

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON FIEBRE Y PETEQUIAS EN URGENCIAS

Sección Urgencias pediátricas

Elaborado: Marta Asenjo Torner. Médico Residente de pediatría

Supervisado: Jorge Lorente Romero. Pediatra Adjunto Urgencias

Conchita Míguez Navarro. Pediatra Adjunto Urgencias

Revisado: julio 2017



**Hospital General Universitario
Gregorio Marañón**

FIEBRE Y PETEQUIAS

- **Definición:**

- *Púrpura*: lesiones producidas por extravasación de sangre en la piel o mucosas que no blanquean completamente a la presión
- *Petequias*: lesiones purpúricas menores de 3 mm de diámetro.
- *Equimosis*: lesiones purpúricas mayores de 3 mm de diámetro.

- **Epidemiología:** Los cuadros febriles asociados a exantemas son un motivo de consulta frecuente en las Urgencias de Pediatría. La identificación de aquellos exantemas petequiales por parte del clínico es muy importante ya que las patologías que implican pueden progresar muy rápido.

- **Patologías que pueda involucrar:**

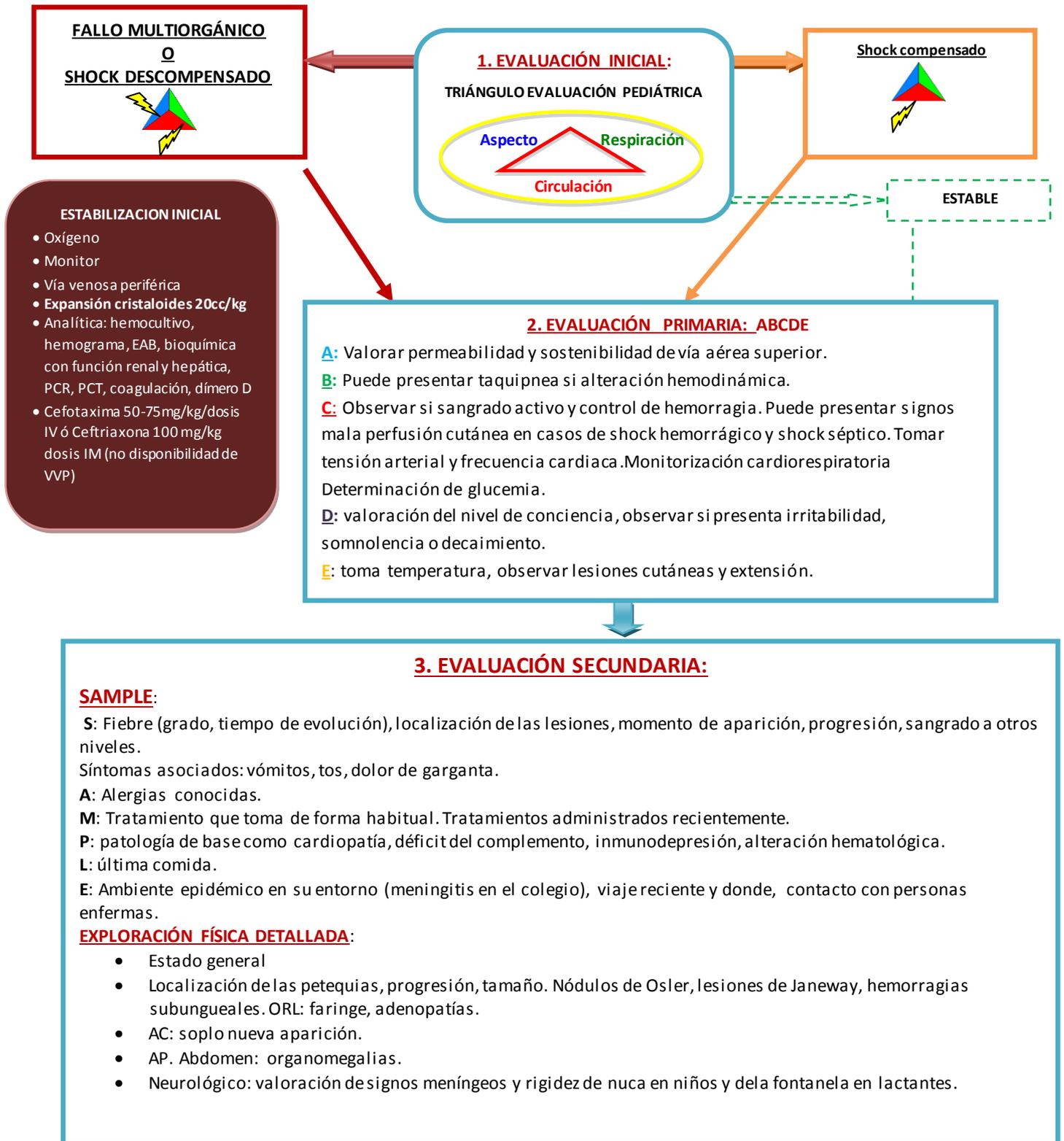
La etiología más frecuente es la viral aunque una pequeña proporción de los pacientes (2% de los pacientes febriles con petequias, 7-11% de los pacientes febriles ingresados con petequias) el agente causal es el meningococo.

