

SEPSIS NOSOCOMIAL. EXPERIENCIA DEL GRUPO DE HOSPITALES CASTRILLO

Fernández Colomer B; Coto Cotallo G.D; López Sastre J.

Hospital Universitario Central de Asturias

El Grupo de Hospitales Castrillo está trabajando en el estudio de las infecciones en el periodo neonatal desde hace más de una década. Está integrado por una red de 35 Servicios de Neonatología repartidos a lo largo de la geografía española y coordinado desde el Hospital Universitario Central de Asturias. La principal línea de trabajo se centra en el estudio de la sepsis neonatal y en este sentido han sido publicados diversos trabajos.

El concepto de sepsis neonatal está sometido a revisión en los últimos años sin que, hasta el momento, exista un consenso internacional para definir esta patología, si bien en la actualidad la mayoría de los estudios define la sepsis neonatal como el síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de infección sistémica junto con alteraciones biológicas y confirmado por uno o más hemocultivos positivos a bacterias, virus u hongos.

La mayoría de los autores clasifican la sepsis neonatal según la edad a la que se inicie la clínica en: “sepsis de comienzo precoz” cuando la clínica se inicia en los 3-6 primeros días de vida, y en “sepsis de comienzo tardío” cuando comienza después. Sin embargo el Grupo de Hospitales Castrillo ha elaborado una nueva clasificación de la sepsis neonatal basada en el mecanismo de transmisión, diferenciando las “sepsis de transmisión vertical” causadas por microorganismos procedentes del canal vaginal que contaminan al feto por vía ascendente o por contacto en el momento del parto; las “sepsis de transmisión nosocomial” producidas por patógenos procedentes del entorno hospitalario y que contaminan al niño por contacto del personal sanitario (manos contaminadas) o material de diagnóstico y tratamiento contaminado, y las “sepsis comunitarias” a partir de microorganismos procedentes del entorno domiciliario que son muy infrecuentes.

Está bien establecido que la incidencia de sepsis neonatal es inversamente proporcional al peso y a la edad gestacional, pero en la sepsis nosocomial influyen también una serie de factores de riesgo, que pueden ser controlados a través de estrategias que implementen “buenas prácticas de actuación médica” para disminuir la incidencia y mortalidad y el elevado consumo de recursos sanitarios provocado por esta patología. La sepsis nosocomial afecta al 15-20 % de los RNMBP (recién nacidos de muy bajo peso) pudiendo alcanzar el 50% cuando se trata de recién nacidos con peso inferior a 1000 g. Además se considera responsable del 50% de los exitus que se producen después de la 1ª semana de vida en los RNMBP.

Entre los patógenos responsables de sepsis nosocomial destaca como más frecuente el estafilococo coagulasa negativo (CoNS) que por si solo es responsable del 40-50 % de las mismas. Entre los Gram-negativos destacan como más frecuentes las enterobacterias (*E. coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*) y *Pseudomonas*, que asocian mayor mortalidad. Las sepsis de origen fúngico son producidas en su mayoría por distintas especies de *Candida* y ocurren sobre todo en RNMBP sometidos a antibioterapia previa prolongada.

No existe un tratamiento empírico consensuado de la sepsis nosocomial neonatal y los regímenes de antibioterapia difieren mucho entre hospitales, aunque generalmente asocian un antibiótico frente a CoNS y otro frente a Gram-negativos, sin tener en cuenta, en ocasiones, el riesgo de generar

resistencias bacterianas por el uso indiscriminado de determinados antibióticos. Existen además controversias en la interpretación del CoNS como causante de sepsis cierta o contaminante, en la necesidad de retirar el catéter central y en la duración de la antibioterapia. Para el tratamiento de la candidiasis se emplea Anfotericina B que sigue siendo el antifúngico de elección, con el creciente empleo actualmente de las nuevas formulaciones lipídicas con menor nefrotoxicidad.

En nuestra ponencia se presentan los resultados obtenidos por el Grupo de Hospitales Castrillo en dos estudios colaborativos multicéntricos. El primero de ellos se refiere a las sepsis nosocomiales observadas entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 1997, cuyos resultados ya han sido publicados, aunque aquí nos referiremos únicamente a los hallazgos observados en los RNMBP. El segundo estudio se inició en el año 2005 y se presentan los resultados preliminares de los dos años que lleva el estudio (2005-2006).

BIBLIOGRAFIA

- Aly H, Herson V, Duncan A, *et al* . Is bloodstream infection preventable among premature infants? A tale of two cities. Pediatrics 2005; 115(6):1513-8.
- Gordon A, Jeffery HE. Antibiotic regimen for suspected late onset sepsis in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20: CD004501.
- López Sastre J, Pérez Solís D. Definiciones de sepsis neonatal: un largo camino por recorrer. An Pediatr (Barc) 2006; 65: 525-8
- Saiman L. Strategies for prevention of nosocomial sepsis in the neonatal intensive care unit. Curr Opin Pediatr 2006; 18: 101-6.
- Schwab F, Geffers C, Barwolff S, Ruden H, Gastmeier P. Reducing neonatal nosocomial bloodstream infections through participation in a national surveillance system. J.Hosp.Infect. 2007; 65:319-25