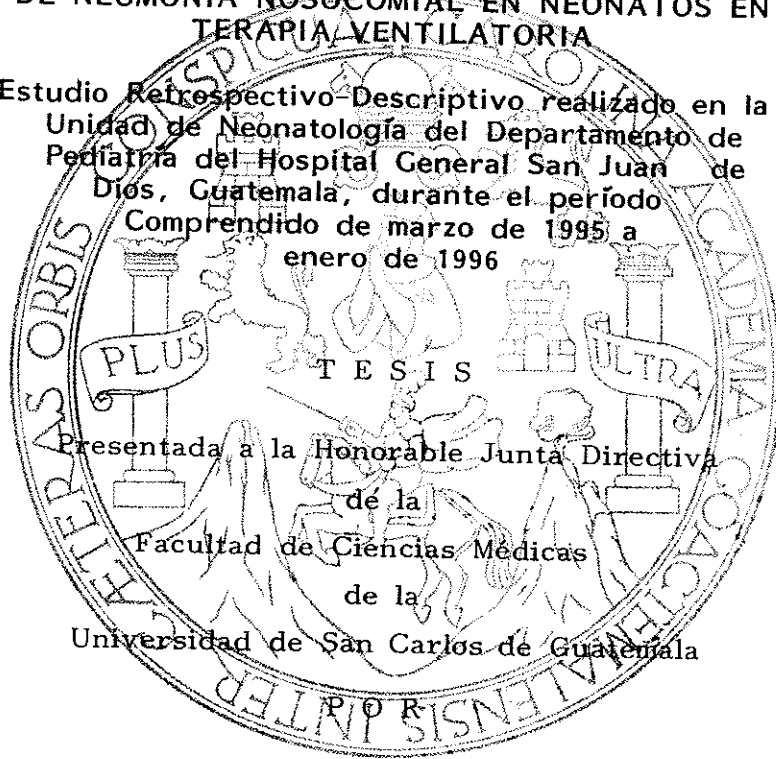


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ASPIRADO TRAQUEAL COMO DIAGNOSTICO TEMPRANO
DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS EN
TERAPIA VENTILATORIA

Estudio Retrospectivo-Descriptivo realizado en la
Unidad de Neonatología del Departamento de
Pediatria del Hospital General San Juan de
Dios, Guatemala, durante el período
Comprendido de marzo de 1995 a
enero de 1996



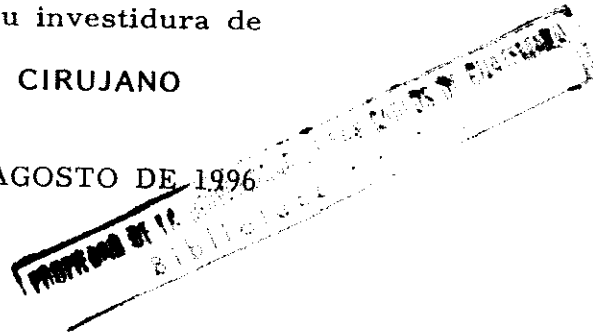
Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Médicas
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

PAUL FRANCIS EDWARDS

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1996



424)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, Z 25 de julio de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis
Presente

Se le informa que el BACHILLER
PAUL FRANCIS EDWARDS

Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 89-16950 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

ASPIRADO TRAQUEAL COMO DIAGNOSTICO TEMPRANO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL
EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del Estudiante

f.: Asesor

Nombre Completo y Sello Profesional

apme

Dr. Byron H. Arias González
PEDIATRA NEONATOLOGO
COLEGIADO 6537

f.: Revisor

Nombre Completo y Sello Profesional

Reg. de Personal: 12189

Dr. E. S. del Carmen de Prado
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3,392

EL DECAÑO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E:

La) BACHILLER : PAUL FRANCIS EDWARDS

Matrícula Universitaria No. 89-16950

Presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

INSPIRADO TRAQUEAL COMO DIAGNOSTICO TEMPRANO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL

EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA

Trabajo asesorado por:

BYRON HUMBERTO ARANA GONZALEZ

Revisado por:

ERWIN RAUL CASTANEDA PINEDA

Los señores suscritos lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y autorizan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 25 de julio de 1996.

UNIVERSIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

~~INPRIMARE:~~

D. Edgardo Arce Soliva Gonzalez

DECAÑO



AD DE CIENCIAS MEDICAS
MALA, CENTRO AMERICA

Of. APR- UT-211-96

Guatemala, 25 de julio de 1996

HILLER:

FRANCIS EDWARDS

ULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

iente.

este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
lado **ASPIRADO TRAQUEAL COMO DIAGNOSTICO TEMPRANO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL
EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA**

ido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con
requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
que es autorizado para completar los trámites previos a su
uación.

otro particular me suscribo de usted.

etuosamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Suárez.
COORDINADOR



: La información y conceptos contenidos en el
presente trabajo es responsabilidad única del
autor.

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	18
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	65
IX. CONCLUSIONES	69
X. RECOMENDACIONES	70
XI. RESUMEN	71
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
XIII. ANEXOS	78

I. INTRODUCCION

Las infecciones nosocomiales aumentan las tasas de morbilidad, prolongan la estancia hospitalaria, aumentan el costo por cuidados directos del paciente y la mortalidad en los neonatos hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos.

La neumonía nosocomial, es la causa más frecuente del incremento de la mortalidad, particularmente en pacientes tratados con ventilación mecánica. Ha sido estimado que aproximadamente 20% de todos los pacientes con ventilación mecánica están en riesgo de desarrollar esta infección.(6)

Aunque el diagnóstico de neumonía nosocomial es difícil y a veces el tratamiento infeccioso, el riesgo puede ser reducido con pruebas de diagnóstico rápido que pueden contribuir a detectar el problema en su etapa inicial.

Los resultados del aspirado traqueal, aunados con otras pruebas y parámetros clínicos pueden permitir la detección temprana de este proceso infeccioso y evitar en alto porcentaje complicaciones futuras al neonato y el recurrir a tratamientos agresivos con el objeto primordial de mejorar las expectativas de vida.

Por lo anteriormente expuesto, el presente trabajo pretende demostrar la efectividad del aspirado traqueal como diagnóstico precoz de neumonía nosocomial en neonatos con terapia ventilatoria en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La infección nosocomial es cualquier infección que aparentemente se ha desarrollado durante la hospitalización sin haber constancia de que la infección haya estado en incubación en el momento de la internación. (22,50) La infección nosocomial bacteriana, generalmente empieza de 48 a 72 horas después del ingreso hospitalario. (24)

La neumonía nosocomial es considerada como complicación de la ventilación mecánica si ocurre 24 horas o más después de intubación o dentro de las primeras 72 horas después de la extubación. (39)

En el Hospital General San Juan de Dios en el año de 1,993 se registró un total de 402 casos de infecciones nosocomiales con una tasa de incidencia de 8 por mil pacientes egresados; de todos éstos pacientes en el Departamento de Pediatría hubo 131 casos de infecciones nosocomiales con una tasa de incidencia de 6 por mil pacientes egresados.

De 131 casos de Neumonía Nosocomial reportados del Departamento de Pediatría en 1,993, las seis enfermedades más frecuentes fueron: 38 casos de Bronconeumonía Nosocomial, 36 de Septicemia, 21 de Salmonellosis, 10 de Infección de Herida Operatoria, 7 de Infección Urinaria y 5 de Infección de Quemaduras.

Del estudio anterior se determinó que los microorganismos más frecuentes fueron: *Klebsiella ozanae* (24.8%), *Salmonella enteritidis* (18.04%), *Pseudomona aeruginosa* (17.29%), *Acinetobacter calcoaceticus* (6.76%), *Escherichia coli* (6.02%), *Staphilococcus Coagulasa Negativos* (5.26%), *Staphilococcus aureus* (3.75%).

Actualmente en 1,996 en el Comité de Infecciones Nosocomiales del Hospital General San Juan de Dios se tiene la recopilación de datos relacionados con el Departamento de Neonatología, sin embargo no se ha tabulado por la falta de recursos humanos y económicos.

Debido a que no existe información actualizada sobre neumonía nosocomial en neonatos en nuestro medio así como el número de pacientes afectados, se o. edad gestacional, factores predisponentes, factores de riesgo, agente causal, sensibilidad, antibioticoterapia, estancia hospitalaria, condiciones de egreso; surge la inquietud de un abordaje global y eficiente del problema logrando así proporcionar información valiosa para disminuir paulatinamente las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con éste proceso infeccioso.

III. JUSTIFICACION

La neumonia representa la causa mas importante de mortalidad dentro de todas las infecciones de tipo nosocomial (3,11,16,33,51).

El desarrollo de neumonias nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos de los Estados Unidos está reportado que se presentan en un rango de 10% al 65%, con casos reportados de mortalidad de 13% a 35%. (14,15,20,27,43,67)

El Doctor Julio Castillo en su trabajo de investigación "Neumonia Nosocomia" realizado en el Servicio de Cuidados Intensivos de la Sección de Neonatología en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios en 1,994. Concluyó que la mortalidad por neumonia nosocomial en pacientes neonatos asciende a una cifra de 78%. (8)

Lo anteriormente citado nos da un índice de que el problema es de una gran magnitud y con repercusiones serias en el costo humano y material. Debe plantearse una solución con una base solida fundamentada en hechos objetivos y un estudio minucioso con respecto a sus causas y la manera en que se deberá ofrecer en su momento una solución efectiva.

Es un hecho que el diagnóstico de la neumonia nosocomial es difícil , pero hallazgos de laboratorio, radiológicos y parámetros clínicos ayudan a finalizar el diagnóstico de dicha entidad.

Procedimientos diagnósticos específicos para obtener muestras de secreción del tracto respiratorio inferior, como el lavado bronquioalveolar (BAL) y el cepillado de muestra protegida (PSB), aún se encuentran en experimentación en relación a su sensibilidad y especificidad. La mayor parte de éstos procedimientos son costosos, invasivos y presentan un alto grado de riesgo y complicaciones para el paciente.

El aspirado traqueal es un procedimiento fácil, barato y rápido. Una tinción de Gram y cultivo del aspirado traqueal puede ayudar en la detección temprana de dicha enfermedad y en el inicio de un tratamiento efectivo.

IV. OBJETIVOS

ETIVO GENERAL:

Establecer la utilidad del aspirado traqueal en el diagnóstico temprano de neumonía nosocomial en neonatos ventilados en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios durante el periodo de marzo de 1,995 a enero de 1,996.

ETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar las incidencias de morbilidad y mortalidad causada por neumonía nosocomial en los neonatos ventilados.

Determinar el agente etiológico más frecuente y su sensibilidad a los antibióticos en neonatos ventilados con neumonía nosocomial.

Determinar los factores de riesgo en el desarrollo de neumonía nosocomial en neonatos ventilados.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

I. MICROORGANISMOS PATOGENICOS Y DE LA FLORA INDIGENA EN HUMANOS:

A. Concepto de Enfermedades Infecciosas:

Dubos (18) y Burnet (7) han escrito sobre las numerosas interacciones del hospedero que terminan en enfermedades infecciosas. Los estudios de dichos investigadores hacen evidente que la salud general del hospedero, su contacto previo con microorganismos particulares, su historia médica pasada y una variedad de insultos tóxicos, traumáticos o yatrogénicos, no de origen microbial, son determinantes significantes de las enfermedades infecciosas. Se sabe que la microbiota indígena cuando tiene la oportunidad, debido a la disminución de resistencia del hospedero, puede producir una enfermedad infecciosa. (34)

Desde el nacimiento, los seres humanos viven dentro de una biósfera microbial compuesta por innumerables microorganismos, representando tipos, variantes, especies, géneros, etc. La composición de éste ambiente microbial no es estática pues vive en constante aumento y disminución cualitativa y cuantitativa. (7)

B. Flora Microbiana Normal del Cuerpo Humano:

El término "flora microbiana normal" se refiere a la población de microorganismos que residen en la piel y membranas mucosas de personas normales sanas. (35,43)

La piel y las mucosas hospedan siempre a una gran variedad de microorganismos, los cuales pueden ser divididos en dos grupos:

- La Flora Residente está compuesta de tipos relativamente fijos de microorganismos, los cuales se encuentran constantemente en un sitio dado a una edad dada; si se le trastorna, se restablece espontáneamente con rapidez.

- La Flora Transitoria está formada por microorganismos no patógenos o sólo potencialmente patógenos hospedados en la piel o las mucosas durante horas, días o semanas; provienen del ambiente, no producen enfermedad y no se establecen por sí mismos permanentemente sobre la superficie.

Los miembros de la Flora Transitoria son generalmente de poca significancia, en tanto que la flora residente normal permanece sin alterarse; pero si la flora residente sufre alteraciones, los microorganismos transitorios pueden colonizar, proliferar y producir enfermedad. (35)

C. La Flora Microbiana Normal de las Vías Respiratorias:

Las mucosas de la boca y de la faringe son a menudo estériles en el momento del nacimiento, aunque pueden contaminarse durante el paso a través del conducto vaginal. De 4 a 12 horas después del nacimiento se establecen *Streptococos viridans* como los miembros más prominentes de la Flora Residente, permaneciendo como tales durante toda la vida. Durante los primeros meses de la vida, se van añadiendo *Estafilococos* aerobios y anaerobios, *Diplococos* Gram negativos, *Difteroides*, y ocasionalmente, *Lactobacilos*. Cuando comienza la dentición se establecen *Espiroquetas* anaerobias, *Bacteroides*, especies de *Fusobacterium*, especies de *Rothia* y *Capnocytophaga*, así como algunos vibriones anaerobios y *Lactobacilos*. En los adultos se encuentran regularmente especies de *Actinomyces* en el tejido de las amígdalas, así como en las encías, y también pueden estar presentes varios protozoarios. Las levaduras como *Cándida albicans* se encuentran en la boca. (35)

La flora de las fosas nasales consiste principalmente de *Corinebacterias*, *Estafilococos* (*S. aureus*, *S. epidermis*) y *Streptococos*. (35)

En la faringe y en la tráquea se establece una flora similar, en tanto que en los bronquios normales se encuentran solo unas cuantas bacterias. Los bronquiolos y los alveolos son normalmente estériles. (35)

II. TINCIÓN DE GRAM:

La tinción de Gram se debe hacer rutinariamente en toda muestra de esputo que se toma para cultivo bacteriano, para poder determinar el grado de contaminación con saliva y entonces, aceptabilidad de una muestra para cultivo. (2,44)

Una muestra para tinción de Gram es preparada de una porción purulenta de esputo y examinada primero por la presencia de leucocitos polimorfonucleares y células epiteliales escamosas. (2)

La muestra puede ser clasificada en uno de varios grupos: (25,52)

GRUPOS	CELULAS (#/CAMPO X100)	
	LEUCOCITOS	CELULAS EPITE- ESCAMOSAS
6	< 25	< 25
5	> 25	< 10
4	> 25	10 - 25
3	> 25	> 25
2	10 - 25	> 25
1	< 10	> 25

Tomado de: Bartlett J.G., Brewer N.S., Ryan K.J. Cumitech 7 Laboratory Diagnosis of Lower Respiratory Tract Infections. American Society for Microbiology, Washington D.C., 1987.

