



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

**MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO
EN ATENCIÓN PRIMARIA**



Revisión 0

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATERNAL INFANTIL**

**MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO**

Modificaciones respecto a la versión anterior



Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria



Servicio Canario de la Salud

Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Gobierno
de Canarias

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

ÍNDICE

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	3
4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO	3
5. ALGORITMO	11
6. BIBLIOGRAFÍA	12
7. GRUPO DE TRABAJO	16
8. ANEXOS	18



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Revisión 0

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

1. OBJETIVO

Orientar a los profesionales sanitarios en el manejo del lactante, entre 3 y 36 meses de vida, con fiebre sin foco.

2. ALCANCE

El ámbito de aplicación de este protocolo incluye a los profesionales sanitarios involucrados en la atención a los niños y las niñas de 3 a 36 meses de edad del Área de Salud de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura.

3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PROTOCOLO^{1,2}

- < 3 meses. Debido a la dificultad para la evaluación del comportamiento, la inmadurez inmunológica, y el riesgo elevado de Infección Bacteriana Grave (IBG) deben ser derivados al hospital.^{3,4}
- > 36 meses. El riesgo de IBG es mínimo y, por tanto, la actuación clínica es similar a la de edades posteriores.^{1,5}
- Enfermedad concomitante u origen de la fiebre identificado tras la anamnesis y examen físico.

- Aspecto tóxico, definido como el cuadro clínico compatible con el síndrome de sepsis:^{2,3,6-9}
 - Signos neurológicos: letargia o excesiva irritabilidad (llanto inconsolable)
 - Signos de mala perfusión periférica: palidez, cianosis, color ceniza o manchas (petequias o púrpura).
 - Esfuerzo respiratorio: hipoventilación o hiperventilación marcada
- Inmunocompromiso
- Enfermedad crónica grave
- Tratamiento con antibióticos durante el proceso febril
- Vacunación con DTPa en las 48 horas previas
- Fiebre prolongada (≥ 5 días)⁴

4. PROTOCOLO INTRODUCCIÓN

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los niños y niñas que acuden a los servicios de urgencia¹⁰ y origina, aproximadamente, un tercio de las visitas al pediatra¹¹⁻¹³. La mayoría de los niños experimentan algún episodio febril antes de cumplir los 3 años.

En la mayor parte de ellos, la fiebre



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL



Revisión 0

se debe a una infección viral autolimitada^{1,2,7,14} o a una infección bacteriana en la que se puede identificar el foco. Sin embargo, el 20% presentan fiebre sin un foco aparente después de una anamnesis y exploración física minuciosa.^{1,3,15} Entre ellos, una pequeña proporción tienen una bacteriemia oculta (BO). La prevalencia de la BO en los años previos a la introducción de la vacuna antineumocócica heptavalente en EEUU era aproximadamente del 2% en pacientes con fiebre sin foco y temperatura ≥ 39 °C.^{2,16,17}

Los lactantes menores de 3 años con fiebre sin un foco claro de infección tienen un riesgo pequeño pero importante de padecer sepsis y meningitis. Estas infecciones llevan asociadas un gran potencial de morbilidad y mortalidad, incluso con su reconocimiento precoz y tratamiento adecuado.¹²

DEFINICIONES

Fiebre: temperatura rectal ≥ 38 °C.^{1,3,6,13} Las temperaturas axilar y timpánica no son fiables en los lactantes.^{3,15}

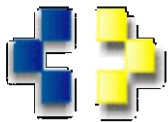
Debemos tener en cuenta que algunos lactantes, especialmente los neonatos, pueden tener una enfermedad infecciosa grave y no tener fiebre o incluso presentar hipotermia (temperatura rectal ≤ 36 °C).^{3,6}

Debe darse credibilidad a la fiebre referida por los padres o cuidadores, medida por cualquier método incluido cuando se detecta tocando al niño.^{2,4-6,8,18}

El aumento de temperatura puede deberse al arropamiento excesivo, especialmente en los menores de 3 meses, y de manera particular en el neonato. En este caso, se debe desnudar al niño y volver a tomar la temperatura a los 15-30 minutos. Si entonces no presenta fiebre, y no ha tomado antitérmicos, puede considerarse afebril.^{5,6}

Fiebre Sin Foco (FSF): enfermedad febril aguda en la que no encontramos su etiología después de una anamnesis y examen físico meticuloso.^{2,6,10,14,15}

Bacteriemia Oculta (BO): la presencia de una bacteria en sangre en ausencia de signos de enfermedad sistémica.²



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL



Revisión 0

Infección Bacteriana Grave (IBG):

son aquellas que pueden comprometer la vida del paciente o dejar graves secuelas; incluye meningitis, sepsis, neumonía, infección de articulaciones o huesos, e ITU (pielonefritis). Y otras, que con menos frecuencia podrían ser potencialmente graves, como infección de tejidos blandos (celulitis) y enteritis.^{2,6}

EPIDEMIOLOGÍA

En la era prevacunal contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y *Streptococcus pneumoniae* la prevalencia de la BO era del 5% en niños febriles con buen aspecto. Los patógenos predominantes eran *S. pneumoniae* (85%), Hib (15%) y *Neisseria meningitidis* (3%).^{6,14}

Aproximadamente entre 2-8 % de los niños y niñas con fiebre y petequias tendrán una IBG causada por *Neisseria meningitidis*. La mayoría de los niños y niñas con infección meningocócica y petequias tienen apariencia de enfermedad.³

Otros agentes infecciosos asociados con BO en lactantes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Salmonella spp.*^{6,14}

