

Saluda MiBarrio

Abre tu puerta al cuidado

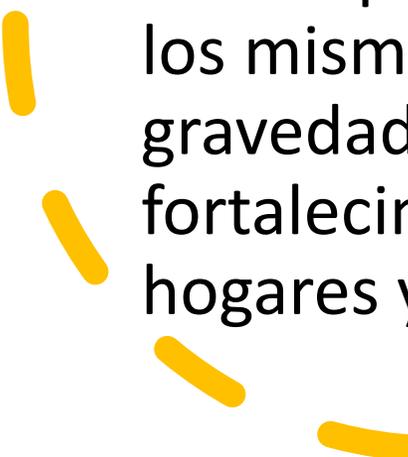
IRA NEONATAL

DRA CLAUDIA PATRICIA DEVIA
PEDIATRA NEONATOLOGA
REFERENTE NEONATOLOGIA
RUTA MATERNO PERINATAL
PROVISICON DE SERVICIOS
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

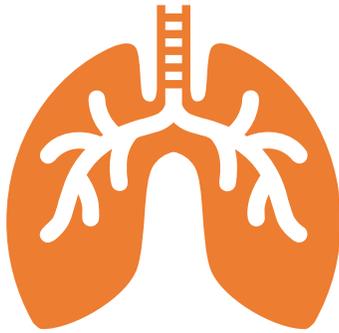


La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado estrategias preventivas para reducir la mortalidad por IRA en niños menores de 5 años. En cuanto a Colombia, se ha reducido la mortalidad en los menores gracias al aumento en la disponibilidad, acceso, calidad en los servicios de salud y al mejoramiento de las condiciones de vida. Por otra parte, se demuestra que la mortalidad infantil está relacionada con el bajo peso al nacer; por ello, se busca disminuir la tasa de niños nacidos con peso inferior a los 2 500 gramos



- 
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), han desarrollado la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la cual busca capacitar a padres, cuidadores y personal médico sobre las enfermedades que pueden afectar a los menores de cinco años, de modo que se garantice el crecimiento y desarrollo saludable de los mismos. También buscan reducir la mortalidad, la incidencia y la gravedad de la neumonía, garantizando servicios de salud y fortalecimiento en la promoción y prevención con calidad en los hogares y en los centros de salud
- 

IRA



Pueden presentarse en el sistema respiratorio superior como una infección respiratoria aguda alta o en el sistema respiratorio inferior como una infección respiratoria aguda baja (Cordero, Beltrán & Astudillo, 2015).