Debido a que hay una buena correlación de los resultados de cultivos de esputo con cultivos de aspiraciones transtraqueales en grupos 4 a 6, estamos de acuerdo con Geckeler et. al. (25) en recomendar que el esputo en grupos 1, 2 y 3 no deberían ser muestras para cultivos o que pueden ser sólo cuando se desee resultados específicos. Entonces, muestras que tienen menos de 25 células epiteliales escamosas por campo de bajo poder (x 100) son aceptables, mientras mayor de 25 células epiteliales escamosas por campo de bajo poder generalmente no son aceptables debido a contaminación orofaríngea excesiva. (25,52)

Cuando hay pocas células epiteliales escamosas las muestras para tinción de Gram de esputo pueden ayudar en establecer un diagnóstico tentativo de Estafilococos, Neumococos, Meningococos o Neumonía de Bacilos Gram negativos. Cuando grandes números de microorganismos de morfología típica son vistos siempre pueden ayudar al clínico a plantear una terapia antimicrobial inicial. (2)

III. CULTIVO:

El propósito primario de cultivos del aspirado traqueal es para aislar, identificar y reportar organismos del tracto respiratorio inferior.

La única manera acertada para realizar aspirado traqueal es con métodos de recolección que no involucren la flora normal del tracto respiratorio superior.(2)
Los procedimientos de rutina para ese tipo de muestras deben ser diseñados para optimizar el aislamiento de los patógenos más comunes que incluyen Neumococos, Estafilococos aureus, Hemophilus influenzae, Pseudomona aeruginosa y Enterobacteriaceae con una oportunidad para detectar bacterias de menor frecuencia cuando se presenten. (52)

La decisión para reportar crecimiento predominante en muestras de esputo puede ser arbitraria e inconsistente por lo cual las condiciones tienen que ser bien definidas; ésta puede ser realizada por medio de definir crecimiento predominante en relación a un sistema objetivo para expresar crecimiento en término primario, secundario y terciario. El crecimiento predominante puede ser definido como todo organismo presente en cantidad de +++ o más.(2)

GRADO	COLONIAS EN AREA DE CRECIMIENTO		
	1o.	2o.	3o.
+	< 10		
++	> 10	< 5	
+++	> 10	> 5	< 5
++++	> 10	> 5	> 5

Tomado de: Bartlett J.G., Brewer N.S., Ryan K.J. Cumitech 7 Laboratory Diagnosis of Lower Respiratory Tract Infections. American Society for Microbiology, Washington D.C., 1987.

IV. ASPIRADO TRAQUEAL:

Estudios de neumonia neonatal son limitados por la ausencia de criterios para establecer el diagnóstico.(66)

Estudios de necropsia en donde el tejido pulmonar fue cultivado directamente ha contribuido a nuestro entendimiento de la fisiopatología de neumonia en el recién nacido.(36)

En niños vivos el diagnóstico de neumonia es usualmente presuntivo y está basado en hallazgos clínicos y de laboratorio que conllevan un cierto grado de incertidumbre.(66)

Es obvio que el diagnóstico de neumonia en cualquier edad es problemático; usualmente el diagnóstico presuntivo está basado en una constelación de observaciones incluyendo hallazgos clínicos (17), rayos X torácicos (17,29), leucocitos (17) y tinción de Gram y cultivo de aspirado traqueal.

El análisis del aspirado traqueal puede ser usado en el diagnóstico de neumonia congénita (63) y bacteriemia en las primeras 12 horas de vida.(62) Después de los primeros días de intubación, la colonización del tracto respiratorio ocurre frecuentemente (64, 65) y es muy difícil para diferenciar la colonización del tracto respiratorio inferior e infección verdadera.

Procedimientos más invasivos que el aspirado traqueal por ejemplo biopsia del tejido pulmonar o incisión pulmonar transtorácica pueden dar información directa sobre el agente responsable de neumonia pero generalmente estos procedimientos son considerados demasiado riesgosos para ser usados rutinariamente en el diagnóstico de neumonia en neonatos ventilados.(66)

El lavado bronquioalveolar (BAL) y cepillado de muestra protegida (PSB) son los métodos más usados para el diagnóstico de neumonia asociado a ventilación aunque ello requiere broncoscopia. Cultivos cuantitativos de aspirado endotraqueal son menos específicos que PSB y BAL para el diagnóstico de neumonia asociada a ventilación pero el aspirado endotraqueal puede ser usado para tratar pacientes cuando los procedimientos broncoscópicos no son disponibles. El aspirado endotraqueal es una técnica simple y menos costosa que BAL y PSB. (19)

SECRETARÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca

En un experimento que involucraba 320 aspirados traqueales obtenidos de recién nacidos hospitalizados en los Cuidados Intensivos de la Universidad de California, Davis Medical Center o el Kaiser Foundation Hospital & Medical Center, Sacramento, California, Sherman et. al. concluyeron que el aspirado traqueal directo temprano facilitaba el diagnóstico temprano de infecciones pulmonares congénitas.

La morfología de la tinción de Gram y cultivo traqueal correlacionaba bien con los hemocultivos positivos de los neonatos infectados. (63)

Aunque el aspirado traqueal y hallazgos hematológicos no pueden identificar todos los casos de neumonía, puede proveernos de un diagnóstico temprano y específico en la gran mayoría de neonatos infectados con enfermedades pulmonares. (66)

V. NEUMONIA NOSOCOMIAL:

A. DEFINICION:

La infección nosocomial es cualquier infección que aparentemente se ha desarrollado durante la hospitalización no habiendo constancia de que la infección haya estado en incubación en el momento de la internación. (22,50)

La neumonía es considerada nosocomial cuando se desarrolla en un tiempo mayor o igual a 72 horas después del ingreso hospitalario (24), y que no haya estado en incubación al ingreso. (39)

La neumonía nosocomial es considerada una neumonía asociada a la ventilación si empieza 24 horas o más después de intubación o dentro de 72 horas de extubación. (39)

Neumonía asociada a ventilación es definida como la ocurrencia de un nuevo y persistente infiltrado radiológico y uno de los siguientes cuatro criterios:

- Cultivo de sangre o pleural positivo por el mismo organismo que en el aspirado traqueal.
- Cavitación radiológica.
- Evidencia histopatológica de neumonía.
- Fiebre nueva y leucocitosis mas un aspirado traqueal purulento. (48)

Los criterios para neumonía nosocomial según el Center for Disease Control (24), involucra varias combinaciones de hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio.

Para ser neumonía tiene que llenar uno de los siguientes criterios:

1. Disminución de la percusión en el examen físico de tórax y cualquiera de los siguientes:
 - a. Inicio de esputo purulento o cambio en el carácter del esputo.
 - b. Organismo aislado en el hemocultivo.
 - c. Aislamiento del patógeno de la muestra obtenida por aspirado traqueal, cepillado bronquial o biopsia.
2. Rayos x torácicos que muestre un nuevo infiltrado ó infiltrado progresivo, consolidación, cavitación ó derrame pleural y cualquiera de los siguientes:
 - a. Inicio de un esputo purulento o cambio en el carácter del esputo.
 - b. Organismo aislado en el hemocultivo.
 - c. Aislamiento del patógeno de la muestra obtenida por aspirado traqueal, cepillado bronquial o biopsia.
 - d. Aislamiento del virus o detección del antígeno viral en secreciones respiratorias.
 - e. Diagnóstico por titulación serica de IgM ó aumento 4 veces de IgG en dos muestras de suero.
 - f. Evidencia patológica de neumonía.
3. Paciente de menos o igual a 12 meses de edad, quien tiene dos de los siguientes criterios: Apnea, Taquipnea, Bradicardia, Estridor, Roncus o Tos y cualquiera de los siguientes:
 - a. Aumento en la producción de secreciones respiratorias.
 - b. Inicio de esputo purulento o cambio del carácter del esputo.
 - c. Organismo aislado en el hemocultivo.
 - d. Aislamiento del patógeno de la muestra obtenida por aspirado traqueal, cepillado bronquial o biopsia.
 - e. Aislamiento del virus o detección del antígeno viral en secreciones respiratorias.
 - f. Diagnóstico por titulación serica de IgM ó aumento 4 veces de IgG en dos muestras de suero.
 - g. Evidencia histopatológica de neumonía.

4. Paciente menor o igual de 12 meses de edad con rayos x torácico que muestre infiltrado nuevo o progresivo, cavitación, consolidación o derrame pleural y cualquiera de los siguientes criterios:
- a. Aumento en la producción de secreciones respiratorias.
 - b. Inicio de esputo purulento o cambio del carácter del esputo.
 - c. Organismo aislado en el hemocultivo.
 - d. Aislamiento del patógeno de la muestra obtenida por aspirado transtraqueal, cepillado bronquial o biopsia.
 - e. Aislamiento del virus o detección del antígeno viral en secreciones respiratorias.
 - f. Diagnóstico por titulación sérica de IgM ó aumento cuatro veces de IgG en dos muestras de suero.
 - g. Evidencia histopatológica de neumonía.

B. EPIDEMIOLOGIA:

La neumonía nosocomial representa la mayor causa de mortalidad de pacientes que han sufrido una infección nosocomial.(3,11,16,33,51). La incidencia de neumonía nosocomial en unidades de cuidados intensivos es de 10% a 65% , con casos reportados de mortalidad de 13% a 55%. (14,15,20,27,45,67).

C. FACTORES DE RIESGO:

En general la neumonía nosocomial es precedida por colonización de las vías respiratorias superiores con microorganismos patogénicos.(37)

Dentro de los factores de riesgo asociados con neumonía nosocomial la intubación probablemente es el factor de riesgo más importante aumentando 7 a 21 veces la incidencia comparada con pacientes no intubados.(9,31)

Aunque los factores de riesgo específicos pueden ser diferentes dentro de poblaciones de estudios ellos pueden ser agrupados en las siguientes categorías generales:

1. Factores del hospedero , como extremos de edad y enfermedades severas, incluyendo inmunosupresión.
2. Factores como administración de antimicrobianos, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, enfermedades pulmonares crónicas, o coma, que pueden aumentar la colonización de la orofaringe y/o estómago por microorganismos.

3. Condiciones que favorecen la aspiración o reflujo incluyendo intubación endotraqueal, colocación de tubo nasogástrico o posición supina.
4. Condiciones que requieren el uso prolongado de aporte ventilatorio mecánico con exposición potencial a equipo respiratorio contaminado y/o contacto con manos de personal hospitalario contaminados o colonizados.
5. Factores que impiden un funcionamiento pulmonar adecuado, que incluyen procedimientos quirúrgicos involucrando la cabeza, el cuello, tórax o abdomen superior e inmovilización debido a trauma o enfermedad. (9,15,23,30,41,46,67)

. ETIOLOGIA:

La distribución reportada de agentes etiológicos causantes de neumonía nosocomial varía de hospital a hospital debido a diferencias en poblaciones de pacientes y métodos diagnósticos usados. (60)

En un estudio nacional de infección nosocomial que fue realizado de 1985 a 1988 en los Estados Unidos la mitad de los casos de neumonía nosocomial fueron asociados con bacterias entéricas Gram negativas, especialmente *Pseudomona aeruginosa* (17.2%), *Enterobacter Sp.* (10.4%) y *Klebsiella pneumoniae* (7.4%). (32)

Entre los gérmenes Gram positivo *Stafilococcus aureus* es el germen más frecuente y el segundo después de *Pseudomona aeruginosa* responsable de un 14.6% de todos los casos de neumonía nosocomial. (32).

Aunque haya disponibilidad de pruebas diagnósticas sofisticadas, el agente etiológico de neumonía nosocomial todavía es desconocido en un buen número de casos. (55)

. DIAGNOSTICO:

Estableciendo el diagnóstico de neumonía nosocomial en el ambiente de las unidades de cuidados intensivos es difícil. (6)

Frecuentemente el criterio para el diagnóstico ha sido fiebre, tos, leucocitosis, cultivo positivo del aspirado traqueal con leucocitosis y bacterias en la tinción de Gram, cultivos de esputo, líquido pleural o sangre, en combinación con hallazgos radiológicos de un infiltrado pulmonar nuevo o progresivo. (9, 24, 60)

Aunque el criterio clínico junto con los cultivos de esputo o muestras traqueales pueden ser sensitivos para patógenos bacterianos la especificidad es pobre. Esta pobre especificidad ocurre debido a que fiebre, leucocitosis o anomalías radiológicas de pacientes en unidades de cuidados intensivos son frecuentes debido a otras causas infecciosas.(6)

En resultados del cultivo de aspirado traqueal aun en combinación con la tinción de Gram no es fácil distinguir una colonización de neumonía.(42,55)

Usando el número de bacterias en las tinciones de Gram y analizando aspirados traqueales por la presencia de fibras de elastina, Salata et al., reportaron una especificidad de 73% diagnosticando neumonía nosocomial. (53)

Debido a esos problemas, un grupo de investigadores recientemente formularon recomendaciones para estandarización de métodos para diagnosticar neumonía en estudios de investigación clínica de neumonía asociada a ventilación.(4)

Esos métodos involucran técnicas broncoscópicas por ejemplo cepillado de muestra protegida (6, 53), lavado broncoalveolar (6,53) y lavado broncoalveolar protegido (49). Las sensibilidades reportadas 70% a 100% y especificidades 60% a 100% de éstos métodos dependen de las muestras o criterios diagnósticos con que fueron comparados. (10)

