



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADEMICO

“NEUMONÍA CONGÉNITA”

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

NEONATOLOGÍA

PRESENTADO POR:

LIC. ROSA MARÍA CRISÓSTOMO ALMEYDA

ASESOR:

DR. HERNANDO MARTIN CAMPOS MARTINEZ

CHINCHA-ICA-PERU, 2017

Índice

Presentación	¡Error! Marcador no definido.
Índice.....	3
Dedicatoria	5
Resumen.....	6
Palabras clave:	6
I. INTRODUCCION	7
II. MARCO TEORICO	8
III. ANTECEDENTES	10
IV. BASES TEORICAS	12
CAPITULO I	14
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	14
1. Definición.....	14
2. Incidencia	14
3. Etiología	14
4. Epidemiología	15
5. Patología	15
6. Fisiopatología	15
7. Diagnóstico diferencial	15
8. Factores de riesgo.....	15
9. Clasificación	16
9.1. Neumonía precoz:.....	16
9.2. Neumonía tardía:	16
10. Tipos	16
10.1. La neumonía congénita	16
10.2. La neumonía intrauterina.....	16
10.3. La neumonía perinatal	16
10.4. La neumonía postnatal	16
11. Las formas clínicas y frecuencia de presentación.....	16
12. Repercusiones	17
13. Agentes.....	17
CAPITULO II	18
CASO CLINICO.....	18

1. Introducción.....	18
2. Objetivo	18
2.1. El objetivo principal	18
2.2. Objetivo específico.....	18
3. Material y método.....	18
4. Caso clínico.....	18
• Anamnesis	18
• Antecedentes Maternos	19
• Exploración física	19
• Pruebas complementarias.....	19
• Diagnostico	19
• Tratamiento	20
• Tratamiento específico	21
• Evolución.....	21
• Epicrisis	22
5. Discusión y análisis	22
6. Conclusiones y recomendaciones	22
7. Propuestas de mejora	23
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXO.....	25
.....	28

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen porque son quienes inspiraron inteligencia para la culminación de este proyecto siendo mi segunda especialidad,

A mis padres por su constante apoyo y consejos para mi realización.

A mis maestros porque me brindaron sus experiencias y conocimientos para ser un profesional de bien.

A todos los que me apoyaron en un momento de mi vida moral y económicamente.

Resumen

La neumonía neonatal prematura se presenta en los primeros 28 días de su nacimiento y sigue siendo un riesgo de complicación tardía y muerte precoz.

Objetivo: presentar las características clínicas y la evolución en un caso de neumonía congénita atendido en un hospital de salud.

Pacientes y métodos: se analizó un caso en el año 2015, diagnosticado por características clínicas y rayos x. Se presentan el proceso desde su inicio hasta el culmino de su seguimiento.

Resultados: 1 caso clínico de una madre primeriza gestante de 17 años, con 21 semanas y 5 días de gestación.

Conclusión. La incidencia de neumonía neonatal es elevada constituyendo a las enfermedades respiratorias una de las más comunes y letales para los neonatos.

El manejo redujo la mortalidad, aunque aún se observaron complicaciones durante el tratamiento.

Palabras clave: neumonía neonatal, caso clínico, anamnesis.

I. INTRODUCCION

Es una de las enfermedades más frecuentes en la etapa neonatal. Puede causar complicaciones, graves secuela e incluso el fallecimiento si no se aborda tiempo. El pulmón es el órgano más común de alojamiento de microorganismos causales de enfermedades respiratorias del recién nacido. Esto corresponde tanto en la etapa prenatal y al parto como a la vida posnatal.

Por ello, se deben observar rigurosamente los signos y síntomas de dificultad en proceso de obtención del O₂ natural en el neonato, a fin de poder llevar a cabo un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno. Este cuadro se asocia a una gran mortalidad.

En la presentación de un caso clínico de una paciente de 17 años de edad, con manifestación de neumonía congénita. Que en el proceso de abordaje apropiado y la administración de diferentes métodos se consiguió un resultado favorable y su recuperación fue seguida por profesionales en la materia.

II. MARCO TEORICO

La neumonía es una enfermedad infecciosa que es causante de la inflamación del parénquima pulmonar y que se caracteriza por un síndrome febril acompañados de síntomas respiratorios. La clara definición de “adquisición ambiental” hace referencia a los niños ingresados en el centro de salud en las 72 horas de ingreso.

Según las Organización mundial de la Salud, la aparición de dificultad respiratoria, taquipnea en relación con la neumonía.

