

Fiebre sin foco

DRES. GRACIELA SEHABIAGUE¹, OSVALDO BELLO²

Palabras clave: FIEBRE DE CAUSA DESCONOCIDA – diagnóstico
FIEBRE DE CAUSA DESCONOCIDA - terapia

Palabras clave: FEBRE DE CAUSA DESCONOCIDA - diagnóstico
FEBRE DE CAUSA DESCONOCIDA - terapia

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.

I. 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°C durante más de dos semanas, cuyo diagnóstico etiológico permanece incierto a pesar de una anamnesis y un examen físico detallados.

II. 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.

III. Nivel de atención y criterio de referencia

Ambulatorio u hospitalario, según criterios establecidos por edades. De preferencia hospital o consultorio con pediatra, en menores de 36 meses. En menores de tres meses debe ir siempre al hospital. De tres 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 tres 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 confirma si la tomó la madre).

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

1. Profesora Adjunta Clínica Pediátrica. Supervisora del Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

2. Ex Profesor Adjunto Cuidado Intensivo. Jefe Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica. Montevideo - Uruguay.

Protocolo aprobado en el Taller de Protocolización Clínica del Ministerio de Salud Pública. FISS*; 1999

Fecha recibido: 4/9/2001

Fecha aprobado: 24/9/2001

Tabla 1. Predicción de gravedad

Aspecto	Normal (1)	Moderada (3)	Grave (5)
Llanto	Fuerte /no llora	Sollozo	Gemidos
Reacción a los padres	Detiene el llanto	Llanto casi continuo	Llanto permanente
Conciencia	Se mantiene o despierta rápido	Somnoliento o se despierta con dificultad	No se despierta
Color	Rosado	Acrocanosis o palidez distal	Pálido cianótico o moteado
Hidratación	Normal	Boca seca	Mucosas secas, ojos hundidos
Estímulos sociales	Sonríe	Sonrisa breve	No sonríe, ansioso o inexpresivo

Escala de Yale (de valoración clínica diseñada para determinar si la fiebre es síntoma de enfermedad grave) (tabla 1) Por encima de 16 meses existe riesgo de infección severa (92%). No tiene valor en los menores de tres meses dada la escasa expresividad a esta edad y las dificultades en la aplicación de la escala.

Exámenes complementarios

- Leucocitosis: existe riesgo por debajo de 5.000 elementos/mm³ y por encima de 15.000 elementos/mm³.
- Orina: existe riesgo con leucocitos por encima de 10; bacterias en el frotis; nitritos-estearasas y presencia de glóbulos rojos.
- Líquido cefalorraquídeo: existe riesgo en presencia de más de 8-10 células.

IV. Conducta según nivel de riesgo y grupos etarios

Recién nacido (0 a 30 días)

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

- Leucocitosis.
- Orina.
- Hemocultivo.
- Urocultivo.
- Radiografía de tórax.
- Líquido cefalorraquídeo.

Terapéutica: ampicilina 200 mg/kg/día y cefotaxime 150 mg/kg/día. Ingreso hospitalario.

Uno a tres meses

Se indican los siguientes estudios para clasificar a este grupo en alto y bajo riesgo:

- Leucocitosis.

- Orina.
- Radiografía de tórax (si tiene síntomas, acorde a normas IRA).
- Estudio de líquido cefalorraquídeo.
- Hemocultivo.
- Urocultivo.

Bajo riesgo

Es aquel niño previamente sano, de término, con leucocitosis entre 5.000 elementos/mm³ y 15.000 elementos/mm³, con orina, radiografía de tórax y LCR normales, y en quien puede asegurarse el seguimiento ambulatorio.

Tratamiento: alta con: ceftriazone 50 mg/Kg/día intramuscular (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 aquellos pacientes con antecedentes de prematuridad o enfermedad previa, con exámenes anormales o en quienes no puede asegurarse el seguimiento.

Tratamiento: ingreso hospitalario con ampicilina 200 mg/kg/día y ceftriaxone 100 mg/kg/día i/v hasta obtener el resultado de los cultivos.

