

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA C.N.S. H.O. N° 2



CARATULA

INDICE

RESUMEN DEL TRABAJO

INTRODUCCION

HIPOTESIS

OBJETIVOS ESPECIFICOS

OBJETO

MARCO TEORICO

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

PLAN DE TABULACION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

GRAFICOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

**TEMA: "R.P.M. - POTENCIALMENTE
SEPTICOS EN NEONATOS
HOSPITAL OBRERO N° 2"**

AUTOR: Dra. Mabel Lizette Montañó Candia
RESIDENTE R. II. PEDIATRIA

TUTORES: Dra. Sonia Mendoza Lara
Dr. Froilan Zarzuela Chambi

Dra. Sonia Mendoza Lara
MEDICO PEDIATRA
M - 580 CNS

Cochabamba, Febrero de 2002

10

INDICE

CARATULA	
INDICE	
RESUMEN DEL TRABAJO	1
INTRODUCCION	2
HIPOTESIS	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
OBJETIVO GENERAL	3
MARCO TEORICO	4
METODOLOGIA. UNIVERSO	9
TIPO DE ESTUDIO	9
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	10
PLAN DE TABULACION	10
CONCLUSIONES	10
RECOMENDACIONES	12
BIBLIOGRAFIA	13
ANEXOS	
GRAFICOS	
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.	

2.-HIPOTESIS.-

Los neonatos con antecedente de Rotura Prolongada de Membranas (RPM) más allá de las 12 horas pueden presentar Sepsis Neonatal.

RPM- POTENCIALMENTE SEPTICOS

EN NEONATOS H.O N°2

3.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

1.-INTRODUCCION.- Prolongada de Membranas en la maternidad de l Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud.

Se dice que cuando la emisión de liquido amniótico se produce 1- 12 horas antes del comienzo de las contracciones uterinas y antes del trabajo del parto se habla de Rotura Prolongada de Membranas (RPM), se presenta del 10 – 15 % de todos los partos, Presentándose con mayor frecuencia en los partos prematuros en un 32.6 % y en los embarazos a termino solo un 6.3 % aproximadamente.

Se dice que la Rotura Prolongada de Membranas (RPM) condiciona a una septicemia neonatal más aún si esta apoyado a otros factores que también predisponen a esta patología.

La inquietud nuestra es analizar cual es la incidencia en nuestro servicio y además determinar cuales los factores que condicionan esta patología, finalmente observar y analizar y en base a los resultados que obtengamos normatizar el manejo de dicha patología, en nuestro servicio esto en beneficio de nuestra población que es el futuro de nuestro país, los recién nacidos.

2.-HIPOTESIS.-

Los neonatos con antecedente de Rotura Prolongada de Membranas (RPM) más allá de las 12 horas pueden presentar Sepsis Neonatal.

5.- Clasificar a las madres de acuerdo a su paridad en las que se presenta Rotura.

3.-OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

1.- Incidencia de Rotura Prolongada de Membranas en la maternidad de 1 Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud.

2.- Frecuencia con que la Rotura Prolongada de Membrana causa Sepsis en el recién nacido.

5.- MARCO TEORICO.-

4.-OBJETIVOS GENERALES.-

Quando la emisión de líquido amniótico se produce entre 1 – 12 horas antes del

1.- Definir el tiempo en horas de Rotura Prolongada de Membranas que condiciona a una Septicemia Neonatal. partos prematuros 32.6 % que en los embarazos a término 6.5

% se señalan los siguientes factores: aumento de la presión intrauterina, distensión de

2.- Determinar el germen que más frecuentemente esta presente en la Septicemia Neonatal. cervico vaginales. El periodo de latencia es de 48 horas. Los riesgos para

el feto son: parto prematuro, infección y prolapso de cordón.

3.- Conocer si la madre cursa con una infección intercurrente para desencadenar Rotura Prolongada de Membranas (RPM). en el recién nacido. Existe poco acuerdo sobre el uso

4.- Investigar si el N° de tactos vaginales predisponen a una Rotura Prolongada de Membranas y por ende a una infección o en su caso a una Sepsis Neonatal.

5.- Clasificar a las madres de acuerdo a su paridad en las que se presenta Rotura Prolongada de Membranas (RPM).

