



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Resumen Infecciones del RN

Materia: Pediatría

Presenta: Raymundo López Santiago

Semestre: 6° "A"

Infecciones del RN.

Neumonía Perinatal

Esta se puede presentar como:

1) Complicación pulmonar de sepsis de inicio temprano.

2) Neumonía primaria en niños previamente asintomáticos.

3) Complicación de SAM o SDR.

4) Neumonía por aspiración.

• Signos radiológicos de los: no evidentes, como infiltrados y áreas irregulares, en uno o ambos pulmones con broncograma claro.

Etiología.

-Variable.

a) Neumonía intrauterina (Microorganismos que colonizan canal de parto)

→ E. coli, Klebsiella pneumoniae, EGB, Chlamydia trachomatis, Urea plasma urealyticum y agentes virales del Herpes simple.

b) Conyuntiva, secundaria a agentes del grupo STORCH, Cistidia, bacilo de Koch y VIH.

c) Neumonía adquirida durante el nacimiento (igual que punto a).

d) Tipo postnata - Adquirida

en el Hospital, se debe a gérmenes gramnegativos (E. coli, Klebsiella, pseudomonas, staphylococcus) o gram+ (S. aureus, Streptococcus) y puede C. albicans.

Fisiopatología...

-La llegada se da por la circulación, como la del grupo STORCH, y con más frecuencia por aspiración de fluidos contaminados.

↳ Después de la colonización sigue la proliferación → Un proceso inflamatorio → Diseminación.

↳ Se encuentran exudados icoloros densos, congestión, hemorragias y necrosis.

↳ S. aureus y Klebsiella, pueden causar microabscesos y necrocielos.

• La lesión pulmonar es generada por:

a) Invasión directa de la bacteria al tejido → liberando toxinas que alteran el metabolismo y membranas celulares.

b) Lesión indirecta por respuesta inflamatoria del huésped, liberando bombas como H^2 , induciendo espasmo arteriolar y lesión de los capilares con aumento en la permeabilidad.

Clinica

- Las manifestaciones son inespecíficas, y pueden ir desde síntomas extremos de muerte en 24hr o con una dificultad respiratoria leve.

- Puede simular exacerbación de los cuadros de dificultad resp.

↳ Toux en cuerdas:

• Distonía • Letargia • Apnea • Distonías abdominales • Hepatocitomegalia • Ictericia • Temprana • Etc.

- En casos de neumonía grave

↳ Neorajo predominio → No signos pulmonares, si depresión neurológica leve a moderada.

- En el neonato de término con diágnosis en primeras horas, la aparición de apnea es sugestiva de Neumonía y sepsis por estreptococo del grupo B.

• Neumonía de adquisición comunitaria

↳ Signos Clínicos + Contacto intrafamiliar

↳ Neumonía por *C. Trachomatis* (Perinatal)

es de inicio tardío, y tiene signos característicos: Sibilancias, sin fiebre y con eosinofilia en sangre periférica, en la

Pix de Tarsia hay un pedion redicula fino y subrediculae.

↳ La Tars es rara en periodo neonatal, pero se puede ver en niños con Neumonía Comunitaria.

Diagnóstico Precoz y Tratamiento oportuno

- Toux en cuerdas, exacerbación neonatal (Chlamydia), identificación de cuadros de riesgo, signos clínicos, radiográficos y de Lab.

Rx

- Primeras Horas (Aparato Rx-neon), hasta densidades uni o bilobuladas de tipo lincal, infiltrados gruesos o áreas opacas confluyentes, hasta imagen granular difusa con broncograma aéreo.

Lab.

- La cuenta de leucocitos, y disminuyen los plaquetas pero con más la cuenta de neutrófilos absolutos ($< 1750/mm^3$) la cuenta de banda absolutas ($> 1000/mm^3$) y relación neutrófilos/neutrófilos totales (rel N/T) ≥ 0.2 .

Se debe considerar luego de 48h de iniciada la ventilación mecánica, los cuadros difieren de 4 a 10 días.

• Esta patología se le sugiere a las más frecuente de infecciones nosocomiales en las UCI con datos que oscilan entre 14.7 a 7 episodios por 1000 días/ventilador.

• Neumonía asociada a ventilador. Se encuentra lo siguiente.

→ Rx

- Infiltrados nuevos, progresivos o bien persistentes, consolidación, nublación y neumataxeas.

