

INFECCION CONGENITA

HOSPITAL GINECOOBSTETRICO DOCENTE "EUSEBIO HERNANDEZ"

Dra. Liana Cura Hernández, Dr. Sergio Muñoz Sabas** y Dr. Raoul Gazapo Pernas****

RESUMEN

Se revisan 62 historias clínicas de recién nacidos diagnosticados de infección congénita ocurridos en el año 1986 en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández". Se toma un grupo de variables tales como: edad gestacional, sexo, índice de Apgar, peso al nacer, diagnóstico, uso de ventilación, estado al egreso y tiempo de vida de los fallecidos. En los resultados se encontró una incidencia de infección de 10,2 por 1 000 nacidos vivos. Se observó un mayor índice de Apgar bajo en los niños menores de 2 500 g y más de 42 semanas. Hubo predominio del sexo masculino. El mayor porcentaje de casos ventilados correspondió a los niños que presentaron sepsis generalizada. La mayor incidencia de fallecidos se presentó en los niños menores de 2 500 g y en los severamente deprimidos. El mayor índice de fallecidos se observó en las primeras 24 horas de vida. La tasa general de mortalidad por sepsis fue de 2,3 por 1 000 nacidos vivos.

INTRODUCCION

El término de infección congénita y adquirida ha sido muy controvertido, y hay quien ha preferido denominarla precoz y tardía,¹ o en otros casos, nosocomial, por lo difícil que resulta determinar en ocasiones si el germen fue originalmente adquirido a partir de focos maternos u hospitalarios.²

En lo que sí se está de acuerdo es en que cuando existen antecedentes de rotura prematura de las membranas, trabajo de parto prolongado, instrumentación, fiebre materna, unido a la presencia de corioamnionitis y comple-

* Especialista de I Grado en Neonatología.

** Especialista de I Grado en Neonatología. Asistente. Jefe del Servicio de Neonatología.

*** Especialista de I Grado en Bioestadística.

mentarios sugestivos de infección en el neonato en las primeras 48 horas de vida.^{1,3} nos alerta sobre una posible infección intraútero, y es sobre ésta que queremos referirnos en nuestro trabajo por la importancia que tiene su prevención, así como por la alta incidencia de las mismas en los últimos años en nuestros hospitales, y en particular, en el año 1986 y que gracias al registro continuo que se ha creado, nos ha permitido hacer este trabajo prospectivo, y un mejor estudio de las diferentes variables relacionadas con la infección congénita.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 62 historias clínicas diagnosticadas de infección congénita ocurridas desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 1986 en nuestra maternidad. Se tomaron los siguientes datos: nombre de la madre, número de historia clínica, fecha de nacimiento, sexo, índice de Apgar, edad gestacional, peso al nacer, diagnóstico, uso de ventilación, estado al egreso y tiempo de vida de los fallecidos.

El diagnóstico de infección congénita se consideró en aquellos neonatos con dificultad respiratoria en las primeras horas de vida, signos clínicos y gasométricos de shock, trastornos circulatorios periféricos, etcétera, corroborados por los exámenes complementarios como: rayos X de tórax, proteína C reactiva, leucograma y cultivos, incluyendo el estudio necrópsico en los casos fallecidos.

Todos los datos fueron tomados del Bloque Básico de Información Perinatal, el cual se comenzó a aplicar en nuestro hospital en el año 1986.

De los datos obtenidos se realizaron tablas que mostraremos a continuación.

RESULTADOS

En la tabla de datos generales (anexo) podemos observar que hubo 6 104 nacidos vivos en el periodo estudiado, de los cuales, 351 fueron pretérminos para el 5,8 %. El 4,5 % del total de nacidos vivos correspondió a los menores de 2 500 g y el 22,2 % de los pretérminos fueron mayores de 2 500 g. En nuestro estudio encontramos una incidencia de infección congénita de 10,2 por 1 000 nacidos vivos.

En la tabla 1 se observa, en relación con la edad gestacional y índice de Apgar, que el grupo con mayor número de casos lo constituyó el de 37 a 42 semanas, y fue el grupo de menos de 37 semanas el de menor índice de Apgar bajo. El grupo de más de 42 semanas presentó un índice de hipoxia mayor (66,7 %), mientras que el índice general de hipoxia en el grupo estudiado fue de 40,3 %.

En la tabla 2 podemos ver que el 42,8 % de los niños con menos de 2 500 g presentaron Apgar bajo; le siguió en segundo lugar el grupo de 2 500 a 4 000 g. Hubo un solo caso con más de 4 000 g que presentó hipoxia.

Encontramos un predominio del sexo masculino (66,1 %) sobre el femenino (33,9 %). Al realizar las pruebas de diferencias entre proporciones fue estadísticamente significativa.

