

MANAGEMENTUL FEBREI ACUTE LA COPIL

Prof. Dr. V. Popescu

*Clinica de Pediatrie și Neurologie pediatrică,
Spitalul Clinic de copii „Dr. Victor Gomoiu“, București*

REZUMAT

Febra este o manifestare comună în infecțiile căilor respiratorii (înalte și joase), gastrointestinale și urinare la copil. Evaluarea unui copil cu febră debutează cu o anamneză minuțioasă asociată cu un examen clinic obiectiv; investigațiile paraclinice completează datele obținute și sunt solicitate pe baza evaluării clinice anterioare. Copiii cu febră neexplicată trebuie evaluați în trepte. Abordarea acestor cazuri implică stabilirea unor date de bază obținute printr-un istoric meticolos, un examen fizic complet și asocierea unor teste „screening“ de laborator, urmate de teste și proceduri suplimentare solicitate/impuse de datele obținute prin evaluarea clinică inițială. *Managementul* unui copil cu febră depinde de severitatea afecțiunii de bază. Cei mai mulți copii prezintă manifestări clinice ușoare și pot fi tratați prin măsuri *supportive* la domiciliu. Aproximativ 5% din copiii cu febră acută severă necesită spitalizare.

Măsurile suportive adecvate pentru tratamentul unui copil cu febră acută includ: administrarea orală de lichide pentru menținerea unei hidratare normale care să acopere „pierderile“ de lichide prin respirație insensibilă și tahipnee; agenți antipiretici (acid acetilsalicilic, paracetamol, ibuprofen), cu preferință paracetamol sau ibuprofen izolat sau în asociere, prin administrarea alternativă.

Copiii cu risc crescut sunt candidați rezonabili pentru terapie empirică cu antibiotice până la obținerea rezultatelor „culturilor“ efectuate. Copiii cu un risc scăzut pentru o bacteriemie severă nu vor primi terapie cu antibiotice, până ce diagnosticul nu va fi stabilit.

Cuvinte cheie: Febră acută (febră de scurtă durată); management; copil

ABSTRACT

Management of acute fever in children

Fever is a common manifestation of pediatric infections of upper and lower respiratory, gastrointestinal and urinary tracts. The evaluation of the febrile child begins with a careful history and physical examination. Laboratory data are secondary and should be ordered on the basis of the clinical assessment. Children with unexplained fever should be evaluated in stages. The overall approach involves the establishment of a complete and accurate data base, which includes a meticulous history, comprehensive physical examination and the compilation of screening laboratory data, followed by further tests and procedures mandated by findings in the initial evaluation.

The management of the child with fever depends upon the severity of the illness. Most children have mild symptoms and can be managed with supportive measures at home. Approximately 5% of children with acute severe fever will require hospitalisation. Supportive measures appropriate to the care of the child with acute fever include administering adequate oral or parenteral fluids to ensure maintenance of normal hydration in the presence of increased insensible water losses associated with tachypnea. Fever may be treated with antipyretic agents (acetylsalicylic acid, paracetamol, ibuprofen).

High risk children would be reasonable candidates for empiric antibiotic therapy, pending the outcome of cultures. Children at lower risk for serious bacteremia should not be given empiric antibiotics until a diagnosis becomes evident.

Key words: Acute fever (fever of short duration); diagnosis; treatment; child

Febra este o ascensiune termică patologică datorată unei dereglări a centrului reglator hipotalamic sub acțiunea substanțelor pirogene endogene sau exogene prin intermediul prostaglandinelor.

Pacientul febril – copilul – și mai ales familia sa consideră că este vorba de o urgență medicală și solicită un examen medical.

Perspiciacitatea medicului pediatru poate fi pusă la o probă de competență, datorită dificultății diagnosticelor posibile în cauză; conduita medicului pediatru în prezența unei stări febrile implică experiență clinică și exclude atitudini stase, comode, mai ales în cazul când febra se prelungește peste 5-7 zile.

