

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN UNA UNIDAD NEONATAL DE TERCER NIVEL

Lucía Sanguino, Honorio Sánchez Zaplana, Miriam Salvador, Ana María Rivera, Dulcenombre Montoro, Caridad Tapia. Neonatología. Hospital General Universitario Alicante

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrotizante (ECN) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad neonatal. En los RNPT <1500g se han reportado incidencias de hasta un 7-10%. En los últimos años, cambios en la práctica clínica de las UCI neonatales, se han relacionado con disminución de esta incidencia.

OBJETIVO

Comparar la incidencia de **ECN estadio II-III** de Bell respecto al total de RN vivos y al total de RNPT de muy bajo peso (<1500g) en **tres periodos de tiempo** en los últimos 17 años, en relación con cambios en la práctica clínica.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

De la base de datos SEN1500, se extrajo la incidencia de ECN en RNPT <1500g entre **2002 y 2007 (1º periodo)**.

Realizamos además un estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias, de los RNPT nacidos en nuestro hospital o trasladados en el primer día de vida con diagnóstico de ECN en los años **2008-2012 y 2013-2018 (2º y 3º periodos)**. Se excluyeron malformaciones digestivas graves, síndromes polimalformativos y ECN estadio I (sospecha de ECN).

Se calculó la incidencia de ECN en nuestra unidad respecto al total de RN vivos (n.º casos/1000 RN vivos) y respecto a los RNPT de muy bajo peso (n.º casos/100 RNPT <1500g) en el 2º y 3º periodo de tiempo.

Se comparó la incidencia de ECN en RNPT <1500g en los tres periodos de tiempo: 2002-2007 (datos de la SEN1500), 2008-2012 y 2013-2018 (datos HGUA).

Se analizaron los cambios en los protocolos asistenciales de nuestra unidad que podrían contribuir a una disminución de la incidencia de ECN.

RESULTADOS

La **incidencia de ECN** en RNPT<1500g en el **primer periodo (2002 - 2007)** fue del **10,4%** (datos de la SEN 1500).

Del análisis de la base de datos de la Unidad, se obtuvieron 62 pacientes con diagnóstico de ECN entre 2008 y 2018. Se excluyeron 2 casos por malformaciones, 4 por ECN estadio I y 33 casos por diagnóstico de ECN en otro hospital (53% del total de ECN). De los 23 casos a analizar, 22 (95.6%) fueron RNPT y solo hubo un caso en un nacido a término. 14/23 (61%) niños tuvieron muy bajo peso al nacimiento (<1500g) y 10/23 (43.5%) tuvieron extremo bajo peso al nacimiento (< 1000g). La tasa de mortalidad fue del 34% (8/23) en global, del 53% (8/14) en los RNPT< 1500g y del 80% (8/10) en los RNPT < 1000g con diagnóstico de ECN.

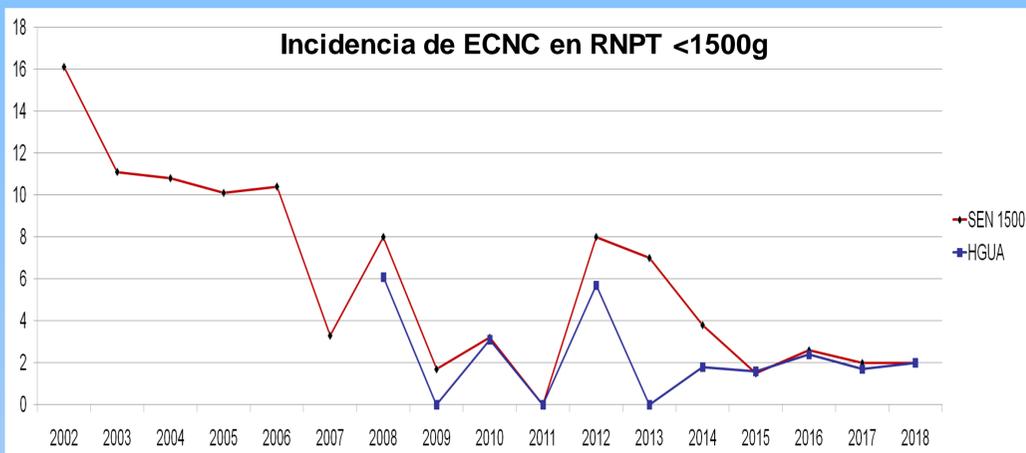
En el **segundo periodo (2008-2012)** se diagnosticaron 17 ECN estadio II y III. La incidencia fue del **1,2‰ RN vivos (17/14651)** y del **3,1% (9/294) en RNPT<1500 g**.

En el **tercer periodo (2013-2018)** tuvimos 6 ECN, con una incidencia del **0,4‰ RN vivos (6/13871)** y del **1,6 % (5/321) en <1500 g**. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la EG, peso al nacimiento, días de vida al diagnóstico de ECN, tratamiento y mortalidad, en los dos periodos analizados.

