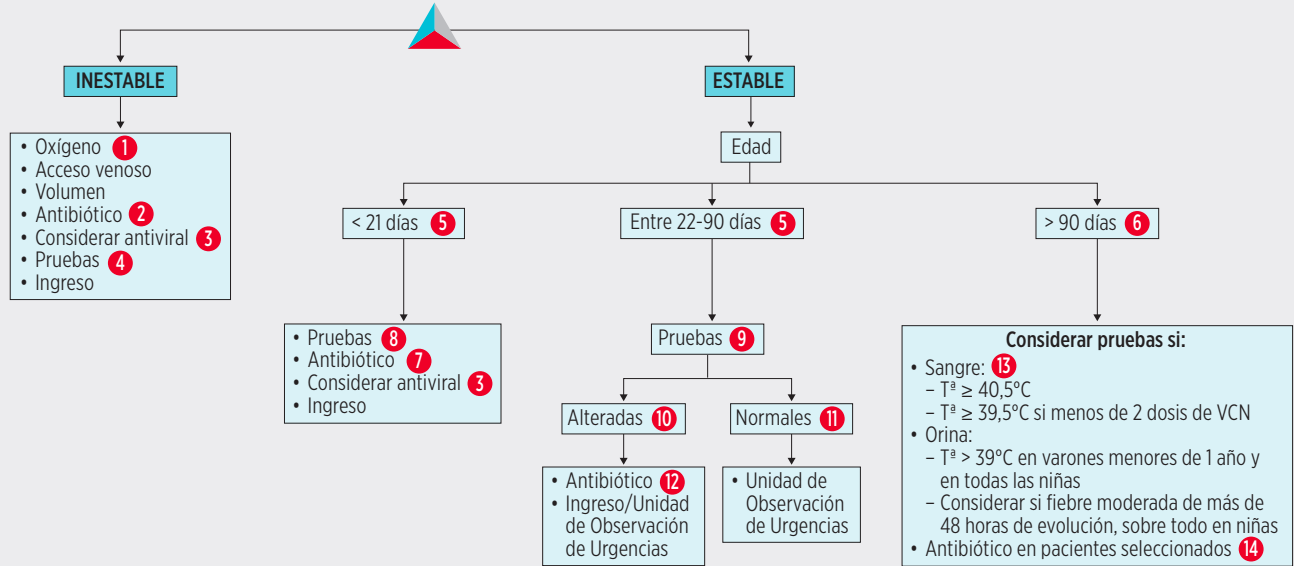


FIEBRE SIN FOCALIDAD EN LACTANTE DE 0-24 MESES PREVIAMENTE SANO



1 A: Vía aérea:

- Administrar oxígeno suplementario al 100 %.
- Monitorización de SatO₂ y si se dispone de ella, de CO₂ espirado.

B: Ventilación:

- Puede haber necesidad de instrumentalizar la vía aérea.
- Monitorizar frecuencia respiratoria.

C: Circulación:

- Canalizar vía periférica, idealmente dos.
- Si no es posible, considerar vía intraósea.
- Monitorizar frecuencia cardiaca y presión arterial.
- Inicio lo más precozmente posible infusión de bolos de cristaloides (10-20 ml/kg).

D: Estado neurológico:

- Determinar glucemia capilar.
- Valorar características de pupilas y estado de alerta.

E: Exposición:

- Toma de temperatura.
- Proteger frente a la hipotermia.

2 ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA^{2,3:}

- < 1 mes: Ampicilina 75 mg/kg + Cefotaxima 50 mg/kg. Valorar asociar Aciclovir 20 mg/kg si sospecha de infección por VHS.
- > 1 mes: Cefotaxima 75 mg/kg (máx. 3 g)
 - Asociar vancomicina 15 mg/kg (máx. 1 g) si alta prevalencia de *S. aureus* meticilina resistente o de *S. pneumoniae* resistente a cefalosporinas.
 - Asociar clindamicina 10 mg/kg (máx 650 mg) si sospecha de shock tóxico estreptocócico.
 - Valorar asociar ampicilina 75 mg/kg en lactantes de 1-3 meses.