I. PATOGENIA FEBREI

Studii asupra patogeniei febrei sugerează implicarea unor pirogeni exogeni și endogeni. Pirogenii exogeni includ bacteriile (bacteria în întregime, componentele peretelui celular – endotoxinele), virusurile,

fungii, complexe antigen-anticorp și unele medicamente. După ce un pirogen exogen este fagocitat fie de leucocitele polimorfonucleare, fie de macrofage, se sintetizează un pirogen endogen, care apoi este eliberat. Pirogenul leucocitar apare identic cu factorul care promovează proliferarea limfocitară, cunoscut ca activator limfocitar. Pirogenii endogeni circulă către centrul termoreglator, în apropierea planșei ventriculului al III-lea, în zona hipotalamică preoptică, nivel la care se produc prostaglandinele din seria E. Rezultatul final constă în transmiterea de semnale la centrul vasomotor, care în final determină creșterea producției de căldură, vasoconstricție periferică și diminuarea disipării căldurii. Acest proces elaborat explică intervalul de timp de peste 90 de minute între injectarea unui pirogen exogen și apariția febrei. Se explică, de asemenea, faptul că din punct de vedere clinic, culturile din sânge sunt foarte probabil pozitive anterior „vârfului“ atins de temperatura corpului, mai degrabă decât după. Nu trebuie confundată febra cu hipertermia.

Hipertermia este datorată unei creșteri excesive a temperaturii mediului înconjurător, care împiedică pierderea de căldură a corpului.

O altă cauză de hipertermie este contracția musculară excesivă indusă de medicamente (sindromul malign neuroleptic) sau de aneestezice (hipertermia malignă).

II. EXAMENUL COPILULUI CU FEBRĂ

Examenul clinic al unui copil cu febră este fundamental. De atitudinea corectă adoptată de medicul pediatru, care examinează primul copilul, depinde, într-o mare măsură, o bună evoluție ulterioară.

1. Confirmarea febrei

Termometrul clasic – cu mercur – utilizat pe cale rectală permite folosirea termenului de febră când temperatura marchează peste 37° dimineața și 37°5 seara. Condițiile tehnice de luare a temperaturii sunt importante. Medicul pediatru trebuie să aibă în trusă un termometru, deoarece un număr de familii cu condiții sociale modeste nu îl au la dispoziție. Temperatura trebuie să fie luată la sugar și copilul mic pe cale rectală, la distanță de mese, după un repaus la pat de 30 de minute. Temperatura nu trebuie luată niciodată la sugar și la copil pe cale axilară cu termometrul cu mercur. Temperatura va fi luată în prezența medicului, în scopul de a se asigura personal de realitatea acestui semn capital. În acest fel sunt decelate febre ignorate sau febre simulate.

Clasic se descriu o serie de tipuri de febră:

- *Febră intermitentă.* În acest caz febra revine la normal în fiecare zi. Când variațiile între zenit și nadir sunt foarte largi, febra este denumită hectică sau septică. Febra intermitentă este caracteristică infecțiilor cu piogeni, în particular în abcese, tuberculoza miliară și în limfoame;
- *Febră remitentă.* În acest caz temperatura coboară/scade în fiecare zi, dar nu revine la normal. Cele mai multe cazuri de febră sunt remitente, dar acest tip de reacție febrilă nu este caracteristic pentru anumite infecții;
- *Febră recurentă.* În acest tip se constată apariția de scurte perioade febrile întretăiate de una sau mai multe zile de perioade afebrile; este cazul: malariei, febrei recurente, febrei „mușcăturii de șobolan“, infecțiilor de tract urinar, unelor cazuri cu boala Hodgkin (febra „Pel-Ebstein“), febrei periodice de cauze genetice (febra mediteraniană familială și alte 7 sindroame febrile periodice – a se vedea lucrarea „Febra mediteraniană familială“);
- *Febră prelungită.* În acest caz febra persistă peste 7-10 zile (clasic: peste 14-21 de zile) – a se vedea

„Febra prelungită la copil“ – Algoritm diagnostic și terapeutic, vol. 1, p. 689-701, Ed. Amaltea, București, 1999).

2. Ancheta clinică propriu-zisă

2.1. Precizarea simptomului febră

Ascensiunea termică se asociază după caz cu cefalee, frisoane, transpirații, mialgii, artralгии, curbură.

