



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR MEDICO
CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en NUTRICION Y DIETETICA

TEMA DEL CASO CLINICO

“PACIENTE MASCULINO DE 34 SEMANAS DE NACIDO CON SEPSIS NEONATAL Y BAJO PESO”

AUTOR

MEJIA MATAMOROS THAIS DANIELLA

TUTOR

DR. CARLOS PAZ SANCHEZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

CONTENIDO	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	- 1 -
NEONATOS	- 1 -
SEPSIS NEONATAL	- 1 -
ETIOLOGIA	- 1 -
FACTORES DE RIESGO	- 2 -
MANIFESTACIONES CLINICAS	- 2 -
DIAGNOSTICO	- 2 -
HEMOGRAMA COMPLETO	- 3 -
PUNCION LUMBAR	- 4 -
TRATAMIENTO	- 4 -
BAJO PESO DE NACIMIENTO	- 4 -
RIESGOS	- 5 -
TRATAMIENTO	- 5 -
MEDICIONES ANTROPOMETRICAS EN EL NEONATO	- 5 -
MEDICIONES	- 6 -
NUTRICION ENTERAL	- 6 -
COMPOSICION DE LA NUTRICION PARENTAL	- 6 -
NUTRICION ENTERAL DEL NEONATO	- 7 -
PREVENCION	- 7 -
1.1 JUSTIFICACION	- 8 -
1.2 OBJETIVOS	- 8 -
OBJETIVO GENERAL	- 8 -
OBJETIVOS ESPECIFICOS	- 8 -
1.3 DATOS GENERALES	- 9 -
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	- 10 -
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.	- 10 -

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)	- 10 -
2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)	- 10 -
2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	- 11 -
2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.	- 11 -
2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	- 12 -
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	- 13 -
2.8 SEGUIMIENTO	- 13 -
2.9 OBSERVACIONES	- 13 -
CONCLUSIONES	- 14 -
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	- 14 -
ANEXOS	- 15 -

DEDICATORIA

No solo son mis esfuerzos, sino que el poder de Jehová me ha impulsado a iniciar esta maravillosa carrera la misma que me va a permitir ser una persona útil, además de esto agradezco a mi papa Gabriel Mejía y mi mama Amalia Gastezzi quienes han unido esfuerzos para poder lograrlo. Además, también el valioso apoyo de mi tía Diana lo cual reconozco y agradezco. También por la familia que he construido, mis pequeños Mathias y Lucas Franco Mejía y a mi pareja Ronny Franco Sánchez.

AGRADECIMIENTO

La autora de esta tesis quiere dejar en constancia de sus más sinceros sentimientos de gratitud primeramente a Jehová Dios por haberme permitido la vida para llegar a estas instancias para culminar mi carrera universitaria en Nutrición y Dietética.

También me es muy bonito dejar en constancia de mi agradecimiento y reconocimiento a las autoridades del plantel quienes en su esmero por lograr una verdadera cultura han hecho posible que encamine mi preparación en esta área; estoy muy contenta y agradecida por haber compartido con mis maestros esta etapa; ha sido una muy buena experiencia compartir con todos mis compañeros, grupo de jóvenes interesados en esta importantísima capacitación.

TEMA DEL CASO CLINICO

“PACIENTE MASCULINO DE 34 SEMANAS DE NACIDO CON SEPSIS NEONATAL Y BAJO PESO”

RESUMEN

El presente caso se trata de un paciente masculino de 34 semanas de gestación con sepsis neonatal y bajo peso. Estas causas se deben a que la mamá sufrió infecciones y flujo vaginal abundante durante el embarazo.

El neonato tuvo hospitalización médica durante 11 días por motivo de que al momento del nacimiento presentó dificultad para respirar motivo por el cual recibió soporte respiratorio por 4 días y posterior 24 horas con cánula nasal, presentó un cuadro icterico por lo que requirió uso de fototerapia por 4 días. No presentó movimientos anormales. Permaneció en NPO más SOG abierta durante 2 días posteriormente ahí estimulación enteral satisfactoria tolerando 35 CC cada 3 horas motivo por el cual no se presentó cambios en el perímetro abdominal ni irritabilidad intestinal. Para tratar la infección se ingiere ampicilina más cefotaxima.

Al tener las medidas antropométricas del paciente se lo valoro ya que tiene un bajo peso, estando hospitalizado y haciendo la valoración correcta se cubrió con los requerimientos necesarios del neonato.

Al egresar el paciente sigue el seguimiento de controles externas con el neonatólogo e ingerir medicamentos.

Recordemos que la sepsis neonatal es una infección bacteriana, el riesgo de la SN y la morbilidad tienen una relación inversa con la edad gestacional y el peso de nacimiento. La causa es el déficit de macro y micronutrientes la cual conllevan a el niño tener bajo peso tanto en embarazo como al nacer debido a esto se exponen a consecuencias como anemia, hipotermia, etc.