3 ANTIVIRAL^{2:} En cualquier paciente, asociar aciclovir (20 mg/kg/8 horas) si ha presentado convulsiones, presenta vesículas mucocutáneas o cualquier otro signo sugestivo de encefalitis.

4 PRUEBAS^{2-4:}

- Si es posible, obtener analítica sanguínea (reactantes de fase aguda y protocolo de sepsis) y hemocultivo (y reacción en cadena de la polimerasa para *S. pneumoniae* y *N. meningitidis* en mayores de 90 días) antes de administrar el antibiótico. Su obtención no debe retrasar la administración del mismo.
- Considerar punción lumbar tras estabilización.

5 MANEJO DEL LACTANTE MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD^{2,5-7:} Figura 14-1.

6 MANEJO DEL LACTANTE DE 3-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD^{3,8,9} Figura 14-2.

7 ANTIBIÓTICOS^{2,5:}

No pleocitosis	Pleocitosis
Ampicilina (50 mg/kg/6 horas en > 7 días o 100 mg/kg/12 horas en ≤ 7 días) + gentamicina (4 mg/kg/24 horas). Sustituir gentamicina por cefotaxima si alta tasa de bacterias gentamicina-resistentes (especialmente <i>E. coli</i>)	Ampicilina (75 mg/kg/6 horas) + cefotaxima (50 mg/kg/6 horas en > 7 días y /12 horas en ≤ 7 días) + aciclovir 20 mg/kg/8 horas

