
FIEBRE SIN FOCO EN NIÑOS DE 0-36 MESES

Belén Guadalupe Barboza, Pedro Federico Contte, Marcelo Ariel Rodríguez
Dr. Néstor Fabián Fernández

RESUMEN

La fiebre sin foco se define como la fiebre de menos de 72hs de evolución donde no se descubre la fuente de la misma después de una historia clínica y exploración física cuidadosa.

La mayoría de las veces la fiebre sin foco se transforma en una infección viral benigna autolimitada, y solo un porcentaje menor adquiere alguna infección de diversa gravedad. Por el contrario no se debe tratar la fiebre empíricamente ya que no permiten diferenciar enfermedades bacterianas severas de las menos graves. La fiebre es un mecanismo adaptativo y debe ser tratada únicamente en determinadas circunstancias. La actitud del médico a la hora de tomar una conducta de los niños que consultan por fiebre, es importante hacer diferencia de grupos etéreos por la incidencia de patógenos diferentes y reconocer aquellos pacientes con mayor riesgo de presentar una infección bacteriana severa de las que no. Así todos los lactantes menores de un mes deben ser evaluados como sepsis: hemocultivos, urocultivo, examen LCR, etc. Y ser hospitalizados con dos opciones: 1°) Tratamiento antibiótico por vía parenteral (Ampicilina + Gentamicina). 2°) Observación sin tratamiento a la espera del resultados de los cultivos. En lactantes de 1-3 meses la evaluación clínica es poco confiable por lo que debes ser evaluado por exámenes de laboratorio que incluyan: Rto. de blancos, con recuento diferencial, sedimento orina, urocultivo, hemocultivo, punción lumbar (citoquímico, tinción de Gram., etc. Se pueden considerar dos opciones de manejo: 1°) Tratamiento con Ceftriaxona 50 mg/kg/dosis IM a la espera de cultivos y reevaluación en 24-48hs. 2°) Observación, espera del urocultivo y reevaluación en 24-48hs. En niños de 3-36 meses la presencia de fiebre (mayor o igual a 38°C) en este tipo de pacientes constituye una alarma ya que se puede tratar de una infección bacteriana severa. Se debe tener en cuenta los elementos del interrogatorio, el examen clínico y análisis de laboratorio para determinar una población de mayor riesgo de padecer una bacteriemia oculta. Opciones terapéuticas: 1°) Tratamiento empírico Ceftriaxona 50mg/kg/dosis con el resultado del hemocultivo se decidirá realizar la punción lumbar. 2°) La decisión de internar dependerá del nivel socioeconómico, cultural y la posibilidad de control médico estrecho. Ante cualquier duda hospitalizar al niño para observación durante 24-48hs y ver evolución.

SUMMARY

The fever without area is defined 32 the fever of less of 72hs of evolution where the source (fountain) of the same one is not discovered after a clinical history and physical careful exploration.

The majority of the times the fever without area transforms in a viral benign autolimited infection, and only a minor percentage acquires some infection of diverse gravity. On the contrary it is not necessary to treat the fever empirically since they do not allow to differentiate bacterial severe diseases of the least serious. The fever is a mechanism adaptative and must be treated only in certain circumstances. The attitude of the doctor at the moment of taking a conduct of the children who consult for fever, is important to do difference of ethereal groups for the effect of pathogenic different and to recognize. And those patients recognize with major risk of presenting a bacterial severe infection of that not. This way all the nursing minors of one month must be evaluated like sepsis: hemocultivos, urocultivo, examination LCR, etc. And to be hospitalized by two options: 1°) antibiotic Treatment for route parenteral (Ampicilina + Gentamicina). 2°) Observation without treatment to the wait of results of the cultures (culturing). In nursing of 1-3 months the clinical evaluation is slightly reliable for what you must be evaluated for laboratory examinations that they include: Count of targets, with differential inventory, sediment urinates, urocultivo, hemocultivo, lumbar puncture (citoquímico, Gram's tint, etc.). They can be considered to be two options of managing: 1°) Treatment with Ceftriaxona 50 mg/kg/dose IM to the wait of cultures (culturing) and reappraisal in 24-48 hr. 2°) Observation, wait of 1°) empirical Treatment Ceftriaxona 50mg/kg/dose with the result of the hemocultivo will be decided to realize the lumbar puncture. 2°) The decision to hospitalize (to send inland) will depend on the socioeconomic, cultural level and the possibility of medical narrow control. Before any doubt to hospitalize the child for observation during 24-48 hr and to see evolution. Observation, wait of the urocultivo and reappraisal in 24-48 hr. In children of 3-36 months the presence of fever [major (bigger) or equal to 38°C] in this type of patients constitutes an alarm since it is possible to treat of a bacterias severe infection. It is necessary to bear the elements of the interrogation in mind, the clinical examination and laboratory analysis to determine a population of major risk of enduring a secret bacteriemia. Therapeutic options: 1°) Empirical Treatment Ceftriaxona 50 mg/kg/dose with the result of the hemocultivo will be decided to realize the lumbar puncture. 2°) The decision to hospitalize (to send inland) will depend on the socioeconomic, cultural level and the possibility of medical narrow control. Before any doubt to hospitalize the child for observation during 24-48hs and to see evolution.

