

**PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO PEDIÁTRICO DEL LACTANTE FEBRIL SIN FOCO (R40.1)**

**DEFINICIÓN**

Se define fiebre sin foco cuando no se descubre el origen de la misma después de una historia y exploración clínica cuidadosa y el cuadro clínico tiene una evolución inferior a 72 horas.

**ETIOLOGÍA**

Los virus prevalecen en todas las edades (rotavirus, VRS, enterovirus, rinovirus, influenza A y B, parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus). **Menores de 1 mes:** Más frecuentes: Estreptococo grupo B, *Escherichia coli*, Enterobacterias, *Listeria monocytogenes*, Virus (HSV, Enterovirus). Menos frecuentes: Enterococos, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella spp*. **De 1 a 3 meses:** Más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Escherichia coli* y otras enterobacterias, *Haemophilus spp*. Menos frecuentes: Enterococos, *Salmonella spp.*, Estreptococo del grupo B, *Staphylococcus aureus*. **De 3 a 36 meses:** Más frecuentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella spp.*, *Haemophilus spp*. Menos frecuentes: *Staphylococcus aureus*.

**HALLAZGOS CLÍNICOS:** Evaluar los pacientes con las diversas escalas clínicas.

**ESCALA DE BAJO RIESGO DE ROCHESTER PARA LACTANTES MENORES DE 60 DÍAS**

1. Lactante con buen aspecto general
2. Lactante previamente sano:
  - Nacido a término
  - No recibió tratamiento antimicrobiano perinatal
  - No tratado de hiperbilirrubinemia inexplicada
  - No recibió ni estaba recibiendo tratamiento antibiótico
  - No ha estado hospitalizado previamente
  - Sin enfermedad crónica o de base
  - No hospitalizado durante un período superior al de su madre
3. Ausencia de signos evidentes de infección de la piel, tejidos blandos, huesos, articulaciones u oídos
4. Valores de laboratorio:
  - Cifra de leucocitos en sangre periférica entre 5 000 y 15 000/mm<sup>3</sup>
  - Recuento absoluto de cayados inferior a 1 500/mm<sup>3</sup>
  - Menos de 10 leucocitos por campo en sedimento urinario
  - Menos de 5 leucocitos por campo en una extensión de heces

**ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL LACTANTE DE CORTA EDAD (YIOS) PARA MENORES DE 3 MESES**

Parámetro clínico	Normal (1 punto)	Afectación moderada (3 puntos)	Afectación grave (5 puntos)
Perfusión periférica	Sonrosado, extremidades calientes	Moteado, extremidades frías	Pálido, shock
Respuesta social	Sonríe o no irritable	Irritable, consolable	Irritable, inconsolable
Nivel de actividad	Activo, espontáneamente vigoroso	Actividad espontánea disminuida	No actividad espontánea o activo sólo con estimulación dolorosa
Nivel de alerta	Completamente despierto o dormido, pero despierta rápidamente	Letárgico, se despierta con dificultad, alerta brevemente	No se despierta
Estado/esfuerzo respiratorio	No deterioro/vigoroso	Compromiso respiratorio leve-moderado (taquipnea >60 rpm, retracciones o quejoso)	Distrés respiratorio con esfuerzo inadecuado (apnea, fallo respiratorio)
Tono muscular	Fuerte	Disminuido	Débil
Patrón alimenticio	Succión vigorosa, ansioso por comer	Come brevemente, succión débil	Incapaz de comer

*Puntuación mayor o igual a 7 se considera que existe riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG), con una sensibilidad del 76%, una especificidad del 75% y un valor predictivo negativo para detectar EBPG del 96%.*

**ESCALA DE VALORACIÓN DE YALE PARA NIÑOS ENTRE 3 Y 36 MESES**

Parámetro clínico	Normal 1 punto	Alteración moderada 3 puntos	Afetación grave 5 puntos
Estado general	Alerta	Obnubilado	No responde
Respuesta a estímulos	Sonríe-alerta	Respuesta breve	Inexpresivo
Llanto	Fuerte	Quejumbroso	Débil
Reacción con los padres	Contento	Llanto intermitente	Llanto continuo
Color	Rosado	Acrocianosis	Pálido-grisáceo
Hidratación	Normal	Mucosas secas	Signo del pliegue positivo

*Puntuación menor o igual a 10: bajo riesgo (2,7%) de enfermedad bacteriana parcialmente grave (EBPG); puntuación entre 11 -15: riesgo medio de EBPG (26%); y puntuación mayor o igual a 16: alto riesgo de EBPG (92.3%).*

