

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 metilicina.

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

hasta agosto de 2008). Se incluyeron todos los bebés menores de 3 meses de edad con una temperatura mayor o igual 38,0 °C en la casa o la llegada al Departamento de Emergencias, se siguió el algoritmo para pacientes con FSF: se realizó examen general de orina con tira reactiva, hemograma, PCR, cultivo de sangre y orina. Se consideró realizar punción lumbar, tinción Gram, cultivo y reacción en cadena de la polimerasa, de forma individual. Si la apariencia era buena, la edad mayor de 15 días y todas las pruebas complementarias resultaron normales se recomendó el egreso del paciente sin tratamiento antibiótico después de 24 horas de observación en el Departamento de Emergencia Pediátrica, *se recomendó la hospitalización en niños menos de 15 días, con resultados alterados y con deterioro del estado general del paciente durante su estancia en la Unidad de Observación.* Se revisaron y registraron los siguientes datos para cada paciente: datos demográficos (edad, sexo, mes en que se prestó la atención), tiempo transcurrido entre el momento de la detección de la fiebre y atención hospitalaria, la temperatura registrada en el hogar y en el Departamento de Emergencia Pediátrica, estado general del niño, síntomas y resultados de los exámenes realizados, tratamiento recibido, diagnóstico, sitio de atención y evolución. Se revisaron si los recién nacidos fueron admitidos, pero si no fueron internados, se realizó seguimiento por médicos residentes mediante llamadas telefónicas después del entrenamiento para evaluar su evolución.

Se considero como fiebre sin foco: a la temperatura axilar o rectal, en casa o en el Departamento de Emergencia Pediátrica, mayor o igual a 38 °C, en pacientes sin síntomas respiratorios o signos (como taquipnea) o un proceso de diarrea y con examen físico normal. De acuerdo a los diagnósticos emitidos por la Sociedad de Emergencias Pediátricas Españolas se considera: Hemocultivo positivo: cultivo

de sangre donde fue aislado un determinado agente patógeno. Bacteriemia oculta: Hemocultivo positivo en un bebé de buena apariencia con diagnóstico de FSF. Infección del tracto urinario (ITU): crecimiento de más de 50.000 unidades formadoras de colonias (UFC) en una muestra de orina recolectada por sondaje vesical. El crecimiento entre 10.000 y 50.000 UFC también se consideró infección urinaria cuando se asocia con leucocituria y / o nitrituria.

Se considero bebe saludable a recién nacidos a término, no tratados por hiperbilirrubinemia, no hospitalizados más tiempo que la madre, sin antecedente de terapia antimicrobiana y sin enfermedad crónica subyacente. Se aisló patógeno en 23 de los 1018 casos, de los cuales 5 fueron diagnosticados como infección urinaria, siendo el patógeno más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli*, También se analizó el valor de los leucocitos recuento absoluto de neutrofilos (RAN), la PCR para predicción de bacteriemia pero la diferencia entre los dos no fue estadísticamente significativo.

Según nuestros resultados, la tasa de hemocultivos positivos fue relacionado con factores: aspecto general y la resultado de orina. Estos factores pueden ayudar a identificar a los bebés en mayor riesgo de bacteriemia. En este estudio, la PCR, recuento de leucocitos, y el RAN no fueron buenos predictores de bacteriemia en bebés pequeños febriles. En noviembre de 2007, se incluyó la procalcitonina (PCT) en la evaluación del bebé menor de 3 meses de edad con FSF. Pero no se analizó el valor de este nuevo marcador para la detección de bacteriemia en este grupo de niños, ya que, desde su introducción, se tiene pocos pacientes en los que se realizó del PCT. De acuerdo a estudios previos, el PCT ofrece una mayor especificidad que la PCR para diferenciar entre la etiología de la fiebre entre virus y bacterias.