La definición neumonía congénita es una infección común y potencialmente grave que constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en la infancia y primeros días de vida.

La neumonía neonatal temprana en prematuros, como respuesta inflamatoria sistémica frente a la infección, sigue siendo un desafío para el médico neonatólogo, causada por virus, bacterias y hongos, en la fase interhospitalaria o extrahospitalaria que se presenta en los primeros dos días de vida.

Los pulmones son los órganos que se constituyen en su totalidad a las 32 semanas de gestación, mientras que en niños prematuros el proceso tiene que ser más riguroso y mecánico por medio de maquinaria especializada para para la implementación de potencial en el órgano referido.

El intercambio O₂ ambiental natural ocurre mediante la difusión de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y los alveolos pulmonares.

En 1992 en una conferencia entre especialistas se planteó nuevas definiciones para la neumonía y neumonía congénita adhiriéndose el término de SIRS (Síndrome de Respuesta inflamatoria Sistémica).

Se clasifica según el CIE 10 como P23.9 Neumonía congénita (infecciosa) en la presencia o como resultado de infección probada o sospechada y según la edad de presentación puede ser clasificada de manera arbitraria.

Lo cual queda demostrado que el riesgo es mayor vulnerabilidad de barreras fisiológicas y sistema inmune que presente el recién nacido prematuro. Donde recién a partir de la semana 28 donde recién adquiere niveles adecuados de inmunoglobina G.

En el programa para el control de infecciones respiratorias de los niños menores de cinco años (AIEPI) entidad encargada de la mejora de la calidad de vida de los menores niños y niñas para garantizar su bienestar, crecimiento y desarrollo. A través de este programa pretende optimizar su plataforma multisectorial para el bienestar físico y fisiológico, se diagnostica en presencia de taquipnea,

definida por 60+ respiraciones/min en menores de dos meses de edad, y 50+ respiraciones/min entre los dos a once meses y 40+ respiraciones/min entre doce a cincuenta y nueve meses. Para poder categorizar cual es la gravedad de la neumonía, es relevante la identificación de somnolencia, convulsiones, quejido, retracción torácica e intolerancia oral.

Se puede considerar una enfermedad tratable, en lo que respecta a su recuperación en la mayoría de los casos, sin embargo aquellos pacientes con patología o enfermedades aleatorias son más complicados.

El Ministerio de Salud Pública, en compromiso con la niñez ha logrado reducir la tasa de mortalidad en enfermedades pediátricas, por lo cual la mejora e implementación de instrumentos se vuelve necesario para brindar una equidad de atención y buena calidad.

Donde la participación activa de todo el personal encargado es fundamental, para un manejo estandarizado nacional. Todo lo que esto dispone deberá ser utilizado para la explicación a profesionales de la salud, padres de familia y público en general, para poder esclarecer sus dudas y la mejora continua.

El objetivo de desarrollo del Milenio enmarca acciones en referente a la salud infantil reduciendo a las dos terceras partes según datos recientes.

III. ANTECEDENTES

La incidencia de neumonía congénita en el neonato se define como el cuadro clínico que acontece en los primeros días de vida, según las publicaciones, se dan 1 a 2 casos cada 100 nacidos vivos y es variable dependiendo la definición, región, institución, entre otros.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2015), describen que al menos existen 920 136 casos de muertes en niños menores de 5 años por causa de neumonía pulmonar y se estima que 800 000 son en países en vía de desarrollo, siendo la incidencia en neonatos a término menor de 1%.

Mientras que otras investigaciones emiten que de las 3.9 a 10.8 millones de muertes anuales en todo el mundo, de neonatos menores de 28 días, la neumonía neonatal es la responsable de 20-30% en las primeras 48 hrs. Sin embargo, esta incidencia varía en mayor proporción por el peso y la edad gestacional de la madre.

En el estudio realizado en México en un periodo de dos años se recibieron los datos clínicos y radiológicos de neumonía, dada dentro de las 2 primeras semanas de vida, de cada usuario de análisis su edad gestacional, sexo, peso al nacer, resolución, apgar, estudios paraclínicos de biometría hemática y reactantes (proteína C reactiva y procalcitonina). Conformado por 15 de sexo masculino y 8 de sexo femenino, donde en correlación con el peso adecuado solo 74% y entre peso alto y bajo un 26%. El análisis obtenido en los antecedentes maternos fue de corioamnionitis 8 de 23 casos, ruptura prematura de membrana 7 de 23, por infección de las vías urinarias 5 de 23 casos, por cerclaje 4 de 23 casos y por cervicovaginitis 2 de 23 casos. En conclusión se observó una baja incidencia de neumonías neonatales, sobre neonatos pre término. Siendo las principales complicaciones en los pulmones la asistencia ventilatoria prolongada, el barotrauma y la displasia broncopulmonar. Siendo un 13% de letalidad: baja.

