

Manejo del lactante febril sin foco (II). De los 3 meses a los 3 años*

Bularreko haur fokugabeko sukardunen erabilera (II). Hiru hilabetetik hiru urteetara

J. Korta, J.R. Lasarte, M. Lertxundi, J. Alústiza.

Hospital Bidasoa, Hospital Mendaro, Hospital Zumárraga.

Correspondencia: J. Korta. Servicio de Pediatría. Hospital Bidasoa (Irún).

*Nota del editor: En este artículo se continúa con las pautas de actuación ante el lactante febril sin foco, iniciadas en el número anterior (Bol. S. Vasco-Nav. Pediatr 2000;34: 124,131). En dicho artículo se planteaba la pauta de actuación ante los niños de edad inferior a los tres meses; en el actual se presentan los protocolos de actuación desde los tres meses hasta los tres años de vida.

LACTANTE FEBRIL DE 3 A 36 MESES

Éste es el grupo de edad en que con mayor frecuencia nos vamos a encontrar con bacteriemias ocultas en niños con buen aspecto. Aunque la mayoría de los episodios de bacteriemia oculta se resuelven espontáneamente pueden ocurrir serias complicaciones como meningitis, sepsis, etc. Tras la introducción reglada de la vacuna frente al *Haemophilus influenzae* tipo b, podemos decir que el 90% de las bacteriemias ocultas son debidas al *Streptococcus pneumoniae*⁽¹⁾ y a él nos referiremos casi en exclusiva. Otros organismos implicados, además del *H.influenzae* en descenso, *Neisseria meningitidis*(3%), *Salmonella*, estreptococo grupos A y B, *Staphylococcus aureus* etc. La probabilidad de bacteriemia oculta está relacionada con la temperatura: el riesgo es del 1,1% para los lactantes de 24-36 meses de edad con Tª rectal <39,5° C; si la Tª es > 39,5° C o mayor de 39° C en lactantes de 3-24 meses el riesgo de bacteriemia es de 2,6%, y de 9,3% si la Tª es igual a o mayor de 41° C.

La mayoría de los niños con bacteriemia oculta por neumococo tienen una evolución favorable: el 30-70% de los casos quedan afebriles y el hemocultivo se negativiza al cabo de 24-72 horas de forma espontánea, pero en un 10-25% puede persistir o desarrollar infecciones focales⁽²⁾. El riesgo de meningitis en los niños no tratados varía del 2,7%⁽³⁾ al 5,8%⁽⁴⁾; esta estimación del riesgo es bastante aceptada a pesar de las limitaciones de los dos metaanálisis en los que se basa. Aunque se podría hacer alguna estimación indirecta, todavía no hay hechas revisiones o metaanálisis que valoren el riesgo para cualquier otra complicación grave como neumonía, osteomielitis, celulitis, etc. La bacteriemia oculta meningocócica, aunque rara, tiene frecuentes complicaciones incluyendo la meningitis en aproximadamente un 40% y la muerte en un 4%.

En este contexto se ha intentado valorar el efecto del tratamiento empírico con anti-

bióticos. El estudio retrospectivo de Harper demuestra menos complicaciones en los tratados comparados con los no tratados⁽⁵⁾. Otros dos estudios observan también reducción en las complicaciones cuando se tratan bien con ceftriaxona IM o amoxi-clavulánico oral^(6,7). Sin embargo ambos tienen problemas metodológicos, de tal forma que cuando los resultados se expresan en términos de los lactantes randomizados no se observa beneficio alguno en la reducción del riesgo de una meningitis posterior⁽⁸⁾. Por otra parte la mayoría de los casos con meningitis bacteriana que ocurrieron en estos estudios fueron debidos al *Haemophilus influenzae*, germen virtualmente eliminado tras la instauración de la vacunación universal. Siendo pues la meningitis la complicación más importante conviene apuntar los tres metaanálisis específicamente diseñados para valorar tal riesgo. En uno de ellos⁽⁴⁾ el riesgo de meningitis fue del 5,8% en los no tratados y del 0,4% (p<0,05) en los que recibieron tratamiento antibiótico. En otro⁽³⁾ el riesgo de meningitis en los niños con bacteriemia oculta neumocócica no tratados fue del 2,7% frente a los tratados con antibióticos orales (0,8%) o parenterales (0,9%)⁽⁹⁾. La diferencia entre la administración oral o parenteral no está clara^(4,9). Aunque presentan problemas metodológicos⁽³⁾, todos estos estudios sugieren que el tratamiento empírico podría prevenir las complicaciones en niños con bacteriemia neumocócica documentada pero es menos claro si aquellos niños con riesgo de tener bacteriemia oculta debieran recibir o no ese tratamiento. Algunos sugieren que el supuesto beneficio del tratamiento empírico es debido a la presencia de un foco no diagnosticado (ej., otitis, neumonía). Se ha calculado que la administración de antibióticos mientras se está a la espera de los resultados del hemocultivo inicial prevendría una infección focal adicional entre 1.000 pacientes⁽¹⁰⁾. Rothrock y cols. señalan que sería necesario tratar a

