midiendo constantes, incluso sin siquiera tocar al paciente, basándose únicamente en datos visuales y auditivos. Los tres lados deben ser normales para que un TEP se clasifique como normal. Se debe evaluar:

- Apariencia: actitud, todo, llanto, capacidad de consuelo, mirada, interés por el entorno.
- Respiración: trabajo respiratorio (retracción o tiraje, aleteo, taquipnea) y ruidos respiratorios anormales (estridor, quejido, distonía, sibilancias, ronquido).
- Circulación: coloración de la piel (palidez, cutis marmorata, cianosis) (22).

Igualmente es necesario medir la constante, la oximetría de pulso, la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR) y la presión arterial. Las frecuencias cardíacas superiores a 160 lpm en recién nacidos y las frecuencias cardíacas superiores a 60 lpm se asocian con un mayor riesgo de muerte y, a menudo, son indicativas de sepsis en desarrollo (24).

2.2.8. Factores de evaluación en el enfoque del manejo de lactantes con fiebre sin foco

○ **Edad**

La edad es el primer factor para considerar cuando se trata a un niño con fiebre: cuanto menor es la edad, mayor es la probabilidad de IBG en bebés menores de 3 meses, especialmente en niños menores de 1 mes de sexo masculino. El riesgo disminuye entre los 3 y los 36 meses de edad, y después de esta edad son raras las infecciones bacterianas graves sin síntomas focales (25).

○ **Estado inmunitario**

Es importante evaluar si el niño tiene un defecto inmunitario primario o secundario (por ejemplo, terapia inmunosupresora) y estar vacunado adecuadamente (25).

○ **Temperatura**

El riesgo de IBG aumenta con el grado de fiebre, aunque la relación entre la gravedad de la fiebre y la sepsis en el período posneumocócico conjugado (25).

- **Estado general**

Existen muchos indicadores clínicos para poder evaluar el riesgo de infección bacteriana grave (25).

- **Constantes vitales**

La frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria son los criterios para el diagnóstico de sepsis, y sus mediciones no solo se basan en el estado general del paciente, sino que también brindan una aproximación más objetiva. El tiempo de llenado capilar también determina la perfusión periférica, y la presión arterial debe medirse siempre que sea posible (25).

2.2.9. Antecedentes personales de riesgo infeccioso

- Pacientes inmunocomprometidos, con antecedentes de infección del tracto urinario o enfermedad renal, con dispositivos mecánicos.
- Estado de vacunación: los pacientes de FSF están particularmente interesados en saber si están vacunados contra H. influenzae y S. neumonía. Los niños que no han sido vacunados por sus familias y los niños que no han recibido al menos 2 dosis de estas dos vacunas (antes de los 4-5 meses de edad) son muy susceptibles a las infecciones provocadas por esta bacteria. Aunque estos pacientes tienen teóricamente un mayor riesgo de infección con estas bacterias, se debe considerar que se benefician de la inmunidad colectiva existente (22).

2.2.10. Signos de hipoperfusión tisular

La hipoperfusión es un parámetro de los pacientes de monitoreo grave, ya que contribuye a la disfunción orgánica en todas las causas de shock; se caracteriza por la perfusión inadecuada del tejido corporal, causando un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. Estos pacientes con dolor grave sufren de hipertensión, reacciones mentales secundarias por el estrés, caracterizadas por la secreción de cortisol, catecolaminas y citosinas que provocan glucólisis acelerada, gluconeogénesis excesiva, glucogenólisis y resistencia a la insulina, esto conlleva a un aumento de la degradación de proteínas y del catabolismo de las grasas, a su vez esto conduce a una

mayor degradación de proteínas y catabolismo de grasas, y cuando esto ocurre en la fase aguda, a menudo conduce a hiperglucemia, asociada con un mayor consumo de oxígeno, así como a una respuesta cardiovascular mejorada. (26).

Los signos son:

✓ **Piel moteada**

Esto se debe a la vasoconstricción periférica. No se puede evaluar en niños pequeños en ambientes fríos. No debemos confundirlo con cutis marmorata (27).

✓ **Palidez**

Este es el primer signo de mala perfusión periférica. No evaluado en situaciones de anemia severa (27).

✓ **Frialdad**

El frío en áreas extremas como brazos y piernas, especialmente en bebés y niños pequeños, puede ser normal, pero si la perfusión está alterada, la zona de cambio de temperatura está más cerca de los tobillos y las muñecas (27).

✓ **Cianosis**

Signo tardío en el shock. También puede aparecer en la segunda circulación con un cambio en la respiración. Indica una hipotensión severa. Como se mencionó anteriormente, no se puede evaluar en lactantes sanos en ambiente frío (27).

✓ **Pulso débil**

Evalué los pulsos periféricos (hombro) y central. La ausencia de pulso periférico también puede ser un signo de shock. La ausencia de un pulso central nos obliga a practicar RCP. Podemos estimar la palpación del pulso con los siguientes valores de presión arterial sistólica (PAS):

- Pulso periférico palpable: PAS > 90 mmHg.
- Pulso central palpable: PAS > 50 mmHg.
- Sin pulso: presión arterial sistólica < 50 mmHg (27).

2.2.11. Escalas para niños menores de 3 meses

Lo más importante es determinar la causa de la fiebre. La mayoría de los niños tendrán una viremia autolimitada. Algunas representarían IBG: infección del tracto urinario (ITU), bacteriemia oculta (BO), neumonía, meningitis, gastroenteritis aguda bacteriana, osteomielitis y artritis séptica, entre otras (28).

Se observa inmadurez del sistema inmunológico durante los primeros meses de vida y hasta los 2 años de edad, la producción de IgM e IgG específicas contra bacterias capsuladas es insuficiente (28).

La presentación clínica, el riesgo de IBG y los microorganismos asociados varían con la edad y las recomendaciones de atención inicial son diferentes (28).

La observación y el seguimiento clínico son fundamentales para detectar una IBG. Para objetivar este análisis se desarrolló la escala de observación clínica YIOS (Young Infants Observation Scale) (28).

Neonatos:

La mayoría de los puntajes se mantuvieron fijos en 28 días/mes para considerar a este grupo como un factor de riesgo y utilizar métodos de diagnóstico que incluyen hospitalización, análisis de sangre, análisis de orina, análisis de orina, cultivos de sangre y punción lumbar (18).

Pero debido a que el riesgo en este grupo no es uniforme, algunos grupos recomiendan reducir la edad a 15 días para ubicar a los bebés en el grupo de alto riesgo. Esto permitirá el tratamiento ambulatorio para pacientes seleccionados durante 15 días que cumplan con los criterios de bajo riesgo. Sin embargo, en el artículo, evaluaron el riesgo de IBG entre las edades de 1 y 4 semanas y concluyeron que los lactantes menores de 3 semanas (hasta 21 días) tenían un riesgo parecido de una IBG. Por lo tanto, los bebés menores de 21 días se considerarían un grupo de alto riesgo para la FSF (18).

Lactantes de 1-3 meses

Un posible punto de partida es la escala Young Infant Observation Scale (YIOS), que evalúa el grado de la afectividad, el esfuerzo respiratorio y la perfusión periférica (18).

Una puntuación de ≤ 7 significa una probabilidad del 4% con S 76%, E 75% y VPN 96%. Sin embargo, pierde su utilidad en infecciones febriles del tracto urinario, en muchos casos no afecta el estado general y no tiene gran valor pronóstico en todos los pacientes de buen aspecto (18).

Se tendrán en cuenta los hallazgos clínicos previos (factores y riesgos clínicos), evaluación general (TEP), examen físico y constantes vitales, hemograma completo, hemocultivos, RFA, uroanálisis y urocultivo, punción lumbar, más o menos según los criterios (18).

En general, se necesita más investigación. La proteína C reactiva y la procalcitonina son los reactivos de fase aguda más considerados. La velocidad de sedimentación globular tiene baja sensibilidad y especificidad para detectar IBG (28).

El tratamiento debe considerarse después de 48 - 72 horas y evaluarse, según evolución clínica, el cultivo y los resultados de laboratorio (28).

2.2.12. Escala YIOS (Escala de observación infantil)

	Normal (1 punto)	Moderado (3 puntos)	Grave (5 puntos)
Afectividad	Sonríe No irritable	Irritable Consolable	Irritable Inconsolable
Esfuerzo respiratorio	Normal	Taquipnea > 60 rpm Retracciones o quejido	Distrés respiratorio con esfuerzo inadecuado Apnea
Perfusión periférica	Piel rosada Extremidades calientes	Extremidades frías Piel moteadas	Pálido Shock

Tabla 3: Escala de YIOS

YIOS <7: bajo riesgo de infección bacteriana grave. YIOS >7: alto riesgo de infección bacteriana grave.

La escala YIOS incluye solo tres variables: afectividad (sonrisa, llanto), esfuerzo respiratorio y perfusión periférica, otorgando puntuaciones de 1, 3 o 5 según el grado de afectación. Una puntuación igual o superior a 7 tiene una sensibilidad y especificidad del 75% para detectar IBG, con un valor predictivo negativo del 96%. Sin embargo, la situación de la sensibilidad especial de este grupo de edad requiere que se realicen un examen adicional y se evalúe en el ámbito de la urgencia hospitalaria (29).

2.2.13. Pruebas complementarias

Menores de un mes

La hospitalización siempre está indicada por el alto riesgo de IBG. Se realizará un examen completo de sepsis, que incluye: hemograma completo, PCR o PCT, hemocultivo, sedimento de orina y urocultivo (utilizando técnica aséptica como el sondaje vesical). En caso de aumento de leucocitos por encima de 20.000 leucocitos/mm³ o síntomas respiratorios, también se debe

realizar una radiografía de tórax, en caso de síntomas neurológicos está indicada la punción lumbar (18).

En niños menores de 15 días, debido al alto riesgo de IBG (30%), se debe iniciar antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima o gentamicina intravenosas. Mayores de 15 días según evolución (18).

Entre uno y tres meses

Se actuará según la puntuación mediante la escala YIOS.

