

## **PATOLOGÍA: FIEBRE SIN FOCO**

**CIE 10 R50.1**

---

**Propósito clínico:** Diagnóstico y tratamiento

**Efecto esperado:** Mejor manejo del paciente

**Nivel de atención:** Ambulatorio o Internación según criterios previstos en este protocolo.

**Formato:** Esquema de desarrollo de protocolos médicos. Algoritmos

**Usuarios potenciales:** Médicos generales, médicos de familia, pediatras, Equipo de salud.

---

### **DEFINICIÓN:**

Se entiende por fiebre la temperatura rectal igual o mayor a 38°C.

Se considera fiebre sin foco cuando existe una enfermedad febril aguda en la que no es posible esclarecer la etiología luego de la anamnesis y el examen clínico detallados.

Debe diferenciarse del síndrome febril prolongado que es la fiebre de más de 38°5 durante más de 2 semanas cuyo diagnóstico etiológico permanece incierto a pesar de una anamnesis y un examen físico detallados.

---

### **DIAGNÓSTICO**

Se requiere realizar la **anamnesis** y **examen físico** completos a fin de evitar el sobrediagnóstico dado que la frecuencia es baja, e indicar los **exámenes complementarios**, todo lo cual permitirá determinar el **nivel de riesgo**.

### **NIVEL DE ATENCIÓN Y CRITERIO DE REFERENCIA**

Ambulatorio u Hospitalario según criterios establecidos por edades.

En menores de 36 meses de preferencia Hospital o Consultorio con pediatra. En menores de 3 meses debe ir siempre al hospital.

De 3 a 36 meses será derivado a hospital pediátrico si el primer médico no es pediatra

- **EDAD:** a menor edad, mayor riesgo de infección severa

- **TEMPERATURA:**

- en los menores de 3 meses no tiene relación con la severidad de la infección.
- en los niños entre 3 y 36 meses aumenta el riesgo de bacteriemia oculta y/o infección severa de acuerdo a la temperatura:

Temperatura registrada con termómetro por la madre, enfermera o médico (en lo posible se reconfirma si la tomó la madre)

Temp. rectal menor de 39° : Bacteriemia 1%  
 Temp. rectal 39-39,5° : Bacteriemia 4%  
 Temp. rectal 39,5-40°: Bacteriemia 8%  
 Temp. rectal 40-41°: Bacteriemia 11%, y la infección severa supera el 60%

**ESCALA DE YALE (de valoración clínica diseñada para determinar si la fiebre es síntoma de enfermedad grave)**

Por encima de 16 existe riesgo de infección severa(92%)

No tiene valor en los menores de 3 meses dada la escasa expresividad a esta edad y las dificultades en la aplicación de la escala.

**PREDICCIÓN DE GRAVEDAD**

ASPECTO	NORMAL(1)	MODERADA(3)	GRAVE(5)
<b>LLANTO</b>	fuerte/no llora	sollozo	gemidos
<b>REACCIÓN A LOS PADRES</b>	detiene el llanto	llanto casi continuo	llanto permanente
<b>CONCIENCIA</b>	se mantiene o despierta rápido	somnoliento o se despierta con dificultad	no se despierta
<b>COLOR</b>	rosado	acrocianosis o palidez distal	pálido cianótico o moteado
<b>HIDRATACIÓN</b>	normal	boca seca	mucosas secas, ojos hundidos
<b>ESTÍMULOS SOCIALES</b>	sonríe	sonrisa breve	no sonríe ansioso o inexpresivo

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS.

- **Leucocitosis:** existe riesgo por debajo de 5.000 y por encima de 15.000
- **Orina:** existe riesgo con leucocitos por encima de 10 bacterias en el frotis nitritos-esterasas presencia de glóbulos rojos
- **Líquido cefalo- raquídeo:** existe riesgo en presencia de más de 8-10 células.

### Terapéutica:

Ampicilina 200 mgs/kg/día y cefotaxime 150 mgs/kg/día

Ingreso hospitalario

- **1 MES A 3 MESES**

Con temperatura rectal mayor de 38°, se indican los siguientes estudios:

Leucocitosis

Orina

Radiografía de tórax (si tiene síntomas, acorde a normas IRA)

Estudio del líquido cefalo- raquídeo (se deben aún indicar los criterios de derivación cuando no existan condiciones en el medio para la realización de este estudio)

Hemocultivo

Urocultivo

**Bajo riesgo:** es aquel niño previamente sano, de término, con leucocitosis entre 5.000 y 15.000, con orina, radiografía de tórax y LCR normales, y en quien puede asegurarse el seguimiento ambulatorio:

### Tratamiento

ALTA con:

- Ceftriazone, 50 mgr/kg/día i/m (una dosis diaria)
- Control a las 24 horas y reiteración de igual dosis de antibiótico
- Control a las 48 horas con resultados de cultivos

**Alto riesgo:** son casos de prematurez, enfermedad previa, exámenes anormales o en quien no puede asegurarse el seguimiento.