MAS FRECUENTE VIRUS SINCICIAL RESPRIATORIA

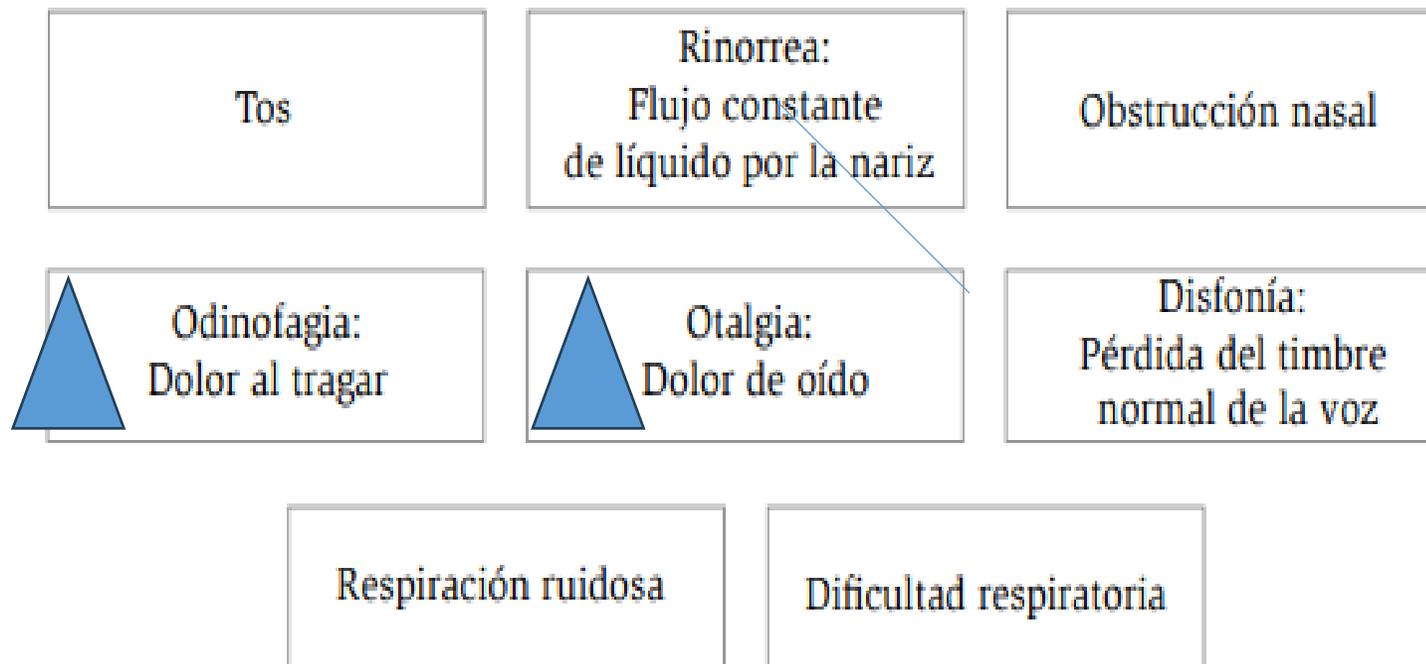
OTROS

- ADENOVIRUS
- INFLUENZA
- PARAINFLUENZA
- RINOVIRUS
- BODETELLA PERTUSIS



SINTOMAS

Figura 1. Presentación de síntomas característicos de las IRA en niños menores de cinco años (Cujíño & Muñoz, 2001).



FACTORES DE RIESGO



FACTORES DE RIESGO



FACTORES DE RIESGO

SEXO
MASCULINO

ENFERMEDADES
CRONICAS

BAJO PESO AL
NACER

EDAD

CAMBIOS
CLIMATICOS

FALTA
LACTANCIA
MATERNA

VENTILACION
DEFICIENTE

VACUNAS EN LA GESTANTE

DPT-a (27 a 36 semanas) en cada gestación

Influenza (ideal en temporada) en cada gestación

Covid en cualquier momento

Esto incluye a los padres, los hermanos y las demás personas que lo cuiden, como los abuelos y las niñeras. Todos los que necesiten vacunarse, deben hacerlo al menos dos semanas antes de conocer al bebé porque toma aproximadamente dos semanas para que el cuerpo produzca los anticuerpos después de la vacunación.



HACINAMIENTO

- Problemas de infraestructura, hacinamiento, manejo y recolección de basuras, escasa ventilación, contaminación dentro de la vivienda, pisos en tierra, ausencia de servicios públicos, y convivencia con animales tendrán efectos en la salud de los menores y de toda la familia

EXPOSICION A HUMO DE CIGARRILLO

El tabaquismo materno aumento el riesgo de asma en el lactante

La exposición a humo de cigarrillo (pasivo) tambien incrementa el riesgo de asma (OR 1.11, 95% CI 1.03–1.20)

La exposición del recién nacido a humo de cigarrillo también aumenta el riesgo

Eur Respir J 2016; 48: 115–124 | DOI:
10.1183/13993003.01016-2015

LACTANCIA MATERNA

POTECCIÓN
ENFERMEDADES
GRAVES

ESPECIALMENTE
SI EXCLUSIVA
MAS DE 90 DIAS

NEUMONIA Y
OTITIS MEDIA

LACTANCIA MATERNA

- influye en el desarrollo de la microbiota intestinal, y este, a su vez, es un fuerte mecanismo inductor de maduración y defensa de la mucosa intestinal, y por tanto, del sistema inmunitario como un todo. Múltiples investigaciones concuerdan en el potente valor inmunomodulador de la leche humana, que provee al lactante de nutrientes, precursores, probióticos, factores antimicrobianos y agentes antiinflamatorios, necesarios para la maduración inmunitaria

Nosocomiales

Los 5 agentes virales encontrados en UCI neoantal

Rotavirus (23.44%),

Virus Sincitial respriatorio (17.19%)

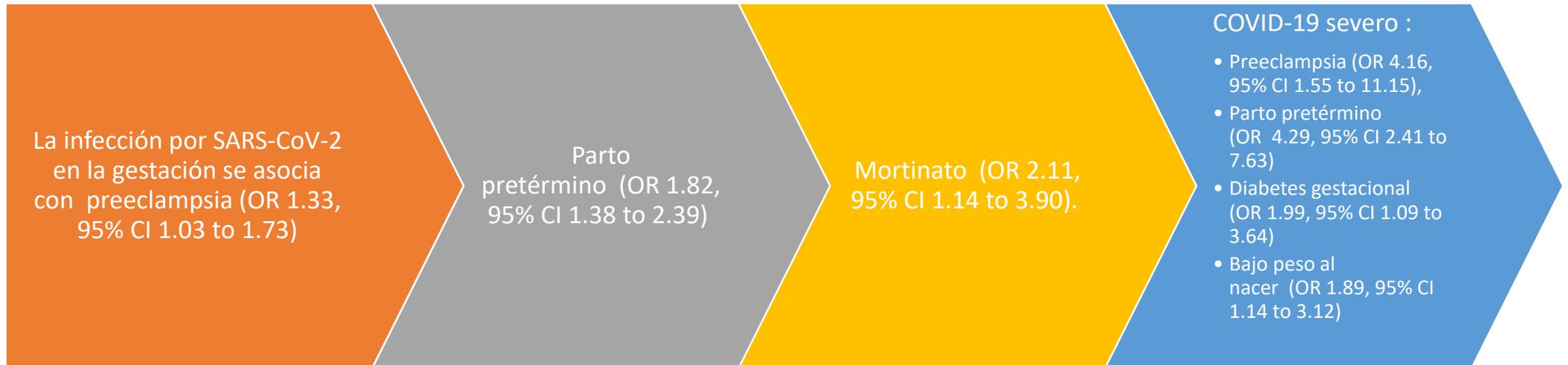
Enterovirus (15.63%)