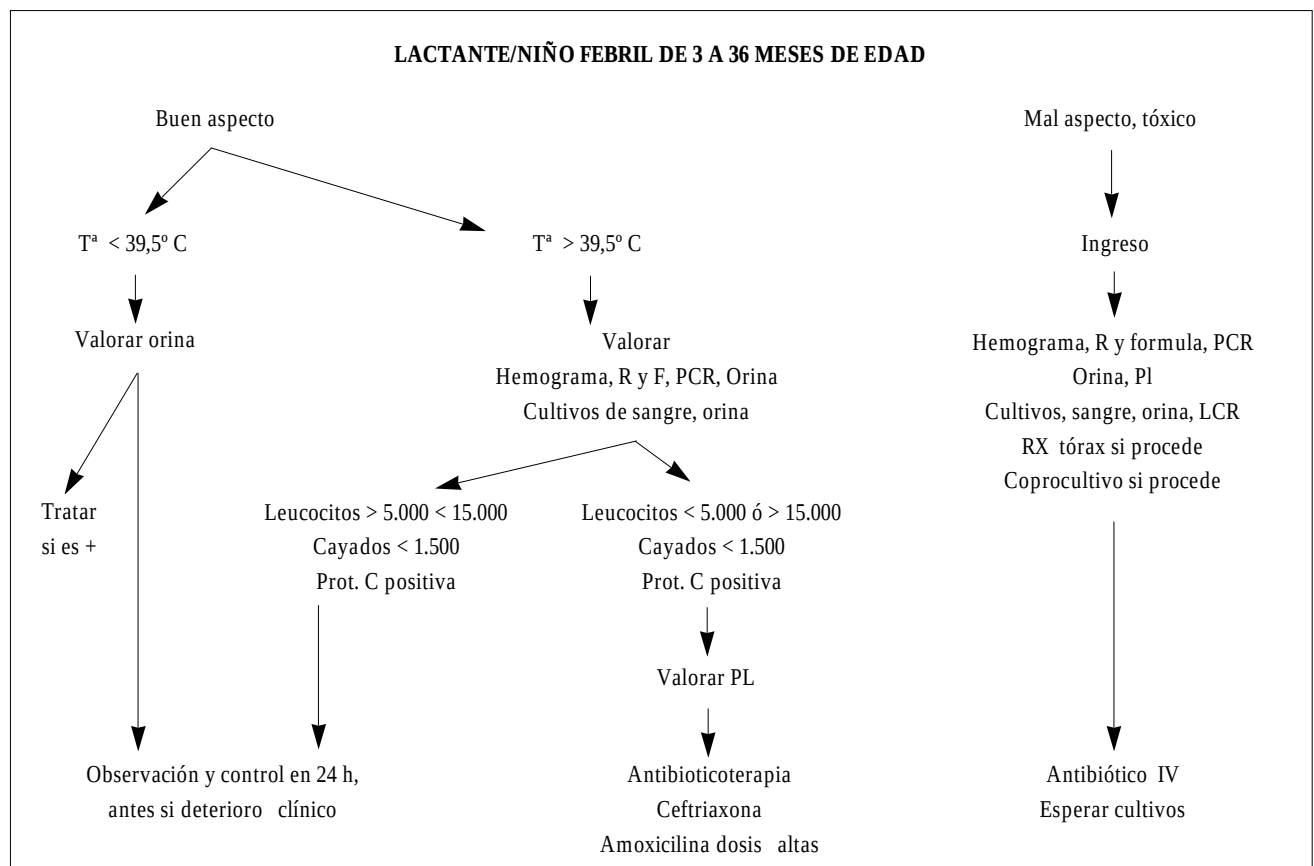


Figura 1. Algoritmo de actuación ante el lactante febril de 3 a 36 meses de edad.