PALABRAS CLAVES: Sepsis neonatal, icterico, infección, neonato, anemia.

ABSTRACT

The present case is a 34-week-gestation male patient with neonatal sepsis and low weight. These causes are due to the mother having infections and heavy vaginal discharge during pregnancy.

The newborn had medical hospitalization for 11 days due to the fact that at the time of birth he presented shortness of breath, which is why he received respiratory support for 4 days and 24 hours later with a nasal cannula, he presented a jaundiced picture for which he required the use of phototherapy for 4 days. I have no abnormal movements. She remained in NPO plus open SOG for 2 days afterwards, satisfactory enteral stimulation tolerating 35 CC every 3 hours, which is why there were no changes in the abdominal circumference or intestinal irritability. Ampicillin plus cefotaxime is taken to treat the infection.

By having the anthropometric measurements of the patient, I value him since he has a low weight, being hospitalized and making the correct assessment, he met the necessary requirements of the newborn.

Upon discharge, the patient is followed up by external controls with the neonatologist and ingesting medications.

Remember that neonatal sepsis is a bacterial infection, the risk of NS and morbidity are inversely related to gestational age and birth weight. The cause is the deficit of macro and micronutrients which lead the child to have low weight both in pregnancy and at birth, due to this they are exposed to consequences such as anemia, hypothermia, etc.

KEY WORDS: Neonatal sepsis, jaundice, infection, neonate, anemia.

INTRODUCCION

La excelente nutrición permite un buen crecimiento y desarrollo normal postnatal, lo que es primordial brindar atención durante la etapa pediátrica. Los pacientes están afectados por diversos factores en cuanto a necesidad nutricional principalmente en UCIN donde el estrés y catabolismo acelerado se combinan con un estado de nutrición escaso alargaría la estadía hospitalaria y así se aumenta el estado de infección. Para un paciente en estado crítico el tratamiento nutricional es la nutrición parenteral.

Esta nutrición solicita cambios ya que a pesar de sus beneficios puede presentar complicaciones entre la que se destaca la sepsis neonatal que es caracterizada por signos y síntomas de infección sistemática, que se manifiesta al aislarse en hemocultivos, bacterias que se presenta en los primeros 28 días de vida. Esta sepsis da más del 50% de mortalidad, en este grupo de alto riesgo están los neonatos pequeños para la edad gestacional, prematuros y con bajo peso.

La SN una infección bacteriana que se da durante el periodo neonatal. Los signos son varios apnea, vómitos, diarrea, bradicardia, ictericia. El diagnostico se confirma mediante cultivos.

En el Ecuador, según el INEC, en 2010, la sepsis en el período neonatal ocupó la sexta causa de morbilidad infantil y la quinta causa de mortalidad.

Los mecanismos de inmunidad de los recién nacidos (RN) son reducidos en comparación con lactantes y niños mayores, siendo esto más destacado en RN prematuros y de bajo peso de nacimiento. En estos últimos, la inmadurez del sistema inmune se asocia de otros factores de riesgo como la exposición a procedimientos invasivos que aumentan la vulnerabilidad a infecciones.

La sepsis es una causa de mortalidad en el recién nacido tanto término y pretérmino.

Las manifestaciones clínicas que se dan son apnea, intolerancia a los alimentos, dificultad para respirar y las manifestaciones más severas son el choque, falta multiorgánica, etc.

I. MARCO TEORICO

NEONATOS

Este periodo empieza desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida, en este lapso el neonato se le realiza varias pruebas necesarias para una buena adaptación de la vida. Estos procesos podrían dar afectos a un nacimiento prematuro, mal formaciones, etc.

SEPSIS NEONATAL

“Es aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, teniendo una incidencia variable de 1 a 10 casos x 1000 RN vivos.” (Angel, 2018)

“Según los factores de transmisión, se diferencian dos tipos fundamentales de sepsis neonatal: las sepsis de transmisión vertical que son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno y contaminan al feto por vía ascendente o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto y las sepsis de transmisión nosocomial que son producidas por microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología.” (Angel, 2018)

ETIOLOGIA

Es netamente bacteriana. Muchas bacterias y ciertas cepas de estreptococo pueden ser la causa de la sepsis neonatal.

El virus del herpes también causa infección esto sucede cuando la madre a contraído una infección.

FACTORES DE RIESGO

Factores de sepsis de inicio temprano son:

Los factores que se encuentra asociados a la madre son la ruptura prematura de membranas, edad de gestación menor de 37 semanas de gestación, asfixia en el nacimiento. También se incluye un historial de inmunodeficiencias. (Gomez, 2011)

En el neonato los factores son prematurez, bajo peso al nacer, ser de género masculino, Apgar a los 5 minutos.

Factores de sepsis de inicio tardío son:

RN Prematuro; procedimientos invasivos como intubación prolongada, nutrición parenteral; también la hospitalización prolongada.

