

11249



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECTOR SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO DE LA SEPSIS NEONATAL
EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

TESIS

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO CENTRALIZADO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
SUBESPECIALISTA EN
NEONATOLOGÍA

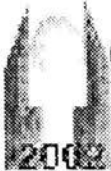
PRESENTA

DR MARIO PINEDA OCHOA



DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

AUTOR: DR LUIS PAULINO ISLAS DOMINGUEZ
DR LINO EDUARDO CARDIEL MARMOLEJO



MÉXICO DF. SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Factores de Riesgo en la Sepsis Neonatal en la
Ruptura Prematura de Membranas en el
Hospital General de México

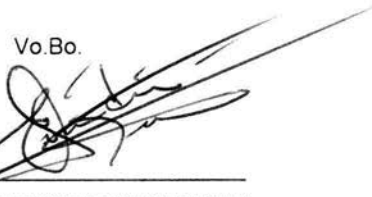
Vo.Bo.



DR LINO EDUARDO CARDIAEL MARMOLEJO
JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRIA
PROFESOR TIRULAR DEL CURSO



Vo.Bo.



DRA ROSA ERENDIRA DURAN RUIZ
CORDINADOR DE ENSEÑANZA
MEDICA EN PEDIATRIA

Vo.Bo.



DR LUIS PAULINO ISLAS DOMÍNGUEZ
MEDICO NEONATOLOGO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MARIO ANEDA

FECHA: OCT 09
06/10/09

A MIS PADRES: [Firma]

UNA VEZ MAS POR SIEMPRE ESTAR A MI LADO AYUDARME Y APOYARME CON SUS CONSEJOS SUS PALABRAS DE ANIMO Y ESPERANZA QUE ME BRINDAN.

A MIS HIJOS:

POR ESTAR TODOS LOS DIAS CON SU SONRISA Y ALEGRIA, POR SIEMPRE ESPERARME CON SUS BRAZOS ABIERTOS PARA DARME SU AMOR, GRACIAS POR HABER NACIDO.

A MI ESPOSA:

DOY GRACIAS A DIOS QUE TÚ ERES MI COMPAÑERA, POR TUS DESVELO CUIDADOS Y PALABRAS DE ANIMO, SIN TU APOYO NO SERIA NADA POSIBLE POR QUE TE AMO.

A MIS MAESTROS:

POR ACOMPAÑARME DURANTE ESTE TIEMPO BRINDÁNDOME DE SUS CONSEJOS, PACIENCIA Y COMPARTIENDO SUS CONOCIMIENTOS.

GRACIAS POR TODO
MARIO

INDICE

1.- RESUMEN	1
2.- INTRODUCCIÓN	2
3.- MATERIAL Y METODOS	7
4.- RESULTADOS	8
5.- DISCUSIÓN	11
6.- CONCLUSIONES.....	13
7.- REFERENCIAS	15
8. ANEXOS	17

RESUMEN

El presente trabajo se realizó con el propósito de identificar los factores de riesgo que condicionan sepsis neonatal en la ruptura prematura de membranas para tomar medidas preventivas y llevar a cabo un screen en el Hospital General de México

Se realizaron en total 34 cuestionarios a pacientes que se encontraron internados en el Cunero Patológico donde se excluyeron 14, así como se aplicó el mismo cuestionario a los pacientes que se encontraron en habitación conjunta con antecedente también de ruptura de membranas durante el periodo de marzo y abril del 2004 en el Hospital General de México.

Encontrando un factor relativo importante en el paciente que no recibieron antibióticos antes del nacimiento por lo menos 48 horas.

Con una falta importante de control prenatal adecuado, así como estancia prolongada en sala de labor lo que condiciona que tenga más revisiones de las necesarias, condicionado el arrastre de bacterias al producto.

A partir de que la principal causa de internamiento es la sepsis neonatal condicionado una serie de secuelas y gasto económico reflejado al familiar e instituciones, la finalidad de este estudio es difundir los hallazgos de esta investigación y crear interés en la prevención de la sepsis neonatal ya que se encuentra en las manos del personal realizar el diagnóstico oportuno y rápido para evitar secuelas importantes al recién nacido.