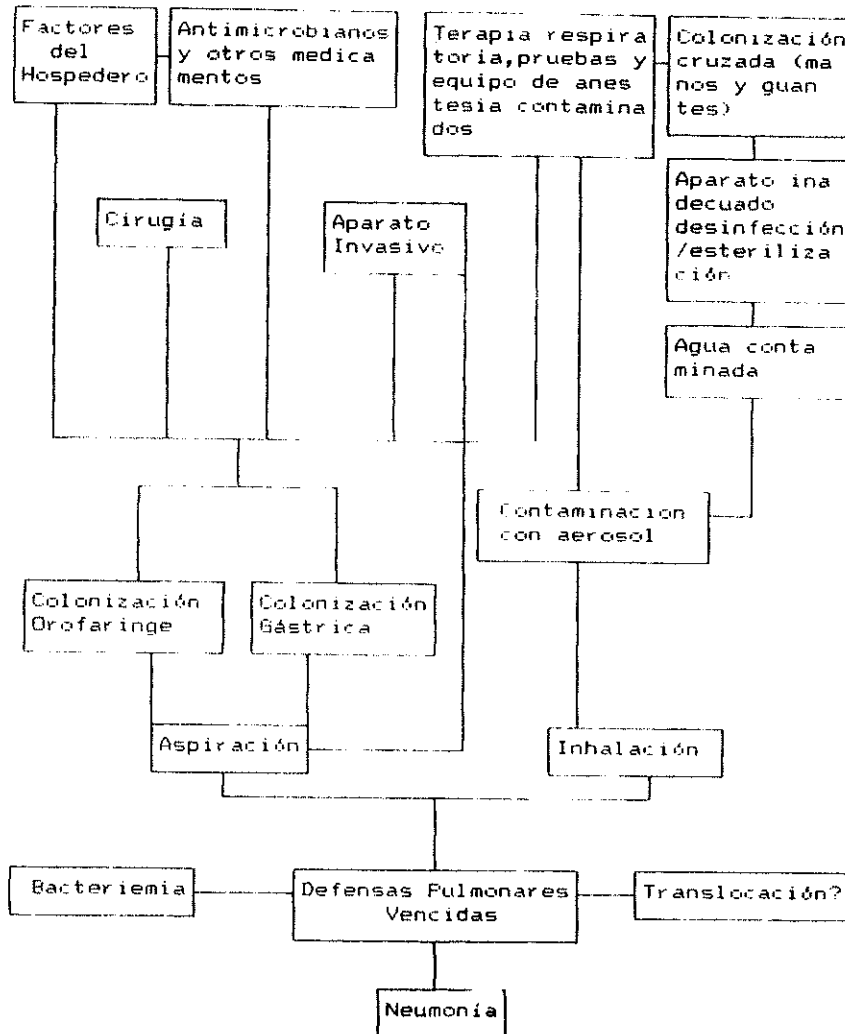
F. PATOGENESIS:

Las bacterias pueden invadir el tracto respiratorio inferior por aspiración de organismos orofaríngeos, inhalación de aerosoles que contengan bacterias, o, menos frecuentemente por vía hematógica de un sitio corporal distante.(10)

En estudios con radioisótopos 45% de adultos sanos aspiraron durante el sueño.(10)

Personas con deglución anormal, instrumentación del tracto respiratorio y/o ventilación mecánica asistida o instrumentación del tracto gastrointestinal o enfermedades o pacientes recientemente operados fácilmente pueden aspirar.(9,13,67)

PATOGENESIS DE NEUMONIA NOSOCOMIAL BACTERIANA



Tomado de: Center for Disease Control, Guideline for Prevention of Nosocomial Pneumonia, Respir Care 1994;39:1191-1236.

La alta incidencia de neumonía por bacilos Gram negativos en pacientes hospitalizados parece ser el resultado de factores que promueven la colonización de la faringe y la entrada subsecuente de éstos organismos en el tracto respiratorio inferior. La colonización por bacilos aerobios Gram negativos drásticamente aumenta en pacientes con coma, hipotensión, acidosis, azoemia, alcoholismo, diabetes mellitus, leucocitosis, leucopenia, enfermedad pulmonar o con tubos nasogástricos o endotraqueales y en pacientes que han recibido agentes antimicrobianos.(46)

La colonización orofaríngea o traqueobronquial por bacilos Gram negativos empieza con la adherencia de los microorganismos a las células epiteliales del hospedero (54). La adherencia puede ser afectada por múltiples factores relacionados con la bacteria (presencia de pili, cilios, cápsulas o producción de elastasa o mucinasa), células del hospedero (proteínas de la superficie y polisacáridos) y el ambiente (ph, presencia de mucina en secreciones respiratorias).(57)

Aparte de la orofaringe el estómago ha sido postulado como reservorio importante de organismos que pueden causar neumonía nosocomial. Cuando el ph gástrico aumenta desde los niveles normales a mayor o igual a ph 4, los microorganismos pueden multiplicarse a concentraciones altas en el estómago.(68)

G. RECOMENDACIONES PARA PREVENCION DE NEUMONIA NOSOCOMIAL:

Existen recomendaciones para tres diferentes niveles:

- I. Educación del personal y monitoreo de la infección.
- II. Interrupción de la transmisión de microorganismos.
- III. Modificación de los factores de riesgo de infección del hospedero.

I. Educación del personal y monitoreo de la infección:

a. Educación del personal:

Educar al personal de salud en relación a neumonía nosocomial bacteriana y procedimientos para controlar la infección para prevenir su aparición.
(12,61)

b. Monitoreo:

Realizar monitoreo para neumonía bacteriana en pacientes de la unidad de cuidados intensivos con alto riesgo de adquirir neumonía nosocomial bacteriana, para determinar comportamiento e identificar problemas potenciales. (28)

II. Interrupción de la Transmisión de Microorganismos:

- a. Esterilización o desinfección y mantenimiento de equipo y aparatos. (5,21)
1. Ventilación mecánica, circuitos respiratorios, humidificadores.
 2. Humidificadores de pared.
 3. Nebulizadores de pequeño volumen de medicación y nebulizadores de mano.
 4. Nebulizadores de volumen grande.
 5. Otros aparatos asociados a terapia respiratoria
 6. Máquinas de anestesia y sistemas de respiración o circuitos.
 7. Equipo para pruebas de funcionamiento pulmonar.

b. Interrupción de transmisión de bacterias de persona a persona:

1. Lavado de manos. (56)
2. Precaución de barrera (guantes). (40)
3. Cuidado de pacientes con traqueostomía.
4. Aspiración de secreción del tracto respiratorio. (38)

III. Modificación de los factores de riesgo de infección del hospedero:

- a. Precaución para prevención de neumonía endógena.
1. Prevención de aspiración asociada con alimentación enteral. (69)
 2. Prevención de aspiración asociada con intubación endotraqueal.
 3. Prevención de colonización gástrica. (13)
- b. Prevención de neumonía post-operatoria. (58)
- c. Otros procedimientos profilácticos para neumonía.
1. Inmunización del paciente. (1)
 2. Profilaxis antimicrobiana. (47)
 3. Uso de camas rotatorias o terapia rotatoria continua lateral. (26)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo , Descriptivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Registros clínicos de todos los neonatos ventilados en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo comprendido de marzo de 1,995 a enero de 1,996.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Aproximadamente hay 20 neonatos ventilados mensualmente por lo cual la población total a estudiar es más o menos 160 neonatos ventilados.

D. CRITERIOS DE SELECCION:

1. CRITERIOS DE INCLUSION:

Todo neonato ventilado no importando origen, sexo, religión o grupo étnico ingresado de marzo de 1,995 a enero de 1,996 a la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios.

2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Neonatos sin terapia ventilatoria ingresados de marzo de 1,995 a enero de 1,996 a la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios.

E. VARIABLES DEL ESTUDIO:

1. Edad Gestacional

a. Definición Conceptual:

Tiempo transcurrido desde concepción hasta nacimiento.

b. Definición Operacional:

La edad cumplida en semanas obtenida del Registro Clínico.

c. Tipo de Variable:

De Intervalo

d. Unidad de Medida:

< de 30 semanas

30 a 36 semanas

37 a 42 semanas

> de 42 semanas

2. Sexo

a. Definición Conceptual:

Condición orgánica que distingue lo masculino de lo femenino.

- b. Definición Operacional:
Definido por el médico al nacer el paciente obtenido del Registro Clínico.
 - c. Tipo de Variable:
Nominal.
 - d. Unidad de Medida:
Masculino
Femenino
3. Peso
- a. Definición Conceptual:
Resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos.
 - b. Definición Operacional:
Peso en gramos al nacer el paciente realizado por el médico obtenido del Registro Clínico.
 - c. Tipo de Variable:
De Intervalo
 - d. Unidad de Medida:
< de 1,000 gramos
1 a 1.5 kilogramos
1.5 a 2.5 kilogramos
> de 2.5 kilogramos
4. Parto
- a. Definición Conceptual:
Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos.
 - b. Definición Operacional:
Tipo de parto al nacer el paciente obtenido del Registro Clínico.
 - c. Tipo de Variable:
Nominal
 - d. Unidad de Medida:
Eutósico
Cesarea
Distósico
5. Impresión Clínica
- a. Definición Conceptual:
Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta.
 - b. Definición Operacional:
Impresión Clínica de Ingreso y Egreso realizado por el médico obtenido del Registro Clínico.
 - c. Tipo de Variable:
Nominal
 - d. Unidad de Medida:
Impresión Clínica de Ingreso
Impresión Clínica de Egreso

6. Procedimiento Invasivo

- a. Definición Conceptual:
La práctica de un acto u operación.
- b. Definición Operacional:
Operaciones realizadas durante la estancia intrahospitalaria efectuadas por el médico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Quirúrgico
Venodisección
Cateter Vesical
Sonda Nasogástrica
Canalización de más de una vía

7. Tiempo de Intubación

- a. Definición Conceptual:
Duración que ha permanecido un tubo al aparato respiratorio a través de la boca.
- b. Definición Operacional:
Tiempo en días de inicio y finalización de intubación según órdenes médicas obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Fecha de Intubación
Fecha de Extubación

8. Tiempo de Estancia Intrahospitalaria

- a. Definición Conceptual:
Permanencia de un enfermo en un hospital donde puede recibir un tratamiento adecuado.
- b. Definición Operacional:
Tiempo en días transcurrido desde el ingreso hasta el egreso ó fallecimiento del paciente obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
De Intervalo
- d. Unidad de Medida:
< de 3 días
3 a 8 días
9 a 14 días
> de 15 días

9. Indicación de Intubación

- a. Definición Conceptual:
Complicación por lo cual se decide dar soporte ventilatorio a través de un tubo orotraqueal.
- b. Definición Operacional:
Diagnóstico establecido para intubación por el médico obtenido del Registro Clínico.

- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medidas:
Enfermedad de Membrana Hialina
Síndrome de Aspiración de Meconio
Maladaptación Pulmonar
Bronconeumonía
Status Convulsivo
Asfixia Perinatal

10. Hematología

- a. Definición Conceptual:
Suma de conocimientos relativos a la sangre.
- b. Definición Operacional:
Datos aportados por el Laboratorio Clínico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medidas:
Neutropenia
Leucopenia
Leucocitosis

11. Rayos X

- a. Definición Conceptual:
Rayos que no reflejan, refractan ni polarizan y se emplean extensivamente como medio diagnóstico y terapéutico en diversas afecciones externas e internas.
- b. Definición Operacional:
Boleta con diagnóstico radiológico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medidas:
Infiltrado nuevo ó progresivo
Consolidación
Derrame Pleural

12. Gram del Aspirado Traqueal

- a. Definición Conceptual:
Método de teñir bacterias con determinados colorantes básicos (generalmente cristal violeta) al ser tratados con alcohol conservan o pierden el colorante. Teñidos con cristal violeta, las que lo conservan (Gram +) aparecen de color azul oscuro, y las que lo pierden (Gram -) toman el colorante que se emplean como un contraste, generalmente rojo o anaranjado.
- b. Definición Operacional:
Datos aportados por el Laboratorio Clínico obtenido del Registro Clínico.

- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Gram +
Gram -
Esteril

13. Cultivo del Aspirado Traqueal

- a. Definición Conceptual:
Incubación artificial de microorganismos, células o tejidos del Aspirado Traqueal.
- b. Definición Operacional:
Datos aportados por el Laboratorio Clínico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Germe
Sensibilidad

14. Hemocultivo

- a. Definición Conceptual:
Siembra en medios apropiados de una pequeña cantidad de sangre de un enfermo, con objetivo de establecer el diagnóstico bacteriológico.
- b. Definición Operacional:
Datos aportados por el Laboratorio Clínico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Germe
Sensibilidad

15. Condición de Egreso

- a. Definición Conceptual:
Condición general a su egreso.
- b. Definición Operacional:
Condición de egreso realizado por el médico obtenido del Registro Clínico.
- c. Tipo de Variable:
Nominal
- d. Unidad de Medida:
Deteriorado
Fallecido
Mejorado

F. RECURSOS:

1. MATERIALES:

- Revistas, libros y tesis relacionados con el tema.
- Archivo del Hospital General San Juan de Dios.

2. HUMANOS:

- Personal de la Biblioteca de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, de la Biblioteca del INCAP, de la Biblioteca de la Universidad de Arkansas, Laboratorio del Hospital de Arkansas, Laboratorio del Hospital General San Juan de Dios, Departamento de Infecciones Nosocomiales del Hospital General San Juan de Dios, de la Unidad de Neonatología del Hospital General San Juan de Dios y del Archivo del Hospital General San Juan de Dios.

G. PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION:

1. INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACION:

Se elaboró una ficha de recolección de datos en base a las variables del estudio, únicamente se manejó la ficha por el investigador basándose en las Historias Clínicas y con ayuda de los Criterios de Infección Nosocomial del Center for Disease Control (CDC) de Atlanta Georgia, 1,994 utilizados para el diagnóstico definitivo de neumonía nosocomial.(ver revisión bibliográfica)

2. VALIDACION DEL INSTRUMENTO:

Fué validado por medio de una muestra piloto en donde se revisó 10 historias clínicas al azar relacionadas con el estudio para poder rectificar algunos items en donde hubiese falla en la recolección de los datos.

3. PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE LA INFORMACION:

Se revisó los libros de ingresos y egresos y terapia ventilatoria del area de la Unidad de Neonatología con el fin de recopilar el numero de historias clínicas comprendidas dentro de los meses del 1o. de marzo de 1,995 a 31 de enero de 1,996. Se tomó en cuenta sólo los neonatos ventilados. Luego se elaboró una lista que fué entregada a el archivo del Hospital General San Juan de Dios para tener acceso al Historial Clínico y poder realizar la recolección de datos para el estudio.

H. DECODIFICACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS:

Con todas las fichas recabadas se creó una base de datos que se utilizó para poder elaborar cuadros comparativos con el programa epidemiológico de EPIINFO. Posteriormente se procedió a analizar los cuadros y a elaborar con supervisión del asesor y revisor el informe final.

GRAFICA DE GANTT

MESES	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.
BEMANA	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234	1234
A	XXXX											
C		XXXX										
T			XXXX	XXXX	X							
I					X							
Y					XX	XXXX	XXXX	XXX				
I								X				
D									X			
A										X		
D											X	
E										X	XXX	XXX
S												X
												X

ACTIVIDADES:

- | | |
|---|--|
| 1 RECOPLACION DE MATERIAL BIBLIOGRAFIC. | 7 PROCESAMIENTO |
| 2 ELABORACION DE PROTOCOLO | 8 TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS |
| 3 REVISION DE PROTOCOLO | 9 REDACCION DEL INFORME FINAL |
| 4 APROBACION DE PROTOCOLO | 10 REVISION DEL INFORME FINAL |
| 5 RECABACION DE DATOS | 11 PRESENTACION Y APROBACION DEL INFORME FINAL |
| 6 RECODIFICACION | 12 EXAMEN PUBLICO |

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1

DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	FRECUENCIA	%
< 30	1	1
30 - 36	72	61
37 - 42	44	38
> 42	0	0
TOTAL	117	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

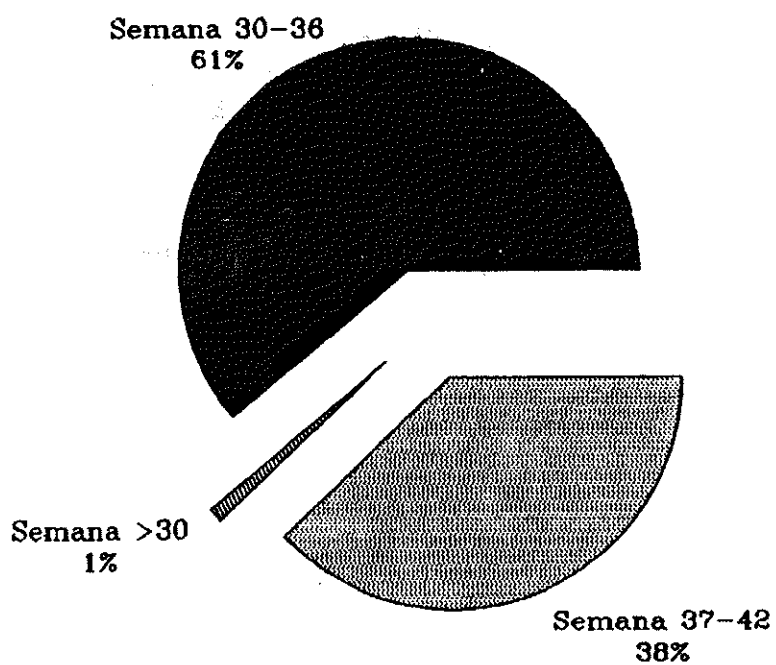
CUADRO NO. 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

SEXO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	68	58
FEMENINO	49	42
TOTAL	117	100

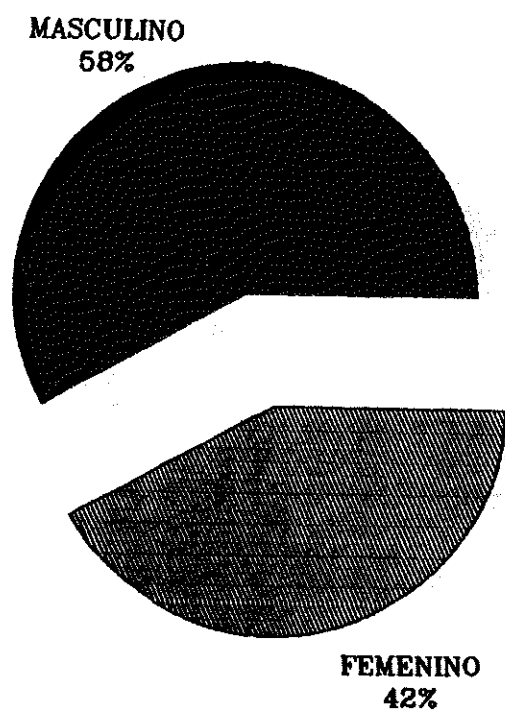
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DISTRIBUCION POR SEXO DE NEONATO EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NO. 3
 DISTRIBUCION POR PESO AL NACER DE NEONATOS EN TERAPIA
 VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO
 DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

PESO EN GRAMOS	FRECUENCIA	%
< 1000	7	6
1000 - 1500	35	30
1500 - 2500	47	40
> 2500	28	24
TOTAL	117	100

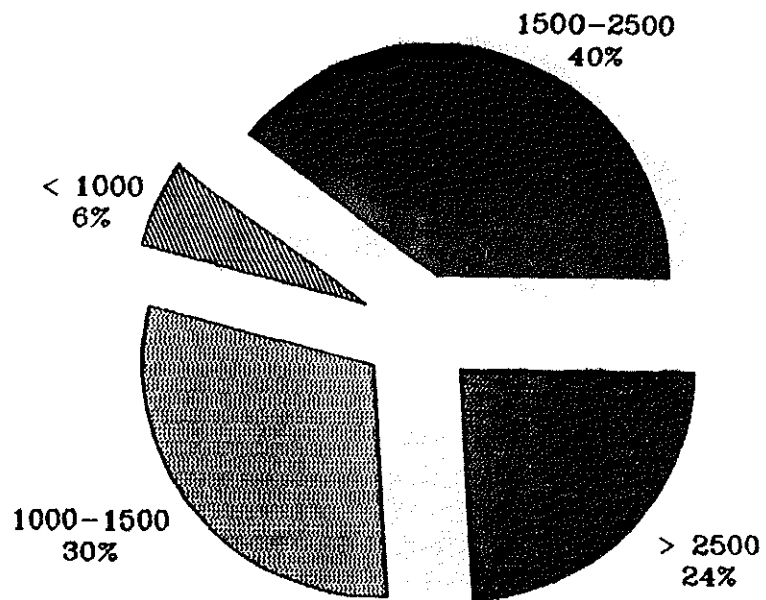
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO.4
 TIPO DE PARTO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA
 UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
 DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

PARTO	FRECUENCIA	%
EUTOSICO	73	62
DISTOSICO	2	2
CESAREA	42	36
TOTAL	117	100

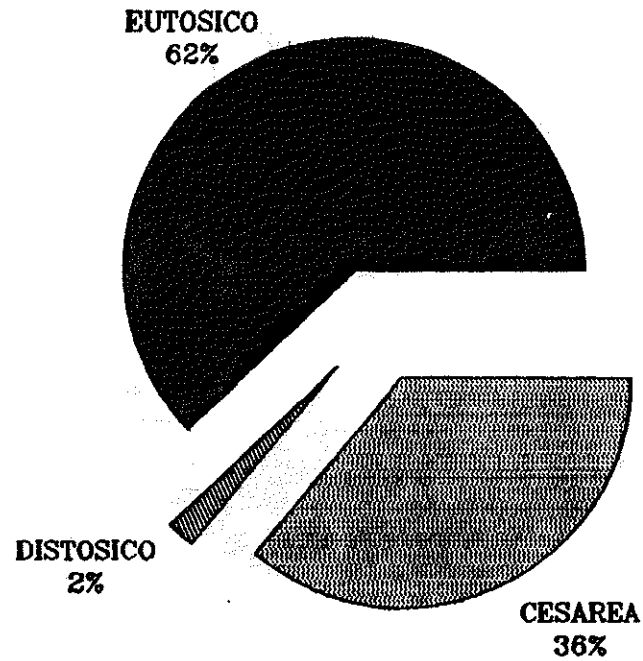
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

**DISTRIBUCION DE PESO EN GRAMOS AL NACER
NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA**



ENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TIPO DE PARTO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO.5

TIEMPO DE UTILIZACION DE VENTILADORES DE NEONATOS
EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS, DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996

TIEMPO EN DIAS	FRECUENCIA	%
< 3	36	31
3 - 8	61	52
9 - 14	14	12
> 15	6	5
TOTAL	117	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

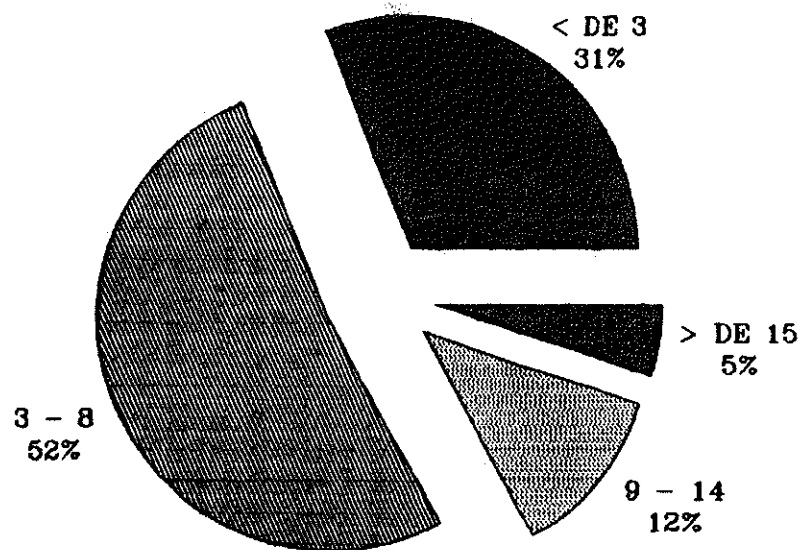
CUADRO NO.6

TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE NEONATOS EN
TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA
DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN DIAS	FRECUENCIA	%
< 3	23	20
3 - 8	29	25
9 - 14	32	27
> 15	33	28
TOTAL	117	100

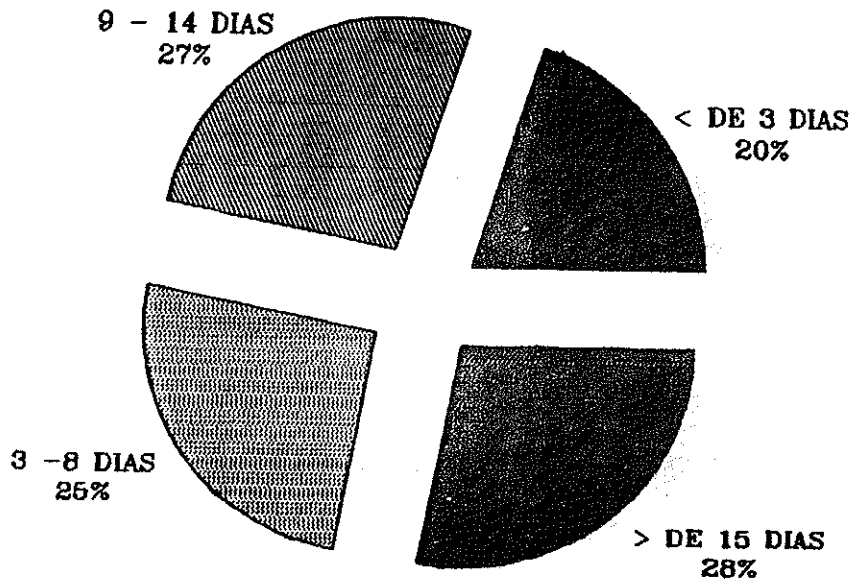
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TIEMPO EN DIAS DE UTILIZACION DE VENTILADORES EN NEONATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

TIEMPO DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



ENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca

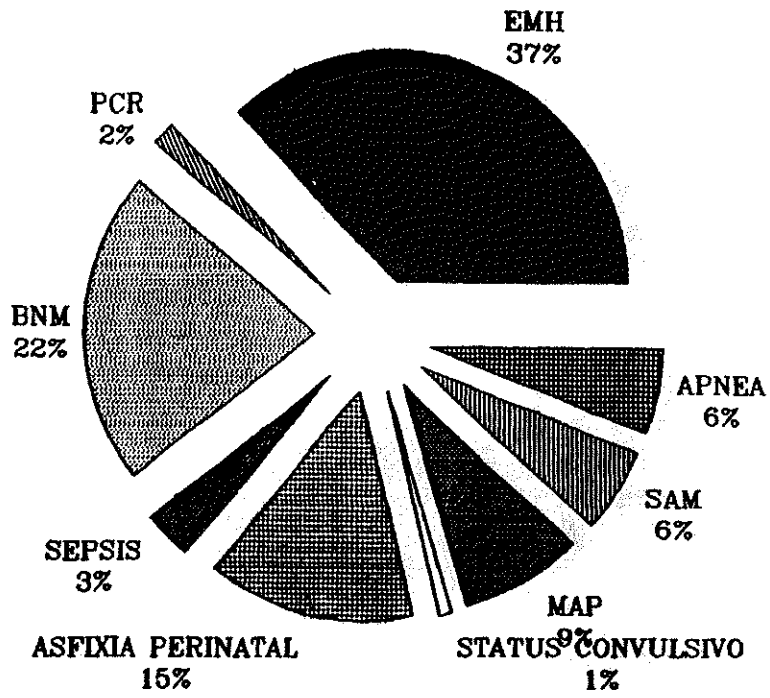
CUADRO NO. 7

INDICACION DE INTUBACION DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA
 EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
 DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS ,
 DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

INDICACION DE INTUBACION	FRECUENCIA	%
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA (EMH)	43	37
BRONCONEUMONIA (BNM)	26	22
ASFIXIA PERINATAL	17	14.5
MALADAPTACION PULMONAR (MAP)	10	8.5
SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL (SAM)	7	6
APNEA	7	6
SEPSIS	4	3.4
PARO CARDIORESPIRATORIO (PCR)	2	1.7
STATUS CONVULSIVO	1	0.9
TOTAL	117	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

INDICACION DE INTUBACION DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 8

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS EN 117 NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

PROCEDIMIENTO INVASIVO	FRECUENCIA	%
SONDA OROGASTRICA (SONDA O-G)	117	100
CATETERIZACION QUIRURGICO	42	36
CANALIZACION DE MAS DE UNA VIA (CANAL. >1 VIA)	22	19
DISECCION DE VENA (DX. VENA)	20	17
CATETER VESICAL (CAT. VESICAL)	13	11
	9	8

