

**FIEBRE SIN FOCO**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO**

<b>Servicio que lo presenta</b>	<b>PEDIATRIA</b>
---------------------------------	------------------

<b>Servicios implicados</b>	<b>Consensuado por los servicios</b>
PEDIATRIA	URGENCIAS

<b>Elaborado por</b>	LEONOR GARCIA MASET, F.E.A. PEDIATRIA	Febrero 2021
<b>Aprobado por</b>	UFCASP	12/03/2021

<b>Revisión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Modificaciones</b>
			La revisión no debe ser superior a 3 años

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

## Índice

1	Objeto.....	3
2	Alcance.....	3
3	Generalidades.....	3
3.1	Definiciones.....	3
3.2	Abreviaturas.....	3
3.3	Referencias bibliográficas.....	3
3.4	Responsabilidades.....	4
3.5	Población Diana.....	4
4	Introducción.....	4
5	Descripción y Procedimiento.....	5
5.1	Anamnesis.....	5
5.2	Exploración clínica.....	5
5.3	Exploraciones complementarias.....	5
5.4	Algoritmos de manejo según edad y estado vacunal.....	6
5.4.1	Menor de 3 meses.....	6
5.4.2	Mayor de 3 meses.....	8
5.5	Tratamiento.....	9
5.5.1	Medidas generales.....	9
5.5.2	Antitérmicos.....	9
5.5.3	Antimicrobianos.....	10
6	Evaluación.....	11
7	Anexos.....	14
7.1	Escala de YALE. Valoración del aspecto general de niños 3-36 meses de edad.....	14
7.2	Calendario vacunal Comunidad Valenciana 2020.....	15
7.3	Algoritmo 1: manejo del niño con buen aspecto general y edad 29-60 días.....	16
7.4	Algoritmo 2: manejo del niño con buen aspecto general y edad 61-90 días.....	17
7.5	Algoritmo 3: manejo del niño con regular aspecto general y edad 3-36 meses.....	18

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

7.6	Algoritmo 4: manejo del niño con buen aspecto general y edad 3-36 meses.....	19
7.7	Consejos para padres.....	20

## 1 Objeto

El objetivo del presente protocolo es establecer los diferentes algoritmos de actuación en niños que acuden a Urgencias por fiebre sin foco en función de la edad y el estado vacunal.

## 2 Alcance

El protocolo va dirigido a profesionales que trabajan en la atención urgente en la edad pediátrica (pediatras de atención primaria y hospitalaria, médicos de atención continuada).

## 3 Generalidades

### 3.1 Definiciones

- Fiebre: temperatura rectal  $>38^{\circ}\text{C}$
- Fiebre sin foco: proceso febril agudo (duración inferior a 7 días) sin causa evidente tras una anamnesis y exploración clínica minuciosa.
- Fiebre de origen desconocido: proceso febril de duración mayor de 8 días sin diagnóstico aparente tras haber realizado un estudio exhaustivo (hospitalario o ambulatorio). Ver protocolo "[Fiebre de origen desconocido](#)".
- Bacteriemia oculta: aislamiento de una bacteria patógena en el hemocultivo de un paciente con buen aspecto general sin foco de infección.
- Infección bacteriana grave: sepsis, meningitis, pielonefritis, neumonía, infección osteoarticular y en menores de tres meses de edad también la gastroenteritis bacteriana.
- Sepsis: respuesta inflamatoria sistémica a la infección que cursa con signos de enfermedad grave. Ver protocolo "[Sepsis](#)".

### 3.2 Abreviaturas

- Hib: Haemophilus influenzae tipo b
- IBPG: infección bacteriana potencialmente grave.
- ITU: infección del tracto urinario.
- PCR: proteína C reactiva.
- PCT: procalcitonina.
- SGB: Estreptococo de grupo B
- SpO2: saturación de oxígeno por pulsioximetría.
- VHS: virus herpes simple

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

### **3.3 Referencias bibliográficas**

- Allen CH. Fever without a source in children 3 to 36 months of age. Up to Date, literature review current through Jan 2021.
- Comisión de infecciones del Departamento de Salud de Sagunto. Parte II. Manejo del paciente pediátrico en riesgo de sepsis. Protocolo de atención clínica del paciente con riesgo de sepsis. Julio 2014.
- De la Torre Espí M. Fiebre sin foco en el niño mayor de 3 meses. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. 2ª edición. Madrid: Ergon, 2007. Páginas 626-632.
- McDaniel CE, Ralston S, Lucas B, Schroeder AR. Association of diagnostic criteria with urinary tract infection prevalence in bronchiolitis: a systematic review and meta-análisis. JAMA Pediatr 2019; 173: 269.
- Rodrigo Gonzalo de Liria C, Méndez Hernández M. Fiebre sin foco. Protocolo AEP 2011.
- Smitherman HF, Macias CG. Febrile infant (younger than 90 days of age): outpatient evaluation. Up to Date, literature review current through Jan 2021.
- Smitherman HF, Macias CG. Febrile infant (younger than 90 days of age): management. Up to Date, literature review current through Jan 2021.
- Velasco R, Benito H, Monzún R et al. Febrile young infants with altered urinalysis at low risk for invasive bacterial infection. A Spanish Pediatric Emergency Research Network's Study. Pediatr Infect Dis J 2015; 34: 17
- Wallace SS, Brown DN, Cruz AT. Prevalence of concomitant acute bacterial meningitis in neonates with febrile urinary tract infection: a retrospective cross-sectional study. J Pediatr 2017; 184: 199.

### **3.4 Responsabilidades**

Según la organización actual del hospital son los médicos de urgencias los que realizan la valoración inicial pediátrica. En el caso de los menores de 3 meses de edad con proceso febril, previo al alta de urgencias precisan la valoración del pediatra. En el resto de edades dependerá del aspecto general del niño y/o resultado de exploraciones complementarias realizadas.

### **3.5 Población Diana**

Recién nacidos, lactantes y niños con edad menor o igual a 36 meses

Se excluyen recién nacidos de menos de 3-7 días de vida (éstos se incluyen en el protocolo de sepsis neonatal precoz).