YIOS mayor de 7

Si la puntuación YIOS es superior a 7, se indica ingreso hospitalario, valoración completa de sepsis como en el apartado anterior e inicio de antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima intravenosas (18).

YIOS menor de 7

Si la puntuación YIOS es inferior a 7, se indican pruebas adicionales, que incluyen al menos un hemograma completo y una prueba de sedimento urinario. Se recomienda PCR o PCT siempre que sea posible. La radiografía de tórax se realiza con un recuento de glóbulos blancos superior a 20.000/mm³ o con síntomas respiratorios. Los cultivos de sangre y orina de rutina son opcionales y solo recomendados por algunos autores. Si dos o más de las pruebas realizadas (hemograma, sedimento de orina, PCR, PCT) están alteradas, se indica ingreso y examen completo para infección. La antibioterapia empírica no está indicada cuando la puntuación YIOS es inferior a 7, pero es importante vigilar cuidadosamente a estos pacientes e iniciar la antibioterapia ante la menor sospecha (18).

2.2.14. Manejo

Neonatos

Los recién nacidos de hasta 21 días de edad con síntomas de toxicidad deben ser tratados inmediatamente con antibióticos empíricos (18).

Es necesaria una evaluación completa de la sepsis, pero la terapia con antibióticos debe iniciarse de inmediato, por lo general con ampicilina, cefotaxima y aciclovir, o en individuos de bajo riesgo con ampicilina y gentamicina. En pacientes con TEP normal, criterios analíticos normales y cultivo negativo a las 36 h, se puede considerar la suspensión del tratamiento antibiótico o incluso el alta hospitalaria. Datos recientes muestran que el 96% de los hemocultivos son positivos dentro de las 36 horas y el 91% dentro de las 24 horas en presencia de bacterias patógenas (18).

Lactantes de 1-3 meses

Con base en criterios clínicos y de laboratorio, se pueden determinar los siguientes grados:

- Lactante con mal aspecto: Esto se considera sepsis y se evalúa y trata según los resultados de un estudio completo de sepsis. La terapia antibiótica empírica, generalmente cefotaxima y vancomicina (15 mg/kg/6 horas) se instaure y se inicia de inmediato (18).
Si la prevalencia de meningitis por *L. monocytogenes* o *Enterococcus* es alta, se debe utilizar una combinación de ampicilina (75 mg/kg/6 horas) (18).
- Lactante con buen aspecto: Se practicarán comportamientos más o menos conservadores/agresivos según la escala elegida. Hay consistencia en la realización de análisis de orina y/o análisis de orina y análisis de sangre. La eliminación de la ITU es la primera e indiscutible prioridad, ya que es el objetivo más común de la IBG (18). Considere agregar pruebas de virología molecular, como RSV o virus de influenza estacional (18).

En función de los resultados, se considerará el tratamiento domiciliario si existe supervisión parental y médica confiable las 24 horas, o supervisión hospitalaria con o sin antibióticos (18).

2.2.15. Tratamiento

La evaluación del riesgo de fiebre del lactante determina el ingreso hospitalario, el uso de antibióticos o la atención ambulatoria. Los lactantes menores de 3 meses que están en alto riesgo de IBG deben ser hospitalizados para recibir tratamiento y control. La decisión de ingresar a un niño febril en el hospital depende no solo del estado séptico del niño y la probabilidad de que el niño tenga IBG durante el examen físico y las pruebas, sino también de aspectos como la ansiedad, la seguridad y la seguridad de la familia, y garantizar un buen seguimiento (30).

Los pacientes con aspectos tóxicos requieren hospitalización inmediata y tratamiento con antibióticos efectivos contra los microorganismos comunes que puedan presentarse, la mayoría de las cefalosporinas de tercera generación con aminoglucósidos o ampicilina son generalmente las que el médico tratante considera las más utilizadas (30).

2.2.16. Tratamiento no farmacológico

Existen varias medidas que se deben tener en cuenta al tratar a un niño con fiebre. Al tratar a un niño febril, recuerde que el principal objetivo que se quiere alcanzar es aumentar el confort.

Las medidas a considerar son las siguientes:

- Administrar líquidos para evitar la deshidratación
- Utilizar paños fríos o baños de esponja, pero con agua templada también como medida de enfriamiento. Esta medida está más indicada en situaciones de hipertermia porque el efecto en estos casos es mayor, debido a que el punto de ajuste de temperatura hipotalámico no está elevado.

No utilizar agua fría ya que provocaría el efecto contrario al que se quiere conseguir; el agua fría provoca vasoconstricción y escalofríos, lo que hace que aumente la temperatura corporal.

Estas medidas pueden ayudar a reducir la temperatura y deberán usarse siempre y cuando no provoquen incomodidad al paciente o a los niños que no se les pueda administrar antipiréticos (31).

2.2.17. Otras causas de fiebre en neonatos

Algunas otras causas de fiebre en recién nacidos son las siguientes:

- Ingesta inadecuada.
- Producción insuficiente de leche materna es un factor importante asociado con la deshidratación por hiponatremia.

La deshidratación secundaria a la hipernatremia ocurre entre la primera y tercera semana posparto. Esto se correlaciona con los problemas técnicos de alimentación (30).

Los síntomas iniciales de la deshidratación inducida por hipernatremia son ictericia, disminución de las deposiciones, disminución de la micción, mucosas secas, fontanela deprimida, fiebre por sed e irritabilidad (30).

El tratamiento puede ser incluir la rehidratación oral con leche materna o fórmula, en caso de intolerancia alimentaria a la solución intravenosa, disminuyendo la concentración de sodio en plasma en los siguientes días (30).

2.2.18. Modelo de cuidados en base pediátrica de Virginia Henderson

Uno de los modelos de cuidados más popular en nuestro entorno es el de Virginia Henderson, puesto que hay varias razones para su adopción e importancia.

Este modelo se define como un abordaje de la práctica de enfermería, ya que examina la capacidad de recuperación del paciente para acelerar su mejoría durante la estancia hospitalaria (32).

Virginia Henderson te permite enfocarte en las necesidades básicas de las personas, por lo que ve a los pacientes como personas que necesitan ayuda para cubrir sus necesidades, desde físicas hasta psicológicas. El método de Henderson es útil para explicar la importancia de la independencia de la enfermería de otras áreas del cuidado de la salud (33).

La teoría de Virginia Henderson establece que “la única función del proceso de enfermería es ayudar a una persona sana o enferma a realizar actividades que contribuirán a su bienestar o a recuperación posterior”. De esta forma, la atención contribuye a un restablecimiento temprano de la autonomía del individuo (33).

Aplicando esta teoría a un paciente pediátrico nos enfocamos en las necesidades apremiantes en el momento de nuestro cuidado, demostrando con un adecuado examen cefalocaudal lo que el infante necesita y por lo tanto puede ayudar y satisfacer las necesidades del niño (33).

Henderson desarrolló otros modelos de atención en 1955, en los que se capacitaba a las enfermeras para ayudar a los pacientes con diferentes necesidades (32).

Para Henderson, una enfermera es alguien que ayuda a los pacientes en las áreas básicas de la vida cotidiana, ya sea para mantenerse saludable, recuperarse de una enfermedad o acompañar en paz a la muerte. Para que una persona desarrolle su independencia con la ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta todas las influencias externas que afectan su vida y desarrollo (34).

2.2.19. Conceptos en relación con el paradigma del modelo de Virginia Henderson

- ✓ Salud: La salud es la base de la actividad humana. El objetivo es que las personas recuperen o mantengan la salud si tienen la voluntad, la fuerza y los conocimientos necesarios. La salud es la capacidad de satisfacer las 14 necesidades básicas de un paciente sin ayuda externa. Henderson equipara la salud con la independencia (34).
- ✓ Persona: Es alguien que necesita ayuda para recuperar la salud e independencia o una muerte tranquila. Un ser humano es una entidad física y mental que consta de componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales (34).
- ✓ Entorno: Para Henderson una persona sana es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad. El entorno incluye a una persona que tiene una relación familiar. Esto también incluye la responsabilidad de la comunidad de cuidar (34).
- ✓ Enfermera (rol de enfermería): El papel de la enfermera es ayudar a una persona sana o enferma a realizar actividades que promuevan la salud o la recuperación (o muerte tranquila), las actividades pueden ser realizadas sin asistencia si se cuenta con la fuerza, voluntad o conocimientos de una manera que les permita independizarse lo antes posible (34).

2.2.20. Las 14 necesidades básicas descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respiración: respirar normalmente.
2. Alimentación: comer y beber adecuadamente.
3. Eliminación: eliminar los desechos corporales.
4. Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
5. Descanso: dormir y descansar.
6. Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
7. Termo-regulación: mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales cambiando la ropa y el entorno.

8. Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Seguridad: evitar los peligros que existen en el entorno y evitar las lesiones a otros.
10. Comunicación: comunicarse con los demás expresando sentimientos, necesidades, miedos y opiniones.
11. Religión: culto de acuerdo a sus creencias.
12. Adaptación: trabaja de una manera que te haga feliz.
13. Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Educación: aprendizaje, exploración o satisfacción de la curiosidad, conducente a la salud y el desarrollo adecuados, y uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Todas las necesidades alcanzan su pleno significado cuando son vistas desde el punto de vista de su doble significado: Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos; y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona (34).

Actividades realizadas por el personal de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente, V. Henderson las denomina atención primaria de enfermería. Estos servicios esenciales de enfermería se brindan bajo un plan de cuidados adaptado a las necesidades específicas del paciente (34).

2.3. Marco Legal.

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 27.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;

3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes (35).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (36).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (36).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (36).

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional (36).

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social (36).

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (36).

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (36).

2.3.2. Código de la Niñez y Adolescencia

Art. 20.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo (35).

Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral (35).

Art. 24.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna (35).

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas (36).

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (36).

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá

y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.

3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.

6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.

8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (36).

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

Art 17. La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad (37).

2.3.4. Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna.

Art 1.- La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo (37).