Hepatitis A virus (10.94%)

Adenovirus (9.38%)

American Journal of Infection Control 41 (2013) 854-6

Covid



ALGORITMO 2 DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO SUSPECHOSO O CONFIRMADO DE INFECCIÓN SARS CoV2/COVID-19 PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD

• Recién nacido con sintomatología respiratoria o gastrointestinal

Clasificación según manifestaciones clínicas

LEVE

- Distemia
- Tos
- Congestión nasal
- Hipoxemia leve (FIO₂ <30%)
- Hiporexia
- Diarrea o vómito sin deshidratación

- Hospitalizar en básicos-intermedios aislamiento (área COVID)
- Tomar hemograma, PCR, panel viral respiratorio, PCR-RT SARS CoV-2 y Rx de tórax

GRAVE

- FR > 70 rpm
- Hipoxemia (FIO₂ > 30%)
- Dificultad respiratoria
- Apneas
- Intolerancia a la vía oral
- Deshidratación
- Depositiones con sangre

- Hospitalizar UCIN
- Tomar hemograma, PCR, función hepática, renal, troponina, film amni respiratorio, PCR-RT SARS CoV-2 y Rx de tórax

CRITICO

- Alteración del estado de conciencia
- Insuficiencia respiratoria
- Requerimiento de ventilación mecánica
- Choque séptico
- Disfunción multiorgánica

- Hospitalizar UCIN
- Tomar hemograma, PCR, función hepática, renal, troponina, tiempos de coagulación, film amni respiratorio, PCR-RT SARS CoV-2 y Rx de tórax

MANEJO

- Hospitalizar al neonato en la URN
- Aislamiento de contacto y por gotas
- Debe permanecer en incubadora cerrada (será la misma para el transporte)
- Se ubicará por cohortes según condición clínica
- Leche materna/fórmula según condición clínica del neonato y materna
- Monitorización de curva térmica y saturación de oxígeno
- Manejo médico según condición clínica del recién nacido
- Valoración por trabajo social en caso de ser necesario

CRITERIOS DE EGRESO

- Se debe dar egreso una vez resueltos totalmente los síntomas, incluyendo ausencia de fiebre mínimo durante 3 días
- Garantizar adecuada alimentación y tolerancia a la vía oral
- Contar con un cuidador sanoSM, indicando claros signos de alarma y recomendaciones
- Se realizará control a los 5 días por consulta externa, en un consultorio adaptado y aislado para tal fin. Siguiendo las normas de bioseguridad establecidas.
- Adicionalmente se realizará seguimiento telefónico durante 28 días del aislamiento que deberá guardar en casa.

idades como
asintomático en los
asociado

PERTUSSIS



SE RECOMIENDA VACUNACIÓN EN LA MADRE
PARA PREVENIR EL CONTAGIO DE MENORES DE 2
MESES



Al igual que la vacunación de los contactos del
recién nacido

EPIDEMIOLOGIA

60 millones de caso anuales, con ½ millon de muertos

Antes 1922-1948, primera causa de muerte en niños < 14 años

Mayor incidencia en los paises en via de desarrollo

Endemica con ciclos epidemicos superpuestos cada 3-4 años

50% infeccion subclinica

TBC PULMONAR

- BCG : Protección en niños < 5 años
(aOR 0·63, 95% CI 0·49–0·81 , no tanto en adolescentes y adultos
- Lancet Glob Health. 2022 September ; 10(9): e1307–e1316. doi:10.1016/S2214-109X(22)00283-2