MANIFESTACIONES CLINICAS

“Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variadas dependiendo de la gravedad de presentación. Algunas de las principales son: dificultad respiratoria, ictericia, distensión abdominal, vómito y diarrea.” (Gomez, 2011)

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los signos de alarmas son: convulsiones, rechazo al alimento, dificultad respiratoria, hipoactividad, polipnea.” (Gomez, 2011)

DIAGNOSTICO

“En sepsis temprana se deben incluir hemocultivos. Lo principal para llegar al diagnóstico de sepsis neonatal es confirmarse con cultivos positivos en sangre, orina u otros sitios normalmente estériles.” (Gomez, 2011)

“El diagnóstico temprano de la sepsis neonatal es muy importante y se exige conocer los factores de riesgo (en particular, en recién nacidos de bajo peso) y

estar muy atento a la posibilidad de una enfermedad cuando cualquier recién nacido se desvía de la norma en las primeras semanas de vida.” (Angel, 2018)

En los recién nacidos con signos clínicos de sepsis se debe presentar un hemograma completo y una punción lumbar. Si tienen síntomas respiratorios se necesita hacer una radiografía de tórax.

HEMOGRAMA COMPLETO

“El recuento de leucocitos totales y el de bandas absoluto en los recién nacidos son pobres predictores de sepsis de aparición temprana. Sin embargo, una relación elevada de leucocitos polimorfonucleares inmaduros: totales de $> 0,16$ es sensible, y los valores por debajo de este límite tiene un alto valor predictivo negativo. Sin embargo, la especificidad es pobre; hasta un 50% de los recién nacidos a término tiene una relación elevada. Los valores obtenidos después de 6 h de vida son más propensos a ser anormales y clínicamente útiles que los obtenidos inmediatamente después del nacimiento. El recuento de plaquetas puede descender de horas a días antes del comienzo de la sepsis clínica, pero es más frecuente que permanezca elevado hasta más o menos un día después de que el recién nacido manifiesta la enfermedad. En ocasiones, este descenso se acompaña de otros hallazgos de CID (p. ej., aumento de los productos de degradación de la fibrina, reducción del fibrinógeno, prolongación del INR). Teniendo en cuenta el tiempo de estos cambios, el recuento de plaquetas no es típicamente útil en la evaluación de un recién nacido para la sepsis. Dado el gran número de bacterias circulantes, a veces es posible observar microorganismos en los leucocitos polimorfonucleares o asociados con ellos mediante la tinción de Gram, azul de metileno o naranja de acridina de la capa leucocítica. Independientemente de los resultados del hemograma completo o la punción lumbar, todos los recién nacidos con presunta sepsis (p. ej., los que impresionan enfermos o están afebriles o hipotérmicos) deben recibir antibióticos

inmediatamente después obtener las muestras para los cultivos (p. ej., de sangre y LCR [si es posible]).” (Tesini, 2018)

PUNCION LUMBAR

“La punción lumbar en recién nacidos ya hipoxémicos implica un riesgo de aumentar la hipoxia. Sin embargo, debe hacerse una punción lumbar en el RN con diagnóstico presuntivo de sepsis en cuanto puedan tolerar el procedimiento. Se debe administrar oxígeno suplementario antes de la punción lumbar y durante ésta para prevenir la hipoxia. Como la neumonía por EGB que se manifiesta en el primer día de vida puede confundirse con el síndrome de dificultad respiratoria, suele realizarse punción lumbar de manera sistemática en recién nacidos en quienes se sospechan estas enfermedades.” (Tesini, 2018)

TRATAMIENTO

El tratamiento se efectuará en una sala de Servicio de Cuidado Intensivos Neonatal ya que esta tiene que disponer de permanente seguimiento de los signos vitales incluyendo el monitoreo de la presión de saturación de oxígeno. La alimentación enteral es recomendable.

El RN recibirá antibióticos hasta por 3 semanas si se llegase a encontrar bacterias en la sangre.

BAJO PESO DE NACIMIENTO

Se usa para los bebés que nacen con un peso menor a 2.5 gramos. El motivo más frecuente por lo que sucede esto es que haya nacido antes de la fecha prevista ósea un nacimiento prematuro, pasa menos tiempo dentro del útero de la mamá.

RIESGOS

Aparte del nacimiento prematuro las cosas que afectan a la madre en el proceso de embarazo también aumentan el riesgo de tener el bebé con bajo peso entre esto se encuentra:

- Infecciones durante el embarazo
- No tener el peso adecuado en el embarazo
- La edad, ser menor de 17 años o mayor de 35

TRATAMIENTO

El tratamiento va a depender según los síntomas, edad y salud general del RN. También puede variar según el tipo de infección.

El tratamiento incluye:

- Atención en UCIN (Unidad de cuidados intensivos)
- La cama con una temperatura que este controlada
- La alimentación especial, a veces será enteral o parenteral.

