

Fiebre sin foco en niños menores de 36 meses

Dr. Julio López Mañán

Infectólogo Pediatra

Instituto de Maternidad y Ginecología "Ntra. Sra. de las Mercedes"
Tucumán

Sociedad Argentina de Pediatría

7° Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria

7, 8 y 9 de Noviembre de 2018. Salta



Fiebre sin foco (FSF)

- ▶ La fiebre es la causa más frecuente que requiere atención médica en niños
- ▶ 10 a 20 % de las visitas a pediatras es por fiebre
- ▶ FSF: temperatura ≥ 38 °C de más de 72 hs de evolución, sin causa después de una anamnesis y examen físico detallados
- ▶ Hasta en el 20 % de los casos no se encuentra el origen
- ▶ La infección es la causa más probable de la fiebre aguda, la evaluación debe centrarse en encontrar el foco

Fiebre sin foco

- ▶ El enfoque inicial de ésta patología es dificultoso entre los pediatras
- ▶ En la actualidad existe controversia sobre cuál es el mejor acercamiento diagnóstico y/o terapéutico (laboratorio, antibióticos, intencación)
- ▶ Los estudios clínicos llevados a cabo en niños con FSF arrojaron resultados contradictorios, y las normativas de recomendación dictadas por sociedades científicas son, en muchos casos, confusas
- ▶ Nuestro objetivo es optimizar el uso de elementos diagnósticos, racionalizar la indicación de antibióticos y minimizar riesgos en la atención de pacientes con potencial IBG.

Fiebre sin foco

- ▶ La mayoría de las veces se debe a enfermedades virales benignas y autolimitadas
- ▶ Una pequeña proporción de éstos niños presentará una infección bacteriana grave (IBG)
 - ▶ Bacteriemia oculta
 - ▶ Infección urinaria
 - ▶ Meningitis
 - ▶ Neumonía lobar
 - ▶ Artritis
 - ▶ Osteomielitis
 - ▶ Enteritis
- ▶ El desafío para el pediatra es identificar qué pacientes con FSF tienen riesgo de presentar una IBG



Fiebre sin foco

No hay parámetros clínicos ni de laboratorio que, aislados o combinados, permitan confirmar o descartar la existencia de IBG en niños con FSF y en buen estado general, por lo que es fundamental el control clínico exhaustivo y reiterado para detectar cambios en la evolución.



Fiebre sin foco



- ▶ Es preciso conocer la epidemiología, etiología y frecuencia de la IBG
- ▶ Epidemiología
 - ▶ Mayor frecuencia entre 3-36 meses (4 a 6 visitas al año)
 - ▶ Más episodios en niños que asisten a guarderías
 - ▶ Meses de invierno
- ▶ Varían en función de las características del paciente y de la población
 - ▶ Edad
 - ▶ Antecedentes perinatales
 - ▶ Antecedentes personales
 - ▶ Estado vacunal

Fiebre sin foco

- ▶ La Edad es el factor más importante

Menor de
1 mes

1 a 3
meses

3 a 36
meses

- ▶ Diferente
 - ▶ Respuesta inmunitaria del huésped
 - ▶ Etiología
 - ▶ Riesgo de IBG
 - ▶ Manifestaciones clínicas

Las conductas y las pautas de atención varían

Fiebre sin foco

Etiología

- Los virus prevalecen en todas las edades (rotavirus, VSR, enterovirus, rinovirus, influenza A y B, parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus)

< 1 mes	1 a 3 meses	3 a 36 meses
Estreptococo grupo B E. coli Enterobacterias	Neumococo Meningococo E. Coli Hib	Neumococo E. Coli Meningococo Salmonella Hib
Enterococo E. aureus Neumococo Hib Meningococo Salmonella	Salmonella Estreptococo grupo B E. Aureus	E. aureus
Virus (HSV, Enterovirus)		



Fiebre sin foco

- ▶ Riesgo de IBG
 - ▶ Menor de 1 mes: 12 a 28 %
 - ▶ 1 a 3 meses: 5 a 10 %
 - ▶ 3 a 36 meses: < 1 a 3 %

FSF en el menor de 1 mes

- ▶ Representan un grupo especial de población
- ▶ Riesgo de IBG
 - ▶ Alto riesgo hasta 35 %; bajo riesgo 9 %
 - ▶ ITU: 16 a 28 %
 - ▶ Bacteremia: 1 a 5 %
 - ▶ Meningitis: 0.3 a 3 %
 - ▶ Neumonía: 0,5 a 2 %
 - ▶ Enteritis: 0,5 a 1 %
- ▶ En los menores de 1 mes de vida la fiebre debe ser un signo de alarma de infección grave




FSF en el menor de 1 mes

- ▶ Grupo de riesgo
 - ▶ Sistema inmune aún no desarrollado completamente
 - ▶ Menor actividad de macrófagos, neutrófilos y opsoninas
 - ▶ Pobre respuesta de las Ig G a las bacterias capsuladas
- ▶ Difícil la evaluación clínica
- ▶ Los scores para categorizar a éstos niños con bajo riesgo no tienen una sensibilidad y especificidad altas
- ▶ Son afectados por bacterias más virulentas
- ▶ Pueden desarrollar secuelas serias por infecciones virales



FSF en el menor de 1 mes


- ▶ En el neonato se debe diferenciar de la hipertermia, cuyas causas son:
 - ▶ Intoxicación por medicamentos (salicilatos, atropínicos, neurolépticos)
 - ▶ Intoxicación por infusiones caseras (borraja, chamico, paico)
 - ▶ Deshidratación
 - ▶ Abrigo excesivo, alta temperatura ambiental.



FSF en el menor de 1 mes

Manejo inicial

- ▶ Anamnesis y antecedentes personales
- ▶ Examen físico
- ▶ Exámenes complementarios
- ▶ Todo neonato febril debe ser hospitalizado, independientemente de los resultados del laboratorio



FSF en el menor de 1 mes

Manejo inicial

- ▶ Exámenes complementarios
 - ▶ Hemograma completo con fórmula
 - ▶ PCR, procalcitonina, sedimento urinario
 - ▶ Hemocultivos x 2
 - ▶ Urocultivo
 - ▶ Punción lumbar
 - ▶ Coprocultivo (en caso de diarrea)
 - ▶ Radiografía de tórax (síntomas respiratorios)
 - ▶ Viroológico de secreciones nasofaríngeas (ANF)

FSF en el menor de 1 mes

- ▶ Debido a la alta tasa de IBG, todo neonato febril debe recibir **antibióticos**
 - ▶ Ampicilina + cefotaxima EV
- Sospecha de infección por Virus Herpes ??
 - Antecedentes maternos de herpes genital
 - Mal estado general
 - Vesículas en piel y/o mucosas
 - Convulsiones y/o signos neurológicos focales
 - Enzimas hepáticas elevadas
 - Pleocitosis linfocitaria en LCR

 - Diagnóstico por PCR en LCR

 - Iniciar Aciclovir 60 mg/kg/día EV cada 8 hs



FSF en el niño de 1 a 3 meses

- ▶ Hasta los ´80, todos los lactantes febriles menores de 3 meses eran internados, evaluados por sospecha de sepsis y tratados con ATB parenterales hasta tener los cultivos.
- ▶ Con el objetivo de identificar a los pacientes con bajo riesgo de desarrollar IBG, se generaron criterios que engloban antecedentes, datos semiológicos y resultados de exámenes complementarios.
- ▶ Identificar pacientes de alto y bajo riesgo de presentar una IBG.