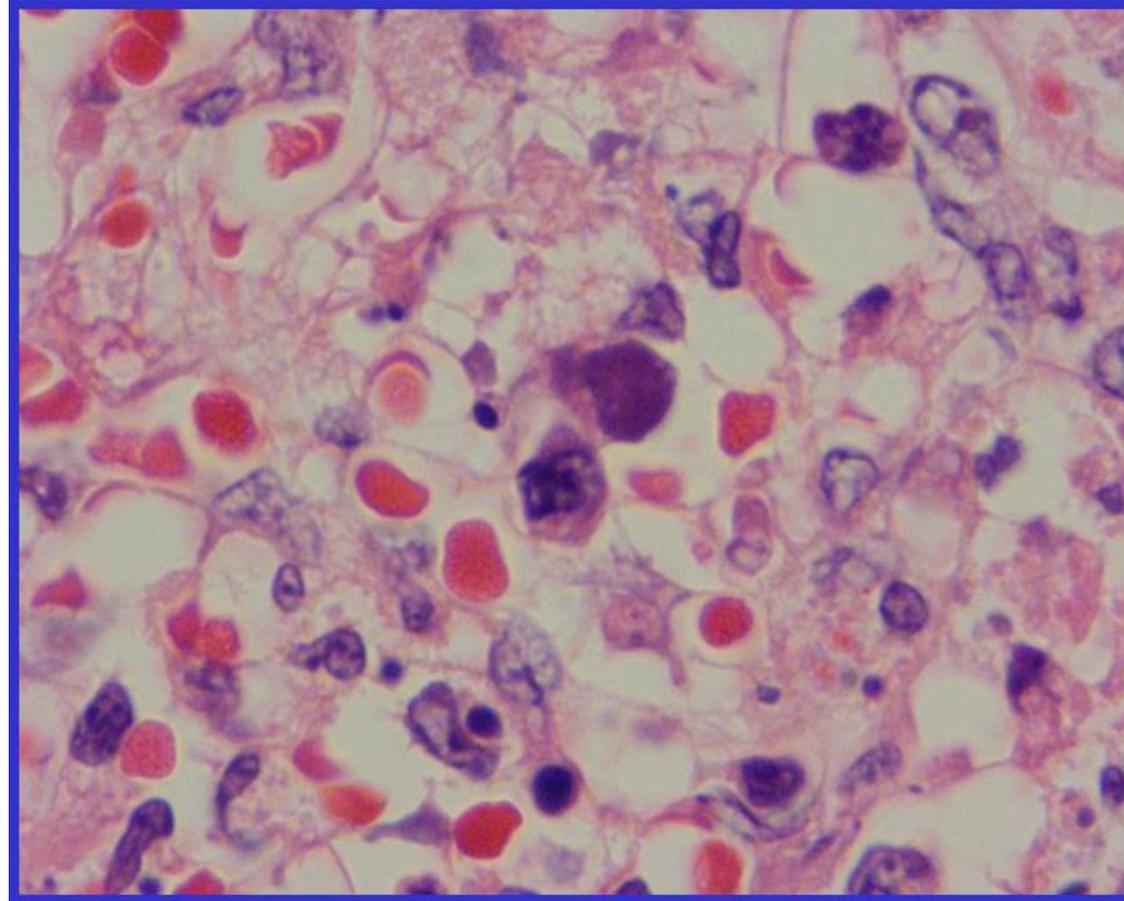
ADENOVIRUS

- Edad: 2 meses a 2 años
- Falla ventilatoria con progresión radiológica
- SRIS
- Linfopenia
- Compromiso multisistémico
- Muerte