En un estudio realizado en el Hospital Provincial de Puyo (2008-2009), para obtener resultados de factor de riesgo en menores de 5 años, los resultados obtenidos fueron recolectados mediante encuestas con preguntas abiertas y cerradas, en forma aleatoria conforme llegaban al centro de salud, el universo de 155 pacientes que ingresaban a la especialidad de Pediatría, donde 92 varones (59,4%) y 85 hospitalizados (54.8%), que pertenecían a sector rural, 53 niños (34.2%) tenían entre uno y cinco años de edad y 9 pacientes (5.8%) en el momento del parto manifestó una ruptura prematura de membranas, provocando

neumonía. Donde las condiciones en mayor proporción de riesgo que encontraron fueron socioeconómicas y ambientales, donde se sugiere la implementación de programas de atención primaria.

Históricamente con la intención de poder abordar los casos con mayor eficacia se han realizado implementaciones en los centros de salud (en algunas zonas rurales y urbanas) para disminuir el factor de riesgo en muertes neonatales.

Pese a la morbimortalidad por neumonía congénita se ha disminuido en las últimas décadas, aunque sigue siendo una de las causas importantes de mortalidad, por lo que es necesario contribuir a la estandarización de estudios de evaluación y observación e intervención en ensayos clínicos en la rama pediátrica.

Hasta el año 1992, la definición no era precisa para la neumonía congénita y su conceptualización abarcaba la edad adulta, pero posteriormente en consensos definieron los criterios de evaluación y diagnóstico para la etapa neonatal (2001).

Durante un estudio de infecciones neonatales en el hospital América Arias, en un periodo de dos años se realizó una investigación en 214 casos, donde el grupo conformado por prematuros las cifras eran de 49%, por bajo peso 42% y crecimiento intrauterino retardado de 18.7%. Donde hubo predominio de prematuridad, arrojaba un mayor índice de enfermedades respiratorias en los primeros días de vida en consecuencia de su falta de desarrollo orgánico pulmonar.

IV. BASES TEORICAS

La neumonía es una infección aguda del tracto respiratorio que se adquiere dentro y fuera del hospital, con o sin manifestaciones latentes en presencia de microorganismos pulmonares en las radiografías de tórax y exámenes de laboratorio.

Es una enfermedad que puede afectar a todas las edades, pero la mayor prevalencia siendo la etapa vida niño menores de 5 años, siendo el género con mayor prevalencia el masculino.

Las manifestaciones clínicas en los pacientes con neumonía congénita son variables dependiendo si es bacteriana o vírica. El examen clínico de tórax revela disminución en los sonidos respiratorios, generando el cuadro clínico de la probabilidad de neumonía.

La manifestación clínica de la neumonía en los adultos mayores es inespecífica caracterizada por, sudoración, escalofrío, fatiga, dolor abdominal, anorexia, estado mental alterado y mialgias.

Desde los años 1990, diversas organizaciones en el mundo encargadas de dictar pautas para la intervención de pacientes con neumonía. Aunque muchas guías comparten normas y recomendaciones para su abordaje. La importancia son estrictamente clínicas para los pacientes en específico.

Entre las instituciones de evidencias científicas: ATS (sociedad americana de tórax), agrupando a los pacientes en cuatro grupos divididos en edad. BTS (Sociedad Británica de Tórax). SOVETORAX (Sociedad Venezolana de Neumología y Cirugía Torácica) que presento una alternativa de abordaje y tratamiento para pacientes en neumología. CAPO (Community Acquired Pneumonia Organization).

Entre los métodos más efectivos diagnósticos la radiografía de tórax sigue siendo la de mayor eficacia. Los patrones se dividen en neumonía lobar, bronconeumonía y neumonía artificial.

El microorganismo de la neumonía es *Streptococcus pneumoniae* , pero muchas bacterias pueden ocasionar este tip. El *Staphylococcus aureus* el microorganismo de la broncopulmonía.

El cultivo de esputo también es parte del estudio para la detección del tipo de bacteria

Son varios los agentes que causan la neumonía en el ser humano. Si bien no están claros el orden de importancia. El *S. pneumoniae* es el microorganismo más frecuente reportado.