Se excluyen niños mayores de 36 meses de edad.

## **4 Introducción**

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en Urgencias de Pediatría.

Aunque la mayoría de infecciones pediátricas se deben a procesos benignos y autolimitados, ante un niño con fiebre sin foco el objetivo principal será determinar si hay riesgo de una infección bacteriana potencialmente grave (IBPG).

Es conveniente dividir a los niños en mayores y menores de 3 meses puesto que la etiología, el riesgo de IBPG y, por consiguiente, la actuación médica son diferentes. El riesgo de IBPG es especialmente elevado en los menores de 28 días. En los mayores de 36 meses las infecciones bacterianas suelen ser localizadas, con baja incidencia de bacteriemia, por tanto la actuación clínica es similar a la del adulto.

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

Con la introducción de las vacunas conjugadas (meningococo C, Haemophilus influenzae tipo b – Hib - y neumococo) ha habido un cambio de patógenos. El riesgo de bacteriemia oculta en el niño con buen aspecto es del 1% (en la era prevacuna conjugada del 5%) y los patógenos más frecuentes en la actualidad son Echerichia coli (E. coli) y Estafilococo aureus (en menores de 3 meses de edad además Estreptococo del grupo B (SGB) y Listeria monocytogenes).

La infección de tracto urinario (ITU) sigue siendo la primera causa de infección bacteriana en el lactante y niño pequeño con fiebre sin foco.

## 5 Descripción y Procedimiento

A continuación se describen aspectos más relevantes de la anamnesis y exploración clínica así como exploraciones complementarias iniciales. Posteriormente se definen los algoritmos de actuación en función de la edad y estado vacunal. Finalmente se comentará el tratamiento (medidas generales, antitérmicos y terapia antimicrobiana inicial).

### 5.1 Anamnesis

Preguntar sobre factores de riesgo que puedan suponer mayor probabilidad de IBPG (enfermedad del sistema inmunitario, fibrosis quística, reflujo vesicoureteral ...).

Valorar el estado vacunal. Se considera que un niño está bien vacunado si ha recibido al menos dos dosis de vacuna conjugada frente a neumococo y frente a Hib. Por definición cualquier niño menor de 4 meses de edad está incompletamente inmunizado (ver *Figura 1. CALENDARIO VACUNAL*).

La respuesta o no a la medicación antipirética NO predice si la causa subyacente es bacteriana o vírica.

En la era previa a las vacunas conjugadas el riesgo de bacteriemia aumentaba con la elevación de la temperatura. Los estudios posteriores realizados tras la vacunación sistemática observan que el grado de fiebre no es un marcador de IBPG.

Valorar el grado de afectación del paciente (apetito, juego, sueño, llanto) y posteriormente buscar signos propios de las infecciones más frecuentes (rinorrea, tos, diarrea, vómitos ...).

### 5.2 Exploración clínica

Valorar el grado de afectación del estado general. En niños entre 3-36 meses se puede usar la escala de YALE (*Tabla 1. ESCALA DE YALE*). Además de una exploración minuciosa general deberemos determinar los parámetros vitales (temperatura – preferiblemente rectal en los menores de 3 meses, frecuencia cardíaca y respiratoria, SpO<sub>2</sub>) y pesar.

### 5.3 Exploraciones complementarias

- Hemograma: leucocitosis, los puntos de corte más utilizados son 15.000 leucocitos/ $\mu$ L y 10.000 neutrófilos totales/ $\mu$ L. Los diferentes estudios de la era prevacuna conjugada observan que estos puntos de corte tienen una sensibilidad y especificidad para la detección de bacteriemia oculta por *Streptococo pneumoniae* y Hib del 75-85% y del 75%, respectivamente y <15.000 leucocitos/ $\mu$ L un valor predictivo negativo del 99,5%.
- Proteína C reactiva (PCR). Algunos virus y procesos inflamatorios no infecciosos también la elevan. No es un marcador precoz ya que se eleva a partir de 12-24

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- horas. Se considera bajo riesgo de IBPG valor inferior a 20 mg/L y riesgo elevado de IBPG valora superior a 80 mg/L.
- Procalcitonina (PCT). Es más específica de IBPG y su elevación es más precoz que la PCR, lo que la convierte en mejor reactante para procesos febriles de poco tiempo de evolución (12-24 horas). Se considera bajo riesgo de IBPG valor inferior a <0,5 ng/mL (sensibilidad 82% y especificidad 86% para identificar IBPG con valores por encima de este punto de corte).
  - Hemocultivo. Indicado en todos los pacientes con sospecha de sepsis, bacteriemia o meningitis. La mayoría de los gérmenes patógenos se detectan en las primeras 24 horas de incubación.
  - Radiografía de tórax. Indicada si el recuento leucocitario es >20.000/ $\mu$ L (la asociación de leucocitosis y neumonía permanece elevada incluso en la era postvacunal conjugada).
  - Análisis de orina, realizando tira reactiva/sistemático y cultivo (en los no continentes la muestra para cultivo debe ser por sondaje o punción suprapúbica, NO mediante bolsa adhesiva). Ver protocolo "[Infección del Tracto Urinario \(ITU\)](#)".
  - Coprocultivo. Útil cuando existe mucosidad o sangre en las heces.
  - Punción lumbar. Se realizará a los menores de 28 días de vida, mal aspecto general o cuando la analítica sanguínea identifica alto riesgo de IBPG sin otro foco. Debe intentar realizarse previo a la administración de antibiótico intravenoso, sin embargo, si la situación clínica no lo permite no debe retrasarse la administración precoz de antibiótico. Se debe recoger muestra para bioquímica (recuento celular, glucosa, proteínas), cultivo bacteriano y estudios virales.
  - COVID-19: realización de PCR de SARS-CoV-2 independientemente de los contactos a los niños <90 días de edad con proceso febril (como parte de la evaluación inicial).

## **5.4 Algoritmos de manejo según edad y estado vacunal**

### **5.4.1 Menor de 3 meses**

Las exploraciones complementarias se realizan en función de la edad (menor de 28 días, entre 29 y 60 días o entre 61 y 90 días de vida), factores de riesgo de IBPG y aspecto general. Ver *ALGORITMOS 1 Y 2*.

