

**Diagnóstico y Tratamiento de la
FIEBRE SIN SIGNOS DE
FOCALIZACIÓN
en los Niños de 3 Meses
Hasta los 5 Años de Edad**

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **ISS350-13**

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN.....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN	4
3. HISTORIA NATURAL DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN	5
4. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	10

**GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN
EN LOS NIÑOS DE 3 MESES HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD**

**CIE- 10: R50.9 FIEBRE, NO ESPECIFICADA
R50 FIEBRE DE OTRO ORIGEN Y DE ORIGEN DESCONOCIDO**

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

DEFINICIÓN

La fiebre se define como una temperatura rectal por arriba de 38°C, temperatura axilar por arriba de 37.5°C o temperatura timpánica por arriba de 38.2°C. Se considera fiebre a la elevación de la temperatura por arriba de la variación diaria normal la cual se modifica de acuerdo a la edad (Cuadro 1).

La fiebre sin signos de focalización se define como fiebre sin origen aparente después una historia clínica y examen físico completos, usualmente menor de 7 a 10 días.

3. HISTORIA NATURAL DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO

Para detectar fiebre se recomienda el uso del termómetro electrónico, químico o de rayos infrarrojos, en caso de no estar disponibles utilizar el termómetro de mercurio.

La desventaja del termómetro de mercurio es la posibilidad de ruptura del vidrio, con el consiguiente derrame de mercurio y el riesgo de toxicidad.

- Corroborar la temperatura corporal cuando los padres reporten fiebre detectada por tacto

Conocer las diferencias en la temperatura corporal dependiendo del sitio anatómico y edad del paciente, así como frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial, como parte fundamental de la valoración del paciente con fiebre.

Considerar el diagnóstico de fiebre sin signos de focalización en todo niño previamente sano:

- fiebre con duración < 7 días
- sin evidencia clínica de foco infeccioso
- sin infección inter recurrente

La incidencia de enfermedad grave en niños < 5 años en Inglaterra y Gales es de 1,400/100,000.

Las infecciones bacterianas graves en el niño que acude al hospital con fiebre sin signos de focalización son secundarias a:

- infección de vías urinarias (217.2/100,000)
- neumonía (111.9/100,000)
- bacteriemia (105.3/100,000)
- meningitis (23.8/100,000)

Consistentemente con otros autores y las escalas publicadas como la Escala de Observación de Yale (YOS), los signos y síntomas que orientan a una enfermedad grave son:

- cambios en el estado de conciencia
- cambios en las características del llanto como el quejido, el llanto enérgico, la inconsolabilidad y ausencia del llanto
- así como la percepción del padre de la evolución de la enfermedad comparada con otras.

La Guía publicada por el grupo RCOG colaborador del NICE utiliza escalas previamente validadas con sensibilidad y especificidad > 80% para predecir riesgo de enfermedad grave (categorías clínicas de los pacientes).

El clínico debe conocer las escalas predictivas de riesgo para enfermedad grave en el niño. El grupo de trabajo adopta el sistema de luces de semáforo de La Guía publicada por el grupo RCOG colaborador del NICE para identificar a los niños de acuerdo a su riesgo.

CLASIFICACION Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

En los grupos de niños con categoría de Riesgo Alto e Intermedio, la biometría hemática (BH) ha demostrado utilidad en el diagnóstico de infección bacteriana grave en niños con fiebre sin causa aparente, en especial con un nivel de corte de leucocitos y neutrófilos > a 15,000 y de 9,500 respectivamente.

No existe una indicación absoluta para la realización de la biometría hemática, (BH) sin embargo en los niños con categoría de RIESGO ALTO / ROJO o RIESGO INTERMEDIO / AMARILLO puede ser útil para identificar el valor de corte de leucocitos y neutrófilos que auxilien en el diagnóstico de infección bacteriana grave (IBG).

En el caso de pacientes con RIESGO INTERMEDIO / RIESGO BAJO, la BH podría no realizarse de manera rutinaria si esto se considera posterior a la evaluación por un pediatra experto.

- A los pacientes del grupo de riesgo alto e intermedio considerar la cuantificación de PCR, esto a pesar de la heterogeneidad de los resultados, sin embargo esta puede auxiliar en el diagnóstico de infección bacteriana grave (IBG).
- Aparentemente el mayor beneficio es en el grupo de lactantes < 12 meses de edad por la mayor posibilidad de identificar IBG
- Se reconoce su utilidad en una relación directamente proporcional en relación al incremento en el valor de corte > 40 MG/L.

A los pacientes del grupo de riesgo alto puede ser útil la determinación de procalcitonina (PCT) como apoyo diagnóstico de IBG, sin embargo debido a que la evidencia es limitada en relación al uso de PCT en niños con fiebre sin foco infeccioso localizado. Se necesita realizar estudios de costo beneficio que comparen la PCT contra PCR en la identificación de infecciones bacterianas. Para los pacientes con riesgo bajo no se recomienda la toma de PCR / PCT debido a que no mejora la detección de IBG

En los niños con fiebre sin foco infecciosos, es recomendable realizar un Examen General de Orina (EGO), independientemente del grupo de riesgo al que pertenezcan.