La vacunación de los lactantes con vacunas conjugadas contra Hib y *S. pneumoniae* ha disminuido drásticamente la prevalencia de la enfermedad invasiva debida a estos dos microorganismos; y en las áreas geográficas donde se vacuna de manera rutinaria la incidencia de BO en lactantes con FSF ha descendido desde un 5% a menos del 1%.¹⁴

S. pneumoniae es el principal de los patógenos bacterianos en niños y adultos. La Organización Mundial de la Salud estima que, anualmente, aproximadamente 1 millón de niños menores de 5 años mueren de neumonía neumocócica, meningitis, y/o sepsis en todo el mundo.¹⁹ La incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) es muy variable, dependiendo de factores como la edad, zona geográfica, raza, situación económica, lugar de la infección y condiciones subyacentes.²⁰

También hay que considerar el impacto de la vacunación antineumocócica, dependiendo de las diferentes estrategias vacunales seguidas:

- EEUU: La evaluación postcomercialización de la vacuna neumocócica conjugada



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA





COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL

Revisión 0

heptavalente (VNC-7v) ha mostrado una disminución en la incidencia de enfermedad invasiva por serotipos incluidos en esta vacuna del 94% en niños < 5 años (75% reducción por todos los serotipos) y del 65% en > 5 años, debido a la inducción de inmunidad de grupo al disminuir la circulación del neumococo.²¹

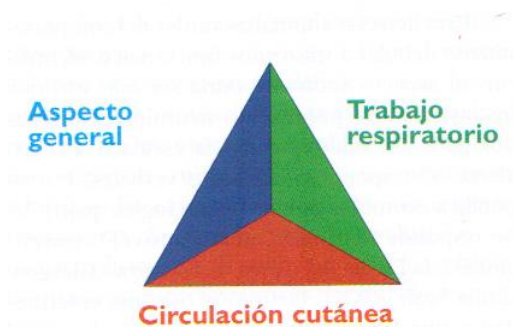
- Europa: Existe una gran variabilidad entre los países (incluso en áreas geográficas de cada país) en función de cómo se recojan los datos: prevacunal/vacunal, estratificación de la edad, distribución local de serotipos, definición de ENI, vigilancia activa/pasiva, etc. Se debe constatar que sólo algunos países (Francia, Alemania, Reino Unido, Holanda, Suecia, etc.) realizan vacunación universal desde fechas recientes, por lo que es difícil estimar por ahora la repercusión de la vacunación en la incidencia de ENI.²²⁻²⁵ Aún es más difícil conocer las diferencias de incidencia en función del tipo de vacuna utilizada, VNC-7v, VNC-10v o VNC-13v, esta última de reciente aprobación por la EMEA.
- España: La incidencia varía según zonas geográficas. La irregularidad del sistema de vigilancia dificulta la obtención de datos sobre la enfermedad y el impacto de la VNC-7v.²⁶⁻³⁴ Además, sólo la Comunidad Autónoma de Madrid financia la vacunación universal, garantizando una cobertura y protección alta frente a la ENI. Quedan pendientes de análisis los resultados del impacto de dicha vacunación (Estudio Heracles, Picazo JJ et al). En los pocos estudios publicados en España hasta la fecha (Cataluña, Navarra, País Vasco), la incidencia de ENI no disminuye, e incluso aumenta a expensas de los serotipos no incluidos en la VNC-7v (fenómeno de reemplazo).
- Las Palmas: la incidencia de ENI en menores de 2 años no ha disminuido a pesar de la VNC-7v. Los casos debidos a serotipos incluidos en esta vacuna han disminuido, así como la resistencia a penicilina. En cambio, han aumentado los casos debidos a serotipos emergentes no incluidos en esta vacuna, como el 1, el 7F y el 19A.³⁵

 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO</p> <p>MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p> <hr/> <p>Revisión 0</p>
---	---	---

De lo expuesto, se concluye que el estado de vacunación con VNC-7v no debe considerarse como criterio determinante de protección del lactante frente a la ENI.

VALORACIÓN CLÍNICA

La evaluación del lactante febril debe incluir una historia clínica y un examen físico completo con la finalidad de reconocer síntomas y signos de enfermedad o toxicidad.² **El triángulo de evaluación pediátrica (TEP)** es una herramienta rápida y sencilla para determinar el estado general y la gravedad del niño, a través de la observación de sus 3 componentes: aspecto general, esfuerzo respiratorio y circulación de la piel. Esta herramienta se considera útil para discriminar los pacientes con aspecto de enfermedad o aspecto tóxico de los que tienen buen aspecto.⁹



Los pacientes con aspecto tóxico tienen un 92% de posibilidades de sufrir una IBG, los que tienen aspecto de enfermedad un 26% y los que tienen buen aspecto menos de un 3%.²

Los lactantes que presenten buen aspecto y un foco claro de infección [faringitis, otitis media aguda (OMA), neumonía, etc.] o manifestaciones clínicas altamente sugestivas de enfermedad viral, como síntomas catarrales (estornudos, tos y mocos), ronquera, úlceras en mucosa bucal, vesículas en faringe¹⁴ o diarrea, serán orientados según la enfermedad que presenten.

El objetivo de la evaluación del lactante con FSF es identificar aquellos que pudieran tener una BO y/o el riesgo de desarrollar una IBG.¹⁴ De todas ellas, la ITU es la más probable.

