

das, 58 fueron excluidos por ausencia de: fiebre⁽²³⁾, neutropenia⁽²³⁾, ambos⁽⁹⁾ o desarrollo de neutropenia febril durante su estancia hospitalaria⁽³⁾. Un total de 332 episodios de NF fueron analizados. El número medio de episodios de NF por paciente fue de dos. Al momento de la presentación 56 pacientes tenían cultivo negativo de sepsis, cuarenta y siete desarrollaron complicaciones clínicas: hipotensión⁽²¹⁾, insuficiencia respiratoria⁽¹⁴⁾, alteración del estado de conciencia o convulsiones⁽⁶⁾, insuficiencia cardíaca congestiva⁽¹⁾, CID⁽¹⁾, arritmia⁽¹⁾, paraplejia⁽¹⁾, trombosis venosa profunda⁽¹⁾, hipoglucemia persistente⁽¹⁾. Los predictores independientes en el modelo final para pacientes con cultivo negativo fueron: diagnóstico de base LMA, aspecto clínico “enfermo”, temperatura mayor o igual 39,0° C en la presentación y un recuento absoluto de neutrófilos

menor < 100. Los factores predictores de complicaciones clínicas incluyeron: aspecto clínico enfermo, recaída y diagnóstico de base de LMA. Este estudio identifica los predictores de 2 medidas de “riesgo” en pacientes pediátricos y adolescentes enfermos de cáncer con NF-bacterianas invasiva y las complicaciones clínicas. El riesgo de complicaciones clínicas influye en la decisión si el paciente debe recibir atención hospitalaria o ambulatoria, mientras que el resultado de cultivo determina la ruta de antibiótico: por vía intravenosa u oral. Nuestro estudio pone de relieve la importancia de contar con un periodo inicial de observación hospitalaria, lo que minimiza la posibilidad de que un paciente con NF sea clasificado como de bajo riesgo en admisión y posteriormente sea manejado de forma menos agresiva con un enfoque ambulatorio.

Manejo de los niños con empiema: drenaje pleural no siempre es necesaria

Carter E, Waldhausen J, Zhang W, Hoffman L, Redding G. Management of children with empyema: pleural drainage is not always necessary. *Pediatric Pulmonology* 2010;45:475–80.

El tratamiento de niños con neumonía bacteriana y derrame paraneumónico (empiema) nunca ha sido directo y aún no está claro que los pacientes se beneficien con el drenaje pleural. En la actualidad, el drenaje pleural, principalmente a través de tubo torácico con fibrinolíticos o cirugía vídeo toracoscópica (CVT) es ampliamente utilizada. Sin embargo, la mortalidad en niños con empiema es baja y a largo plazo suele producir buenos resultados, incluso con solo antibióticos.

Nuestro estudio tiene dos objetivos: en primer lugar, tratamiento del empiema con la administración solo de antibióticos por vía endovenosa, en comparación con los que fueron tratados con drenaje pleural y el otro objetivo fue de identificar factores predictores para ser sometidos a drenaje pleural.

El estudio es retrospectivo, donde se obtuvo la aprobación del Hospital de Niños de Seattle, para realizar una revisión retrospectiva de pacientes hospitalizados con empiema desde diciembre 1996 hasta enero de 2004.

Se revisaron las historias clínicas y los exámenes imagenológicos. Se incluyeron aquellos pacientes que tenían la edad de 1 a 18 años de edad, con confirmación radiológica de infiltrados lobulares asociada con fiebre y líquido pleural resultando en un borde de líquido > 10mm en decúbito lateral o >14mm del hemitórax en la radiografía en posición vertical.

Protocolo de empiema utilizado: pacientes estables se inicio terapia antibiótica sin aspiración ni drenaje

pleural, si no se observaba mejoría del estado clínico a las 48 a 72 horas se procedió a la colocación de un tubo de pleurotomía, por lo general sin fibrinolítico o CVT.

El número de casos aumentó de un empiema promedio de 11 al año durante el periodo 1996-2004 a 23/año después de 2004. Hubo 182 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión durante el período de estudio de 12 años y 95 (52%) de ellos fueron tratados solamente con antibióticos. Ochenta y siete (48%) fueron sometidos a procedimientos de drenaje: 31 tubo torácico y 57 CVT, sólo cuatro de los pacientes recibieron fibrinolíticos. No hubo importantes diferencias en las características demográficas de los pacientes de ambos grupos (edad: 5,0 vs 5,5 años). La estancia hospitalaria fue significativamente menor en el grupo de pacientes que solo recibió antibióticos 7.0 (3.5) frente a 11 (4,0) días.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el procedimiento de drenaje y antibióticos solos. Nueve pacientes requirieron ventilación mecánica y se sometieron a drenaje pleural. No hubo muertes.

Los factores de riesgo identificados para ser sometidos a drenaje pleural fueron: menor edad, necesidad

de cuidados intensivos en la (UCI), traslado desde otro hospital, derrame pleural importante y desplazamiento del mediastino. Se realizaron hemocultivos en 155 pacientes, de los cuales 11 resultaron positivos se identificaron *Streptococcus pneumoniae* y sólo una cepa fue resistente a la ceftriaxona. Todos los 82 cultivos de líquido pleural se obtuvieron después del inicio de antibióticos; 12% fueron positivos para patógenos: *S. pneumoniae*, *Streptococcus del grupo A* y *Staphylococcus aureus*, los cuales fueron resistente a meticilina.

En el presente trabajo se concluye que aproximadamente la mitad de niños previamente sanos, hospitalizados con empiema pueden tratarse eficazmente solo con antibióticos por vía intravenosa. Los pacientes con derrames grandes y mediastínicos asociados con insuficiencia respiratoria y/o aquellos pacientes con fracaso respiratorio inminente u otras condiciones que justifica manejo en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son indicativos a someterse a drenaje pleural. Por el contrario, los pacientes con pequeños o moderados derrames que estaban clínicamente estables respondieron bien al tratamiento solo con antibióticos.

Predictores de hemocultivo y bacteriemia en niños menores de tres meses con fiebre y sin foco

Gómez B, Minteg S, Benito J, Egireu A, Garcia D, Astobiza E. Blood culture and bacteremia predictors in infants less than three months of age with fever without source. *Pediatr Infect Dis J* 2010;29:44-7.

La infección bacteriana grave se encuentra en 10% a 15% de los lactantes febriles menores de 3 meses de edad. La incidencia de infección bacteriana grave en los niños pequeños ha cambiado aparentemente en los últimos años, al igual que los agentes patógenos que lo producen, por ejemplo, el *Streptococcus* del grupo B, se ha asociado con altas tasas de

meningitis (39%), focos de infección no meníngea (10%) y sepsis (7%).

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo que incluyó a todos los lactantes menores de 3 meses de edad con fiebre sin foco (FSF) ingresados en el Departamento de Emergencia Pediátrica durante 5 años consecutivos (septiembre de 2003