

APNEA “SINTOMÁTICA” EN EL PREMATURO EXTREMO



Raquel López Poza (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Eva García (Neonatología)



Servicio de Pediatría, HGUA 



Anamnesis y datos exploratorios relevantes



RNPT (23+6 sg) / PEG (490gr)

Gestación controlada. **RPM (22+4)**. Maduración pulmonar y Abs. DPP. **CST urgente**. Apgar 2-6 Reanimación avanzada. Prematuridad extrema
Ingreso en UCIN:

- **EMH:** VMC + surfactante
- **Hipotensión arterial:** canalización VC + inotrópicos
- **Ileo meconial severo:** N-acetil cisteína, enemas con gastrografín
- **D. arterioso persistente:** ibuprofeno+ paracetamol+ Ligadura Qx
- **Sepsis tardía -> Stap epidermidis (7ddv):** vancomicina 10 días



Evolución clínica I

- NP: catéter **EPI**
- **Trombopenia** neonatal (1 transfusión de plaquetas)
- **Anemia** multifactorial: transfusión de CH (6 alicuotas)
- LM fortificada
- ECO cerebrales y abdominales: Normales

50 ddv. Apneas profundas/Bradycardia

- Intubación y VMC
- Hg + PCR + hemocultivo + estudio LCR
- Tto AB con Vancomicina y Amikacina
- ECO cerebral y abdominal: normales
- Rx de tórax: patrón compatible **DBP**

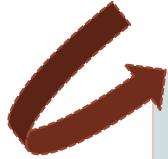


SEPSIS TARDÍA POR ENTEROCOCO FAECIUM



Evolución clínica II

Tras mejoría inicial. 60ddv: Apneas profundas/Bradycardia



DX DIFERENCIAL SÍNDROME APNEICO

- Apnea del prematuro
- Anemia. Ts metabólico. Hipoglucemia
- Alt. vía aérea. Atelectasia. Neumonía. Escape aéreo
- Inestabilidad térmica (Hipo/Hipertermia)
- T. neurológicos: HPIV, encefalopatía, convulsiones
- RGE
- Depresión farmacológica
- Sepsis: bacteriana, hongos, virus



Evolución clínica II

Tras mejoría inicial. 60ddv: Apneas profundas/Bradycardia

¿ Qué pruebas podemos solicitar?

- **Microbiología** (sangre y orina) bacterias, hongos y virus (CMV)
- **Ecografías** abdominal, cerebral y cardíaca: **esplenomegalia**
- **Hg: anemia, leucopenia con neutropenia y trombopenia**
- **RFA: PCR 2,15 mg/dl (↑↑)**
- **Fondo de ojo:** normal

Carga viral CMV orina: >770.000 (++)
sangre: 66.300UI/mL



Carga viral CMV positiva en LM



Diagnóstico

INFECCIÓN POSTNATAL POR CMV

- **Herpes virus.** Familia *Herpesviridae*.
- Infección congénita + frec en países desarrollados (**0'14-1%**) en Europa. Transmisión (IC): 30-40% Primoinfecc / 1-2% Reactiv
- **Clínica:**
 - **Asintomáticos (85-90%):**
 - 10-15% pueden desarrollar probablemente a largo plazo sordera neurosensorial
 - 2% alteraciones neurocognitivas
 - **Sintomáticos (10-15%):** hasta el 50% de ellos → alteraciones neurocognitivas (microcefalia y trombopenia)



Diagnóstico

INFECCIÓN POSTNATAL POR CMV

- **Infección Congénita:** Transplacentaria. Sintomática 10%
- **Perinatal o Adquirida (30-50%):** durante parto o postnatal
 - Período incubación: 4-12sem
 - **Transmisión:** secreciones vaginales, LM propia o de banco (30-70%), Postransfusional, Nosocomial (saliva/orina)
 - **Asintomática (90%)**
 - **Sintomática (10%):** neumonía afebril, cuadro séptico “sepsis-like”, hepatoesplenomegalia, Sd.mononucleósido, diarrea hemorrágica, meningitis aséptica
 - **Prematuros** → mayor gravedad y grave morbilidad. No inmunidad transplacentaria materna

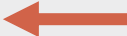
Diagnóstico y Tratamiento



Criterios Diagnósticos:

2. Criterios diagnósticos de infección adquirida por CMV en el RN

Se debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Seroconversión IgM CMV más un cultivo o PCR positivo en orina a partir de las 2 semanas de vida (para descartar falsos positivos de la IgM)
- Cultivo o PCR CMV negativos en orina o sangre en las 2 primeras semanas de vida y positivos posteriormente 
- Cultivo o PCR CMV positivos a partir de las 2 semanas de vida y PCR negativa en sangre seca de pruebas metabólicas

¿Cuándo tratar?

Infección congénita: sí, sintomática

Infección adquirida: si sintomática en ID

¿Qué fármacos?

- **GANCICLOVIR** 6mg/kg 2 veces al día IV durante 2 (IA) –a 6 semanas (IC)
- **VALGANCICLOVIR** 16mg/kg/dosis cada 12h VO 1 mes (IA) hasta 6 meses (IC)



Evolución, pronóstico y prevención

Favorable: mejoría (48h) y resolución (7d) analítica y clínica

↓↓ carga viral de CMV

No efectos 2ºs tto: neutropenia, anemia y trombopenia o diarrea

Ecografía, fondo de ojo: normales

PEATC y otoemisiones acústicas

En **RNT no consecuencias.**

En **RNPT posible** curso sintomático (**grave**) pero mortalidad muy baja. Estudios más recientes, **no efecto negativo** sobre evolución neurológica ni auditiva a largo plazo

PREVENCIÓN: Adecuada higiene
En RNPT, cribado leche. Pasteurización o congelación -20º/72h.



Evolución, pronóstico y prevención

Favorable: mejoría (48h) y resolución (7d) analítica y clínica

No e

SCREENING EN POBLACIÓN DE RIESGO:

- RN de madres con infección documentada CMV, VIH o tto inmunosupresor
- RN transfundidos
- RNPT <32sg o <1500gr
- Controvertido el análisis LM en grandes prematuros.

a

neurología ni auditiva a largo plazo.

PREVENCIÓN: Adecuada higiene
En RNPT, cribado leche. Pasteurización o
congelación -20°/72h.



Bibliografía

- i. Alarcón Allen A, Baquero-Artigao F. Revisión y recomendaciones sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección posnatal por citomegalovirus. An Pediatr (Barc). 2011; 74: 52.e1—52.e13. [en línea] [fecha de consulta 20-III-2017]. Disponible en : <http://www.analesdepediatria.org/es/revision-recomendaciones-sobre-prevencion-diagnostico/articulo/S1695403310002900/>
- ii. Josephson C, Caliendo A, Easley K, Knezevic A, Shenvi N, Hinkes M, et al. Blood Transfusion and Breast Milk Transmission of Cytomegalovirus in Very Low-Birth-Weight Infants. JAMA Pediatrics. 2014;168:1054 -1062
- iii. Figueras Aloy J, Botet Mussons F, Álvarez Domínguez E. Infecciones por citomegalovirus en el periodo neonatal. Anales de Pediatría Continuada. 2012;10:305-312



MUCHAS GRACIAS