La BO puede aparecer de manera concomitante con infecciones focales, especialmente con OMA.^{1,4,6} Por lo tanto, se recomienda que aunque exista un foco, si el pediatra considera insuficientes los hallazgos focales para explicar el grado de la fiebre o la apariencia de enfermedad, se deberán realizar exámenes complementarios.²



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL



Revisión 0

Es necesario investigar la posibilidad de inmunizaciones recientes que pudieran ser la causa de la fiebre.^{5,6,14}

Es importante conocer que la duración de la fiebre no es un buen predictor para sospechar una bacteriemia oculta.^{4,14}

Una adecuada respuesta a los antitérmicos no modifica la posibilidad de que el niño tenga una infección bacteriana grave y no debe usarse para la toma de decisiones.^{1,4}

El riesgo de presentar una BO aumenta con el grado de fiebre, la mayoría de los autores establecen 39 °C (prevalencia 1,5-2%) como punto de corte,^{5,6-8,14} especialmente con temperaturas superiores a 40 °C (prevalencia de hasta un 10,4%).¹⁵ En el caso de la BO neumocócica es más pronunciado a menor edad, así en lactantes menores de 3 meses con temperaturas ≥ 40 °C hasta un 38% tienen una IBG.⁴

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Las pruebas de laboratorio se realizan con el objeto de identificar a los pacientes con BO y la posibilidad ulterior de desarrollar una IBG, así

como para el diagnóstico de una infección específica.

a) **Sistemático, sedimento y urocultivo.** La fiebre puede ser el único hallazgo de infección urinaria en menores de 3 años.³⁶⁻³⁸ El retraso en el diagnóstico puede, incluso, poner en peligro la vida del paciente (pielonefritis aguda) o conllevar a un daño renal crónico (cicatrices renales). El diagnóstico de ITU requiere, en todos los casos, la confirmación mediante urocultivo.³⁶⁻³⁸ Sin embargo, en ocasiones, el sistemático y el sedimento de orina nos pueden ayudar a la toma de decisiones a la espera del resultado del mismo. (Anexo I)

b) **Hemograma.**^{2,4,6,7,14,39} Varios estudios han identificado un mayor riesgo de BO por neumococo (3-4% de los lactantes con fiebre ≥ 39 °C sin un foco claro) asociado a leucocitosis $\geq 15.000/\text{mm}^3$. Aunque la leucocitosis tiene una sensibilidad y especificidad limitadas como marcador de IBG, especialmente para otros patógenos distintos al neumococo, una leucocitosis $< 15.000/\text{mm}^3$ tiene un valor predictivo negativo del 99,5%. Un



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

valor absoluto de neutrófilos (VAN) $\geq 10.000/\text{mm}^3$ es mejor predictor y eleva el riesgo de BO hasta un 8-10%. Por lo tanto, leucocitosis $\geq 15.000/\text{mm}^3$ y VAN $\geq 10.000/\text{mm}^3$ nos ayudarán a seleccionar a los pacientes a los que debemos realizar hemocultivos.

c) **Proteína C Reactiva (PCR)**

Es un reactante de fase aguda sintetizado por el hígado durante procesos infecciosos o inflamatorios. Su concentración es dependiente del tiempo. Comienza a elevarse a las 4-6 horas del inicio del proceso febril y se duplica cada 8 horas antes de alcanzar su pico máximo a las 24-36 horas. Se precisan al menos 12 horas de evolución de la fiebre para que su elevación sea significativa.^{40,41}

El 20% de las infecciones víricas pueden presentar valores elevados de PCR ($> 4\text{mg/dl}$). Por lo tanto, cifras elevadas de PCR no descartan etiología vírica. Por otro lado, valores bajos de PCR no descartan por completo una infección bacteriana.⁴²

Si tomamos como punto de corte un valor de la PCR $> 4\text{mg/dl}$ la

sensibilidad y especificidad para la presencia de IBG es de 70% y 80% respectivamente.⁴³

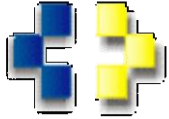
El valor predictivo negativo para IBG en mayores de 3 meses con FSF y PCR $< 4\text{mg/dl}$ es $> 90\%$.⁴⁴⁻⁴⁶

d) **Radiografía de tórax.**^{1-4,7,14,15} Se realizará en todos los pacientes con FSF que presenten una leucocitosis $> 20.000/\text{mm}^3$, aún en ausencia de síntomas o signos respiratorios.

e) **Procalcitonina (PCT)**

Es un marcador de IBG más específico y más precoz que la PCR.⁴⁷ Comienza a elevarse a las 2 horas del inicio del proceso febril, con un pico máximo a las 12-24 horas. Valores de PCT $> 0,5 \text{ ng/ml}$ son indicativos de infección bacteriana y $> 2 \text{ ng/ml}$ de infección bacteriana grave.^{43,45,48} La sensibilidad y especificidad de esta prueba en este punto de corte es de 95.5 % y 94 % respectivamente.⁴⁹

Esta prueba no está disponible en Atención Primaria de nuestras Áreas de Salud, por lo que su solicitud estará a cargo del nivel hospitalario.



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



Revisión 0

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL

PAUTA DE ACTUACIÓN

Una vez descartadas otras posibilidades, si diagnosticamos a un lactante entre 3 y 36 meses de vida de FSF, debemos tener en cuenta el grado de fiebre:

Aquellos que tienen **temperaturas < 39 °C** serán considerados de bajo riesgo para IBG, exceptuando la ITU; por lo tanto, **se solicitará analítica de orina** (sistemático, sedimento y urocultivo), se dan **normas de evolución** (Anexo II) y **control en 24 horas**. En caso de que el sistemático y/o sedimento sean patológicos o el urocultivo sea positivo, se actuará según se recoge en el Anexo I. Si el urocultivo es negativo y la fiebre desaparece a las 72 horas de evolución, daremos por cerrado el episodio.