TABLA 1. Infección y Apgar al nacer según edad gestacional

Edad gestacional (semanas)	No.	0-3	%	4-6	%	Total	% del total
Menor de 37	16	3	18,7	3	18,7	6	37,5
37-42	43	10	23,2	7	16,3	17	39,5
Más de 42	3	2	66,7	0	0,0	2	6,7
Total	62	15	24,1	10	16,1	25	40,3

TABLA 2. Infección y Apgar al nacer según el peso

Peso en gramos	No.	0-3	%	4-6	%	Total	% del total
Menor de 2 500	14	4	18,7	2	14,2	6	42,8
2 500 - 4 000	47	10	21,2	8	17,0	18	38,3
Más de 4 000	1	1	100,0	0	-	1	100,0
Total	62	15	24,1	10	16,1	25	40,3

En la tabla 3 vemos que de los 62 casos con infección, 50 correspondieron a neumonía, 6 a meningitis y 6 a sepsis generalizada. El 33,3 % de los casos con sepsis generalizada nació severamente deprimido y le siguió la neumonía con el 26,0 %.

TABLA 3. Tipo de infección y Apgar al minuto

Tipo de infección	No.	0-3	%	4-6	14 0	Total	% del total
Neumonía	50	13	26,0	7	14,0	20	40,0
Meningoencefalitis	6	0	-	2	33,3	2	33,3
Sepsis generalizada	6	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Total	62	15	24,2	10	16,1	25	40,3

No hubo casos de meningitis severamente deprimidos. Entre el total de niños deprimidos hubo un mayor índice para los niños con sepsis generalizada, seguidos por los niños con neumonía.

En la tabla 4 se muestra el número de casos que se ventilaron, y se observó que el mayor porcentaje de niños ventilados correspondió a los casos de sepsis generalizada. Del total de casos, 12 se ventilaron con PPI, 6 con presión positiva espiratoria con respiración espontánea (CPAP) y 4 combinados. No hubo ningún caso de meningoencefalitis ventilado.

TABLA 4. Infección y ventilación artificial

Tipo de Infección	No Ventilados	Ventilados	% de CASOS ventilados	CPAP	PPI	CPAP + PPI
Neumonía	32	18	36,0	6	8	4
Meningoencefalitis	6	0	-	-	-	-
Sepsis generalizada	2	4	66,7	-	4	-
Total	40	22	35,5	6	12	4

Podemos observar en la tabla 5 las cifras de mortalidad obtenidas en el grupo estudiado, y el mayor porcentaje de los casos correspondió a la sepsis generalizada y en segundo lugar a la neumonía. No hubo fallecidos por meningoencefalitis. Se obtuvo una tasa de mortalidad de 1,6 y de 0,7 por 1 000 nacidos vivos en la neumonía y la sepsis generalizada respectivamente y una tasa general de mortalidad de 2,3 por 1 000 nacidos vivos.

TABLA 5. Infección y mortalidad

Tipo de infección	Vivos	Fallecidos	%	Tasa por 1 000 NV
Neumonía	38	10	20,8	1,6
Meningoencefalitis	6	0	0,0	0,0
Sepsis generalizada	2	4	66,7	0,7
Total	46	14	22,6	2,3

En cuanto a la mortalidad por peso (tabla 6) encontramos un 35,7 % en el grupo de menos de 2 500 g. mientras que el 17 % fallecieron con un peso entre 2 500 a 4 000 g. Hubo un caso que falleció con más de 4 000 g de peso.

TABLA 6. Peso y mortalidad

Peso en gramos	Número	Fallecidos	% del total
Menor de 2 500	14	5	35,7
2 500 - 4 000	47	8	17,0
Mayor de 4 000	1	1	100,0
Total	62	14	22,6

Podemos ver en la tabla 7 relacionada con el Apgar que el mayor índice de fallecidos ocurrió en el grupo de niños severamente deprimidos (Apgar 0 a 3) y le siguieron en orden de frecuencia los niños con Apgar de 4 a 6 (20,0 %).

TABLA 7. Apgar y mortalidad

Apgar	No.	Fallecidos	% del total
0-3	15	6	40,0
4-6	10	2	20,0
7 y más	37	6	16,2
Total	62	14	22,6

En la tabla 8 mostramos el tiempo de vida de los fallecidos donde es de señalar que el 64,3 % de éstos ocurrió en las primeras 24 horas de edad, lo que nos habla de la gravedad de los casos.

TABLA 8. Fallecidos por tiempo de vida

Tiempo de vida	Neumonía	Sepsis generalizada	Total	% del total de fallecidos
1-23 horas	7	2	9	64.3
24-71 horas	1	1	2	14.3
3-6 días	2	1	3	21.4

COMENTARIOS

Se sabe que el recién nacido es un ser inmunológicamente deficitario; así en el último decenio se ha llegado a un mejor conocimiento de la epidemiología de la colonización y la patología neonatal.⁴

Se ha encontrado por diferentes autores⁵ que la frecuencia de infecciones ha sido mayor en el sexo masculino que en el femenino con una proporción de 1.8/1 y 2/1 similar a la encontrada en nuestro trabajo (2/1).

