Lactante febril de 8 a 90 días: buen o mal aspecto, estudios por edad, punción lumbar, marcadores inflamatorios, antibiótico empírico y seguimiento

Pauta principal: guía de práctica clínica de la American Academy of Pediatrics (AAP) 2021 para el lactante febril de buen aspecto de 8 a 60 días. Complementos: guía NICE NG143 (2019, actualizada en 2021), documento de consenso del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), regla PECARN (2019) y su validación en ≤28 días (2026), regla para 61–90 días (2025), aclaración sobre marcadores (2023) y sus validaciones (2025), declaraciones de la Canadian Paediatric Society (CPS) sobre el lactante febril (actualizada en 2026) y el VHS neonatal (actualizada en 2025) y serie de neonatos con influenza (2025). Dosis, intervalos y contraindicaciones: fichas técnicas de la FDA (ampicilina, gentamicina, cefotaxima, ceftriaxona, aciclovir, vancomicina y paracetamol) y, para meningitis, la dosis de la guía, señalada. **Alcance:** 8 a 90 días. Los de ≤7 días quedan fuera de la vía AAP (manejo completo con ingreso); también el prematuro (salvo ajustes de dosis), el inmunodeprimido y la infección focal evidente.

v1.1 · 12 de noviembre de 2026 · Revisión clínica por médico del equipo editorial y verificación independiente contra las fuentes citadas

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Mal aspecto o TEP alterado: trata ya.** Estabiliza (ABCDE), hemocultivo y antibiótico parenteral inmediato, sin esperar estudios; la punción lumbar, tras estabilizar. La vía AAP no aplica.[5,6]
- **La vía AAP es solo para** lactantes de término (37 a <42 semanas), de 8 a 60 días, de buen aspecto, con temperatura rectal ≥38.0 °C en las últimas 24 h y sin criterios de exclusión. **Si dudas de que tenga buen aspecto, no la apliques.**[1]
- **8–21 días:** examen de orina por sondeo o punción suprapúbica, hemocultivo, punción lumbar, antibiótico parenteral y hospitalización para todos **[AAP KAS 1, 2, 4, 5: grado A, fuerte; KAS 6: grado B, moderada]**.[1]
- **22–28 días:** los marcadores inflamatorios deciden la punción lumbar: si alguno está alterado, hazla **[AAP KAS 11b, grado C, moderada]**; si todos son normales, es opcional si ya se obtuvieron hemocultivo y urocultivo y el lactante queda hospitalizado, y se decide con la familia **[AAP KAS 11a, grado C, moderada]**. Sin LCR, no va a casa **[KAS 13b]**.[1]
- **29–60 días con examen de orina negativo y marcadores normales:** sin punción lumbar ni antibiótico, en casa, con revaloración en 24 h **[AAP KAS 18b, 19d, 20c: grado B, moderada]**.[1]
- **Marcadores alterados (AAP), según la estrategia: con PCT:** PCT >0.5 ng/mL o RAN >4000/mm³; **sin PCT:** PCR >20 mg/L, RAN >5200/mm³ o T máx >38.5 °C. No mezcles cortes entre estrategias. Sugieren riesgo; **un valor normal no lo excluye**.[1,15]
- **Ceftriaxona en ≤28 días, según la ficha:** no con hiperbilirrubinemia ni si necesita o puede necesitar calcio IV; contraindicada en prematuros hasta 41 semanas de edad posmenstrual. Alternativa: cefotaxima.[10,11]
- **Riesgo de VHS** (vesículas, convulsiones, hipotermia, pleocitosis con tinción de Gram sin bacterias, ALT alta, leucopenia, trombocitopenia o lesiones o fiebre materna periparto): estudios de VHS y aciclovir 20 mg/kg c/8 h.[1,12]
- **Virus respiratorio positivo en ≤28 días: misma conducta** que si fuera negativo. **61–90 días:** fuera de la guía AAP; la CPS pide al menos EGO y urocultivo y permite la estratificación de 29–60 días; la regla de 2025 aún no tiene validación prospectiva.[1,4,18]

>10 %
de los lactantes febriles de 8 a 60 días tienen ITU; bacteriemia, <2 %, y meningitis bacteriana, <0.5 % (AAP)[1]

5.3 % → 1.6 %
de bacteriemia entre la 2.ª y la 4.ª semana de vida en un estudio prospectivo de PECARN con 4778 lactantes: el riesgo cae con la edad[1]

20 %
de los lactantes febriles con meningitis bacteriana tenían procalcitonina <0.5 ng/mL: ningún marcador aislado descarta[1]

Cómo leer las recomendaciones: AAP 2021: cada recomendación (*key action statement*, KAS) lleva calidad de la evidencia (grado A–C) y fuerza (fuerte, moderada o débil): **[AAP KAS 7a, grado B, fuerte]**. NICE NG143 no gradúa; se cita con su número de recomendación: **[NICE 1.5.4]**. El documento de la SEUP es un consenso sin graduación: (SEUP); las declaraciones de la CPS se citan como (CPS). Las fichas técnicas de la FDA no gradúan: se citan con su número; **mandan en contraindicaciones y topes de seguridad; en indicaciones concretas (meningitis) se usa la dosis de la guía, señalada**. **Dato del artículo** señala cifras de estudios, no recomendaciones; se indica si el estudio es de derivación o de validación, prospectivo o retrospectivo. **Siglas:** IBI, infección bacteriana invasiva (bacteriemia o meningitis bacteriana); ITU, infección del tracto urinario; EGO, examen general de orina (tira reactiva o microscopia); PSP, punción suprapúbica; PL, punción lumbar; LCR, líquido cefalorraquídeo; PCT, procalcitonina; PCR, proteína C reactiva (en sangre; «PCR de VHS» o «de enterovirus» indica reacción en cadena de la polimerasa); RAN, recuento absoluto de neutrófilos; TEP, triángulo de evaluación pediátrica; VHS, virus del herpes simple; ALT, alanina aminotransferasa; EG, edad gestacional; EPM, edad posmenstrual (EG + edad cronológica); VSR, virus sincitial respiratorio; IV, intravenoso; IM, intramuscular; VO, vía oral; ABCDE, secuencia vía aérea, respiración, circulación, neurológico, exposición; VPN, valor predictivo negativo; VPP, valor predictivo positivo; IC95 %, intervalo de confianza del 95 %; cfu, unidades formadoras de colonias; T máx, temperatura máxima.

Índice: Algoritmo p. 2–3 **1** Definiciones y epidemiología p. 4 **2** Evaluación inicial p. 5 **3** Conducta por edad (AAP) p. 6 **4** Marcadores y reglas de predicción p. 8 **5** VHS neonatal p. 9 **6** Antibiótico empírico p. 10 **7** ITU p. 11 **8** Situaciones especiales p. 12 **9** Dónde difieren p. 13 **10** Errores y casos p. 14 **11** Consulta rápida p. 15–16 Referencias p. 17

El algoritmo (1/2): mal aspecto, ¿aplica la vía AAP?, 8–21 y 22–28 días[1,5,6,8,10–12,15,18]

Pauta principal: AAP 2021, por edad. Mal aspecto: SEUP y NICE. Dosis: AAP y fichas FDA; meningitis: dosis de guía, señalada (fuente de cada dosis: sección 11). Diferencias: sección 9.

Mal aspecto, TEP alterado o algún signo rojo de NICE distinto de la edad (tabla 2), a cualquier edad ≤90 días: trata de inmediato

- ABCDE y acceso IV; oxígeno si hay shock o SpO_2 <92 %; shock o hipoperfusión: solución salina 0.9 % 10 mL/kg (NICE) a 20 mL/kg (SEUP) y reevalúa. Hemocultivo, biometría, PCR, PCT, EGO con Gram y urocultivo por sondeo; **no esperes resultados para el antibiótico**. PL tras estabilizar.[5,6]
- **8–28 días:** ampicilina 75 mg/kg c/6 h + cefotaxima 50 mg/kg c/6 h (CPS) + aciclovir 20 mg/kg c/8 h en 1 h. ≤7 días: protocolo neonatal (fuera de alcance).
- **29–90 días:** ceftriaxona 100 mg/kg/d (máx. 4 g/d; prematuro con EPM <41 sem: cefotaxima 45 mg/kg c/6 h) + vancomicina 20 mg/kg c/8 h + ampicilina 75 mg/kg c/6 h (NICE: siempre; SEUP: valorar); aciclovir si riesgo de VHS.

0 ¿Vía AAP?

Aplica si se cumple todo

- Buen aspecto (si dudas, no aplica)
- T rectal ≥38.0 °C en casa (últimas 24 h) o en consulta
- EG 37 a <42 semanas; 8–60 días; en casa tras el alta

No aplica: maneja de forma individual

- Prematuro; <2 semanas con fiebre, infección o antibiótico maternos periparto; sospecha alta de VHS (vesículas)
- Infección focal (celulitis, onfalitis, artritis, osteomielitis); bronquiolitis clínica
- Inmunodeficiencia; cirugía o infección neonatal; anomalía congénita o cromosómica; dependencia de tecnología; vacuna en las 48 h previas

1 8–21 días

Estudia, punciona, trata e ingresa a todos

- **EGO por sondeo o PSP**; urocultivo si el EGO es positivo [KAS 1, A, fuerte]
- **Hemocultivo** [KAS 2, A, fuerte]; marcadores opcionales [KAS 3, B, débil]
- **PL:** células, proteínas, glucosa, Gram y cultivo; enterovirus si hay pleocitosis o en temporada [KAS 4, A, fuerte]
- **Ingreso** con personal con experiencia en neonatos [KAS 6, B, moderada]
- **Sin meningitis:** ampicilina 50 mg/kg c/8 h + gentamicina 4 mg/kg c/24 h (o ceftazidima 50 mg/kg c/8 h) IV/IM [KAS 5, A, fuerte]
- **LCR sugestivo de meningitis:** ampicilina 75 mg/kg c/6 h (dosis de guía) + ceftazidima 50 mg/kg c/8 h o cefotaxima 50 mg/kg c/6 h (CPS); *E. coli* BLEE local: sección 6
- **Riesgo de VHS:** estudios de VHS + aciclovir 20 mg/kg c/8 h (EPM ≥34 semanas)
- Gentamicina: niveles con farmacia si se prolonga