INTRODUCCION

La fiebre como síntoma aislado o asociado a otras manifestaciones de enfermedad, es quizás el motivo más frecuente de consulta. Cuando ésta se presenta dentro de un contexto clínico donde no se puede objetivar ningún signo localizador de la infección, se plantea un dilema sobre el manejo de los pacientes. La fiebre sin foco de localización (FSF) posteriormente se transforma, en la mayor parte de los niños, en alguna infección viral benigna y autolimitada; un porcentaje menor adquiere alguna enfermedad exantemática en los días siguientes, y una pequeña proporción va a padecer alguna infección bacteriana de diversa gravedad.⁽¹⁻³⁾

Objetivo: La Fiebre Sin Foco, es una de las causas mas comunes de consulta pediátrica, y plantea un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico por la posibilidad de una infección bacteriana grave subyacente; esto nos motiva a realizar una revisión mas actualizada respecto del tema.

MATERIALES Y METODOS

Para la realización del presente trabajo nos basamos en dos tipos de fuentes: material escrito y material on-line.

- **Material Escrito:** Se ha utilizado bibliografía clásica de libros de pediatría como ser: Nelson, Paganini. Además de diversas revistas científicas nacionales e internacionales que tengan publicado trabajos y estudios clásicos sobre el tema.
- **Material on-line:** Para acceder a estudios y publicaciones actualizadas se recurrieron a la base de datos Medline, Cochrane, y el Mega buscador Google para acceder a sitios de organismos oficiales. Las palabras claves utilizadas fueron: fiebre, clasificación, tratamiento, bacteriemia oculta. Los textos en ingles se leyeron con traductores on-line: <http://www.linguatec.net>. La búsqueda se restringió a artículos publicados en el periodo 2000 al 2006.

DESARROLLO

Febrícula; se define como la elevación de la temperatura corporal a entre 37,5 y 37,9 °C, medida en el área axilar.⁽⁴⁻⁸⁾

Fiebre; se define como la elevación de la temperatura corporal debida a un cambio en el "set-point" del centro termorregulador hipotalámico, a valores de 38°C o más, medida en el área rectal.^(2,4,6,7,9)

Fiebre sin Foco; se define como la fiebre de menos de 72 hs de evolución, donde no se descubre la fuente de la misma, después de una historia clínica y exploración física cuidadosa.^(4,9)

Hipertermia; es la elevación de la temperatura corporal sin que medien cambios en el "set-point" del centro termorregulador hipotalámico, se debe a alteraciones en la producción, aporte y/o eliminación de calor.⁽⁶⁾

Hiperpirexia; es la elevación de la temperatura corporal, debida a fiebre, a valores de 41°C o más.⁽⁶⁾

FIEBRE

La fiebre es una respuesta adaptativa y que debe ser tratada únicamente en determinadas circunstancias.⁽⁶⁾ La elevación de la temperatura corporal en algunos grados puede aumentar la eficiencia de los macrófagos, y además dificulta la replicación de varios microorganismos, otorgándole al sistema inmune una ventaja adaptativa.^(4,10,11)

La fiebre inferior a 39 °C en los niños sanos en general no requiere tratamiento, a menos que produzcan visibles molestias en el, o que éste padezca de alguna condición basal que empeore o se descompense con el aumento de la temperatura corporal, como insuficiencia cardíaca, respiratoria, anemia severa, etc., de manera de no sacrificar la ventaja adaptativa del estado febril. En cambio, temperaturas altas sobre 40,5 °C deben ser tratadas, aumentos de 5 °C o más por sobre la temperatura habitual (37,5 °C), pueden producir cambios metabólicos severos y la muerte.^(6,10,11)

Hay una tendencia errónea a tratar la febrícula inmediatamente con antitérmicos. Sin embargo aparte del alivio sintomático, la administración de estos no cambia el curso del proceso infeccioso.^(6,11) Las medidas físicas aunque usadas frecuentemente su eficacia es cuestionable, no existe un criterio uniforme a partir de que la temperatura se debe utilizar medios físicos. Se recomienda: aligerar ropas, compresas de agua tibia, aumentar ingesta de líquidos, mantener en ambiente templado y ventilado (21-22°C) Evitar: baño con agua fuera, aplicación de soluciones alcohólicas, enemas de agua helada. Los medios físicos son efectivos en los primeros 30 minutos luego pueden causar llanto e incomodidad y escalofríos, evitarlos en pacientes con neumonía porque aumenta el consumo de oxígeno y producción de CO₂, pudiendo precipitar insuficiencia respiratoria.^(7,8,12)

Síntomas que acompañan a la fiebre:

- Decaimiento y postración.
- Inapetencia.
- Debilidad muscular y cansancio.
- Molestias musculares y articulares.
- Cefalea leve.
- Mayor sensibilidad de la piel.
- Sensación de disconfort y fastidio.