### **Tratamiento**

INGRESO HOSPITALARIO con:  
Ampicilina 200 mgs/kg/día y ceftriaxone 100 mgs/kg/día i/v  
hasta obtener el resultado de los cultivos.

- **3 MESES A 36 MESES**

El puntaje de gravedad de Yale tiene valor predictivo  
Se debe considerar la gravedad de la fiebre y los exámenes de laboratorio

#### **Puntaje mayor de 16 (aspecto general de toxicidad)**

Ingreso al hospital  
Estudios complementarios tratando de identificar la sepsis

**Terapéutica:** ceftriazone 100mgs/kg/día i/v

#### **Puntaje menor de 10 (buen aspecto general)**

##### **Temp. rectal menor de 39°C**

No se realizan exámenes de laboratorio  
Seguimiento ambulatorio estricto: telefónico, y valoración  
clínica a las 24 y 48 horas.

##### **Temp. rectal mayor de 39°C**

Se solicitan exámenes complementarios a seleccionar entre los  
siguientes que pueden hacerse en forma sucesiva, con tiempo de espera:

- Leucocitosis
- Orina
- Rx tórax
- Hemocultivo
- Urocultivo

#### **Terapéutica:**

Con exámenes normales (salvo cultivos): seguimiento  
ambulatorio sin ATB

Con leucocitosis superior a 15000 y otros exámenes normales: seguimiento ambulatorio con ceftriaxone i/m, 50 mgs/kg/día hasta resultado de los cultivos

Con infección urinaria o Rx de tórax anormal: ingreso al hospital y tratamiento correspondiente

- **MAYORES DE 36 MESES**

En la mayoría de los casos se identifica un foco de origen en el niño febril. El porcentaje de bacteriemia es bajo en este grupo etario cuando existe fiebre sin foco (menos de 2%).

Si existe fiebre sin foco identificable, asociado a signos de toxicidad, debe sospecharse enfermedad bacteriana invasiva, particularmente meningococemia.

Estudios paraclínicos:

- Leucocitosis
- Hemocultivo
- Estudio de líquido cefalo - raquídeo

**Tratamiento:**

Ceftriaxone 100 mg/kg./día i/v hasta tener el resultado de los hemocultivos.

Luego, tratamiento específico.

Ingreso hospitalario

**CONDUCTA SEGÚN NIVEL DE RIESGO Y GRUPOS ETAREOS:**

- **RECIEN NACIDO (0 a 30 días)**

Independientemente del aspecto general del enfermo, se indican los siguientes estudios:

- Leucocitosis
- Orina
- Hemocultivo
- Urocultivo
- Radiografía de tórax
- Líquido cefalo- raquídeo

## BIBLIOGRAFIA

1. McCarthy Paul. *Estudio del niño enfermo en la consulta y clínica*. Nelson Tratado de Pediatría. Behrman-Kliegman-Arvin. Cap 57:277 Ed 15. Interamericana 1997.
2. Powell Keith. *Fiebre sin foco infeccioso evidente*. Nelson Tratado de Pediatría. Cap 167:867 Ed 15. Interamericana 1997.
3. Bell Lous. *Fever in current pediatric therapy*. Gellis-Kagans Ed15. Saunders 1996.
4. Baker MD; Bell L; Avner JR. *Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants*. N.E.J. Med. 329:1437-41. 1993
5. Baraff LF; Bass JW; Fleisher GR et al. *Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age*.
6. Joffe M; Aver JR. *Follow-up of patients with occult bacteriemia in pediatric emergency departments*. Ped. Em. Care. 8:258-61 1992.
7. Singer J; Vest J; Prints A. *Occult bacteriemia and septicemia in the febrile child younger than two years*. Emerg. Med. Cl. N.A. 13:381-407 1995.
8. Rothrock S; Harper M; Green S et al. *Do oral antibiotics prevent meningitis and serious bacterial infections in children with streptococcus pneumoniae occult bacteriemia*. Pediatrics 99:438-44 1997.
9. Sehabiague G; Gorgall N; De Leonardis D; y col. *Estrategia terapéutica en los niños febriles sin foco aparente. Análisis prospectivo desde una emergencia pediátrica*. Arch. Ped. Urug. 65(4);5. 1994.

PROTOCOLO REALIZADO EN BASE AL ELABORADO POR LOS DRES. OSVALDO BELLO Y GRACIELA SEHABIAGUE. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL.

REVISADO EN EL TALLER DE PROTOCOLIZACION CLINICA DEL MSP-FISS , REALIZADO DEL 7 AL 9 DE ABRIL 1999, GRUPO DE TRABAJO DE PEDIATRIA.