La incidencia de sepsis neonatal reportada por algunos autores es de 1 a 4 por 1 000 nacidos vivos tanto para pretérminos como a término,^{2,6} bastante menor en comparación con la cifra de nuestro estudio, aunque sabemos que nuestros resultados en cuanto a incidencia son altos para una maternidad teniendo en cuenta que sólo se han incluido los casos de sepsis congénita y no la adquirida en el servicio.

La tasa de mortalidad general por infección reportada por algunos autores es de 40.7 %⁷ algo elevada en comparación con la nuestra a pesar de ser alta nuestra incidencia.

En nuestro trabajo no pudimos reflejar resultados bacteriológicos, pues en muchos casos no se aislaron gérmenes en los cultivos, a pesar de que clínicamente y desde el punto de vista de otros complementarios apoyaba este diagnóstico. Pensamos que esto pueda ser a causa de problemas en las técnicas de aislamiento que aún en nuestros hospitales debamos superar.

Por último queríamos señalar que a pesar de que ha habido una disminución ostensible de la mortalidad en otras esferas, aún tenemos que disminuir la infección como causa de muerte sobre la cual debemos encaminar nuestro trabajo futuro.

ANEXO. Sepsis congénita

DATOS GENERALES

Número de nacidos vivos:	6 104
Pretérminos:	351
Menos de 2 500 g:	5.8

Porcentaje:	273
Más de 2 500 g:	4,5
Más de 2 500 g:	78
Porcentaje:	22,2
Número de casos infectados:	62
Incidencia de infección:	10,2 por 1 000 nacidos vivos (NV).

SUMMARY

A review of 62 medical histories of neonates with a diagnosis of congenital infection in 1986 at "Eusebio Hernández" Teaching Obstetric-Gynecologic Hospital is made. A group of variables such as gestational age, sex, Apgar score, birth weight, diagnosis, use of ventilation, status at discharge, and age at death is used. Results show an infection rate of 10,2 per 1000 live births. A higher rate of low Apgar score was found in children weighing less than 2500 g and more than 42 weeks of gestational age. There was a prevalence of males. The highest percentage of ventilated cases corresponded to children with systemic sepsis. The highest death rate was found in children weighing less than 2500 g and in those severely depressed. The highest death rate was found in the first 24 hours of life. The overall mortality rate secondary to sepsis was 2,3 per 1 000 live births.

RESUME

On fit une revue de 62 dossiers de nouveau-nés avec diagnostic d'infection congénitale, nés au cours de l'année 1986 à la Maternité "Eusebio Hernández". L'analyse a porté sur des variables telles que: Âge gestationnel, sexe, score Apgar, poids de naissance, diagnostic, emploi de ventilation, état à la sortie et temps de vie des décédés. Il a été observé une incidence d'infection de 10,2 pour 1 000 naissances vivantes. Les scores Apgar faibles ont été plus fréquemment observés chez des enfants pesant moins de 2 500 g et de plus de 42 semaines. Le sexe le plus touché a été le masculin. Le plus haut pourcentage de cas ventilés a correspondu aux enfants porteurs d'une sepsie généralisée. La plupart des décédés ont été des enfants de moins de 2 500 g ou fortement déprimés. Le plus haut indice de décédés a été observé au cours des premières 24 heures de vie. Le taux général de mortalité par sepsie a été de 2,3 pour 1 000 naissances vivantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. PLACZEK, M. M.; A. WHITELAW: Early and late neonatal septicemia. *Arch Dis Child* 58: 728-731, 1983.
2. ALLEN, J. R.; T. K. Jr. OLIVER: El departamento del recién nacido. En: Bennett, J.V.; P.S. Brachman (Eds.): *Infecciones hospitalarias*. Ciudad de La Habana, Científico-Técnica, 1982, pp. 156-169.
3. BOYER, K. M.; S. P. GOTOFF: Prevention of early onset neonatal group B streptococcal disease with selective intrapartum chemoprophylaxis. *N Engl J Med* 314: 1665-1669, 1986.
4. LERMAN, S. J.: Infections of the newborn infant. In: Van Leewen's *Newborn Medicine*, 2nd ed Chicago. (Eds.) Yearbook Medical Publishers Inc., 1979, pp. 421-425.

5. SPECK, W. T.; A. A. FANAROFF; M. H. KLAUS: Infecciones neonatales En: Klaus, M.H.; A.A. Fanaroff. (Eds.): Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2 ht. ed. Ciudad de La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1981, pp. 275-297.
6. SULLIVAN BOLGNI, J.Z. ET AL.: Presentation of neonatal herpes simplex virus infections: implications for a change in therapeutic strategy. *Pediatr. Infect Dis* 5: 309-314, 1986.
7. VAN UFPELEN, R. ET AL.: Oropharyngeal flora as source of bacteria colonizing. The lower airways in patients on artificial ventilation. *Intensive Care Med* 10: 233-238, 1984.

Recibido: 19 de agosto de 1989. Aprobado: 6 de octubre de 1989.
Dra. Liana Cura Hernández. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández". Ave. 31 y 82, Ciudad de La Habana, 11500, Cuba.