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

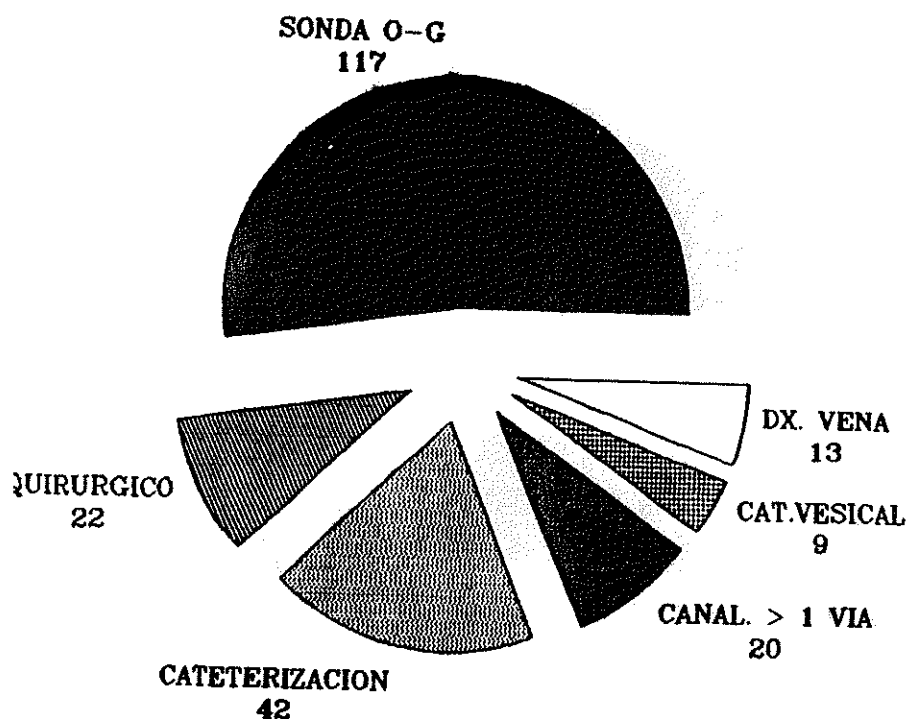
CUADRO NO. 9

RECuento LEUCOCITARIO EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

RECuento LEUCOCITARIO	FRECUENCIA	%
NEUTROPENIA	4	9
LEUCOPENIA	4	9
LEUCOCITOSIS	36	82
TOTAL	44	100

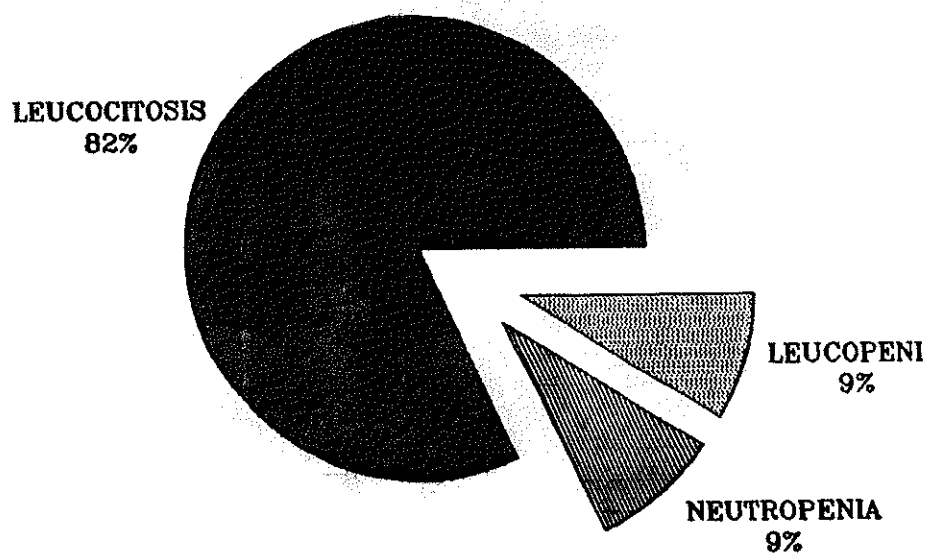
FUENTE:BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS EN 117 NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



UENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

RECUESTO LEUCOCITARIO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 10

ADECUACION DE LA MADUREZ PARA EDAD GESTACIONAL AL INGRESO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

ADECUACION	FRECUENCIA	%
ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL (ADECUADO)	70	60
PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL (PEQUEÑO)	39	33
GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL (GRANDE)	2	2
DESCONOCIDO	6	5
TOTAL	117	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

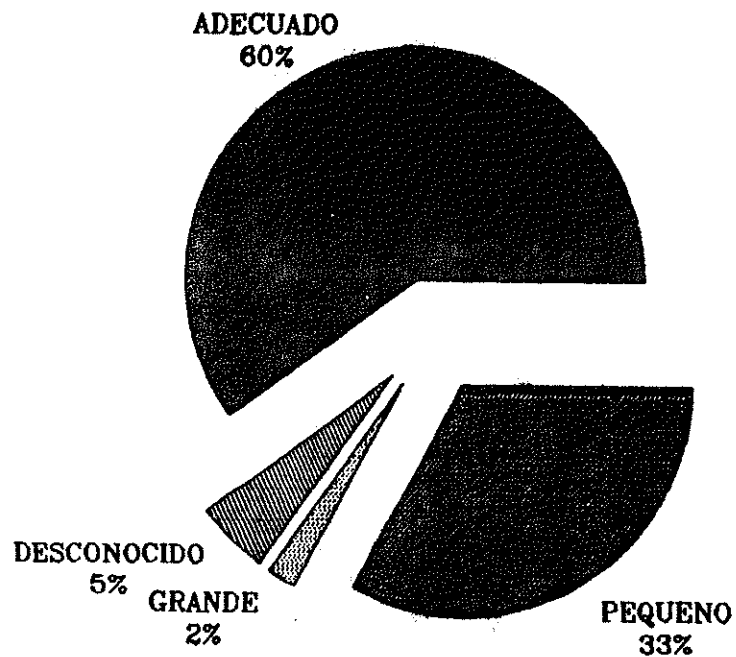
CUADRO NO. 11

CLASIFICACION POR PESO AL NACER DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996

ADECUACION	FRECUENCIA	%
BAJO PESO AL NACER (BPN)	47	40
MUY BAJO PESO AL NACER (MBPN)	35	30
EXTREMADAMENTE MUY BAJO PESO AL NACER (EMBPN)	7	6
ADECUADO	28	24
TOTAL	117	100

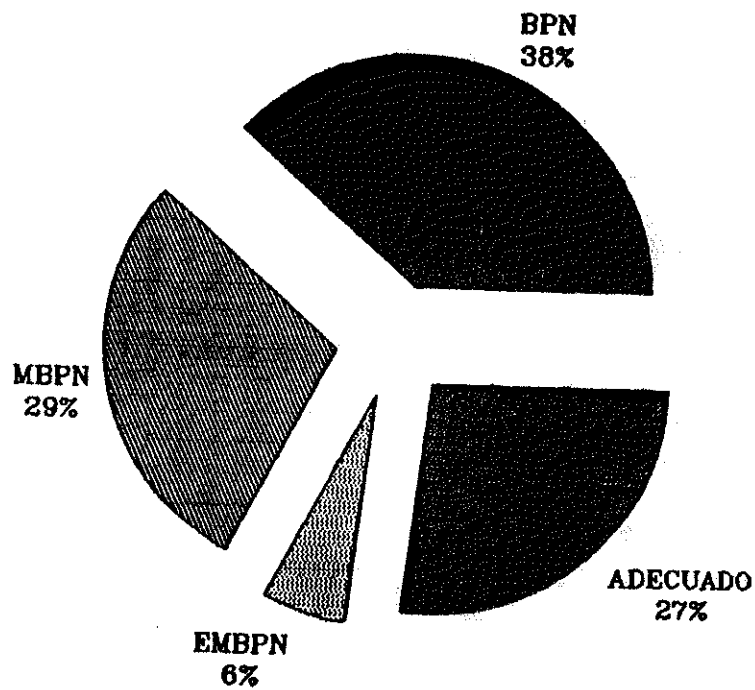
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ADECUACION DE MADUREZ-EDAD GESTACIONAL DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CLASIFICACION POR PESO AL NACER DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

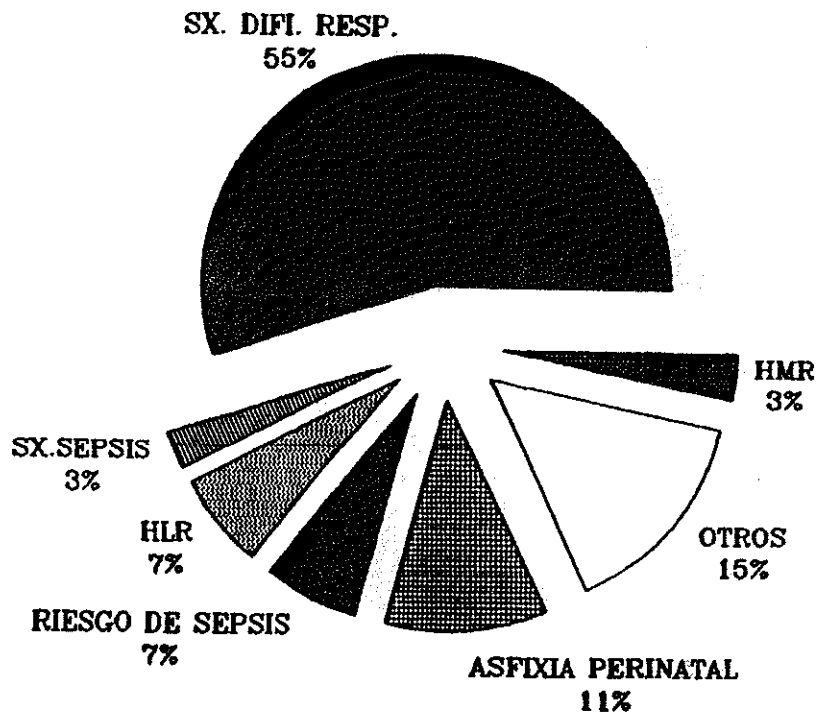
CUADRO NO. 12

DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA	%
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (SX. DIFI.RESP.)	102	55
ASFIXIA PERINATAL	21	11
HIPOXIA LEVE RECUPERADA (HLR)	12	6.5
RIESGO DE SEPSIS	12	6.5
HIPOXIA MODERADA RECUPERADA (HMR)	6	3.3
SINDROME DE SEPSIS (SX. SEPSIS)	5	2.7
OTROS	28	15
TOTAL	186	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

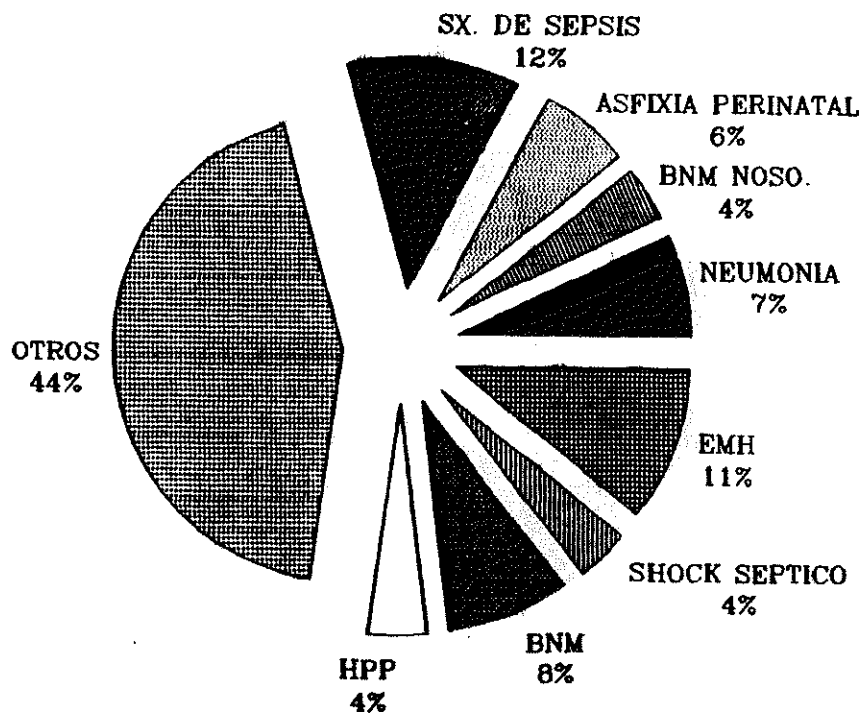
CUADRO NO. 13

DIAGNOSTICO CLINICO DE EGRESO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA	%
SINDROME DE SEPSIS (SX. DE SEPSIS)	38	12
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA (EMH)	35	11
BRONCONEUMONIA (BNM)	27	8.5
NEUMONIA	23	7.2
ASFIXIA PERINATAL	20	6.3
HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE (HPP)	13	4.1
BRONCONEUMONIA NOSOCOMIAL (BNM NOSO.)	12	3.8
SHOCK SEPTICO	12	3.8
OTROS	140	43.8
TOTAL	320	100.0

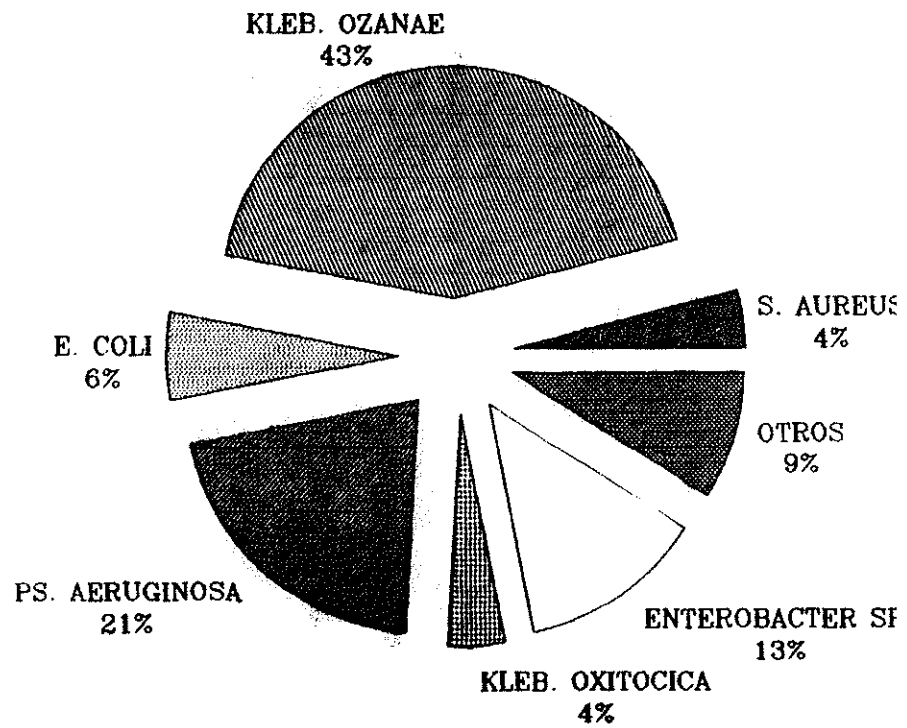
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DIAGNOSTICO CLINICO DE EGRESO DE NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