Se deben tomar medidas para bajar la fiebre si la persona está incómoda, vomitando, deshidratada o tiene dificultad para dormir. El objetivo es bajarla, no eliminarla, si la fiebre es leve y no hay otros problemas presentes, no es necesario administrar tratamiento alguno, sólo ingerir mucho líquido y reposar. Si el niño es juguetón y está cómodo, está tomando mucho líquido y puede dormir, es probable que el tratamiento para la fiebre no sea de utilidad. La respuesta a los antipiréticos no permite diferenciar enfermedades bacterianas graves de los procesos virales menos graves.⁽¹³⁾

El uso de antipiréticos casi con frecuencia se da para mejorar el confort del paciente, es la razón más racional para tratar la fiebre. Otra de las razones es para prevenir las complicaciones relacionadas con la misma. Las drogas antipiréticas todas tienen efectos colaterales indeseables, por lo que su prescripción debe ser muy cuidadosa y una vez agotados los medios físicos.

Fármacos: salicilatos: ácido acetilsalicílico; ibuprofeno, paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos.⁽⁷⁻¹²⁾

Sin tratamiento, este trastorno puede resolverse de forma espontánea sin secuelas; persistir o desembocar en infecciones focalizadas; como la meningitis; la neumonía; la celulitis; o la artritis supurativa.⁽⁶⁾

FIEBRE SIN FOCO O FIEBRE SIN SIGNOS LOCALIZADORES

La fiebre sin foco es un dilema diagnóstico frecuente entre los pediatras a cargo de niños menores de 36 meses.^(6,12) Estos niños no presentan foco clínico de infección y el examen físico no evidencia focalización.

Aunque la fiebre sin foco posteriormente se transforma en una infección viral benigna y autolimitada; un porcentaje menor adquiere alguna enfermedad exantemática en los días siguientes, y una pequeña proporción va a padecer alguna infección bacteriana de diversa gravedad.^(1-3,10,13) Es por ello importante la vigilancia domiciliar por parte de los padres en las primeras 12 a 24 horas de evolución. Deberá vigilarse si aparece alguno de los síntomas de alarma como ser; rigidez de nuca franca, convulsiones, petequias, decaimiento importante; pues las infecciones realmente graves suelen dar la cara pronto. Cuando los picos febriles llevan más de 24 horas de evolución, esta vigilancia no debe ser tan rigurosa pues la probabilidad de que exista una infección grave es baja.⁽⁸⁾

Desde el punto de vista práctico es conveniente dividir a los niños en mayores y menores de 3 meses, puesto que la etiología, los riesgos de infección bacteriana grave y, por consiguiente, el manejo clínico son diferentes.^(1,4) Hay grupos de alto riesgo, bien defini-

dos que, en base a la edad, las patologías asociadas o el estado de inmunodeficiencia, requieren una evaluación más extensa y, en ciertas situaciones, un tratamiento antimicrobiano precoz antes de la identificación del patógeno.^(1,3,6,10)

Mediante los criterios de Rochester, evaluación señalada en la tabla 1, se ha podido perfilar a los niños de "bajo riesgo" de este grupo etario.

Tabla 1. Criterios de bajo riesgo de Rochester. < 60 días

Lactante con buen estado general
• Previamente sano:
- Nacido a término.
- No tratamiento antimicrobiano perinatal.
- No tratado por hiperbilirrubinemia inexplicada.
- No recibió ni estaba recibiendo agentes antimicrobianos.
- No hospitalización previa.
- No enfermedad crónica de base.
- No hospitalizado durante un período superior a su madre.
Ausencia de signos evidentes de infección de piel, tejidos blandos, huesos articulaciones u oídos.
• Valores de laboratorio:
- Leucocitos en sangre periférica de 5000-15 000/mm ³
- Abastados < 1500/mm ³
- < 10 leucocitos por campo en sedimento urinario.
- < 5 leucocitos por campo en extensión de heces (diarrea).
Baraff LI, et al Practice guidelines for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics 1993; 92:1-12
- Sensibilidad: 92 % Especificidad: 54 %
- VPP: 14 % VPN: 99.7 %
- -LR+2,0 LR- 0,15
* Jaskiewicz JA, et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infection - an appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Febrile Infants Collaborative Study Group. Pediatrics 1994;94:390-6.

Diagnóstico Diferencial:

El diagnóstico diferencial de la etiología de fiebre sin foco (FSF) es amplio, no obstante es necesario constatar la fiebre y descartar otras enfermedades no infecciosas de aumento de las temperaturas. Dicho aumento puede ocurrir como consecuencia de sobrecalentamiento, lo cual es más común en menores de 3 meses, y de manera particular en el neonato. Cuando exista esta sospecha se debe desnudar al niño y volver a tomar la T° a los 15-30 minutos. Si el niño no presenta entonces fiebre, y no ha tomado antipiréticos, puede considerarse afebril.⁽⁴⁾

