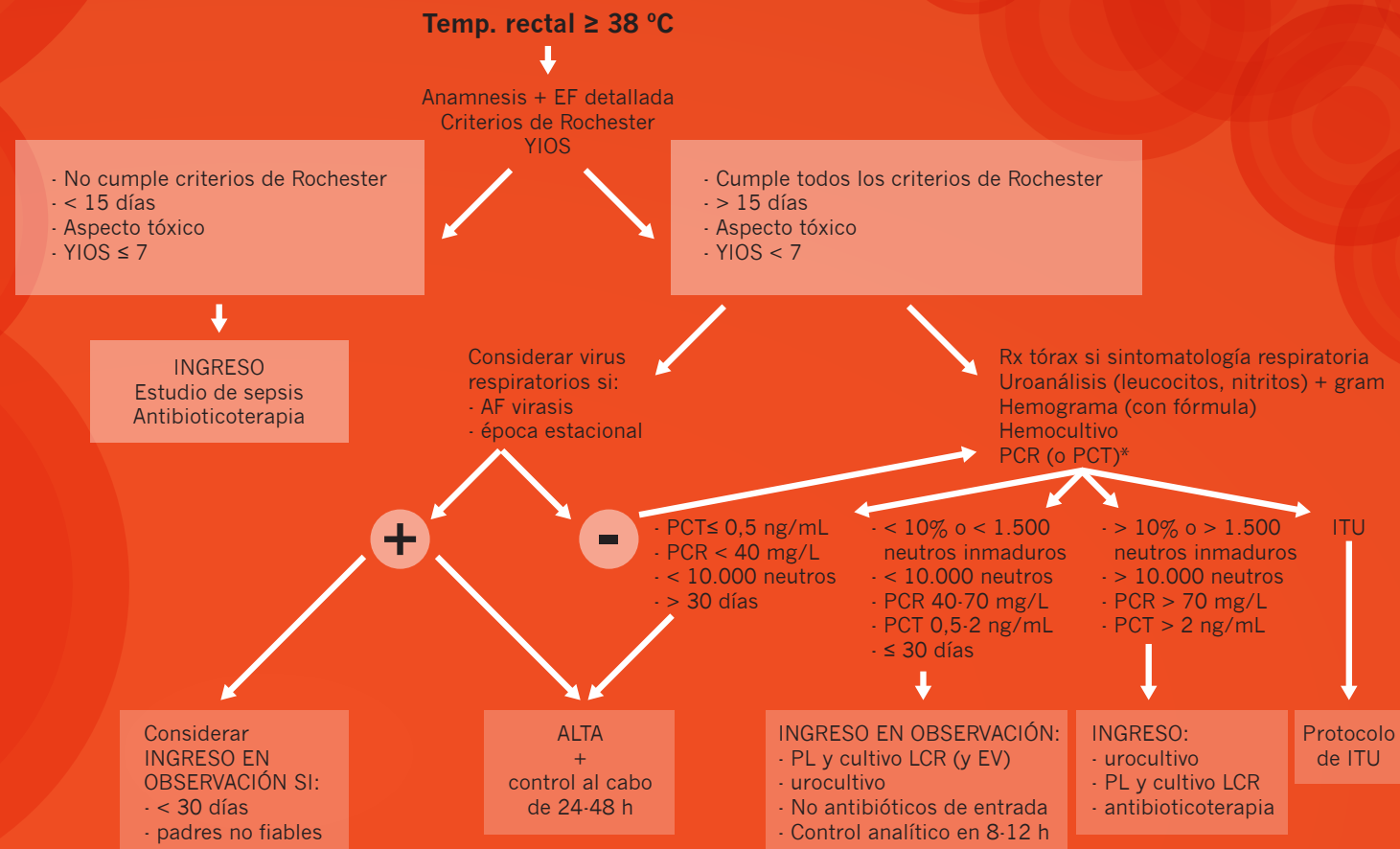


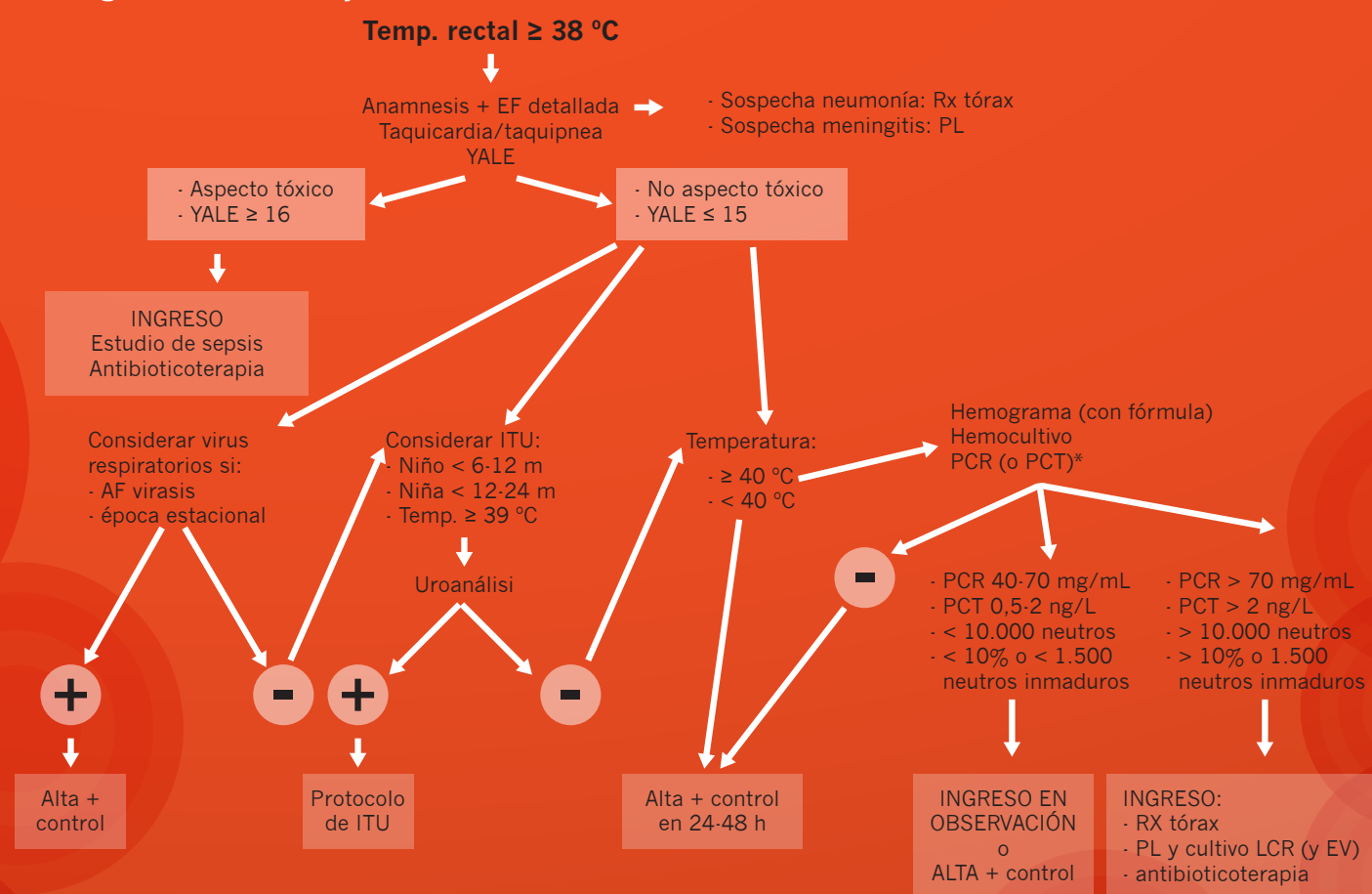
Algoritmo del manejo de fiebre de corta evolución con lactante de menos de tres meses



- Los valores de la PCR y la PCT son orientativos, ya que hasta ahora no se han validado convenientemente.

C.Rodrigo; Méndez. Fiebre sin foco. En Protocolos de Infectología. Edita Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Infectología Pediátrica. 2009; 39-46. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5.0.pdf> (último acceso 25 de marzo de 2011)

Algoritmo del manejo de fiebre de corta evolución con lactante de tres meses a tres años



- Los valores de la PCR y la PCT son orientativos, ya que hasta ahora no se han validado convenientemente.

C.Rodrigo; Méndez. Fiebre sin foco. En Protocolos de Infectología. Edita Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Infectología Pediátrica. 2009; 39-46. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5.0.pdf> (último acceso 25 de marzo de 2011)



Recomendaciones sobre el empleo de antimicrobianos ante la sospecha o confirmación de bacteriemia

Elaborado por:

Dr. T. Santillana (Medicina Interna), Dr. F.J. Candel González* (Microbiología Clínica), Dr. F. González Romo* (Microbiología Clínica), Dra. P. Merino Amador (Microbiología Clínica), Dr. J. A. Herrero (Nefrología), Dra. B. García Paredes (Oncología), Dr. R. Martínez (Hematología), Dra. M. Nieto (Intensivos), Dr. E. Martín Antona* (Cirugía), Dr. A. Bodas* (Pediatría), Dra. M. Cerrillo (Hospitalización a domicilio).

*Comisión de Profilaxis y Política de Antibióticos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.