MEDICIONES ANTROPOMETRICAS EN EL NEONATO

Un control del crecimiento del neonato mediante la evaluación antropométrica tiene una gran importancia en detectar los riesgos mortalidad y morbilidad. Para que las inspecciones de la evaluación antropométrica sean garantizadas se necesita saber las técnicas correctamente.

Las medidas más utilizadas son peso, talla, perímetro cefálico, pliegues cutáneos entre otros.

Al determinar con claridad las medidas antropométricas y aplicándolas con tablas se constituye en un mejor indicador del estado nutricional puesto que estas ayudaran a evaluar el crecimiento en cada etapa de vida. En estas mediciones se incluyen peso, talla, perímetro cefálico, longitud, etc.

La talla, el peso y el perímetro cefálico nos identifica si el crecimiento es equilibrado o no. La antropometría debe ser una rutina en las unidades de

cuidados neonatales ya que así identificamos al neonato con mayor riesgo de sufrir afecciones en el estado nutricional.

MEDICIONES

PESO: es la medida más utilizada, en los neonatos que se encuentran hospitalizados su medición es diaria ya que así se prueba comprobar algún cambio. Hay muchas curvas de seguimiento en el crecimiento para localizar al RN dentro de la distribución para interpretar sus indicadores de antropometría. El medico encargado debe curvas que estén de acuerdo a la población en este caso de neonatos.

PERIMETRO CEFALICO: es un señalizador al desarrollo neurológico. En el caso de los RN prematuros el perímetro cefálico tiene que ser modificado para la edad gestacional hasta los 2 años de vida, teniendo en consideración las tablas de referencias para prematuros.

NUTRICION ENTERAL

Este consiste en administrar nutrientes directo al tracto gastrointestinal mediante sonda.

Cada paciente requiere dependiendo su situación sea pretérmino o termino tienen sus necesidades específicas para un desarrollo adecuado.

COMPOSICION DE LA NUTRICION PARENTAL

Para los menores de 1800 a 2000 g se emplearán las mismas recomendaciones

- **CARBOHIDRATOS:** es la principal fuente de energía, el aporte de 5 mg/kg/min son bien tolerados en los RNP.

El requerimiento bien establecido en la NE es del 12 al 14 g/kg/min. Las fórmulas para los RNP son especiales ya que sustituyen la mitad de la lactosa en aproximado.

- LIPIDOS: se aporta 4, 8-6 g/kg/día supone el 40% del total energético y en su mayoría ácidos grasos.
- PROTEINAS: un aporte de 3, 6-4 g/kg por día y en el RN a término 2-3 g/kg/día.

En los RNP de bajo peso deben recibir mayor cantidad de proteínas, la fórmula de estos debe ser hidrolizada para poder favorecer su digestión.

NUTRICION ENTERAL DEL NEONATO

MONITOREO

CLINICO: se realiza un examen físico diario teniendo en cuenta sus pliegues, color de piel, sus signos vitales.

ANTROPOMETRICO: la base para valorar el estado nutricional y crecimiento del neonato enfermo y/o bajo peso son las curvas de crecimiento aprobadas por la OMS.

La medida de talla se debe realizar mensualmente. El peso semanalmente con el neonato desnudo y todos los días a la misma hora. La circunferencia cefálica también será semanal.

BIOQUIMICO: mediciones diarias de calcio, glucosa, magnesio, fosforo, triglicéridos.

PREVENCION

El mejor planteamiento para beneficiar al RN es tener un control adecuado para prevenir un parto prematuro ya que el mayor incidente de morbilidad se relaciona con la menor edad de gestación.

1.1 JUSTIFICACION

Con este trabajo investigativo doy a conocer el caso de un neonato de 34 semanas de nacido con sepsis neonatal y bajo peso el cual fue hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal por sufrir problemas respiratorios el cual recibió soporte a VM, presento tinte icterico que requirió uso de fototerapia por 4 días, permaneció en NPO más SOG abierta durante 2 días, posteriormente se inició la estimulación enteral. Egreso satisfactoriamente con seguimientos externos.

Introduciéndonos a esta patología de la sepsis neonatal ya que es un principal diagnostico en UCIN. Sus signos clínicos son muy delicados lo que se deduce que es un reto el diagnostico ya que su consecuencia puede ser la muerte, principalmente en el RN prematuro y con bajo peso.

Por otro lado, usar mucho antibiótico puede alterar la flora del neonato. Por eso todo esto se justifica la validez de un protocolo que ayuda a un diagnóstico aproximado con pruebas complementarias correctas y un uso exacto de antibióticos.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar el estado nutricional del paciente con sepsis neonatal y bajo peso con 34 semanas de nacido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Valorar el estado nutricional mediante los parámetros antropométricos.

- ❖ Cubrir los requerimientos necesarios referidos al estado nutricional del paciente.
- ❖ Realizar un adecuado seguimiento al paciente de 34 semanas de nacido con sepsis neonatal y bajo peso para verificar el cumplimiento del tratamiento.