Cefaleea nu este obligatorie în cursul unei stări febrile; ea este frontală, persistentă, în caz de febră tifoidă; fronto-orbitală în gripă; în regiunea cefei, pune în discuție o meningită.

Frisoanele pot fi absente (de obicei sunt absente la sugar și copilul mic); febra prezintă un aspect în platou, în caz de febră tifoidă, septicemii, este moderată, asociată cu o senzație de „frisonete“ în gripă; frisoanele sunt intense în malarie (excepțională în cauză, în prezent, în țările dezvoltate).

Transpirațiile sunt abundente în unele afecțiuni (febre legate de afecțiuni ce interesează căile respiratorii, tractul digestiv, tractul urinar, bruceleză, malarie, tuberculoză), și absente în febra tifoidă și endocardite acute.

Prezența de mialgii sugerează o viroză (infecție cu virusurile Cocksackie) sau o leptospiroză (rară în condițiile țării noastre).

Artralgiile evocă o infecție streptococică, bruceleză.

Starea de curbură este întâlnită în gripă.

Pe lângă aceste semne funcționale se asociază, de asemenea, unele manifestări care fac parte din cortegiul de însoțire al febrei: astenia, insomnia, scăderea în greutate (evaluarea acestora permite aprecierea răsunsetului febrei asupra stării generale). Anorexia, scăderea în greutate sunt manifestări în raport cu durata febrei.

2.2. Precizarea semnelor de suferință viscerală eventuală

Analiza riguroasă a „acuzelor“ copilului febril permite de a clasa, în general, pacientul în unul din marile „sectoare“ ale patologiei.

Într-o primă etapă se „ascultă“ sau se „observă“ „acuzele“ spontane ale copilului (mai greu la sugar și la copilul mic):

- tusea orientează către o afecțiune respiratorie acută;
- vărsăturile fără diaree orientează către o „atingere“ meningeală;
- diareea către o boală diareică acută;
- disuria, polakiuria orientează către o infecție de tract urinar;
- simptomele funcționale de afectare simultană a două sau mai multe viscere sugerează o maladie generală sau o septicemie.

După „acuzele spontane“ ale copilului cu febră, se trec în revistă, printr-o anamneză sistematică și minuțioasă, principalele simptome aparținând fiecărui aparat/sistem în parte.

În acest stadiu medicul este în situația să aprecieze dacă pacientul prezintă fie o febră izolată, fie o febră asociată.

2.3. Anamneza/istoricul maladiei trebuie să precizeze:

- Data de apariție a febrei este foarte importantă de fixat, mai ales dacă este vorba de o febră izolată;
- Modul de debut al bolii:
 - progresiv
 - brutal și „franc“ ca în pneumonie sau septicemie
 - precis în gripă
 - insidios în endocardită
- Evoluția simptomelor este, de asemenea, interesantă de precizat, mai ales „alura“ curbei termice, știind că trebuie un oarecare timp, pentru a aprecia acest criteriu:
 - febra este ascendentă în febra tifoidă la debut sau în platou în perioada de stare;
 - febra este intermitentă în malarie, infecțiile căilor biliare sau căilor urinare;
 - febra este recurentă în leptospiroză;
 - febra este ondulantă în bruceloză, febrele periodice de cauză genetică (febra mediteraniană familială ș.a.)
- influența eventuală a medicației efectuate.

2.4. Studiul antecedentelor

Se va insista asupra:

- trecutului patologic (boli avute până la data la care este văzut copilul pentru afecțiunea actuală);
- existenței de reșute sau recidive;

- cercetării unui contact infecțios (în colectivitate, în familie);
- episoadelor recente de cauze medicale sau chirurgicale;
- unui eventual „sejour“ recent într-o țară străină;
- situației vaccinărilor efectuate (după „calendarul“ vaccinărilor).

2.5. Examenul obiectiv

- Se apreciază toleranța la febră („bună“ sau „rea“) (tabelul 1).
- Se identifică sediile specifice ale maladiilor însoțite de febră prin examenul clinic obiectiv (tabelul 2) al tuturor aparatelor și sistemelor.
- Se efectuează o observație minuțioasă a tegumentelor, moment important pentru cercetarea unei porți de intrare: o plagă suprainfectată, o piodermită banală, înțepături de „căpușe“, eritem polimorf, exanteme de diverse tipuri.
- Examenul mucoaselor, bucale și mai ales, genitale, nu trebuie uitat.
- Cercetarea unei splenomegalii.