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de campo, en el Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, basado en un **nivel:** Descriptivo, siguiendo un **método:** cuantitativo, según la clasificación del **tiempo:** prospectivo, con un **diseño:** según la naturaleza de los datos de modo transversal.

3.2. Población y muestra:

Niños febriles de 0 a 3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

La población investigada estuvo conformada por un total de 250 lactantes para la realización de nuestro estudio.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Niños febriles de 0 a 3 meses que acudan a emergencia

Criterios de exclusión:

- Niños no febriles mayores de 3 meses en adelante

3.4. Técnicas y procedimientos para la recolección de datos:

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la observación indirecta/encuesta, realizando el procedimiento mediante el cuestionario de preguntas utilizando el instrumento de la escala de YIOS.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de datos y tabulación se utilizó el programa de Microsoft Excel para realizar los gráficos correspondientes, siendo expresados en porcentajes y para el análisis se tomó de referencia el marco conceptual.

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujeto humano.

El presente estudio tendrá en consideración los 4 principios bioéticos que protegen los derechos de la persona de la siguiente manera: Justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Para lo cual se realizó lo siguiente:

Presentación y aprobación de tema de investigación por la Carrera de Enfermería.

Presentación de la solicitud para autorización institucional.

Consentimiento informado de la institución para la revisión de las historias clínicas.

VARIABLE GENERAL:
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<u>Características sociodemográficas</u>	Edad	1-30 días
		31- 60 días
		61 – 90 días
	Sexo	Masculino
		Femenino
	Procedencia	Urbano
		Rural
	Etnia	Mestizo
		Afrodescendiente
		Indígena
		Blanco
		Otros
	Estado nutricional	Bien nutrido
		Desnutrido
	Acompañante	Madre
		Padre
Tío(a)		
Abuelo(a)		

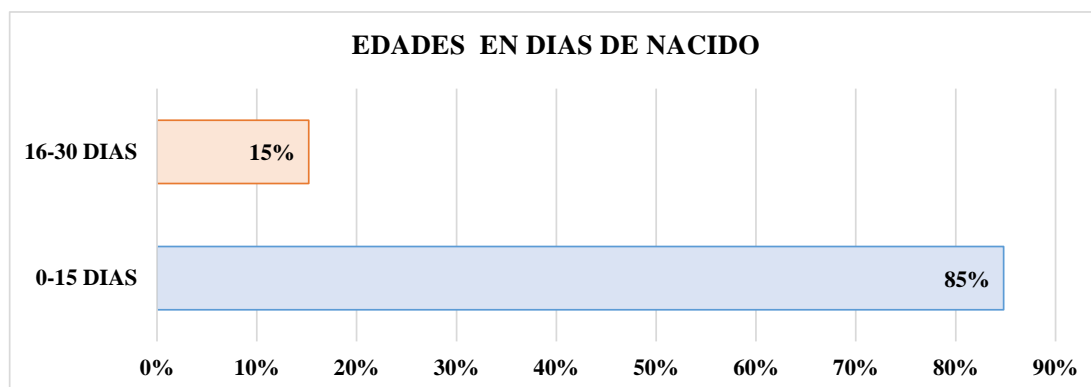
		Otros	
<u>Signos de hipoperfusión tisular</u>	Piel moteada	Si	No
	Palidez	Si	No
	Frialdad	Si	No
	Cianosis	Si	No
	Pulso débil	Si	No
<u>Escala de YIOS</u>	Actitud	Normal= 1p Afectación moderada= 3p Afectación grave= 5p	
	Estado/ Esfuerzo respiratorio		
	Perfusión periférica		

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Características sociodemográficas

Figura N°1:

Distribución porcentual de la edad



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

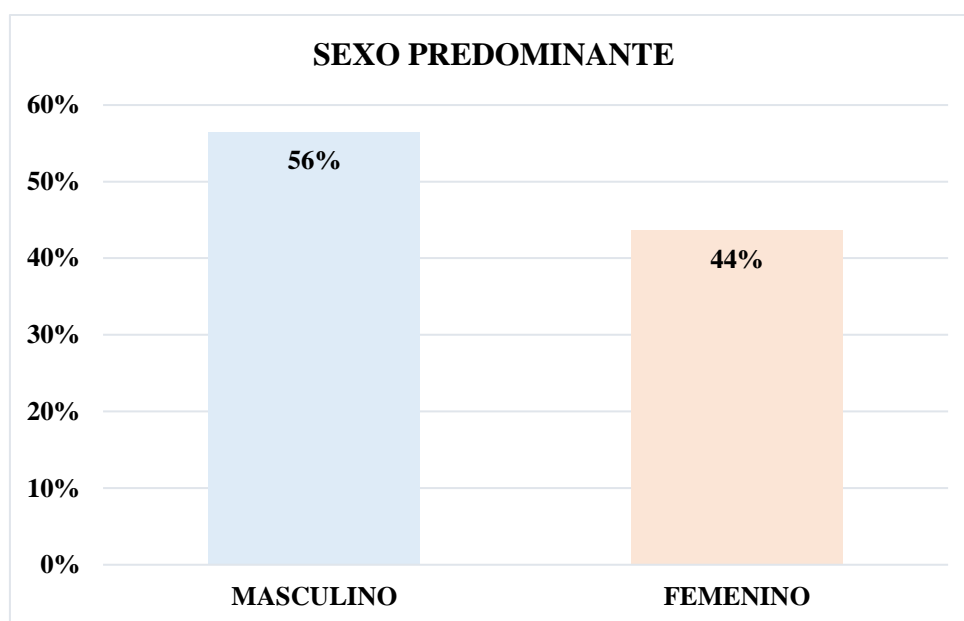
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Mediante el análisis de los datos obtenidos en la clasificación por grupos etarios, la edad es uno de los factores de riesgo más importantes debido a que si el neonato o el lactante tienen una edad menor, mayor es el riesgo de que padezcan una IBG debido a que existe una inmadurez del sistema inmune. En el estudio que se realizó a los niños febriles de 0 a 90 días, encontramos que entre el rango de 0-15 días corresponden a 212 lactantes que equivale al 85%, siendo esta la edad que más predomina, ya que son pacientes que mayormente se encuentran en el área de UCIN y son vulnerables a desarrollar diferentes infecciones.

Figura N°2:

Distribución porcentual del sexo



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

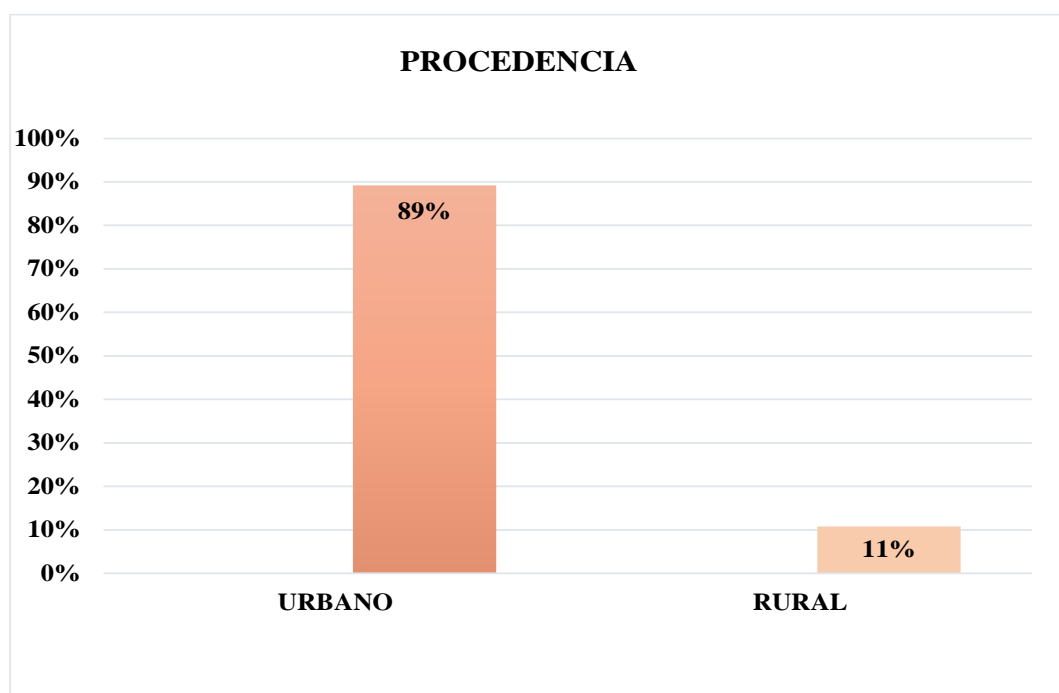
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

A través de los resultados recopilados mediante la observación indirecta de los 250 niños febriles, se identifica que el 56% corresponden al sexo masculino dando un total de 141 lactantes y el 44% al sexo femenino que fueron 109 niñas, lo que explica que la fiebre e infecciones bacterianas graves se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino, además de eso comparando con la base teórica que también lo recalca.