NIÑOS MENORES DE 3 MESES

La fiebre sin foco en el lactante de menos de 3 meses sugiere siempre la posibilidad de infección bacteriana grave. Este tipo de infec-

ciones se da en el 10-15 % de los lactantes nacidos a término, previamente sanos, que presentan una temperatura rectal de 38° C o más; si el aspecto del niño es tóxico, entendiéndose como tal, la presencia de uno o más de los siguientes signos; letargia, irritabilidad, mala perfusión, hipo-hiperventilación, apnea, dificultad respiratoria, hipotonía, cianosis, piel moteada, llenado capilar lento, ictericia; la posibilidad aumenta.^(6,10,12)

Estas infecciones incluyen sepsis, meningitis, infecciones urinarias, enteritis, osteomielitis y artritis supurativa. En 5% de los lactantes menores de 3 meses existe bacteriemia siendo los causales *Streptococcus* grupo B y *Listeria monocytogenes* (meningitis y sepsis neonatal tardías) y patógenos adquirido en la comunidad como *Salmonera* (enteritidis), *Escherichia coli* (infección urinaria), *Neiseria Meningitidis*, *S.pneumoniae* y *Hemophilus influenzae* tipo b (sepsis y meningitis) y *estafilococos aureus* (infección osteoarticular).⁽⁶⁾

La presencia de fiebre en un niño RN obliga a descartar la sepsis neonatal; precoz: antes de los 4 días de vida, o tardía: luego de los 4 días y hasta los 3 meses de edad. Para ello es de fundamental importancia distinguir dos situaciones: 1. El niño con 1 mes o menos de edad y 2. Aquel niño entre 1 y 3 meses de vida.⁽³⁾

1. Lactantes menores de 1 mes. (Figura 2)

Los agentes etiológicos mas frecuentes en este grupo etario son; bacilos gran negativos (*Escherichia coli*), *estreptococos* grupo B y

con menor frecuencia *Listeria monocitógenes*, *Salmonella* y *Neisseria meningitidis* etc.^(4,5)

Todos los niños menores de un mes, incluyendo los clasificados de bajo riesgo necesitan ser evaluados como sepsis (hemocultivo, urocultivo, LCR, etc.) y ser hospitalizados con dos opciones: 1ª, tratamiento con antibióticos por vía parenteral (ampicilina, asociado a un aminoglucósido) mientras se espera el resultado de los cultivos y 2ª, observación sin tratamiento en espera del resultado de los cultivos (bajo riesgo).^(3,5,9,12)

2. Lactantes de 1- 3 meses de edad. (Figura 2)

Las infecciones por gérmenes gran negativos y *estreptococo* grupo B, disminuyen su frecuencia, y aumentan las producidas por *S.pneumoniae*, *N.Meningitidis*, *Salmonella*, *H. influenzae* (no vacunados).^(1,5)

La actitud del médico es reconocer, en el conjunto de los niños que consultan por fiebre, al grupo que tiene una infección seria y a los niños de mayor riesgo de presentar una bacteriemia. Debe realizarse una historia clínica, exploración física completa e identificar aquellos pacientes con síntomas de alarma.^(5,6,9,10,12)

Los lactantes con fiebre y síntomas de alarma requieren hospitalización inmediata con tratamiento antimicrobiano parenteral una vez obtenidas muestras para hemocultivo de orina y de liquido cefalorraquídeo (LCR).^(3,6,9)