Según los estudios los organismos que existen con mayor frecuencia son *Streptococcus pneumoniae* en 20 a 60%, *Haemophilus influenzae* en 7 a 11%, *Pseudomonas aeruginosa* en 1 a 3%, *Staphylococcus aureus* de 0 a 7%, la presencia se identifica en los extremos de vida niño y adultos mayores.

Los primeros reportes de microorganismos bacterianos se presentaron los primeros reportes hace aproximadamente hace 50 años En un programa Venezolano.

En general la mortalidad de la neumonía en los primeros dos días no es afectada por el tratamiento antibiótico, sino por la gravedad del ingresante. Sin embargo los estudios descartan el fallecimiento de neumonía en los 4 días.

CAPITULO I

TEMA DEL CASO CLÍNICO

1. Definición

La neumonía es una enfermedad inflamatoria, de carácter infeccioso, que afecta el intercambio gaseoso produce un déficit en la difusión o ventilación pudiendo llegar a poner en peligro la vida del paciente.

La neumonía congénita es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones. Que a la vez están conformados por minúsculos sacos, llamados alvéolos pulmonares, que favorecen a la respiración, una presencia de agentes patógenos externos causada por virus, bacterias u hongos que genera la enfermedad.

Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

El manual de diagnóstico CIE10 la menciona en estas categorías J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18, P23.

2. Incidencia

Según la OMS, se aproxima que existen entre unas 800.000 las muertes neonatales por año debidas a infecciones respiratorias. En los países ya desarrollados la incidencia es menor al 1%. Sin embargo, esta incidencia sería cercana al 10% en nacimiento con bajo peso. En algunas series se describen cifras de incidencia del 20-32% en recién nacidos vivos, y del 15-38% en nacidos muertos. En la práctica clínica se observa en casi la totalidad de los cuadros sépticos una afectación neumónica más o menos significativa, tanto clínica como radiológica, aunque ésta varía según el germen causal y la individualidad de la respuesta inflamatoria de estos casos y se estima que alrededor de un 20% son de origen intrauterino congénito.

3. Etiología

- En el útero:
 - ✓ Infección del líquido amniótico (Corioamnionitis).
 - ✓ Gram-positiva.
- Inicio prematuro: (menor a 7 días)
 - ✓ Placenta - aspiración de líquido amniótico después de la ruptura prematura de membrana o durante el parto.

- ✓ Gram-negativa (Echerichia Coli), Streptococcus grupo B
- Inicio tardío: (mayor a 7 días)
 - ✓ Enterocolitis necrotizante, Gram-negativa (chlamydia, hongos, UU, mycoplasma) y VIRUS (Virus Sincitial Respiratoria, Infección aguda por citomegalovirus, PIV).

4. Epidemiología

Se calcula que esta enfermedad es la principal causa de mortalidad infantil en el mundo. Y se estipula que una apropiada asistencia médica podría contrarrestar la enfermedad.

5. Patología

- Obstrucción de las vías aéreas (Atelectasia)
- Acumulación atípico de líquido en los pulmones (Edema pulmonar)
- Congestión vascular pulmonar
- Hemorragia alveolar
- Lesión al epitelio respiratorio
- Histopatología: SDR (síndrome de dificultad respiratoria en niños prematuros)

6. Fisiopatología

El microorganismo tiene acceso a tres vía: primero a la vía hematógica (trasmitido por la sangre), la segunda a la vía ascendente (que se adquiere en el proceso del parto) y la tercera vía aspirativa (que ocurre dentro del útero). La presencia del cuadro neumónico por la infección, donde los factores que en el proceso generan asfixia y pre-madurez.

7. Diagnóstico diferencial

Enfermedad de membrana hialina, edema pulmonar, atelectasias, neumotórax, quilotórax, neumomediastino, hemorragias o derrames, hipoplasia o agenesia, infarto pulmonar, fibrosis quística, enfermedad quística y algunas cardiopatías congénitas.

8. Factores de riesgo

La neumonía es causada por bacterias, virus y hongos que pueden tratarse con antibióticos, pero un porcentaje reducido logra recibir el tratamiento que se merece debido a su complicación y su manifestación.

9. Clasificación

9.1. Neumonía precoz: Es la que se desarrolla en los 3 primeros días de vida y se contagia de la madre por medio de la aspiración en el útero y durante el parto de líquido amniótico o transmisión de microorganismos transplacentario. Causados por virus, bacterias y hongos.

9.2. Neumonía tardía: Esta ocurre cuando el recién nacido es dado de alta y se produce por microorganismos externos, teniendo mayor probabilidad de ser infecciones bacterianas aunque no se descarta las virales o fúngicas. El virus más recurrente es el Virus Respiratorio Sincitial.