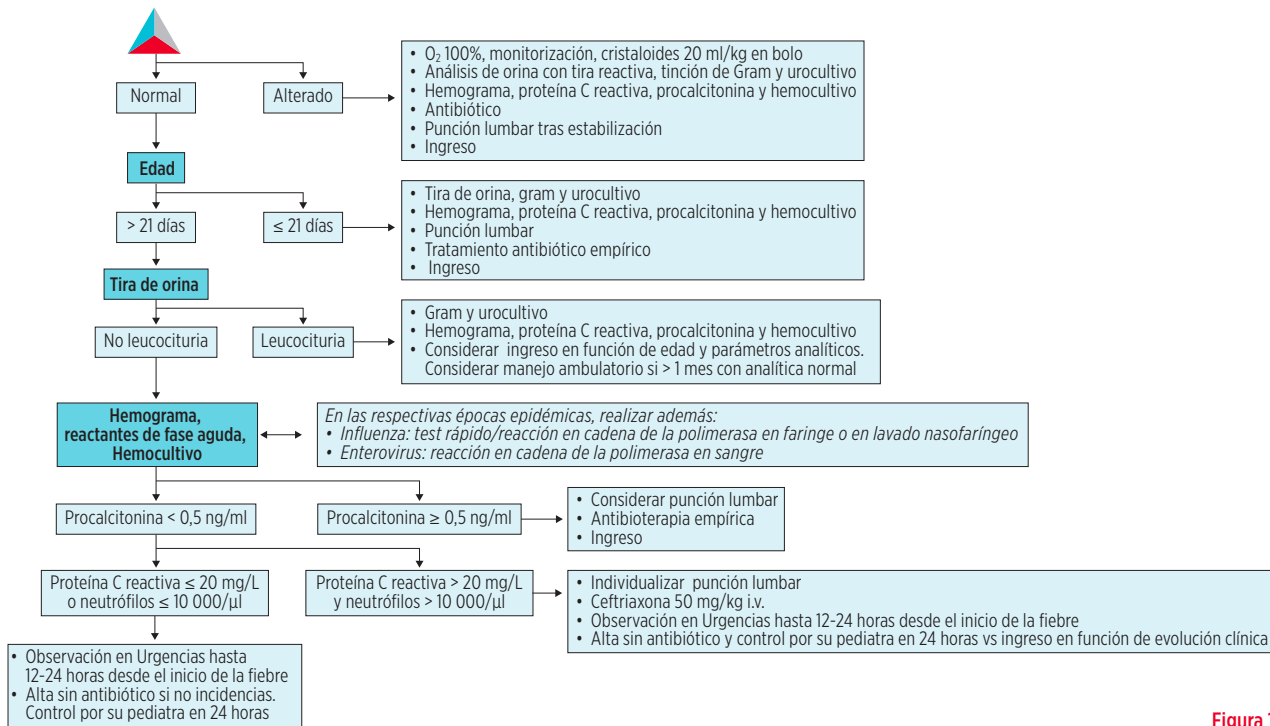


Figura 14-1.

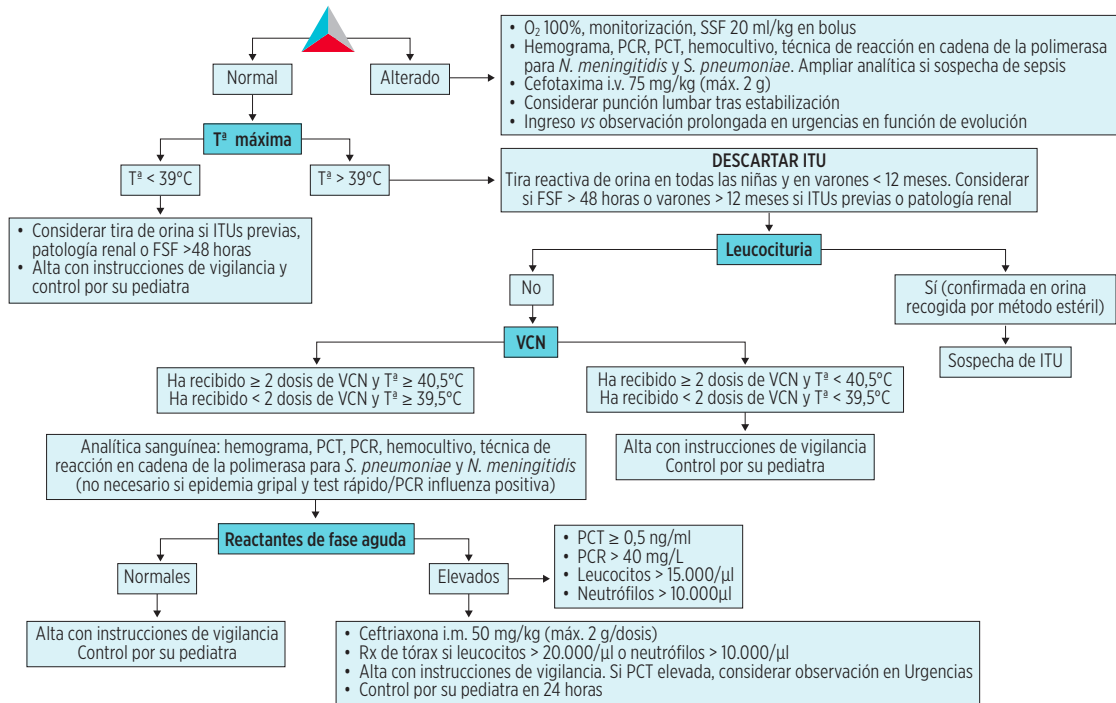


Figura 14-2.

8 PRUEBAS^{2,5-7}:

- Tira reactiva de orina.
- Hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina.
- Examen de LCR.
- Cultivos: orina, sangre, LCR.

9 PRUEBAS^{2,5-7,10}:

- Tira reactiva de orina.
- Hemograma, proteína C sérica, procalcitonina.
- Cultivos: sangre, orina (si leucocituria y/o nitrituria).

10 PRUEBAS ALTERADAS^{2,5-7,10}: Leucocituria y/o Procalcitonina $\geq 0,5$ ng/ml y/o Proteína C reactiva > 20 mg/L y/o neutrófilos $> 10\,000/\mu\text{l}$.

