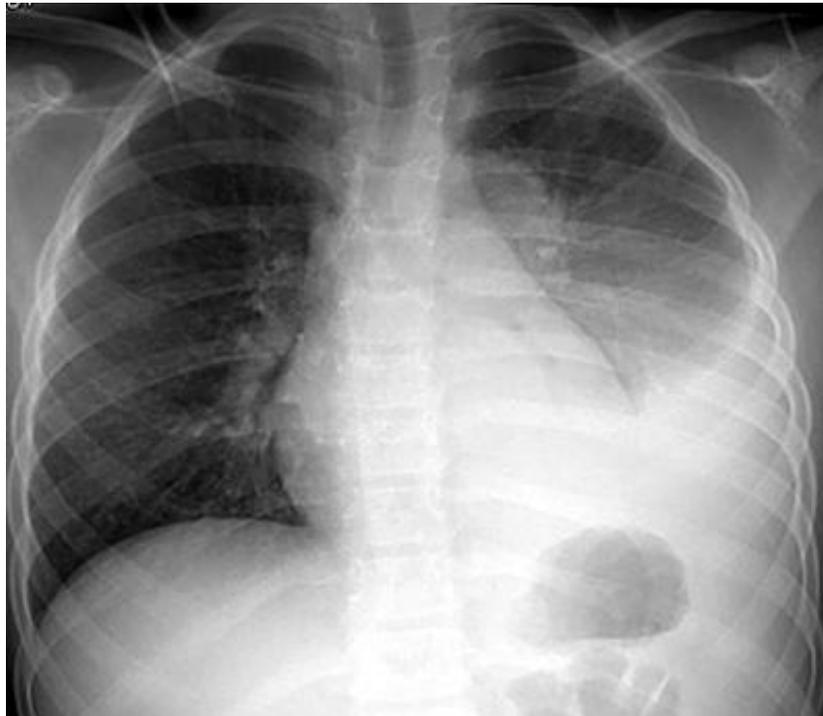


[Neumonía con derrame pleural]



[Módulo NEUMOLOGÍA Y ALERGIA PEDIÁTRICA]

Autores:

Ana M. Huertas, Luis Moral y Teresa Toral

Fecha de elaboración: febrero de 2016.

Fecha de consenso e implementación: febrero de 2016.

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante).