Se recomienda por consenso, en los niños con riesgo alto con fiebre sin foco infeccioso aparente realizar:

- Punción lumbar, en ausencia de contraindicación
- Radiografía simple de tórax
- Hemocultivos

En el grupo de riesgo alto se considera una mayor probabilidad de IBG, por lo que en base a ello la decisión debe ser individualizada, para la toma de auxiliares diagnósticos. Esta decisión dependerá de los hallazgos y signos de alarma aunado al constructo de escalas clínicas y resultados de paraclínicos como PCR, cuenta de leucocitos y neutrófilos.

TRATAMIENTO

Además de la condición clínica del niño, los profesionales de la salud deberían considerar los siguientes factores cuando decidan hospitalizar al niño con fiebre al hospital:

- Circunstancias familiares y sociales
- Enfermedades que afecten al paciente o a otros miembros de la familia
- Intuición y ansiedad de los padres (basado en el conocimiento de sus hijos)
- Contacto con otras personas con enfermedades infecciosas graves
- Viajes recientes a zonas tropicales o subtropicales, o áreas con alto riesgo de enfermedades infecciosas endémicas
- Preocupación de los padres o cuidadores que ocasionen evaluación médica repetida
- Antecedente familiar de muerte o enfermedad grave con curso febril lo cual aumenta el nivel de ansiedad
- Enfermedad febril sin causa evidente, cuando el niño permanece enfermo más de 5 a 7 días, en espera de autolimitación.

Debe existir retroalimentación y corroborar que los padres o cuidadores comprenden las indicaciones del manejo ambulatorio, sobre los síntomas y signos de alarma y motivos de solicitar revaloración médica.

En niños con fiebre sin causa aparente, un periodo de observación en el hospital con o sin investigación adicional con paraclínicos, deberá considerarse como parte del abordaje para ayudar diferenciar enfermedad grave de la que no lo es, considerando los antecedentes epidemiológicos mencionados, lo que a su vez ayudará a definir la necesidad de manejo en el hospital o ambulatorio.

- El uso inapropiado de antibióticos incrementa la resistencia bacteriana.
- Si el niño con fiebre “luce bien” no existe beneficio en el uso de antibióticos en forma empírica
- Los antibióticos orales no deben ser usados en niños con fiebre sin causa aparente.

El uso de antibióticos en niños con fiebre sin foco infeccioso evidente no se recomienda de primera intención en el grupo de bajo riesgo

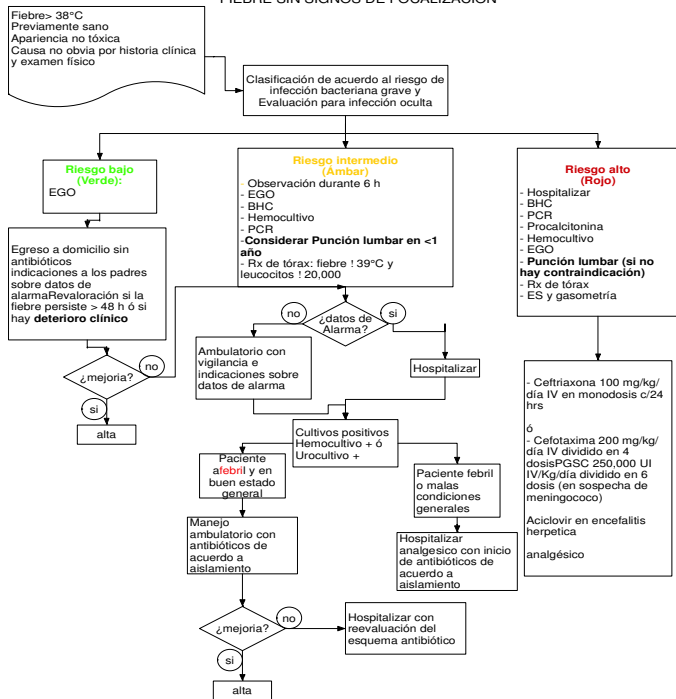
- En caso de sospecha de enfermedad por meningococo se recomienda Penicilina o una cefalosporina de tercera generación: ceftriaxona o cefotaxima)
- Niños con riesgo alto “bandera roja” deberán recibir antibióticos intravenosos profilácticos: ceftriaxona o cefotaxima

La elección del antibiótico se basará en la prevalencia local de patógenos, resistencia bacteriana, toxicidad del antibiótico, contraindicaciones.