6.- Determinar a que edad se presenta con mayor predominio la RPM – SEPTICEMIA NEONATAL.

7.- Conocer otros factores que producirían una RPM – SEPTICEMIA NEONATAL.

5.- MARCO TEORICO.-

hipotermia, (2) taquicardia, (3) taquipnea, y (4) leucocitos anormales o aumento de sus formas inmaduras. El SRIS puede ser secundario a Cuando la emisión de liquido amniótico se produce entre 1 – 12 horas antes del comienzo de las contracciones uterinas se habla de rotura de membranas. Se observa en el 10 – 15 % de todos los partos prematuros 32.6 % que en los embarazos a término 6.5 % se señalan los siguientes factores: aumento de la presión intrauterina, disminución de la resistencia de las membranas, movilidad intensa del feto entre el polo ovular inferior e infecciones cervico vaginales. El periodo de latencia es de 48 horas. Los riesgos para el feto son: parto prematuro, infección y pròlapso de cordón.

La sepsis neonatal, sepsis neonatorum y septicemia neonatal se utilizan para describir la respuesta sistémica a la infección en el recién nacido. Existe poco acuerdo sobre el uso

adecuado de estos términos; es decir, si deberían atenerse a las infecciones bacterianas, a los hemocultivos positivos o a la gravedad de la enfermedad.

Actualmente existe un fuerte debate en la literatura sobre cuidados intensivos en la definición apropiada de sepsis. Esto es el resultado de una avalancha de información sobre la patogenia de la sepsis y la aparición de nuevos agentes potencialmente terapéuticos como los anticuerpos monoclonales frente a la endotoxina y al factor de necrosis tumoral (FNT), que pueden cambiar el pronóstico de la sepsis en experimentos con animales. Para evaluar y utilizar adecuadamente estas nuevas modalidades terapéuticas, es necesaria una definición más rigurosa de "sepsis".

En adultos, el término de síndrome *de respuesta inflamatoria sistémica* (SRIS) se usa para describir un síndrome clínico caracterizado por dos o más de las siguientes características: (1) fiebre o hipotermia, (2) taquicardia, (3) taquipnea, y (4) leucocitos anormales o aumento de sus formas inmaduras. El SRIS puede ser secundario a traumatismos, shock hemorrágico, otras causas de isquemia, pancreatitis o alteraciones de la inmunidad. Cuando es el resultado de una infección se la denomina sepsis. No se han establecido estos criterios para lactantes y niños, y es poco probable que se puedan aplicar a recién nacido. En cualquier caso, el concepto de sepsis como un síndrome producido por las consecuencias metabólicas y hemodinámicas de la infección tiene su lógica e importancia. En la actualidad, los criterios de sepsis neonatal deben consistir en la demostración de una infección en un recién nacido acompañada de un cuadro sistémico grave en el que se descarta o es poco probable una explicación no infecciosa para las alteraciones fisiopatológicas existentes. Los cuadros sistémicos graves en el

recién nacido pueden estar causados por asfíxia perinatal y por enfermedades del aparato respiratorio, cardíacas metabólicas, neurológicas o hematológicas.

La sepsis aparece en un pequeño porcentaje de todas las infecciones neonatales. Las bacterias y candida son los agentes etiológicos habituales, pero los virus y, en raros casos, los protozoos también pueden causar sepsis. Los hemocultivos pueden ser negativos, lo que aumenta las dificultades para determinar la etiología de la infección.

Por último, la infección con o sin sepsis puede presentarse de forma concomitante a una enfermedad no infecciosa en el recién nacido, el niño y el adulto.

La incidencia de sepsis neonatal de acuerdo con su definición oscila entre 1 y 4/1000 nacidos vivos en los países desarrollados con una variación considerable según el momento y la localización geográfica. La diferencia en la incidencia entre unos hospitales y otros puede estar relacionada con las tasas de prematurez, los cuidados prenatales, la asistencia del parto y las condiciones ambientales de las salas de neonatología. Las tasas de morbilidad de sepsis aumentan significativamente en neonatos de bajo peso y en presencia de factores de riesgo maternos (obstétricos) o signos de corioamnionitis como la rotura prolongada de membranas (más de 18 horas), fiebre materna intraparto ($>37.5^{\circ}\text{C}$), leucocitosis materna (mayor de 18.000), dolor con la palpación uterina y taquicardia fetal (>180 latidos/min.).