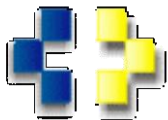
Aquellos que tienen **temperaturas ≥ 39 °C**, en cualquier momento de la evolución del proceso febril, presentan un mayor riesgo de IBG; en este caso, además de la analítica de orina, se solicitará un reactante de fase aguda. Teniendo en cuenta la epidemiología local donde *S. pneumoniae* es el germen más prevalente causante de IBG, la leucocitosis $\geq 15.000/\text{mm}^3$ y un

$\text{VAN} \geq 10.000/\text{mm}^3$ son buenos predictores. Por lo tanto, **solicitaremos un hemograma completo**. Además, este grupo de trabajo recomienda realizar también una **PCR**, especialmente porque con valores normales ($< 4 \text{ mg/dl}$) es improbable que presente una IBG. Sin embargo, deberemos tener en cuenta que se precisan al menos 12 horas de evolución de la fiebre para que su elevación sea significativa y que en el 20% de las infecciones víricas puede estar elevada.

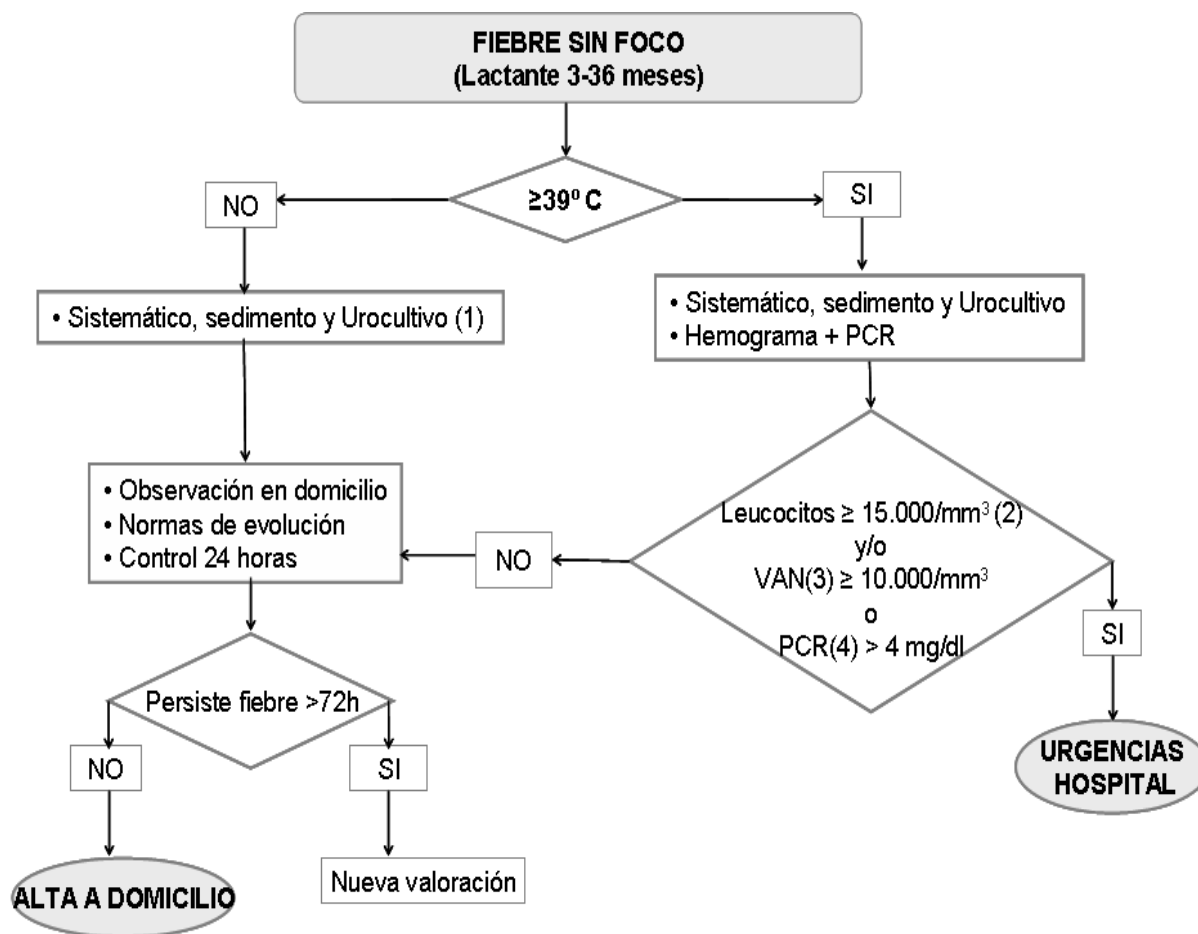
Si cualquiera de los tres valores sobrepasa el punto de corte (leucocitosis $\geq 15.000/\text{mm}^3$, $\text{VAN} \geq 10.000/\text{mm}^3$ o $\text{PCR} > 4$), se derivará al hospital de referencia.

Si los valores están en rangos de normalidad se darán **normas de evolución** (Anexo II) y **control en 24 horas**.

En caso de que el sistemático y/o sedimento sean patológicos o el urocultivo sea positivo, se actuará según se recoge en el Anexo I. Si el urocultivo es negativo y la fiebre desaparece a las 72 horas de evolución, daremos por cerrado el episodio.