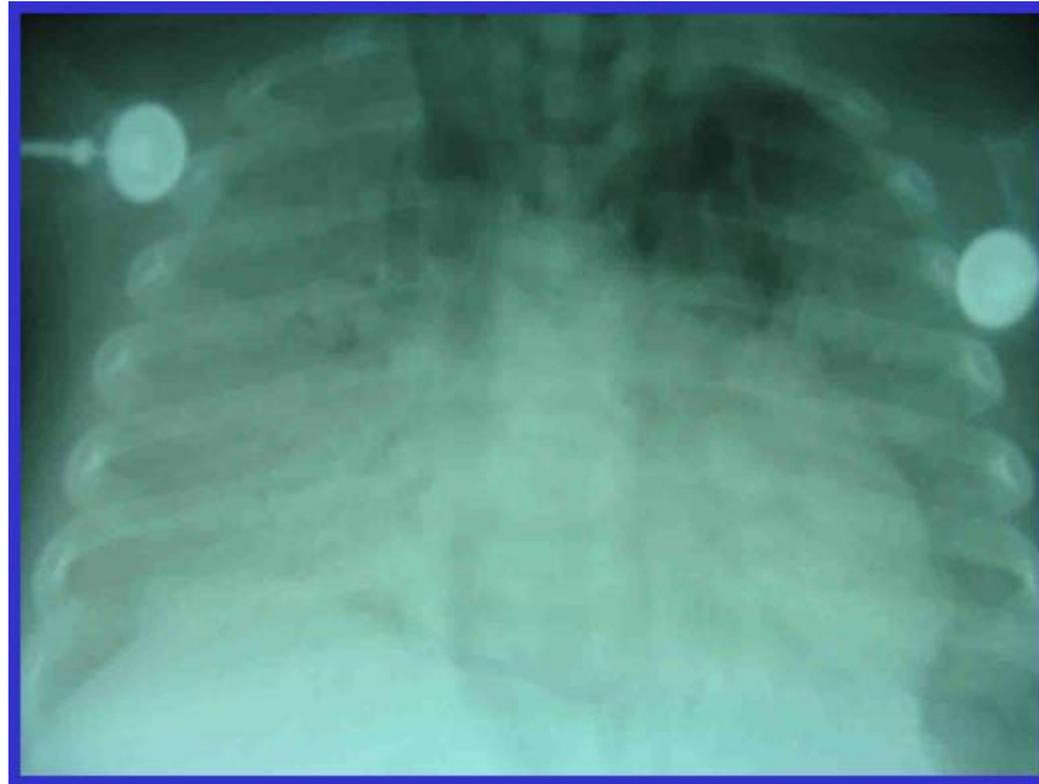
ADENOVIRUS

- . La madre transmite anticuerpos al bebé; en consecuencia, el 90% de los recién nacidos están protegidos durante los primeros 6 meses de vida

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO



RADIOLOGICO



VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO

- Los resultados de MELODY, MEDLEY fase 2/3 y los estudios de fase 2b muestran que Nirsevimab ayuda a proteger a los lactantes durante su primera temporada de VSR contra la enfermedad por VSR con una sola dosis. Esta población de lactantes incluye a lactantes a término sanos, prematuros tardíos y prematuros, así como a lactantes con enfermedades específicas que los hacen vulnerables a la enfermedad grave por VSR.

PREVENCIÓN DE IRA EN RECIEN NACIDO INFLUENZA - VSR

Secretaria Distrital de Salud

Yessica Castrillón García

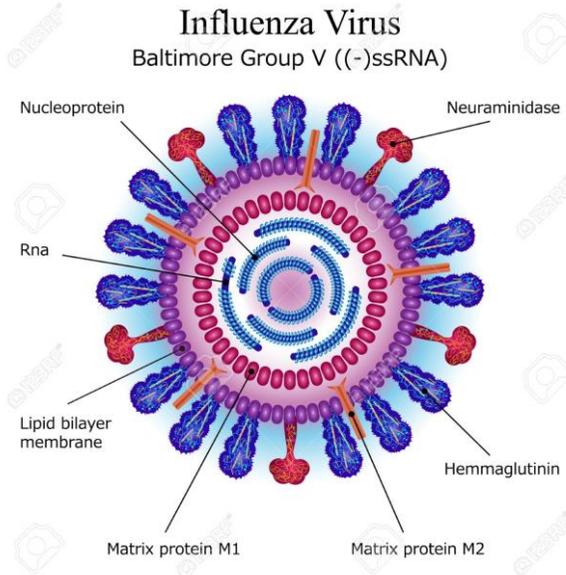
Claudia Patricia Devia

Referentes perinatales Distrital

RIAS del grupo de riesgo materno perinatal y eventos específicos

2023

INFLUENZA NEONATAL



INFLUENZA NEONATAL

- Pertenece a la familia *Orthomyxoviridae* (del griego *myxa* que significa moco), tiene un único ARN (ácido ribonucleico). Se describen 4 tipos (A, B, C y D).
- Los virus de influenza A se subdividen en subtipos basados en los antígenos de superficie: hemaglutinina y neuroaminidasa.
- La transmisión se da básicamente por gotas generadas en el tracto respiratorio a través de la tos, de los estornudos o al hablar y también por contacto directo o indirecto.

Tipos de virus influenza

- Tres tipos: A, B y C
- Los tres tipos pueden causar enfermedad en humanos
- Tipo A: altamente mutables ➡ ocasionan pandemias.
- Tipo B: ha causado brotes esporádicos con elevada mortalidad en adultos mayores.
- Tipo C: causa una enfermedad leve de tipo catarral, estabilidad antigénica.

Guía Operativa Para La Vigilancia Centinela De ETI e IRAG. OPS.2008

INFLUENZA NEONATAL

A diferencia de los casos de influenza en niños o adultos, la **influenza neonatal** se presenta en bebés menores de 28 días de vida y puede ser más grave debido a la inmadurez de su sistema inmunológico.

- La influenza neonatal puede ser adquirida de la madre durante el embarazo o el parto, o puede ser adquirida después del nacimiento a través del contacto cercano con personas infectadas.
- Los síntomas de la influenza neonatal pueden variar, pero pueden incluir fiebre, dificultad para respirar, tos, congestión nasal y letargo.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En neonatos y lactantes, la influenza puede variar su comportamiento y asemejar una **sepsis bacteriana**, fiebre sin signos de localización, pobre alimentación, letargia y apnea, es decir, signos inespecíficos.

En lactantes menores es más común que presenten fiebre y síntomas respiratorios superiores (rinorrea, congestión nasal) y tos (90%)

Otras manifestaciones que se pueden presentar incluyen síndrome *croup like*, que puede ser más grave que el producido por los virus *Parainfluenza* y *neumonías*.