Criterios para la identificación de niños menores de 3 meses con bajo riesgo de IBG

	Rochester	Philadelphia	Boston	Pittsburgh
Antecedentes	Recién nacido de término. Previamente sano, sin enfermedades crónicas ni subyacentes. No internado más tiempo que la madre. Sin hospitalizaciones previas. Sin tratamiento antibiótico previo o actual.			
Examen físico	Examen físico normal, sin OMA. Luce bien.			Independientemente de OMA.
Hemograma	Recuento de leucocitos: entre 5000 y 15000. Recuento de cayados: < 1500/mm ³ .	Recuento de leucocitos: < 15000/mm ³ . Relación cayados/PMN totales < 0,2.	Recuento de leucocitos: < 20000/mm ³ .	Recuento de leucocitos: entre 5000 y 15000/mm ³ . Recuento de cayados: < 1500/mm ³ .
Orina	< 10 leucocitos por campo de gran aumento en orina centrifugada.	< 10 leucocitos por campo de gran aumento en orina centrifugada.	< 10 leucocitos por campo de gran aumento en orina centrifugada.	Uroanálisis mejorado: < 10 leucocitos/mm ³ de orina sin centrifugar utilizando un hemocitómetro. Gram-negativo.
Examen en fresco de materia fecal	Si tuviera diarrea. < 5 leucocitos por campo de gran aumento. (Rochester 2).			
LCR	No se realiza punción lumbar.	< 8 leucocitos/campo.	< 10 leucocitos/campo.	≤ 5 leucocitos/campo.
Otros marcadores de inflamación	Proteína C reactiva o eritrosedimentación.			
Radiografía de tórax	No se realiza.	Normal.	Normal.	Normal.

OMA: otitis media aguda; PMN: recuento de polimorfonucleares totales; LCR: líquido cefalorraquídeo.



FSF en el menor de 3 meses

Criterios de Rochester

- Buen estado general, edad gestacional > 37 semanas
- Niño previamente sano
- Sin infección de piel, partes blandas, hueso, articulaciones
- GB entre 5000 y 15000/mm³
- Neutrófilos < 1500/mm³
- Relación cayados/segmentados < 0,2
- < 10 células por campo (x40) en el sedimento urinario
- < 5 células por campo (x40) en el fresco de material fecal



FSF en el niño de 1 a 3 meses

- ▶ La clasificación por riesgo de IBG permite
 - ▶ Definir las opciones terapéuticas disponibles para cada grupo,
 - ▶ Reducir el número de internaciones innecesarias,
 - ▶ Identificar a aquellos niños que podrían ser manejados en forma ambulatoria
- ▶ Aunque la incidencia de IBS es baja entre los niños de bajo riesgo, éste riesgo no se reduce a cero

FSF en el niño de 1 a 3 meses

Estudios de confiabilidad de los criterios de ROCHESTER de identificar lactantes de bajo riesgo

	Incidencia	VPN
INFECCION BACTERIANA SEVERA	0,6 %	99,4 %
BACTERIEMIA	0,3 %	99,7 %


FSF en el niño de 1 a 3 meses

- Distribución de frecuencia de IBG en distintos grupos de riesgo de acuerdo a un estudio de meta-análisis en lactantes febriles menores de 3 meses de edad

	Bajo riesgo por criterios de Rochester	Bajo riesgo por otros criterios	No estado tóxico-infeccioso	Estado tóxico-infeccioso	Alto riesgo
IBS	1,4	2,6	8,6	17,3	24,3
Bacterlemla	1,1	1,3	2	10,7	12,8
Meningitis	0,5	0,6	1	3,9	3,9

FSF en el niño de 1 a 3 meses

- ▶ Primero definir si el lactante tiene aspecto de enfermo, o no; si está tóxico o no
- ▶ En estudios que calificaron la impresión de "parecer enfermos" como "definitiva" o "dudosa", se encontró que los lactantes tuvieron definitiva o dudosa apariencia de enfermos en:
 - ▶ 16 de 17 casos de meningitis bacteriana,
 - ▶ 24 de 27 casos de bacteriemia,
 - ▶ 8 de 22 casos de infección urinaria.



FSF en el niño de 1 a 3 meses

Exámenes complementarios

- ▶ Hemograma con fórmula
- ▶ PCR cuantitativa, Procalcitonina
- ▶ Hemocultivos x 2
- ▶ Urocultivo
- ▶ Punción lumbar ??
- ▶ Radiografía de tórax
- ▶ Fresco de materia fecal (en caso de diarrea)
- ▶ Viroológico de secreciones nasofaríngeas

FSF en el niño de 1 a 3 meses

Laboratorio

Variable	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
RGB > 15000	80 %	69 %	30 %	99 %
RAN > 1000	71 %	76 %	40 %	92 %
PCR > 7	79 %	91 %	65 %	95 %
GB I/T	90%	60%	50 %	99 %
PCT	93 %	78 %	55 %	97 %

Eur J Pediatr (2001)160:95-100

Berberian G. En: Paganini HR. Infectología pediátrica. 2007




FSF en el niño de 1 a 3 meses

- ▶ Proteína C reactiva (PCR)
 - ▶ Aumenta en infecciones víricas y bacterianas
 - ▶ Elevación en 6-12 horas; se duplica cada 8 horas; pico a las 48 horas; se normaliza en 3-7 días
 - ▶ Utilidad limitada en la primeras 12 hs.
 - ▶ Buen marcador de la evolución de la infección.
 - ▶ Interpretación:
 - ▶ <20 mg/L: patología banal
 - ▶ 20-70 mg/L: infección localizada
 - ▶ >70 mg/L: IBG