5. ALGORITMO



(1) Ver Anexo I

(2) Leucocitos $\geq 20.000/mm^3$ → solicitar Rx tórax

(3) VAN = Valor Absoluto de Neutrófilos

(4) PCR = Proteína C Reactiva. Únicamente se solicitará si fiebre > 12 horas de evolución



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

6. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee and the Clinical Policies Subcommittee on Pediatric Fever. Clinical Policy for Children Younger Than Three Years Presenting to the Emergency Department With Fever. *Ann Emerg Med* 2003;42:530-45.
2. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence Based Clinical Practice Guideline for Fever of Uncertain Source in children 2 to 36 months of age. 2000 Feb. Revision 2003 Oct. New search 2006 Aug.
3. Baraff LJ. Management of infants and young children with fever without source. *Pediatr Ann* 2008 Oct;37(10):673-9.
4. Ishimine P. Fever Without Source in Children 0 to 36 Months of Age. *Pediatr Clin N Am* 2006;53:167-94.
5. Rodrigo Gonzalo-de-Liria C, Méndez Hernández M. Fiebre sin foco. [Monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [acceso 4 de agosto de 2010]. Disponible en:
<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>
6. Baraff LJ, Bass JW, Fleisher GR, et al. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993;92(1):1-12.
7. Brook I. Clinical review. Unexplained fever in young children: how to manage severe bacterial infection. *BMJ* 2003;327:1094-7.
8. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE clinical guideline 47. Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
9. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle. A Novel Approach for the Rapid Evaluation of Children. *Pediatric Emergency Care* 2010;4(26 April):312-5.
10. Slater M, Krug SE. Evaluation of the infant with fever without source: an evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am.* 1999;17:97-126.
11. Finkelstein, JA, Christiansen, CL, Platt, R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. *Pediatrics* 2000;105:260.
12. Nelson, DS, Walsh, K, Fleisher, GR. Spectrum and frequency of pediatric



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

- illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics* 1992;90:5.
13. Krauss BS, Harakal T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1991;7:67.
14. Coburn HA. Fever without a source in children 3 to 36 months of age. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2010 [acceso 4 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
15. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med* 2000 Dec;36(6):602-14.
16. Lee GM, Harper MB. Risk of bacteremia for febrile young children in the post-Haemophilus influenzae type b era. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:624-8.
17. Alpern ER, Alessandrini EA, Bell LM, Shaw KN, McGowan KL. Occult bacteremia from a pediatric emergency department: current prevalence, time to detection, and outcome. *Pediatrics* 2000; 106:505-11.
18. Graneto JV, Soglin DF. Maternal screening of childhood fever by palpation. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12:183-4.
19. World Health Organization (WHO). Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization-WHO position paper. *Weekly Epidemiol Rec* 2007;82:93-104.
20. Hausdorff WP, Siber G, Paradiso PR. Geographical differences in invasive pneumococcal disease and serotype frequency in young children. *Lancet* 2001; 357:950-2.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Direct and indirect effects of routine vaccination of children with 7-valent pneumococcal conjugate vaccine on incidence of invasive pneumococcal disease-United States, 1998-2003. *MMWR* 2005 Sep 16;54(36):893-7.
22. Dias R, Caniça M. Invasive pneumococcal disease in Portugal prior to and after the introduction of pneumococcal conjugate vaccine. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2007; 51:35-42.
23. Imöhl M, Reinert RR, van der Linden M. Temporal variations among invasive pneumococcal disease serotypes in children and adults in Germany (1992-2008). *Int J Microbiol* 2010;2010:874189.



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

24. De Carvalho Gomes H, et al. Use of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) in Europe, 2001-2007. *Eurosurveill* 2009;14(12). Disponible en: www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19159.
25. Isaacman DJ, McIntosh ED, Reinert RR. Burden of invasive pneumococcal disease and serotype distribution among *Streptococcus pneumoniae* isolates in young children in Europe: impact of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine and considerations for future conjugate vaccines. *Int J Infect Dis* 2010 Mar;14(3):e197-209.
26. Espín MI, et al. Enfermedad neumocócica invasiva en niños de la Región de Murcia. *Gac Sanit* 2002;16(5):385-91.
27. Fenoll A, et al. Temporal Trends of Invasive *Streptococcus pneumoniae* Serotypes and Antimicrobial Resistance Patterns in Spain from 1979 to 2007. *J Clin Microbiol* 2009;47(4):1012-20.
28. Goicoechea-Sáez M, et al. Enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit* 2003;17(6):458-65.
29. González A, et al. Incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en Cantabria (1995-2001) e implicaciones para el calendario vacunal. *Gac Sanit* 2003;17(6):453-7.
30. Iglesias Sánchez L, et al. Epidemiología de la enfermedad invasiva neumocócica en Guipúzcoa (1981-2001). *An Esp Pediatr* 2002;57(5):401-7.
31. Muñoz-Almagro C, et al. Emergence of Invasive Pneumococcal Disease Caused by Nonvaccine Serotypes in the Era of 7-Valent Conjugate Vaccine. *Clin Infect Dis* 2008; 46 (15 January):174-82.
32. Calbo E, et al. Invasive pneumococcal disease among children in a health district of Barcelona: early impact of pneumococcal conjugate vaccine. *Clin Microbiol Infect* 2006;12:867-72.
33. Benito-Fernández J, et al. Pneumococcal bacteremia among infants with fever without known source before and after the introduction of pneumococcal conjugate vaccine in the Basque Country of Spain. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26:667-71.
34. Barricarte A, et al. Enfermedad neumocócica invasiva en la población menor de 5 años de edad