Tres a 36 meses

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

Puntaje mayor de 16 (aspecto general de toxicidad)

- Ingreso al hospital.
- Estudios complementarios tratando de identificar el foco.

Tratamiento: ceftriazone 100 mg/kg/día i/v.

Puntaje menor de 10 (buen aspecto general)

- a) Temperatura rectal menor de 39°C

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

b) Temperatura rectal mayor de 39°C

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

- leucocitosis;
- orina;
- radiografía de tórax;
- hemocultivo;
- urocultivo.

Tratamiento: con exámenes normales (salvo cultivos): seguimiento ambulatorio sin antibióticos.

Con leucocitosis superior a 15.000 elementos/mm³ y otros exámenes normales: seguimiento ambulatorio con ceftriaxone i/m, 50 mg/kg/día hasta resultado de los cultivos.

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

Mayores de 36 meses

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, y efectuarse los siguientes exámenes:

- Leucocitosis.
- Hemocultivo.
- Estudio de líquido cefalorraquídeo.

Tratamiento: ceftriaxone 100 mg/kg/día i/v hasta obtener el resultado de los cultivos. Ingreso hospitalario.

Key words: FEVER OF UNKNOWN ORIGIN – diagnosis
FEVER OF UNKNOWN ORIGIN - therapy

Bibliografía

1. **Baker MD, Bell LM, Avner JR.** Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *N Engl J Med* 1993; 329: 1441.
2. **Baker MD, Bell LM, Avner JR.** Eficacia del tratamiento ambulatorio de rutina de la fiebre sin antibióticos en lactantes seleccionados. *Pediatrics* (ed. esp.) 1999; 47: 173- 7.
3. **Baker MD.** Valoración y tratamiento de lactantes con fiebre. In: *Clínicas Pediátricas Norte América*. Interamericana, 1999; 6(1): 1131-42
4. **Baraff LJ, Lee SI.** Fiebre sin foco: manejo del niño de tres a 36 meses de vida. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 1: 16-9.
5. **Baskin MN, O'Rourke J, Fleisher G.** Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone. *J Pediatr* 1992; 120: 22-7.
6. **Fleisher GR, Rosemberg N, Vinci R, Steinberg J, Powell K, Christy C J et al.** Intramuscular versus oral antibiotic therapy for the prevention of meningitis and other bacterial sequelae in young febrile children at risk for occult bacteremia. *J Pediatr* 1994; 124: 504-12.
7. **Harper MB, Bachur R, Fleisher G.** Effect of antibiotic therapy on the outcome of outpatients with unsuspected bacteremia. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 760-7.
8. **Joffe M, Avner JR.** Follow-up of patients with occult bacteremia in pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care* 1992; 5: 258-61.
9. **Klassen T, Rowe PC.** Selecting diagnostic tests to identify febrile infants less than 3 months of age as being at low risk for serious bacterial infection: a scientific overview. *J Pediatr* 1992; 121: 671-6.
10. **Kuppermann N.** Bacteriemia oculta en niños de corta edad. In: *Clínicas Pediátricas Norte América*. Interamericana, 1999; 6(2): 1143-82.
11. **McCarthy PL.** Fiebre. *Pediatr rev* (ed. español) 1999; 20: 6-12.
12. **Rothrock SG, Harper MB, Green SM, Clark MC, Bachur R, McIlmail DP, et al.** Do oral antibiotics prevent meningitis and serous bacterial infections in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia. A meta-analysis. *Pediatrics* 1997; 99: 438-44.
13. **Singer J, Vest J, Prints A.** Occult bacteremia and septicemia in the febrile child younger than two years. *Emerg Med Clin North Am* 1995; 13: 381-407.
14. **Teach SJ, Fleisher GR.** Efficacy of an observation scale in detecting bacteremia in febrile children three to thirty-six months of age treated as outpatients. *J Pediatr* 1995; 12: 877-81.

Correspondencia: Dr. Osvaldo Bello. Cruz del Sur M. 312 S. 9-Lomas de Solymar. Canelones, Uruguay.
E-mail: dptechp@chasque.apc.org.