**CRITERIOS DE INGRESO**

Ingreso a corta estancia

Paciente con bajo riesgo de infección que requiera hidratación intravenosa u observación menor de 3 días

Ingreso a sala

Todo paciente con criterios de riesgo según las diferentes escalas mencionadas y con hallazgos de laboratorios sugestivos de infección grave

Ingreso a unidad de cuidados intensivo

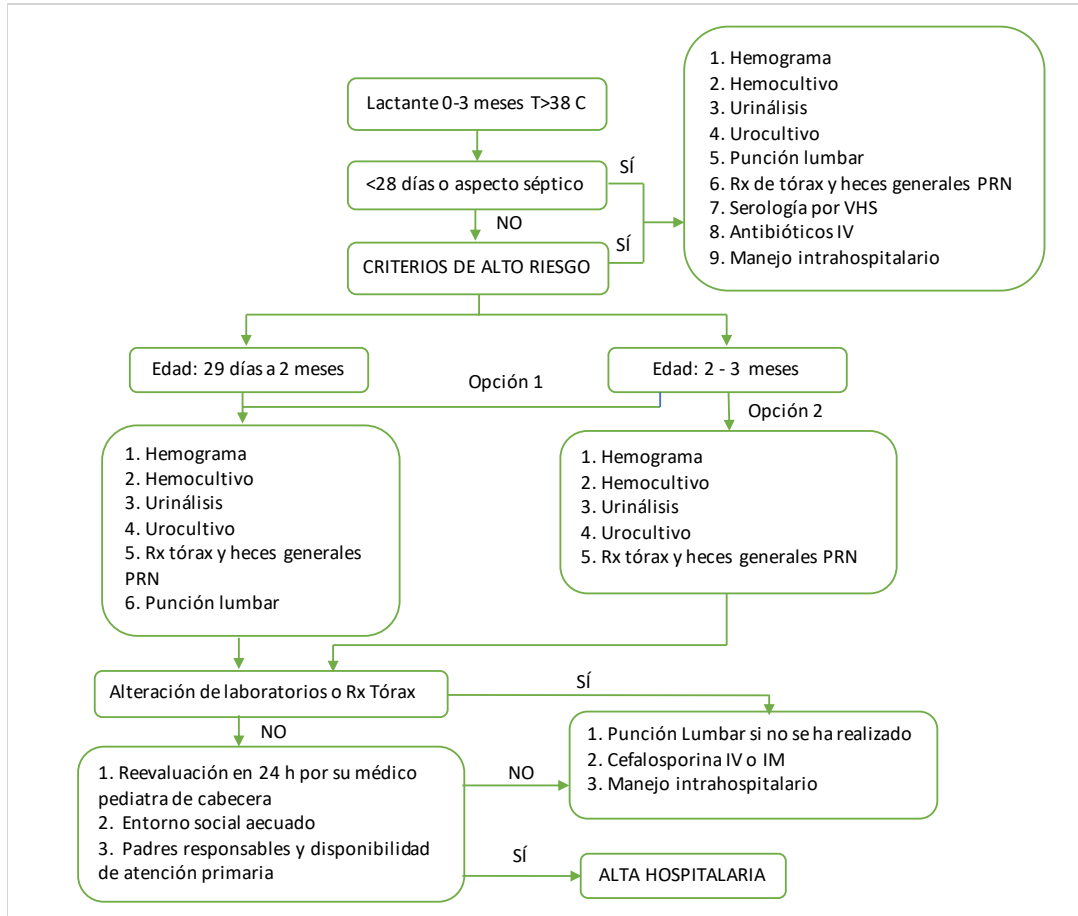
Todo paciente con signos de shock séptico, inestabilidad hemodinámica o insuficiencia respiratoria