FSF en el niño de 1 a 3 meses

- ▶ Procalcitonina (PCT)
 - ▶ Normal en cuadros virales y en procesos inflamatorios no infecciosos
 - ▶ Se eleva en infecciones bacterianas a las 3-4 hs, el pico a las 6 hs, alcanza una meseta a las 12 hs,
 - ▶ Desciende a las 48-72 hs del tratamiento adecuado y/o mejoría clínica
 - ▶ Interpretación
 - ▶ < 0,5 ng/ml: patología banal
 - ▶ 0,5 a 2 ng/ml: infección localizada
 - ▶ > 2 ng/ml: sepsis o IBG
 - ▶ Desventajas
 - ▶ Mayor tiempo de espera de los resultados
 - ▶ Mayor costo



FSF en el niño de 1 a 3 meses

Infección urinaria (ITU)

- ▶ Es la infección bacteriana más frecuente (4-16 %)
- ▶ Incidencia de ITU
 - ▶ 0,5 a 1 % en RN de término
 - ▶ 3 a 5 % en prematuros
 - ▶ 7 % en varones < 6 meses; 8 % en niñas < 1 año
- ▶ Métodos rápidos ante sospecha:
 - ▶ Gram: Sensib del 93 % y Especif del 95 %
- ▶ 20-50 % de los niños pequeños con ITU pueden tener un sedimento de orina normal
- ▶ Solicitar en todos los niños independientemente del resultado de la orina completa



FSF en el niño de 1 a 3 meses

Radiografía de tórax

- ▶ Indicada en caso de clínica respiratoria
- ▶ Ante recuento de leucocitos $> 20.000 / \text{mm}^3$
 - ▶ Riesgo de neumonía oculta



FSF en el niño de 1 a 3 meses

Punción lumbar

- ▶ Discutida....
- ▶ Debe realizarse en
 - ▶ Todo menor de 1 mes
 - ▶ Niño de Alto Riesgo
 - ▶ Compromiso del estado general
 - ▶ Hemocultivos positivos
 - ▶ En los que se indicarán ATB

FSF en el niño de 1 a 3 meses

Factores de Riesgo Relacionados con Infección Viral

Variable	Estudio (n=87)	Control (n=106)	p
Visita médica previa	47	60	0.002
> 2 fumadores en la casa	35	18	0.011
Infección en la casa	66	40	0.0001
Hermano en escuela o guardería	47	28	0.007

FSF en el niño de 1 a 3 meses

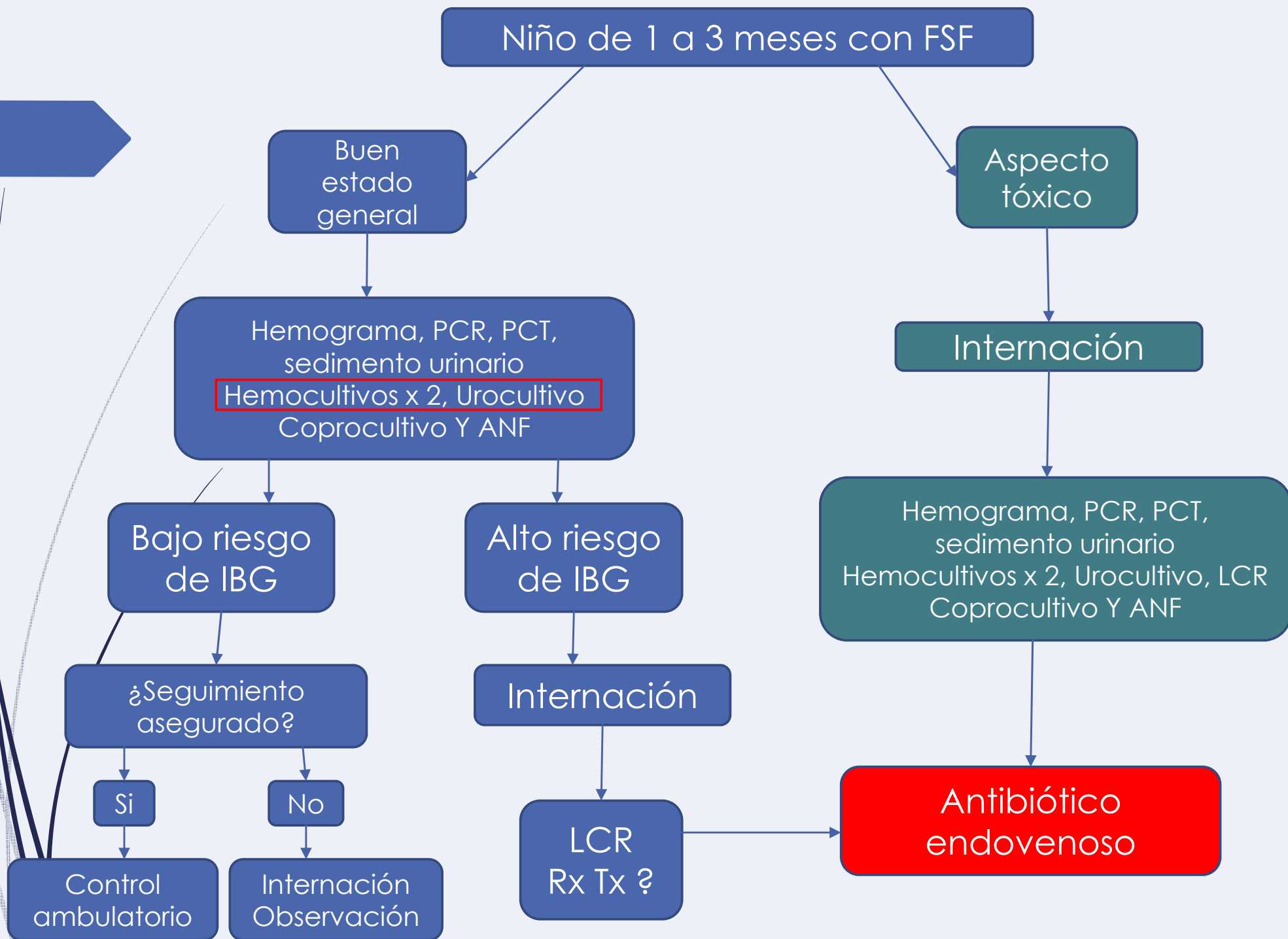
- Ocurrencia de IBG en lactantes febriles clasificados por Criterios de Rochester y Status viral

Clasif Rochester	Resultado Test Viral	IBS
Bajo Riesgo	Positivo	1,8 %
Bajo Riesgo	Negativo	3,1 %
Alto Riesgo	Positivo	5,5 %
Alto Riesgo	Negativo	16,7 %

FSF en el niño de 1 a 3 meses

- Comparación de ocurrencia de IBG en lactantes de Alto Riesgo con y sin Infección viral