2 22–28 días

EGO, hemocultivo y marcadores a todos [KAS 8, 9: A, fuerte; KAS 10: B, fuerte]

- Alterado **con PCT:** PCT >0.5 ng/mL o RAN >4000/mm³. **Sin PCT:** PCR >20 mg/L, RAN >5200/mm³ o T máx >38.5 °C

Hallazgo	PL	Antibiótico y lugar
Algún marcador alterado	**Hazla** [KAS 11b, C, moderada]	Hospital. LCR normal y EGO negativo: antibiótico parenteral opcional [KAS 12b, B, moderada]
EGO positivo	Según marcadores	**Parenteral en hospital** [KAS 12a, A, fuerte]; urocultivo por sondeo o PSP
Todo normal	Opcional si hay cultivos y queda ingresado; decisión compartida [KAS 11a, C, moderada]	LCR normal: casa con ceftriaxona parenteral y revaloración en 24 h [KAS 12d, 13a] u hospital, con o sin antibiótico [KAS 12c, B, débil]. **Sin LCR o no interpretable: hospital** [KAS 13b, B, débil]
LCR sugestivo de meningitis	—	Hospital; ampicilina 75 mg/kg c/6 h + ceftazidima 50 mg/kg c/8 h o cefotaxima 50 mg/kg c/6 h (CPS) [KAS 12a]

- **Sin meningitis:** ceftriaxona 50 mg/kg c/24 h IV (en 60 min) o IM. **No la uses** con hiperbilirrubinemia, calcio IV actual o previsto, o en prematuro con EPM <41 semanas: cefotaxima 50 mg/kg c/8 h
- **PL antes del antibiótico**: después, el LCR es difícil de interpretar (meningitis decapitada)

El algoritmo (2/2): 29–60 días, 61–90 días y suspensión a las 24–36 h[1,4–6,11,13,18,19]

3
29–60 días

EGO (bolsa o micción solo para tamizaje; urocultivo por sondeo o PSP), hemocultivo y marcadores (estrategias de 22–28 días) [KAS 15, A, fuerte; KAS 16, 17: B, moderada]

EGO · marcadores	PL	Antibiótico	Lugar y control
EGO – · normales	No [KAS 18b, B, moderada]	No [KAS 19d, B, moderada]	Casa; revaloración en 24 h [KAS 20c, B, moderada]
EGO + · normales	No [KAS 18b]	**VO** (LCR normal, si se obtuvo) [KAS 19c, B, fuerte]: cefixima 8 mg/kg c/24 h o cefalexina 50–100 mg/kg/d ÷ c/6 h	Casa con control en 12–24 h u hospital
Algún marcador alterado	Opcional [KAS 18a, C, débil]; enterovirus si pleocitosis o temporada	LCR normal: **puede** parenteral [KAS 19b, B, moderada], ceftriaxona 50 mg/kg c/24 h (figura AAP: o VO). **Sin LCR: parenteral**	Puede hospitalizarse [KAS 20b, B, moderada]; decisión compartida
LCR sugestivo de meningitis	—	Ceftriaxona 100 mg/kg/d (1 dosis o ÷ c/12 h; máx. 4 g/d) + vancomicina 20 mg/kg c/8 h [KAS 19a, A, fuerte]	Hospital [KAS 20a, A, fuerte]

- **Casa solo si** la familia tiene teléfono y transporte confiables, puede vigilar y volver, y acepta revaloración en 24 h; con barreras, hospital
- **Vancomicina:** ajusta por concentraciones con farmacia y vigila la función renal; suspéndela si se aísla un germen distinto de *S. pneumoniae*
- VHS (raro a esta edad): mismos factores de riesgo y estudios que en 8–21 días

4
61–90 días

Fuera de la guía AAP

- **CPS:** al menos EGO y urocultivo; puede aplicarse la estratificación de 29–60 días. Bajo riesgo o ITU aislada con buen aspecto: sin hospitalización, seguimiento en 24–48 h
- **NICE:** biometría, hemocultivo, PCR y orina a todo <3 meses; PL y antibiótico parenteral si tiene mal aspecto o leucocitos <5 o >15 × 10^9/L [NICE 1.5.3, 1.5.4, 1.5.6]
- **SEUP (>21 días):** EGO, Gram y urocultivo; biometría, PCR, PCT y hemocultivo; PCT ≥0.5 ng/mL: considera PL, antibiótico e ingreso

Reglas de bajo riesgo para esta edad

- Regla de 2025 (Aronson): derivada con validación interna, sin validación prospectiva (sección 4): **no la uses sola para dar de alta**
- Si se maneja en casa: revaloración en 24 h y signos de alarma por escrito

5
24–36 h

Suspende el antibiótico y da de alta si

- Cultivos negativos a las 24–36 h (o solo contaminantes), buen aspecto o mejoría y sin otra razón de ingreso ni otra infección que tratar [KAS 7a, 14a, 14b, 21a: B, fuerte]
- LCR con enterovirus y marcadores normales: puede suspenderse a las 24 h

Aciclovir (CPS)

- Suspende si la PCR de VHS en LCR (y en sangre o hisopos, si se enviaron) es negativa y la sospecha es baja. Sospecha alta (falsos negativos en 24–48 h): mantén y repite la PCR de LCR en las 72 h de iniciado, o completa 21 días
- **VHS confirmado:** piel, ojos o boca, 14 días IV; diseminado o SNC, mínimo 21 días IV y PCR de LCR al final

Si hay germen o foco

- Tratamiento dirigido por germen, sensibilidad y respuesta [KAS 7b, 14c, 21d: A, fuerte]
- **ITU 29–60 días** con hemocultivo y LCR negativos y buen aspecto: alta y completa VO [KAS 21b, 21c: B, fuerte]
- **Antipirético** solo si hay malestar (NICE): paracetamol IV 12.5 mg/kg c/6 h (≤28 días con EG ≥32 semanas; máx. 50 mg/kg/d) o 15 mg/kg c/6 h (29 días–2 años; máx. 60 mg/kg/d); las fuentes solo dan la vía IV. La respuesta no distingue gravedad

1 Definiciones, población y epidemiología[1,5,6]

DEFINICIONES

- **Fiebre (AAP):** temperatura rectal ≥38.0 °C medida en casa en las últimas 24 h o en un centro de salud. La SEUP la define como rectal >38 °C; un solo registro, en casa o en consulta, cuenta como episodio febril.[1,6]
- **Medición (NICE):** en <4 semanas, termómetro electrónico axilar; de 4 semanas a 5 años, axilar electrónico o de punto químico, o timpánico infrarrojo; no uses la vía oral ni la rectal de rutina [NICE 1.1.1–1.1.3]. La axilar da valores más bajos que la rectal (SEUP).[5,6]
- **Fiebre sin foco (SEUP):** <72 h de evolución, sin causa tras historia y exploración detalladas, en un lactante inmunocompetente sin enfermedad predisponente.[6]
- **IBI:** bacteriemia o meningitis bacteriana. La AAP desaconseja el término «infección bacteriana grave» porque mezcla la ITU, mucho más frecuente, con la IBI.[1]
- **Buen aspecto:** no hay una definición validada; depende de la experiencia del clínico y es más difícil antes de la sonrisa social. Hasta un cuarto de los lactantes se clasifican como «intermedios». La escala de Yale no fue útil a esta edad.[1]

POBLACIÓN DE LA GUÍA AAP Y EXCLUSIONES

- **Incluye:** buen aspecto; fiebre documentada como arriba; EG de 37 a <42 semanas; 8–60 días; en casa tras el alta del cunero o nacido en casa.[1]
- **Excluye:** prematuros (<37 semanas); <2 semanas con fiebre, infección o antibiótico maternos periparto; alta sospecha de VHS (p. ej., vesículas); infección bacteriana focal (celulitis, onfalitis, artritis séptica, osteomielitis); bronquiolitis clínica, con o sin VSR; inmunodeficiencia; curso neonatal con cirugía o infección; anomalías congénitas o cromosómicas; dependencia de tecnología o tratamiento continuo; vacunas en las 48 h previas.[1]
- **No excluyen:** síntomas respiratorios que no son bronquiolitis; diarrea (coprocultivo si se sospecha bacteria tratable); otitis media; virus positivo. El antibiótico actual o reciente en >2 semanas exige interpretar los resultados de forma individual.[1]

EPIDEMIOLOGÍA POR EDAD

EDAD	BACTERIEMIA	MENINGITIS BACTERIANA	OTROS DATOS
8–21 días	3.9–5.1 % de los febriles	0.5–1.3 %	IBI ≈2 % aun con EGO o marcadores normales (número necesario a tratar, 50). Bacteriemia en 20 % de los <28 días con ITU.[1]
22–28 días	1.6–5 %	0.4–0.6 %	Bacteriemia en 7.5–10 % de las ITU. Estudio PECARN de 4778 lactantes: bacteriemia de 5.3 % (2.ª semana), 3.3 % (3.ª) y 1.6 % (4.ª), sin diferencia con las semanas 5 y 6.[1]
29–60 días	1.1–2.2 %	0.12–0.32 %	Con RAN >4000/mm³ o PCT >0.5 ng/mL, bacteriemia de 3.2 %; con ambos normales, 0.2 % (subestudio PECARN).[1]
Global 8–60 días	<2 %	<0.5 %	**ITU en >10 %**; es la infección bacteriana más frecuente. Incidencia de fiebre en este grupo: 14 por 1000 nacidos de término sanos al año.[1]
<90 días (SEUP)	IBI 2–4 %		ITU en ≈20 % de los varones frente a ≈10 % de las niñas <90 días.[6]
61–90 días	IBI 2.0 % (bacteriemia 1.9 %, meningitis 0.1 %)		Cohorte retrospectiva de 4952 lactantes en 17 urgencias (PECARN).[4]

Las cifras por edad de la AAP provienen de estudios regionales y nacionales con rangos distintos; úsalas como orden de magnitud, no como riesgo individual.