1.3 DATOS GENERALES

SEXO: MASCULINO

PESO: 1920 G

TALLA: 40 cm

PERIMETRO CEFALICO: 28 cm

SEMANAS DE GESTACION: 34 SEMANAS

ESTADO CIVIL: SOLTERO

PROFESION: NINGUNO

NIVEL DE ESTUDIO: NINGUNO

RAZA: MESTIZO

NACIONALIDAD: ECUATORIANA

LUGAR DE RESIDENCIA: BABAHOYO

NIVEL SOCIO ECONOMICO: MEDIA

ANTECEDENTES FAMILIARES: madre con infecciones urinarias durante todo el embarazo, presión baja, diabetes gestacional, problemas respiratorios, no llevó una dieta adecuada.

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Neonato masculino pretérmino de 34 semanas de gestación, obtenido por cesárea de emergencia por DX de la madre por preeclamsia de parto pretérmino gemelar, neonato desde su nacimiento grave. Sus antecedentes familiares madre con infecciones urinarias desde el segundo mes de embarazo hospitalizada en 5 ocasiones con dosis de antibióticos, presión baja, desmayos concurrentes, con diabetes gestacional, dificultad respiratoria, a la semana 28 en sus controles el medico realizo el proceso de la maduración pulmonar fetal introduciendo dos dosis de betametasona.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)

Madre reporto infecciones en todo su periodo de embarazo, flujo vaginal. Reporte de un eco con dilatación pielocalicial derecha. El neonato desde su nacimiento requirió hospitalización en UCIN durante 11 días con necesidad de soporte de ventilación mecánico por 4 días posterior 24 horas con cánula nasal, presento tinte icterico por lo que requirió fototerapia de 4 días, permaneció en NPO más SOG abierta durante 2 días, uso de aminas por 24 horas, completo esquema de ATB con ampicilina más cefotaxima por 10 días. Con fecha de nacimiento 21/05/2021.

2.3 EXAMEN FISICO (EXPLORACION CLINICA)

Posteriormente de haber pasado en NPO inicio estimulación enteral progresiva satisfactoria tolerando 35 CC. cada 3 horas sin cambios en perímetro abdominal sin datos de irritabilidad intestinal. Reactivo a estímulos externos, buena succión firme y sostenida, no presento movimientos anormales. Un buen patrón

respiratorio. Hemodinamicamente estable con constantes vitales dentro de rasgo normales. Egreso el 01/06/2021.

2.4 INFORMACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

22/05/2021

Leucocitos 10,13; HB: 17,7; HTO: 50,8; VCM 96,3; Plaquetas 397000; Mono 6,7; Eosino 1,7; LINF: 27,2; NEU: 64,2; VDRL: No reactivo; CA: 9,1; CPK: 1251; CK-MB: 348,5; NA 133; K 10,3; CL 104; AST 60; ALT 6; Urea 5; Crea 0,6.

25/05/2021

Leucocitos 8,60; HB: 16,7; HTO: 46,7; VCM 93,4; Plaquetas 331000; Mono 9,2; Eosino 3,7; LINF: 66,8; NEU: 60; TP: 15,6; TTP: 45,7; NA 137; K:7,1; CL: 106; CA: 9,9; BD: 0,43; BI: 9,66; BT: 10,09.

28/05/2021

Leucocitos 8,55; HB: 14,8; HTO: 46,7; VCM 92,4; Plaquetas 275000; Mono 8,2; Eosino 5,7; LINF: 44,9; NEU: 41,2; TP: 13,4; TTP:38,2; NA 140; K: 8; CL:109; CA: 10,4; BD: 0,19; BI: 8,47; BT: 8,66; AST 74; ALT 9; Urea 4; Crea 0,3.

2.5 FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

Tras resultados y diagnósticos médicos hacen el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos con diagnóstico de “RNP (34SEG) AEG + DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO + SEPSIS TEMPRANA + ICTERICIA”

2.6 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

- Medidas Generales
 - Control de signos vitales /monitorización continua
 - Mantener eutermia
 - Balance hídrico
 - Cuidados de enfermería

- Neurológico
 - Luminoterapia
 - Morfina 0,4 CC/h // aminofilia

- Respiratorio
 - Vigilancia

- Digestivo
 - FL 35 CC cada 3 horas por succión
 - Vigilar datos de alarma digestiva

- Hemodinámico
 - LT: 160 CC/KG/DIA
 - DW 10% + ELECTROLITOS
 - GOTEO: 3 ML/HORA

- Infeccioso
 - Ampicilina + cefotaxima por 10 días
 - Vitamina 5 gotas VO cada día
 - Complejo B 1 ml IV QD

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

El paciente prematuro tiene un problema en particular por sus características inmunológicas.

La OMS y la ONU refieren que en los países en desarrollo nacen al año 126 37700 niños, de los cuales 20% presentará infección neonatal, y; de estos el 1% fallecerá.

La inmadurez de las defensas del huésped neonatal es un principal factor riesgo que determina al desarrollo de la sepsis; las alteraciones inmunitarias están en relación con la edad gestacional. Mientras mayor sea el grado de la prematuridad, mayor es la inmadurez inmunológica y, por lo tanto, aumenta el riesgo de infección.

2.8 SEGUIMIENTO

Al egresar seguirá con control del neonatólogo, en caso de presentar signos de alarma como rechazo a la succión, fiebre mayor de 37.3 °C, coloración morada de piel, aumento de coloración amarilla, respira rápido, vómitos, irritabilidad y movimientos anormales de las extremidades.

Consumirá leche materna y/o formula NUTRILON PREMATURO aumentar 1 onza más. Tomará baños de sol. Ingerir Vitaminas ACD, Complejo B, Hierro y Cafeína.

2.9 OBSERVACIONES

El paciente egreso vivo con condiciones clínicas estables, su peso fue de 2030 gramos, su perímetro cefálico de 31 cm, tolera leche de formula maternizada y se indica llevar control por consulta externa e indicaciones

CONCLUSIONES

Estadísticamente la sepsis neonatal se considera una de las causas principales de muerte considerando que la madre presente una enfermedad en el embarazo y eso conlleva a que el neonato presente algún tipo de infección. Ha disminuido el proceso infeccioso debido a las medidas de salud que se han implementado en la Unidad de Cuidados Intensivos. El bajo peso también tiene un gran riesgo de morbi-mortalidad por eso es muy necesario seguir el control en este caso en los RN prematuros que tiene un mayor grado de riesgo.

El neonato egreso con condiciones estables, se pudo cubrir poco a poco el requerimiento nutricional teniendo el arduo trabajo de seguir el control para así disminuir la tasa de muertes prematuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Angel, R. A. (2018). *PACIENTE MASCULINO DE 26 HORAS DE NACIDO CON SEPSIS TEMPRANA*. Obtenido de Pdf: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4950/E-UTB-FCS-LAB-000034.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gomez, F. (2011). *GUIAS CLINICAS DEL DEPARTAMENTO DE*. Obtenido de pdf: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>
- Tesini, B. (2018). *Sepsis Neonatal*. Obtenido de pdf: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/sepsis-neonatal-pediatria-manual-msd-version-para-profesionales.pdf>
- Wilfrido Coronel, C. P. (2009). Sepsis Neonatal. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría Vol. XXIII Núm. 90, 12.*

Coronell, W., Pérez, C., Guerrero, C., & Bustamante, H. (2009). Sepsis neonatal. *Revista de enfermedades infecciosas en pediatría*, 22(90), 57-68.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000300035

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Sepsis-neonatal.pdf>

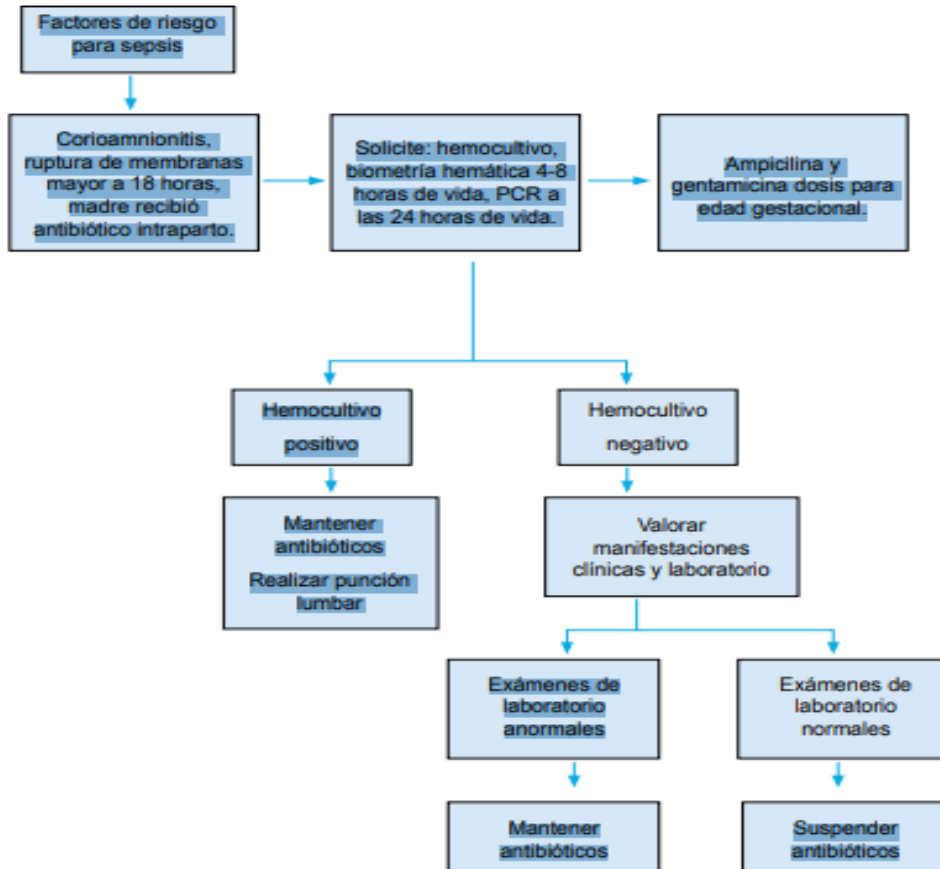
https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/SEPSIS%20NEONATAL%20DE%20INICIO%20TARD%C3%8DO_0.pdf