La finele examenului obiectiv medicul se găsește în prezența a două situații posibile:

- ne găsim în prezența unei febre acute recente;
- pacientul este deja febril de mai multe zile: peste

Tabelul 1
Evaluarea toleranței la febră

	Toleranță „bună“	Toleranță „rea“
Facies	Vultuos Ochi strălucitori	Paloare Cianoză periorală
Conștiență	Normală	Somnolență
Țipăt	Viguros	Plângăreț
Tegumente	Eritroză Calde	Marmorate Extremități reci
Timp de recolorare	Imediat	Alungit > 3 sec

Tabelul 2

Sediul manifestărilor bolilor febrile (După Steve Kohl și Larry Pickering, 1990)

Sediul	Simptome	Semne
Căile respiratorii superioare	Rinoree, strănut, tuse, dureri în gât, poziția capului pe spate, sufocare, dureri sinuzale, febră, otalgie/otoree	Congestie nazală; faringe eritematos; amigdale hipertrofice cu prezența de exsudat; epiglotită acută – tumefiere și eritem al epiglotei –, bombarea și congestia timpanului.
Căile respiratorii inferioare	Tuse, tahipnee, febră, dureri toracice, dispnee, producerea de spută	Raluri, wheezing, diminuarea localizată a zgomotelor respiratorii, retracție intercostală
Gastrointestinal	Vărsături, diaree, dureri abdominale, anorexie, febră	Borborisme intestinale, sensibilitate abdominală
Hepatic	Anorexie, vărsături, urini închise la culoare, scaune decolorate	Icter, hepatomegalie, sensibilitate hepatică
Genito-urinar	Disurie, polakiurie, urgență la micțiune, febră, dureri în flancuri și suprapubian	Sensibilitate costovertebrală, sau suprapubiană
Scheletic	Șchiopătare, dureri osoase, febră	Tumefiere, eritem, căldură locală, limitarea mișcărilor, sensibilitate
Sistem nervos central	Febră, letargie, iritabilitate, cefalee, rigiditatea cefei, convulsii	Semnele Kernig și Brudzinski, bombarea fontanelii, deficite neurologice
Cardio-vascular	Dispnee, palpitații, intoleranță la efort, dureri toracice, febră, șoc	Tahicardie, hipotensiune arterială, cardiomegalie, hepatomegalie, splenomegalie, raluri, peteșii, noduli Osler, leziuni Janeway, sufluri cardiace, frecături pericardice

10 zile se intră în domeniul febrei prelungite (cu toate că în definiția clasică a febrei prelungite durata febrei trebuie să depășească 14-21 de zile).

În prezentarea de față ne vom referi la febrele acute recente; pentru febrele prelungite a se vedea: *Algoritm diagnostic și terapeutic în Pediatrie*, vol. 1, pag. 689-701, Editura Amaltea, București, 1999.

III. FEBRA ACUTĂ RECENTĂ

În prezența unei febre acute recente trebuie apreciată toleranța copilului la febră. Se vor efectua câteva examene complementare și se va decide atitudinea terapeutică.

1. Toleranța copilului la febră

Toleranța este precizată prin studiul marilor funcții vitale. Hipertermia poate determina o suferință a centrilor nervoși vegetativi superiori care se traduce printr-un răsunet asupra ritmului cardiac, tensiunii arteriale, frecvenței respiratorii și stării de hidratare a bolnavului.

- Febra poate fi considerată ca bine tolerată – oricare ar fi nivelul său – când pulsul, frecvența respiratorie, tensiunea arterială sunt în limite acceptabile.
- Febra este rău tolerată, deci potențial periculoasă, când tahicardia este superioară la 120/min, frecvența respiratorie este peste 25/min și chiar la 20/min pentru unii pacienți, tensiunea arterială scăzută sub 10 cm Hg maxima, mai ales dacă tegumentele sunt marmorate.