Se consideran factores de riesgo de IBPG:

- Edad, especialmente menores de 28 días.
- Aspecto de enfermo.
- Temperatura rectal  $\geq 38,6^{\circ}\text{C}$ .
- No inmunizado (no haber recibido la primera dosis de vacuna de neumococo y Hib).
- Prematuridad. Excluyendo otras comorbilidades una vez corregida la edad postconcepcional tienen la misma incidencia de infección bacteriana que los niños a término. Por ejemplo, un lactante de 8 semanas de edad cronológica nacido en semana 34 (o 6 semanas antes) tiene el mismo riesgo de IBPG que un recién nacido a término de 2 semanas de edad.
- Comorbilidades de riesgo: curso perinatal complicado con cirugía, infección, anomalías congénitas o cromosómicas; niños dependientes de tecnología o tratamientos específicos (ventilación, oxigenoterapia, nutrición parenteral).

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- Haber recibido antibioterapia los 7 días previos al proceso actual (puede enmascarar signos de IBPG).
- Riesgo de transmisión materna de infección (en los menores de 28 días): fiebre materna, rotura prolongada de membranas, detección de SGB positiva (aunque haya recibido profilaxis antibiótica) o historia materna de herpes genital.
- Factores socioeconómicos que dificulten el manejo domiciliario y/o seguimiento.

Evaluación **completa** de sepsis:

**¿QUÉ EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS?**

- Hemograma.
- PCR y PCT y glucosa (para comparar con glucosa en líquido cefalorraquídeo).
- Hemocultivo.
- Análisis de orina y cultivo de orina (por técnica estéril).
- Radiografía de tórax.
- Coprocultivo si diarrea o sangre/moco en las heces.
- Análisis de líquido cefalorraquídeo: celularidad, glucosa, proteínas, tinción de Gram y cultivo bacteriano, PCR (basada en riesgo clínico) para Enterovirus o virus herpes humano, cultivo viral.
- Si además hay signos de shock séptico añadir: tiempo de protrombina, fibrinógeno, dímero D, lactato, bilirrubina total, ALT y calcio iónico.

**¿A QUIÉN SE REALIZA?**

- Todo el que tenga aspecto de enfermedad, independientemente de la edad.
- Todos los menores de 28 días de vida, incluidos los que tienen una infección viral reconocible o “testable” (ej: bronquiolitis, influenza) y los que tienen infección bacteriana focal. *En diferentes meta-análisis se observa que el riesgo de IBG es igual en neonatos con/sin infección respiratoria viral conocida (en general los estudios se hacen con VRS). A partir de los 28 días de vida se ve que el riesgo de IBG baja mucho en los que tienen infección viral reconocible frente a los que no la tienen (de un 4 a un 1-1,4%) (McDaniel 2019).*
- Todos los que tengan hallazgos clínicos compatibles con infección por herpes virus simple (VHS).
- En los de 29 a 60 días de vida con cualquiera de los siguientes factores de riesgo de IBPG:
  - Temperatura rectal  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ .
  - Anomalías congénitas o cromosómicas.
  - Niños dependientes de tecnología o tratamientos específicos.
  - Los que han recibido antibioterapia los 7 días previos al proceso actual.
- En los de 29 a 60 días de vida con infección focal (celulitis, absceso, onfalitis, otitis media aguda supurada, osteomielitis, artritis o neumonía) y alteración en el recuento de leucocitos ( $\leq 5000/\mu\text{L}$  ó  $\geq 15.000/\mu\text{L}$ ) y/o marcadores inflamatorios (PCR  $>20$  mg/L, PCT  $>0.3$  ng/mL).
- En los de 29 a 60 días de vida con sospecha de ITU. En este punto algunos autores recomiendan NO realizar punción lumbar si el niño tiene buen aspecto y los parámetros del análisis de sangre (hemograma y reactantes

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera “NO controlada” a no ser que especifique lo contrario.

de fase aguda) son normales. *El riesgo de meningitis en neonatos con ITU es 1-2% y probablemente menor en los que tienen buen aspecto pero dada la dificultad para evaluar el "buen aspecto" y la ausencia de predictores sensibles de meningitis la mayoría recomiendan evaluación completa incluyendo la punción lumbar (Wallace 2017). Un estudio español en 766 lactantes de <90 días con fiebre con análisis de orina anormal observan un valor predictivo negativo para bacteriemia-meningitis cercano al 100% si cumple todos los siguientes: buen aspecto general, edad >21 días, PCR <20 mg/L y PCT <0,5 ng/mL (Velasco 2015).*

#### Evaluación parcial:

##### ¿QUÉ EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS?

- Hemograma.
- PCR y PCT.
- Hemocultivo.
- Análisis de orina y cultivo de orina (por técnica estéril) en algunos casos (ver punto ¿A QUIÉN SE REALIZA?).
- Radiografía de tórax si hay signos de infección respiratoria (tos, taquipnea, auscultación patológica).

Si finalmente son candidatos a antibioterapia por los resultados de los estudios previos (leucocitos  $\leq 5000/\mu\text{L}$  ó  $\geq 15.000/\mu\text{L}$ , PCR  $>20$  mg/L, PCT  $>0.3$  ng/mL o alteración radiológica) entonces se realizará además punción lumbar.

##### ¿A QUIÉN SE REALIZA?

- En los de 29 a 60 días de vida con buen aspecto, que NO tienen infección bacteriana focal, NO hay hallazgos clínicos sugestivos de VHS ni otros factores de riesgo de IBPG y que tienen temperatura rectal  $<38,5^{\circ}\text{C}$ .
- En los de 29 a 60 días de vida con buen aspecto e infección focal (celulitis, absceso, onfalitis, otitis media aguda supurada, osteomielitis, artritis o neumonía). Puede obviarse el análisis de orina si la infección es un absceso o una celulitis.
- En los de 29 a 60 días de vida con buen aspecto y con bronquiolitis no precisan más estudios. En estos casos el riesgo de ITU es 0,8% y el de otro tipo de IBG también es bajo. En el caso de la gripe (diagnóstico por PCR, no por detección de neuraminidasa ni antígenos virales) iniciar el estudio por el análisis de orina.
- En los de 61 a 90 días de vida con buen aspecto y temperatura rectal  $<38,5^{\circ}\text{C}$  se realizará únicamente análisis de orina y cultivo aunque algunos expertos recomiendan también hemograma y hemocultivo especialmente si no han recibido ninguna dosis de vacuna conjugada.