Figura N°3:

Distribución porcentual de la procedencia



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

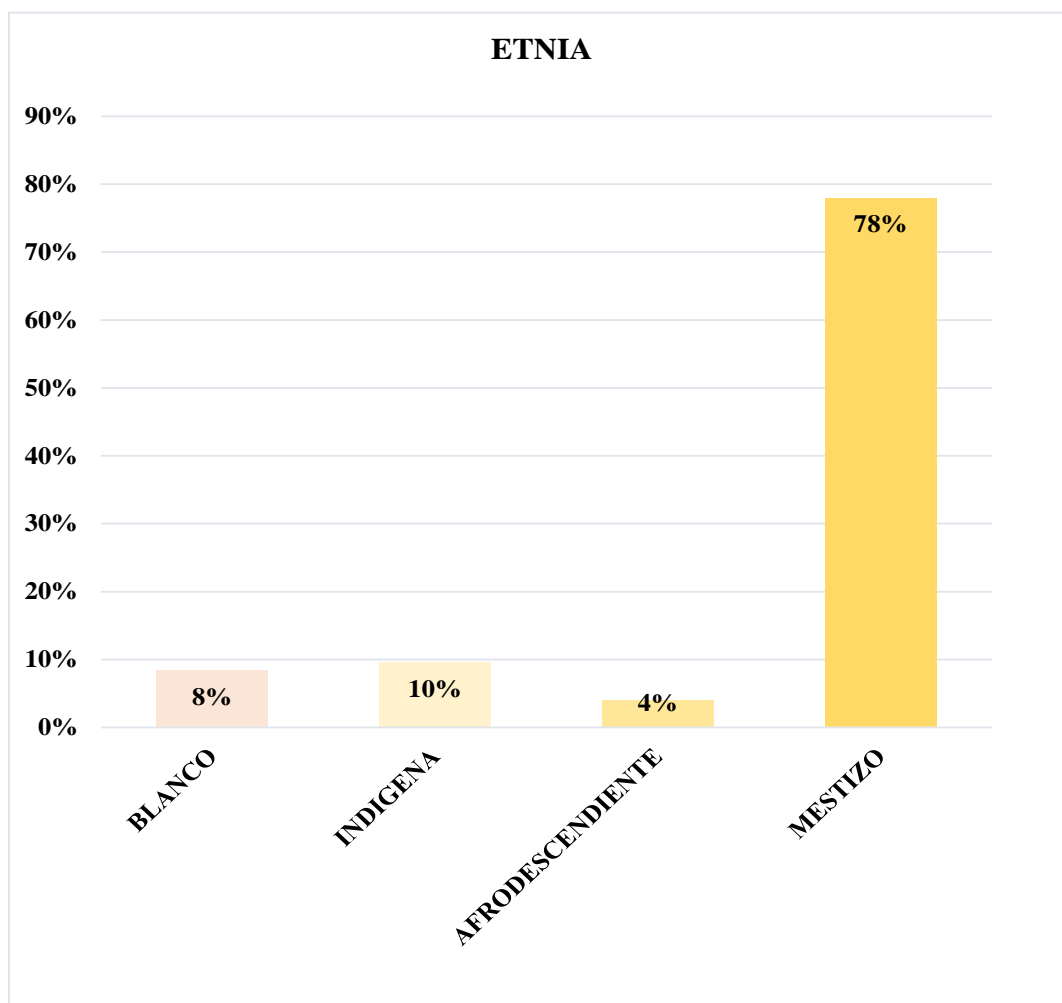
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

A partir de la información de los 250 lactantes, se tuvo en consideración su procedencia, siendo el 89% urbano frente al 11% rural. Es claro que la mayoría de los pacientes viven en lugares con mejor acceso a los servicios de salud para una mejor atención, es por eso por lo que el lugar de residencia influye mucho en la calidad de vida de las personas.

Figura N°4:

Distribución porcentual de la etnia



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

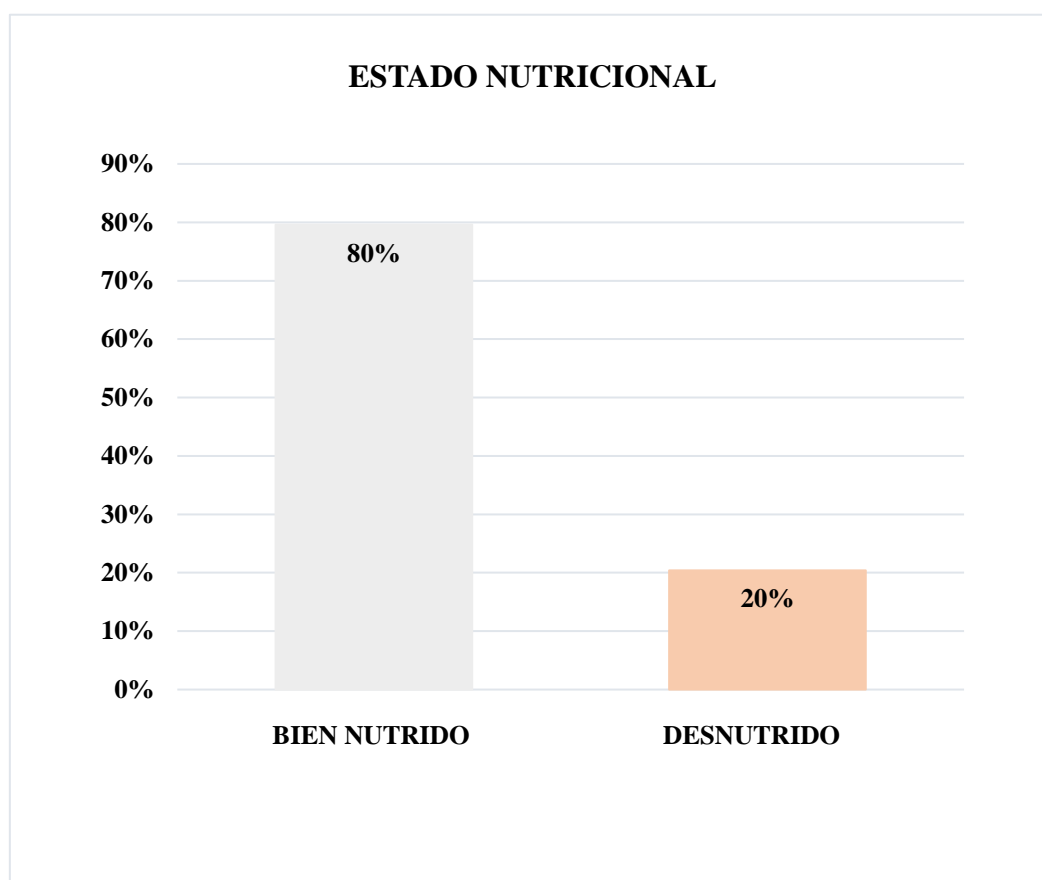
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

En relación con la etnia se pudo recolectar a través de la observación indirecta, que el 78% de los niños febriles son de etnia mestiza, el 10% son indígenas, el 8% son blancos y el 4% representan a los afrodescendientes. Se puede concluir que la mayoría de los pacientes del Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante pertenecen a esta etnia mestiza, debido a que el Ecuador al ser un país pluricultural y multiétnico tiene la mayoría de la población perteneciente a dicha etnia lo que la hace predominante.

Figura N°5:

Distribución porcentual del estado nutricional



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

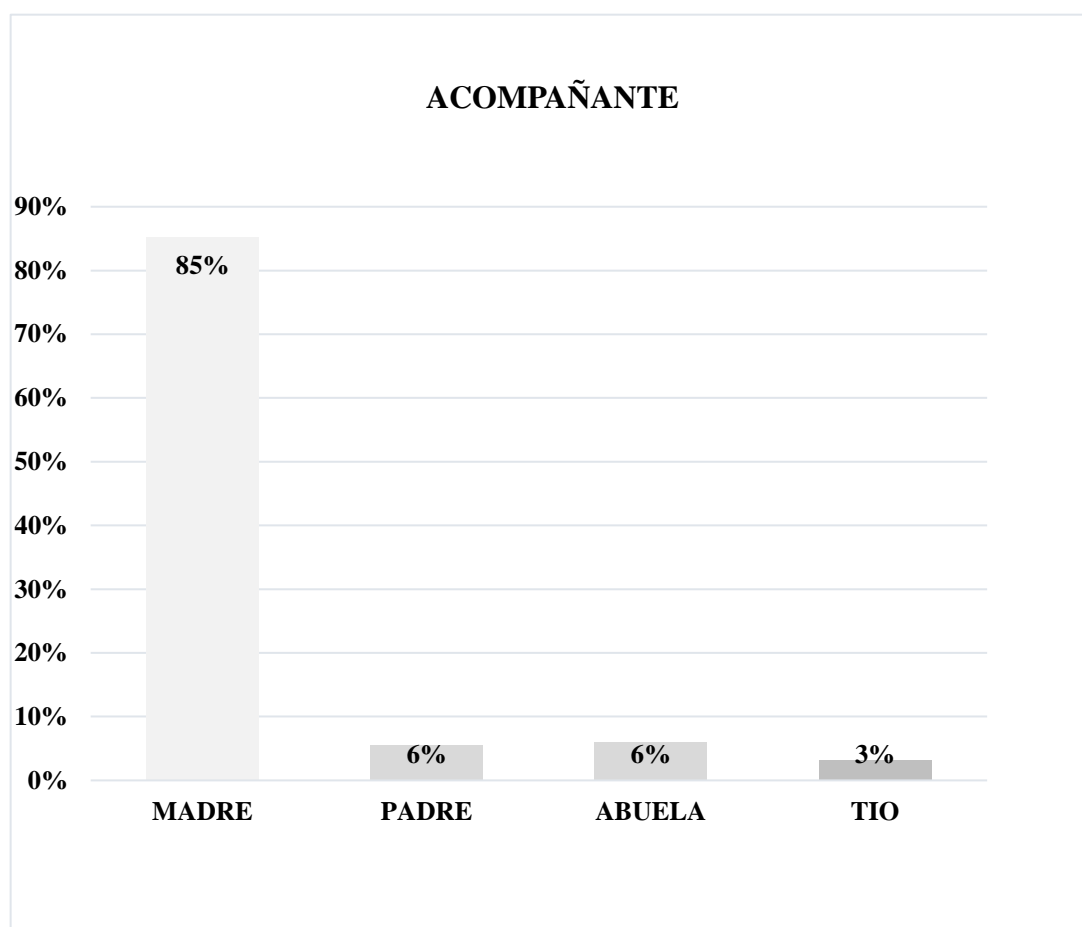
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

En cuanto al estado nutricional es importante valorarlo porque permite identificar posibles riesgos o enfermedades, en nuestro estudio se encontró que la mayoría de los niños febriles el 80% de los lactantes presentan un estado nutricional adecuado, siendo el mayor porcentaje y únicamente el 20% presentó desnutrición en toda la población estudiada, cabe recalcar que en ciertos estudios no todos los niños se encuentran bien nutridos.