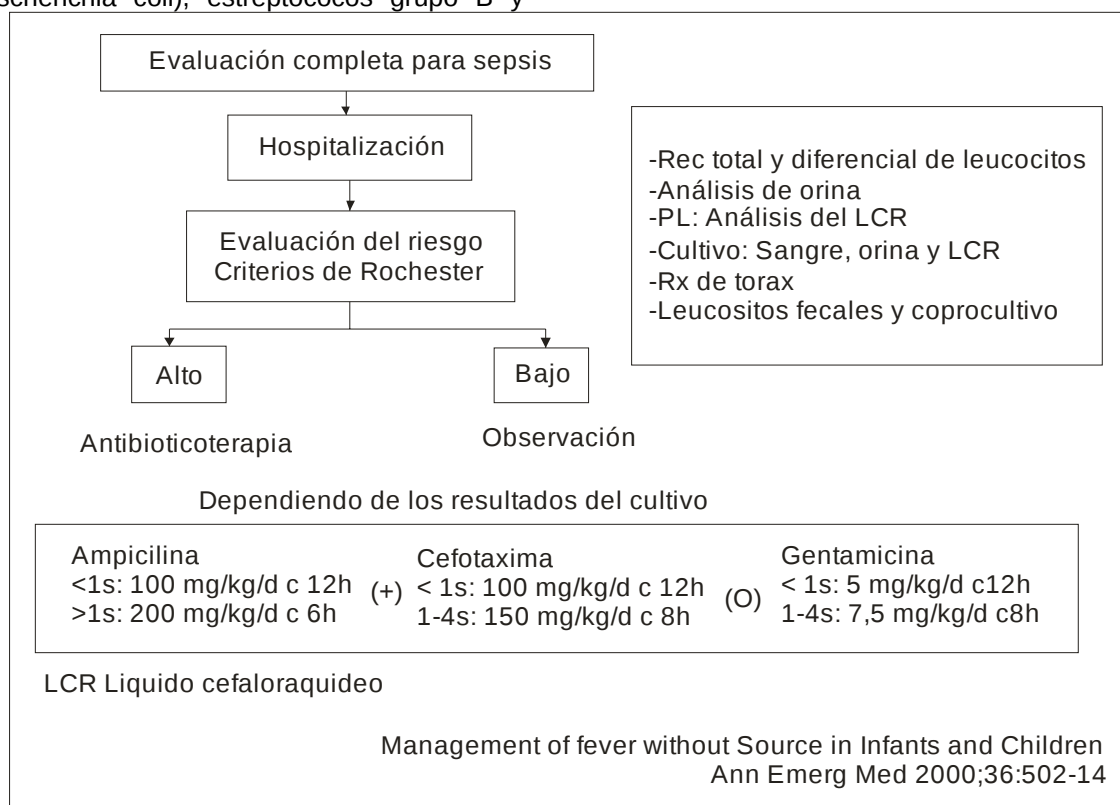


Figura 1. Manejo del Lactante menor de un mes con FSF.

La evaluación clínica es poco confiable; este grupo debe ser evaluado con exámenes de laboratorio: recuento de leucocitos (RGB) con recuento diferencial, sedimento de orina, urocultivo, hemocultivo, punción lumbar (citoquímico, tinción de Gram, cultivo y látex si se dispone).⁽⁹⁾

Los lactantes con fiebre que no impresionan de gravedad, que previamente estaban sanos, que no presentan evidencias de infección cutánea, de tejidos blandos, ósea, articular ni de oído, que tienen un laboratorio normal presentan una baja probabilidad de sufrir infección bacteriana grave.⁽⁶⁾

Se puede considerar dos opciones de manejo: 1ª, tratamiento con Ceftriaxona 50mg/Kg./día IM a la espera de los resultados de los cultivos y reevaluación a las 24-48 hs. 2ª, observación como paciente extrahospitalario después de la obtención de urocultivo y reevaluación a las 24-48 hs.⁽⁵⁾

Los niños sin criterio de bajo riesgo, necesitan ser ingresados con cultivos de sangre, orina, LCR, y tratamiento antibiótico parenteral.⁽⁵⁾

LACTANTES DE 3-36 MESES DE EDAD. (Figura 3)

La presencia de fiebre de más de 39 °C en este tipo de pacientes constituye un signo de alarma, ya que puede estar padeciendo una infección bacteriana severa y no ser objetivada en el examen clínico. La bacteriemia oculta

(BO) es la complicación más temida. Los microorganismos que con mayor frecuencia causaban BO en la década de los 80 eran el *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *Neisseria meningitidis*, y *Salmonella* spp. Posteriormente, y debido a la vacunación contra *H. influenzae* b, la tasa de bacteriemia por este microorganismo disminuyó. Existe evidencia de que los niños muestran algunos elementos en el interrogatorio, en el examen clínico, y en los análisis de laboratorio que nos permiten determinar una población de mayor riesgo. Dentro de estos factores podemos señalar:⁽³⁾

- **Edad de los pacientes:** no se puede descartar BO en ningún caso, ya que el periodo de riesgo máximo se sitúa entre 6-24 meses.
- **Temperatura:** A mayor temperatura corporal, mayor posibilidad de padecer BO. En general, el riesgo de BO se incrementa cuando la temperatura supera los 38,9°C, y crece proporcionalmente con el aumento de la fiebre.
- **Antecedentes personales:** es muy importante investigar sobre antecedentes patológicos del paciente (enfermedades crónicas, tratamientos que recibe, internaciones previas, etc.), y epidemiológicos (enfermos en el medio familiar, en el colegio o en la guardería).