#### **5.4.2 Mayor de 3 meses**

Las exploraciones complementarias se realizarán según el aspecto general del niño.

##### **5.4.2.1 Mal aspecto general**

El niño febril con mal aspecto general (escala YALE  $>15$ ) o síntomas de enfermedad grave (letargia, mala perfusión periférica, hipoventilación o hiperventilación, cianosis) se dice que tiene aspecto tóxico o séptico (ver protocolo "Sepsis").

#### **5.4.2.2 Regular aspecto general**

En niños con regular aspecto general (escala YALE 11-15) hay que solicitar pruebas complementarias sin tener en cuenta el grado de temperatura para intentar encontrar un foco infeccioso y calibrar el grado de infección (hemograma, reactantes de fase aguda, hemocultivo, análisis de orina). En ausencia de síntomas respiratorios se realizará radiografía de tórax si la leucocitosis es mayor de  $>20.000/\mu\text{L}$  y/o los reactantes de fase aguda están alterados. Los signos meníngeos pueden ser negativos en las meningitis del menor de 12 meses de edad, por ello se valorará punción lumbar si no se ha encontrado foco en la orina ni en la radiografía de tórax y los resultados del análisis de sangre se correlacionan con mayor riesgo de IBPG. Ver **ALGORITMO 3**.

#### **5.4.2.3 Buen aspecto general**

En niños con buen aspecto general (escala de YALE  $<11$ ) y temperatura menor de  $39^{\circ}\text{C}$  el riesgo de bacteriemia oculta es muy bajo ( $<1\%$ ) de manera que no precisan pruebas complementarias ni tratamiento antibiótico. Si el proceso febril se prolonga más de 48 horas habrá que descartar ITU.

En niños con buen aspecto general (escala de YALE  $<11$ ) y temperatura mayor de  $39^{\circ}\text{C}$  habrá que descartar ITU como primera opción. Ver **ALGORITMO 4**. Si es el análisis de orina es positivo ver protocolo "**Infección Tracto Urinario**". Si el análisis de orina es negativo no hay unanimidad en la actitud a seguir. Se podría manejar según el estado vacunal:

- Si la inmunización es incompleta se realizará análisis de sangre (hemograma, reactantes de fase aguda y hemocultivo) y valorar radiografía de tórax si el recuento leucocitario es  $>20.000/\mu\text{L}$ . Si hay datos de IBPG se administrará antibioterapia parenteral en espera de cultivos (ceftriaxona intramuscular 50 mg/Kg/día) y valoración clínica en 24 horas. Si no se garantiza el seguimiento se ingresa. Con esta medida se intenta evitar la progresión a infección bacteriana grave (principalmente la siembra meníngea).
- Si la inmunización es completa no es necesario realizar más análisis.

### **5.5 Tratamiento**

#### **5.5.1 Medidas generales**

- La práctica de dejar un niño en observación únicamente para comprobar que baja la fiebre es poco útil ya que la temperatura volverá a subir cuando desaparezca el efecto del antitérmico y convierte a la fiebre en un signo que los padres perciben con gravedad. Hay que intentar tranquilizar a los padres (la fiebre es un mecanismo de defensa, no implica mayor riesgo de convulsión, no es peligrosa para el cerebro).
- No recomendar medidas físicas como baños de agua fría o compresas con alcohol, únicamente no abrigar en exceso al niño.
- Ofrecer abundantes líquidos.

#### **5.5.2 Antitérmicos**

Se administran para mejorar el estado general del paciente. De elección el paracetamol. El ibuprofeno se considera de segunda elección excepto en aquellos casos con claro componente inflamatorio (ej: amigdalitis aguda). **NO ALTERNAR**. El

metamizol se utiliza cuando los anteriores están contraindicados o cuando hay fiebre alta y malestar que no responde a los otros antipiréticos.

- Paracetamol. Dosis: en menores de un mes 7,5 mg/Kg/dosis, en mayores de un mes 10-15 mg/Kg/dosis cada 4-6 horas, vía oral (preferible) o rectal. Dosis máxima 60 mg/Kg/día.
  - o Suspensión 100 mg/mL (también hay solución de 120 mg/5 mL, de 150 mg/5 mL y de 650 mg/10 mL).
  - o Supositorios 150 mg, 300 mg, 325 mg y 600 mg.
  - o Comprimidos 500 y 650 mg
  - o Comprimidos bucodispersables 250 mg, 325 mg y 500 mg
  - o Comprimidos efervescentes 500 mg y 1 g.
  - o Sobres 1 g.
- Ibuprofeno. Dosis 5-10 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas, vía oral, a partir de los 6 meses de edad. Dosis máxima 20 mg/Kg/día.
  - o Suspensión de 100 mg/5 mL (2%)
  - o Suspensión de 200 mg/5 mL (4%)
  - o Supositorio 125 mg
  - o Comprimidos 200 mg, 400 mg y 600 mg
  - o Comprimidos bucodispersables 200 mg y 400 mg
  - o Sobres 100 mg y 200 mg
- Metamizol. No autorizado en menores de 3 meses de edad. Dosis 10-20 mg/Kg/dosis cada 6-8 horas, vía oral, a partir de 3 meses de edad.
  - o Suspensión 500 mg/mL
  - o Supositorios 500 mg
  - o Cápsulas 500 mg y 575 mg.
  - o Sobres 1 g.