GERMENES AISLADOS EN EL CULTIVO DEL ASPIRADO TRAQUEAL EN NEONATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

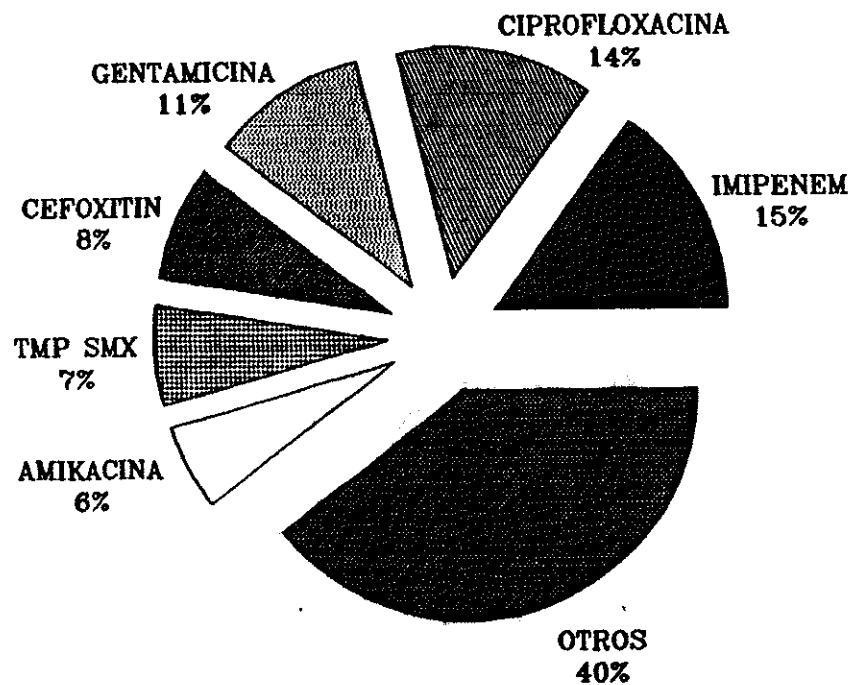
CUADRO N.º.16

SENSIBILIDAD A ANTIBIOTICOS DE LOS GERMESES AISLADOS EN EL CULTIVO DEL ASPIRADO TRAQUEAL EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

ANTIBIOTICOS (AtBs)	FRECUENCIA	%
IMIPENEM	39	15
CIPROFLOXACINA	38	14
GENTAMICINA	28	11
CEFOXITIN	21	8
TRIMETOPRIN SULFA METOXAZOLE (TMP SMX)	18	7
AMIKACINA	15	6
OTROS	105	40
TOTAL	264	100

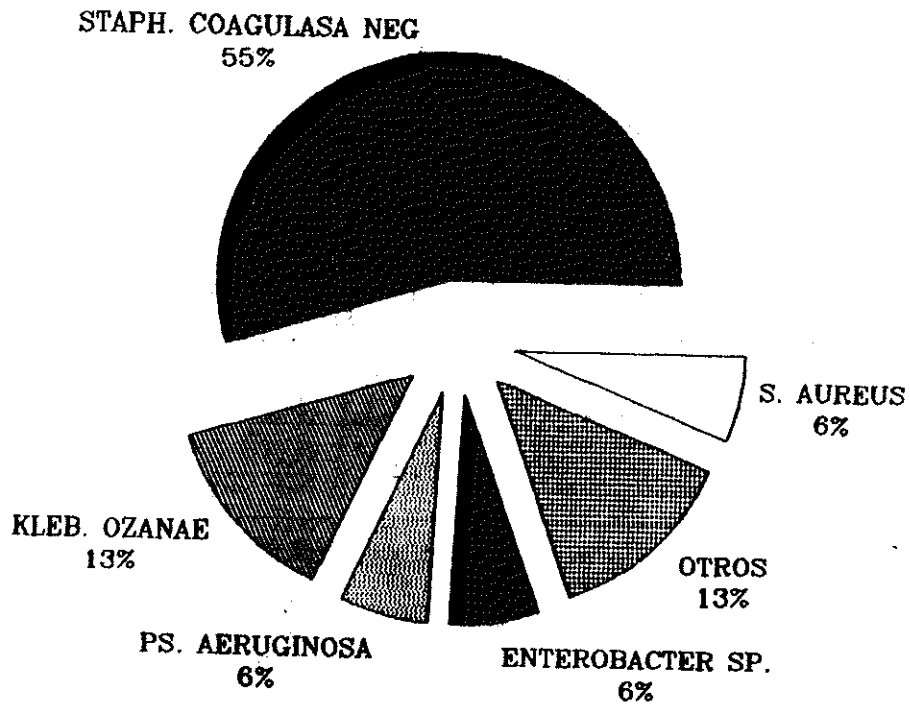
FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

SENSIBILIDAD A AtBs DE GERMENES AISLADOS EN EL CULTIVO DE ASPIRADO TRAQUEAL



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**GERMENES AISLADOS EN EL HEMOCULTIVO EN
NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA**



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO.17

GERMENES AISLADOS EN EL HEMOCULTIVO EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

GERMEN AISLADO	FRECUENCIA	%
STAPHILOCOCO COAGULASA NEGATIVO (STAPH.COAGULASA NEG.)	8	53
KLEBSIELLA OZANAE (KLEB. OZANAE)	2	13
PSEUDOMONA AERUGINOSA (PS. AERUGINOSA)	1	6
STAPHILOCOCO AUREUS (S. AUREUS)	1	6
ENTEROBACTER SP.	1	6
OTROS	2	13
TOTAL	15	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

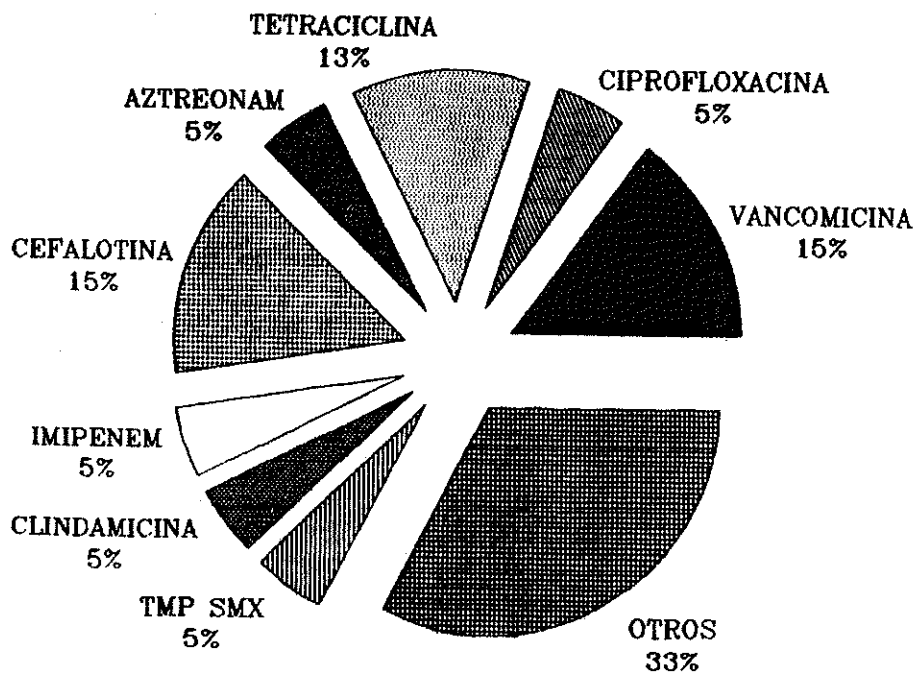
CUADRO NO. 18

SENSIBILIDAD A ANTIBIOTICOS DE LOS GERMENES AISLADOS EN EL
 HEMOCULTIVO EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA
 UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL
 HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
 DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

ANTIBIOTICOS (AtBe)	FRECUENCIA	%
VANCOMICINA	6	15
CEFALOTINA	6	15
TETRACICLINA	5	12.5
AZTREONAM	2	5
CIPROFLOXACINA	2	5
IMIPENEM	2	5
CLINDAMICINA	2	5
TRIMETOPRIN SULFA METOXAZOLE (TMP SMX)	2	5
OTROS	13	32.5
TOTAL	40	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

SENSIBILIDAD A AtBs DE GERMENES AISLADOS EN EL HEMOCULTIVO DE NEONATOS



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO NO. 19

CONDICION DE EGRESO DE NEONATOS QUIENES RECIBIERON TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

CONDICION DE EGRESO	FRECUENCIA	%
MEJORADO	50	43
DETERIORADO	0	0
FALLECIDO	67	57
TOTAL	117	100

UENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

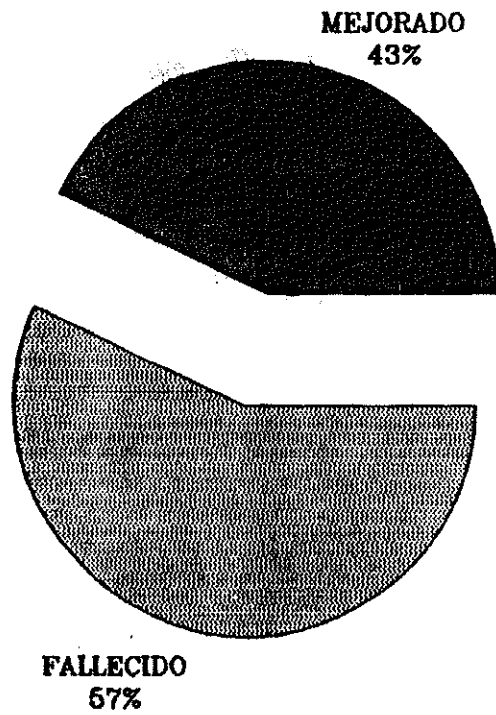
CUADRO NO. 20

DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
POSITIVO	36	31
NEGATIVO	81	69
TOTAL	117	100

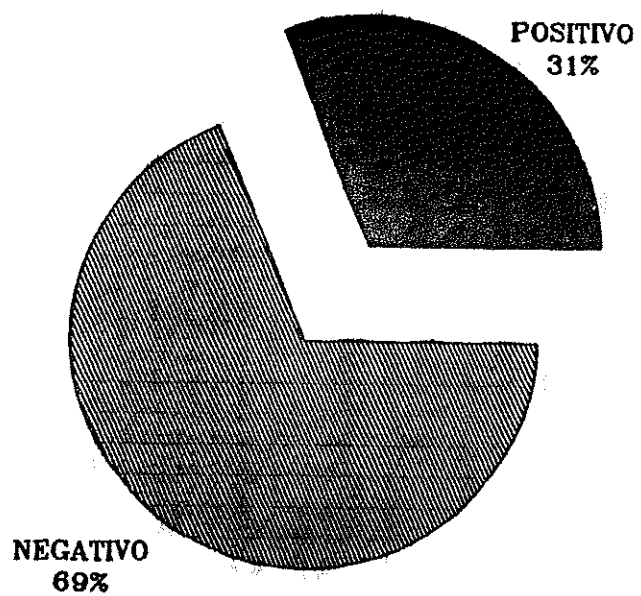
UENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

**CONDICION DE EGRESO DE NEONATOS QUIENES
RECIBIERON TERAPIA VENTILATORIA**



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA



ENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 21

FRECUENCIA DE ASPIRADO TRAQUEAL EN RELACION AL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

ASPIRADO TRAQUEAL EN NEUMONIA NOSOCOMIAL	FRECUENCIA	%
POSITIVO	36	100
NEGATIVO	0	0
TOTAL	36	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

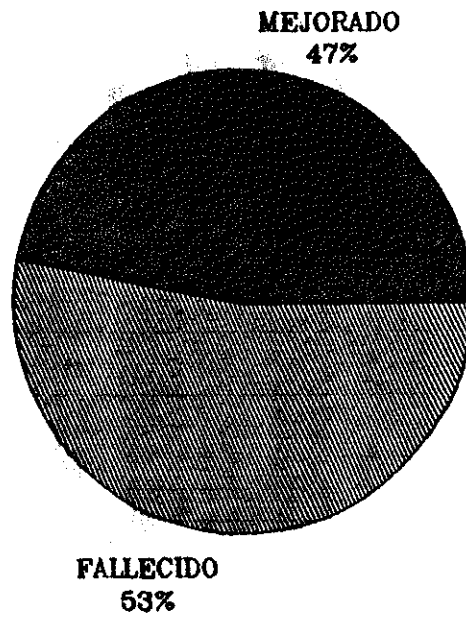
CUADRO No. 22

CONDICION DE EGRESO DE NEONATOS VENTILADOS CON DIAGNOSTICO DE
 NEUMONIA NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL
 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
 DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DE MARZO DE 1,995 A ENERO DE 1,996.

CONDICION DE EGRESO	FRECUENCIA	%
MEJORADO	17	47
FALLECIDO	19	53
TOTAL	36	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

**CONDICION DE EGRESO DE NEONATOS
DIAGNOSTICADOS CON NEUMONIA NOSOCOMIAL**



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, MARZO 1995 A ENERO DE 1996**

FACTORES DE RIESGO	n	ODDS RATIO	IC 95%
Edad Gestacional Menor de 37 Semanas	23/36	1.09	0.48 2.49
Peso menor de 2.500 gramos	29/36	1.35	0.51 3.61
Tiempo de Intubación mayor de 3 días	31/36	9.01	3.14 25.88*
Tiempo de Hospitalización mayor de 10 días	26/36	6.55	2.70 15.87*
Disección de Vena	8/36	3.02	0.99 9.21
Canalización mayor de una vía	9/36	5.20	1.20 22.47 *
Cateterización	14/36	2.66	0.94 7.50
Asfixia Perinatal	14/36	0.79	0.24 2.60
Bronconeumonía	5/36	1.69	0.61 4.66
Otros	7/36	1.90	0.59 6.03

n = 117 observaciones. 36 casos de neumonía nosocomial.