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL

Revisión 0

- de Navarra (2000-2005): impacto de la vacuna conjugada. *Med Clin (Barc)* 2007;129(2):41-5.
35. Artiles F, et al. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad neumocócica invasiva antes y después del uso de la vacuna neumocócica conjugada en Gran Canaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*2009;27(1):14-21.
36. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE Clinical Guideline 54. Urinary Tract Infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 August. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG54>
37. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Urinary Tract Infection of American Academy of Pediatrics. Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children. *Pediatrics* 1999;103(4):843-52.
38. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-Based Care Guideline for Medical Management of First Urinary Tract Infection in children 12 years of age or less; 1999 Mar.
- Revision 2005 Apr. New Revision 2006 Nov. Disponible en: <http://www.cincinnatichildrens.org/assets/0/78/1067/2709/2777/2793/919/c2dda8f2-f122-4cc4-9385-f02035d4f322.pdf>
39. Klein JO. Management of the febrile child without a focus of infection in the era of universal pneumococcal immunization. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21(6):584-8.
40. Peltola H, Jaakkola M. C-reactive protein in early detection of bacteremic versus viral infections in immunocompetent and compromised children. *J Pediatr* 1988;113:641-6.
41. Putto A, Ruuskanen O, Meurman O, et al. C-reactive protein in the evaluation of febrile illness. *Arch Dis Childhood* 1986;61:24-9.
42. Mintegi S, Benito J, Sanchez J, Azkunaga B, Iturralde I, Garcia S. Predictors of occult bacteremia in young febrile children in the era of heptavalent pneumococcal conjugated vaccine. *Eur J Emerg Med* Aug 2009;16(4):199-205.
43. Andreola B, Bressan S, Callegaro S, Liverani A, Plebani M, Da Dalt L. Procalcitonin and C-reactive protein as diagnostic markers of severe



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROTOCOLO

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL



Revisión 0

- bacterial infections in febrile infants and children in the emergency department. *Pediatr Infect Dis J* 2007 Aug;26(8):672-7.
44. Lacour A, Zamora S, Gervaix A. A score identifying serious bacterial infections in children with fever without source. *Pediatr Infect Dis J* 2008 Jul;27(7):654-6.
45. Galetto-Lacour A, Zamora S, Gervaix A. Bedside procalcitonin and C-reactive protein tests in children with fever without localizing signs of infection seen in a referral center. *Pediatrics* 2003 Nov;112(5):1054-60.
46. Pulliam PN, Attia MW, Cronan KM. C-reactive protein in febrile children 1 to 36 months of age with clinically undetectable serious bacterial infection. *Pediatrics* 2001 Dec;108(6):1275-9.
47. Simon L, Gauvin F, Amre DK, Saint-Louis P, Lacroix J. Serum procalcitonin and C-reactive protein levels as markers of bacterial infection: A systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2004;39:206-19.
48. Hatherill M, Tibby SM, Sykes K, Turner C, Murdoch IA. Diagnostic markers of infection: comparison of procalcitonin with C reactive protein and leucocyte count. *Arch Dis Child* 1999; 81(5):417-21.
49. Fernandez A, Luaces C, García J, et al. Procalcitonin in pediatric emergency departments for the early diagnosis of invasive bacterial infections in febrile infants: results of a multicenter study and utility of a rapid qualitative test for this marker. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22(10): 895-903.

7. GRUPO DE TRABAJO

Doña Ángeles Cansino Campuzano

Pediatra. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria

Doña M^a Mar Artilés Suárez

Enfermera. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria

Don Fernando Artilés Campelo

Microbiólogo. Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Doña Olga Afonso Rodríguez

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Doctoral

Doña Nereida Fernández Betancor

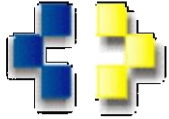
Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Vecindario

Don Valentín Ruiz Caballero

Pediatra de Atención Primaria. Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria

Don Bernardo Lafarga Capuz

Microbiólogo. Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



Servicio Canario de la Salud
Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

PROT O C O L O

MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA



COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL

Revisión 0

Doña Esther Benítez Rabagliatti

Pediatra de Atención Primaria. Representante de la
Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria

Doña Glady Rodríguez Pérez

Pediatra. Coordinadora de Atención Primaria y
Especializada del Área de Salud de Fuerteventura

Doña Concepción Pérez González

Pediatra. Coordinadora de Atención Primaria y
Especializada del Área de Salud de Lanzarote

Don Antonio Machín Jiménez

Pediatra. Representante de la Sociedad Canaria de
Pediatría Extrahospitalaria en Lanzarote

Doña Elena Colino Gil

Pediatra. Unidad de Enfermedades Infecciosas del
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Don Jesús Poch Páez

Pediatra. Unidad de Enfermedades Infecciosas del
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Doña Svetlana Todorovic

Pediatra. Jefa del Servicio de Urgencias de Pediatría del
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

Don Diego Agustín Irigo

Pediatra. Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital
Universitario Materno Infantil de Canarias

Doña Sabina Henríquez Santana



MIR de Pediatría

Don Francisco Machado Fernández

Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario
Materno Infantil de Canarias

Don Jesús Quintana Álvarez

Pediatra. Unidad de Hospitalización de Lactantes del
Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p>
	<p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</p>	<p>Revisión 0</p>

8. ANEXO I

TOMA DE DECISIONES SEGÚN EL RESULTADO DEL SEDIMENTO Y/O EL SISTEMÁTICO DE ORINA, EN ESPERA DEL RESULTADO DEL UROCULTIVO.

El diagnóstico de la infección urinaria (ITU) requiere en, todos los casos, la confirmación mediante urocultivo. Sin embargo, en ocasiones el sistemático y el sedimento de orina nos pueden ayudar a la toma de decisiones en espera del resultado del mismo.