Trebuie insistat asupra interesului major al aprecierii frecvenței respiratorii: accelerarea anormală este semn de alarmă al febrei foarte mari (> 40°).

- Trebuie apreciată starea de hidratare, în special la sugari, în caz de deshidratare acută (intracelulară sau extracelulară).
- Febra crescută poate determina la sugar convulsii, deshidratare, colaps cu afectare cerebrală, hepatică, renală, musculară (tabelul 3).

2. Examine complementare indispensabile

2.1. Examine hematologice

- **Hemograma.** Are o mare valoare de orientare:
 - Studiul formulei leucocitare este de o importanță deosebită prin prezența de:
 - hiperleucocitoză cu hipergranulocitoză neutrofilă ce orientează spre boli bacteriene acute cu piogeni
 - neutropenie ce orientează de obicei către o infecție virală
 - eozinofilie ce impune cercetarea unei parazitoză
 - limfomonocitoză ce orientează, în special în prezența unui aspect mai atipic (limfocitoid, monocitoid, plasmocitoid, blastoid) către o mononucleoză infecțioasă.
 - Alte date hematologice care sunt utile pentru diagnosticul bacteriemiei, drept cauză a febrei, includ: trombocitopenia, incluziile Döhle, granațiile toxice în polinuclearele neutrofile, vacuolizarea neutrofilelor.
 - VSH prezintă puțin interes diagnostic, cu excepția cazurilor de febră în cazurile de boli inflamatorii, dar este un mijloc comun de urmărire a evoluției (E. Pily, 1988).
 - O serie de date paraclinice pot fi utile în diferențierea infecțiilor virale de infecțiile bacteriene (tabelul 4)

2.2. Examine bacteriologice

- **Hemocultura.** Se efectuează în cazul unei febre din cadrul unei boli suspiciate ca putând fi severă: pielonefrită, febră tifoidă, endocardită acută sau în cazul stărilor febrile prost tolerate.
- **Examenul cito-bacteriologic al urinelor.** Se recomandă în orice caz de suspiciune a unei infecții urinare.

2.3. Radiografia pulmonară

Se va efectua în stările febrile cu manifestări pulmonare.

Tabelul 3
Complicațiile febrei

	Convulsii febrile	Deshidratare	Hipertermie majoră
Frecvență	5% din copiii sub 5 ani	Rară	Foarte rară
Ascensiune termică	Brutală	Rapidă Majorată de t° mediului, îmbrăcăminte, pierderi hidrice necontrolate	Rapidă Majorată de t° mediului, îmbrăcăminte, pierderi hidrice necontrolate
Caracteristici	Crize tonico-clonice sau clonice <ul style="list-style-type: none"> • scurte • bilaterale • izolate 	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratare intracelulară (<i>coup de chaleur</i>) <ul style="list-style-type: none"> – sete – limbă uscată • Deshidratare extracelulară (diaree) <ul style="list-style-type: none"> – pliu cutanat persistent – FA deprimată – scădere în greutate 	Colaps cu afectare <ul style="list-style-type: none"> • cerebrală • hepatică • renală • musculară
Gravitate	Durata > 30 min Deficit postcritic	Colaps	Afectare cerebrală

Tabelul 4

Diferențierea infecțiilor virale de infecțiile bacteriene (după Kohl St și Pickering L, 1990)

Elemente de diferențiere	Infecții virale	Infecții bacteriene
Peteșii	Prezente	Prezente
Leucocitoză	Neobișnuită*	Comună
Deviere la stânga a FL	Neobișnuită	Comună
Neutropenie	Posibilă	Accentuată (sugerează o infecție severă)
VSH ↑	Neobișnuită*	Comună
PCR ↑	Neobișnuită	Comună
Elastaza-alfa-1 proteaza ↑	Neobișnuită	Comună

* Adenovirusurile și herpes simplex virusurile pot determina leucocitoză și VSH↑. Virusul Epstein-Barr poate determina peteșii și VSH.

2.4. Testul cutanat la tuberculină

Reacția pozitivă orientează către infecția tuberculoasă. Este o investigație obligatorie, mai ales în condițiile țării noastre, în care frecvența morbidității prin tuberculoza pulmonară este crescută.

3. În practica clinică ne găsim în prezența a două mari tipuri de situații:

- Febra poate fi izolată, bine tolerată, de scurtă durată
- Febra poate fi izolată, de durată scurtă, prost tolerată sau se prelungește peste 4-5 zile.

3.1. Febra este izolată și de scurtă durată

Experiența demonstrează că numai în 5% din cazuri febra se va prelungi. În restul de cazuri febra va ceda spontan în mai puțin de 5 zile.

Cauzele febrei izolate și de scurtă durată sunt multiple; ele reprezintă formele minore, spontan curabile ale tuturor maladiilor infecțioase. Diagnosticul, în absența elementului de recunoaștere clinică sau biologică, este dificil și, în fapt, de puțin interes practic. În cazul febrei izolate, de scurtă durată, examenele complementare trebuie să fie limitate la minimum.

3.2. Febra este izolată, de scurtă durată, prost tolerată sau prelungită peste 4-5 zile

În această situație se face apel la medic datorită febrei crescute, uneori însoțite de semne funcționale neliniștitoare. În aceste cazuri examenul clinic minuțios și riguros trebuie să cerceteze cu prioritate o maladie infecțioasă de reală gravitate.

a. În marea majoritate a cazurilor este vorba de o patologie focală, situație în care febra este asociată la un semn de suferință viscerală, mai mult sau mai puțin evident:

- *Patologie ORL*: angină, otită, sinuzită. Prelevările bacteriologice locale se efectuează în funcție de aspectul clinic și de posibilitățile tehnice.
- *Patologie respiratorie*: afectare difuză sau în focar, revărsat pleural, radiografie pulmonară ce precizează datele examenului clinic.
- *Patologie urinară*: diagnosticul se efectuează pe baza examenului citobacteriologic al urinei;

cercetarea prin urografie i.v. a unei anomalii renale sau a căilor excretorii devine obligatorie ulterior, dacă este vorba de o infecție urinară înaltă sau recidivantă.

- *Patologie hepatică*: icterul va impune: în prezența unui sindrom retențional cercetarea unui obstacol mecanic; în prezența unui tablou de citoliză a unei hepatite; în prezența unui ficat mare dureros a unui abces cu piogeni sau amibian.
- b. Câteva infecții majore nu trebuie să rămână necunoscute; acestea sunt veritabile urgențe infecțioase:
- două diagnostice sunt primordial de luat în discuție deoarece ele impun spitalizare și terapie de urgență: meningita, ce implică PL, la cea mai mică îndoială și septicemia cu riscul său potențial de răsunet asupra sistemului circulator (șocul septic);
- c. Terenul este un element de orientare
- Trebuie evidențiat că nou-născuții (în special), sunt imunologic imaturi, dezvoltarea unei apărări antiinfecțioase fiind direct legată de vârsta gestațională. Aceasta explică susceptibilitatea crescută la infecții (uneori severe) la vârstă mică (nou-născuți, sugari).
- *Patologia neo-natală*. Trebuie sistematic cercetate infecțiile neonatale, cu accent pe cele cu debut intra- și perinatal – sindromul TORCH; un aspect particular al febrei la nou-născut îl constituie „febra de sete“, concentrațiile excesive de lapte praf, excesul de sare, situații ce pot fi cu ușurință recunoscute.
 - *Patologia sugarului*. O atenție deosebită se va acorda, în particular, infecțiilor digestive, infecțiilor din sfera ORL (examenul timpanului trebuie să fie efectuat sistematic), pulmonară și meningeală (în acest ultim caz puncția lombară trebuie efectuată la cea mai mică suspiciune de meningită).
 - *Patologia copilului*. Unele date epidemiologice pot interveni în favoarea unor maladii comune ale copilăriei (infecțiile respiratorii digestive și urinare), dar să nu se uite și unele boli ca meningita purulentă – în particular meningococică, osteomielita acută ș.a.

4. Tratament

Când nici un focar infecțios nu este depistat, când nu există nici un semn de gravitate, nici de orientare a diagnosticului, se recomandă supravegherea bolnavului, fără un tratament specific, recomandându-se eventual o terapie anodină simptomatică.