* Valor de $p < 0.05$

**MEDIA, ERROR STANDARD E INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DEL TIEMPO DE INTUBACION Y
HOSPITALIZACION EN DIAS
EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS,
MARZO DE 1995 A ENERO DE 1996**

VARIABLE	NUMERO DE OBSERVACIONES	MEDIA	ERROR STD	IC 95%
Tiempo de Intubación	117	5.12	0.42	4.29 5.94
Tiempo de Hospitalización	117	12.23	1.08	10.10 14.36

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se logra determinar en el presente estudio que un 62% de los neonatos en terapia ventilatoria son prematuros (30 a 36 semanas), dato que puede relacionarse directamente con el estado inmaduro del aparato respiratorio y sistema inmunitario haciéndolos hospederos susceptibles a enfermedades infecciosas requiriendo frecuentemente de cuidados especiales. (Cuadro No. 1)

En relación a la distribución por sexo en neonatos en terapia ventilatoria, se observa que el sexo masculino tiene mayor frecuencia (58%) en relación al sexo femenino (42%), lo que demuestra en el presente estudio que hay una mayor incidencia masculina. Este dato es contrario al descrito por la literatura que no refiere una mayor incidencia según el sexo. (Cuadro No. 2)

Se determina que del total de neonatos un 76% tiene bajo peso al nacer y un 24% con peso normal. El 76% de los neonatos ventilados durante el periodo del estudio presentaron un peso menor de 2,500 gramos lo que puede influir en el pronóstico de supervivencia de los niños bajo estas condiciones. (Cuadro No. 3)

En el periodo que comprendió el presente estudio el tipo de parto más frecuente de un total de 11,920 partos fué la cesárea en un 18.8%; de los 117 neonatos en terapia ventilatoria 36% nacieron por cesárea, lo cual sugiere que las probables complicaciones del embarazo pudieron predisponer la prematuridad y entonces la necesidad de terapia ventilatoria. (Cuadro No.4)

Se determina que de un total de 117 neonatos intubados, 69% tienen mas de 3 días de uso de ventilador y también un 69% de neonatos presentan una estancia intra-hospitalaria de mas de 3 días, ello refleja en base a otros estudios, que entre mas largo sea el plazo de utilización del ventilador y estancia intrahospitalaria, el neonato está mucho más puesto al riesgo de adquirir una infección nosocomial. Cuadro No. 5 y 6)

Con respecto a las indicaciones de intubación se determina que un 37% (43 neonatos) presentan Enfermedad de membrana Hialina, éste dato correlacionado con la alta frecuencia de neonatos prematuros, nos indica que es un factor directamente relacionado con la necesidad de soporte vital debido a la inmadurez pulmonar. (Cuadro No. 7)

Los procedimientos invasivos de mayor frecuencia que se practicaron en 117 neonatos en terapia ventilatoria fué la colocación de sonda orogástrica (100%) y cateterización (36%). Estos procedimientos invasivos pueden predisponer al apareamiento de una infección nosocomial. (Cuadro No.8)

Se observa en relación a los datos hematológicos, solamente 44 neonatos tenían estudios hematológicos después del tercer día de intubación. De éstos pacientes un 82% presentaron leucocitosis lo que refleja un proceso infeccioso. (Cuadro No. 9)

En cuanto a la evaluación de la madurez en relación a la edad gestacional un 60% de los neonatos tienen adecuada edad gestacional, pero un 76% presentan bajo peso al nacer. En base a lo expuesto anteriormente la mayor parte de los pacientes fueron prematuros y se explica por qué la enfermedad de membrana hialina es la causa más frecuente de intubación. (Cuadro No. 10 y 11)

El Síndrome de Dificultad Respiratoria sin clasificación específica (55%) y la Asfixia Perinatal (11%) fueron los diagnósticos más frecuentes en el momento de la intubación. Los problemas respiratorios son los más frecuentemente detectados durante el periodo neonatal por lo cual estos dos diagnósticos forman parte de la patología de mayor incidencia. (Cuadro No. 12)

De 320 diagnósticos clínicos de egreso, se evidencia que las 4 enfermedades mas comunes son: Síndrome de Sepsis 12%, Enfermedad de Membrana Hialina 11%, Bronconeumonía 8.5% y Neumonía 7.2% . Estos hallazgos aportan datos mas específicos acerca de las entidades por las cuales se hace necesario un tratamiento mucho mas especializado. (Cuadro No. 13)

En relación al microorganismo más frecuentemente aislado en el gram de aspirado traqueal, los bacilos Gram negativos se presentaron en un 42% y los cocos Gram positivos en un 40% lo que vienen a confirmar el estudio realizado en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios durante 1,993, en donde se menciona la alta incidencia de bacilos Gram negativos y cocos Gram positivos en las infecciones de carácter nosocomial. (Cuadro No. 14)

Los gérmenes mas frecuentemente aislados en el cultivo de aspirado traqueal son: Klebsiella ozanae 43%, Pseudomona aeruginosa 21%, Enterobacter Sp. 13%, Escherichia coli 6%. Estos hallazgos tambien se han reportado en literatura extranjera los cuales determinan que las bacterias entéricas Gram negativas son las causantes mas comunes de infección nosocomial, especialmente Pseudomona, Enterobacter y Klebsiella.

Es de señalar que en el presente estudio el Staphilococo aureus presentó un bajo porcentaje de incidencia; esto no está de acuerdo a la literatura norteamericana en donde éste germen es el más frecuente después de Pseudomonas. (Cuadro No. 15)

Se observa que en cuanto a la sensibilidad a antibióticos en base a los cultivos de aspirado traqueal el Imipenem tiene un 15% de efectividad, Ciprofloxacina 14%, Genntamicina 11%, Cefoxitin 8%, Trimetoprin Sulfametoxazole 7% y Amikacina 6%. A primera vista pareciera que los antibióticos disponibles contra microorganismos de tipo nosocomial son poco efectivos (< de 65% de sensibilidad) pero es importante señalar que la determinación de sensibilidad en cada cultivo positivo fue distinta no utilizándose los mismos antibióticos en todos los casos. (Cuadro No. 16)

Los gérmenes más frecuentemente aislados en el hemocultivo son: Staphilococo Coagulasa Negativo 53%, Klebsiella ozanae 13%, Pseudomona aeruginosa 6%, Staphilococo aureus 6% y Enterobacter Sp. 6%. El hemocultivo, contrario a lo reportado en el cultivo y Gram del aspirado traqueal, reporta un mayor porcentaje de gérmenes Gram positivos (Staphilococo Coagulasa Negativo 53%). Consideramos como curioso éste dato ya que se correlaciona poco con la clínica de los pacientes que en todo momento sugirieron infección por gérmenes predominantemente Gram negativos. (Cuadro No. 17)

En cuanto a la sensibilidad de antibióticos de los gérmenes aislados en el hemocultivo es importante señalar que no hay datos concluyentes. No existe un protocolo establecido en el Laboratorio del Hospital General San Juan de Dios, para el uso uniforme de discos de antibióticos para todas las muestras. (Cuadro No. 18)

De 117 neonatos en terapia ventilatoria, un 43% egresaron mejorados y 57% fallecieron. Esto nos demuestra que los neonatos en terapia ventilatoria están en alto riesgo de desarrollar una neumonía nosocomial que finalmente puede resultar en un alto porcentaje de mortalidad. (Cuadro No. 19)

De acuerdo con los criterios del Center for Disease Control se determinó que 36 neonatos (31%) de 117 fueron diagnosticados con neumonía nosocomial. Los datos mencionados son similares a los hallazgos registrados en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Estados Unidos, en donde se ha reportado el desarrollo de neumonía nosocomial en un rango de 10% al 65%. (Cuadro No. 20)

Se determinó que el 100% de los pacientes con aspirado traqueal positivo presentaron diagnóstico de neumonía nosocomial, por lo cual el aspirado traqueal es un método diagnóstico efectivo para el reconocimiento temprano de una infección nosocomial. (Cuadro No. 21)

De treinta y seis neonatos diagnosticados con neumonía nosocomial, se concluyó que la morbilidad por neumonía nosocomial en neonatos ventilados es 47% y la mortalidad 53%, dato comparable con los de países desarrollados. (Cuadro 22).

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

Inicialmente se procedió al análisis univariado y bivariado de los factores contemplados en el instrumento que sirvió para la captura de la información creando la base en EPIINFO. Estas variables fueron las siguientes:

1. Edad gestacional
2. Sexo del neonato
3. Peso al nacer
4. Tipo de parto
5. Tiempo de intubación
6. Tiempo de hospitalización
7. Procedimientos invasivos
8. Indicación de intubación

ANÁLISIS UNIVARIADO:

En este análisis se procedió a la exploración de cada una de las variables. Para las variables continuas se procedió a observar la presencia de valores aberrantes y a la categorización adecuada de las mismas.

ANÁLISIS BIVARIADO:

En este análisis se procedió a efectuar el cruce de variables de riesgo anteriormente mencionadas, para tal efecto se utilizó el programa Statistics/Data Analysis (STATA), tomando como salida el desarrollo de la neumonía nosocomial y su asociación con los factores propios del neonato.

Como se puede observar en el Cuadro 23 los factores que sí resultaron de riesgo en forma significativa fueron tiempo de intubación mayor de tres días, tiempo de hospitalización mayor de diez días y canalización mayor de una vía.

Los otros factores que se presentaron en dicho cuadro a pesar de que eran de riesgo potencial no resultaron estadísticamente significativo, pero esto se debió a la falta de poder estadístico en relación al número de casos. (Cuadro 23).

En el cuadro 24 se observó que el promedio de días de intubación fue de 5.12 con un error estándar de 0.42 y un intervalo de confianza al 95% de 4.29 a 5.94 días. Para el tiempo de hospitalización la media fue de 12.23 días con un error estándar de 1.08 y un intervalo de confianza al 95% de 10.10 a 14.36 días, siendo ambos bastante precisos.

IX. CONCLUSIONES

1. El aspirado traqueal si es útil para el diagnóstico temprano de neumonía nosocomial en neonatos en terapia ventilatoria ya que el Gram y cultivo del aspirado traqueal fué positivo en un 100% de casos reportados como neumonía nosocomial, lo cual se confirmó con otros métodos diagnósticos.
2. Se logró determinar que la neumonía nosocomial en neonatos en terapia ventilatoria en la Unidad de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios tiene una incidencia de morbilidad de 47% y de mortalidad de 53%, lo cual es alto en relación al número de observaciones en este estudio; sin embargo similar a los datos reportados en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Estados Unidos en donde se reportan incidencias de morbilidad de 10 al 65% y de mortalidad de 13% al 55%.
3. Se determinó que el agente etiológico más frecuente de neumonía nosocomial según cultivos de aspirado traqueal fueron bacterias entéricas Gram negativos como: *Klebsiella ozanae*, *Pseudomona aeruginosa*, *Enterobacter Sp.* y *Escherichia coli*. En cuanto a la sensibilidad antibiótica no hay datos concluyentes ya que en el Laboratorio del Hospital General San Juan de Dios no existe un protocolo establecido para el uso uniforme de discos de antibióticos para todas las muestras de cultivo de aspirado traqueal.
4. Se determinó que los factores de riesgo en el desarrollo de neumonía nosocomial son:
 - Tiempo de intubación mayor de 3 días
 - Tiempo de hospitalización mayor de 10 días
 - Canalización mayor de una víaDebido al tamaño de la muestra y la falta de estudios longitudinales al respecto, otros factores precipitantes de neumonía nosocomial no fueron considerados factores de riesgo potencial en el presente estudio. Sin embargo esta claro desde una perspectiva integral que el problema es multifactorial.



.....

X. RECOMENDACIONES

- . Se debe capacitar a todo el personal de salud que interviene en el tratamiento y manejo de neonatos sobre el conocimiento de las enfermedades nosocomiales y especialmente enfatizar en la prevención de las mismas.
- 1. Conocer, aplicar e implementar en forma sistemática el método correcto y adecuado para la utilización y manejo del aspirado traqueal, con la finalidad de evitar contaminación que puede provocar error en el diagnóstico por medio de éste procedimiento.
- 2. Es indispensable la esterilización del equipo y material a utilizarse en la intubación y soporte de vida del neonato, para evitar o disminuir el riesgo de transmisión del microorganismo.
- . Que los comites creados para el control de enfermedades nosocomiales implementen estrategias para prevenirlas, basados en datos actualizados y apoyados por recursos oportunos y suficientes para hacer eficaz su intervención constantemente.
- 4. Debe de reformarse el registro clínico y los datos de laboratorio de manera que haya información completa y así objetivamente podamos realizar cualquier indagación en el momento que sea necesario.



XI. RESUMEN

TITULO: ASPIRADO TRAQUEAL COMO DIAGNOSTICO TEMPRANO DE NEUMONIA NOSOCOMIAL EN NEONATOS EN TERAPIA VENTILATORIA.

Estudio Retrospectivo-Descriptivo realizado en la Unidad de Neonatología del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios en 117 neonatos en terapia ventilatoria, durante el período comprendido de marzo de 1,995 a enero de 1,996, en quienes se pretendió demostrar la efectividad del aspirado traqueal como diagnóstico precoz de neumonía nosocomial.

De 117 neonatos en terapia ventilatoria 36 presentaron gram y cultivo de aspirado traqueal positivos, de estos al 100% se le diagnóstico Neumonía Nosocomial. De esos 36 neonatos, se determinó un 47% de morbilidad y 53% de mortalidad causado por Neumonía Nosocomial. Los agentes etiológicos más frecuentes aislados en los neonatos fueron Klebsiella, Pseudomona y Enterobacter.

Los factores de riesgo en el desarrollo de neumonía nosocomial en neonatos ventilados fueron:

- Tiempo de intubación mayor de tres días.
- Tiempo de hospitalización mayor de diez días.
- Canalización de mayor de una vía.

Se concluyó que el Aspirado Traqueal es un buen método diagnóstico, pero se debe correlacionar con otros datos complementarios como estudios radiológicos, hallazgos de laboratorio y otros parámetros clínicos.