1. Un **sedimento y sistemático** de orina **normales no descarta la ITU**. No obstante, si ambos son normales, esperaremos al resultado del urocultivo para iniciar, o no, tratamiento antibiótico.
2. En caso de que exista **bacteriuria** en el sedimento **y/o nitritos positivos** (con o sin estearasa leucocitaria positiva) en el sistemático de orina, es necesario **descartar pielonefritis aguda**.

SOSPECHA DE PIELONEFRITIS AGUDA

La presencia de **dos ó más** de los siguientes **criterios**:

- Fiebre ≥ 38 °C
- Dolor lumbar o abdominal
- VSG > 30 mm
- PCR >2 mgr/dl
- Cilindros leucocitarios en el sedimento (**la sola presencia de cilindros es criterio de derivación al Servicio de Urgencias hospitalario**).

Es, por tanto, necesario practicar hemograma y PCR urgentes. Si se establece la sospecha de Pielonefritis se derivará al Servicio de Urgencias hospitalario.

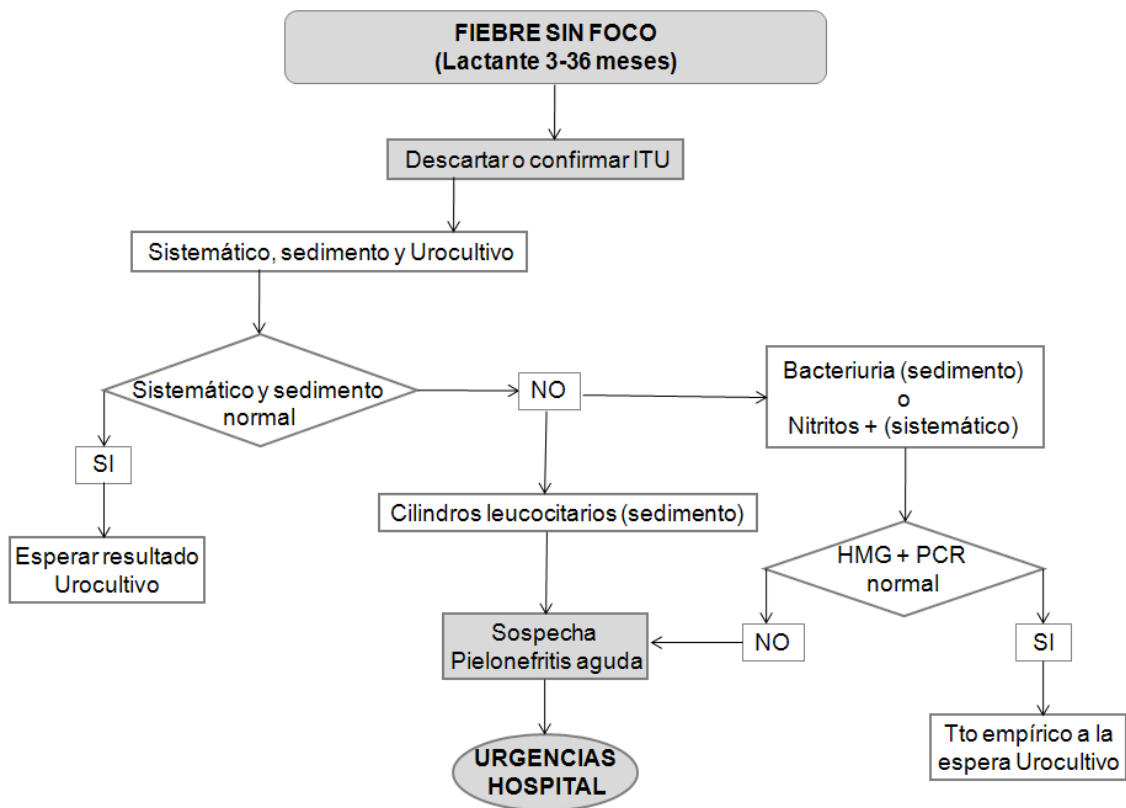
SI NO EXISTE SOSPECHA DE PIELONEFRITIS AGUDA



Sedimento de orina. Presencia de **bacteriuria** con o sin leucocituria: poner **tratamiento empírico** con antibiótico (una vez recogida muestra para urocultivo) en espera del resultado del urocultivo y antibiograma. Si solo existe leucocituria se puede esperar al resultado del urocultivo.

Sistemático de orina. Presencia de **nitritos (+)** con o sin estearasa leucocitaria (+): poner **tratamiento empírico** con antibiótico (una vez recogida muestra para urocultivo) a la espera del resultado del urocultivo.

Si solo existe estearasa leucocitaria (+): se puede esperar al resultado del urocultivo.



ALGORITMO



 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p> <hr/> <p>Revisión 0</p>
---	---	---

Bibliografía

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE Clinical Guideline 54. Urinary Tract Infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 August. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG54>
2. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Urinary Tract Infection of American Academy of Pediatrics. Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and evaluation of the Initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and Young Children. Pediatrics 1999;103(4):843-52.
3. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Evidence-Based Care Guideline for Medical Management of First Urinary Tract Infection in children 12 years of age or less; 1999 Mar. Revision 2005 Apr. New Revision 2006 Nov. Disponible en: <http://www.cincinnatichildrens.org/assets/0/78/1067/2709/2777/2793/9199/c2dda8f2-f122-4cc4-9385-f02035d4f322.pdf>
4. Shaikh N, Hoberman A. Epidemiology and risk factors for urinary tract infections in children. [monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2010 [acceso 19 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~SXX7Lk_v_knuo
5. Shaikh N, Hoberman. Clinical features and diagnosis of urinary tract infections in children. [monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2010 [acceso 19 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~IngRn9mrPrmjxl>
6. Grupo de trabajo para la elaboración de Protocolo Consensuado. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria. Nuevo Estudio por Imagen de la ITU; 2008. Disponible en: <http://www.sepexpal.org/wp-content/uploads/2008/03/protocolo-estudio-por-imagen-itu.pdf>

 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p> <hr/> <p>Revisión 0</p>
---	---	---

ANEXO II

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO



Es fundamental aportar una información detallada a los padres sobre el significado de la fiebre y las medidas más apropiadas para su tratamiento, aumentando sus conocimientos y habilidades para prestar cuidados a sus hijos e hijas, aliviando así su ansiedad.