11 PRUEBAS NORMALES^{2,5-7,10}: Ausencia de leucocituria + Procalcitonina $< 0,5$ ng/ml + Proteína C reactiva ≤ 20 mg/L + neutrófilos $\leq 10.000/\mu\text{l}$.

12 ANTIBIÓTICOS^{2,5}:

No pleocitosis	Pleocitosis
Cefotaxima (50 mg/kg/6 horas)/ceftriaxona (50 mg/kg/12 horas). Considerar asociar ampicilina (50 mg/kg/6 horas) si alta prevalencia de bacteriemia por <i>Listeria</i> o <i>enterococcus</i>	Cefotaxima (75 mg/kg y continuar con 50 mg/kg/6 horas) + vancomicina (15 mg/kg/ 6 horas). Considerar asociar ampicilina (75 mg/kg/6 horas) si alta prevalencia de meningitis por <i>Listeria</i> o <i>enterococcus</i>
En cualquier paciente, asociar aciclovir (20 mg/kg/8 horas) si ha presentado convulsiones, presenta vesículas mucocutáneas o cualquier otro signo sugestivo de encefalitis	

13 ANALÍTICA SANGUÍNEA^{3,4,9}: Hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina y reacción en cadena de la polimerasa para *S. pneumoniae*, y hemocultivo.

14 ANTIBIÓTICOS^{3,8}: Indicaciones de tratamiento antibiótico en lactantes de 3-24 meses con FSF y TEP normal:

- Pacientes con leucocituria: el antibiótico dependerá de las resistencias antibióticas existentes en cada medio. Una pauta adecuada suele ser cefixima 8 mg/kg/24 horas (máx. 400 mg) durante 7-10 días.
- Pacientes sin leucocituria con elevación de los reactantes de fase aguda (PCT $\geq 0,5$ ng/ml; leucocitos $> 15.000/\mu\text{l}$, neutrófilos $> 10.000/\mu\text{l}$):
 - Ceftriaxona 50 mg/kg (máx. 2 g).
 - Control clínico en 24 horas y dándose pautas de vigilancia y de cuándo consultar en centro hospitalario.
 - Considerar observación hospitalaria si elevación de la PCT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock. *Crit Care Med*. 2017; 45(6): 1061-93.
2. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. *Pediatrics*. 2021; 148(2): e2021052228
3. Allen CH. Fever without a source in children 3 to 36 months of age: Evaluation and management. En: www.uptodate.com [Último acceso: 28/02/2022].
4. Trippella G, Galli L, De Martino M, et al. Procalcitonin performance in detecting serious and invasive bacterial infections in children with fever without apparent source: a systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2017; 15(11): 1041

5. Smitherman HF, Macias CG. *The febrile infant (29 to 90 days of age): Management*. En: www.uptodate.com [Último acceso: 28/02/2022].
6. Mintegi S, Bressan S, Gomez B, et al. *Accuracy of a sequential approach to identify young febrile infants at low risk for invasive bacterial infection*. *Emerg Med J*. 2014; 31(e1): e19-24.
7. Kuppermann N, Dayan PS, Levine DA, et al. *A clinical prediction rule to identify febrile infants 60 days and younger at low risk for serious bacterial infections*. *JAMA Pediatr*. 2019; 173(4): 342-51
8. Lee GM, Fleisher GR, Harper MB. *Management of febrile children in the age of the conjugate pneumococcal vaccine: a cost-effectiveness analysis*. *Pediatrics*. 2001; 108(4): 835.
9. Gangoiti I, Zubizarreta A, Elgoibar B, Mintegi S; *Infectious Diseases Working Group, Spanish Society of Pediatric Emergencies (SEUP)*. *Occult bacteremia in young children with very high fever without a source: a multicenter study*. *Pediatr Infect Dis J*. 2020; 39(12): e462-4.
10. Bonilla L, Gomez B, Pintos C, et al. *Prevalence of bacterial infection in febrile infant 61-90 days old compared with younger infants*. *Pediatr Infect Dis J*. 2019; 38(12): 1163-7.