GÉRMENES

- **Gramnegativos, 60–80 %** de las infecciones desde el año 2000 en <90 días. *E. coli* es el más frecuente: 70–90 % de las ITU, 30–60 % de las bacteriemias y 15–30 % de las meningitis.[1]
- **Estreptococo del grupo B:** menos frecuente en la primera semana por la profilaxis intraparto, pero aún >20 % de las bacteriemias después de la primera semana.[1]
- ***Listeria monocytogenes*:** rara en la actualidad.[1,6] Enterococo y otras enterobacterias, en el neonato (SEUP).[6]

VHS NEONATAL

- Incidencia poblacional de 2 a 5 por 100 000 neonatos; en 15 %, la fiebre es el único síntoma.[1]
- Raro en lactantes de buen aspecto, pero su reconocimiento y tratamiento tempranos son esenciales, sobre todo antes de los 21 días.[1]
- En la cohorte PECARN de 2019, 0.2 % tuvo VHS; los 3 casos con VHS en LCR tenían 10, 12 y 20 días.[2]

2 Evaluación inicial: aspecto, historia y exploración[1,5,6]

PRIMERO, EL ASPECTO: TEP (SEUP) Y SEMÁFORO (NICE)

- **TEP** (apariencia, respiración, circulación de la piel): el aspecto tóxico es el principal factor de riesgo de IBI. **TEP alterado: estabiliza con ABCDE, haz una evaluación diagnóstica amplia e inicia antibiótico empírico precoz.** Las alteraciones de frecuencia cardiaca o respiratoria en el triaje también justifican el abordaje ABCDE.[6]
- **NICE:** todo lactante <3 meses con ≥38 °C es de alto riesgo («rojo») [NICE 1.2.12]; por eso, para tratar de inmediato cuenta un signo rojo distinto de la edad; mide y registra temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria [NICE 1.5.2].[5]

DOMINIO	ROJO: ALTO RIESGO (NICE, TABLA 2)	ÁMBAR: RIESGO INTERMEDIO
Color	Pálido, moteado, ceniciento o azul	Palidez referida por los padres
Actividad	No responde a estímulos sociales; parece enfermo a un profesional; no despierta o no se mantiene despierto; llanto débil, agudo o continuo	No responde normalmente; sin sonrisa; despierta solo con estímulo prolongado; menos activo
Respiratorio	Quejido; FR >60/min; tiraje moderado o grave	Aleteo nasal; SpO_2 ≤95 % al aire; crepitantes
Circulación e hidratación	Turgencia cutánea disminuida	FC >160/min (<12 meses); llenado capilar ≥3 s; mucosas secas; mala alimentación; menos diuresis
Otros	**Edad <3 meses con ≥38 °C**; exantema que no blanquea; fontanela abombada; rigidez de nuca; estado epiléptico; focalidad neurológica; crisis focales	Fiebre ≥5 días; escalofríos; tumefacción de una extremidad o articulación; no la usa

Algunas vacunas inducen fiebre en <3 meses (NICE). Tras un antipirético, no uses la caída de la temperatura, o su ausencia, para distinguir enfermedad grave de leve [NICE 1.4.8].[5]

HISTORIA DIRIGIDA

- **Perinatal:** EG, fiebre o infección materna periparto, antibiótico intraparto, estreptococo del grupo B, lesiones genitales de VHS o fiebre materna de 48 h antes a 48 h después del parto.[1]
- **Fiebre:** cómo y dónde se midió, cifra máxima (>38.5 °C cuenta como marcador alterado en 22–60 días solo en la estrategia sin PCT) y horas de evolución (la PCT puede ser normal en las primeras horas).[1]
- **Exposiciones:** antibiótico previo, vacunas en 48 h, contactos con virus respiratorios, temporada de enterovirus.[1]
- **Contexto familiar:** teléfono, transporte, capacidad de vigilar y volver; define si el manejo en casa es posible.[1]

EXPLORACIÓN: BUSCA FOCO Y SIGNOS DE VHS

- Piel y mucosas (vesículas, úlceras, exantema), ombligo, articulaciones y extremidades, fontanela, tono y conducta.[1,5]
- **Signos que sugieren VHS:** vesículas, convulsiones, hipotermia, úlceras de mucosas.[1]
- **Foco bacteriano** (celulitis, onfalitis, artritis, osteomielitis): sale de la vía AAP; trata según el foco.[1]
- **Otitis media:** no saca al lactante de la vía. **Bronquiolitis clínica:** sí.[1]

CUÁNDO NO APLICA LA VÍA AAP

- Mal aspecto o duda sobre el aspecto; cualquier criterio de exclusión (sección 1); edad ≤7 días o >60 días.[1]
- **Qué hacer entonces:** mal aspecto, como en el recuadro rojo del algoritmo. ≤7 días: la AAP los excluye por su riesgo y gérmenes distintos (infección de inicio temprano); NICE y SEUP los manejan con estudio completo, PL y antibiótico parenteral [NICE 1.5.4, 1.5.6]. 61–90 días: CPS, NICE o SEUP (algoritmo, paso 4).[1,5,6,18]

3 Conducta por edad (AAP 2021)[1]

Las tres vías parten de un lactante de buen aspecto que cumple los criterios de inclusión. **EGO positivo (AAP):** cualquier esterasa leucocitaria en tira, >5 leucocitos/campo en orina centrifugada o >10 leucocitos/mm³ sin centrifugar. **Marcadores alterados, por estrategia:** con PCT, PCT >0.5 ng/mL o RAN >4000/mm³; sin PCT, PCR >20 mg/L, RAN >5200/mm³ o T máx >38.5 °C (sección 4). Dosis: sección 6 y consulta rápida.

8 A 21 DÍAS: ESTUDIO COMPLETO Y TRATAMIENTO PARA TODOS

PASO	CONDUCTA	POR QUÉ
Orina	EGO por sondeo o PSP; urocultivo si el EGO es positivo **[KAS 1, grado A, fuerte]**. Si los padres rechazan el sondeo, ofrece PSP	94 % de las ITU tienen esterasa positiva; el cultivo con EGO negativo detecta sobre todo bacteriuria asintomática o contaminación
Sangre	Hemocultivo **[KAS 2, grado A, fuerte]**; marcadores opcionales **[KAS 3, grado B, débil]**	Los marcadores no cambian la decisión inicial; pueden ayudar a decidir la suspensión
LCR	PL: células, proteínas, glucosa, Gram y cultivo **[KAS 4, grado A, fuerte]**; enterovirus si hay pleocitosis o en temporada; VHS si hay riesgo	Meningitis 0.5–1.3 %; un LCR normal ayuda a dar de alta a las 24–36 h
Antibiótico	Parenteral para todos **[KAS 5, grado A, fuerte]**	IBI ≈2 % aun con EGO y marcadores normales
Lugar	Hospital con personal con experiencia en neonatos **[KAS 6, grado B, moderada]**	Vigilancia de cambios clínicos
Suspender	Cultivos negativos a las 24–36 h, PCR de VHS negativa si se envió, buen aspecto o mejoría y sin otra razón de ingreso **[KAS 7a, grado B, fuerte]**. Germen: tratamiento dirigido **[KAS 7b, grado A, fuerte]**	4–17.6 % de los patógenos tardan >24 h en crecer y 0–9 %, >36 h (*E. coli*: 24 % >24 h). LCR con enterovirus: puede observarse sin antibiótico, pero en hospital ≥24 h (riesgo de sepsis por enterovirus en <21 días)

22 A 28 DÍAS: LOS MARCADORES DECIDEN LA PUNCIÓN LUMBAR

PASO	CONDUCTA	MATIZ
Orina	EGO por sondeo o PSP, con urocultivo si es positivo; o EGO en bolsa o micción espontánea o estimulada y, si es positivo, urocultivo por sondeo o PSP **[KAS 8, grado A, fuerte]**	En la vía AAP, urocultivo por sondeo o PSP; la AAP no recomienda cultivar orina de bolsa ni de micción por falsos positivos; la CPS acepta recogida limpia («clean catch») como alternativa; nunca bolsa

PASO	CONDUCTA	MATIZ
Sangre	Hemocultivo [KAS 9, grado A, fuerte] y marcadores [KAS 10, grado B, fuerte]: con PCT, PCT + RAN; sin PCT, PCR + RAN y T máx	Con EGO negativo, los marcadores normales apoyan no puncionar
LCR	**Algún marcador alterado: PL** [KAS 11b, grado C, moderada; la tabla 1 de la AAP dice B]. Todos normales: la PL es opcional si se obtuvieron cultivos de sangre y orina y el lactante está hospitalizado [KAS 11a, grado C, moderada]; decide con la familia	Haz la PL antes del antibiótico; si se difiere y se inicia antibiótico, se asume el riesgo de meningitis decapitada
Antibiótico y lugar	Parenteral en hospital si el LCR sugiere meningitis o el EGO es positivo [KAS 12a, grado A, fuerte]. LCR y EGO normales con marcador alterado: parenteral en hospital es opción [KAS 12b, grado B, moderada]. Todo normal: parenteral aun en el hospitalizado es opción [KAS 12c, grado B, débil]; si se maneja en casa, **siempre con antibiótico parenteral** [KAS 12d, grado C, moderada]	En «sin foco», la AAP acepta observar sin antibiótico tras discutir riesgos y beneficios con la familia (nota de su tabla 3)
Casa	Solo si EGO normal, marcadores normales, LCR normal o con enterovirus, instrucciones verbales y escritas, revaloración en 24 h y plan ante cambios [KAS 13a, grado B, moderada]. **Sin LCR o no interpretable: hospital** [KAS 13b, grado B, débil]	Signos de alarma: color oscuro, dificultad respiratoria, letargo, irritabilidad, llanto inconsolable, rechazo del alimento, vómito
Suspender	Cultivos negativos a las 24–36 h y buen aspecto [KAS 14a, 14b: grado B, fuerte]; germen: dirigido [KAS 14c, grado A, fuerte]	LCR con enterovirus: puede suspenderse y dar de alta a las 24 h si cumple criterios de casa