### **5.5.3 Antimicrobianos**

#### Neonato

- Con aspecto séptico: ampicilina + cefotaxima o gentamicina + aciclovir + vancomicina si evidencia de infección focal cutánea y tasa de SARM >10%
- Con buen aspecto: ampicilina + cefotaxima o gentamicina

#### Lactante entre 29 y 60 días de vida

- Con aspecto séptico: ampicilina + cefotaxima o ceftriaxona + vancomicina + aciclovir si hay lesiones cutáneas sugestivas de VHS.
- Con buen aspecto: cefotaxima o ceftriaxona

#### Lactante entre 61 y 90 días de vida:

- Con aspecto séptico: cefotaxima o ceftriaxona + vancomicina
- Con buen aspecto: cefotaxima o ceftriaxona

#### Niño 3-36 meses de edad:

- Con aspecto séptico:
  - o En niño previamente sano: cefotaxima o ceftriaxona. Si sepsis grave o sospecha de meningitis neumocócica añadir vancomicina. Si sospecha de

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- infección invasiva por estreptococo del grupo A o síndrome de shock tóxico: penicilina + clindamicina.
- En niño previamente enfermo:
  - Neutropenia: ceftazidima o cefepime + vancomicina.
  - Con vía central: cefotaxima + vancomicina.
  - Si sospecha de infección fúngica: anfotericina B liposomal.
- Con buen aspecto: cefotaxima o ceftriaxona.

## 6 Evaluación

Se proponen los siguientes indicadores

- Porcentaje de informes de alta firmados por pediatra en lactantes de <3 meses cuyo motivo de consulta en urgencias ha sido "Fiebre"
  - Dimensión: efectividad
  - Justificación: dada la complejidad en el manejo de los lactantes pequeños, los niños menores de 3 meses que consultan por fiebre deberían ser valorados por pediatra antes del alta.
  - Fórmula: informes de alta de <3 meses que acuden a urgencias por fiebre firmados por pediatra/nº total de informes de alta de <3 meses que acuden a urgencias por fiebre.
  - Población: lactantes <3 meses
  - Tipo: proceso
  - Fuente de datos: UDCA
  - Periodicidad: semestral
- Tratamiento antibiótico en los procesos febriles de origen vírico al alta de urgencias.
  - Dimensión: efectividad, eficiencia, riesgo
  - Justificación: en los procesos febriles sin foco en los que se sospecha etiología vírica la prescripción de antibióticos no varía el curso de la enfermedad, dificulta estudios posteriores, aumenta el riesgo de resistencias y los costes.
  - Fórmula: nº pacientes con fiebre sin foco de probable etiología vírica tratados con antibiótico/ nº pacientes diagnosticados de fiebre sin foco de probable etiología vírica x 100
  - Población: niños de <36 meses (dado que el protocolo actual se aplica a esta edad, aunque podría extenderse a cualquier edad pediátrica). Se excluyen los <3 meses de edad.
  - Tipo: proceso
  - Fuente de datos: UDCA
  - Periodicidad: semestral

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- Porcentaje de retornos a urgencias en menos de 48 horas por fiebre y/o deterioro del estado general.
  - o Dimensión: efectividad, eficiencia.
  - o Justificación: la exploración clínica y exploraciones complementarias iniciales pueden no clasificar adecuadamente a los pacientes y proceder al alta sin la sospecha clínica de infección bacteriana grave. La persistencia de la fiebre y/o deterioro del estado general puede motivar que vuelvan a acudir a urgencias y precisen nuevas exploraciones complementarias.
  - o Fórmula:  $n^{\circ}$  retornos a urgencias en <48 horas por fiebre y/o deterioro del estado general/  $n^{\circ}$  retornos totales a urgencias en <48 horas
  - o Población: niños de <36 meses que reingresan (o retornan a urgencias) por fiebre y/o deterioro del estado general.
  - o Tipo: proceso
  - o Fuente de datos: UDCA
  - o Periodicidad: anual
  
- Porcentaje de informes de alta de hospitalización en los que constan diagnósticos relacionados con infección bacteriana (CIE-10: A41.9 Sepsis microorganismo no especificado, A41.89 Otras sepsis especificadas; R78.81 Bacteriemia; N39.0 Infección de tracto urinario, localización no especificada, N10 Pielonefritis aguda; J13 Neumonía por Streptococcus pneumoniae, J15.4 Neumonía por otros estreptococos, J15.8 Neumonía por otras bacterias especificadas, J15.9 Neumonía bacteriana no especificada, J15.29 Neumonía por otros estafilococos; G00.9 Meningitis bacteriana, no especificada, G00.1 Meningitis neumocócica, A39.0 Meningitis meningocócica; M 86.9 Osteomielitis, no especificada, M00.80 Artritis debida a otras bacterias, articulación no especificada)
  - o Dimensión: efectividad
  - o Justificación: la adecuada codificación es imprescindible para evaluar las hospitalizaciones (grupos relacionados por el diagnóstico).
  - o Fórmula:  $n^{\circ}$  informes de alta de hospitalización con diagnósticos relacionados con infección bacteriana/  $n^{\circ}$  total informes de alta
  - o Población: niños de <36 meses (dado que el protocolo actual se aplica a esta edad, aunque podría extenderse a cualquier edad pediátrica).
  - o Tipo: proceso
  - o Fuente de datos: UDCA
  - o Periodicidad: anual
  
- Porcentaje de informes de alta de hospitalización en los que consta como procedimiento la administración de antiinfecciosos (CIE-10: 3E03320 Introducción en vena periférica de anti-infeccioso, otro anti-infeccioso, abordaje percutáneo)
  - o Dimensión: efectividad
  - o Justificación: la adecuada codificación es imprescindible para evaluar las hospitalizaciones (grupos relacionados por el diagnóstico).