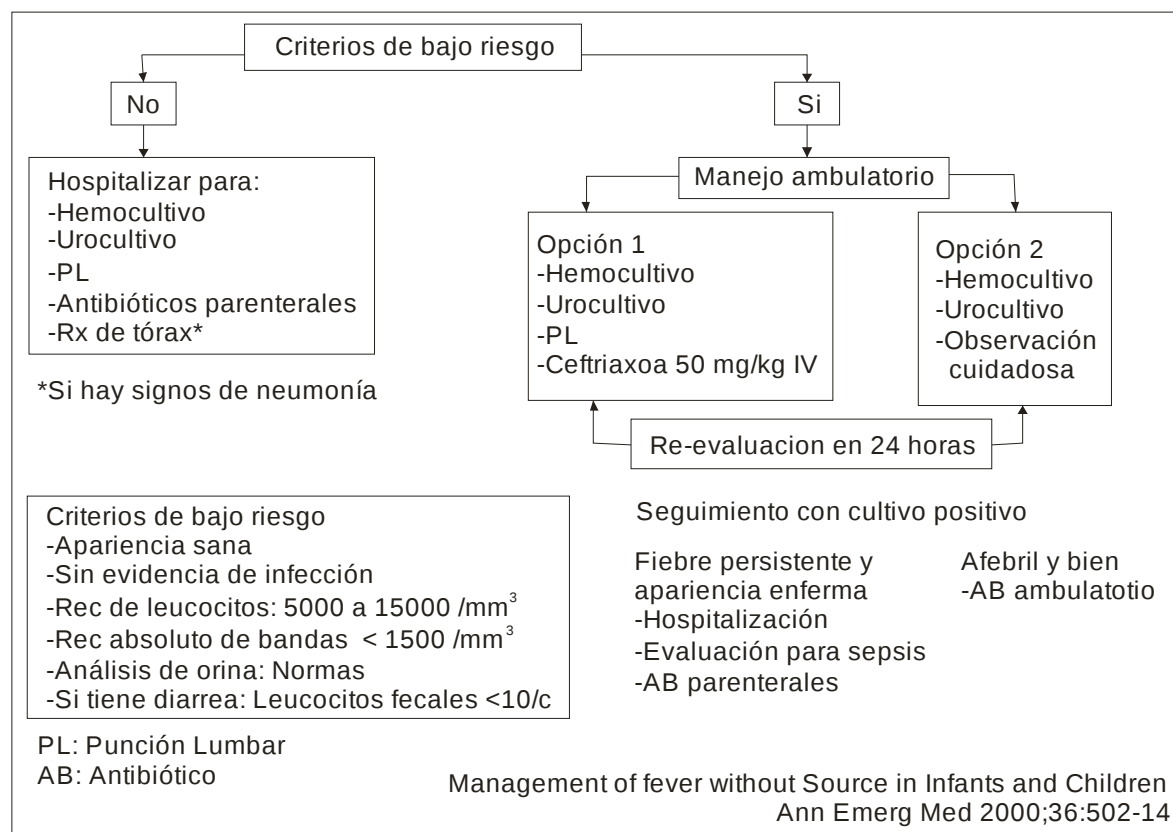


Figura 2. Manejo del Lactante de 1 a 3 meses con FSF.

- **Evaluación clínica:** El examen clínico minucioso y evaluación mediante escalas de observación son las claves para acercarse al diagnóstico de BO. Una de las más utilizadas es la de Mc Carthy y Col. (escala de observación de Yale). A cada ítem se le da un puntaje de 1 a 5 y, si el valor total es mayor o igual a 10, se define al niño con alta probabilidad de estar padeciendo BO.

- **Exámenes complementarios:**⁽³⁾

- Recuento total de glóbulos blancos: es el examen complementario más sensible para predecir BO. Según consenso general en el paciente que tiene más de 15.000 glóbulos blancos totales por mm³ hay que descartar la posibilidad de BO.
- Recuento absoluto de neutrófilos: Todd estableció que un recuento absoluto de neutrófilos mayor de 10.000/mm³, o de neutrófilos en cayado mayor a 500/mm³ predice en un 80 % una infección bacteriana severa.
- Cambios en los neutrófilos: las infecciones bacterianas generan cambios microscópicos como la aparición de vacuolas o granulaciones tóxicas.
- Eritrosedimentación y proteína C reactiva: se observan en niños con BO en la fase aguda un nivel de proteína C reactiva mayor de 3,5 mg/dl o una eritrosedimentación mayor de 30 mm en la primera hora.
- Sedimento de orina y urocultivo: ante la sospecha de una infección urinaria disponemos de pruebas rápidas para el diagnóstico, como la prueba de estearasa leucocitaria, la prueba de los nitritos o el Gram de una gota de orina sin centrifugar.
- Punción lumbar: la recomendación actual es no realizar punción al paciente al inicio, al menos que tenga signos y síntomas que hagan sospechar la presencia de meningitis.
- Hemocultivos: únicamente puede confirmarse el diagnóstico de BO mediante la realización de los hemocultivos.

La evaluación de un niño con fiebre debe empezar con una historia detallada, incluyendo los antecedentes pre y post natales, inmunizaciones, contactos con familiares enfermos, viajes, enfermedad reciente, irritabilidad, disminución de la alimentación, vómitos, diarrea, y si esta tomando alguna medicación (ejemplo si esta usando antibióticos los cultivos pueden ser negativos).^(4,9,12)

Una de las herramientas más importantes para evaluar al lactante con fiebre, es la destreza del clínico para observar y hacerse una

impresión de cuán enfermo está el niño. Esta "impresión" se ha tratado de objetivar en la escala de observación de Yale, (Tabla 2). Por los índices que utiliza no es útil en niños menores de 2 a 3 meses de vida ni en los niños bacterémicos.⁽¹⁰⁾

El manejo de un síndrome febril debe ser individualizado, y combinar la estimación de los riesgos de infección bacteriana grave.^(4,14)

Si el paciente consulta por fiebre mayor a 38,9° C y obtiene un resultado en las escalas de observación mayor de 10, o si tiene antecedentes personales que aumenten su riesgo se recomienda realizar exámenes complementarios. Si tiene más de 15.000 glóbulos blancos por mm³ se recomienda tomar dos hemocultivos y realizar tratamiento empírico con ceftriaxona 50 mg/kg/dosis. No se recomienda el uso de antibióticos por vía oral.⁽¹⁴⁾

