

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

BRONCONEUMONIA NEONATAL

Definición:

- **Cuadro pulmonar infeccioso ocurrido como complicación de infecciones connatales o que se desarrollan como infecciones nosocomiales.**

Etiología:

- **Cada Unidad de Neonatología tiene su propia realidad epidemiológica que se debe conocer.**
 - **Inicio precoz:**
 - **Son de tipo connatal y los principales agentes etiológicos son:**
 - **Estreptococo grupo B.**
 - **E. Coli.**
 - **Listeria Monocytogenes.**
 - **Otras son de tipo viral como: citomegalovirus, herpes, etc.**
 - **Inicio tardío: Aparecen los síntomas generalmente después de la primera semana como complicación de infecciones por gérmenes nosocomiales.**

Cuadro clínico:

- **Dificultad respiratoria que se agrava progresivamente con polipnea, quejido,**

cianosis, retracción progresiva, apneas.

- **Disminución del murmullo vesicular y crépitos pueden estar presentes; pero a veces difícil de identificar.**

Diagnóstico:

- **Antecedentes maternos (infección materna o rotura prematura de membranas, líquido amniótico de mal olor, corioamnionitis.)**
- **Pacientes sometidos a procedimientos (post-quirúrgicos, multipuncionados, nutrición parenteral, ventilación mecánica.)**
- **Pacientes con cuadro séptico asociado.**
- **Pacientes en ventilación mecánica que se agrava.**
- **Rx de tórax compatible (infiltrado pulmonar, condensación, etc.).**
- **Hemograma (leucocitos, leucopenia, desviación a izquierda, etc.**
- **Proteína C reactiva positiva.**
- **Presencia de hemocultivos positivos. Poco sensible.**

Tratamiento:

- **Medidas generales: Mantener adecuada ventilación, equilibrio hidroelectrolítico y ácido base, mantención hemodinámica adecuada, etc.**
- **Antibióticos: Esquema de amplio espectro dependiendo de la epidemiología de la Unidad, por vía endovenosa como primera línea en general se usa Ampicilina y Gentamicina o Amikacina.**
- **Manejo respiratorio:**
 - **Desde oxígeno terapia por hood, ventilación mecánica, manejo de hipertensión pulmonar, etc.**
 - **Conexión precoz a ventilación mecánica si evolución clínica es rápidamente progresiva. Conectar si:**
 - **FiO₂ mayor de 0.40 –0.50 para mantener PaO₂ > 60 mm Hg y/o saturación > 90%.**
 - **Presencia de retención de CO₂ que condicione acidosis respiratoria (pH < 7.25).**
 - **Presencia de hipertensión pulmonar (HTPP).**
 - **Asociado a shock séptico.**

Estrategia Ventilatoria:

- **FiO₂ :** Necesaria para adecuada oxigenación. Considerar edad gestacional y post-natal.
- **PIM:** Siempre usar el necesario para lograr adecuada excursión respiratoria sin sobredistender. En control radiológico obtener 8 espacios intercostales.
- **PEEP:** 4 – 6 cm H₂O.
- **TIM:** 0,45 - 0,50 seg.
- **FR:** 40 - 60 por minutos o más en hipoxemia severa.
- **Flujos según FR y forma de la Flujo/Tiempo cuadrada:** 6-10 lts/seg.
- **En BRN connatal en neonato de término, primeras 24 a 48 hrs:** Mantener gasometría con PaO₂ 70-90 mm Hg o saturación Hb 94 - 96% y PaCO₂ entre 35 - 45 mm Hg, para manejo preventivo de HTPP. Horas posteriores: Mantener sat. > 90% y PaCO₂ entre 40 - 50 mm Hg.
- **Mantener siempre condición hemodinámica óptima. El manejo del shock es vital.**
- **En prematuro se puede aceptar hipercapnia permisiva y oxemia de 50-60 mm Hg.**
- **Destete:**
 - **Paciente estable.**
 - **Priorizar disminución de barotrauma y/o volutrauma. Disminuir MAP, junto con la FiO₂.**
 - **Alternar con disminución de FR según saturometría, gases y auscultación de murmullo pulmonar.**

BIBLIOGRAFIA:

1. **Hassen T., Corbet A. Neumonías neonatales. En Taeusch W., Ballard R. Tratado de Neonatología de Avery. 7° ed. Ed. Harcourt. 2000. 648-660.**
2. **Burchett S. Neumonía. En Cloherty J.: Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson. 3° ed. 1999, 371-380.**
3. **Miller M., Fanaroff A. Respiratory disorders in preterm and term infants. En Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. Ed. Mosby. 7° Ed. 2002.1025-1049.**