<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>

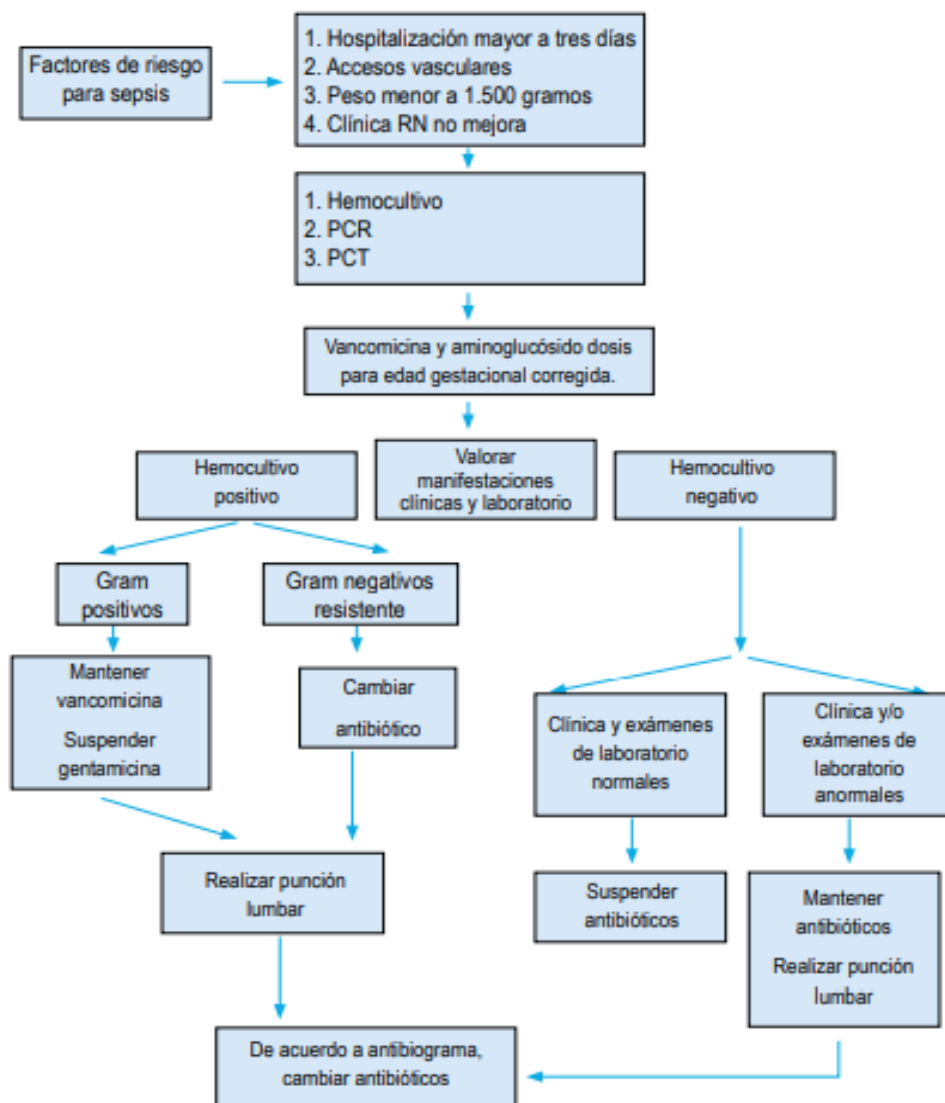
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007303.htm>