Con el resultado de los hemocultivos a las 24 o 48 hs se tomará la decisión de realizar la punción lumbar o no. La decisión de internar al niño o no dependerá del medio socioeconómico cultural del paciente y de la posibilidad de control médico estrecho. Ante cualquier duda debe hospitalizarse al niño para observación durante 24 a 48 hs y ver su evolución.^(1,3,4,6,12)

En niños con buen estado general y temperaturas menor a 39° C no precisan pruebas complementarias, solo tratamiento antitérmico y revisión a las 24-48 hs.^(5,12,14)

Al margen de cual sea la opción escogida; se debe explicar a la familia que deben regresar inmediatamente si el niño empeora o si aparecen nuevos síntomas; como un rash, síntomas preocupantes: por ejemplo, irritabilidad, confusión, dificultad para respirar, rigidez en el cuello, incapacidad para mover un brazo o una pierna o convulsión por primera vez.^(13,14)

CONCLUSION

Es bueno recordar que el estado febril no es dañino al organismo, muchas veces es bien tolerado y no tiene consecuencias a largo plazo. Encontramos indicadores predictivos para enfermedad grave y bacteriemia: factores de riesgo, el perfil clínico, escalas de observación clínica, y exámenes auxiliares.

La terapia antitérmica puede enmascarar los síntomas típicos del desarrollo de una enfermedad, retardar el diagnóstico y por lo tanto la terapia causal; por lo tanto es necesario actuar con sensatez al indicar medidas antipiréticas, teniendo en consideración el equilibrio entre los efectos beneficiosos y adversos de la fiebre.

El manejo del niño febril requiere de una serie de pasos: observación, interrogatorio, examen físico, monitoreo clínico, pruebas auxiliares y tratamiento de la fiebre.

Tabla 2. Escala observacional de Yale.			
	Normal (1 punto)	Afectación moderada (3 puntos)	Afectación grave (5 puntos)
Calidad del llanto	Fuerte	Quejido o sollozo	Débil o tono agudo
Reacción al estímulo	Respuesta enérgica	Respuesta con llanto intermitente	Llanto continuo o apenas perceptible
Estado Vigilia-sueño	Se mantiene despierto o se despierta de súbito	Leve cierre de ojos. Despierta solo.	Sueño profundo, No se despierta
Color	Rosado	Extremidades pálidas o acrocianosis	Pálido o cianótico o moteado
Hidratación	Piel normal, ojos normales, mucosas húmedas	Piel normal, ojos normales, mucosa oral algo seca	Piel pastosa, ojos hundidos, mucosas secas
Respuesta social	Sonríe	Sonrisa leve	No sonríe, cara con ansiedad expresiva

Normal: 7 puntos Dudoso: entre 8 y 10 puntos Positivo: 10 puntos
- Sensibilidad: 83-88% Especificidad: 64-80%
- VPP: 48-56 % VPN: 97%
* Slater M, Krug SE. Evaluation of the infant with fever without source: an evidence based approach. Emergency Medicine Clinics of NA 1999; 17(1):97-126.