En cualquier Unidad de Cuidado Intensivo de Neonatos se debe implementar un protocolo que establezca reglas claras y efectivas para mejorar la terapéutica y el uso de cualquier método diagnóstico en el diagnóstico de Neumonía Nosocomial.



XII. BIBLIOGRAFIA

1. Advisory Committee on Immunization Practices. Pneumococcal Polysaccharide Vaccine. MMWR 1989;38:64-76.
2. Bartlett J.G., Brewer N.S., Ryan K.J. Cumitech 7 Laboratory Diagnosis of Lower Respiratory Tract Infections. American Society for Microbiology, Washington D.C., 1987.
3. Bartlett J.G., O'Keefe P., Tally F.P., Lowe T.J. Gorbach S.L., Bacteriology of hospital-acquired pneumonia. Arch Inter Med 1986;146:868-871.
4. Baselaki V., El-Torky M., Coalson S.S., Griffin J. The standardization of criteria for processing and interpreting laboratory specimens. Chest 1992;102:5715-5795.
5. Bond W.W., Ott B.J., Franke K.A., McCracken J.E. Effective use of liquid chemical germicides in medical devices: instrument design problems. Desinfection, Sterilization and Preservation. 4th.ed. Philadelphia 1991:1097-1106.
6. Bonten M.J.M., et al. Problems in diagnosing nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A Review. Critical Care Medicine 1994;22:1683-1691.
7. Burnet F.M. Natural history of infectious disease. 8th. ed. Cambridge University Press, Cambridge 1989.
8. Castillo J. Neumonia Nosocomial. Pediatria Universitaria 1994;1:32-35.
9. Celis R., Torres A., Gatell J.M., et al. Nosocomial pneumonia: A multivariate analysis of risk and prognosis. Chest 1988;93:318-324.
10. Center for Disease Control. Guideline for Prevention of Nosocomial Pneumonia. Resp Care 1994;39.
11. Clinical News. Nosocomial Pneumonia Risks. American Journal of Nursing 1992:13-14.
12. Conly J.M., Hill S., Ross J., Lertzman J., Lowe T.J. Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. Am J Infect Control 1989;17:330-335.

13. Cook D.J., Laine L.A., Guyatt G.H., Raffin T.A. Nosocomial pneumonia and the role of gastric pH: A meta-analysis. Chest 191;100:7-13.
14. Craven D.E., Kunches L.M., Lichtenburg D.A., et al. Nosocomial infection and fatality in medical and surgical intensive care units patients. Arch Intern Med 1988;148:1101-1108.
15. Craven D.E., Kuncher L.M., Kilasky V., Lichtenberg D.A., Make B.J., McCabe W.R. Risk factors for pneumonia and fatality in patients receiving continuous mechanical ventilation. Am Rev Respir Dis 1986;133:792-796.
16. Craven D.E., Steger K.A., Barber T.W. Preventing nosocomial pneumonia: state of the art and perspectives for the 1990's. Am J Med 1991;91:448-528.
17. Dennehy P.H. Respiratory infections in the newborn. Clin Perinatol 1987;14:667-682.
18. Dubos R.J. The evolution and the ecology of microbial disease. 6th. ed. J.B. Lippincott Co., Philadelphia 1988:14-27.
19. El Ebiary et al. Quantitative cultures of endotracheal aspirate for the diagnosis of ventilator associated pneumonia. Am Rev Respir Dis 1993;148:1552-1557.
20. Fagon J.Y., Chastre J., Domars Y., et al. Nosocomial pneumonia in patients receiving continuous mechanical ventilation. Am Rev Respir Dis 1989;139:877-884.
21. Favero M.S. Principles of sterilization and disinfection. Anesth Clin N Am 1989;7:941-949.
22. Feign R.D., Cherry J.D. Tratado de Enfermedades Infecciosas Pediatricas. 2da. ed. Edicion Madrid. Editorial Interamericana 1987;1915-1932.
23. Garibaldi R.A., Britt M.R., Coleman M.R., Reading J.C., Pace N.L. Risk factors for post-operative pneumonia. Am J Med 1987;70:677-680.
24. Garner J.S., et al. CDC definitions for nosocomial infections. American Journal of Infection Control 1988;16:128-140.

25. Geckler R.W., Gremillion D.H., McAllister C.K., Ellenbogen C. Microscopic and bacteriological comparison of paired sputa and tracheal aspirates. J. Clin. Microbiol. 1977;6:396-399.
26. Gentilelo L., Thompson D.A., Tonnensen A.S., et al. Effect of a rotating bed on the incidence of pulmonary complications in critically ill patients. Crit Care Med 1988;16:783-786.
27. Graybell J.R., Marshall L.W., Charvine P., Wallace C.K., Melvin V.B. Nosocomial pneumonia a continuing major problem. Am Rev Respir Dis 1988;103:1130-1140.
28. Haley R.W., Culver D.H., White J.W., et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospital. Am J Epidemiol 1985;121:182-205.
29. Haney J.P., Bohlman, Sur. C.J. Radiographic findings in neonatal pneumonia. Am J Roentgenol 1984;143:23-26.
30. Hanson L.C., Wever D.J., Rutala W.A. Risk factors for nosocomial pneumonia in the elderly. Am J Med 1992;92:161-162.
31. Harley R.W., Hooton T.M., Culver D.H., et al. Nosocomial infections in US hospitals, 1975-1976: estimated frequency by selected characteristics of patients. Am J Med 1981;70:947-959.
32. Horan T., Culver D., Jarvis W., et al. Pathogens causing nosocomial infections. Antimicrob Newsletter 1988;5:65-67.
33. Horan T.C., White J.W., Jarvis W.R., et al. Nosocomial infection surveillance. 1984 MMWR CDC Surveill Summ 1986;35:1785-1788.
34. Isenberg H.D., Balows A. Bacterial pathogenicity in man and animals. Springer-Verlag, New York 1987:83-122.
35. Jawetz, Melnick, Adelberg. Microbiologia Médica. Editorial El Manual Moderno, Mexico D.F. 1992.
36. Jeffrey H., Mitchson R., Wigglesworth J.S., Davis P.A. Early neonatal bacteraemia. Arch Dis Child 1987;52:683-686.

37. Johanson W.G., Pierce A.K., Sanford J.P., et al. Nosocomial respiratory infections with gramnegative bacilli: The significance of colonization of the respiratory tract. Annals of Internal Medicine 1972;77:701-706.
38. Johnson K.L., Kearney P.A., Johnson S.B., Niblett J.B., McMillan N.L., McClain R.E. Closed versus open endotracheal suctioning: costs and physiologic consequences. Crit Care Med 1994;22:658-666.
39. Kelleghan S.I., et al. An effective continuous quality improvement approach to the prevention of ventilator-associated pneumonia. Am J Inf Contrl 1993;21:322-330.
40. Klein B.J., Perloff W.H., Make D.G., et al. Reduction of nosocomial infection during pediatric intensive care by protective isolation. N Eng J Med 1989;320:1714-1721.
41. Kollef M.H. Ventilator-associated pneumonia. JAMA 1993;270:1965-1970.
42. Langer M., Mosconi P., Cigada M., et al. Long-term respiratory support and risk of pneumonia in critically ill patients. Am Rev Respir Dis 1989;140:302-305.
43. Lennette E.H., et al. Manual of Clinical Microbiology. Washington D.C. 1985:24-35.
44. Lentino J.R. The nonvalue of uncreened sputum specimens in the diagnosis of pneumonia. Clinical Microbiology Newsletter 1987;9:70.
45. Leu H.S., Kaiser D.L., Mori M., Woolson R.F., Wenrel R.P. Hospital acquired pneumonia attributable mortality and morbidity. Am J Epidemiol 1989;129:1258-1267.
46. Lowry F.D., Carlisle P.S., Adams A., Feiner C. The incidence of nosocomial pneumonia following urgent endotracheal intubation. Infect Control 1987;8:245-248.
47. Mandelli M., Mosconi P., Langer M., Cigada M. Prevention of pneumonia in an intensive care unit: a randomized multicenter clinical trial. Crit Care Med 1989;17:501-505.
48. Marin H., Kollef. Ventilator-associated pneumonia: A multivariate analysis. JAMA 1993;16:1965-1970.

49. Meduri G.U., Beals D.H., Meijub A.G., Baselski V. Protected bronchoalveolar lavage: A new bronoscopic technique to retrieve uncontaminated distal airway secretions. Am Rev Respir Dis 1991;143:855-864.
50. Mérida F. Infección nosocomial. Documento mimeografiado. USAC 1985.
51. Messner R.L., Zink K. Nosocomial pneumonia, combating a hospital menace. Registered nurse 1992:48-52
52. Murray P.R., Washington II J.A. Microscopic and bacteriologic analysis of expectorated sputum. Mayo Clinic 1975;50:339-344.
53. Mylotte J.N., Niederman M.S., Summer W.R. Staying on top of hospital infections. Patient care Feb 15,1993:116-145.
54. Niederman M.S. Bacterial adherence as a mechanism of airway colonization. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1989 8:15-20.
55. Potgieter P.D., Hammond J.M.J. Etiology and diagnosis of pneumonia requiring ICU admission. Chest 1992;101:199-203
56. Reybrouck G. Role of the hands in the spread of nosocomial infections. J Hosp Infect 1988;41:103-110.
57. Reynolds H.Y. Bacterial adherence to respiratory tract mucosae: A dynamic interaction leading to colonization. Seminars Respir Infect 1987;2:8-19.
58. Roukema J.M., Carol E.J., Prins J.B. The prevention of pulmonary complications after upper abdominal surgery in patients with noncompromised pulmonary status. Arch Surgery 1988;123:30-34.
59. Salata R.A., Lederman M.M., Schlaes D.M., et al. Diagnosis of nosocomial pneumonia in intubated, intensive care unit patients. Am Rev Respir Dis 1987;135:426-432.
50. Schaberg D.R., Culver D.H., Saynes R.P. Major trends in the microbial etiology of nosocomial infection. Am J Med 1991;91:725-755.
51. Seto W.H., Ching T.Y., Yuen K.Y., Chi Y.B., Sato W.R. The enhancement of infection control in service education by ward opinion leaders. Am J Infect Control 1991;19:86-91.

62. Sherman M.P., Chance K.H., Goetzman B.W. Gram's stain of tracheal aspirate secretions predict neonatal bacteriemia Am J Dis Child 1984;138:848-850.
63. Sherman M.P., Goetzman B.W., Ahlfars C.E., Wennberg R.P. Tracheal aspirate and its clinical correlates in the diagnosis of congenital pneumonia. Pediatrics 1980;65:258-263.
64. Slagle T.A., Bifano E.M., Wolf J.S., Grovi S.J. Routine endotracheal cultives for the prediction of sepsis in ventilated babies. Arch Dis Child 1989;64:34-38.
65. Sprunt K., Leidy G., Redman W. Abnormal colonization of neonates in an intensive care unit: means of identify neonates at risk of infection. Pediatr Res 1978;12:988-1002.
66. Thureen P.J., et al. Failure of tracheal aspirate cultures to define the cause of respiratory deteriorations in neonates. Pediatr Inf Dis J 1993;12:560-564.
67. Torres A., Asnar R., Gatell J.M., et al. Incidence, risk and prognosis factors of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. Am Rev Respir Dis 1990 142:523-528.
68. Torres A., El-ebiary M., González J., et al. Gastric and pharyngeal flora in nosocomial pneumonia acquired during mechanic ventilation. Am Rev Respir Dis 1993;148:352-357.
69. Treolar D.M., Stechmiller J. Pulmonary aspiration of tube-fed patients with artificial airways. Heart Lung 1984;13:667-671.

XIII. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1. NOMBRE: _____
2. HISTORIA CLINICA No.: _____
3. EDAD GESTACIONAL : < 30s. _____ 30-36s. _____ 37-42s. _____
> 42s. _____
4. SEXO: M _____ F _____
5. PESO: <1000Grs. _____ 1000-1500 _____ 1500-2500 _____ >2500 _____
6. TIPO DE PARTO: EUTOCICO _____ CESAREA _____
7. IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

8. IMPRESION CLINICA DE EGRESO:

9. FECHA DE INTUBACION: _____
10. FECHA DE EXTUBACION: _____
11. FECHA DE INGRESO: _____
12. FECHA DE EGRESO: _____
13. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS:
QUIRURGICOS _____
DISECCION DE VENA _____
SONDA OROGASTRICA _____
CATETER VESICAL _____
CANALIZACION DE MAS DE UNA VIA _____
14. INDICACION DE INTUBACION:
MEMBRANA HIALINA _____
ASPIRACION DE MECONIO _____
MALA ADAPTACION PULMONAR _____
BRONCONEUMONIA _____
STATUS CONVULSIVO _____
ASFIXIA PERINATAL _____

15. HEMATOLOGIA:
NEUTROPENIA _____
LEUCOPENIA _____
LEUCOCITOSIS _____

16. RAYOS X DE TORAX:
INFILTRADO NUEVO _____
INFILTRADO PROGRESIVO _____
CONSOLIDACION _____
CAVITACION _____
DERRAME PLEURAL _____

17. MICROORGANISMO AISLADO EN EL GRAM DEL ASPIRADO TRAQUEAL:
GRAM POSITIVO _____
GRAM NEGATIVO _____
COCOS GRAM POSITIVOS _____
COCOS GRAM NEGATIVOS _____
COCO BACILOS GRAM POSITIVOS _____
COCO BACILOS GRAM NEGATIVOS _____
DESCONOCIDOS _____

18. GERMENES AISLADOS EN EL CULTIVO DE EL ASPIRADO TRAQUEAL Y SENSIBILIDAD DE ANTIBIOTICOS:
GERMENES SENSIBILIDAD
KLEBSIELLA SP. _____
PSEUDOMONA AERUGINOSA _____
STAFILOCOCCUS AUREUS _____
ENTEROBACTER SP. _____
ESCHERICHIA COLI _____
PROTEUS SP. _____
CANDIDA _____
OTROS _____

19. GERMENES AISLADOS EN EL HEMOCULTIVO Y SENSIBILIDAD DE ANTIBIOTICOS:
GERMENES SENSIBILIDAD
KLEBSIELLA SP. _____
PSEUDOMONA AERUGINOSA _____
STAFILOCOCCUS AUREUS _____
ENTEROBACTER SP. _____
ESCHERICHIA COLI _____
PROTEUS SP. _____
CANDIDA _____
OTROS _____

20. CONDICIONES DE EGRESO
MEJORADO _____
DETERIORADO _____
FALLECIDO _____