ANEXOS

Evaluación y tratamiento en la sospecha de sepsis neonatal temprana



Evaluación y tratamiento en la sospecha de sepsis neonatal tardía



Medicamentos avalados por esta GPC

Ampicilina

ATC	J01CA01																					
Indicación avalada en esta guía	Antibiótico de amplio espectro contra infecciones causadas por <i>Streptococo del grupo B</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> y especies sensibles de <i>Escherichia coli</i>																					
Forma farmacéutica y concentración	Polvo para inyección 500 y 1.000 mg																					
Dosis	Sospecha de sepsis: 50 mg/kg/dosis intravenoso lento Infección por E. Grupo B bacteremia: 200 mg/kg/día Infección por E. Grupo B meningitis: 400 mg/kg/día																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">Edad gestacional corregida (semanas)</th> <th align="center">Edad posnatal(días)</th> <th align="center">Intervalo (horas)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Menor de 29</td> <td>0 a 28</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 28</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">30 a 36</td> <td>0 a 14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">37 a 44</td> <td>0 a 14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 45</td> <td>Cualquiera</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)	Menor de 29	0 a 28	12	Mayor a 28	8	30 a 36	0 a 14	12	Mayor a 14	8	37 a 44	0 a 14	12	Mayor a 14	8	Mayor a 45	Cualquiera	6
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)																			
	Menor de 29	0 a 28	12																			
		Mayor a 28	8																			
	30 a 36	0 a 14	12																			
		Mayor a 14	8																			
37 a 44	0 a 14	12																				
	Mayor a 14	8																				
Mayor a 45	Cualquiera	6																				
Nota: no mezclar en la misma jeringuilla o solución con aminoglucósidos, pues se inactivan mutuamente.																						
Precauciones	Debe ser usada máximo una hora después de su reconstitución para no perder su potencia No es compatible en dextrosa con aminoácidos. Alteraciones de la función renal o hepática.																					
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento, a los betalactámicos. Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos.																					

ATC	J01CA01
Efectos adversos	<p>Frecuentes: náusea, vómito, dolor epigástrico, diarrea, cefalea, urticaria, rash maculopapular, aumento de transaminasas, eosinofilia.</p> <p>Poco frecuente: reacciones por hipersensibilidad: anafilaxia, angioedema, asma, dermatitis exfoliativa, eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson, reacciones similares a la enfermedad del suero (fiebre, exantema y dolores articulares).</p> <p>Raros: colitis pseudomembranosa por <i>Clostridium difficile</i>; hepatotoxicidad; nefritis intersticial; neutropenia, leucopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia o disfunción plaquetaria; dolor e inflamación en el sitio de la inyección; flebitis por administración IV; convulsiones. Las reacciones de hipersensibilidad como erupción maculopapular, urticaria o fiebre son raras en neonatos.</p>
Interacciones	<p>Disminución de la eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloranfenicol, eritromicina, sulfamidas: los bacteriostáticos pueden interferir con el efecto bactericida de las penicilinas disminuyendo su eficacia. <p>Aumento los efectos adversos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aminoglucósidos: sinergia antimicrobiana. - Probenecid: disminuye excreción renal de penicilinas y aumenta los niveles séricos, sinergia antimicrobiana. - Aciclovir, tramadol + paracetamol: efecto tóxico. Aumenta la concentración de ambos medicamentos al disminuir el aclaramiento renal.

Cefotaxima

ATC	J01DB11																					
Indicación avalada en esta guía	Antibiótico de amplio espectro contra infecciones causada por organismos Gram negativos susceptibles como <i>Escherichia coli</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Klebsiella</i> . También contra la infección gonocócica diseminada.																					
Forma farmacéutica y concentración	Solución inyectable 1.000 mg																					
Dosis	<p>Sospecha de sepsis: 50 mg/kg/dosis intravenoso lento sobre los 30 minutos.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad gestacional corregida (semanas)</th> <th>Edad posnatal(días)</th> <th>Intervalo (horas)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Menor de 29</td> <td>0 a 28</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 28</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">30 a 36</td> <td>0 a 14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">37 a 44</td> <td>0 a 14</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Mayor a 45</td> <td>Cualquiera</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>Infección gonocócica: 25 mg/kg intravenosos por dosis cada 12 horas por siete días.</p> <p>Meningitis: duración del tratamiento 14 días.</p>	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)	Menor de 29	0 a 28	12	Mayor a 28	8	30 a 36	0 a 14	12	Mayor a 14	8	37 a 44	0 a 14	12	Mayor a 14	8	Mayor a 45	Cualquiera	6
Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)																				
Menor de 29	0 a 28	12																				
	Mayor a 28	8																				
30 a 36	0 a 14	12																				
	Mayor a 14	8																				
37 a 44	0 a 14	12																				
	Mayor a 14	8																				
Mayor a 45	Cualquiera	6																				
Precauciones	El uso como esquema inicial del tratamiento empírico en unidades de neonatología se ha relacionado con el aumento de la mortalidad general, posiblemente por la rápida resistencia que generan los gérmenes Gram negativos (productores de BLEE).																					
Contraindicaciones	No aplica en este grupo de edad.																					
Efectos adversos	Son raros e incluyen: <i>rash</i> , flebitis, diarrea, leucopenia, granulocitopenia, eosinofilia.																					

RNP de extremo bajo peso	<ul style="list-style-type: none"> • Peso < 1000 g (24-28 semanas) • Comenzar con soporte de NP y posteriormente NE lentamente progresiva
RNP de muy bajo peso	<ul style="list-style-type: none"> • Peso entre 1000 y 1500 g (28-32 semanas) • Con frecuencia se precisa NP, pero rápidamente permiten la transición a la NE
RNP de bajo peso	<ul style="list-style-type: none"> • Peso entre 1500 y 2000 g (32-35 semanas) • Se puede comenzar directamente con NE si no tienen complicaciones clínicas