Palabras clave: Ruptura de membranas, sepsis neonatal

INTRODUCCIÓN

La ruptura de membranas ocurre en el 10% de las embarazadas las cuales presentan parto pretermino de menos de 37 semanas, se reporta una frecuencia de 1 a 3% de los partos y se relaciona que el 45% de todos los recién nacidos prematuros en las instituciones de salud es ocasionado por esta entidad

Una vez ocurrido la ruptura prematura de membranas condiciona trabajo de parto con resolución del embarazo condicionando complicaciones al recién nacido dado que esta barrera protectora del neonato al no existir condiciona un aumento en la incidencia de sepsis neonatal, enterocolitis necrozante síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, neumonía e internamiento del recién nacido para vigilancia por lo que es conveniente preguntarnos.^(1,2,4)

¿ Es posible identificar de manera rápida las complicaciones secundarias a la ruptura prematura de membranas?.

La sepsis neonatal es la principal complicación de la ruptura prematura de membranas, esta es una infección sistémica que ocurre en el primer mes de vida se clasifica en temprana la cual ocurre en las primeras 48 – 72 horas de vida. La de inicio tardío ocurre posterior a las 72 horas de vida.

Esto es debido a que durante la gestación las membranas proveen de una barrera protectora al feto dado que el líquido amniótico donde se desenvuelve suele ser estéril hasta que ocurre una ruptura prematura de membranas la cual la definimos: Como la ruptura de membranas que ocurre sin trabajo de parto de mas de 18 horas condicionando los siguientes signos líquido amniótico mal oliente, signos de infección periparto. Fiebre, sensibilidad uterina, taquicardia y leucocitosis e historia de taquicardia fetal.^(3,5,6)

Siendo de estas la infección sistémica por bacterias, hongos, durante el primer mes de vida esta es una de las principales causas de muerte perinatal en todo el mundo. En los países más desarrollados la letalidad por sepsis ha disminuido hasta establecerse en un

15%, y la tasa de mortalidad se encuentra entre 8 – 12 por cada 1000 nacidos vivos lo cual esta condicionado que la sobre vida es mayor en los recién nacidos prematuros. En consecuencia, hasta el parto y el periodo neonatal inmediato, el niño no se ve expuesto a microorganismos. El canal de parto es fácil de colonización de varias cantidades de bacterias, anaerobias, y aerobias, micoplasma, clamidia, levaduras, y virus. Se ha encontrado en el 70% de los cultivos vaginales de mujeres sanas normales son anaerobios obligados de estas, el 85% que presentan colonización por anaerobios serán portadores de especies bacteroides que incluyen *B.fragilis* en un tercio de los casos. Los estreptococos anaerobios se detectan con el 40 % de las mujeres y clostridium en el 20 % de las mismas. Los cultivos de mujeres embarazadas se encontraron bacterias anaerobias y aerobias aunque el numero de bacterias anaerobias disminuyo desde el principio del embarazo hasta el final.

Los gérmenes encontrados más frecuentes durante la ruptura de membranas por amniocentesis en una serie Hugh y colaboradores encontraron que el 11.5% se encontró *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus viridans* 9.9%, *Fusobacterium* sp 9.4%, *Peptostreptococcus* sp 8.9%, *Streptococcus* grupo B 8.9%, *Bacteroides* sp 6.8% , *Escherichia coli* 0.6%, *Enterobacter cloacae* 0.5% con una semana de ruptura de membranas.^(10,12,13,14)

Durante el proceso del parto, la presencia de algunas de estas bacterias inicia la colonización de las vías respiratorias y del aparato gastrointestinal del recién nacido en algunos de estos recién nacidos inicia el desarrollo de la enfermedad.

En México como en otros países la morbilidad se encuentra estancada con una tasa de 25 – 30% por cada 1000 nacimientos, en otros países esta relación es de 5 – 15%. Hay factores de riesgo en la sepsis neonatal secundaria a ruptura de membranas, gestaciones menores de 37 semanas, el tipo de resolución de embarazo, la presencia o no de *Streptococcus B*, duración en la sala de labor considerando como factor mayor la permanencia de mas de 6 horas, duración de la ruptura de membranas con mayor riesgo mas de 18 horas, numero de revisiones vaginales ya considerándola como riesgo cuando se realiza en mas de 6 ocasiones, datos de corioamniotitis y endometritis maternos, Apgar bajo al nacimiento menos de 6 a los 5 minutos, peso bajo para edad gestacional, y ser del sexo masculino.

Otro dato importante y que disminuye el factor de riesgo para presentar sepsis es el tiempo antes de recibir antibiótico profiláctico ya que se ha encontrado que a las mujeres que recibe antibiótico por lo menos 48 horas antes se considera como a las madres pre tratadas las que se manejaron con antibióticos y mujeres no tratadas a las que no recibieron antibiótico, teniendo como consecuencia, que cuando un producto inicia con datos de proceso infeccioso sistémico, se valore los días de esquema de acuerdo a pretratamiento en la madre.