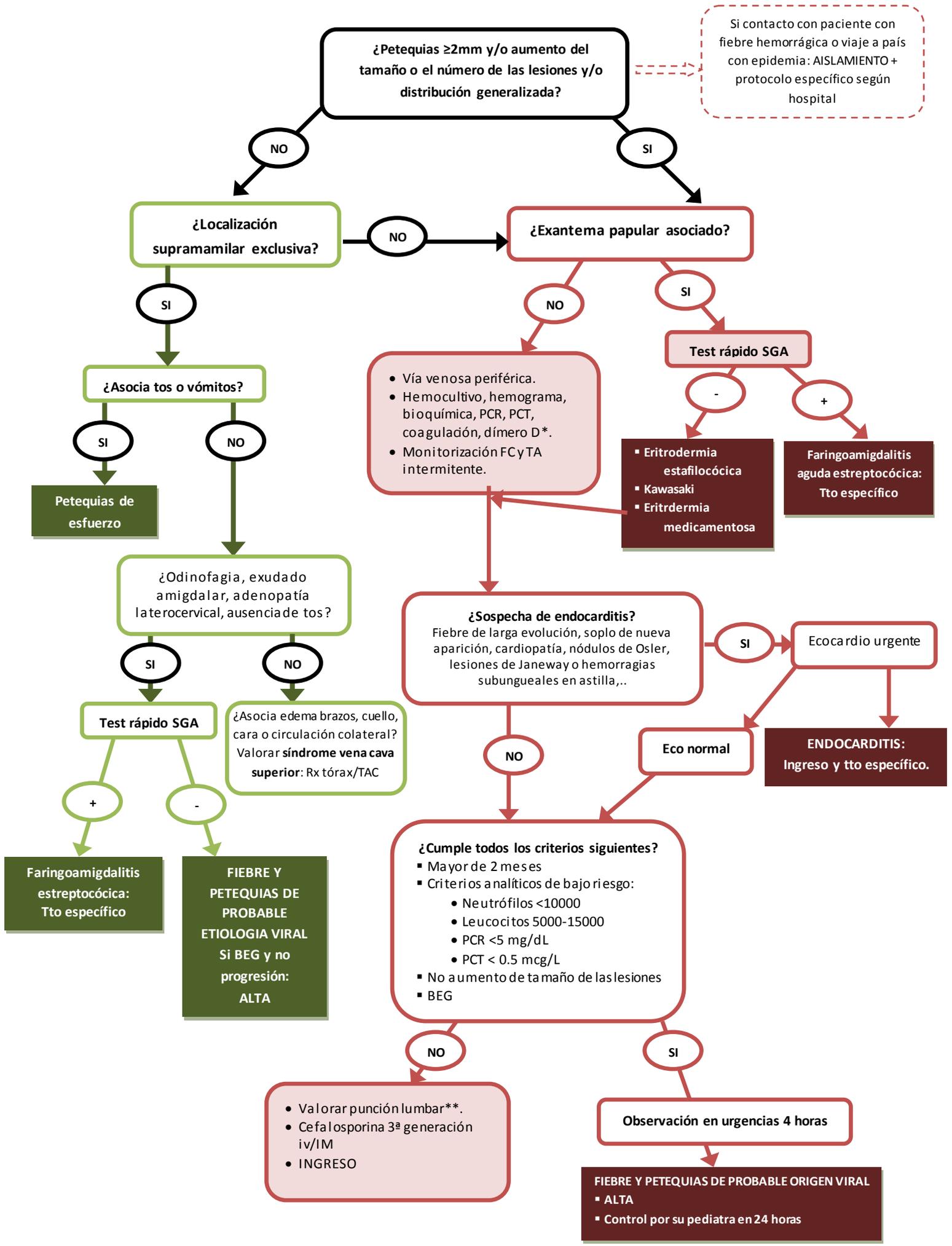
- *Causas Infecciosas:*

- **Virus:** la causa más frecuente, entre ellos enterovirus y adenovirus. En pacientes procedentes de áreas endémicas también el virus de Ébola, Fiebre Amarilla, Dengue.

- **Bacterias:** lo primero a descartar, sobre todo Meningococo. También Neumococo, H. influenzae o exantema en el contexto de una infección por SGA.

- *Causas no infecciosas:* síndromes febriles en pacientes con lesiones purpúricas por PTI, púrpura de Schönlein Henoch, neoplasias. También aquellas petequias de esfuerzo que se producen al toser o al vomitar.





¿Petequias $\geq 2\text{mm}$ y/o aumento del tamaño o el número de las lesiones y/o distribución generalizada?

Si contacto con paciente con fiebre hemorrágica o viaje a país con epidemia: AISLAMIENTO + protocolo específico según hospital

NO

SI

¿Localización supramamilar exclusiva?

¿Exantema papular asociado?

NO

NO

SI

SI

¿Asocia tos o vómitos?

Test rápido SGA

SI

NO

-

+

Petequias de esfuerzo

• Vía venosa periférica.
• Hemocultivo, hemograma, bioquímica, PCR, PCT, coagulación, dímero D*.
• Monitorización FC y TA intermitente.

• Eritrodermia estafilocócica
• Kawasaki
• Eritrodermia medicamentosa

Faringoamigdalitis aguda estreptocócica: Tto específico

¿Odinofagia, exudado amigdalár, adenopatía laterocervical, ausencia de tos?

¿Sospecha de endocarditis?
Fiebre de larga evolución, soplo de nueva aparición, cardiopatía, nódulos de Osler, lesiones de Janeway o hemorragias subungueales en astilla,..

SI

NO

Ecocardiograma urgente

Test rápido SGA

¿Asocia edema brazos, cuello, cara o circulación colateral? Valorar **síndrome vena cava superior**: Rx tórax/TAC

+

-

NO

Eco normal

ENDOCARDITIS: Ingreso y tto específico.

Faringoamigdalitis estreptocócica: Tto específico