Recordarles que:

- La fiebre es el aumento de la temperatura (T^a) corporal, en respuesta a alguna enfermedad. No es una enfermedad en sí misma y ayuda al cuerpo a combatir las infecciones. No es la fiebre la que causa el daño, sino la enfermedad por la que se tiene fiebre.
- Hablamos de fiebre cuando la T^a rectal es \geq a $38\text{ }^\circ\text{C}$ y de fiebre sin foco cuando no identificamos el origen de la misma.
- La toma de T^a se realizará con un termómetro de mercurio, de galio o digital colocado en el recto durante 2 minutos. Antes de colocarlo, se comprobará que marca 35° o menos. Es conveniente, no arropar demasiado al niño y no dejarlo solo mientras le toma la T^a .
- El propósito principal de tratar la fiebre es mantener al niño lo más cómodo posible y reducir su malestar.
- Se debe tener en cuenta el inicio de la fiebre, la duración de la misma y la T^a máxima alcanzada.

TRATAMIENTO

- **Medidas generales:**
 - Aporte libre de líquidos, en pequeñas tomas frecuentes, para recuperar las pérdidas por el exceso de T^a y prevenir la deshidratación. Los lactantes alimentados al pecho reciben suficiente líquido, pero se puede aconsejar la administración de pequeñas cantidades de agua adicional entre tomas.

 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p>
	<p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</p>	<p>Revisión 0</p>

- No forzarle a comer, ya que podría vomitar. Es razonable la reducción del volumen de las comidas, compensado por un aumento de frecuencia.
- Reposo moderado.
- Comprobación de la T^a previa a la realización o repetición de cualquier medida antitérmica
- No enviar al niño a la guardería o escuela, mientras persista la fiebre.



▪ **Medidas físicas:**

Las medidas físicas se caracterizan por ser transitorias, por lo que es aconsejable asociarlas a la administración de antitérmicos.

- Desabrigar al niño/niña y mantenerlo con ropa ligera, para que el cuerpo pierda el calor sobrante.
- Baños de agua tibia durante 10-15 minutos, en remojo o con esponja; o colocación de paños o compresas húmedas sobre el cuerpo. No están indicados cuando el niño tiene o le produce escalofríos ya que, además de resultar desagradable, los temblores pueden hacerle recuperar el calor perdido. En ese caso, podemos arroparle de forma ligera y desabrigarle cuando se le pase.
Los baños con agua fría y los paños de alcohol están contraindicados.
- Mantener una T^a ambiental adecuada (21-23 °C). La habitación debe estar bien ventilada, no demasiado calurosa ni fría, para lo que puede ayudar un ventilador.

▪ **Antitérmicos:**

- Paracetamol (Acetaminofeno): es el antitérmico de elección en los niños. Se administra a dosis de 15 mg/Kg/dosis (10 mg/kg/dosis en < 3 meses) cada 4 a 6 horas. Dosis máxima 60mg/kg/día.
- Ibuprofeno: La dosis es de 20mg/Kg/día cada 6-8 horas. Dosis máxima 40 mg/kg/día. Algunos fabricantes sugieren una dosis máxima diaria de 500 mg para los que pesan menos de 30 kilos. Debemos evitar dar

 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>	<p>PROTOCOLO MANEJO DEL LACTANTE (3-36 MESES) CON FIEBRE SIN FOCO EN ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</p>	 <p>Gobierno de Canarias</p> <hr/> <p>Revisión 0</p>
---	--	---

ibuprofeno en lactantes menores de 6 meses, o que pesen menos de 7 kilos.

Se desaconseja el uso de Ácido Acetil Salicílico (Aspirina), por su asociación con el Síndrome de Reye.

La administración de Metamizol Sódico (Nolotil), se asocia con un mayor riesgo de agranulocitosis y shock. Debido al riesgo de efectos adversos graves, su uso sólo está justificado en el dolor intenso cuando no existe otra alternativa adecuada o disponible.

NORMAS DE EVOLUCIÓN

Se debe vigilar exhaustivamente la posible aparición de signos o síntomas sugestivos de peligro:

- Temperatura $\geq 40^{\circ}$
- Sistema Nervioso Central: decaimiento o irritabilidad excesivos (letargia, llanto continuo e inconsolable, somnolencia o dificultad para despertar), cefalea intensa persistente, convulsiones, dolor o rigidez de nuca.
- Circulación: palidez, cianosis, color cenizo, erupción o manchas en la piel, signos de deshidratación.
- Respiración: dificultad respiratoria.
- Rechazo total de 2 o más tomas seguidas, vómitos continuos

Estas indicaciones son generales, por lo tanto no pueden sustituir a la valoración individual de cada caso.

Animar a los padres a consultar con el pediatra en el momento en que se sientan desconcertados acerca de la apariencia o comportamiento de su hijo.