Ocurriendo que se lleva a 3 días de antibiótico únicamente cuando, no hay datos de proceso infeccioso por exámenes de laboratorio y clínico, solo se lleva a 7 o 10 días cuando hay datos de sepsis neonatal. En cambio a los hijos de madre no tratadas se llevan a 10 días de esquema de antibiótico y cuando se corrobora por cultivo positivo la sepsis incluso se maneja con 14 o 21 días de antibiótico de acuerdo a la evolución, lo que condiciona permanencia hospitalaria prolongada con todos los costos que representa social y económicamente para la institución y familiar.^(6,7,9,10)

Los esquemas en las madres de antibióticos estos son muy variados dado que encada estudio realizado han encontrado diversidad de gérmenes como primera causa de colonización en los recién nacido sin embargo los mas utilizados es el uso de esquema con ampicilina con esquemas de 48 y 72 horas previo a la resolución del embarazo, el uso combinado de amoxicilina-acido clavulanato y aminoglicosido 24 horas previo, eritromicina como monoterapia o cefalexin, sin embargo en lo que la mayoría de los estudios coincide es que disminuye el riesgo de la presencia de sepsis en el recién nacido notablemente con disminución de la estancia hospitalaria.

El seguimiento del recién nacido cuando hay sospecha de sepsis, dado que los microorganismos principalmente bacterias alcanzan la circulación diseminándose rápidamente en diferentes órganos y originando diferentes manifestaciones clínicas que de acuerdo a su gravedad se determinan 4 fases del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, de esta manera es posible sospechar de sepsis, sepsis clínica, sepsis grave y choque séptico. Los signos clínicos de infección pueden presentarse sutiles siendo la primera causa la dificultad respiratoria en el 90% (apneas, taquipnea aumento de las necesidades de O₂, ventilación mecánica) los signos gastrointestinales

son desde diarrea, vómitos, distensión abdominal ileo, dificultad para la succión, problemas en el control térmico, desde hipotermia hasta hipertermia, con alteraciones metabólicas con hipoglucemia – hiperglicemia acidosis metabólica, trastornos hemodinámicos, evento convulsivo hipoactividad e hiporeactividad.^(2,3,5,13,14)

El diagnóstico específico y el test de laboratorio utilizados, se realiza biometría hemática, cultivos en sangre, punción lumbar ocurre en no más de 0.25/1000 nacimientos hijos de madre que recibieron profilaxis para streptococcus B, cultivo urinario, cultivo de aspirado traqueal, otros reactantes de la fase aguda es la proteína C, velocidad de sedimentación globular, interleucina 6, factor de necrosis tumoral.

Considerando leucocitos normales a las 4hrs de vida, los que se encuentran en el 10 – 90% del rango que es de 16,200 a 31,500 $\times 10^9/L$, leucopenia de menos de 5,000/ mm^3 leucocitosis cuando las cifras a los 3 días permanecen de más de 30,000/ mm^3 , neutrofilos totales normales de 9,500 – 21,500 $\times 10^9/L$ en las primeras 4 horas de vida, considerando neutropenia a < de 1,800/ mm^3 a las 12hrs y persista a las 72hrs y neutrofilia cuando se encuentra >21,500/ mm^3 . Relación banda neutrofilo con 0.5 – 0.27 en las primeras 4 horas de vida considerando como valor sospechoso de sepsis >0.27. La proteína C reactiva su pico máximo se encuentra a las 24 – 48 horas de vida considerándolo como valor predictivo de 7 – 43%.

Se realizó un screens por Jeffrey considerando positivo para sepsis más de 2 puntos de los siguientes parámetros:

Neutrofilos <1,750/ mm^3 , leucocitos totales de <7,500/ mm^3 o 40,000/ mm^3 , Relación B/N ≥ 0.2 , Relación B/N ≥ 0.4 , PCR $\geq 1mg/dl$, PCR $\geq 5mg/dl$.