Figura N°6:

Distribución porcentual del acompañante



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

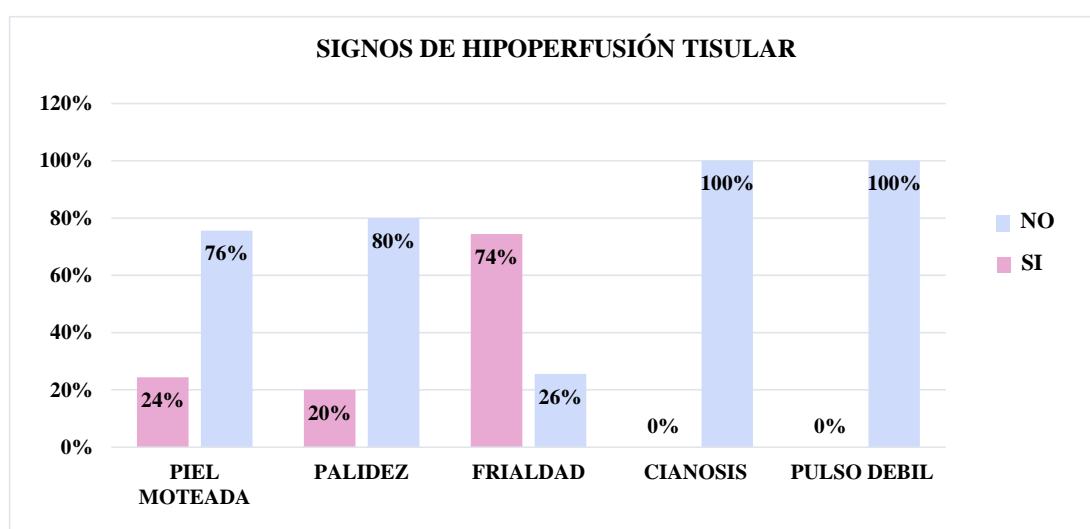
Análisis:

Con relación al acompañante, es notable que el 85% representa que estaban con la madre, el 6% con sus padres y abuelos y el 3% con sus tíos. Es importante señalar que la presencia de los familiares más cercanos ayuda a que los niños se sientan en un ambiente propicio donde se fortalece el vínculo afectivo, pero así mismo las madres al asumir esta responsabilidad dedica la mayor parte del tiempo a ellos.

Signos de hipoperfusión tisular

Figura N°7:

Distribución porcentual de los signos de hipoperfusión tisular



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

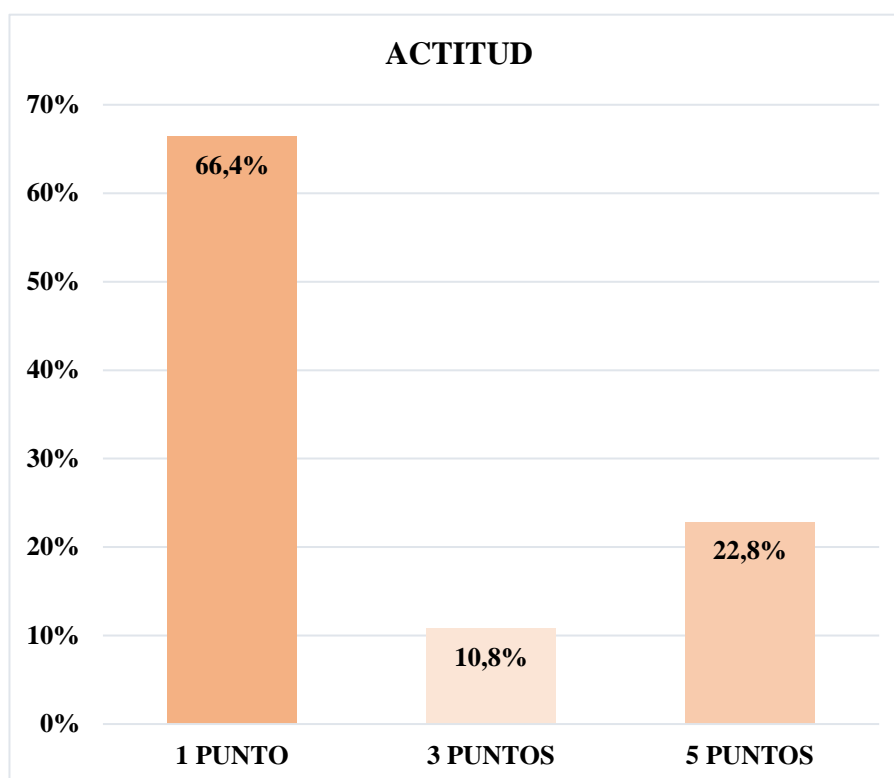
Análisis:

Al revisar los datos referentes a los signos de hipoperfusión tisular, mediante la encuesta que se realizó en el área de UCIN, se evidenció que solo el 24% presentan piel moteada, el otro signo que es la palidez el 80% no presento y solo el 20% sí, además se encontró que el 74% de los lactantes estaban fríos, también se pudo observar que el 100% de los lactantes no presentaron cianosis, en el estudio se encontró que el 100% de los lactantes menores que corresponden de 0 a 90 días no tienen un pulso débil, esto significa que los recién nacidos o los lactantes menores de 3 meses todavía tienen un sistema circulatorio inmaduro, lo que hace que llegue menos sangre y calor a las partes más alejadas del corazón, los brazos y piernas, es por este motivo que ciertos niños al presentar estos signos los padres o el personal de salud suelen confundirse con los signos de shock, ya que es la causa más común de muerte en lo que es pediatría.

Escala de YIOS

Figura N°8:

Distribución porcentual de la Escala de YIOS en la actitud



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

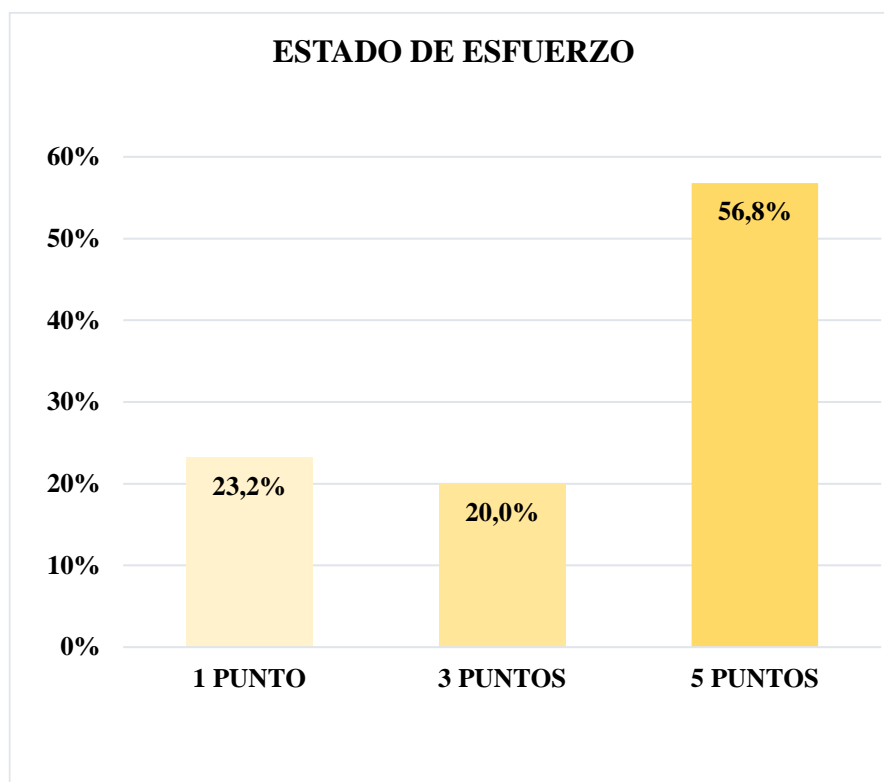
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Al realizar la valoración mediante la escala de YIOS pudimos darnos cuenta de que algunos niños al momento de valorar su actitud la mayoría de ellos se encontraban no irritables que corresponden a 166 niños, y el 22,8% de ellos se encontraban irritables, pero no consolables aun estando con sus familiares.

Figura N°9:

Distribución porcentual de la Escala de YIOS en el estado de esfuerzo



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

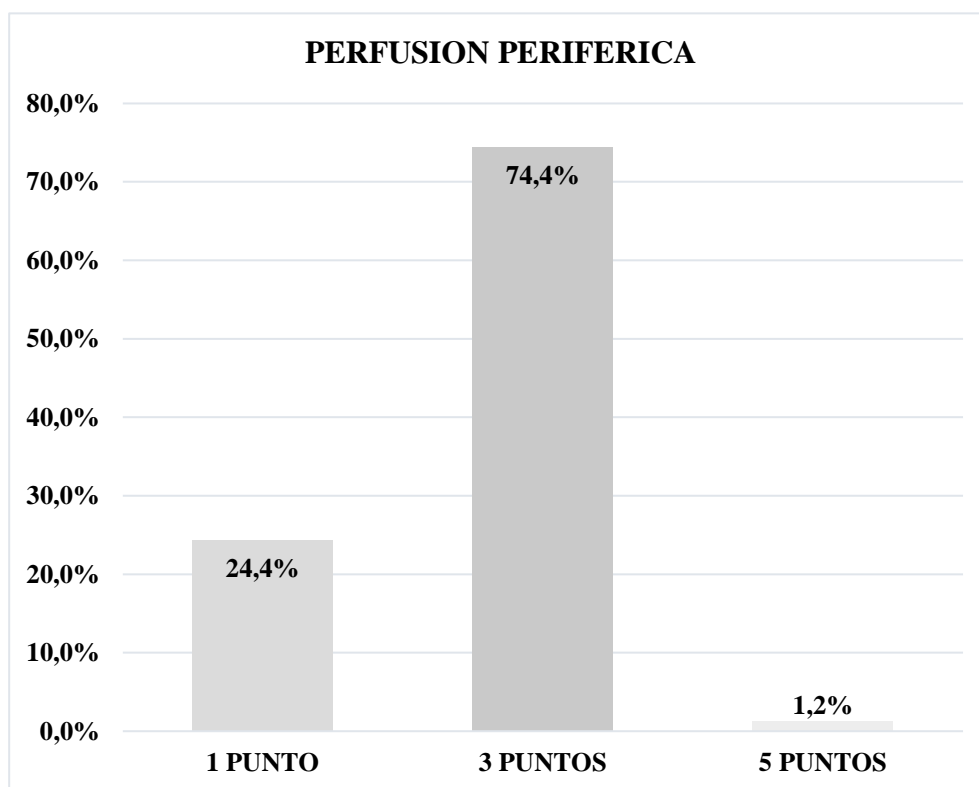
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Realizando la valoración mediante la escala de YIOS pudimos darnos cuenta de que algunos niños al momento de valorar su estado de esfuerzo, la mayoría de ellos se encontraban con dificultad respiratoria o esfuerzo inadecuado como es el síndrome de distrés respiratorio, y el 23,2% de ellos no tenían ningún problema, aunque en algunos estudios han demostrado que algunos niños sufren más de infecciones que de alguna dificultad respiratoria.

Figura N°10:

Distribución porcentual de la Escala de YIOS en la perfusión periférica



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

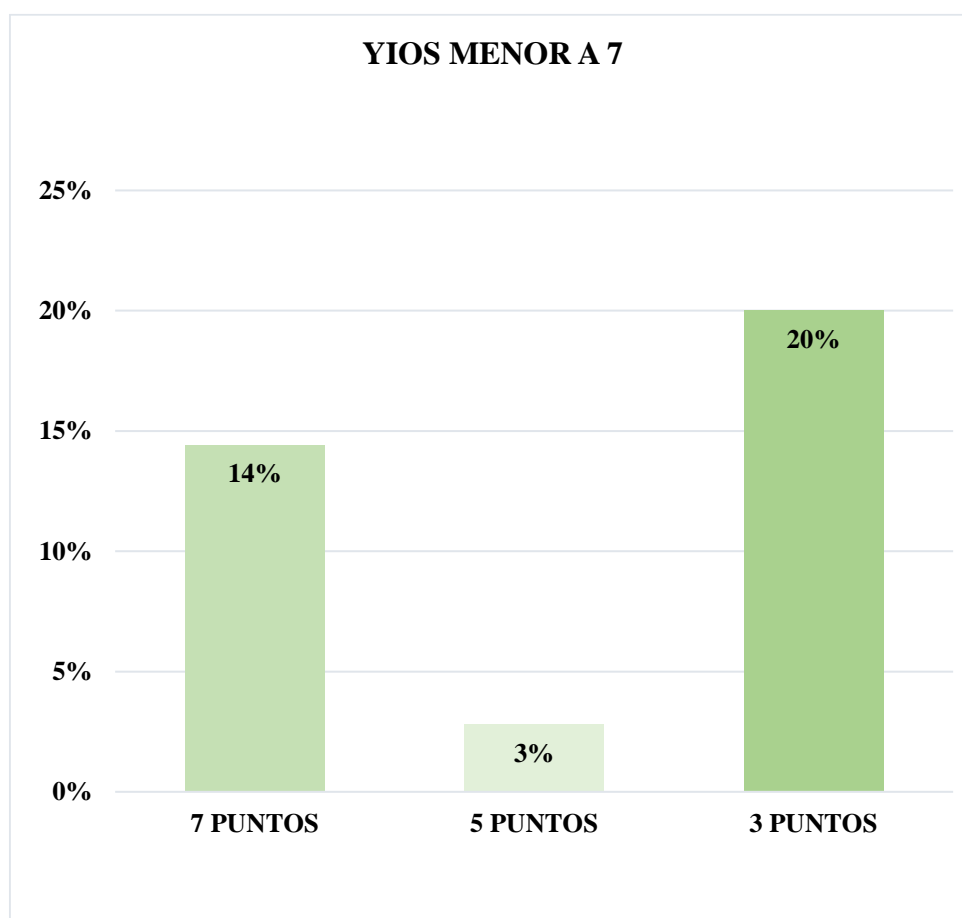
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Al momento de la valoración mediante la escala de YIOS pudimos darnos cuenta de que algunos niños al momento de valorar la perfusión periférica, la mayoría de ellos se encontraban con sus extremidades frías, el 24,4% de ellos tenían sus extremidades de color rosa y por último el 1,2% algunos niños se encontraban pálidos y en choque, debido a que algunos tenían sepsis.

Figura N°11:

Distribución porcentual de la Escala de YIOS <7 puntos



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

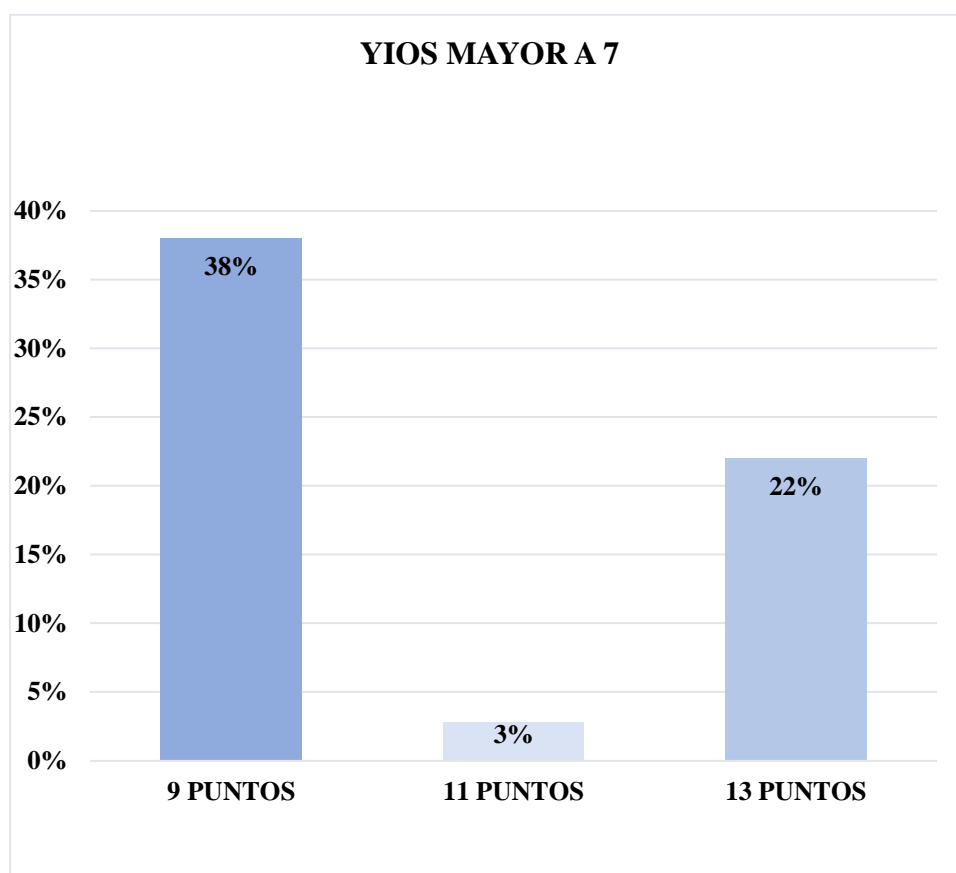
Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Mediante la evaluación que se les realizó a los lactantes por medio de la escala de YIOS, obtuvimos la siguiente puntuación, donde se pudo evidenciar que el 37% representa la puntuación de <7 puntos, esto significa que los niños febriles no tienen ningún tipo de infección bacteriana grave, sino que el motivo de dicha fiebre es causado por otras causas.

Figura N°12:

Distribución porcentual de la Escala de YIOS >7 puntos



Fuente: Observación indirecta con el instrumento de la escala de YIOS a niños febriles que acuden al Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

Elaborado por: Sánchez Sancán Genesis Celeste y Torres Palma Maybelee Abigail

Análisis:

Mediante la evaluación que se les realizó a los lactantes por medio de la escala de YIOS, obtuvimos la siguiente puntuación, donde se pudo evidenciar que el 63% representa la puntuación de >7 puntos, esto significa que los niños febriles tienen algún tipo de infección bacteriana grave.

DISCUSIÓN

Al abordar el tema sobre la valoración de la temperatura corporal en niños de 0 a 3 meses, hemos observado que la literatura es amplia al respecto y destacamos aquí lo más relevante, en el informe realizado por C.Bréhin et al en el 2018 (13), expone que la temperatura corporal es uno de los principales indicadores de la salud en un niño, debido a que la medición de la temperatura corporal es especialmente importante en los lactantes de 0 a 3 meses de edad que acuden a emergencias, ya que es una etapa crítica de su desarrollo, mientras que el estudio del autor Villalobos E. y Sánchez M. en el año 2017 (11) menciona que la fiebre suele ser un síntoma de infección, pero en los niños menores de 3 meses las causas no infecciosas son más importantes y el diagnóstico clínico suele ser difícil. Estos pacientes tienen reacciones febriles leves, pero su presencia puede ser indicativa de una enfermedad grave, por otro lado, el autor Fernández M. et al en el año 2018 (15) refiere que la mayoría de las fiebres sin origen son causadas por un proceso viral autolimitado, pero en un pequeño porcentaje puede corresponder a una infección bacteriana grave (IBG). Teniendo correlación con la presente investigación cabe recalcar que la temperatura corporal anormal en este momento puede ser un signo de una enfermedad grave o incluso de una emergencia médica.

A través del análisis de los resultados, en relación con las características sociodemográficas en el estudio de Gómez, S. Mintegi en el año 2018 (14) quienes destacan que el sexo más predominante en estas edades es el masculino; así como también con el estudio de Mercedes de la Torre et al en el año 2017 (12), que describen que el 60,7% de los niños febriles tienen la edad de <28 días, y también que el 89,2% tienen un buen estado general previamente sanos, mientras que en el estudio de Macarena M. et al en el año 2020 (17) refleja que el 69% fueron hombres, y un 55% menores de 28 días. Según nuestros resultados, los niños febriles que se encuentran en el área de UCIN se pudo evidenciar que el 85% tienen la edad de 0-15 días, el 56% son de sexo masculino, lo cual refleja una similitud en edades y sexo. También se destaca que el 89% son de procedencia urbana, su etnia es del

78% mestiza, sus acompañantes son las madres con un 85%, y el 80% corresponden a niños bien nutridos.

En base a esta comparación, es evidente que la edad, el estado inmunológico y la apariencia general son los factores más importantes para los niños con fiebre, incluso la fiebre no siempre estará presente desde el principio de los lactantes, sino que todos los menores de 3 meses tienen una probabilidad mucho mayor de padecer lo que es una infección bacteriana grave, además, hay que saber que todos estos factores deben tenerse en cuenta para obtener los resultados más precisos.

En cuanto a los signos de hipoperfusión se pudo observar que en el estudio de Miguel Fernández et al en el año 2018 (15) se indica que no existe ningún síntoma o signo acompañante de fiebre sin foco, lo que por sí solo permite descartar o confirmar una infección bacteriana grave, tanto más para señalar el agente causal; por otro lado la autora Ares Josefa y Morillo Beatriz en el año 2020 (18) recalca que deben ser explicados en un lenguaje claro y sencillo los signos y síntomas e incluso es deseable que los padres o el cuidador entienda la información proporcionada y que el manejo sea adecuado. En comparación al presente estudio realizado, se observó que el mayor signo que presentaron los niños de 0-90 días fue la frialdad con un 74% debido a que el tiempo de relleno capilar orienta lo que es la perfusión periférica.

Los lactantes menores de 3 meses son más susceptibles por características fisiológicas a infecciones bacterianas graves y cuanto más pequeño aumenta aún más la frecuencia. Por ello, existen diferentes escalas para evaluar el riesgo de una infección bacteriana grave.

Referente a la escala de YIOS Josefa Ares y Beatriz Morillo en el año 2020 (18), señala que se tiene que valorar lo que es la actitud, estado de esfuerzo y perfusión periférica, debido a que la irritabilidad, el llanto inconsolable, la mala perfusión y la disminución de la actividad pueden ser signos de una infección grave; por otra parte en el estudio de Fernández et al en el año 2018 (15) indica que la escala de YIOS (Young Infant Observation Scale) incluye determinación analítica para identificar a los lactantes menores de 3

meses con bajo riesgo de infección bacteriana, por lo tanto en la presente investigación se demuestra que en el estado de esfuerzo están con dificultad respiratoria el 56,8% y la perfusión periférica el 74,4% de lactantes se encuentran fríos. Es evidente que la puntuación que se ha obtenido en la escala de YIOS mediante los tres parámetros estudiados dio que el 37% fue <7 puntos y el 63% fue >7 puntos, cabe recalcar que varios lactantes menores tienden a sufrir infecciones bacterianas graves.

En lo que corresponde a las enfermedades prevalentes algunos autores como Macarena Moya et al en el año 2020 (17), afirman que las infecciones bacterianas graves la más frecuente es la del tracto urinario con el 78%, seguido de la sepsis con el 12,5%, mientras que en el estudio de Fernández et al 2018 (15) menciona que la IBG más frecuente es la urinaria, especialmente en menores de 6 meses y niños no circuncidados, a diferencia de nuestros resultados de la investigación que fue evidente que el 17,6% de los pacientes del área de UCIN presentan síndrome de distrés respiratorio, el 17,2% es de sepsis neonatal y el 3,2% es de fiebre no identificada.

Ante estas investigaciones se puede constatar la importancia de la valoración mediante la escala de YIOS ante un niño febril debido a que requiere una adecuada interpretación de los síntomas y signos físicos que acompañan a la fiebre.

CONCLUSIONES

- En relación con los objetivos específicos, los resultados permiten evidenciar las características sociodemográficas que se realizaron en los lactantes menores atendidos en el área de UCIN, representando en su mayoría que tenían una edad de 0-15 días de vida, de sexo masculino, de etnia mestiza, residentes en áreas urbanas, con un acompañante que es la madre, y teniendo un buen estado nutricional.
- En cuanto a los signos de hipoperfusión, en los niños que se encuentran en la unidad hospitalaria, existe un grupo que no presenta cianosis, pulso débil, ni palidez, pero si presentan lo que es la frialdad, debido a que ciertos niños pasan en ambientes fríos.
- Con relación a la valoración mediante la escala de YIOS, los niños febriles obtuvieron una puntuación mayor a 7 lo que hace que algunos tengan algunas infecciones bacterianas graves, aunque las enfermedades que más prevalecieron en el área fueron más la de distrés respiratorio y también la sepsis neonatal, no dejando atrás la fiebre no identificada.

En sí, esto hace que el síndrome febril sin foco en lactantes menores de 90 días continúe siendo un desafío para todo el personal de salud.

RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar un examen físico exhaustivo para detectar signos de infección y también una evaluación cuidadosa del estado de hidratación del niño y de sus signos vitales.
- ✓ Realizar pruebas de laboratorio para detectar infecciones oportunas.
- ✓ Identificar con precisión la sepsis e iniciar las medidas de estabilización inicial apropiadas lo antes posible, incluida la administración de antibioterapia empírica.
- ✓ Identificar cuáles son los factores de riesgo que obligan a descartar una bacteriemia oculta en el lactante menor de 3 meses con fiebre sin foco y además que el triángulo de evaluación pediátrica este normal.
- ✓ Asesorar y responder a las preguntas frecuentes de los padres sobre la fiebre y el tratamiento en base a la evidencia médica disponible.

REFERENCIAS

1. 7-14 Fiebre sin foco.pdf [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii01/01/7-14-fiebre-sin-foco.pdf>
2. Rubio JAS. Síndrome febril en el niño. Valoración y actuación inicial. :5.
3. (DOC) Evaluación del niño febril | Pugo Tete - Academia.edu [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/37073165/Evaluacion_del_niño_febril
4. Machicado pp. Fiebre sin foco y valides de criterios de rochester y escala de yale para identificacion de enfermedad bacteriana potencialmente grave en niños de 0 a 36 meses en el hospital carlos monge medrano juliaca 2019 proyecto de investigacion presentado por:51.
5. Torregrosa C, García R C, Sciarotta J, Vay C, Caíno S, Ellis A. Factores asociados a riesgo de infección bacteriana grave en niños bajo 24 meses de edad, internados por fiebre sin foco aparente. Rev Chil Infectol [Internet]. agosto de 2019 [citado 28 de mayo de 2022]; 27(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Guerrero sm. Conferencia plenaria en el centenario del primer congreso español de pediatría sesión mir. : 233.
7. Tascón LAM. Nueva escala clínica para neonatos febriles. 2019;10.
8. Heredia gan, miranda nvo. Disertación previa a la obtención del título de médico cirujano. : 110.
9. Guía-ABE - fiebre-sin-foco-en-el-menor-de-3-anos [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-fiebre-sin-foco-en-el-menor-de-3-anos>
10. Síndrome febril sin foco en pediatría [Internet]. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281809719250>
11. Creación de un modelo probabilístico de diagnóstico de infección bacteriana grave en lactantes febriles de 0 a 3 meses de vida | Anales de Pediatría [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-creacion-un-modelo-probabilistico-diagnostico-articulo-S1695403317300474>
12. Etiología y evolución de las infecciones potencialmente graves en lactantes menores de 3 meses febriles | Anales de Pediatría [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-etilogia-evolucion-las-infecciones-potencialmente-articulo-S1695403316302302>

13. La fiebre en el niño - ScienceDirect [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178918914460>
14. Fiebre sin foco | Pediatría integral [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-07/fiebre-sin-foco-2/>
15. fiebre sin foco menor de tres años.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/files/pdf/fiebre-sin-foco-menor-de-tres-anos.pdf>
16. castro daza enfermeria 2018.pdf [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4772/Castro-Daza-enfermeria-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Utilidad de los parámetros clínicos y de laboratorio básicos para predecir infección bacteriana seria en menores de 3 meses que se hospitalizan por síndrome febril sin foco [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020000200199&script=sci_arttext
18. Álvarez JA, Gutiérrez BM. Manejo del paciente pediátrico con fiebre sin foco. :12.
19. Síndrome febril en niños menores de 29 días | Méndez Espinola | Andes Pediatría [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/2947/3267>
20. Bacterias aisladas en hemocultivos positivos en lactantes bajo 90 días de edad ingresados por fiebre al Hospital Exequiel González Cortés entre 2017 y 2019 [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182022000200126&script=sci_arttext
21. Vista de Fiebre periódica en pediatría: abordaje ambulatorio. [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cbiomedicas/article/view/3042/2574>
22. Pediatría-Integral-XXII-5_WEB.pdf [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/09/Pediatría-Integral-XXII-5_WEB.pdf#page=7
23. Vista de fiebre en pediatría [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/86/83>

24. Revista de Pediatría de Atención Primaria - Fiebre sin foco [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13186/fiebre-sin-foco>
25. fiebre sin foco menor de tres años.pdf [Internet]. [citado 10 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/files/pdf/fiebre-sin-foco-menor-de-tres-anos.pdf>
26. Luis PPJ. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
27. Arribas JLF. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE.
28. Consenso para el uso adecuado de antibióticos en el niño menor de 36 meses con fiebre sin foco de infección evidente: Resumen ejecutivo [Internet]. [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000200030
29. Estripeaut DD. 3. Declaración de conflicto de intereses. 2020;14.
30. 2017-2019 Tesis Cecilia Huizar Vargas.pdf [Internet]. [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/21202/1/2015-2017-Tesis-Cecilia-Huizar-Vargas.pdf>
31. PerezAhedoL.pdf [Internet]. [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7471/PerezAhedoL.pdf?sequence=1>
32. Pilar_Trabajo_Especialidad_2020.pdf [Internet]. [citado 25 de enero de 2023]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3267/Pilar_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. E-UTB-FCS-ENF-000188.pdf [Internet]. [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/5736/E-UTB-FCS-ENF-000188.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Calderón - Directora Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. .pdf [Internet]. [citado 25 de enero de 2023]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22198/1/Conocimiento-y-practicas-sobre-el-modelo-de-Virginia-Henderson-y-la-taxonomia-NANDA-NOC-NIC-que-tienen.pdf>
35. codigo_ninezyadolescencia.pdf [Internet]. [citado 27 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/codigo_ninezyadolescencia.pdf
36. mesicic4_ecu_const.pdf [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

37. boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf [Internet]. [citado 27 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/02/boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf
38. Fiebre sin foco en el menor de 3 años (V1.0/2018) [Internet]. [citado 27 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/gestion/includes/html4pdf.php?id=fiebre-sin-foco-en-el-menor-de-3-anos>
39. protocolos_seup_2020_final.pdf [Internet]. [citado 27 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf

GLOSARIO

- ✓ Fiebre: Temperatura superior a 38°C medida en zona rectal, que es la más cercana a la temperatura real del hipotálamo (38).
- ✓ Hipertermia: Aumento de la temperatura en ausencia de cambios en la termorregulación, por aumento de la termogénesis (feocromocitoma) o como déficit en la eliminación (golpe de calor) (38).
- ✓ Fiebre sin foco: Fiebre de menos de 3 días sin causa conocida (38).
- ✓ Infecciones bacterianas invasivas (IBI): Es una infección invasiva, aislamiento de bacterias patógenas en un líquido estéril como la sangre, el líquido cefalorraquídeo, pleura, líquido articular (38).
- ✓ Infecciones bacterianas graves (IBG): Es probable que las infecciones bacterianas graves incluyan, además de IBI, las infecciones del tracto urinario más comunes y la gastroenteritis bacteriana aguda en bebés menores de tres meses (24).
- ✓ Bacteriemia oculta (BO): por otro lado, la presencia de bacterias patógenas en sangre, con buen aspecto general y sin otros signos o síntomas distintos a la fiebre: FSF y triángulo de evaluación pediátrica normal (TEP) (18).
- ✓ Triangulo de evaluación pediátrica (TEP): El TEP es un método para evaluar rápidamente la condición fisiológica de un niño en segundos (hasta un minuto) sin necesidad de un examen físico o medición constante (esto se hace sin tocar al paciente), aunque el niño se desnuda un poco (39).

- ✓ Sepsis: Bacteriemia asociada a síndrome inflamatorio de respuesta sistémica (SIRS) caracterizada por:
 - Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$.
 - Taquicardia o bradicardia por edad.
 - Taquipnea o bradipnea por edad.
 - Leucocitosis >20.000 , o leucopenia con desviación izquierda con $>10\%$ neutrófilos inmaduros (38).

ANEXOS



Guayaquil, 07 de Septiembre del 2022

Manu Jaque
27/09/22
10h08.



Señoritas
GENESIS CELESTE SANCHEZ SANCAN
TORRES PALMA MAYBELEE ABIGAIL
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

De mis consideraciones:



Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez le comunico a ustedes, que su tema de trabajo de titulación: **"VALORACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL EN NIÑOS FEBRILES DE 0 A 3 AÑOS QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE PERIODO SEPTIEMBRE 2022-FEBRERO 2023."** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Martha Holguín Jiménez.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.



Atentamente,

Certificado
No EC SG 2018002043

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo



Memorando Nro. MSP-CZ8S-HFIB-DA-2022-3086-M

Guayaquil, 11 de octubre de 2022

PARA: Sra. Dra. Norma Germania Arana Cadena
Coordinadora de Docencia - HFIB

Sra. Mgs. Melva Jazmín Infante Jaramillo
Coordinadora de la Gestión de Admisiones - HFIB

ASUNTO: EN RESPUESTA A: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANCHEZ Y
TORRES

De mi consideración:

Cordiales saludos, por medio del presente para vuestro conocimiento y atención conforme a la presente solicitud de acuerdo a sus responsabilidades y competencias, me permito remitir a ustedes el Memorando No.MSP-CZ8S-HFIB-GDI-2022-0983-M suscrito por la Dra. Norma Germania Arana Cadena, Coordinadora de Docencia - HFIB, mismo que a continuación paso a transcribir:

Saludos cordiales, en atención al Memorando No. MSP-CZ8S-HFIB-SECG-2022-2534-E, suscrito por Secretaría General, referente al trámite pertinente de autorización para recolección de datos estadísticos en la institución, adjunto formato con código: FORM-DAS-GDI-003 para la solicitud de las señoritas: Sánchez Sancan Génesis, con C.I: 093096808-6 y Torres Palma Maybelee Abigail, con C.I: 093051640-6, estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, cuyo tema de tesis es: "VALORACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL EN NIÑOS FEBRILES DE 0-3 MESES QUE ACUDEN A EMERGENCIA. EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2022 A FEBRERO 2023", mismo que cumple con todos los requisitos, por lo cual se recomienda a su autoridad, autorizar la solicitud".

En virtud de lo expuesto me permito informar a usted que la Dirección Asistencial Autoriza esta solicitud, en razón de estar enmarcada dentro de los requisitos establecidos por el HFIB.

Particular que cumpla en informar para las acciones administrativas pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Hospital del Niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HFIB-DA-2022-3086-M

Guayaquil, 11 de octubre de 2022

Documento firmado electrónicamente

Med. Roberto Danilo Tomala Ruiz
DIRECTOR ASISTENCIAL - HFIB

Referencias:

- MSP-CZ8S-HFIB-GDI-2022-0983-M

Anexos:

- universidad_catÓlica_de_santiago_de_guayaquil_(2).pdf
- sanchez_y_torres.pdf

mf



**ROBERTO
DANILO TOMALA
RUIZ**

Dirección: Av. Quito y Gómez Rendón, Código Postal: 090315 / Guayaquil Ecuador
Teléfono: 593-4-2597500 - www.hfib.gob.ec

Gobierno | Juntos
del Encuentro | lo logramos

2/2

* Documento firmado electrónicamente por Dades

CS Escaneado con CamScanner



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

TEMA: Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante.

OBJETIVO: Observar a los niños febriles de 0 a 3 meses que acuden a emergencia y mediante la utilización de la escala de YIOS evaluar si existen infecciones bacterianas graves teniendo en cuenta los siguientes parámetros.

INSTRUCCIONES

Escribir y marcar con una "X" en los casilleros en blancos.

EDAD:

1-30 días

31 – 60 días

61 – 90 días

SEXO:

Masculino

Femenino

PROCEDENCIA:

Urbano

Rural

ETNIA:

Mestizo

Afrodescendiente

Indígena

Blanco

Otros _____

ESTADO NUTRICIONAL:

Bien nutrido

Desnutrido

ACOMPañANTE:

Madre

Padre

Tío (a)

Abuelo (a)

Otros

SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN TISULAR:

Piel moteada

Palidez

Frialdad

Cianosis

Pulso débil

ESCALA DE YIOS

PUNTOS

1. ACTITUD

- Sonríe o no está irritable 1
- Irritable pero consolable 3
- Irritable no consolable 5

2. ESTADO ESFUERZO RESPIRATORIO

- No hay deficiencia y esta vigoroso 1
- Deterioro leve – moderado (taquipnea, retracciones, ronquidos) 3
- Dificultad respiratoria o esfuerzo inadecuado (apnea, insuficiencia respiratoria) 5

3. PERFUSIÓN PERIFÉRICA

- Extremidades de color rosa y con temperatura normal 1
- Extremidades frías, moteadas 3
- Niño pálido y en choque 5

TOTAL:

NOTA: Si el resultado es > 0 o $= 7$ significa que tiene alguna infección bacteriana grave.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA





DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Sancán, Genesis Celeste**, con C.C: # **0930968086** autora del trabajo de titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**

f. 
Sánchez Sancán, Genesis Celeste
C.C: **0930968086**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Torres Palma, Maybelee Abigail**, con C.C: # **0930516406** autora del trabajo de titulación: **Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **02 de mayo del 2023**



f. _____

Torres Palma, Maybelee Abigail

C.C: 0930516406



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Valoración de la temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses de edad que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023.		
AUTOR(ES)	Sánchez Sancán, Génesis Celeste Torres Palma Maybelee Abigail		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez. Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	71
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud materno infantil		
PALABRAS CLAVES:	Temperatura corporal, niños febriles, emergencia		
RESUMEN:	<p>Los lactantes presentan una fiebre sin foco infeccioso siendo la causa principal la infección de vías urinarias y el síndrome de distrés respiratorio, bacteriemia oculta, enteritis u otras enfermedades. Objetivo general: Determinar la valoración de temperatura corporal en niños febriles de 0-3 meses que acuden a emergencia en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante, periodo septiembre 2022 – febrero 2023. Metodología: Se realizó un estudio de campo, descriptivo, cuantitativo, prospectivo, y transversal. Población: 250 lactantes en el área de UCIN. Técnica: Observación indirecta/ Encuesta. Instrumento: matriz de Observación indirecta y cuestionario de preguntas. Resultados: El estudio estuvo conformado con una edad de 0 – 15 días (85%), de sexo masculino (56%), con una procedencia urbana (89%), de etnia mestiza (78%), con un estado nutricional adecuado (80%), el acompañante fue la madre (85%), no presentaban piel moteada el (76%), sin palidez el (80%), con frialdad el (74%), ningún lactante presentaba cianosis ni pulso débil (100%), dando la puntuación de 63% >7 puntos y el 37% con una puntuación de <7 puntos, prevaleciendo las enfermedades de síndrome de distrés respiratorio, sepsis neonatal y fiebre no identificada. Conclusión: En la mayoría de los lactantes se recomienda vigilar estrechamente la temperatura corporal debido a su inmadurez fisiológica y sus sistemas inmunes inmaduros, una temperatura anormal, puede indicar una infección o enfermedad grave; siendo un desafío para todo el personal de salud.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0985358874 0997608404	E-mail: maybeleettorrespalma@gmail.com ce.sanchez96@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena		
	Teléfono: +593 993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			