10. Tipos

10.1. La neumonía congénita

Se transmite por medio de la placenta y constituye manifestaciones clínicas de infección congénita.

10.2. La neumonía intrauterina

Es cuando el pulmón se inflama, diagnosticada mediante una autopsia al bebe que falleció en los primeros días de vida.

10.3. La neumonía perinatal

Es adquirida en el momento del parto, producida por microorganismos en el proceso del parto.

10.4. La neumonía postnatal

Es la que se adquiere luego del nacimiento. Se manifiesta en las primeras cuatro semanas de vida, se puede dar en el hospital o en el hogar.

11. Las formas clínicas y frecuencia de presentación

La neumonía es responsable del 15% de todas las defunciones de menores de 5 años y se calcula que mató a unos 920 136 niños en 2015.

12. Repercusiones

Se puede presentar un SDRA en el recién nacido, debido a la transmisión de la madre al feto el microorganismo desencadenante, en consecuencia líquido a rededor de los pulmones, abscesos pulmonares, IR o sepsis.

13. Agentes

Agentes microbiológicos más frecuentes según la edad del paciente

<i>Neonatales</i>	<i>Menores de 3 meses</i>	<i>De 3 meses a 5 años</i>	<i>Mayores de 5 años</i>
St. grupo B	Virus respiratorios (*)	Virus respiratorios (*)	<i>Myc. pneumoniae</i>
Varicela - Herpes	St. grupo B (<i>agalactiae</i>)	<i>St. pneumoniae</i>	<i>St. Pneumoniae</i>
Citomegalovirus	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>	Virus
<i>Esch. coli</i>	Enterobacterias	<i>Myc. pneumoniae</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>
<i>Listeria monocytogenes</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Myc. tuberculosis</i>	<i>Moraxella catarrhalis</i>
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Listeria monocytogenes</i>	<i>St. Aureus</i>	(*) Virus respiratorios
<i>Proteus</i>			<i>Coxiella burnetti</i>
			<i>Legionella pneumophila</i>

CAPITULO II

CASO CLINICO

1. Introducción

El pulmón es el órgano que se termina de formar a la trigésima segunda semana de gestación, en un bebe pretermino el asentamiento de organismos causales de enfermedades respiratorias es más común. Por ello, se debe observar y hacer seguimiento de los signos de dificultad respiratoria en el neonato, a fin de aplicar un diagnóstico y un tratamiento eficaz y oportuno.

El presente caso clínico se presenta en útero congénito, con asfixia, suspensión fugaz de respiración y dificultad respiratoria. Y en el recién nacido letargia, bajo peso, síndrome febril y dificultad respiratoria.

2. Objetivo

2.1. El objetivo principal

Identificar los factores de la neumonía congénita neonatal en el hospital de salud a una menor de 17 años en el periodo de marzo-abril 2015.

2.2. Objetivo específico

Determinar los factores de riesgo materno (filiación, antecedentes), parto (tipo, manifestaciones, test de apgar), riesgo neonatal temprana (semanas de gestación, incidencia, enfermedad, diagnóstico, tratamiento) en el periodo de marzo-abril de 2015.

3. Material y método

Se analizó este caso en el año 2015, diagnosticado por los especialistas de la salud mediante características clínicas, pruebas y rayos x.

4. Caso clínico

El caso clínico fue recopilado del hospital "San Francisco de Asís", donde los casos de parto son bajos debido a su poca presencia poblacional.

- **Anamnesis**

Nombre: ALCC

Sexo: Mujer

Fecha de nacimiento: 09/Marzo/2015

- **Antecedentes Maternos**

Edad: 17 años

Control de embarazo 21 semanas de gestación y 5 días

VDRL: NR (sífilis)

Virus Inmundeficiencia Humana (VIH): Negativo

Cervicovaginitis a las 29 semanas de gestación con tratamiento de Metronidazol Ov por 7 días

El parto fue espontaneo

RPM: Intraoperatoria

Líquido Amniótico (LA): claro

- **Exploración física**

Rengo Normal - Tiempo de coagulación): 32 SEG

Peso: 1685 gr

Talla: 42 cm

PC(perímetro cefálico): 32 cm

APGAR: 7/8

FC: 124 x' (por minuto)

FR: 57 x' (por minuto)

Temperatura: 36.8°C

- **Pruebas complementarias**

Las pruebas administradas al menor se dieron de manera observacional, se emplearon ecocardiogramas, rayos X y ecografías para un examen más exhaustivo del estado del órgano importante en el proceso de respiración.