**TRATAMIENTO**

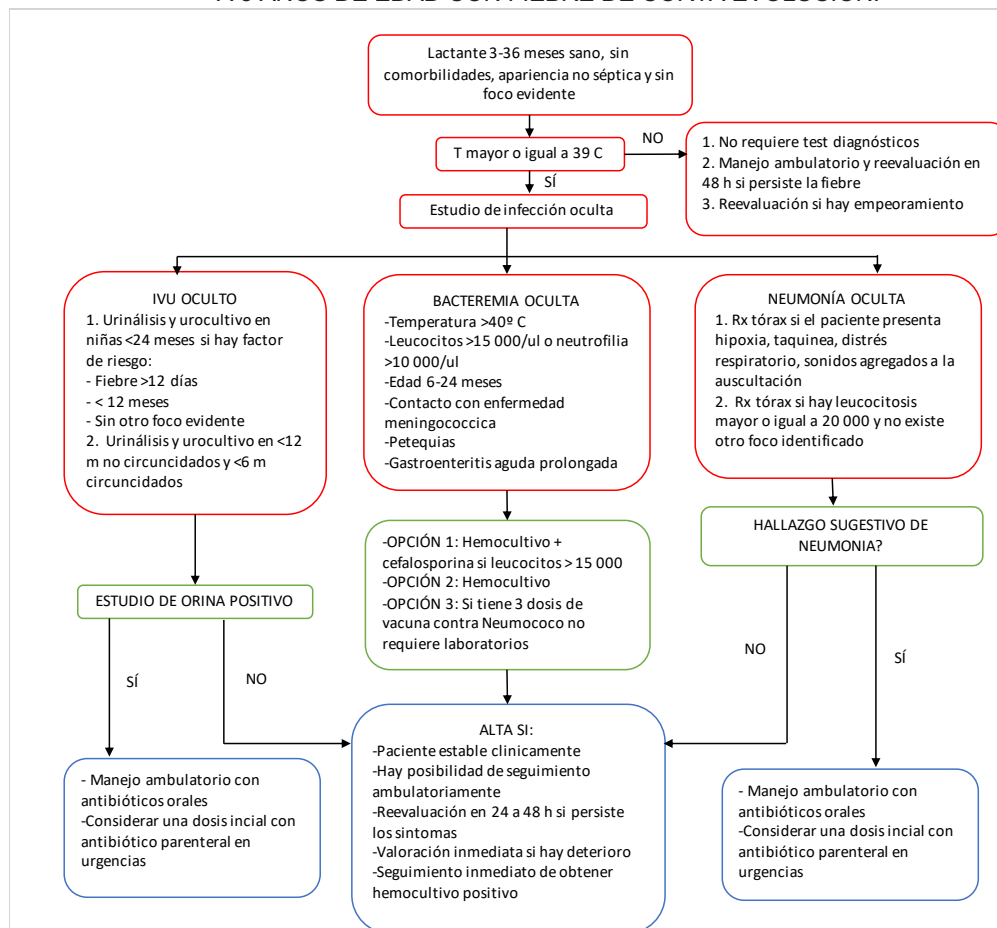
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO (se recomienda revisar flujograma de actuación clínica por edad)

La decisión de iniciar tratamiento antibiótico empírico inicial debe ser individualizado. Por lo cual, se recomienda evaluar el estado general del paciente, sus exámenes de laboratorio y gabinete, documentar los antecedentes de importancia y determinar con las diversas escalas el nivel de riesgo de enfermedad bacteriana potencialmente grave.

**ALGORITMO PARA LA ACTUACIÓN CLÍNICA FRENTE A UN LACTANTE DE MENOS DE 3 MESES CON FIEBRE DE CORTA EVOLUCIÓN:**



**ALGORITMO DE DECISIONES QUE PUEDE SER ÚTIL PARA LA ACTUACIÓN CLÍNICA FRENTE A UN LACTANTE DE 3 MESES A 3 AÑOS DE EDAD CON FIEBRE DE CORTA EVOLUCIÓN:**



**SELECCIÓN EMPÍRICA DE ANTIMICROBIANOS DE ACUERDO A GRUPO ETARIO:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Menores de 1 mes (&lt;28 días):</li> <li>- Ampicilina + Gentamicina o Cefotaxima (de no poder descartar meningitis)</li> <li>- Aciclovir (sospecha de infección por VHS)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lactantes de 1 a 3 meses de edad:</li> <li>- Ampicilina + Cefotaxima o Ceftriaxona</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lactantes de 3 meses a 3 años:</li> <li>- Cefotaxima o Ceftriaxona</li> <li>- De acuerdo a sospecha diagnóstica</li> </ul> |
|---|---|--|

*Siempre que sean iniciados antimicrobianos empíricos se deberá reevaluar a las 48 a 72 horas su indicación de acuerdo a la evolución del paciente y resultados de cultivo.*

**BIBLIOGRAFÍA:** (1)F.J. Sanz, J.T. Ramos y F.J. Pelayo. Síndrome febril sin foco en pediatría. An Pediatr Contin. 2009;7(4)196-204. (2) C. Luaces Cubells, C. Parra Cotanda. Fiebre sin foco. Pediatr Integral 2014; XVIII(1): 7-14. (3) C. Rodrigo Gonzalo de Liria, M. Méndez Hernández. Fiebre sin Foco. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. (4)T. Niehues. The Febrile Child. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(45): 764-74. (5)Bruno M, Ellis A. Consenso para el uso adecuado de antibióticos en el niño menor de 36 meses con fiebre sin foco de infección evidente. Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 2:S27-S37.