DIAGNOSTICO

En Colombia, el diagnóstico de influenza se realiza a través de pruebas de laboratorio específicas.

1. Prueba de detección rápida de antígeno: Se utiliza una muestra obtenida a través de un hisopo nasal o de garganta para buscar la presencia de proteínas del virus de la influenza. Esta prueba proporciona resultados rápidos, generalmente en menos de 30 minutos, y puede ser útil para el diagnóstico inicial.
2. Prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Es una técnica de biología molecular que amplifica y detecta material genético del virus de la influenza en una muestra respiratoria. Esta prueba es más específica y sensible que la prueba de detección rápida de antígeno, pero puede llevar más tiempo obtener los resultados, generalmente de 1 a 2 días.

Es importante destacar que el diagnóstico de influenza se realiza en laboratorios clínicos autorizados y acreditados, y debe ser realizado por personal capacitado en la interpretación de los resultados.

TRATAMIENTO



Si bien el uso de oseltamivir oral para el tratamiento de la influenza en niños con **menos de 14 días** de vida no forma parte de las indicaciones aprobadas por la FDA, es recomendado por los CDC y la Academia Americana de Pediatría.

Tabla 2 - Dosis recomendadas del Oseltamivir

Medicación (Oseltamivir)	Tratamiento (dosis) por 5 días
Adultos	75 mg 2 veces al día
Niños > de 12 meses	
≤ 15 k	30 mg 2 veces al día
> 15 – 23 k	45 mg 2 veces al día
> 23 – 40 k	60 mg 2 veces al día
> 40 k	75 mg 2 veces al día
Lactantes de 9 a 11 m	3.5 mg/k/dosis 2 veces al día
A término de 0 a 8 m	3 mg/k/dosis 2 veces al día
Pretérmino*	

Fuente: Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2017–2018, (35).

* Los pretérmino pueden tener un aclaramiento menor de oseltamivir por su función renal inmadura. Hay datos limitados del grupo de estudio de antivirales del Instituto Nacional de alergias y enfermedades infecciosas que proveen la base para usar en pretérmino, la edad postmenstrual (gestacional+edad cronológica): 1.0 mg/kg por dosis, oral, 2 veces al día, para <38 semanas de edad postmenstrual; 1.5 mg/kg por dosis, oral, 2 veces al día, para los de 38 hasta 40 semanas de edad postmenstrual; 3.0 mg/kg por dosis, oral, 2 veces al día, para los >40 semana de edad postmenstrual. Para los pretérmino extremos (<28 semanas), consultar con infectólogo peditra.

PREVENCIÓN



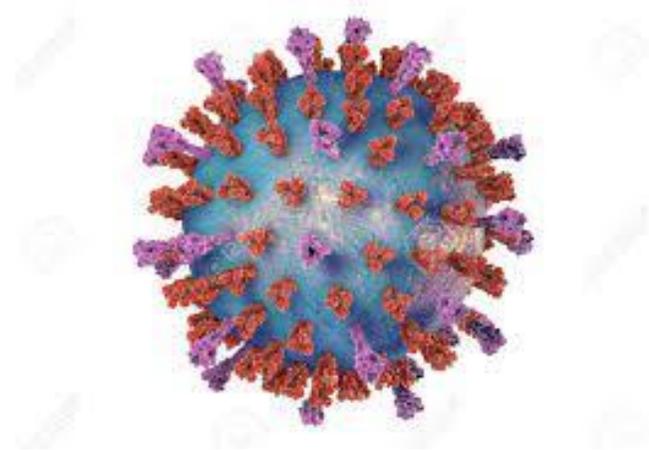
La prevención de la influenza en recién nacidos es muy importante, ya que son vulnerables a complicaciones graves si contraen la enfermedad en especial los menores de 2 años.

1. Vacunación: materna y de la familia.
2. Lactancia materna.
3. Lavado de manos.
4. Evitar multitudes.
5. Evitar el contacto con personas enfermas.
6. Cubrirse la boca y la nariz.
7. Limpieza y desinfección.

DATOS RELEVANTES

- La revisión de la literatura mostró que la infección por el virus de influenza A H1N1 (2009) durante el embarazo, se asocia con un incremento en el riesgo de hospitalización, ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UCI) y de muerte en las mujeres embarazadas; y con un bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad en el recién nacido.
- Los niños menores de 5 años, especialmente los menores de 2 años corren alto riesgo de presentar complicaciones más graves en menor tiempo.
- Los CDC calculan que desde el 2010 hasta el 2020, las hospitalizaciones por influenza en niños menores de 5 años oscilaron entre 6 000 y 27 000 por año en los Estados Unidos. Muchos más deben consultar a un médico o recurrir a un centro de atención de urgencias o sala de emergencia por la influenza

VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO (VSR)



VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO

El virus respiratorio sincicial (VRS) es un mixovirus RNA, del género Pneumovirus, que pertenece a la familia de los Paramyxoviridae.