- **Diagnostico**

Ingreso Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

Dx:

- Madre adolescente
- Nivel Socioeconómico Bajo
- CPAP: (dispositivo mecánico)
 - ✓ PEEP (presión positiva al final de la expiración) 7 → 6
 - ✓ Fi O2 35% → 21%
 - ✓ GSA: (gasometría arterial)
 - ❖ pH: 7.33 (potencial de hidrogeno)

- ❖ PCO₂ (Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial): 46 mmHg (milímetros de mercurio)
- ❖ PO₂ (Presión parcial de oxígeno): 60 mmHg (milímetros de mercurio)
- ❖ HCO₃ (bicarbonato): 22.2
- ❖ Sat(síndrome de aceite toxico): 87.5%
- ❖ EB: -4.3
- Glucosa: 140 mg/dl → 123 mg/dl
- Hematocrito: 53%
- Pendiente: Proteína C reactiva y HMG
- Administración de antibióticos:
 - Ampicilina (75 mg/kg/D)
 - Gentamicina (7.5 mg/kg/D)
- Survanta 1 dosis

- **Tratamiento**

- Profiláctico:
 - ✓ ABC
 - ✓ Normotermia
 - ✓ Normoglicemia
 - ✓ Normovolemia
 - ✓ Corrección de trastornos metabólicos
 - ✓ Seguimiento monitorizado de oximetría de pulso
 - ✓ Administración de esteroides prenatales a la madre en un periodo de 24 horas antes del nacimiento (12 mg/d)
 - ✓ Surfactante: al nacimiento (10-15 min) en recién nacido prematuros menores de 30 semanas.
- Terapia de reemplazo surfactante: antes de las 2 horas de nacimiento
- CPAP
- Cardiopatosis congénita
- Con cianosis
 - ✓ Falla en la conexión total de las venas pulmonares
 - ✓ Tetralogía de Fallot
 - ✓ Atresia pulmonar
 - ✓ Atresia tricuspídea con estenosis pulmonar
- Sin cianosis

- ✓ Comunicación inter auricular
 - ✓ Comunicación inter ventricular
 - ✓ Persistencia del conducto arterial
- CAVP
 - ✓ Venas pulmonares se conectan con la aurícula derecha directamente o a través de las venas sistémicas
 - ✓ Edad al fallecimiento desde 1 día hasta 20 meses
 - ✓ 1 día a 6 meses (85%)
 - ✓ Predomina sexo masculino (61.7%)
 - ✓ Es total o parcial
- **Tratamiento específico**
 - Dependiendo de la edad del paciente y presentación clínica (bacterial o viral)
 - Los menores de 2 meses deben ser hospitalizados y tratados con antibióticos IV
 - La administración de Ampicilina (50 mg/kg) c/ 12 hrs en la primera semana de y desde la segunda semana hasta la cuarta c/ 8 hrs.
 - Gentamicina monodosis
 - Evidencia de infección estafilocócica: cambiar ampicilina por VANCOMICINA
 - Oxígeno, detección y tratamiento de apneas, hipoglicemia, líquidos IV y adecuada nutrición.

- **Evolución**

En el primer día de vida su peso era de 1600 gr. Con Ictericia y sin apnea, con un hemograma normal y en la obtención de fragmentos de ADN particular por medio de PCR, fue 0.

Al realizarse estímulo al siguiente día su bilirrubina aumenta a 6.8 mg/dll. Al tercer día se dio seguimiento, con fototerapia que se suspendió al 4 día de vida. Descartamos la posibilidad de infección Connatal con Hemocultivos, arrojando negativo. Suspendiendo los antibióticos a los 3 días de vida.

Se administra por requerimiento oxígeno por periodos interrumpida del día tercero a séptimo, al octavo día se le suspende y al noveno día presenta desaturación por lo que se instala oxígeno por naricera.

En el onceavo día se solicita electrocardiograma mostrando morfológicamente y funcionalmente normal.

Se requirió un permanente de oxígeno con la que sobresatura, al suspenderlo hasta 73% (Displasia Broncopulmonar) al día veintidós de vida.