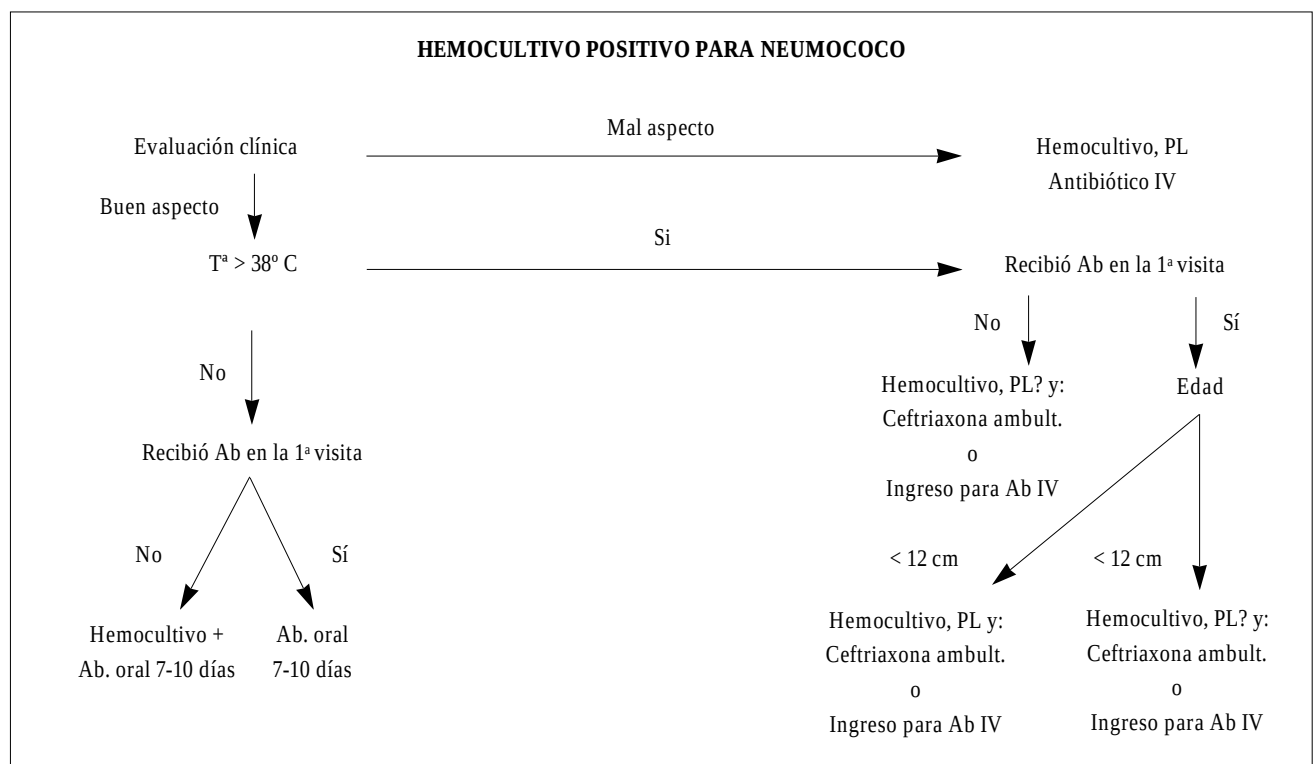


Figura 2. Algoritmo de actuación frente a infección por neumococo.

más de 2.500 lactantes con fiebre sin foco para prevenir, teóricamente, un caso de meningitis^(3,9). Por tanto la ventaja de administrar antibióticos a la espera de los resultados es pequeña y debe ser cotejada con otros factores como los costes. Es preciso, pues, sopesar los beneficios y los costes de un tratamiento generalizado: costes asociados al discomfort del paciente al obtener los análisis al inicio y en la reevaluación posterior, costes asociados al antibiótico, gran riesgo de incrementar resistencias bacterianas así como otros efectos secundarios (anafilaxia...), etc. Asimismo es preciso tener en consideración los costes de hospitalización si se emplean otras estrategias.

Teniendo en cuenta todos estos hechos nos parece que esta propuesta (Fig. 1) de manejo puede ser una aproximación razonable a lo que debe ser la atención al lactante febril de 3-36 meses de edad, con buen estado general y que no presenta un foco infeccioso claro^(8,10). Si la temperatura es menor de 39,5° C no serían necesarios análisis de laboratorio salvo el de orina, porque el riesgo de bacteriemia es menor del 1% (grado de recomendación A).