Nivel de aplicación: R2



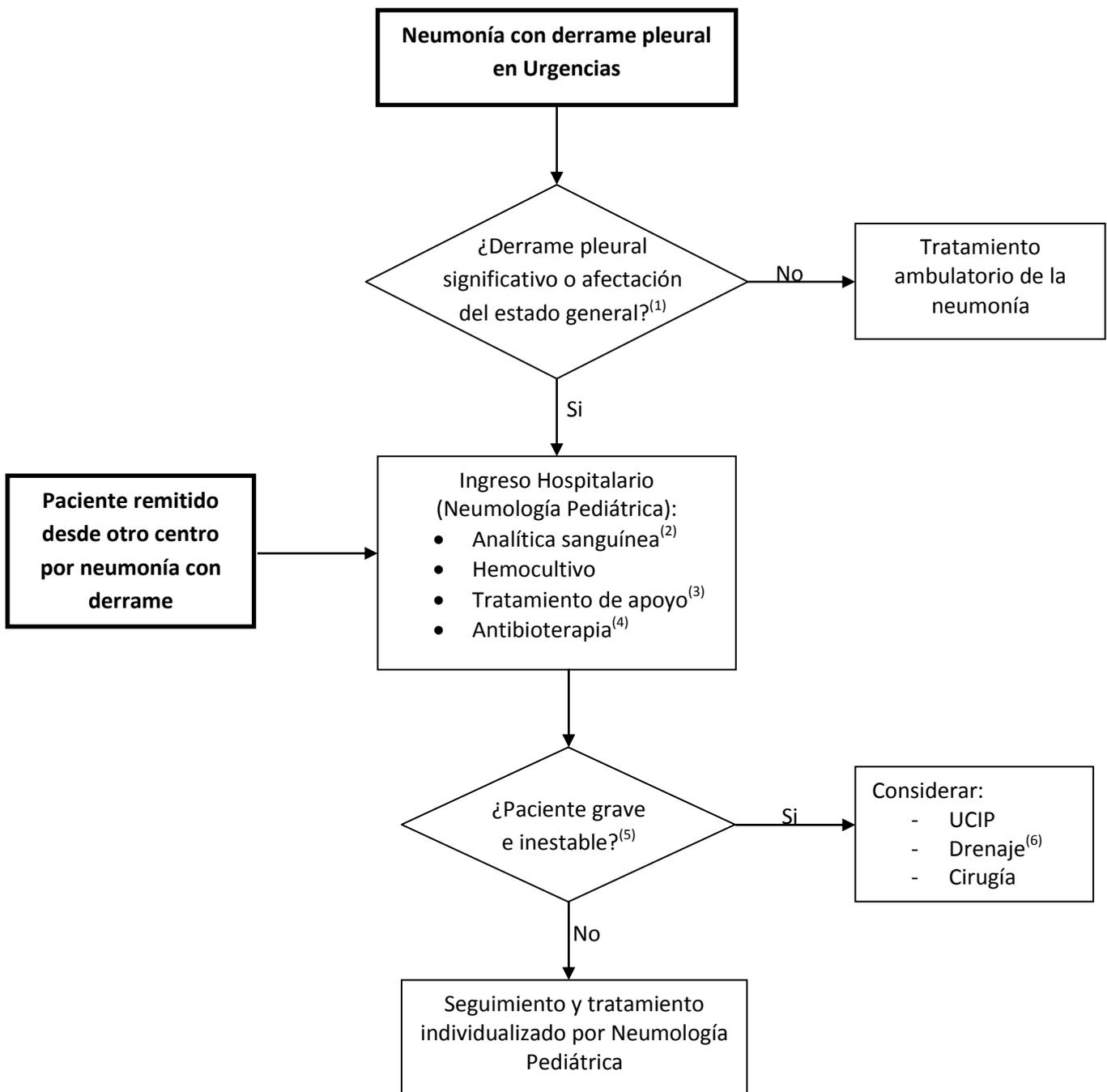
El derrame pleural es una complicación poco frecuente de la neumonía. Puede representar una reacción inflamatoria de la pleura en la vecindad de la infección (exudado inflamatorio) o una auténtica infección pleural (empiema). Nuestro hospital recibe pacientes trasladados de otros hospitales cuando se considera la posibilidad de necesitar un drenaje. Estos pacientes ingresarán a cargo de la unidad de neumología pediátrica.

La necesidad de drenar los derrames pleurales complicados y empiemas es controvertida. Varios estudios y nuestra experiencia indican que el drenaje no cambia la evolución natural de esos pacientes cuando son tratados con antibióticos (1). Por ello, la colocación del drenaje pleural debe individualizarse y no debe decidirse durante la guardia salvo en situaciones especiales. Esta guía está encaminada a orientar las decisiones en los médicos que atienden a estos pacientes a su llegada a urgencias o durante su hospitalización fuera del horario ordinario de trabajo.

Cualquier decisión sobre la necesidad de colocar un tubo de drenaje pleural debería demorarse para que pueda ser valorado por la unidad de Neumología Pediátrica

Los niños con esta enfermedad tienen habitualmente fiebre alta, un aspecto decaído y cierta dificultad respiratoria con necesidad de oxígeno suplementario. Estos hallazgos no deben ser motivo para precipitar la colocación del drenaje pleural. Siempre ha de realizarse la valoración clínica cuando la fiebre haya cedido tras la administración de un antitérmico. La colocación urgente del tubo de drenaje pleural condiciona todo el tratamiento posterior del paciente, por lo que sólo debería contemplarse en pacientes especialmente graves, generalmente cuando se considera la necesidad de cuidados intensivos, por presentar dificultad respiratoria muy marcada o signos de sepsis grave, lo que es infrecuente. En todos los demás casos es posible hacer una valoración diferida para permitir la toma de decisiones por los médicos responsables del paciente. Tampoco la persistencia de la fiebre durante varios días debe ser motivo para colocar el drenaje ni realizar cambios en los antibióticos.