XXXXXXXXXX

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EMPÍRICO DE PACIENTE CON SOSPECHA DE BACTERIEMIA

Primera valoración (origen, gravedad, comorbilidad)

Origen Comunitario	Gravedad	Comorbilidad
Asociada a cuidados sanitarios Nosocomial	Estable hemodinámicamente (sepsis) Inestable hemodinámicamente (sepsis grave/shock)	Hematooncológico Inmunosupresión clínica o terapéutica (trasplante, VIH, esteroides, etc.) Diabetes mellitus, EPOC, IRC, hepatopatía

Segunda valoración (foco, ubicación, toma de muestras)

Foco Conocido/Desconocido	Ubicación del paciente	Toma de muestras
	Planta de hospitalización Precisa soporte hemodinámico (UCI)	Hemocultivo, urocultivo, muestras respiratorias, LCR, etc.

Parámetros clínicos que sugieren bacteriemia (han de concurrir más de uno). En el paciente hospitalizado: temperatura > 38,3 °C, comorbilidad mayor, tiritonas, abdomen agudo, administración de fármacos por vía IV o dispositivo IV. **Pacientes de la comunidad:** sepsis con afectación de órgano o sistema, portador de un dispositivo intravascular o prótesis, fiebre asociada a caída de la hemopoyesis, alteración de la función renal, de la coagulación, alteraciones de la glucemia no explicadas, elevación de la procalcitonina o la lactacidemia. **Recomendaciones sobre la extracción de hemocultivos:** la recomendación es extraer 2-3 sets (1 set = 1 botella aeróbica + 1 botella anaeróbica) por episodio bacteriémico antes del tratamiento antibiótico. Se deben extraer de sitios distintos, en condiciones de asepsia (limpiando la piel y los tapones de las botellas con alcohol de 70°, aplicando alcohol iodado sobre la piel 1-2 min y si es posible sin volver a palpar la zona de punción). La cantidad recomendada de sangre es de 10 ml por botella. El tiempo recomendado entre las extracciones de los sets varía de 15 min a 2 horas, aunque en situaciones de sepsis se puede reducir a 5-10 minutos.

Tercera valoración (terapia empírica)

Origen desconocido	Adquirida en la comunidad Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	Asociada a cuidados sanitarios Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona ó ertapenem. Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina+ (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam)
	Adquisición nosocomial Con sepsis (paciente estable): cefepima ó imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam. Con sospecha <i>Staphylococcus</i> spp. oxacilin resistentes añadir vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min emplear daptomicina). Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) ±, antifúngico

Origen conocido Comunitario	Respiratorio Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ceftriaxona + levofloxacino
	Abdominal Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico; ceftriaxona + metronidazol Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	Urinario Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	SNC: Ceftriaxona Otros: Ajustar a flora habitual

Origen conocido Sociosanitario o nosocomial	Respiratorio Con sepsis (paciente estable): cefepima ó imipenem ó meropenem Con sepsis grave/shock séptico (inestable): linezolid+ (cefepima ó imipenem ó meropenem)
	Abdominal Con sepsis (paciente estable): ertapenem ó amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona (ciprofloxacino en alérgicos)+metronidazol Con sepsis grave/shock séptico (inestable): imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam
	Urinario Con sepsis (paciente estable): ertapenem ó amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam ± vancomicina (si riesgo Grampositivos resistentes) pudiendo añadir tobramicina ó amikacina (3-5 días)
	Catéter central con o sin reservorio Con sepsis (paciente estable): vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min ó dispositivo intravascular emplear daptomicina). Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) (desescalando con CMI). (Se recomienda la retirada del catéter)
	SNC: cefepime ó meropenem ± vancomicina ó linezolid

Poblaciones especiales	Pacientes en hemodiálisis Con sepsis (paciente estable): vancomicina Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina + meropenem ó piperacilina-tazobactam. Reevaluar a los 3 días
	Pacientes con TOS, TMO, hematooncológicos o con inmunosupresión clínica o terapéutica Con sepsis (paciente estable): cefepima, ó imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) ±, antifúngico. Reevaluar a los 3 días
	Sospecha de infección por Gram+ Con sepsis (paciente estable): vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min ó dispositivo intravascular emplear daptomicina) Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina Con sepsis grave e infiltrado en Rx: linezolid

Tan importante como el tratamiento antimicrobiano es la fluidoterapia que se debe iniciar también de forma precoz e intensa. Puede ser necesario iniciar soporte vasoactivo si existe refractariedad a una fluidoterapia adecuada

Cuarta valoración (seguimiento)

Infección por Grampositivos	Hemocultivos a las 72 horas El Departamento de Microbiología Clínica facilitará la CMI del microorganismo aislado Ecocardiograma y fondo de ojo en pacientes con cardiopatía estructural predisponente
Infección por Gramnegativos	Solicitar al Servicio de Microbiología la CMI del aislado para optimizar el tratamiento en paciente inestable o con bacteriemia recurrente