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- Fórmula: nº informes de alta de hospitalización con codificación de procedimiento administración de antiinfeccioso/ nº total informes de alta
- Población: niños de <36 meses (dado que el protocolo actual se aplica a esta edad, aunque podría extenderse a cualquier edad pediátrica).
- Tipo: proceso
- Fuente de datos: UDCA
- Periodicidad: anual

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

## 7 Anexos

### 7.1 Escala de YALE. Valoración del aspecto general de niños 3-36 meses de edad.

	Normal (1 punto)	Afectación moderada (3 puntos)	Afectación grave (5 puntos)
Calidad del llanto	Fuerte con tono normal o contento sin llorar	Quejumbroso o sollozando	Débil o con tono alto
Reacción ante los padres	Llora brevemente y luego deja de llorar o está contento sin llorar	Llanto intermitente, deja de llorar para empezar inmediatamente de nuevo	Llanto continuo
Variación del aspecto general	Se mantiene despierto  Si se duerme se despierta rápidamente con estímulo	Si está despierto cierra los ojos brevemente  Si está dormido necesita un estímulo prolongado para despertarse	No se puede dormir o no se despierta
Color	Rosado	Extremidades pálidas o acrocianosis	Pálido, cianótico o grisáceo
Hidratación	Piel y ojos normales con mucosa oral húmeda	Piel y ojos normales con mucosa oral ligeramente seca	Piel pastosa o con pliegue, ojos hundidos y/o mucosa oral seca
Respuesta a estímulos	Sonríe o está alerta	Sonríe o está alerta brevemente	No sonríe, cara ansiosa o inexpresiva o no está alerta
Puntuación $\leq 10$ : poco riesgo de enfermedad grave (2,7% de los pacientes), puntuación $\geq 16$ : alto riesgo de enfermedad grave (92,3% de los pacientes)			

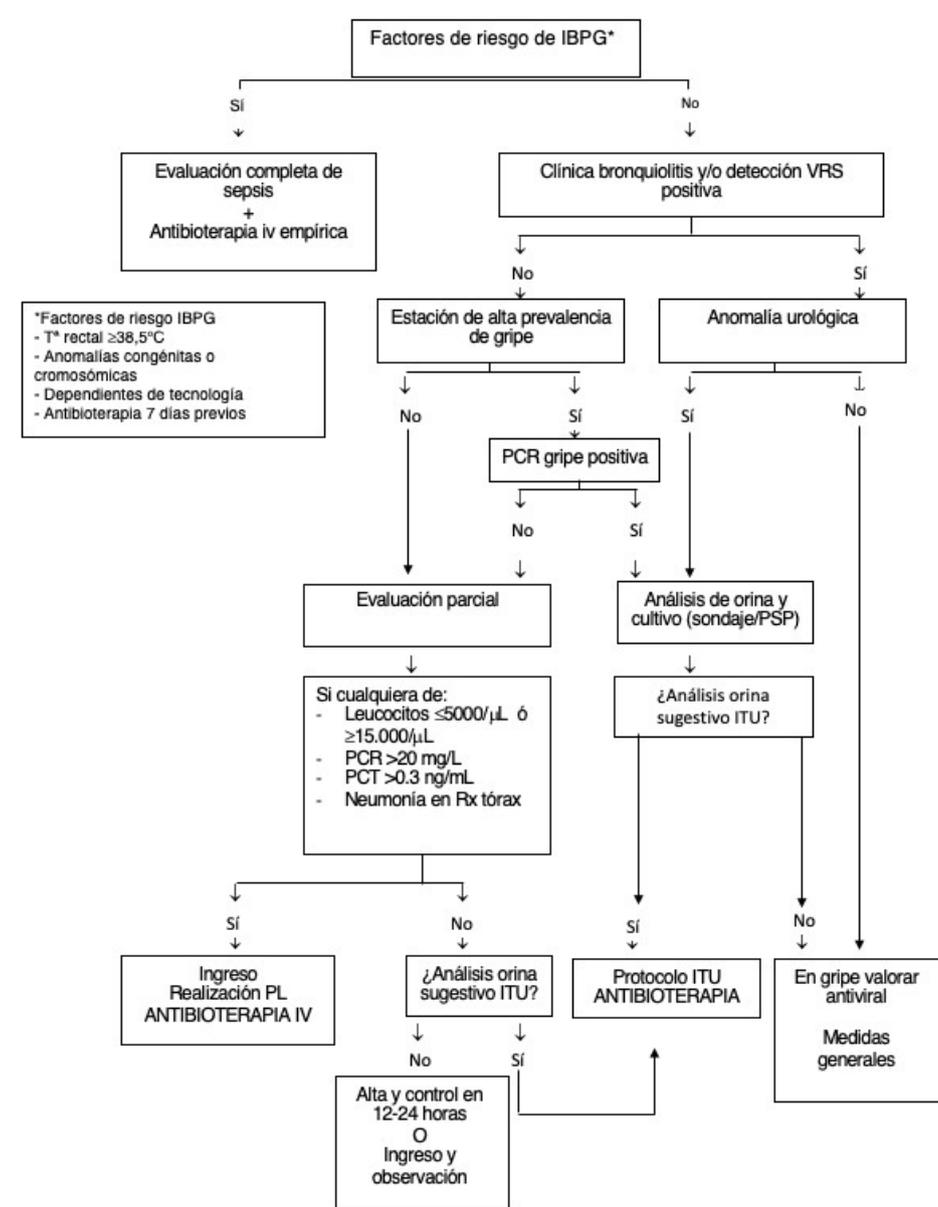
Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

## 7.2 Calendario vacunal Comunidad Valenciana 2020

Vacunas	2m	4m	11m	12m	15m	3-4a	6a	12a	14a
Hepatitis B	HB	HB	HB						
Difter. Tét. Tosf.	DTPa	DTPa	DTPa				Tdpa / DTPa <sup>1</sup>		Td
Polio inyectable	VPI	VPI	VPI				VPI <sup>1</sup>		
Haemoph. infl. b	Hib	Hib	Hib						
Neumococo	VNC	VNC	VNC						
Meningococo		MenC		MenC				Men ACWY	
Triple vírica				SRP					
Varicela					Var	SRPV		Var <sup>2</sup>	
Papilomavirus								VPH <sup>3</sup>	

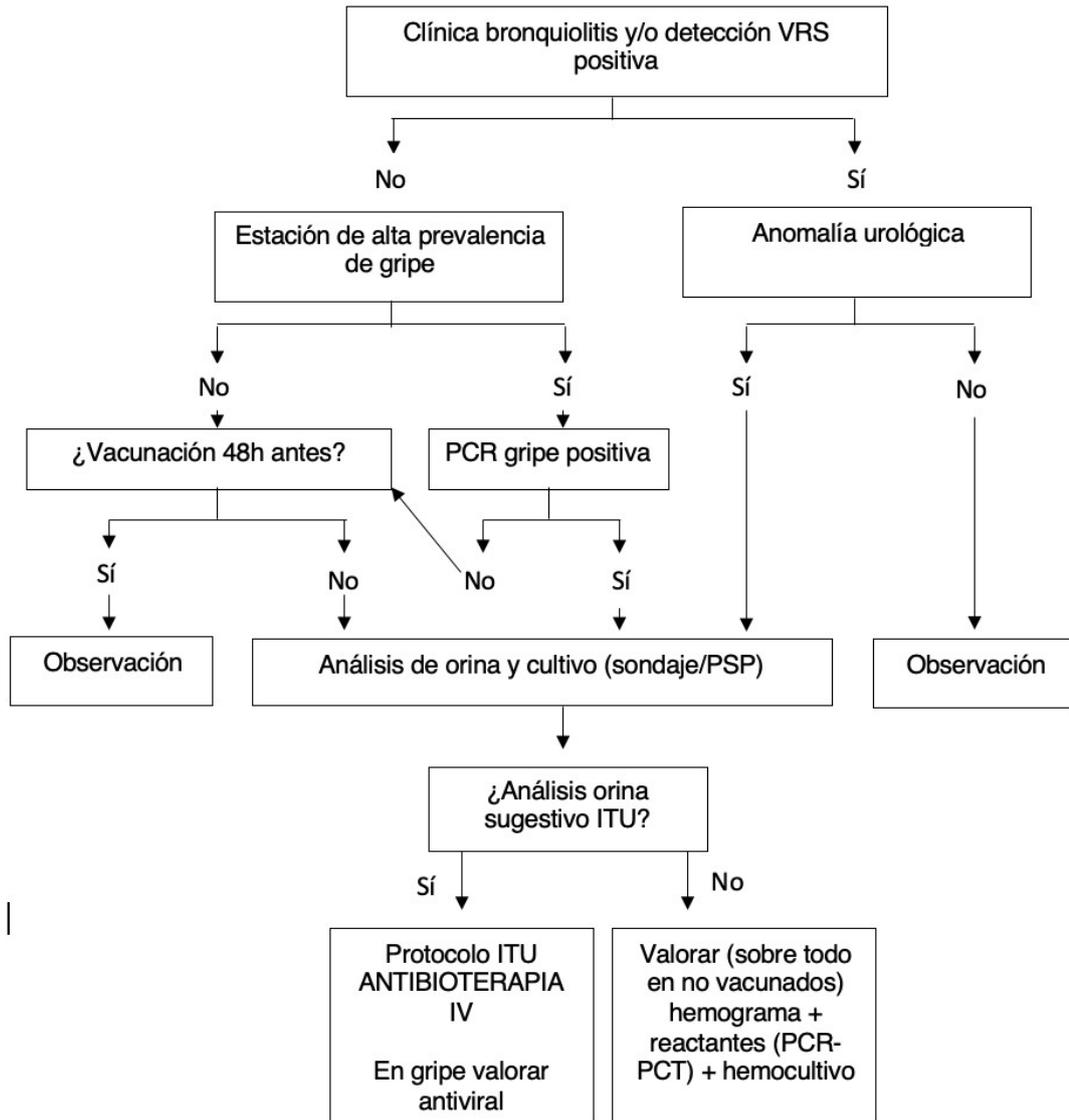
Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

**7.3 Algoritmo 1: manejo del niño con buen aspecto general y edad 29-60 días**



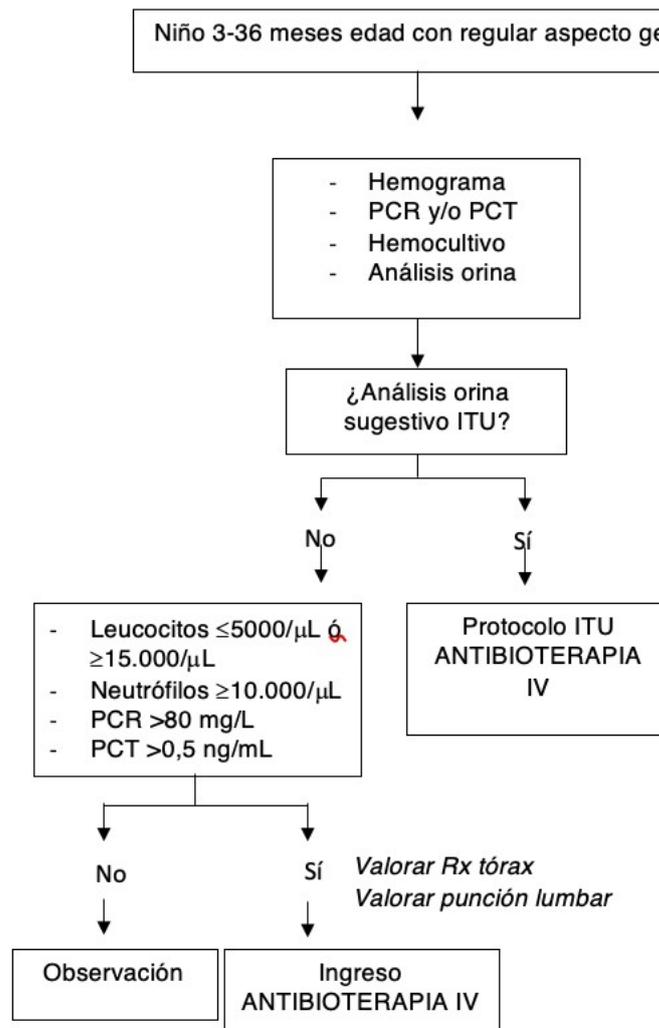
Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

**7.4 Algoritmo 2: manejo del niño con buen aspecto general y edad 61-90 días**



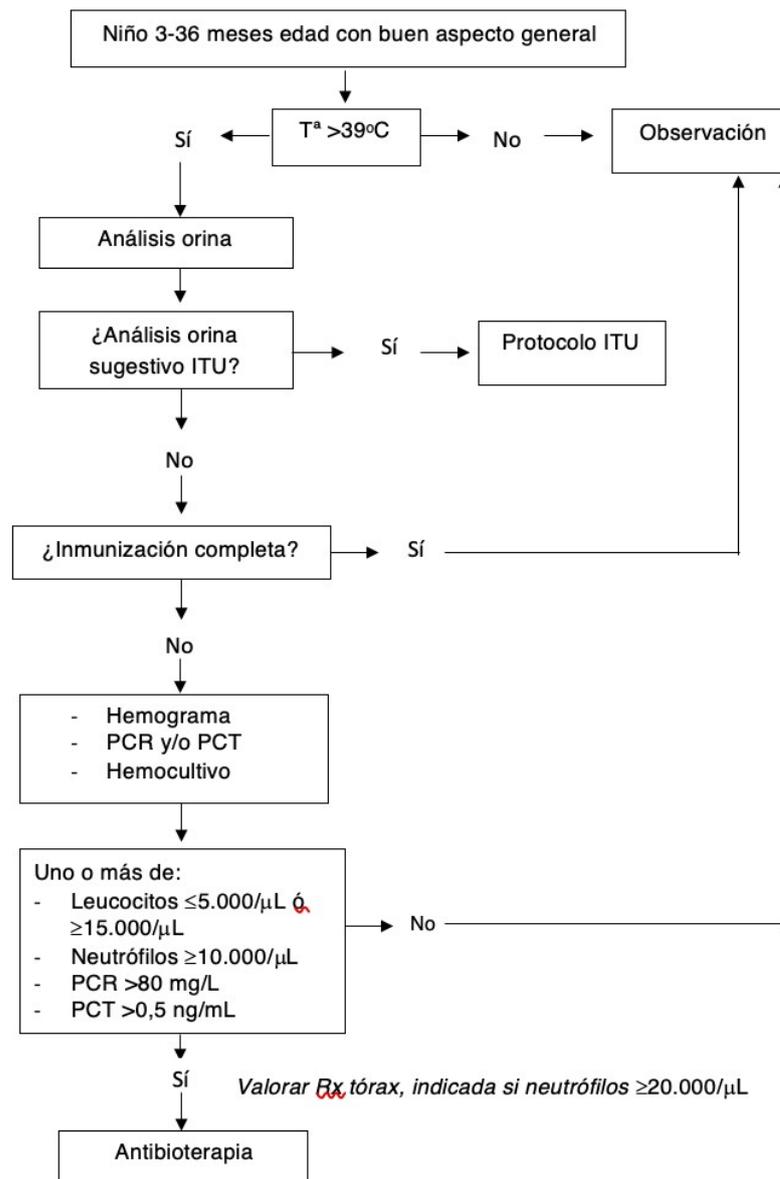
Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

**7.5 Algoritmo 3: manejo del niño con regular aspecto general y edad 3-36 meses**



Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

**7.6 Algoritmo 4: manejo del niño con buen aspecto general y edad 3-36 meses**



Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

## **7.7 Consejos para padres**

Disponibles en [www.saludmaternoinfantilsagunto.com](http://www.saludmaternoinfantilsagunto.com)

### **FIEBRE, CONSEJOS PARA PADRES**

#### **¿QUÉ ES?**

Se define como la elevación de la temperatura normal del cuerpo, más de 38°C si se mide en el recto. No es una enfermedad. Es un signo que aparece frecuentemente en las infecciones (la mayoría víricas) puesto que es un mecanismo de defensa frente a ellas (el aumento de la temperatura corporal facilita la acción del sistema inmunológico del organismo frente a los microorganismos que causan la infección).

Ante un niño con fiebre lo importante es saber la causa de la misma y estar pendiente de signos/síntomas que pueden indicar infección grave por bacterias.

La fiebre por si misma no causa daño cerebral ni otros problemas.

#### **¿QUÉ DEBE HACER EN CASA?**

- Comprobar la temperatura corporal usando un termómetro, no determinarla con la mano.
- No abrigar en exceso al niño.
- Ofrecer líquido abundante para recuperar las pérdidas por el exceso de temperatura y prevenir la deshidratación.
- No es obligatorio tratar la fiebre con antitérmicos, sólo si el niño está molesto. Los antitérmicos no curan la infección, sólo ayudan a que el niño se encuentre mejor.
- Con la administración de antitérmicos se disminuye la temperatura 1-1,5 °C generalmente al cabo de una hora. El objetivo no es alcanzar la temperatura corporal normal.
- Utilice las dosis de antitérmicos recomendadas por su pediatra respetando los intervalos entre las mismas aunque la fiebre aparezca antes y evite alternar fármacos (no se ha demostrado la eficacia de esta medida y además aumentan los errores de administración y los efectos secundarios).
- La mejor vía de administración es oral. La absorción de los fármacos vía rectal es más errática.
- Las medidas físicas para bajar la temperatura (baños de agua fría, compresas con alcohol) son poco eficaces y producen molestias. Si el niño quiere el baño puede resultar agradable con agua templada.
- No es aconsejable el uso de antitérmicos tras la vacunación para prevenir reacciones febriles o locales.

#### **¿CUÁNDO DEBE ACUDIR A UN SERVICIO DE URGENCIAS?**

- Si el niño tiene menos de 3 meses de edad
- Si está adormilado o muy irritable.
- Si tiene mucho dolor de cabeza y vomita en varias ocasiones.
- Si respira con dificultad (se le marcan las costillas y hunde el esternón, respiración rápida, agitada...)
- Si aparecen manchas rojas o moradas en la piel que no desaparecen al presionar (petequias, equimosis).

Este Documento es propiedad del DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO, estando prohibida su reproducción o utilización por un tercero sin autorización previa. Cualquier copia en papel se considera "NO controlada" a no ser que especifique lo contrario.

- Si ha convulsionado o perdido el conocimiento.