O terapie activă se impune în cazul unei febre acute recente în trei eventualități, uneori asociate:

- când focarul infecțios a fost descoperit
- când febra este prost tolerată
- când există o hipertermie potențial gravă (peste 41°C), chiar dacă aparent este bine tolerată.

De asemenea, o terapie activă se impune când febra survine pe un teren imunologic deficitar, în acest caz încadrându-se nou-născuții și sugarii precum și copiii cu imunodeficiențe.

Mijloacele terapeutice sunt:

4.1. Antibioterapie

Cu excepția unor situații particulare nu trebuie prescrise niciodată antibiotice din prima zi și, oricum, niciodată înainte de a se efectua prelevările bacteriologice indispensabile.

Alegerea antibioticului răspunde la reguli precise. Este necesar de subliniat necesitatea alegerii antibioticului în funcție de agentul patogen presupus responsabil și de sediul infecției: Macrolidele, Penicilina G, Ampicilina, Gentamina, cefalosporine.

4.2. Tratamentul simptomatic

Acesta constă în:

- Corectarea eventualelor tulburări metabolice (deshidratare) și a semnelor de insuficiență respiratorie;
- Repaus la pat
- Temperatura camerei: 18-20°C

- Îmbrăcăminte ușoară
- Hidratare largă

Se va asigura o rație alimentară corespunzătoare vârstei și greutateii copilului, cu un minimum proteic de cel puțin 1 g proteine/kg/zi.

- Combaterea febrei. Se va face prin:
 - metode fizice
 - loțiuni generale cu apă caldă
 - baie progresiv răcită (se începe cu 2°C sub temperatura corpului și se scade progresiv, în 4-5 minute până la 36°C)
 - în primele ore și la copiii peste 5-6 ani împachetări generale (t° apei 36°-38°C, 10-15 minute)
 - administrarea de antitermice; acestea sunt necesare când temperatura depășește 38° C
 - în practica pediatrică se utilizează: acidul acetilsalicilic (aspirina), paracetamolul, Nurofenul (ibuprofen).
- Prevenirea convulsiilor febrile. Se recomandă:
 - evitarea producerii de convulsii febrile în cazul în care febra este peste 38°C, precum și la copiii cu antecedente de convulsii febrile; în aceste situații se va administra diazepam intrarectal 5 mg la sugar și 10 mg la copil, cu repetare după 12 ore.
- Internarea în spital. Se indică:
 - atunci când febra nu cedează în 12-24 de ore la antitermice și la măsurile asociate citate mai sus;
 - când se asociază manifestări de tipul deshidratării acute, apariției de erupții cutanate, prezenței de manifestări de tipul tulburărilor digestive, respiratorii, neurologice, urinare se recomandă examinarea copilului de medicul de familie și eventual internarea în spital pentru terapie sub supraveghere medicală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Behrman RE, Vaughan VC – Textbook of Pediatrics, 13th ed., Philadelphia, WB Saunders Co, sec. 11.1 and 11.12, 1987.
2. Bourrillon A – Fièvre chez l'enfant. In: Y. Auyard, A. Bourrillon, J. Gaudelus (eds): *Pédiatrie*, 87-90. Ellipses, Paris, 1989.
3. Kohl Steve, Pickering Larry – Fever. In: Behrman-Kliegman-Nelson Essentials of Pediatrics, 285-286, WB Saunders Co, Philadelphia, 1990.
4. Marks MI – Infections of the newborn (congenital and perinatal infections, acquired neonatal infections). In: Marks MI (ed): *Pediatric Infections Disease for the Practitioner*, 123-192, Springer-Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo, 1984.
5. Pilly E – Fièvre. In: Pilly E – *Maladies infectieuses*, 575-582, Editions C et R, LaMadeleine (France), 1988.
6. Popescu V – Managementul febrei acute. Congresul Național de Pediatrie, Galați, 28 IX – 1 X 2005.
7. Popescu V – Febra prelungită. In: Popescu V (ed): *Algoritm diagnostic și terapeutic*, vol. 1, 689-701, Ed. Amaltea, București, 1999.