Gasometría arterial: con tendencia de retención de CO₂ (27-03-15)

Se toman muestras de aspirado bronquial, urocultivo y hemocultivo (03/04/15)

- ✓ Anemia (03/04/15)
- ✓ Hematocrito: 29.2
- ✓ Hemoglobina: 10.3
- ✓ Se transfunde PG 10ml/kg

- ✓ Eco Cerebral (10-04-15) HIC grado I
- ✓ Análisis de Orina: Negativo(-)
- ✓ Saturometría: 79% (12-04-15)
- ✓ Cultivo de muestra respiratoria (+) para Ureaplasma (15-04-15)
- ✓ Tratamiento de Eritromicina por 15 días (15 mg/kg/D)
- ✓ Saturometría sin O₂ normal (20-04-15)
- ✓ Se le dio de alta el 22-04-2015

- **Epicrisis**

El diagnóstico principal claramente es la inmadurez de sus pulmones y la contracción de la bacteria, se abordó la dificultad respiratoria con medicamentos referidos en el proceso de evolución y maquinaria para reforzar su maduración pulmonar y pueda valer por sí mismo, al final del proceso el niño se le dio de alta con las recomendaciones respectivas a los padres.

5. Discusión y análisis

Claramente se asoció el diagnóstico de neumonía congénita en la infección adquirida por el microorganismo y el nacimiento prematuro. A partir de ello la reincorporación el proceso práctico de análisis y evaluación rápida para la detección del agente infeccioso, cuya etiología está relacionada con la bacteria *Ureaplasma urealyticum* de la familia de *Mycoplasmataceae*.

6. Conclusiones y recomendaciones

- Recién nacida a pre término: 32 semanas en edad gestacional

- Síndrome de dificultad respiratoria transitorio: recuperado
- Ictericia: abordado
- Neumonía congénita por *Ureaplasma urealyticum*

7. Propuestas de mejora

- ✓ En primer lugar los cuidados respectivos, estar pendientes ante cualquier manifestación de molestias o dificultades respiratorias.
- ✓ Seguimiento del mensual para la evaluación de su caso, supervisión médica y análisis.
- ✓ Adecuado ambiente de reposo para él bebe y la madre, mientras el proceso aun este latente, para no desencadenar un cuadro de recaída.

BIBLIOGRAFIA

López, J. & Cols. *Infecciones del Recién Nacido*. Libro del Año de Pediatría. Editorial. Saned España., 1994; 123-169.

Haque, K. Mohan, P. *Pentoxifilina para la sepsis neonatal*. Biblioteca Cochran Plus EEUU.2005 [fecha de acceso 10 de marzo de 2017]; (4). URL disponible en: <http://www.updatesoftware.com/AbstractsES/ab004205-ES>.

Baoboa, F. Neumonías neonatales. *Acta Pediátrica Esp*. 2008; 66(10): 481-486, Madrid.

Manual MSD. (2017) Neumonía neonatal. University of Rochester Medical Center. Disponible en URL:

http://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/neumon%C3%ADa-neonatal#v1092085_es

Ceriani, J. *Neonatología Práctica*. 3ª ed. Buenos Aires, Argentina.: Editorial Panamericana; 1999: 293-309.

Acuña, M. (2004). Resistencia de *S. pneumoniae*: Principal obstáculo en el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). *Neumol Cir Torax* 63 (2), 96-101.

Carrión, M. (2008). Características Clínicas, Epidemiológicas y Etiológicas de las Neumonías Adquirida en la Comunidad de origen bacteriano en pacientes atendidas en el Servicio de Medicina.

ANEXO

Derecha

Figura 1:

*Radiografía
pulmonar del
menor bilateral.*

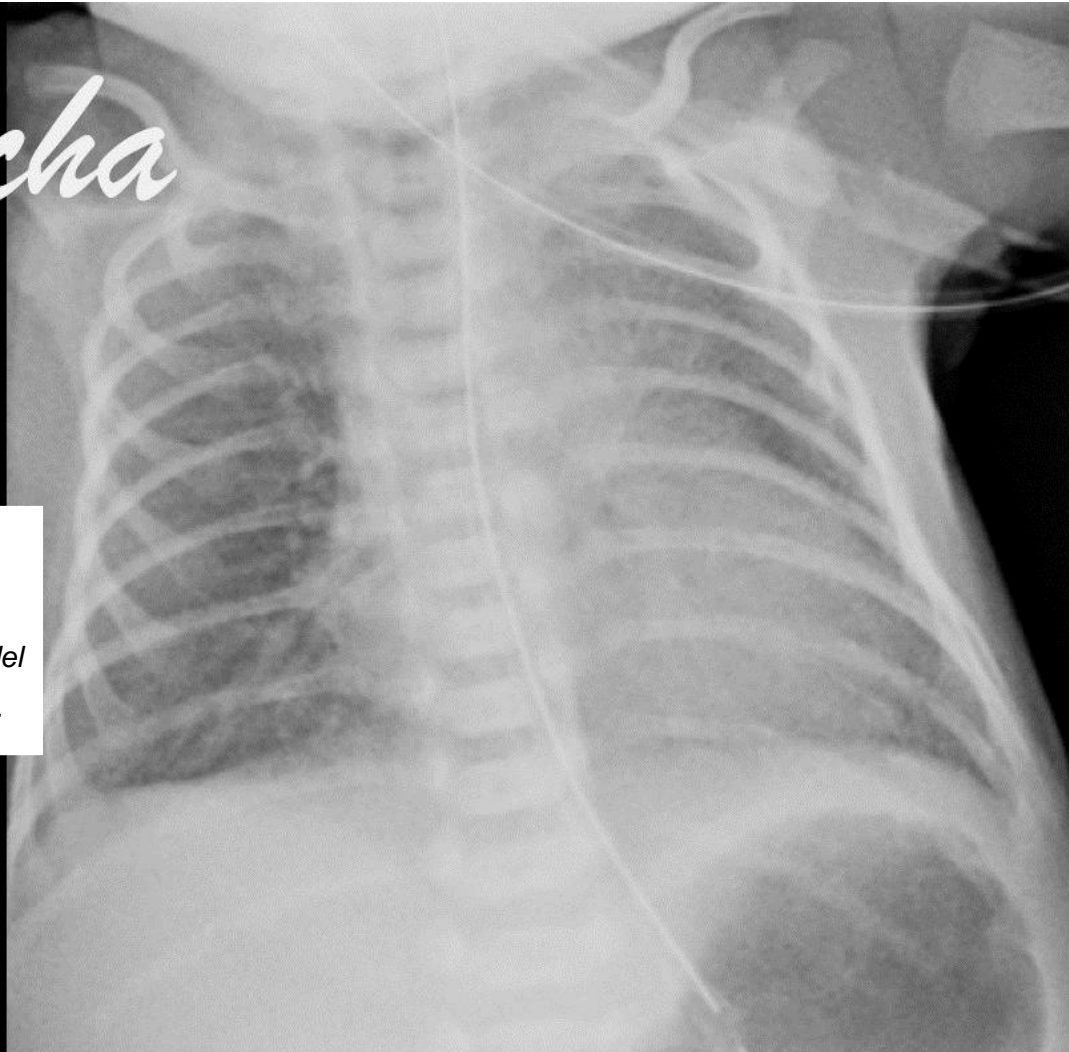




Figura 2:

Ingresó SDR y luego pasa a respiración ambiental O₂ a las 12 hrs de nacimiento. Se administró CPAP con un total de 13 hrs con O₂ indirecto en un aproximado de 5 hrs.

Figura 3:

El día 11: ecocardiograma (20-03-15)



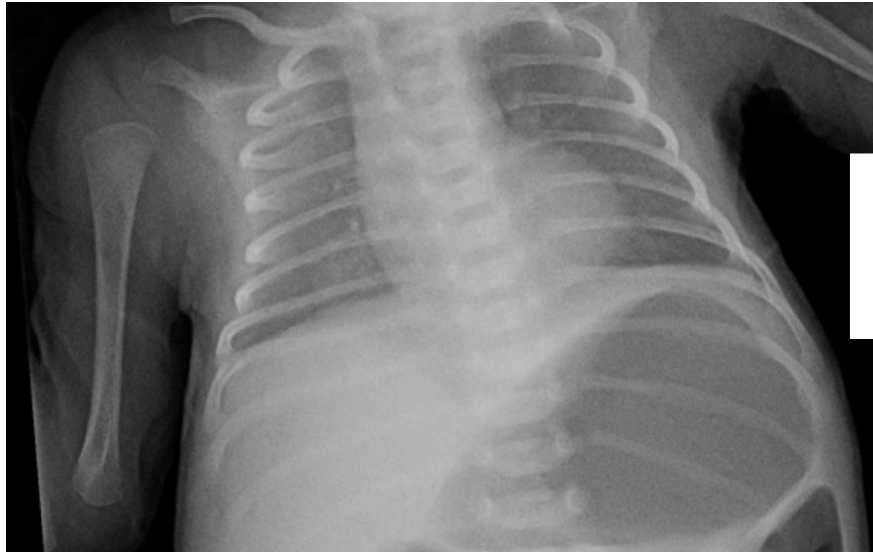


Figura 4:

Radiografía de Tórax (26-03-15)

Figura 5:

Radiografía de Tórax (08-04-15)