Tipo de IBS	Alto Riesgo, Virus (+)	Alto R, Virus (-)
Bacteriemia	0,92 %	3 %
ITU	3,7 %	10 %
PPB	0	2,3 %
Neumonía	0	0,6 %
Meningitis	0	1 %





FSF en el niño de 1 a 3 meses

Tratamiento

- ▶ Ampicilina EV
+
Ceftriaxona o Cefotaxima EV
- ▶ Reevaluar a las 48-72 hs, y adecuar o suspender según evolución clínica y resultado de cultivos

FSF en el niño de 3 a 36 meses

- ▶ Las IBG son menos frecuentes, pero de alto riesgo
- ▶ Un niño con FSF a ésta edad y en buen estado general difícilmente presente una enfermedad grave
- ▶ La mayoría de las infecciones bacterianas pueden ser identificadas por anamnesis y examen físico
 - ▶ Descartar: ITU, Bacteriemia oculta (BO), y Neumonía oculta
- ▶ En general no son necesarios muchos exámenes complementarios
 - ▶ El examen físico es más informativo
 - ▶ El laboratorio ofrece mayor rentabilidad predictiva

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Bacteriemia oculta

- ▶ El desafío es identificar a los niños con mayor riesgo de IBG, en especial BO
- ▶ Las complicaciones infecciosas de ésta son graves **Meningitis**
 - ▶ BO por Neumococo
 - ▶ 1 a 5,8 % riesgo de meningitis
 - ▶ 6 a 10 % riesgo de otras infecciones focales
 - ▶ 0,8 % de mortalidad global
 - ▶ 70 a 87 % se autolimitan sin antibióticos
 - ▶ BO por Hib
 - ▶ 12 veces más riesgo de meningitis que por Neumococo
 - ▶ BO por Meningococo
 - ▶ 42 a 86 % riesgo de meningitis
 - ▶ 50 % riesgo de enfermedad invasiva grave
 - ▶ 4 % mortalidad global

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Bacteriemia oculta

Antes vacuna contra Hib	Pos vacuna contra Hib
2,8 a 11,6 %	0,9 a 3 %

- La inmunización contra Hib ha reducido, en más del 95%, su incidencia como causa de enfermedad invasiva

Pos vacuna contra Neumococo

0,25 a 0,7 %


- La incidencia de BO por Neumococo en áreas con adecuada cobertura de vacunación debería caer a menos de 0,1%, y la incidencia global de BO, a menos del 0,25%.

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Bacteriemia oculta

Tasas de BO después de la introducción de PCV7

Referencia	Sitio, años, número de niños	Patógenos
Stoll y Rubin	Long Island, 2001-2003; 329 niños	0.9% Neumococo
Carstairs et al	San Diego, 2000-2002; 1383 niños	0% después de PCV7 2.4% sin PCV7
Sard et al	Boston, 1997-2005; 2971 niños	0.7% general 0.45% Neumococo
Waddle y Jhaveri	Durham, 1997-1999; 2001- 2004; 423 niños	6.7% pre-PCV7; 0.4% post-PCV7; 4% vs 0% Neumococo
Wilkinson et al	Phoenix, 2004-2007; 8408 niños	0.25% Neumococo



FSF en el niño de 3 a 36 meses

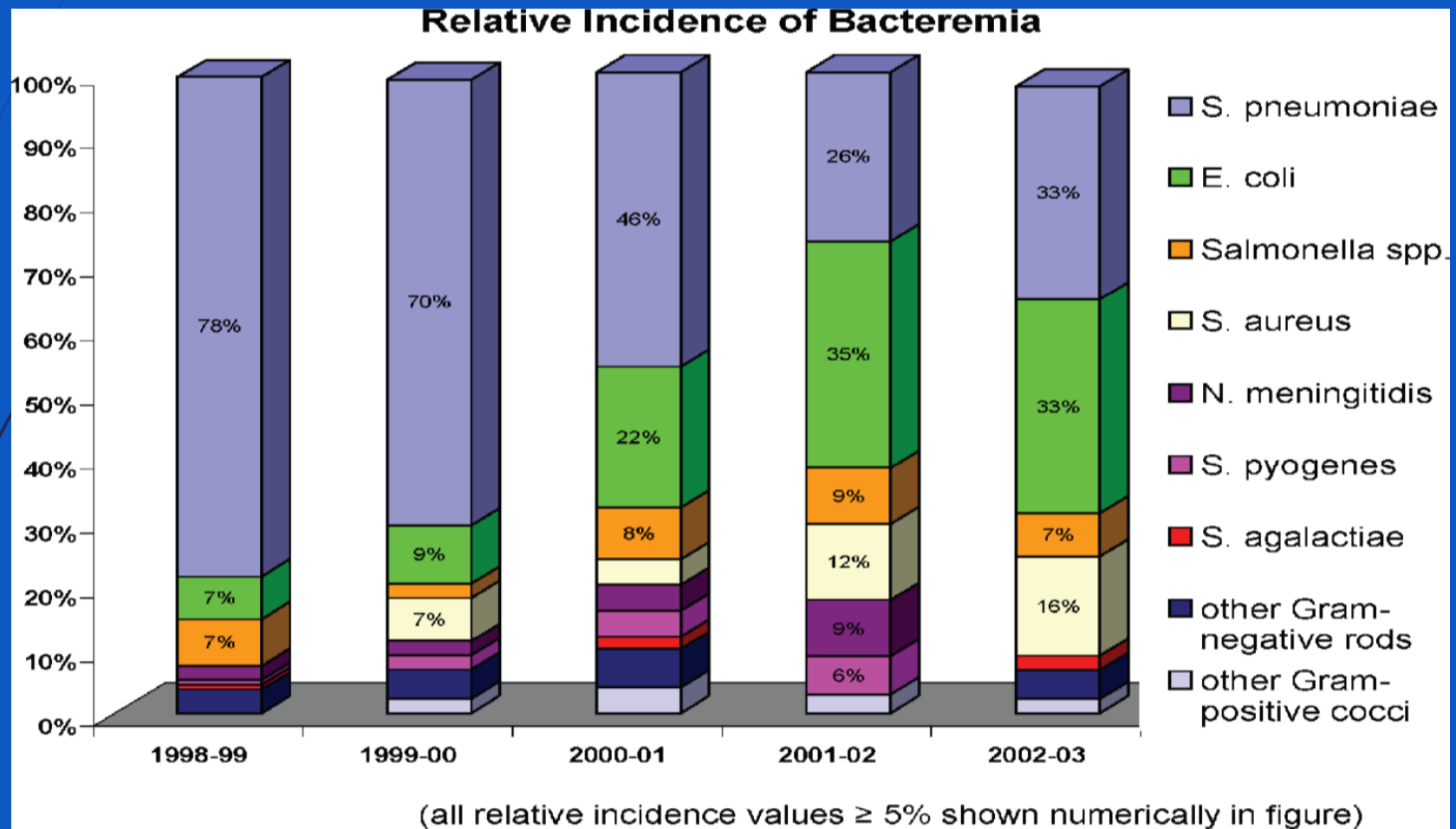
Bacteriemia oculta

- ▶ Meningococo
 - ▶ 0.02% de los niños con fiebre $> 39^{\circ}\text{C}$ en buen estado general
 - ▶ Generalmente el niño se presenta con aspecto tóxico
 - ▶ Factores de riesgo de enfermedad meningocócica:
 - ▶ Contacto con pacientes con enfermedad meningocócica
 - ▶ Brote en la comunidad
 - ▶ Fiebre y petequias