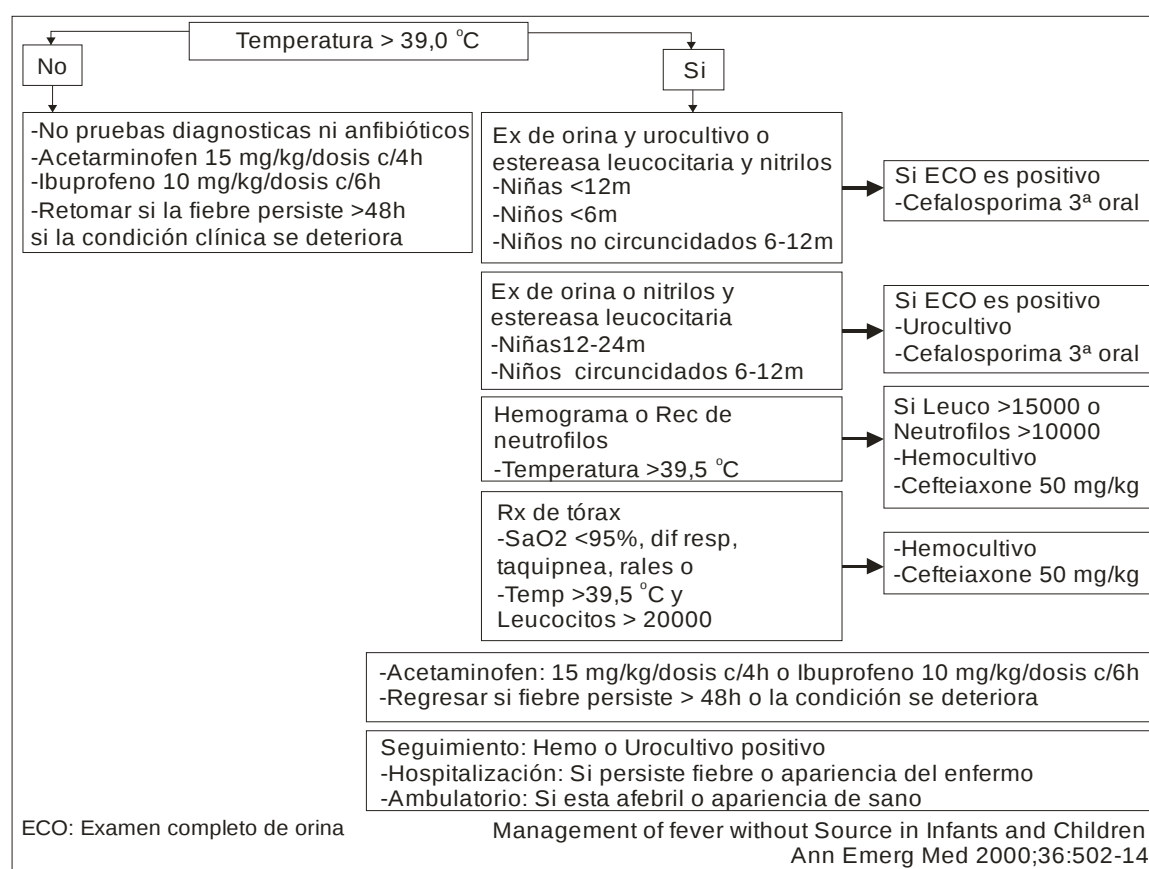


Figura 3. Manejo del Lactante de 3 a 36 meses con FSF.

BIBLIOGRAFIA

- Paganini H. El Tratamiento antimicrobiano de las infecciones en pediatría. Fiebre. Bs.As. editorial Científica Interamericana S.A.C.I. Enero 2005. 15:205-211.
- Plata-Rueda E, Meneghello JR, Fanta En: Paris EM y col. Pediatría. 4ª Edición. Santiago de Chile: Editorial Publicaciones técnicas mediterráneo. Vol. 1:572-576.
- Bernztein R. Boletín Proaps-Remediar. La fiebre como marcador de enfermedad severa. Remediar [en línea] julio 2004 [Fecha acceso 13 diciembre 2006] vol 2 (12) URL disponible en: [http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar-Publicaciones1.nsf/PubBoleWeb/8492A01DF6FA234D0325726E006976AA/\\$File/Boletin%2012.pdf](http://www.remediar.gov.ar/ACM-Remediar-Publicaciones1.nsf/PubBoleWeb/8492A01DF6FA234D0325726E006976AA/$File/Boletin%2012.pdf)
- Ramos Amador JT Ruiz Contreras J. Fiebre sin foco. Asociación Española de pediatría [online] 2001 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006] 99-105 URL Disponible en: www.aeped.es/protocolos/infectologia/15-Fiebresinfoco.pdf
- Ruiz B. Síndrome Febril sin foco en el niño menor de 3 años. Sociedad Vasco Navarra de Pediatría [online] Junio 2004 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006] 1-9. URL Disponible en: www.svnp.es/Document/Sinfoco.doc
- Nelson, Behrman R, Kliegman J. Fiebre. En: Pawoll KR. Tratado de pediatría. 17ª ed. Madrid España. Editorial ELSEVIER 2005. 841-843.
- Regueiro M. Fiebre. Fistera Guías clínicas 2002. [online] 2002 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006] 2 (19) URL Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/fiebre.asp>
- Guerrero-Fernández J. El portal Médico para padres. Asociación Española de Pediatría [online] Noviembre 2002 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006] 1-3. URL

- Disponible en:
http://www.aeped.es/infofamilia/temas/fiebre_urg.htm
9. Sehabiague G, Bello O. Fiebre sin foco. Archivos de Pediatría del Uruguay [online] Nov 2001 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006] Vol 72(1). URL Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0004-05842001000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 10. Hirsch TB. Síndrome Febril en Pediatría. Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile [online] 2002 [Fecha de acceso 11 Diciembre 2006]. URL Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/SFebril.html>
 11. Carabaño Aguado I, Jiménez López I, López-Cerón y Col. Eficacia de Ibuprofeno y Paracetamol como anti-térmicos. Asociación Española de Pediatría [en línea] Febrero 2005. [Fecha acceso 12 Noviembre 2006] Vol.62 (02) 117-122 URL Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05Z10103&rev=37&vol=62&num=2&pag=117
 12. Peña RD, Espinosa OM, Briceño MTL. Abordaje del niño con fiebre sin foco infeccioso. Amimc [en línea] Julio-Septiembre 2004. [Fecha acceso 23 diciembre 2006] Vol. 24 (3) URL disponible en: http://www.amimc.org.mx/revista/2004/vol_24-3/abordaje.htm
 13. Tango R. Fiebre. Medline Plus [en línea] Diciembre 2006 [Fecha acceso 21 enero 2007] URL Disponible en : <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003090.htm>
 14. Mintegi Raso S, González Balenciaga M, Pérez Fernández y Col. Lactante de 3-24 meses con fiebre sin foco en urgencias: características, tratamiento y evolución posterior. Asociación Española de Pediatría [en línea] Junio 2005 [Fecha de acceso 12 diciembre 2006] Vol. 62 (06):522-528. URL Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05Z10103&rev=37&vol=62&num=6&pag=522