→ Clínica

- Presencia de aumento de O_2 , requiere incremento de FiO_2

• 3 puntos clave.

- Inestabilidad térmica sin otra causa identificable

- Leucopenia o leucocitosis

- Incremento de bandas esputo purulento

→ Adeninas de Apnea, disminución de desaturación, reducción xifoides, tinte indoloso del quito, dos, bacteriemia, taquicardia, y al menos uno de

los siguientes:

- Hemocultivo positivo no relacionado a otra fuente de infección (40 a 50%).

- Cultivo positivo de aspirado de pulmón (millón de UFC)

- Cultivo positivo de lavado broncoalveolar (100 UFC).

Tratamiento.

- Los germenos aislados más frecuentes incluyen:

- P. aeruginosa y S. aureus

y secundarios:

- E. coli y C. Trachomatis.

- La neumonía por C. trachomatis se da por cultivo nasofaríngeo o de tráquea

→ El dx incluye

• Antibiótico de amplio espectro.

- Depende el patógeno.

→ La terapia empírica se abren gram

+ y - con ampicilina y un aminoglucosido (AMIKACINA o GENTAMICINA) a

dosis ajustadas de acuerdo a edad gestacional, días de vida y peso

Después de que el microorganismo sea
ha sido identificado, la terapia se hace
en base a la sensibilidad.

1) L. Monocytogenes → Ampicilina + Amoxicilina

2) EGB: Penicilina o ampicilina

3) X. Enterococci: Ampicilina + Amikacina
o vancomicina

4) S. Aureus: Vancomicina si es meti-
clino resistente

5) Pseudomonas: Ceftazidima o cefepime

6) Otras infecciones por gram- urogeni-
tales o respiratorias: ampicilina o cefo-
taxima

Las cefalosporinas de 3ª generación son la
opción más adecuada → Adición de la candida-
sida

7) En neumonía comunitaria, si se tiene
indicios de etiología viral, no se añaden
microbianos, si es etiología bacteriana
se usa penicilina

→ Para la Neumonía por Chlamydia o
Bordetella pertussis → con eritromicina
por 14 días.

Otros cuidados:

- Soporte hemodinámico → líquidos a
requerir, vasopresores, nutrición parenteral

dentro de 48h, si no pueden recibir por
V.O.

Miembro superior y Faltas respiratorias

- Se puede requerir presión positiva continua
de la vía aérea (CPAP)

- Cualquier tipo de Neumonía puede
requerir de asistencia a la ventilación
con parámetros mínimos necesarios
para disminuir la posibilidad de neu-
motax y se disminuyen con las
medidas de higiene pulmonar con
nebulización óptima, fisioterapia y
aspiración de secreciones.

• Infecciones Comunitarias y Permeables

→ Se agrupan en "STORCH"

S - Sífilis

T - Toxoplasma, Tuberculosis, Tricomonas

O - Ornitosis, VIH

B - Bacterias

C - Citomegalovirus

H - Herpes simple y Hepatitis B

→ Su transmisión puede ser a través
placenta o permeable

Puntos Subvaginales

- 1) Prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino.
- 2) Anemia, neutropenia, trombocitopenia, ptequiasis, purpura, equimosis.
- 3) Leishmaniasis cutáneas, que se ven focal de neovascularización, proliferación celular vascular y perivascular e inmunodeficiencia.
- 4) Microcefalia, hidrocefalia, calcificaciones intracranéicas.

SIFILIS.

- Infección congénita de etiología crónica, latente con reactivaciones periódicas. \rightarrow Espiroqueta lúgida.
- Producida por *Treponema pallidum*.
- Puede cruzar la barrera placentaria en cualquier momento.
- Se transmite a través de Contacto Sexual.

Ambiente.

- **Macroambiente:** hacinamiento, promiscuidad sexual y nivel socioeconómico bajo.

- **Microambiente:** Factores predisponentes. \rightarrow a) Control prenatal nulo o de mala calidad, b) Tratamiento incompleto, c) Promiscuidad sexual y abuso

de Drogas.

Fisiopatología.

- **Microambiente** \rightarrow El agente llega a la placenta, donde produce inflamación focal de neovascularización, proliferación celular vascular y perivascular e inmunodeficiencia.
- En el feto infectado se produce interferencia con la organogénesis, crecimiento celular y procesos reproductivos.

Clinica.