29 A 60 DÍAS: SIN PL NI ANTIBIÓTICO SI TODO ES NORMAL

PASO	CONDUCTA	MATIZ
Orina	EGO en bolsa o micción espontánea o estimulada; si es positivo, urocultivo por sondeo o PSP. O EGO y cultivo por sondeo o PSP [KAS 15, grado A, fuerte]	La estimulación vesical y lumbar logra muestra de chorro medio en una mediana de 45 s. En la vía AAP, urocultivo por sondeo o PSP; la AAP no recomienda cultivar orina de bolsa ni de micción por falsos positivos; la CPS acepta recogida limpia («clean catch») como alternativa; nunca bolsa
Sangre	Hemocultivo [KAS 16, grado B, moderada] y marcadores [KAS 17, grado B, moderada]	Misma estrategia y umbrales que en 22–28 días
LCR	Marcadores normales: no hace falta [KAS 18b, grado B, moderada]. Algún marcador alterado: opcional, con enterovirus si hay pleocitosis o en temporada [KAS 18a, grado C, débil]	Con prevalencia de meningitis de 0.25 % y una regla con sensibilidad de 90 %, el riesgo de no detectarla sería 0.025 %
Antibiótico	LCR sugestivo de meningitis: parenteral [KAS 19a, grado A, fuerte]. Marcador alterado y LCR normal: **puede darse parenteral** [KAS 19b, grado B, moderada] (figura 3: también VO). Sin LCR: **parenteral**. EGO positivo con marcadores todos normales y LCR normal si se obtuvo: VO [KAS 19c, grado B, fuerte]. EGO negativo y marcadores normales: ninguno [KAS 19d, grado B, moderada; 20e, grado C, moderada]	PL intentada sin LCR obtenible o interpretable: la AAP no tiene datos suficientes: observar y repetir estudios, o antibiótico y revalorar en 24 h, o PCR múltiple si el LCR es hemático o hubo antibiótico
Lugar	LCR anormal: hospital [KAS 20a, grado A, fuerte]. Algún marcador alterado: puede hospitalizarse [KAS 20b, grado B, moderada], con decisión compartida. EGO negativo y marcadores normales: casa con educación a los padres y revaloración en 24 h [KAS 20c, grado B, moderada]; sin LCR interpretable, casa sin antibiótico si EGO y marcadores son normales y pueden volver [KAS 20d, grado B, moderada]	La mayoría con marcadores y EGO negativos puede observarse en casa; ante barreras para el seguimiento, hospital
Suspender y alta	Cultivos negativos a las 24–36 h, buen aspecto y sin otra infección que tratar [KAS 21a, grado B, fuerte]. ITU con hemocultivo y LCR negativos: alta y VO [KAS 21b, 21c: grado B, fuerte]; germen: dirigido [KAS 21d, grado A, fuerte]	—

4 Marcadores inflamatorios y reglas de predicción[1–4,6,15–18]

En **8–21 días** los marcadores son opcionales **[KAS 3, grado B, débil]**; en **22–60 días** se recomiendan **[KAS 10, grado B, fuerte; KAS 17, grado B, moderada]**, con PCT si está disponible. La AAP propone **dos estrategias según haya o no PCT**; cada corte va con su estrategia: no los mezcles. **Ningún marcador aislado es fiable**: se combinan con el EGO, la edad y la clínica.[1,15]

ESTRATEGIA	ALTERADO SI	NOTA
Con PCT (PCT + RAN)	PCT >0.5 ng/mL o RAN >4000/mm³	El corte de 4000 va con la PCT y el EGO. Si la PCT es normal, la altura de la fiebre no debe guiar PL, antibiótico ni ingreso: añadirla baja la especificidad.[15]
Sin PCT (PCR + RAN + T máx)	PCR >20 mg/L, RAN >5200/mm³ o T máx >38.5 °C	AAP: si no hay PCT, obtén RAN y PCR, y una T >38.5 °C se considera alterada. El corte de 5200 va con la temperatura y el EGO.[1,15]

MARCADOR	ALTERADO (AAP)	QUÉ APORTA Y QUÉ NO
Procalcitonina	>0.5 ng/mL	El mejor marcador disponible y el que antes se eleva; en un estudio francés de 15 urgencias, AUC 0.91 frente a 0.77 de la PCR y 0.61 del RAN. Pero **20 % de los lactantes con meningitis bacteriana tenían PCT <0.5 ng/mL** y puede ser normal en las primeras horas de fiebre: no la uses sola.[1] SEUP: el parámetro más específico de infección bacteriana en <90 días; punto de corte 0.5 ng/mL.[6]
PCR	>20 mg/L	Más exacta que leucocitos o RAN para bacteriemia y meningitis; útil cuando no hay PCT; disponible en punto de atención.[1] SEUP: >20 mg/L aumenta el riesgo de IBI, con menor rendimiento que la PCT.[6]
RAN	Con PCT: >4000/mm³. Sin PCT: >5200/mm³	Los dos cortes proceden de estudios distintos (PECARN, >4090, con PCT; FYIRC, ≥5185, sin PCT ni PCR), no de grupos de edad: cada uno va con su estrategia.[1,15] Menos exacto que los marcadores nuevos: en lactantes con meningitis, 39 % tenía RAN <4000. Un RAN <1000 debe hacer pensar en sepsis en los más pequeños.[1] SEUP usa >10 000/µL en <90 días.[6]
Temperatura	T máx >38.5 °C (estrategia sin PCT)	Predice IBI combinada con otros datos, pero 30 % de los lactantes con IBI tuvieron un máximo ≤38.5 °C.[1] Con PCT disponible no es criterio independiente.[15]
Leucocitos totales	No se usan	La AAP no recomienda estratificar con leucocitos: en un estudio, 9 de 15 IBI mal clasificadas tenían leucocitos «normales» (5000–15 000/mm³).[1] SEUP: ni leucocitosis ni leucopenia son útiles en <3 meses.[6] NICE sí los usa para decidir PL y antibiótico en 1–3 meses (<5 o >15 × 10^9/L).[5]

Cómo leer un marcador: un valor alterado sugiere más riesgo y orienta la PL y el antibiótico; no confirma IBI. Un valor normal baja el riesgo, pero no lo elimina.

VALIDACIÓN DE LAS DOS ESTRATEGIAS AAP

DATO DEL ARTÍCULO · VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA, RETROSPECTIVA (YANKOVA 2025)

Análisis secundario de REVISE II (iniciativa de mejora de calidad): 106 centros de EE. UU., pediátricos y generales; **12 846 lactantes de 8–60 días** con hemocultivo, 292 IBI (2.3 %). En **22–60 días**: **PCT + RAN**, sensibilidad 94.9 % (IC95 % 90.3–97.8), especificidad 63.2 %, VPN 99.8 %; **T máx + RAN + PCR**, sensibilidad 95.4 % (IC95 % 91.2–98.0), especificidad 37.5 %, VPN 99.8 %. La mayoría de los falsos negativos fueron bacteriemias; **2 meningitis de 22–60 días se habrían clasificado como de bajo riesgo** (1 con cada estrategia), ambas hospitalizadas. Limitaciones: resultados registrados solo como normal o alterado; en la estrategia sin PCT se usó RAN >4000/mm³.[16]

DATO DEL ARTÍCULO · ANÁLISIS SECUNDARIO DE DATOS PROSPECTIVOS, 1 CENTRO (BURSTEIN 2025)

1987 lactantes de término de 8–60 días en una urgencia pediátrica terciaria; 38 IBI (1.9 %). **Estrategia AAP sin PCT** (RAN ≤5200/mm³, PCR ≤20 mg/L, T ≤38.5 °C): sensibilidad 100 % (IC95 % 88.6–100), especificidad 50.7 %. La regla derivada (árbol de decisión que combina PCR, temperatura y RAN con nuevos cortes: 22.2 mg/L, 39.0 °C y 4500/mm³) alcanzó especificidad 83.8 %, sin IBI no detectadas; requiere validación externa; son de **derivación** en un solo centro y **no sustituyen a los de la AAP**.[17]

REGLA PECARN (≤60 DÍAS)

DATO DEL ARTÍCULO · DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN INTERNA, PROSPECTIVO (KUPPERMANN 2019)

26 urgencias de EE. UU., 1821 lactantes febriles ≤60 días previamente sanos (excluidos los de aspecto crítico, los prematuros ≤36 semanas y quienes recibieron antibiótico en 48 h), con división aleatoria de la misma cohorte en derivación (908) y validación (913). Infección bacteriana (ITU, bacteriemia o meningitis) en 9.3 %; meningitis bacteriana, 0.5 %. **Bajo riesgo:** EGO negativo (esterasa, nitritos o >5 leucocitos/campo), RAN ≤4090/µL y PCT ≤1.71 ng/mL. En la validación: **sensibilidad 97.7 %** (IC95 % 91.3–99.6), especificidad 60.0 %, VPN 99.6 %; se escaparon 1 bacteriemia y 2 ITU con EGO negativo; ninguna meningitis. Con los cortes redondeados (RAN ≤4000 y PCT ≤0.5) la sensibilidad fue casi igual y la especificidad algo menor. Los autores piden validación externa y máxima cautela en ≤28 días, donde se concentran meningitis y VHS.[2]

DATO DEL ARTÍCULO · VALIDACIÓN EXTERNA EN ≤28 DÍAS, ANÁLISIS AGRUPADO DE 4 COHORTES PROSPECTIVAS (BURSTEIN 2026)

Regla actualizada (EGO negativo, PCT ≤0.5 ng/mL y RAN ≤4000/mm³) en 1537 lactantes de término, sin mal aspecto, ≤28 días, de urgencias pediátricas de 6 países. IBI 4.5 %; meningitis 0.7 %. Clasificó como bajo riesgo al 41.1 %: **sensibilidad 94.2 %** (IC95 % 85.6–97.8), especificidad 41.6 %, VPP 6.9 %, **VPN 99.4 %**. Se escaparon 4 de 69 IBI, todas bacteriemias sin meningitis; **ninguna de las 11 meningitis** (ni de 22 en un análisis secundario de 2531 que incluye las cohortes de derivación); 1 de las bacteriemias que se escaparon fue un probable contaminante (*S. aureus*). Solo 70.3 % tuvo LCR, con seguimiento del resto. Limitaciones: urgencias pediátricas, PCT con resultado rápido, sin países de ingresos bajos o medios, cálculo del VPN para meningitis con cero falsos negativos y **sin evaluar VHS**. Los autores lo proponen para apoyar la decisión compartida sobre una PL selectiva en el lactante de bajo riesgo.[3]

QUÉ HACER CON ESTAS REGLAS

- **8–21 días:** la AAP sigue recomendando PL, antibiótico e ingreso para todos; una regla negativa no sustituye esa pauta.[1]
- **22–28 días:** con EGO negativo y marcadores normales la PL ya es opcional en la AAP; la validación de 2026 aporta cifras para la decisión compartida con la familia, no un permiso para omitir la vigilancia.[1,3]
- **Siempre:** la regla no evalúa VHS ni sirve en el lactante de mal aspecto, prematuro o con antibiótico previo; un resultado «de bajo riesgo» sugiere, no confirma, ausencia de IBI.[2,3]