Si la Tª es mayor de 39,5° C hay que hacer hemograma completo, hemocultivo y análisis de orina. En este supuesto caben dos opciones: a) si la cifra de leucocitos es menor de 15.000, y la de cayados menor de 1.500 con una PCR negativa (< 30 ó según cifras de laboratorio), control ambulatorio sin tratamiento garantizando una reevaluación a las 24 h (grado de recomendación B); b) si la cifra de leucocitos es mayor de 15.000 y, sobre todo, si hay más de 1.500 cayados (también una cifra mayor de 10.000 neutrófilos aumenta el riesgo de bacteriemia neumocócica), además de

una PCR positiva (> 30 ó según cifras de laboratorio) administrar tratamiento antibiótico empírico (ceftriaxona IM a 50 mg/kg, o amoxicilina a 80-90 mg/kg), siempre después de la recogida de muestras para cultivo y nunca antes (grado de recomendación B).

Es fundamental el seguimiento y valoración de estos pacientes a las 24 y 48 horas; sin esta condición no se puede aconsejar el tratamiento ambulatorio y se debe decidir el ingreso.

Posteriormente todo niño con hemocultivo positivo debe ser cuidadosamente reevaluado y estar atento a las posibles complicaciones. Dada la baja incidencia de complicaciones no es preciso el ingreso. Si la sensibilidad del organismo es conocida hay que tratar en consecuencia. No son necesarios hemocultivos repetidos de control si el paciente tiene buen estado general y se encuentra afebril ya que la probabilidad de que persista la bacteriemia es baja, pero si tiene mal aspecto o fiebre hay que repetir el estudio, incluyendo punción lumbar, e ingresar. En la Figura 2 queda expresada la reciente propuesta de Bachur⁽¹¹⁾.

En un futuro no muy lejano podremos disponer de una vacuna conjugada anti-neumocócica altamente efectiva que, con toda probabilidad, hará que tengamos que revisar estas pautas de actuación.

Aunque continúa el debate entre los partidarios de estrategias más o menos agresivas en el manejo del lactante febril hemos intentado revisar los aspectos más relevantes del problema con el fin de orientar nuestra actitud práctica delante del enfermo que, como siempre, deberá ser individualizada y en función de las circunstancias en las que nos vayamos a desenvolver.

BIBLIOGRAFÍA

- Schuchat A, Robinson K, Wengwr J et al. Bacterial meningitis in the United States in 1995. *N Engl J Med* 1997; **337**:970-6.
- Kuppermann N, Fleisher GR, Jaffe DM. Predictors of occult pneumococcal bacteriemia in young febrile children. *Ann Emerg Med* 1998; **31**:679-687.
- Rothrock SG, Harper MB, Green SM et al. Do oral antibiotics prevent meningitis and serious bacterial infections in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia? A meta-analysis. *Pediatrics* 1997; **99**:438-444.
- Baraff LJ, Oslund S, Prather M. Effect of antibiotic therapy and etiologic microorganism on the risk of bacterial meningitis in children with occult bacteriemia (see comments). *Pediatrics* 1993; **92**:140-143.
- Harper MB, Bachur R, Fleisher GR. Effect of antibiotic therapy on the outcome of outpatients with unsuspected bacteriemia. *Pediatr Infect Dis J* 1995; **14**:760-767.
- Bass JW, Steele RW, Wittler RR et al. Antimicrobial treatment of occult bacteremia. A multicenter cooperative study. *Pediatr Infect Dis J* 1993; **12**:466-473.
- Fleisher GR, Rosenberg N, Vinci R et al. Intramuscular versus oral antibiotic therapy for the prevention of meningitis and other bacterial sequelae in young febrile children at risk for occult bacteriemia (see comments). *J Pediatr* 1994; **124**: 504-512.
- Kramer MS. The young febrile Child: evidence-based diagnostic and therapeutic strategies. *Em Med Prac* 2000; **7**(2), 1-22.
- Rothrock SG, Green SM, Harper MB et al. Parenteral vs oral antibiotics in the prevention of serious bacterial infections in children with *Streptococcus pneumoniae* occult bacteremia: A meta-analysis. *Acad Emerg Med* 1998; **5**:599-606.
- Kupperman N. Occult bacteremia in young febrile children. *Pediatric Clinics of North America* 1999; **46**(6): 1073-1109.
- Bachur R, Harper MB. Reevaluation of outpatients with *Streptococcus pneumoniae* bacteremia. *Pediatrics* 2000; **105**(3):502.