- La mayoría desarrollan infecciones intrauterinas y pocas fuera de la punta umbilical.
- La infección persistente puede ser sintomática o asintomática.
- La sífilis congénita sintomática que se manifiesta dentro de los primeros 8 semanas de vida, y tiene pronóstico grave.

* Tipos de manifestaciones.

- **Macrocósmicas** \rightarrow Erupción ampulosa.
- **Viscerales** \rightarrow Hepatoesplenomegalia.
- **Oseas** \rightarrow Periostitis, osteocondritis.
- **Hematológicas** \rightarrow Anemia hemolítica.

- Peritales \rightarrow Nebras o nebritis
- Nasales \rightarrow Cephalorhinorrea
- Oculares \rightarrow Glaucoma
- Genitales \rightarrow Fiebre, edema

• Toxoplasmosis •

- Producida por *Toxoplasma gondii*
- Transmiteda al feto solo en infección primaria

Ox y Tx

- Si se realiza por antecedentes de sífilis materna
- Se confirma por pruebas de serología y deparámetros positivos
- Todo neonato por probable sífilis congénita debe hacerse una punción lumbar
- \rightarrow Dexametasona

Cuadro Clínico

- Coriorretinitis, hidro o microcefalia, calcificaciones intracraniales, etc.
- so mental

• Prevención primaria •

- 1) Carne bien cocida
- 2) Lavar vegetales y frutas peladas
- 3) Guantes en preparación de alimentos
- 4) Evitar Contacto Huevo crudo

• Tratamiento •

- Primer trimestre del embarazo
- \rightarrow Una dosis de 2.4 millones de UI de penicilina Benzatínica IM.
- 2º Trimestre \rightarrow Penicilina Gaurinica a razón de 800.000 UI/Kg/1000 cada 24hr por 10 días.
- En el PN debe recibir 50.000 UI/Kg/10días IM, penicilina benzatínica cada 12hr en menores de 7 días de vida y cada 8hr en mayores de 7 días, ambos por 10 días de vida.

• Verificar Animales Como Gatos •

• CLÍNICA •

- Infección Clínica Aguda (Morbil)
- Síntomas y Signos
- \rightarrow Coxielomielitis, Ictericia, linfocitopenia, Coriorretinitis, convulsiones por el K.Fe, Convulsiones arritmia, náusea, hepatomegalia, mieloma e hidrocefalia.

Dx y Tx

- Estudios anticuerpos específicos
 - ↳ IgG e IgM elevados
- ↳ Dx infección fetal → amplificación del Gen B1 → PCR en líquido amniótico a partir de 18-20 SOG

Tx

- Dura 1 año el Tx
- ↳ Se usa la combinación pirimetamina:
- Dosis ataque 1mg/kg/día
- de mantenimiento → 1mg/kg/día en días alternos VO.
- Sulfadiazina 75 a 100 mg/kg/día en 2 dosis
- Sulfametoxol 30 mg/kg/día en 2 dosis vía oral
- Clindamicina (Asteracido) 10 a 20 mg/kg/día en 2 dosis IM una semana
- 1) Sulfadiazina → Primotaurina 12 meses, Guesse diaria y Guesse dos alternos + Sulfadiazina 12 meses diaria + ácido fólico 12 meses, 3 días por semana

BUBEOLA

- Embarazo → No aplica la vacuna para la rubéola.
- Si se administra, el feto desarrolla consecuencias graves.

Clinica

- Infección fetal
- Síndrome "Amplio"
 - ↳ Trombocitopenia grave, petequias equimosis, hepato-esplenomegalia, septicemia, neumonitis, miocarditis y zonas radiolúcidas en huesos largos.
- Cardiovascular → Estenosis pulmonar periferica, Conducto AaI permeable, defecto de biquie ventrículo, etc.

↳ Cataratas y glaucoma.

Dx

- Antecedentes maternos y en el embarazo.
- Estudios serológico materno
 - ↳ IgG específica

Tx

- No Tx antiviral específico
- Solo de soporte.

- Gemmatedilias específicas en caso de exposición (6 primeros días: 25 ml/kg en inmaduro, 40 mg/kg y 0.5 ml/kg en inmaduro).

• CITOMEGALOVIRUS •

- Adopta un curso subclínico
 - ↳ Madre 90%
- Hallazgos clínicos
 - ↳ Pedras de crecimiento intrauterino, ictericia, purpura, microcefalia, Hepato-splenomegalia, coriorretinitis y cardiopatía congénita.