En caso de duda es siempre conveniente intentar un contacto informal con un miembro de la unidad



- (1) Derrame significativo: ≥ 1 cm de grosor en la radiografía de tórax AP.
- (2) Solicitar analítica sanguínea (hemograma y bioquímica) y hemocultivo en los pacientes ingresados en urgencias. No es necesario en caso de los pacientes trasladados de otros centros, a menos que haya que hacer una venopunción por otro motivo (por ejemplo, por pérdida de la vía venosa previa).
- (3) Analgésicos. Oxigenoterapia para mantener $\text{SatO}_2 \geq 92\%$. Si el paciente no está en condiciones de alimentarse por vía oral, sueroterapia iv (solución E) a 2/3 de las necesidades basales, por el riesgo de secreción inadecuada de ADH e hiponatremia.
- (4) Antibioterapia con cefotaxima, 150-200 mg/kg/día en 3-4 dosis. En los pacientes procedentes de traslado se mantendrá el tratamiento antibiótico que traían de su hospital de origen.
- (5) Paciente con dificultad respiratoria muy marcada o signos de sepsis grave en el que se considera la necesidad de UCIP. Habrá que considerar la mejor opción de manera individualizada en colaboración con otros servicios, sobre todo UCIP.
- (6) Preferentemente se esperará hasta valoración por Neumología Pediátrica. Puede ser conveniente dejar en ayunas a la mañana siguiente hasta ser valorado.

La colocación del tubo de drenaje pleural deberá realizarse preferiblemente por el Servicio de Radiología Intervencionista. También puede colocarse o realizarse videotoracoscopia por Cirugía Pediátrica.

Si se punciona el derrame pleural se remitirán muestras para cultivo bacteriano y para análisis citológico (celularidad) y bioquímico (pH, glucosa, proteínas). Debe anotarse el volumen de líquido extraído durante el procedimiento, su aspecto y cualquier incidencia ocurrida durante la intervención.

Si se coloca un tubo pleural, una vez en planta se conectará a un dispositivo de recolección del líquido pleural (PLEUR-EVAC®) por parte de enfermería que se encargará de su cuidado y de marcar los periodos de tiempo en que se va coleccionando el líquido. El dispositivo debe situarse siempre por debajo del nivel del paciente.

El tubo se mantendrá abierto sin succión durante las primeras 2 horas, vigilando el ritmo de evacuación (cerrar en caso de evacuación de >10 ml/Kg en las primeras 2h).

A continuación se administrará uroquinasa según la siguiente dosificación:

- <1 año o < 10 kg: 10.000 UI en 10 ml de SSF
- >1 año o >10 kg: 40.000 UI en 40 ml de SSF

La dosis de uroquinasa se administrará por el tubo pleural y se mantendrá cerrado durante 4h. Posteriormente se abrirá con aspiración continua de 5-10 cm H₂O y se mantendrá abierto las 8h siguientes. Se continuará con la administración de 2 dosis diarias cada 12h (8h y 20h) durante 3 días, administrándose un total de 6 dosis.

Complicaciones relacionadas con el tubo de drenaje pleural:

- Evacuación inicial excesivamente rápida (>10 ml/kg en las primeras 2h): debe cerrarse el tubo de drenaje para evitar hipoperfusión e hipotensión arterial. Esta precaución ya no es necesaria una vez iniciada la uroquinasa
- Neumotórax: deberá mantenerse el tubo abierto permanentemente para evitar neumotórax a tensión.
- Retirada accidental del tubo de drenaje: no debe reinsertarse inmediatamente salvo que la situación clínica lo precise.
- Raras (tos intensa, punción de vísceras, hemorragia): se actuará según patología.

Bibliografía

1. Moral L, et al. Derrame praneumónico complicado: análisis de 2 cohortes consecutivas tratadas con distinto criterio. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(1):46---53
2. Moreno-Pérez D. et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). *An Pediatr (Barc)*. 2015;83(3):217.e1-217e11.