Los siguientes cambios asistenciales pudieron contribuir a esta disminución en la incidencia de ECN en los periodos estudiados:

- Intensificación de medidas de apoyo a las madre para obtener LM propia
- Protocolos nutricionales
- Programa de optimización de uso de antibióticos con el objetivo de disminuir los días de tratamiento y el uso de antibióticos de muy amplio espectro
- Participación en Sistema de Vigilancia NeoKiss (desde 2014)
- Manejo más conservador en el tratamiento del DAP

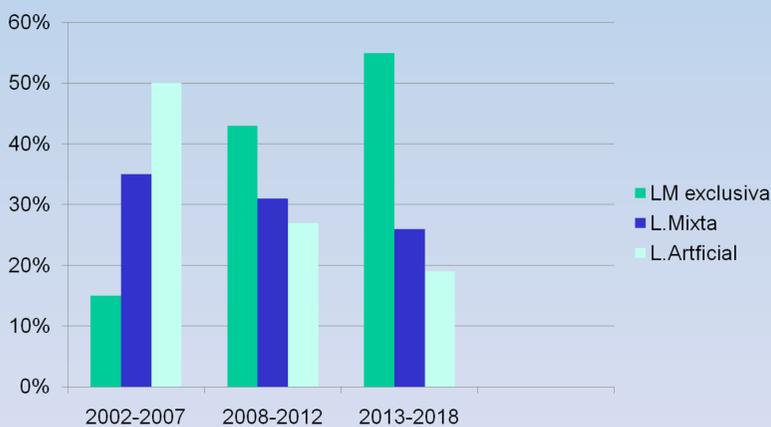
	PERIODO	
	2008-2012 (n=17)	2013-2018 (n=6)
EG (semanas)	29,6 ± 5,8 sem	27,3 ± 4,6 sem
Peso nac.(gramos)	1438 ± 851g	1406 ± 1298 g
Sexo (%varón/%mujer)	53%/47%	50%/50%
Ddv al dx de ECN	10 ± 12 días	14,3 ± 11,4 días
Ddv al inicio NE trófica	4.8 ± 6.7 días	2.8 +/-3,2 días
% días DA al dx de NEC	46.9 ± 39%	26 +/-37%
Tto quirúrgico (%)	11/ 17 (64,7%)	3/6 (50%)
Mortalidad (%)	6/17 (35,3%)	2/6 (33,3%)



PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS (desde 2012)

1. Uso "más restringido" de antibioterapia en distrés respiratorio al nacimiento
2. Retirada "precoz" de antibióticos (con hemocultivo negativos):
 - * A las 48 horas en "sospechas de corioamnionitis" en RNT/RNPT tardíos asintomáticos, en "sospechas de sepsis" con buena evolución
 - * A los 5 días en coriomnionitis en RNPT < 1500g asintomáticos y en sepsis no confirmada bacteriológicamente con buena evolución
3. Consultoría en equipo para valorar:
 - * Posibilidad de retirada precoz de antibioterapia
 - * Necesidad de iniciar/mantener tratamiento fuera del protocolo habitual

Tipo de Alimentación al alta en RNPT < 1500g



Intensificación de medidas para incentivar lactancia materna (año 2009)

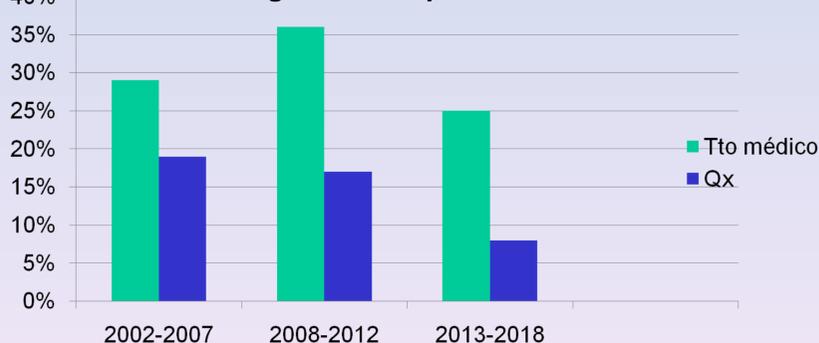
1. Información y apoyo precoz a las madres (prenatal)
2. Documentación escrita para entregar a las madres
3. Extractores de leche eléctricos en obstetricia
4. Dotación de sacaleches eléctricos móviles
5. Sustitución sala de extracción LM fuera de la UCIN por extracción a pie de incubadora
6. UCIN de puertas abiertas (año 2008)
7. Mayor fomento del método canguro
8. Banco de Leche Materna Donada (diciembre 2017)



PROTOCOLOS NUTRICIÓN EN RNPT<1500g

- Protocolos nutricionales según peso al nacimiento desde el año 2001
- Actualizaciones periódicas (nutrición más "intensiva")
- Nutrición enteral trófica precoz con LM en primeras 24-48 hvd
- Ascensos de nutrición enteral 10- 40 ml/k/día
- Menos días hasta alcanzar NE completa y retirada de vía central
- Banco de Leche Materna Donada desde diciembre 2017

% RNPT<1500g con DAP que recibe tratamiento



Conclusiones:

1. La incidencia de enterocolitis necrotizante en el RNPT <1500g en España en los últimos 17 años ha experimentado una tendencia descendente.
2. En nuestra unidad del HGUA la disminución en la incidencia de ECN en <1500g en los últimos 6 años es del 50% aproximadamente respecto a los 6 años previos.
3. En los últimos años se han producido cambios en la práctica clínica que postulamos pueden haber contribuido a la disminución de la incidencia de ECN en nuestra unidad
4. La elaboración de protocolos para mejorar la calidad de la práctica clínica en relación con factores etiopatogénicos de la ECN pueden tener un impacto en la reducción de su incidencia.