- ▶ Salmonella
 - ▶ Causa 4 % de las BO
 - ▶ 0,1 % de los niños de 3 a 36 meses con fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$
 - ▶ La mayoría de los pacientes presentan gastroenteritis
 - ▶ 5 % tendrá una bacteriemia primaria

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Bacteriemia oculta




FSF en el niño de 3 a 36 meses

Infección urinaria

Edad	Niñas	Niños
< 1 año	6.5%	3.3%
1 a 2 años	8.1%	1.9%

- ▶ Niñas < 2 años con fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ por de 48 hs : 16%
- ▶ Niños no circuncidados <12 meses: 8 a 9 veces más riesgo en relación con varones circuncidados
- ▶ Hasta un 20 % de los urocultivos (+) tienen sedimento normal



FSF en el niño de 3 a 36 meses

Neumonía oculta

- ▶ Realizar Rx de tórax siempre ante clínica respiratoria
- ▶ El riesgo de que un paciente con FSF presente neumonía oculta aumenta de modo considerable si tiene:
 - ▶ Fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ y
 - ▶ Leucocitosis $\geq 20000/\text{mm}^3$.
 - ▶ Su prevalencia es de hasta 20% en estos casos.



FSF en el niño de 3 a 36 meses

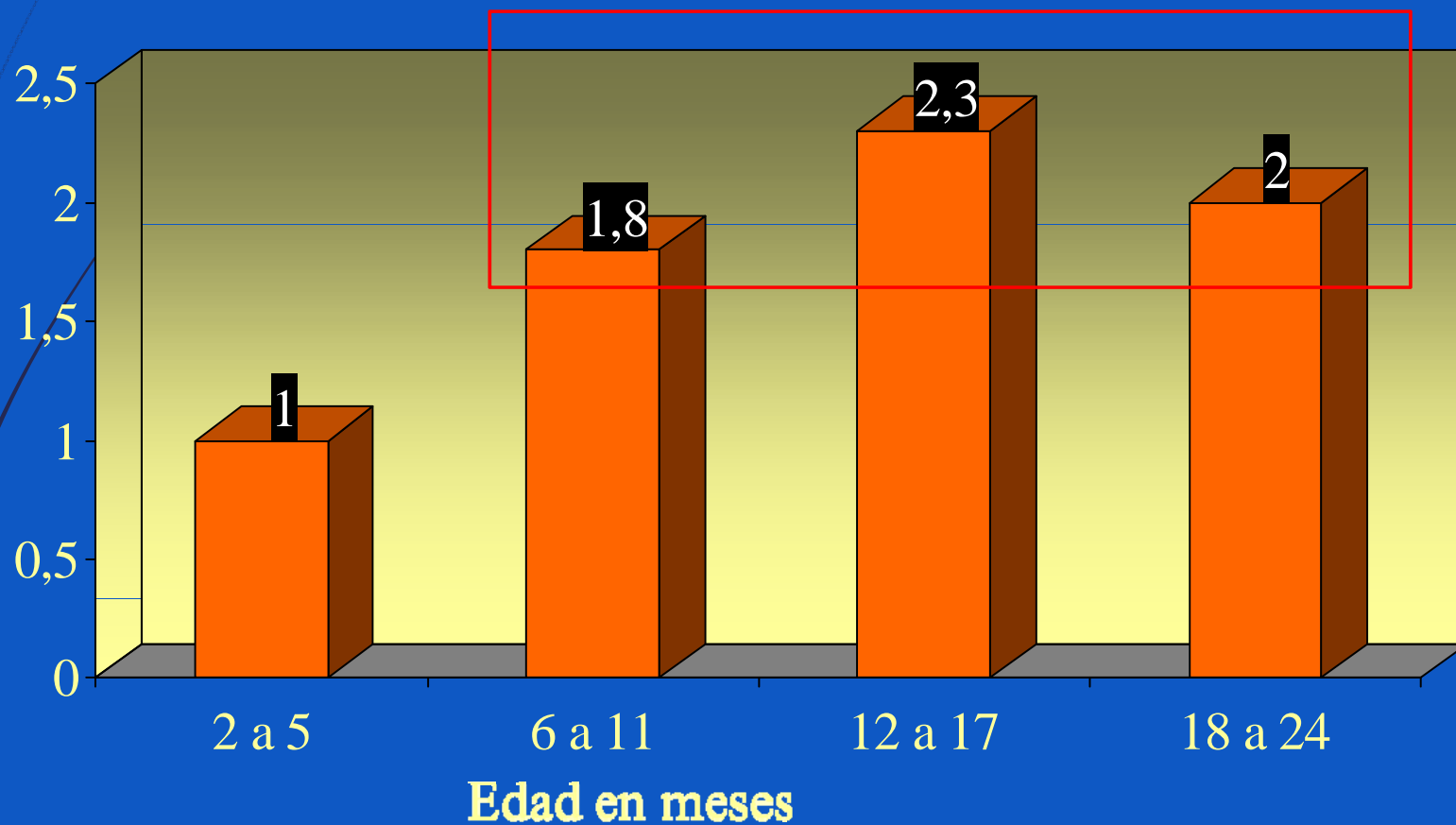
Determinar la población de riesgo

- ▶ Edad del paciente
- ▶ Magnitud de la temperatura
- ▶ Antecedentes personales (vacunas)
- ▶ Antecedentes epidemiológicos
- ▶ Estado general (Escala de Observación)
- ▶ Laboratorio

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Incidencia de Bacteriemia de acuerdo a la edad