Ox Diagnóstico

- Se busca en aislar el virus.
 - ↳ Pruebas serológicas → Comprueban si la madre ha tenido exposición al CMV.
 - ↳ IgG y IgM (ambos).
- El dx se confirma cultivando al virus en suero
 - ↳ (CRA, orina o secreciones orofaríngeas).
- Alteraciones radiográficas
 - ↳ Neumonía intersticial, calcificaciones periventriculares y cambios óseos.

Ox Tratamiento

- Basado en Sulfonamidas
 - ↳ Neumonía grave en prematuros requiere O₂ e intubación para ventilación mecánica intermitente.
 - ↳ El BIV grave
 - ↳ ganciclovir Sulfonamidas (ganciclovir, Sulfonamidas) (9-15, H₂O y 2 papirjimatil) y una.
 - ↳ Dosis 5 mg/kg 12h → 14-21 días.

• Herpes Simple •

↳ La mayoría de niños infectados por este tipo de virus, algunos otros por herpes genital.

• Clínica •

- Vesículas ulteriores, ulceras en cavidad oral, productos pequeños para su edad gestacional, retraso psicomotor grave, calcificaciones intracraqueales, microcefalia, hipertonicidad, crisis convulsiva (ceguera, microoftalmía y cataratas), coriorretinitis.

Dx y Tx

- Estudios anticuerpos específicos
 - ↳ IgG e IgM elevados
- ↳ Dx infección fetal → amplificación del Gen B1 → PCR en líquido amniótico a partir de 18-20 SOG

Tx

- Dura 1 año el Tx
- ↳ Se usa la combinación pirimetamina:
- Dosis ataque 1mg/kg/día
- de mantenimiento → 1mg/kg/día en días alternos VO.
- Sulfadiazina 75 a 100 mg/kg/día en 2 dosis
- Sulfametoxol 30 mg/kg/día en 2 dosis vía oral
- Clindamicina (Asteracido) 10 a 20 mg/kg/día en 2 dosis IM una semana
- 1) Sulfadiazina → Pirimetamina 12 meses, Guesse diaria y Guesse dos alternos + Sulfadiazina 12 meses diaria + ácido fólico 12 meses, 3 días por semana

BUBEOLA

- Embarazo → No aplica la vacuna para la rubéola.
- Si se administra, el feto desarrolla consecuencias graves.
- Clínica •
- Infección fetal
- Síndrome "Amplio"
 - ↳ Trombocitopenia grave, petequias equimosis, hepato-esplenomegalia, septicemia, neumonitis, miocarditis y zonas radiolúcidas en huesos largos.
- Cardiovascular → Estenosis pulmonar periferica, Conducto Aórtico permeable, defecto de abigüe ventricular, etc.

↳ Cataratas y glaucoma.

Dx

- Antecedentes maternos y en el embarazo.
- Estudios serológico materno
 - ↳ IgG específica

Tx

- No Tx antiviral específico
- Solo de soporte.

Dx y Tx

- Injerto de lesiones detectada en
GIE/MSA usando células y gajos
concentrados de soro.

L>S. se confirma Dx.

L> Tado a la pa

L> Anticorpos (Cervix) 20mg VO
C/4h, 10 días.

Tx

- El dx de Hepes simple (Agudo o
crónico) es solamente Saker.

• Monografía Escatología Parvovirus B19

L> Proceso inflamatorio-infeccioso agudo
que compromete en forma difusa
al encéfalo y los tegumentos.

- El dx de Hepes recurrente se hace
en:

- Cuadro Clínico compatible

- IgM específica parvovirus

- Anticuerpos del virus.

Clinica

- No es específico

Lo más común es:

- Distonía

- Rechazo al alimento

- Irritabilidad - Somnolencia

- Vómito

- Crisis Convulsivas

- Fatigabilidad

- Hipertonía muscular

- Alteraciones del ritmo respiratorio

- Ictericidad

- Hepatomegalia.

• Tratamiento en el RN.

L> Aciclovir 30mg/kg/día IV

C/8 horas, 14-20 días

• Hepatitis B

- Clínica

-> Síndrome Agudo

- Portadores crónicos 80%

Dx.

- Detección de Dn y virales HbsAg
y HbeAg o anti-HBc en plasma

Dx precoz

- Investigar de forma precoz
de en todo RN sintomático

Com. Sepsis Clínica de Seps
dicemia e incluire unul de
diferențial

↳ Gold Standard

↳ Cultura de LCR

Scuze