- Los baños de esponja con agua tibia no están recomendados para el tratamiento de la fiebre.
- Los niños con fiebre no deben ser desvestidos o sobre arropados
- Los medio físicos pueden causar temblor si el enfriamiento es muy rápido o profundo, favoreciendo vasoconstricción e incremento de la temperatura y del metabolismo.
- El uso de antipiréticos se debe considerar en niños con fiebre con malas condiciones generales, “riesgo alto”.
- Los antipiréticos no deben ser usados de rutina, con el propósito de reducir la temperatura corporal en el niños con fiebre con buena condición general.
- Solamente el paracetamol y el ibuprofeno están recomendados para reducir la temperatura en niños con fiebre
- Los antipiréticos no previenen las crisis convulsivas febriles y no deben ser usadas para este propósito
- La respuesta a los antipiréticos no deben ser usadas como herramienta diagnóstica para diferenciar entre infección viral de la bacteriana.
- El paracetamol y el ibuprofeno no deben ser dados simultáneamente.
- Sin embargo el uso de estos medicamento en forma alterna puede ser considerado si el niño no responde con el primer agente.
- Se refiere que la efectividad de los antipiréticos está en relación a su adecuada dosificación, por lo que importante registrar los horarios de administración para evitar una sobredosis.
- No es clara la información en relación al uso de monoterapia entre el paracetamol y el ibuprofeno.

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE NIÑOS PREVIAMENTE SANOS DE 3 MESES A 5 AÑOS CON FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN



Los riesgos estan basados en el sistema de clasificación de luces de semáforo (National Collaborating centre for womens and children healts. Feverish illness in children: Assesments and initial management in children younger than 5 years. 2007)

Características de la Escala de Observación de Yale (YOS).

Observación	Normal = 1	Insuficiencia moderada = 3	Deterioro grave = 5
Calidad del llanto	Fuerte o ninguno	Gemir o llorar	Débil o gemido, grito agudo de alta, continua, o casi no responde
Reacción a la estimulación de los padres	Los gritos son breves, o no llora y se contenta	Gritos y fuera de	Llanto persistente con poca respuesta
Estado de conciencia	Si está despierto, se mantiene despierto, o si duerme, se despierta rápidamente	Cierre los ojos brevemente cuando está despierto o se despierta con la estimulación prolongada	No excitación y se queda dormido
Color	Rosa	Extremidades pálidas o acrocianosis	Pálida o cianótica, o moteado o ceniciento
Hidratación	Piel y ojos normales y las membranas mucosas húmedas	Piel normal y los ojos y la boca ligeramente seca	La piel o las membranas mucosas pastoso y seco de tiendas de campaña y / o los ojos hundidos
Respuesta a las propuestas sociales	Sonríe o está alerta constantemente	Breve sonrisa o está alerta	Ninguna sonrisa, ansiosa, torpe, no está atento a las propuestas sociales

Tomado de: **RCOG 2007**

Signos Y Síntomas De Enfermedad Grave

	VERDE-RIESGO BAJO	AMARILLO-RIESGO INTERMEDIO	ROJO-RIESGO ALTO
COLOR	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración normal de piel, labios y lengua 	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez reportada por el padre o cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • Palidez, piel marmórea, coloración terrosa, cianosis
ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta normal a órdenes • Sonríe, está contento • Permanece despierto o despierta rápido • Llanto normal/No llanto 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta anormal a indicaciones • Despierta solo con estimulación prolongada • Actividad disminuida • No sonríe 	<ul style="list-style-type: none"> • No responde indicaciones • Aparenta estar enfermo • Incapacidad para despertar, si despierta no permanece alerta • Llanto débil, continuo o de tono alto
RESPIRACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> • Aleteo nasal • Taquipnea • - FR > 50x' en 6-12 meses • - FR >40x' en >12 meses • Saturación de Oxígeno < 95% • Estertores 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruñidos • Taquipnea • FR > 60x' • Tiraje torácico moderado o severo
HIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Piel y ojos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucosas secas 	<ul style="list-style-type: none"> • Turgencia de la

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FIEBRE SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN EN LOS NIÑOS DE 3 MESES
HASTA LOS 5 AÑOS DE EDAD

	<p>normales</p> <ul style="list-style-type: none"> Mucosas húmedas 	<ul style="list-style-type: none"> Pobre ingesta en lactantes Llenado capilar > 3 segundos Uresis media horaria reducida 	<p>piel disminuida</p>
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno de los síntomas o signos amarillos o rojos 	<ul style="list-style-type: none"> Fiebre mayor o igual a 5 días 	<ul style="list-style-type: none"> Edad de 0-3 meses > 38°C Edad 3-6 meses >39°C
		<ul style="list-style-type: none"> Edema de extremidad o articulación Incapacidad para soportar peso o utilizar una extremidad 	<ul style="list-style-type: none"> Rash no vesicular Fontanela abombada Rigidez de cuello Estado epiléptico Signos neurológicos focales Crisis convulsivas focales
		<ul style="list-style-type: none"> Nueva tumefacción mayor de 2 cm 	<ul style="list-style-type: none"> Vómito biliar

Tomado de: RCOG 2007

Durango 289- 1ª Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por IMSS
© Copyright IMSS

Editor General
División de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta
Especialidad

ISBN: **en tramite**