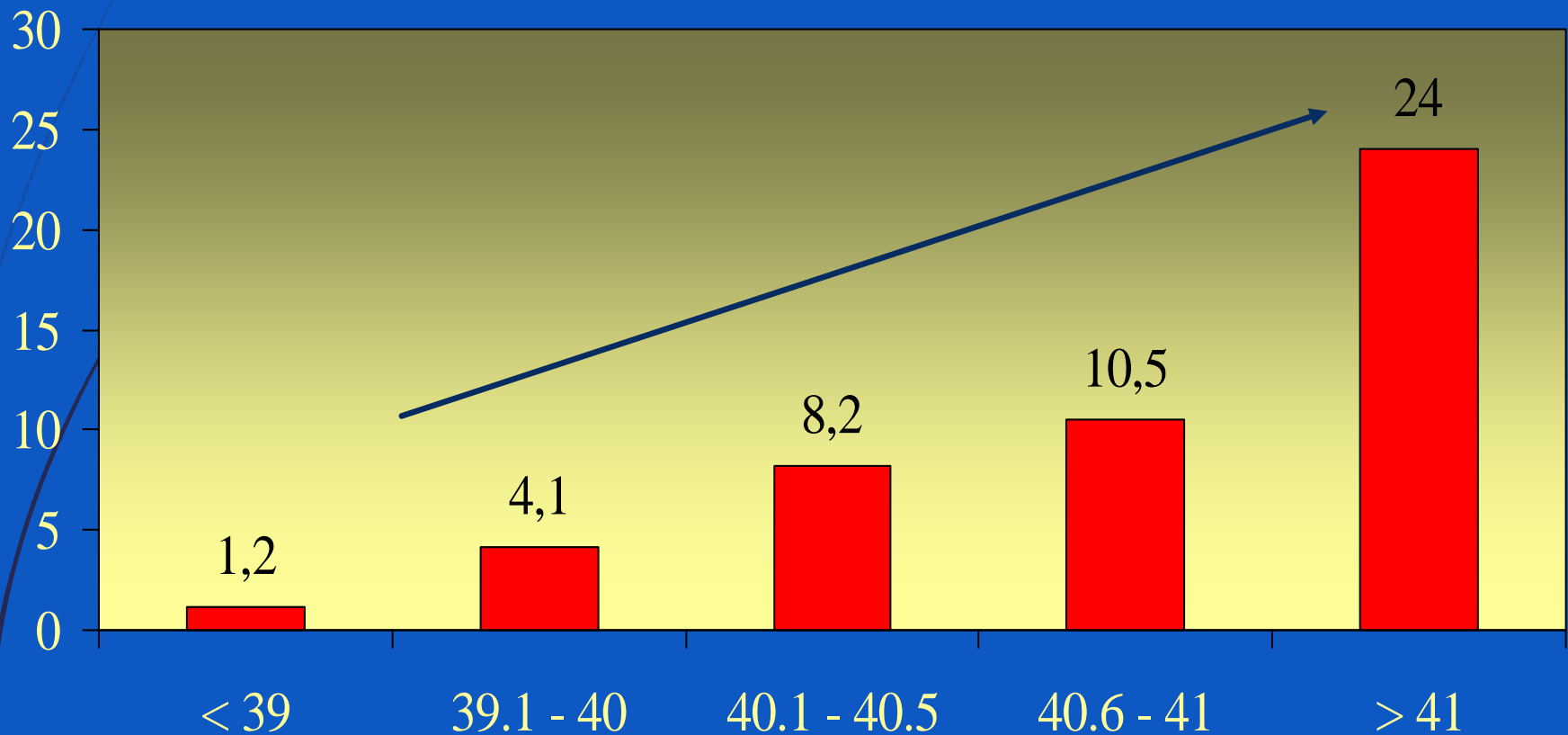
% de bacteriemias



FSF en el niño de 3 a 36 meses

Riesgo de bacteriemia según el grado de temperatura

% de bacteriemia



Magnitud de la fiebre

FSF en el niño de 3 a 36 meses

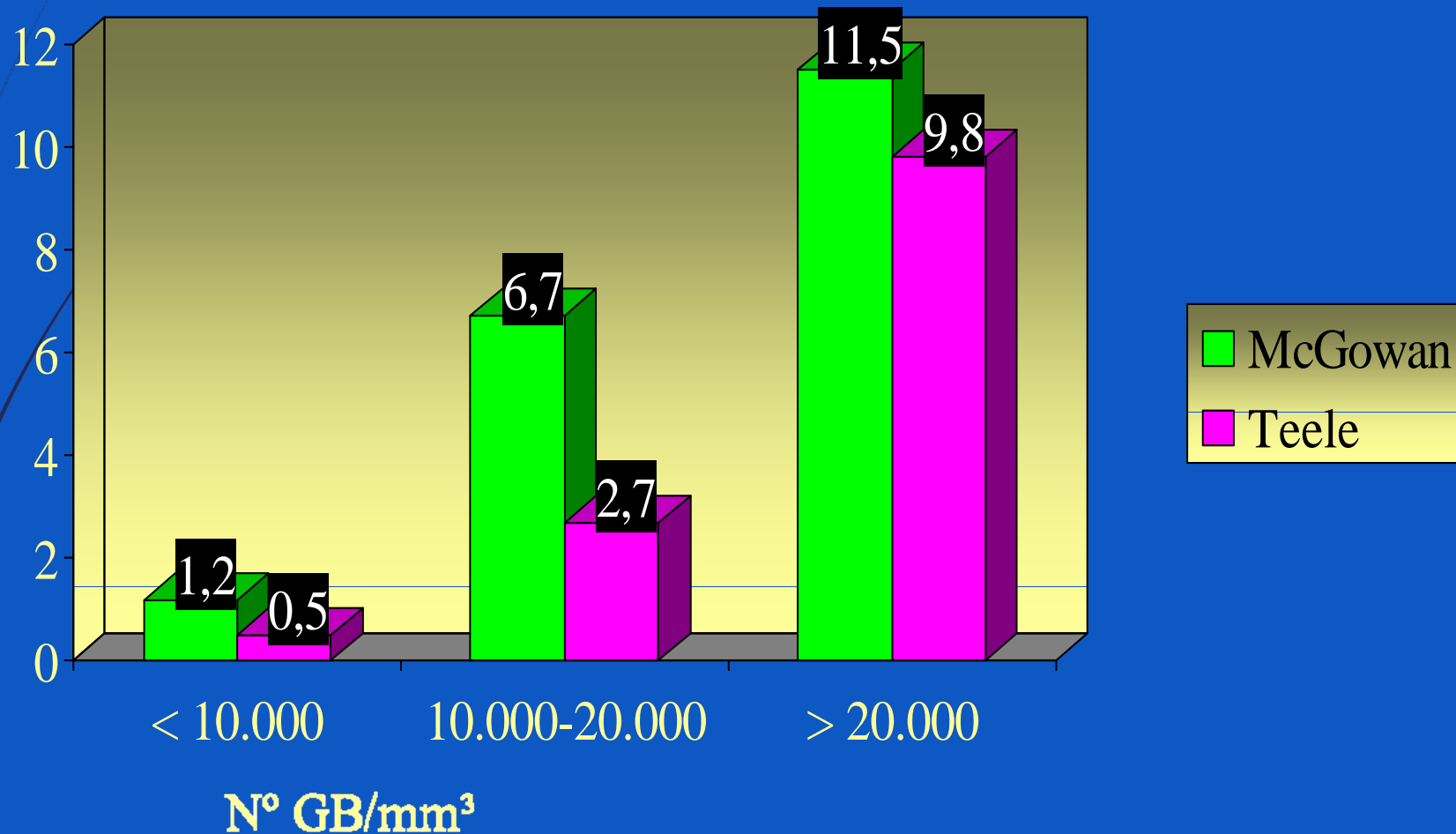
Escala de observación de Yale

Parámetro clínico	Normal [1 Punto]	Afectación moderada [3 Puntos]	Afectación grave [5 Puntos]
Calidad del llanto	Fuerte o contento, sin llorar	Lloriqueando o sollozando	Débil o agudo
Interacción con padres	Llanto breve/ausente.	Llanto intermitente	Llanto inconsolable
Estado sueño-vigilia	Alerta. Si se duerme, despierta con pequeño estímulo	Cierra los ojos brevemente o despierta con estimulación prolongada	Tendencia al sueño. No despierta
Coloración	Normal, sonrosada	Cianosis/palidez acra	Pálidez/cianosis/grisáceo
Hidratación	Piel y ojos normales. Mucosas húmedas	Piel y ojos normales. Boca discretamente seca	Piel pastosa con pliegue, mucosas secas y/u ojos hundidos
Respuesta social	Sonríe o alerta	Sonríe o está alerta brevemente	No sonríe o facies ansiosa, inexpresiva o no está alerta
<p>Puntuación ≤ 10: bajo riesgo de infección bacteriana grave (2,7%). Puntuación 11-15: riesgo medio de infección bacteriana grave (26%). Puntuación ≥ 16: alto riesgo de infección bacteriana grave (92,3%).</p>			

FSF en el niño de 3 a 36 meses

Recuento de glóbulos blancos

% de bacteriemia



*Teele DW, J Pediatr 1975; 87: 227-230 y
McGowan JE Jr N Engl J Med 1973; 288: 1309-1312*

FSF en el niño de 3 a 36 meses

- ▶ Otros predictores de IBG
 - ▶ Recuento de GB: < 5.000 ó > 15.000
 - ▶ PMN $> 10.000 \text{ mm}^3$
 - ▶ Neutrófilos inmaduros $\geq 1.500 \text{ mm}^3$
 - ▶ Relación GB I/T $> 0,2$
 - ▶ PCR $> 20 \text{ mg/l}$
 - ▶ PCT $> 2 \text{ ng/ml}$

FSF en el niño de 3 a 36 meses


Utilidad de la PCR y la PCT

TABLE 1. Sensitivity, Specificity, and Predictive Values of Markers of SBI

	Sensitivity (% [95% CI])	Specificity (% [95% CI])	NPV (%)	PPV (%)
PCT (*0.5 ng/mL)	93 (77–99)	74 (62–84)	96	60
CRP (*40 mg/L)	79 (60–92)	79 (67–88)	90	61
Leukocytes \geq 15 G/L	52 (33–71)	74 (62–84)	78	45
Band \geq 1.5 G/L	11 (2–28)	93 (84–98)	72	38
Leukocytes \geq 15 G/L or band \geq 1.5 G/L	55 (36–74)	72 (61–83)	80	46
IL-6 (*100 pg/L)	36 (13–65)	80 (64–91)	77	38
YOS score >10	23 (5–54)	82 (67–92)	76	30

NPV indicates negative predictive value; PPV, positive predictive value; YOS, Yale observation scale; CI, confidence interval.

* Cutoff.

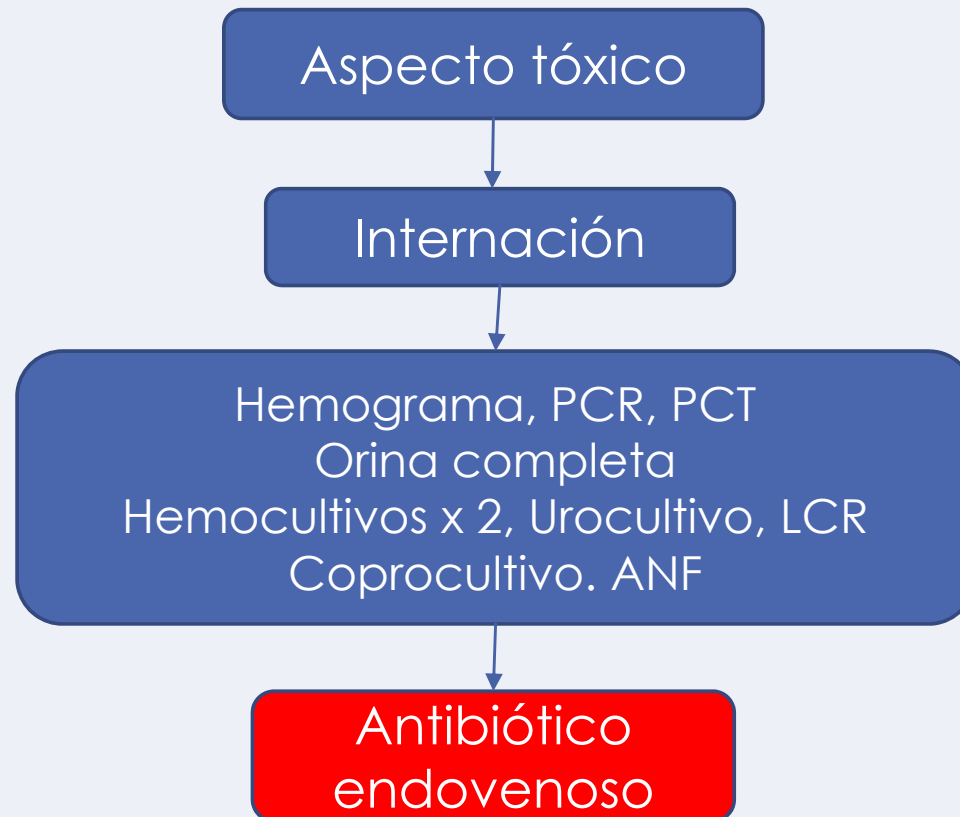


FSF en el niño de 3 a 36 meses

Punción lumbar

- ▶ En los siguientes casos
 - ▶ Sepsis
 - ▶ Aspecto tóxico
 - ▶ Hemocultivos (+)
 - ▶ Excepto Neumococo y paciente en buen estado general