61 A 90 DÍAS: REGLAS DERIVADAS, AÚN SIN VALIDACIÓN PROSPECTIVA

DATO DEL ARTÍCULO · DERIVACIÓN CON VALIDACIÓN INTERNA, RETROSPECTIVO (ARONSON 2025)

Cohorte retrospectiva del registro PECARN (17 urgencias, 2012–2024) con 4952 lactantes de 61–90 días sin enfermedad crítica (excluidos prematuros ≤32 semanas y antibiótico previo); IBI 2.0 %, meningitis 0.1 %. Validación interna por validación cruzada de 10 particiones. **Regla sin PCT:** EGO negativo y T máxima ≤38.9 °C: sensibilidad 86.0 % (IC95 % 77.6–92.1), especificidad 58.9 %; 14 IBI mal clasificadas, incluida una meningitis por estreptococo del grupo B. **Regla con PCT** (subgrupo de 1207 con PCT y RAN; 27 IBI): PCT ≤0.24 ng/mL y RAN ≤10 710/mm³: sensibilidad 100 % (IC95 % 87.2–100) en la derivación, menor en la validación cruzada; especificidad 65.8 %. No se pudo evaluar el aspecto clínico. Los autores piden validación prospectiva externa antes de usarlas.[4]

5 VHS neonatal: cuándo sospecharlo, cómo estudiarlo y cómo tratarlo[1,5,6,12,19]

SOSPECHA VHS SI HAY (AAP)

- Historia materna de lesiones genitales por VHS, o fiebre materna desde 48 h antes hasta 48 h después del parto
- Vesículas, convulsiones, hipotermia, úlceras de mucosas
- Pleocitosis en LCR con tinción de Gram sin bacterias
- Leucopenia, trombocitopenia o ALT elevada

Mayor riesgo antes de los 21 días; puede ocurrir en 22–28 días y es raro en 29–60 días. La AAP remite al Red Book vigente para el detalle.[1]

ESTUDIOS RECOMENDADOS (AAP)

- PCR de VHS en LCR
- Hisopados de superficie de boca, nasofaringe, conjuntivas y ano para cultivo (si está disponible) o PCR de VHS
- ALT
- PCR de VHS en sangre

Analiza para VHS el LCR con pleocitosis o de lactantes con factores de riesgo; un LCR traumático también puede estudiarse. Los paneles múltiples de meningoencefalitis complementan, no sustituyen, los cultivos.[1] Un LCR con citoquímica normal no excluye VHS del SNC: pide la PCR igual (CPS).[19]

ACICLOVIR IV (FICHA Y CPS)	DOSIS	PRECAUCIONES
EPM ≥34 semanas	20 mg/kg c/8 h, en infusión de 1 h	**Máximo: 20 mg/kg c/8 h.** Nunca en bolo rápido, IM ni subcutáneo. Hidratación adecuada; vigila la función renal (cristales tubulares, lesión renal aguda), sobre todo con otros nefrotóxicos. En neonatos con enfermedad que afecta la función renal, más allá de la prematurez, úsalo con precaución. Concentración de infusión ≈7 mg/mL o menos.[12]
EPM <34 semanas	20 mg/kg c/12 h, en infusión de 1 h	
Suspender el empírico	Suspende si la PCR de VHS en LCR (y en sangre o hisopos, si se enviaron) es negativa y la sospecha clínica es baja. Una PCR de LCR negativa en las primeras 24–48 h puede ser falsamente negativa: si la sospecha sigue alta, mantén aciclovir y repite la PCR de LCR dentro de las 72 h de iniciado, o completa 21 días (CPS 2025). Una PCR en sangre negativa no descarta afectación del SNC.[1,19]	
Duración (VHS confirmado)	Piel, ojos y boca, sin enfermedad diseminada ni del SNC: **14 días IV**. Diseminada o del SNC: **mínimo 21 días IV**. SNC: PCR de LCR cerca del final; si sigue positiva, prolonga con LCR semanal hasta que se negativice (CPS 2025). Supresión oral y seguimiento: infectología.[19]	

NICE: aciclovir IV ante fiebre con signos de encefalitis por VHS [NICE 1.5.20]. SEUP: lo incluye en el esquema empírico del <1 mes con TEP alterado o pleocitosis.[5,6]

6 Antibiótico empírico por edad y por sospecha de meningitis[1,5,6,8–11,13,18]

Pauta principal: tabla 3 de la AAP (adaptada del Red Book y del Nelson); donde la AAP no da dosis, ficha FDA; cefotaxima meníngea en 8–28 días, CPS 2026. **Las fichas mandan en contraindicaciones y topes; en indicaciones concretas (meningitis) se usa la dosis de la guía, señalada.** Usa el antibiograma local si lo hay. Diferencias de dosis entre AAP, SEUP, CPS y fichas: sección 9.

SOSPECHA	8–21 DÍAS	22–28 DÍAS	29–60 DÍAS
ITU o sin foco	**Ampicilina 50 mg/kg c/8 h** + **gentamicina 4 mg/kg c/24 h**, o + **ceftazidima 50 mg/kg c/8 h**; IV o IM	**Ceftriaxona 50 mg/kg c/24 h** IV o IM, si la ficha lo permite; si no, cefotaxima 50 mg/kg c/8 h	**Ceftriaxona 50 mg/kg c/24 h** IV o IM. ITU con marcadores normales: VO, **cefixima 8 mg/kg c/24 h** o cefalexina 50–100 mg/kg/d ÷ c/6 h
LCR sugestivo de meningitis	**Ampicilina 75 mg/kg c/6 h** IV (300 mg/kg/d; dosis de guía para meningitis: AAP, SEUP y CPS; supera la ficha, 150–200 mg/kg/d) + **ceftazidima 50 mg/kg c/8 h** IV o **cefotaxima 50 mg/kg c/6 h** IV (CPS 2026, tabla 3). Algunos expertos añaden gentamicina, sobre todo si el Gram del LCR muestra gramnegativos		**Ceftriaxona 100 mg/kg/d** IV en 1 dosis o ÷ c/12 h (máx. 4 g/d) + **vancomicina 20 mg/kg c/8 h** IV, ajustada por concentraciones con farmacia. Suspéndela si el germen no es *S. pneumoniae*
Riesgo de VHS	Añade **aciclovir 20 mg/kg c/8 h** (EPM ≥34 semanas) tras obtener los estudios de VHS		
***E. coli* BLEE en tu comunidad**	Gentamicina en vez de ceftazidima en bacteriemia o sepsis; meropenem en vez de ceftazidima si se sospecha meningitis (AAP; dosis con farmacia). Las cefalosporinas no cubren *Listeria* ni enterococo: añade ampicilina si se sospechan.[1]		
Foco identificado	Neumonía, celulitis, gastroenteritis o infección osteoarticular: esquema según el foco y sus gérmenes habituales		

CEFTRIAXONA EN ≤28 DÍAS: CONTRAINDICACIONES DE LA FICHA

- **Hiperbilirrubinemia**, sobre todo en prematuros: desplaza la bilirrubina de la albúmina (riesgo de encefalopatía).
- **Calcio IV** necesario o previsible, incluida la nutrición parenteral: precipitados de ceftriaxona-calcio, con casos mortales en pulmón y riñón. En neonatos no basta con lavar la vía entre ambos.
- **Prematuros** hasta 41 semanas de EPM.
- IV en 60 min en neonatos. No la mezcles con vancomicina, aminoglucósidos ni soluciones con calcio.[11]
- **Alternativa sin meningitis:** cefotaxima 50 mg/kg c/8 h (8–28 días); la ficha no distingue prematuro de término.[10] **Meningitis en 8–28 días:** 50 mg/kg c/6 h (CPS).[18] De 29 días a 12 años, 50–180 mg/kg/d ÷ 4–6 dosis, la parte alta en meningitis (mal aspecto o meningitis: 45 mg/kg c/6 h).[10]

AJUSTES Y VIGILANCIA (FICHAS)

- **Ampicilina:** en ≤28 días la ficha dosifica por EG y edad posnatal: EG >34 semanas, 150 mg/kg/d c/8 h; EG ≤34, 100 mg/kg/d c/12 h (≤7 días) o 150 mg/kg/d c/12 h (8 a <28 días). Meningitis en niños: 150–200 mg/kg/d c/3–4 h. Meningitis neonatal: dosis de guía (sección 6). Inyección IV directa lenta: más rápida puede causar convulsiones.[1,8]
- **Gentamicina:** nefrotoxicidad y ototoxicidad (recuadro). Vigila función renal y niveles si es factible: evita picos prolongados >12 µg/mL y valles >2 µg/mL (umbrales para la pauta c/8 h; con c/24 h, interpreta los niveles con farmacia). Evita furosemida y otros nefrotóxicos. No la mezcles con cefotaxima en la misma solución.[9,10]
- **Vancomicina (ficha de vial):** cada dosis en ≥60 min; neonatos, 15 mg/kg y luego 10 mg/kg c/12 h (1.ª semana) o c/8 h (hasta 1 mes), con intervalos más largos en prematuros; >1 mes, 10 mg/kg c/6 h. Sin dosis meníngea. Vigila concentraciones séricas y función renal; ajusta con farmacia.[13]
- **Gentamicina resistente frecuente** (sobre todo *E. coli*): SEUP la sustituye por cefotaxima.[6]

7 ITU en el lactante febril[1,6,18]

DIAGNÓSTICO (AAP)

- **EGO positivo:** cualquier esterasa leucocitaria, >5 leucocitos/campo centrifugada o >10 leucocitos/mm³ sin centrifugar. La esterasa es positiva en 94 % de las ITU y en 97.6–100 % de las ITU con bacteriemia.[1]
- **ITU:** piuria más ≥50 000 cfu/mL de un solo uropatógeno en muestra bien obtenida; con piuria y fiebre, ≥10 000 cfu/mL en orina por sondeo es un umbral aceptable.[1]
- **Urocultivo con EGO negativo:** lo que crece suele ser bacteriuria asintomática o contaminación; harían falta 200–500 sondeos o PSP para detectar 1 bacteriuria adicional.[1]
- **Urocultivo:** en la vía AAP, por sondeo o PSP; la AAP no recomienda cultivar orina de bolsa ni de micción por falsos positivos; la CPS acepta recogida limpia («clean catch») como alternativa; nunca bolsa. Bolsa o micción: solo EGO de tamizaje (22–60 días). PSP a veces necesaria (fimosis).[1,18]

MATICES ÚTILES

- **SEUP:** busca ITU en todo <90 días con fiebre sin foco, sin importar sexo ni temperatura. Tira con esterasa y nitritos; si hay leucocituria o nitritos, urocultivo por sondeo o PSP **y Gram de orina**, que orienta el antibiótico por la mayor frecuencia de enterococo a esta edad.[6]
- **AAP, 29–60 días:** los varones circuncidados tienen riesgo de ITU <1 % y pueden exceptuarse del estudio de orina.[1]
- Sondear solo tras un tamizaje positivo en bolsa redujo los sondeos de 63 % a <30 % sin perder ITU en un servicio de urgencias.[1]
- **Pleocitosis en el LCR con ITU:** es frecuente sin meningitis bacteriana, por enterovirus ni por VHS; interprétala con el cultivo y la clínica.[1]

EDAD	CONDUCTA ANTE EGO POSITIVO (AAP)	ANTIBIÓTICO (DOSIS: SECCIÓN 6)
8–21 días	Urocultivo por sondeo o PSP; estudio completo con PL; parenteral en hospital [KAS 1, 4, 5, 6]	Ampicilina + gentamicina o ceftazidima
22–28 días	Parenteral en hospital [KAS 12a, grado A, fuerte]; PL si algún marcador está alterado, opcional si todos son normales [KAS 11a, 11b]	Ceftriaxona IV o IM si la ficha lo permite; si no, cefotaxima

EDAD	CONDUCTA ANTE EGO POSITIVO (AAP)	ANTIBIÓTICO (DOSIS: SECCIÓN 6)
29–60 días, marcadores normales	Sin PL [KAS 18b]; antibiótico VO si el LCR, si se obtuvo, es normal [KAS 19c, grado B, fuerte]; casa con control en 12–24 h	Cefixima o cefalexina VO
29–60 días, marcador alterado	PL opcional [KAS 18a]; antibiótico **parenteral** (con LCR normal, opcional [KAS 19b]); puede hospitalizarse [KAS 20b]	Ceftriaxona IV o IM
Tras 24–36 h	Hemocultivo y LCR (si se obtuvo) negativos, buen aspecto: alta y completa VO [KAS 21b, 21c: grado B, fuerte]. Duración según germen, gravedad y respuesta [KAS 21d, grado A, fuerte]	Ajusta según urocultivo y antibiograma. Duración total e imagen: guía de ITU vigente (las fuentes no las fijan)

8 Situaciones especiales[1–7,8–12,14]

VIRUS POSITIVO (INFLUENZA, VSR, SARS-COV-2, OTROS)

- **≤28 días:** con prueba viral positiva, IBI 1.1–2.1 %; en un estudio PECARN, bacteriemia 1.1 % y meningitis 0.8 %. **Estudia y trata igual que si fuera negativo.**[1]
- **29–60 días:** bacteriemia 0.6 % con virus positivo frente a 1.8 % sin él; la prueba viral no cambia la entrada en la vía, pero puede ayudar a individualizar (temporadas de VSR, bronquiolitis o influenza).[1]
- **Bronquiolitis clínica:** excluida de la vía AAP (sin meningitis en 11 estudios; sin bacteriemia en 8).[1]
- **SEUP:** en epidemia, prueba rápida o PCR de influenza (y de enterovirus en sangre en su temporada) en <3 meses.[6]
- Las fuentes no dan una pauta específica para SARS-CoV-2.

PREMATUROS

- Excluidos de la vía AAP (<37 semanas) y de las reglas: PECARN 2019 (≤36 semanas), validación 2026 (solo ≥37) y regla de 61–90 días (≤32 semanas): **no apliques sus umbrales**; manejo individual.[1–4]
- **Dosis por EG o EPM (fichas):** ampicilina c/12 h si EG ≤34 semanas; gentamicina 2.5 mg/kg c/12 h en ≤1 semana (pauta de ficha); aciclovir c/12 h si EPM <34 semanas; paracetamol IV aprobado desde EG ≥32 semanas.[8,9,12,14]
- **Ceftriaxona: contraindicada en prematuros hasta 41 sem de EPM**; cefotaxima no distingue EG.[10,11]

DATO DEL ARTÍCULO · SERIE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO (APARICIO COLL 2025)

112 neonatos <29 días con fiebre sin foco, TEP normal e influenza confirmada, en 21 temporadas en un hospital de Barcelona; se excluyeron quienes recibieron antibiótico la semana previa. Urocultivo en todos, hemocultivo en 96.4 % y PL en 54.5 %. **1 IBI (0.9 %; IC95 % 0.2–4.9)**: bacteriemia por *E. coli* en una niña de 8 días; ninguna meningitis detectada (con PL en solo la mitad). ITU en 6.3 %. Los autores piden un estudio multicéntrico antes de cambiar el manejo. **Matiz, no cambio de conducta:** en ≤28 días con influenza sigue la vía por edad.[7]

ANTIBIÓTICO PREVIO, VACUNAS RECIENTES Y OTROS

- **Antibiótico actual o reciente** (>2 semanas de vida): interpreta los resultados de forma individual; un cultivo negativo y marcadores normales tranquilizan menos. Las reglas PECARN y la de 61–90 días excluyeron a estos lactantes. LCR obtenido tras antibiótico o hemático: la PCR múltiple aporta información.[1,2,4]
- **Vacuna en las 48 h previas:** excluida de la vía AAP; la fiebre posvacunal es frecuente en las primeras 48 h. NICE mantiene a todo <3 meses con ≥38 °C como alto riesgo, aunque algunas vacunas causen fiebre. Valora aspecto y foco de forma individual.[1,5]
- **≤7 días:** fuera de alcance; NICE y SEUP: estudio completo, PL, antibiótico parenteral e ingreso.[5,6]
- **Diarrea:** coprocultivo si se sospecha bacteria tratable; si es negativo, entra en la vía. **Otitis media:** no excluye.[1]

MANEJO EN CASA Y SEGUIMIENTO EN 24 H (AAP)

- **Requisitos:** acuerdo entre familia y clínico; teléfono y transporte confiables; disposición a vigilar y avisar; revaloración en 24 h o antes, con lugar y hora por escrito (sin empeoramiento y con cultivos negativos, puede bastar una llamada o telemedicina); plan ante empeoramiento con acceso a urgencias.[1]
- **Signos de alarma por escrito:** color oscuro o dificultad respiratoria; letargo, irritabilidad, llanto inconsolable o difícil de consolar; rechazo del alimento; vómito; menos diuresis.[1]
- **Barreras para el seguimiento** (transporte, comunicación): ingresa; si no hay una unidad con experiencia en lactantes, refiere a un hospital regional.[1]

9 Dónde difieren las guías y las fichas[1–6,8–11,13,15,18,19]

TEMA	AAP 2021 (PAUTA PRINCIPAL)	NICE · SEUP · CPS	FICHAS, REGLAS · QUÉ HACE ESTA GUÍA
Medir la fiebre	Rectal ≥38.0 °C, en casa (24 h) o en consulta	NICE: axilar electrónica en <4 semanas; no rectal de rutina. SEUP: rectal >38 °C	Rectal ≥38.0 °C. Axilar ≥38 °C en <3 meses: «rojo» en NICE
Grupos de edad	8–21, 22–28 y 29–60 días	NICE: <1 mes y 1–3 meses. SEUP: ≤21 y >21 días. CPS: hasta 90 días	≤7 días: fuera de alcance. 61–90: CPS, NICE o SEUP
PL	8–21: todos. 22–28: si hay marcador alterado; opcional si normales. 29–60: no si normales; opcional si alterado	NICE: todo <1 mes; 1–3 meses si mal aspecto o leucocitos anormales. SEUP: ≤21 días, TEP alterado, síntomas neurológicos o PCT ≥0.5; no de rutina si solo PCR o RAN alterados	PECARN en ≤28 días (2026): ninguna de las 11 meningitis se clasificó como de bajo riesgo; 4 IBI mal clasificadas, todas bacteriemias (no equivale a riesgo cero). No cambia 8–21 días
Marcadores	Con PCT: PCT >0.5 o RAN >4000. Sin PCT: PCR >20, RAN >5200 o T máx >38.5 °C	NICE: biometría y PCR, sin PCT. SEUP: PCT ≥0.5; PCR >20; neutrófilos >10 000/µL. CPS: PCT de elección si la hay	Dos estrategias AAP, sin mezclar cortes (aclaración de 2023). PECARN: EGO −, RAN ≤4000 y PCT ≤0.5
Orina	Urocultivo por sondeo o PSP; no cultiva bolsa ni micción (falsos positivos)	SEUP: tira a todo <90 días. CPS: sondeo o PSP; recogida limpia como alternativa	Vía AAP: sondeo o PSP. Nunca bolsa para cultivo
Antibiótico 8–21 días	Ampicilina 50 mg/kg c/8 h + gentamicina 4 mg/kg c/24 h o ceftazidima	SEUP: ampicilina + gentamicina. NICE: cefalosporina de 3.ª + ampicilina. CPS (8–28 días): ampicilina 75 mg/kg c/6 h + gentamicina 5 mg/kg c/24 h, también sin meningitis	Sigue la AAP
Antibiótico 22–28 días	Ceftriaxona sola	NICE: añade cobertura de *Listeria*. SEUP: ampicilina + gentamicina. CPS: como en 8–21	Ficha: no ceftriaxona con hiperbilirrubinemia, calcio IV o prematuro con EPM <41 sem; entonces, cefotaxima
29–60 días, marcador alterado	LCR normal: puede darse parenteral (figura: también VO). Sin LCR: parenteral. Puede hospitalizar	SEUP: PCT ≥0.5, PL, antibiótico e ingreso. PCT <0.5 con PCR o neutrófilos altos: ceftriaxona y observación 12–24 h	Sigue la AAP; la VO con marcador alterado es decisión individual (discrepancia texto–figura de la AAP)
Bajo riesgo sin antibiótico	29–60: casa y revaloración en 24 h. 22–28: casa solo con LCR normal y ceftriaxona	SEUP: observación 12–24 h y control en 24 h; casa si >2 meses con analítica normal y leucocituria. NICE: parenteral a todo <1 mes. CPS 61–90: sin ingreso, control en 24–48 h	Sigue la AAP; hospital si hay barreras
Ampicilina en meningitis	75 mg/kg c/6 h (300 mg/kg/d)	SEUP y CPS: 75 mg/kg c/6 h	Ficha: ≤28 días, 150 mg/kg/d; niños, 150–200 mg/kg/d. **Usa la dosis de guía, señalada**
Ampicilina 29–90 días	Solo si se sospecha *Listeria* o enterococo	NICE: siempre en <3 meses [NICE 1.5.7, 1.5.19]. SEUP: valorar 75 mg/kg c/6 h en TEP alterado	75 mg/kg c/6 h en mal aspecto (dosis de guía; supera la ficha)
Gentamicina	4 mg/kg c/24 h	SEUP: 4 mg/kg c/24 h. CPS (8–28 días): 5 mg/kg c/24 h	Ficha: 2.5 mg/kg c/8 h; niveles. Usa la AAP y vigila niveles
Cefotaxima neonatal	No la incluye (usa ceftazidima)	SEUP: 50 mg/kg c/6 h (>7 días); 1–3 meses con TEP alterado, 75 y luego 50 mg/kg c/6 h. CPS, meningitis: 50 mg/kg c/6 h (8–28 días), c/8 h (0–7)	Sin meningitis: ficha, c/8 h (8–28 días). Meningitis 8–28 días: CPS, c/6 h. La ficha no da dosis meníngea neonatal; 29–90 días grave: 45 mg/kg c/6 h (ficha)
Vancomicina	60 mg/kg/d ÷ c/8 h (meningitis, 29–60 días)	SEUP y CPS: 15 mg/kg c/6 h	Ficha de vial: 10 mg/kg c/6 h. Usa la AAP, con concentraciones
Aciclovir	Empírico hasta PCR de VHS negativa y criterios de alta	CPS: PCR de LCR negativa precoz puede ser falsa; duración por forma clínica (14 o ≥21 días)	Ficha: 21 días. Sigue la CPS (sección 5)
Virus positivo	≤28 días: misma conducta	SEUP: prueba de influenza en epidemia	Neonatos con influenza: IBI 0.9 % (1 centro, retrospectivo): matiz
61–90 días	Fuera de la guía	CPS: al menos EGO y urocultivo; estratificación de 29–60 días. NICE: PL y antibiótico si mal aspecto o leucocitos anormales	Regla de 2025: derivada, validación interna, retrospectiva: no la uses sola

10 Errores frecuentes y casos[1–7,10–12,15,18,19]

ERROR	QUÉ HACER EN SU LUGAR
Aplicar la vía AAP a un lactante de mal aspecto, prematuro, ≤7 días o con criterios de exclusión	Mal aspecto: trata ya. Resto: manejo individual (NICE, SEUP).[1,5,6]
Esperar resultados para dar el antibiótico a un lactante con TEP alterado	Hemocultivo y antibiótico parenteral ya; la PL, tras estabilizar.[6]
Cultivar orina de bolsa	Vía AAP: sondeo o PSP (bolsa y micción, falsos positivos). CPS: recogida limpia aceptable. Nunca bolsa.[1,18]
Omitir la PL en 8–21 días porque los marcadores son normales o la regla es «de bajo riesgo»	La AAP recomienda PL, antibiótico e ingreso para todos a esta edad.[1]
Iniciar antibiótico y después intentar la PL en un lactante estable de 22–28 días	Haz la PL antes: el LCR tras antibiótico es difícil de interpretar.[1]
Descartar IBI por una PCT o un RAN normales	20 % de las meningitis tenían PCT <0.5 ng/mL y 39 %, RAN <4000: un marcador normal baja el riesgo, no lo excluye.[1]
Estratificar con los leucocitos totales, o mezclar cortes de las dos estrategias	Con PCT: PCT >0.5 o RAN >4000. Sin PCT: PCR >20, RAN >5200 o T máx >38.5 °C.[1,15]
VO en 29–60 días con marcador alterado y sin LCR	Sin LCR: parenteral (figura 3 AAP).[1]
Ceftriaxona en un neonato ictérico, con calcio IV o prematuro	Contraindicada por la ficha: cefotaxima 50 mg/kg c/8 h (8–28 días).[10,11]
No pensar en VHS ante pleocitosis con tinción de Gram sin bacterias, convulsiones o ALT alta	Estudios de VHS y aciclovir 20 mg/kg c/8 h en 1 h.[1,12]
Suspender aciclovir por una PCR de LCR negativa precoz con sospecha alta	Puede ser falsa negativa: mantén; repite la PCR de LCR en 72 h o completa 21 días.[19]
Dar de alta a un neonato porque la prueba de influenza o VSR es positiva	En ≤28 días, misma conducta que con virus negativo.[1,7]
Usar la regla de 61–90 días como criterio único de alta, o dar de alta sin revaloración en 24 h ni signos de alarma por escrito	La regla solo está derivada (retrospectiva, validación interna). El manejo en casa exige revaloración, signos de alarma por escrito y una familia que pueda volver.[1,4]

Caso 1 · 15 días, buen aspecto, sin foco

Varón de término, 3.6 kg, 38.4 °C rectal en casa. Buen aspecto, exploración normal, sin VHS ni fiebre materna periparto. EGO por sondeo negativo.

Respuesta. 8–21 días: hemocultivo, PL completa e ingreso **[AAP KAS 2, 4, 6]**. Antibiótico parenteral tras la PL **[KAS 5, grado A, fuerte]**: ampicilina 50 mg/kg c/8 h (180 mg) + gentamicina 4 mg/kg c/24 h (14.4 mg), o + ceftazidima 50 mg/kg c/8 h. Si el LCR muestra pleocitosis con tinción de Gram sin bacterias: pauta meníngea en lugar de la gentamicina, ampicilina 75 mg/kg c/6 h (270 mg; dosis de guía) + ceftazidima 50 mg/kg c/8 h (180 mg) o cefotaxima 50 mg/kg c/6 h (180 mg; CPS); estudios de VHS y aciclovir 20 mg/kg c/8 h (72 mg) en 1 h. Cultivos negativos a las 24–36 h y buen aspecto: suspende y da de alta **[KAS 7a, grado B, fuerte]**; el aciclovir, solo con PCR de VHS negativa y sospecha baja.[1,8,9,12,18,19]

Caso 2 · 25 días, ictérico, EGO positivo

Niña de término, 3.8 kg, 38.3 °C rectal, buen aspecto, ictericia con bilirrubina en rango de fototerapia. EGO por sondeo: esterasa positiva. PCT 0.3 ng/mL, PCR 8 mg/L, RAN 3500/mm³.

Respuesta. Urocultivo de esa muestra y hemocultivo. Marcadores normales: la PL es opcional; ofrécela antes del antibiótico y decide con la familia **[KAS 11a, grado C, moderada]**. EGO positivo: antibiótico parenteral en hospital **[KAS 12a, grado A, fuerte]**. **No ceftriaxona** (hiperbilirrubinemia, ficha): cefotaxima 50 mg/kg c/8 h (190 mg). Ajusta al urocultivo y completa el tratamiento dirigido.[1,10,11]

Caso 3 · 45 días, influenza positiva, PCT alta

Varón de término, 5 kg, 38.7 °C, buen aspecto, rinorrea; prueba de influenza positiva. EGO negativo en bolsa. PCT 0.9 ng/mL, PCR 25 mg/L, RAN 6000/mm³.

Respuesta. La influenza no lo saca de la vía. Con PCT, estrategia PCT + RAN: ambos alterados (PCT >0.5; RAN >4000); más riesgo, sin confirmar IBI. Hemocultivo; PL opcional **[KAS 18a, grado C, débil]**, que aquí conviene ofrecer. Ceftriaxona 50 mg/kg c/24 h (250 mg): obligada sin LCR; con LCR normal, opcional **[KAS 19b, B, moderada]**. Puede hospitalizarse **[KAS 20b, grado B, moderada]**; decide con la familia. LCR sugestivo de meningitis: ceftriaxona 100 mg/kg/d (500 mg/d) + vancomicina 20 mg/kg c/8 h (100 mg), ajustada por concentraciones. Suspende a las 24–36 h si los cultivos son negativos y está bien **[KAS 21a]**.[1,11,13]

11 Consulta rápida A: antibióticos por edad

Una dosis por fila; su fuente, en «Ref.» (1 AAP; 5 NICE; 6 SEUP; 8–14 fichas FDA; 18 CPS). **Las fichas mandan en contraindicaciones y topes; en indicaciones concretas (meningitis) se usa la dosis de la guía, señalada.** «Máximo (ficha)»: solo topes reales de la ficha. Diferencias: sección 9.

Fármaco	Dosis (fuente)	Intervalo	Máximo (ficha)	Precaución esencial	Ref.
Sin meningitis (ITU o sin foco)					
Ampicilina	8–21 días: 50 mg/kg IV/IM (AAP)	c/8 h	—	EG ≤34 sem: c/12 h. IV lenta (convulsiones)	1,8
Gentamicina	8–21 días: 4 mg/kg IV/IM (AAP)	c/24 h	Niveles: pico <12, valle <2 µg/mL*	Riñón y oído; sin furosemida; no mezclar con cefotaxima	1,9
Ceftazidima	8–21 días: 50 mg/kg IV/IM (AAP)	c/8 h	—	Alternativa a gentamicina	1
Ceftriaxona	22–60 días: 50 mg/kg IV en 60 min o IM (AAP)	c/24 h	2 g/d	≤28 días: no con ictericia, calcio IV ni prematuro con EPM <41 sem. No mezclar con calcio, vancomicina ni aminoglucósidos	1,11
Cefotaxima	8–28 días: 50 mg/kg IV (ficha)	c/8 h	—	Si no puede usarse ceftriaxona. IV en ≥3 min	10
Cefixima VO	29–60 días: 8 mg/kg (AAP)	c/24 h	—	Solo ITU con marcadores normales y LCR normal si se obtuvo. Cefixima en <6 meses: verifica indicación local	1
Cefalexina VO	29–60 días: 50–100 mg/kg/d (AAP)	÷ c/6 h	—		1
Meningitis (LCR sugestivo) o mal aspecto					
Ampicilina	8–28 días: 75 mg/kg IV (guía, meningitis)	c/6 h	—	Supera la ficha (150–200 mg/kg/d)	1,6,8,18
Ampicilina	29–90 días, mal aspecto: 75 mg/kg IV (guía)	c/6 h	—	Supera la ficha. *Listeria*, enterococo	5,6,8
Ceftazidima	8–28 días: 50 mg/kg IV (AAP)	c/8 h	—	BLEE local: meropenem	1
Cefotaxima	8–28 días: 50 mg/kg IV (CPS, meningitis)	c/6 h	—	Alternativa a ceftazidima	18
Ceftriaxona	29–90 días: 100 mg/kg/d IV (AAP)	1 dosis o ÷ c/12 h	4 g/d	Prematuro con EPM <41 sem: cefotaxima	1,11
Cefotaxima	29–90 días, sin ceftriaxona: 45 mg/kg IV (ficha)	c/6 h	180 mg/kg/d	Parte alta del rango de ficha	10
Vancomicina	29–90 días: 20 mg/kg IV en ≥60 min (AAP)	c/8 h	—	Ajusta por concentraciones; riñón. Suspende si no es *S. pneumoniae*	1,13
Aciclovir	EPM ≥34 sem: 20 mg/kg IV en 1 h (ficha, CPS)	c/8 h	20 mg/kg c/8 h	Nunca bolo, IM ni SC. Hidrata; riñón	12,19
Aciclovir	EPM <34 sem: 20 mg/kg IV en 1 h (ficha)	c/12 h			12