El VRS es un virus altamente contagioso, que puede sobrevivir hasta 7 horas en superficies no porosas.

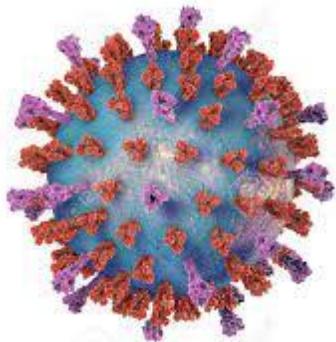
Se difunde con las secreciones nasofaríngeas de los individuos infectados por contacto directo o a través de las gotas de saliva. Las puertas de entrada del virus son la conjuntiva ocular y la mucosa nasal y oral.

La transmisión se suele producir por contacto directo, pero también es posible a través de las manos o por contacto con objetos contaminados



VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

La palabra “sincicial” procede de dos términos griegos: el adverbio “syn” que significa “con” y transmite la idea de “fusión”, y el sustantivo “cytos” que significa “célula”.



Así queda descrita la principal lesión anatomopatológica que produce este virus: al destruir las membranas celulares en los puntos de contacto de unas células con otras se forman grandes masas protoplasmáticas que contienen los numerosos núcleos celulares que pertenecían a las células intactas: son los llamados “sincicios”

EL PANORAMA DEL VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO EN COLOMBIA

De acuerdo con un análisis realizado en 2021, la incidencia del VSR en Colombia es del 30% en lactantes menores de un año, hospitalizados por infecciones del tracto respiratorio inferior.

Las estadísticas provistas por el (INS) en su boletín epidemiológico para la semana 37 (semana 11 al 17 de septiembre de 2022) dan cuenta de 12 fallecimientos en menores de cinco años asociados a la infección respiratoria aguda -IRA-, **cuyo principal agente en los últimos 40 años ha sido el virus sincital respiratorio**



VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO

¿Cuáles son los factores que dan lugar a las formas graves de infección por VRS?

Las situaciones de riesgo para el desarrollo de formas graves de infección por VRS son: prematuridad, enfermedades congénitas (cardiopatías, neumopatías, inmunopatías, etc.), niños menores de 6 meses y niños con factores de riesgo social.



¿QUÉ CUADROS CLÍNICOS PRESENTA LA INFECCIÓN POR EL VRS EN EL LACTANTE PEQUEÑO?

En los niños menores de un año la primoinfección suele producir infecciones graves de las vías aéreas inferiores.

Es responsable del **50% de las bronquiolitis** y del **25% de las neumonías**, cuadros no siempre fáciles de diferenciar. El pronóstico es especialmente grave en niños con antecedentes alérgicos familiares.



¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA INFECCIÓN POR EL VRS?

Existen métodos de diagnóstico rápido basados en la inmunofluorescencia y en el inmunoensayo enzimático en muestras de moco nasal, Son muy útiles en los Centros de Asistencia de Urgencias Pediátricas en épocas de brote epidémico.

La sensibilidad de estos métodos puede llegar al 80 ó 90 %, Los resultados pueden estar disponibles al cabo de pocos minutos.

El aislamiento del virus en cultivos celulares de secreciones respiratorias requiere de 3 a 5 días. También se dispone de pruebas serológicas para confirmar la infección en pacientes con infección aguda, pero la sensibilidad es baja en los niños pequeños.



¿Qué eficacia tienen los anticuerpos monoclonales en las profilaxis de la infección por VRS?

- En espera de una vacuna segura y eficaz, la medida preventiva más oportuna frente a las infecciones por el VRS es la aplicación del anticuerpo monoclonal murino humanizado específico frente a la proteína F Palivizumab.
- Se administra una vez al mes a dosis de 15 mg/kg por vía intramuscular y tiene unos efectos similares a los de la gammaglobulina policlonal sin muchos de sus inconvenientes. Su principal indicación son los niños con riesgo de padecer la infección por el VSR: grandes prematuros, displasias broncopulmonares y cardiopatías congénitas.
- El Palivizumab previene la infección al impedir al VRS penetrar en la célula y pasar de una célula a otra, dando lugar a la formación de sincicios.