FSF en el niño de 3 a 36 meses

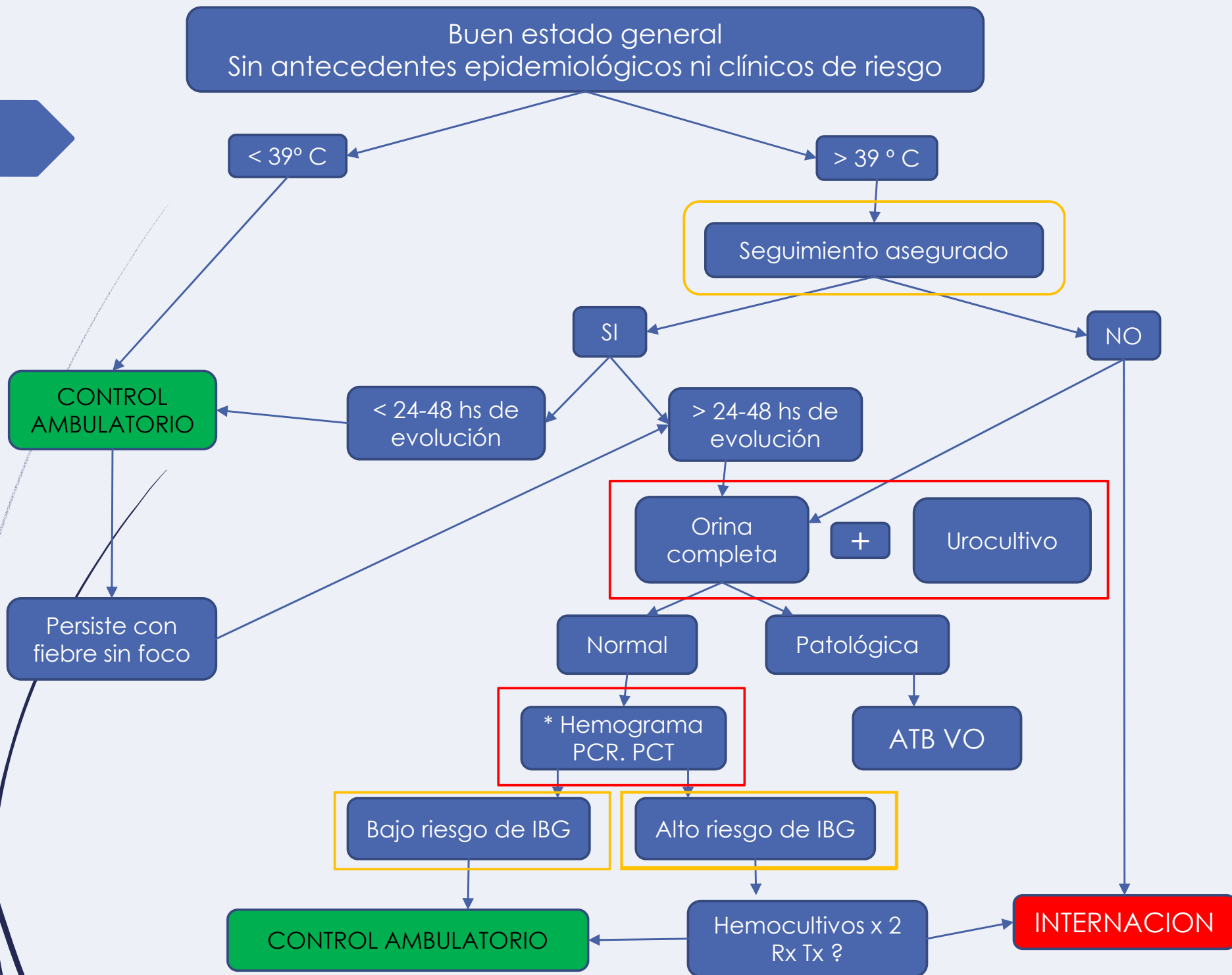


- No demorar el inicio del tratamiento con Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día
- Reevaluar en 48-72 hs. según resultado de los cultivos y evolución clínica.

FSF en el niño de 3 a 36 meses

- ▶ No se justifica la realización de estudios complementarios en niños con FSF de esta edad que cumplan estas características:
 - ▶ Buen estado general (escala YALE < 10),
 - ▶ Sin antecedentes patológicos ni compromiso inmunológico,
 - ▶ Adecuadamente vacunado,
 - ▶ Con fiebre < 39 °C y de menos de 24-48 horas de evolución.

Bajo riesgo de IBG



* < 6 m, fiebre ≥ 39 °C y falta cobertura Hib y Neumococo


FSF en el niño de 3 a 36 meses

- ▶ Manejo ambulatorio y sin antibióticos en niños en buen estado general y análisis de orina normal pero con parámetros de laboratorio de alto riesgo, siempre que se asegure un control periódico minucioso y lectura de los cultivos
- ▶ Se puede iniciar ATB en:
 - ▶ Pacientes menores de 6 meses,
 - ▶ Con fiebre alta ($\geq 39^{\circ}\text{C}$), y
 - ▶ Falta de cobertura frente a Hib y Neumococo

Ceftriaxone 50 mg/kg/día



Reevaluar en 48-72 hs según evolución clínica y resultado de cultivos



FSF en el niño de 3 a 36 meses

Hemocultivos (+)

- ▶ Hemocultivo (+) contaminante ???
 - ▶ Tipo de microorganismo
 - ▶ Características clínicas (estado general, evolución de la fiebre)
 - ▶ Laboratorio
 - ▶ Tiempo que tardó en ser (+)
 - ▶ Número de hemocultivos (+)
- ▶ Punción Lumbar ??
 - ▶ En bacteriemia por neumococo, a esta edad, a menos que se sospeche meningitis por la clínica, no es necesario hacer PL
 - ▶ Sí es necesario ante bacteriemias por meningococo, salmonella o Hib.



FSF en el niño de 3 a 36 meses

Hemocultivos (+) para Neumococo

- ▶ Como un alto porcentaje puede autolimitarse, la conducta dependerá del estado del niño.
 - ▶ Si el paciente dejó de tener fiebre, presenta buen estado general, sin foco infeccioso y no fue medicado, se controlará ambulatoriamente sin antibióticos ni realización de nuevos estudios.
 - ▶ En el caso de que hubiera sido medicado y persistiera sin foco, continuará el tratamiento antibiótico para la BO.
 - ▶ Ante hemocultivos positivos y persistencia de la fiebre, se internará para completar la evaluación y el tratamiento



Conclusiones...



Muchas gracias !!!