Entre los factores de riesgo del huésped se encuentran el sexo masculino, los defectos inmunitarios congénitos o adquiridos, la administración intramuscular de hierro (E.Coli), anomalías congénitas (vías urinarias, asplenia, mielomeningocele, o trayectos fistulosos), la onfalitis y el embarazo gemelar (sobre todo en el segundo gemelo con su

negativos en los hemocultivos y deben emplearse otros métodos. Entre las pruebas que

hermano infectado). La prematurez es un factor de riesgo tanto para la sepsis de comienzo precoz como para la de comienzo tardío.

Las bacterias, los virus, los hongos y en raras ocasiones, los protozoos pueden producir sepsis neonatal. La causa más común de sepsis de comienzo precoz son los estreptococos del grupo B (EGB), virus del herpes simple (VHS), enterovirus y E. Coli KI. En neonatos de muy bajo peso, *Candida* y los estafilococos coagulasa-negativos (ECON) son los microorganismos más frecuentes en la sepsis de comienzo tardío.

En raras ocasiones la inhalación de líquido amniótico infectado puede producir neumonía y sepsis intraútero, que se manifiesta por sufrimiento fetal o asfixia neonatal. Tras el parto, el mecanismo de infección es la exposición a agentes patógenos al nacer y en las salas de neonatología o en la comunidad.

Los estudios en el recién nacido son escasos, pero parece que puede estar disminuida la producción de ciertas citocinas. En cualquier caso, se han detectado niveles elevados de IL-6, FNT y factor de activación plaquetaria en recién nacidos con sepsis neonatal y enterocolitis necrotizante (ECN). La IL-6 se perfila como la citocina que más a menudo está elevada en la sepsis neonatal.

En los neonatos con sospecha de sepsis debe evaluarse la posibilidad de un trastorno sistémico multiorgánico. Es frecuente la acidosis metabólicas. La hipoxemia y la hipercapnia pueden ser secundarias al síndrome de dificultad respiratoria (SDR) congénito y del adulto o a neumonía.

El primer criterio diagnóstico que debe cumplirse es la demostración de la infección. Es importante advertir que los neonatos con sepsis bacteriana pueden tener resultados negativos en los hemocultivos y deben emplearse otros métodos. Entre las pruebas que

demuestran una respuesta inflamatoria se encuentran la velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva, la haptoglobina, el fibrinógeno, la tinción con nitroazul de tetrazolio y la fosfatasa alcalina leucocitaria . En general, estas pruebas tienen una escasa sensibilidad y no son útiles. Sólo el recuento y la fórmula leucocitaria y el cociente de neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales proporcionan una información predictiva inmediata cuando se comparan con los valores normales para la edad. La neutropenia es más frecuente que la neutrofilia en la sepsis neonatal grave, pero también aparece asociada con hipertensión materna, sensibilización neonatal, hemorragia periventricular, convulsiones, cirugía y posiblemente hemólisis. Un cociente de neutrófilos inmaduros/neutrófilos totales de 0.16 o más es indicio de infección bacteriana.

En la actualidad, no están definidos los criterios para valorar la magnitud de las alteraciones fisiológicas en los recién nacidos con sepsis, pero éstos deben ser acordes con el efecto sistémico de los mediadores endógenos sobre uno o más sistemas orgánicos. Por ejemplo, el efecto de una sepsis derivada de una neumonía sobre la función respiratoria debe superar el de la lesión local del pulmón. Por tanto, en la evaluación de la sepsis se deben incluir los estudios de laboratorio.

Dado que la pérdida de las reservas de neutrófilos se ha asociado con un mal pronóstico, se han puesto en práctica una serie de ensayos clínicos del tratamiento de reposición de polimorfonucleares, con resultados variables. La sepsis que no responde a los antibióticos y con neutropenia persistente puede ser indicación para la transfusión de granulocitos. Se está investigando la utilización del factor estimulante de colonias de granulocitos, el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF).