

# Neumonía neonatal

**Interno Gonzalo Fuentes M**

Seminario Marzo 2018 – Dr. Flores

# Introducción

- **Definición:** Infección del parénquima pulmonar  
Incidencia <1% (WHO 2008)  
Prematurez aumenta riesgo x 10  
Sepsis → altamente asociado a infección pulmonar
1. Patogénesis
  2. Etiología
  3. Clínica
  4. Diagnóstico
  5. Manejo

# Patogénesis

- Presentación: Connatal o tardía
  - **Connatal o precoz** → primeros 3 días
    - Mecanismos: Aspiración intrauterina de LA infectado
    - Transmisión placentaria
    - Aspiración durante o post parto de LA y/o secreciones vaginales infectadas
  - Tardío → >3 días, generalmente asociado a IAAS
- Bacterias principal agente
- Análisis anatomopatológico → afectación perivascular y la necrosis de la pared de los sacos alveolares.

## Diseño de dos objetos con tabla

Factores de riesgo:

<b>Neumonía precoz</b>	<b>Neumonía Nosocomial</b>
Ruptura prolongada de membranas (>18 horas)	Ventilación mecánica prolongada
Corioamnionitis materna	Prematurez/bajo peso de nacimiento
Parto prematuro	Hospitalización prolongada
Taquicardia fetal	Pobre lavado de manos del personal de salud
Fiebre materna intraparto	Pacientes multiinvadidos

# Etiología

- Principal agente Estreptococo Agalactiae
- Otras bacterias que producen **sepsis precoz**:
  - E Coli
  - Listeria monocytogenes
  - H influenzae
  - Proteus
  - S aureus
  - Estreptococo grupo D
  - Klebsiella spp
  - Mycobacterium tuberculosis.

## Sepsis tardía

- **S. epidermidis**
- S. Aureus
- Pseudomona Aeruginosa
- Hongos (Candida)
- Serratia
- Chlamydia Trachomatis

Ureaplasma y mycoplasma → Corioamnioitis  
SDR + HIPERTENSION PULMONAR

- VIRUS → postnatales: **VHS**, VRS, adenovirus, parainfluenza, rinovirus, Rubeola, CMV.

## Clínica

- Neumonía connatal → distrés respiratoria de inicio precoz.
- Letargia, apnea, taquicardia, inestabilidad térmica, distensión abdominal.
- Eventualmente signos de mala perfusión → SHOCK
- Hipertensión pulmonar asociada (algunos)

- Neumonía tardía → Deterioro clínico

Signos inespecíficos: apnea, taquicardia, inapetencia, distensión abdominal, ictericia, vómitos, dificultad respiratoria y signos de shock.

- Sepsis con participación multiorgánica.
- *C. trachomatis* → clínica aparece entre las 2 semanas y los 3 meses, con un cuadro insidioso afebril de dificultad respiratoria, retraso del crecimiento, tos en staccato y congestión nasal, con o sin conjuntivitis purulenta bilateral.
- Complicaciones: Neumotorax, IC o hipertensión pulmonar.

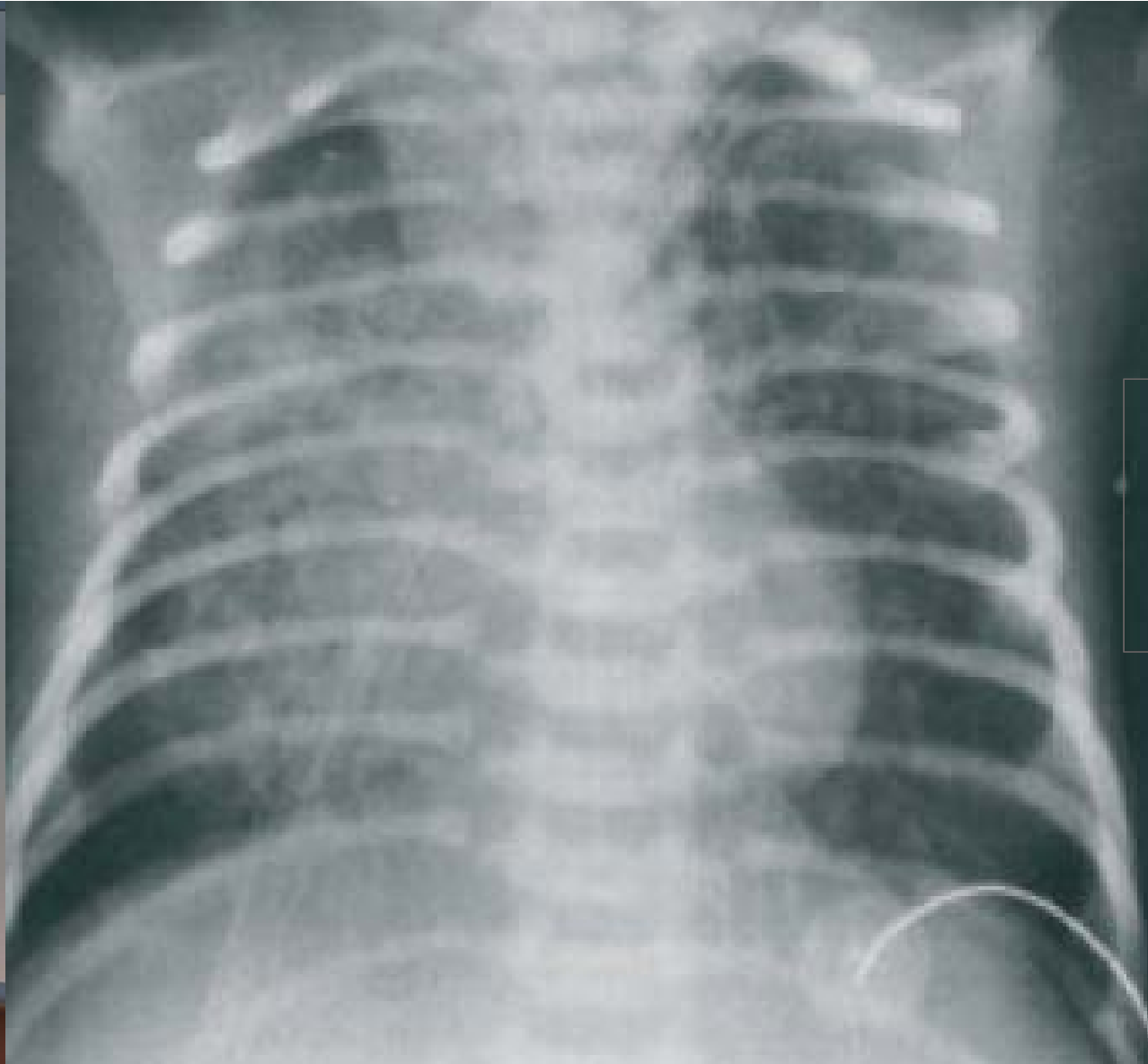
# Diagnóstico

- Hemograma
- PCR
- Radiografía de tórax AP-Lateral\*\*
- Cultivo (hemocultivo y LCR ante sospecha)
- Cultivo de secreción traqueal en paciente ventilados
- PCR viral





**Diagnostico  
diferencial  
SAM**



**Diagnostico  
diferencial  
EDS vs SGB**

# Tratamiento

- **Profilaxis SGB**

- Ampicilina o penicilina 4 horas antes del parto. 2 dosis aumenta protección
- No indicada para RN.

- **Empírico**

- Penicilina (Ampicilina) + aminoglucósido (gentamicina).
- Tardío → Cloxacilina + aminoglucoosido
- Vancomicina por estafilococos resistente a penicilina.
- Chlamydia → Eritromicina

- **Duración**

- 7 días en infecciones evidentes sin germen demostrado
- 10-14 días para neumonías no complicadas con germen identificado
- 14 a 21 días cuando además se asocia infección de SNC

- **Manejo**

1. Estabilización , aportes hidroelectrolíticos según condición, peso y edad
2. Monitorización hemodinámica estricta. Vigilancia de shock. Manejo con volumen / inótrupos
3. Tratamiento antibiótico, previa toma de cultivos

Manejo del distrés respiratorio: según severidad con: oxigenoterapia, ventilación no invasiva o ventilación invasiva.

- En el caso de las neumonías virales, si se sospecha neumonía por VHS, se recomienda el uso de Aciclovir (60 mg/kg/día, en tres dosis, por 21 días), a pesar de la alta mortalidad asociada.
- VRS → ribavirina, Palivizumab (PT <32 sem o DBP)

- **Pronóstico**

Las publicaciones muestran peor pronóstico en aquellos cuadros de inicio precoz, de mayor compromiso clínico y que afectan a recién nacidos prematuros. En las neumonías de aparición tardía las tasas de mortalidad son menores. En general la mortalidad es mayor en recién nacidos prematuros, con enfermedad pulmonar crónica e inmunodeficiencias

# Referencias

- Dra. Claudia Ávila J. Manual de Neonatología, Hospital San José
- Guías nacionales de Neonatología 2005
- F. Balboa de Paz, S. Rueda Esteban. Neumonías neonatales. Acta Pediatr Esp. 2008; 66(10): 481-486