FIEBRE Y PETEQUIAS DE PROBABLE ETIOLOGIA VIRAL
Si BEG y no progresión: **ALTA**

¿Cumple todos los criterios siguientes?
 • Mayor de 2 meses
 • Criterios analíticos de bajo riesgo:
 • Neutrófilos < 10000
 • Leucocitos $5000-15000$
 • PCR $< 5 \text{ mg/dL}$
 • PCT $< 0.5 \text{ mcg/L}$
 • No aumento de tamaño de las lesiones
 • BEG

NO

SI

• Valorar punción lumbar**.
• Cefalosporina 3ª generación iv/IM
• INGRESO

Observación en urgencias 4 horas

FIEBRE Y PETEQUIAS DE PROBABLE ORIGEN VIRAL
 • ALTA
 • Control por su pediatra en 24 horas

4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

A. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Análítica de sangre:** hemograma, EAB (afectación hemodinámica), bioquímica, coagulación, dímero D* si alta sospecha de infección por meningococo, PCR y PCT y hemocultivos.
 - Indicada en todos los pacientes a excepción de los que presentes únicamente petequias <2 mm que no aumentan de tamaño ni número y que se localizan exclusivamente en territorio supramamilar o aquellas que asocian un exantema papular y que el resultado del test rápido de SGA es positivo.
- **Análisis de LCR**:** Valorar en niños con **estabilidad hemodinámica** que presenten signos meníngeos positivos o en lactantes (signos meníngeos más difíciles de valorar) con afectación del estado general y/o irritables con fontanela anterior a tensión.
- **Determinación de test rápido estreptococo y/o cultivo faríngeo:** en aquellos pacientes que asocian odinofagia, exudado amigdalario y adenopatía laterocervical en ausencia de tos o en los que tienen un exantema papular en los que se sospecha escarlatina.
- **Ecocardiografía:** si sospecha de endocarditis.
- **Radiografía de tórax +/- TAC:** si sospecha de síndrome de vena cava superior.

B. TRATAMIENTO ESPECÍFICOS:

- **Faringoamigdalitis estreptocócica:**
 - **Amoxicilina** 50 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) cada 12 horas durante 10 días.
 - **Penicilina V:** <27 kg: 250 mg/ 8 horas; >27 kg: 500 mg/8 horas durante 10 días.
- **Antibiótico empírico:**
 - **Indicación:** Todo paciente con petequias y mal estado general o en pacientes que presenten fiebre y petequias con indicación de extracción analítica y que tengan <2 meses, progresen las lesiones o no cumplan criterios analíticos de bajo riesgo (Neutrófilos <10000, leucocitos 5000-15000, PCR <5 mg/dL, PCT < 0.5 mcg/L)
 - **Fármacos:**
 - **Cefotaxima:** 300 mg/kg/día cada 6-8 hora (máx 12 g/día)
 - **Ceftriaxona:** 100 mg/kg/día cada 12-24 horas (máx 4 g/día)
- **Profilaxis de enfermedad meningocócica a los contactos:** a aquellos que han estado durante más de 8 horas en contacto cercano con el paciente desde los 7 días previos al inicio de los síntomas o que han estado expuestos a sus secreciones orales. No está indicada en personal sanitario salvo contacto directo con secreciones respiratorias.
 - Ciprofloxacino: Adultos 500 mg vo dosis única.
 - Rifampicina vo: Adultos 600 mg/12 horas. Niños >1 mes: 10 mg/kg/12 horas. Niños <1 mes: 5 mg/kg/12 horas. Todos durante 2 días.
 - Ceftriaxona im: dosis única en <15 años de 125 mg y en adultos 250 mg.

C. INDICACIONES DE INGRESO:

- Ingreso en planta de Pediatría:
 - Todo paciente con alteración del estado general, tras estabilización.
 - Menor de 2 meses
 - con progresión de las lesiones
 - con criterios analíticos de riesgo.
- Ingreso en UCIP:
 - Todo paciente inestable con sospecha de sepsis o enfermedad meningocócica invasiva.

D. INDICACIONES DE VALORACION POR ESPECIALISTA NO PEDIATRA URGENTE:

- Cardiólogo: si sospecha de endocarditis

E. INDICACIONES DE DERIVACION A CONSULTAS EXTERNAS:

- Hematología: paciente estable en el que la analítica muestra trombopenia, alteraciones de la coagulación o con analítica normal en el que se sospeche que la fiebre es un proceso intercurrente a una patología de base que cursa con petequias (ver capítulo petequias, púrpura y hematomas).

F. RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DOMICILIO

Si se trata de un paciente que se da de alta con diagnóstico de fiebre y petequias de probable etiología viral o como petequias de esfuerzo acudir de manera inmediata a Urgencias si las lesiones aumentan en número o se hacen más grandes o si el niño presenta mal estado general.

BIBLIOGRAFIA:

1. Uptodate. Apicella M. Clinical manifestations of meningococcal infection [sede Web]. Jul 16, 2014; Sep 8, 2014. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com>
2. Uptodate. Apicella M. Diagnosis of meningococcal infection [sede Web]. Jan 22, 2014; Sep 22, 2014. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com>
3. Uptodate. Apicella M. Treatment and prevention of meningococcal infection [sede Web]. Dec 26, 2013; Sep 22, 2014. Uptodate Waltham, Massachusetts. <http://www.uptodate.com>
4. Pou J, Arias V. Fiebre y petequias. En Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J. Tratado de Urgencias en pediatría. 2ª Edición. Madrid. Ergón; 2011. P: 258-263.