Patología respiratoria en la gestante

PROVISIÓN DE SERVICIOS SDS



CAMBIOS FISIOLÓGICOS

TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR .EDEMA E HIPERVASCULARIZACIÓN POR EFECTO ESTROGENICO

CAMBIOS MECANICOS . ELEVACION DEL DIAFRAGMA 4 A 5 CM

VOLUMEN Y FUNCION PULMONAR (HIPERVENTILACION CRONICA Y DISNEA)

INTERCAMBIO DE GASES

CAMBIOS POSITIVOS O **ADVERSOS**

ESPIROMETRIA SIGUE SIENDO EL ESTANDAR DGN (LA MECANICA RESPIRATORIA NO SE MODIFICA

NEUMONIA EN EL EMBARAZO

INFRECUENTE EN LA GESTACION
PERO CON ALTA TAZA DE MORBI MORTALIDAD
(APP,RCIU, MUERTE PERINATAL)

BACTERIANA : NEUMOCOCO (STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE)
-H.INFLUENZAE)

ATIPICOS MYCOPLASMA PNEUM,SP AUREUS

PRESENTACION CLINICA AGUDA-Tº , ESCALOFRIOS,TOS
PRODUCTIVA,PLEURITIS,PLACA TX CON CONSOLIDACIONES ,DGN X
HCULTIVO,TINCION DE GRAM Y CULTIVO DE ESPUTO...FALLA VENTILATORIA-
VM IOT



NEUMONIA EN EL EMBARAZO

HOSPITALIZACION ..CUBRIMIENTO AB DE AMPLIO ESPECTRO Y ACORDE A LAS CONDICIONES UN MACROLIDO (AZITROMICINA,CLARITROMICINA,ERITROMICINA) OJO A BLEE (INHIBIDORES DE BETA LACTAMASA: G NEG ECOLI .. KLEPSIELLA ..SERRATIA) .. KPC..

NEUMOCOCO , H INFLUENZA,KLEPSIELLA PNEUMONIAE , MYCOLPASMA PNEU, STAPHYL AUREUS .. ACINETOBACTER BAUMANI, PSEUDOMONA AERUGINOSA

NEUMONIA EN EL EMBARAZO

VIRAL . INFLUENZA TIPO A (B,C)

CUADRO CLINICO INSIDIOSO ..CEFALEA, RINORREA, T°, MALESTAR GENERAL,TOS
..AUSCULTACION NORMAL,PLAC TX NORMAL

INFECCION SOBREGREGADA

VARICELA

TUBERCULOSIS EN SU MAYORIA ASINTOMATICAS , PROCEDENTES DE ZONAS ENDEMICAS Y CON DETERMINANTES SOCIALES CARACTERISTICOS}

CLINICA : TOS,PERDIDA DE PESO, FIEBRE , MALESTAR GENERAL , FATIGA,

OJO A LA IMPORTANCIA DE RX TX

ISONIACIDA RIFAMPICINA,ETAMBUTOL



ASMA EN EL EMBARAZO

COMPLICACION RESPIRATORIA SERIA MAS COMUN DEL EMBARAZO. PREVALENCIA 3 A 8 % DE LA POBLACION. SEM 29 - 36 EXACERBACION 20 - 36 %

- ALTERACION EN LOS MECANISMOS DE VENTILACION , TRANSPORTE E INTERCAMBIO DE GASES

MAL CONTROL (NO USO DE CORTICOIDES Y NO VACUNACION INFL A) LLEVA A

- AUMENTO MATERNO DE PREECLAMPSIA, CESAREA, CRISIS ASMÁTICA, RM

- AUMENTO PERINATAL DE MORBIMORTALIDAD, PREMATURIDAD , BAJO PESO, HIPOXIA , ASFIXIA, HIPOADRENALISMO

TRATAMIENTO ENCAMINADO A REDUCIR LA INFLAMACION DE LA VIA AEREA ..DISMINUIR LA HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL ,

ASMA EN EL EMBARAZO

“ El asma es una condición que ocurre también en el embarazo, y no es posible predecir si empeorará, se mantendrá igual o mejorará durante este.”

Los dos objetivos primarios en el asma son la prevención de un evento de exacerbación lo cual puede disminuir el riesgo de hipoxia aguda fetal, hipocap-nia, alcalosis y deshidratación que puede afectar al bebe en desarrollo; y la optimización de la función pulmonar en la madre para prevenir hipoxemia crónica, crisis de asma y mejorar síntomas

ASMA EN EL EMBARAZO

CORTICOIDES SISTEMICO

DISMINUCION DEL BRONOESPASMO Y LA
INFLAMACION .

BETA AGONISTA INHALADOS (SALBUTAMOL)

García CP. Asma en el embarazo. rev. colomb. neumol. [Internet]. 20 de julio de 2015 [citado 27 de agosto de 2023];27(3). Disponible en:
<https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/view/82>

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO PULMONAR EN EL EMBARAZO

TVS TVP TEP . DISNEA TAQUIPNEA, TOS , DOLOR TX ,TAQUICARDIA ROCE PLEURAL

EVALUACION INICIAL AUSCULTACION,PULSOXOIMETRIA GASES ARTERIALES

GAMAGRAFIA DE VENTILACION / PERFUSION.. (BAJA DOSIS DE RADIACION)

INICIO DE ANTICOAGULACION HBPM