* Umbrales de la ficha para la pauta c/8 h; con c/24 h, interprétalos con farmacia. «—»: la ficha no fija un tope aplicable a esta dosis.

11 Consulta rápida B: decisiones, umbrales y duración

Edad	Estudios	PL	Antibiótico	Lugar
Mal aspecto	Hemocultivo, biometría, PCR, PCT, orina por sondeo	Tras estabilizar	Inmediato	Hospital
8–21 días	EGO por sondeo o PSP; hemocultivo	Todos	Parenteral a todos	Hospital
22–28 días	EGO, hemocultivo, marcadores	Alterado: sí. Normales: opcional	EGO + o LCR anormal: parenteral	Casa solo si todo normal y LCR normal, con ceftriaxona
29–60 días	EGO, hemocultivo, marcadores	Normales: no. Alterado: opcional	Alterado: sin LCR, parenteral; LCR normal, puede parenteral (VO: decisión individual). EGO + y normales: VO. Todo normal: ninguno	Todo normal: casa, revaloración en 24 h. Alterado: puede ingresar
61–90 días	CPS: al menos EGO y urocultivo	Puede usarse la estratificación de 29–60 días (CPS)	Individual	CPS: bajo riesgo o ITU aislada, sin ingreso; control en 24–48 h

Orina: en la vía AAP, urocultivo por sondeo o PSP; la CPS acepta recogida limpia; nunca bolsa para cultivo.

Estrategia	Alterado si	Comentario
Con PCT	PCT >0.5 ng/mL o RAN >4000/mm³	Con PCT normal, la fiebre no guía la conducta. 20 % de las meningitis, PCT <0.5
Sin PCT	PCR >20 mg/L, RAN >5200/mm³ o T máx >38.5 °C	Pide RAN y PCR. 30 % de las IBI, T máx ≤38.5 °C
EGO positivo	Esterasa, >5 leuc./campo o >10 leuc./mm³	ITU: piuria + ≥50 000 cfu/mL (≥10 000 por sondeo)
LCR normal	Leucocitos: 1–28 días, 5 (0–18)/mm³; 29–60 días, 3 (0–8.5)	Proteínas: 73 (15.8–131) y 54 (5.5–105.5) mg/dL. No corrijas por eritrocitos (hasta 10 000/mm³)

Duración	Conducta (no es un máximo)	Ref.
Cultivos negativos	Suspende a las 24–36 h si sigue bien y sin otra infección	1
Aciclovir empírico	Suspende con PCR de VHS negativa (LCR, y sangre o hisopos si se enviaron) y sospecha baja. Sospecha alta: mantén; repite PCR de LCR en las 72 h o completa 21 días. PCR en sangre negativa no descarta SNC	1,19
VHS confirmado	Piel, ojos, boca: 14 días IV. Diseminado o SNC: ≥21 días IV. SNC: PCR de LCR al final; si es positiva, prolonga con LCR semanal	19
Germen identificado	Dirigida por germen, foco y respuesta; gentamicina, 7–10 días en la ficha, con vigilancia renal y auditiva	1,9

Paracetamol IV	Dosis	Intervalo	Máximo (ficha)	Precaución	Ref.
≤28 días	EG ≥32 sem: 12.5 mg/kg en 15 min	c/6 h	50 mg/kg/d	Solo si hay malestar (NICE). Cuidado con mg y mL. No en hepatopatía grave. Máximo por todas las vías	5,14
29 d–2 años	15 mg/kg en 15 min	c/6 h	60 mg/kg/d		5,14

Referencias

1. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, et al. Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. Pediatrics 2021;148(2):e2021052228. doi:10.1542/peds.2021-052228
2. 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;173:342–51. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.5501
3. Burstein B, Waterfield T, Umana E, Xie J, Kuppermann N. Prediction of bacteremia and bacterial meningitis among febrile infants aged 28 days or younger. JAMA 2026;335:425–33. doi:10.1001/jama.2025.21454
4. Aronson PL, Mahajan P, Meeks HD, et al. Prediction rule to identify febrile infants 61–90 days at low risk for invasive bacterial infections. Pediatrics 2025;156(3):e2025071666. doi:10.1542/peds.2025-071666
5. National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management (NICE guideline NG143). Publicada el 7 de noviembre de 2019; actualizada el 26 de noviembre de 2021. https://www.nice.org.uk/guidance/ng143. Sin DOI.
6. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); Gómez B, Iturralde I, Moya S, Plana M; coord. Hernández Bou S. Documento de consenso: manejo del lactante con fiebre sin foco. Sin fecha de publicación en el documento. Sin DOI.
7. Aparicio Coll A, Algarrada Vico L, Rigalós Cases A, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C, Hernández Bou S. Infecciones bacterianas invasivas en neonatos febriles con infección por el virus influenza. An Pediatr 2025;103:503966. doi:10.1016/j.anpedi.2025.503966
8. Ficha técnica FDA. Ampicilina para inyección. DailyMed, set_id 2fd0f9fa-5b86-42f7-9a9f-767123638d39; versión DailyMed 30 de junio de 2025. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=2fd0f9fa-5b86-42f7-9a9f-767123638d39
9. Ficha técnica FDA. Gentamicina inyectable. DailyMed, set_id 60ca1487-392d-4721-aa45-3de38722896c; versión DailyMed 29 de enero de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=60ca1487-392d-4721-aa45-3de38722896c
10. Ficha técnica FDA. Cefotaxima (CLAFORAN). DailyMed, set_id 434fb630-c8d6-4583-b3ee-8e4ba6552c3d; versión DailyMed 14 de agosto de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=434fb630-c8d6-4583-b3ee-8e4ba6552c3d
11. Ficha técnica FDA. Ceftriaxona para inyección. DailyMed, set_id 7bed9b33-29e3-4f04-9766-43a21c7ad47a; versión DailyMed 7 de enero de 2026. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=7bed9b33-29e3-4f04-9766-43a21c7ad47a
12. Ficha técnica FDA. Aciclovir inyectable. DailyMed, set_id 889bccd1-3793-40ce-bca2-c8c9cf6b7488; versión DailyMed 29 de febrero de 2024. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=889bccd1-3793-40ce-bca2-c8c9cf6b7488
13. Ficha técnica FDA. Vancomicina clorhidrato para inyección, USP (vial; Hikma). Revisada en marzo de 2021; consultada en DrugCentral el 12 de noviembre de 2026 (texto concordante en la ficha de vial de Pfizer). https://drugcentral.org/label/cae9e5f3-b89a-4a7f-93f7-9471c74a3559/view
14. Ficha técnica FDA. Paracetamol (acetaminofén) inyectable. DailyMed, set_id 0f67c1bd-915b-4681-88dd-22f5154a80b3; versión DailyMed 6 de mayo de 2024. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=0f67c1bd-915b-4681-88dd-22f5154a80b3
15. Kuppermann N, Mahajan P, Dayan PS. Fever, absolute neutrophil count, procalcitonin, and the AAP febrile infant guidelines. Pediatrics 2023;151(2):e2022059862. doi:10.1542/peds.2022-059862
16. Yankova LC, McDaniel CE, Kerns E, et al. Diagnostic performance of AAP-recommended inflammatory markers in febrile infants aged 60 days or younger. Pediatrics 2025;155(1):e2024068856. doi:10.1542/peds.2024-068856
17. Burstein B, Wolek C, Poirier C, et al. Optimizing management of febrile young infants without serum procalcitonin. Pediatrics 2025;155(2):e2024068200. doi:10.1542/peds.2024-068200
18. Burstein B, Lirette MP, Beck C, Chauvin-Kimoff L, Chan K; Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee. Management of well-appearing febrile young infants aged ≤90 days. Publicada el 27 de octubre de 2023; actualizada el 27 de mayo de 2026. https://cps.ca/en/documents/position/management-of-well-appearing-febrile-young-infants-aged-90-days. Sin DOI.
19. Allen UD, Robinson JL; Canadian Paediatric Society, Infectious Diseases and Immunization Committee. Prevention and management of neonatal herpes simplex virus infections. Publicada el 6 de marzo de 2020; actualizada el 10 de octubre de 2025. https://cps.ca/documents/position/prevention-management-neonatal-herpes-simplex-virus-infections. Sin DOI.

Las fechas de las fichas son las de la versión publicada en DailyMed; la fecha de revisión del contenido de cada ficha no se verificó por separado. La ficha de vancomicina en vial no se pudo consultar en DailyMed; se cita la revisión impresa en la propia ficha.

ACERCA DE ESTA GUÍA

Resumen educativo para profesionales de la salud; no sustituye el juicio clínico, la información del producto ni los protocolos locales. Las dosis siguen la AAP 2021, las fichas técnicas de la FDA y, donde se señala, la CPS, vigentes a la fecha de revisión (v1.1, 12 de noviembre de 2026); en México, verifica la presentación y la información para prescribir disponibles, y el antibiograma local. Medicina en Resumen · medicinaenresumen.com.