La necesidad de realizar la presente investigación obedece a:

Proporcionar medidas de detección rápida y oportuna de sepsis, a los hijos de madre con ruptura prematura de membranas ya que esta enfermedad tiene impacto económico de la institución de salud y familiar repercutiendo en la calidad de vida del recién nacido previniendo complicaciones.^(3,5)

Encontramos la necesidad de crear una tabla de puntaje para detectar oportunamente la sepsis neonatal dado que muchos pacientes cursan asintomático en el servicio de habitación conjunta y tienen un internamiento posterior en nuestro hospital por sepsis

tardía, por lo que es necesario crear una ruta diagnóstica oportuna de acuerdo a lo encontrado en nuestra población.

Por lo que es factible realizar la detección oportuna y prevención de complicaciones conociendo el comportamiento de las principales alteraciones que ocurren en el recién nacido con sepsis secundaria a ruptura prematura de membranas.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de casos y controles en el Hospital General de México durante el periodo comprendido de marzo a abril del 2004, por medio de un cuestionario, con entrevista directa apoyado de historia perinatal y expediente de ginecología y obstetricia.

Definiendo a los casos a aquellos recién nacidos los cuales ingresaron al servicio de Cunero Patológico por presentar sepsis neonatal con antecedente de ruptura prematura de membranas de mas de 18 horas, nacidos en este hospital, sin importar el sexo aplicando el cuestionario informando a la madre el motivo e interés medico de esta para el personal médico y pacientes.

Las encuestas de los individuos que fueron los controles fueron iguales a las aplicadas en los casos, tomando él mismo rango de edad de los casos, aplicándolo con previo consentimiento informado a las madres de hijos que se encontraron durante el periodo antes mencionado en el servicio de habitación conjunta que presentaron ruptura prematura de membranas sin presentar datos de sepsis neonatal.

Utilizando una población abierta de las diferentes demarcaciones del Estado de México y Distrito Federal. Utilizando historia clínica, cuestionario y expediente clínico con lo que se realizó una recopilación para la base de datos, además de operacionalizar las variables tabulándose en el programa Epi Info 2000 utilizando razón de momios, medidas de resumen y tendencia central.

Se compararon ambos grupos con las mismas variables para lograr encontrar un estimador de riesgo relativo o factor de protección a esté padecimiento.

Se llevó a cabo este estudio sin existir riesgo en esta investigación ya que se realizo sobre base de datos que no interfieren con el manejo, tratamiento y bienestar del paciente con información oportuna y autorización para realizar las encuestas.

RESULTADOS

Con base a la información obtenida de la encuesta del grupo de casos se obtuvo un número de 34 de los cuales se excluyeron 14 pacientes ya que los antecedentes de ruptura de membranas no era el único antecedente de riesgo para presentar sepsis.

Con respecto al grupo de controles se encuestaron a 50 pacientes de los cuales ninguno se eliminó llevándolo a cabo en el mes de marzo y abril de 2004 obteniendo los siguientes resultados.

SEXO: El sexo masculino en el grupo de los casos fue 20, femeninos de 5, en el grupo de los controles el sexo masculino son 36 y 14 femenino, se aplicó la razón de momios obteniendo un riesgo relativo de 1.11 ($0.86 < RR < 1.44$), OR = ($0.43 < OR < 5.83$).

CONTROL PRENATAL: De los casos se reportan 22 pacientes que no acudieron a control, 9 pacientes de los controles que no acudieron a control prenatal con un riesgo relativo de 1.07 ($0.88 < RR < 1.30$) OR = 1.61 ($0.34 < OR < 8.43$).

NUMERO DE CONSULTAS: Casos con más de 8 consultas fueron 12 pacientes. De los controles son 28 pacientes con un Riesgo Relativo de 0.89 ($0.56 < RR < 1.43$) OR 0.79 ($0.26 < OR < 2.33$).

ESTANCIA EN LA SALA DE LABOR: Con permanencia de más de 6 horas fueron 15 pacientes de los casos y de los controles son de 21 lo que condiciona un Riesgo Relativo de 1.43 ($0.90 < RR < 2.26$) OR = 2.07 ($0.70 < OR < 6.19$).

NUMERO DE TACTOS: Más de 5 durante la sala de labor en los casos fueron 14 contra 22 de los controles con un Riesgo Relativo de 1.2777 ($0.80 < RR < 4.77$) OR = ($0.55 < OR < 4.77$).

EL TIPO DE NACIMIENTO: Eutócico fueron de los casos 16, de los controles 29 con un Riesgo Relativo de 1.10 ($0.76 < RR < 1.61$) OR = 1.29 ($0.43 < OR < 3.98$).

APGAR A LOS 5 MINUTOS: Apgar de menos de 5 en los controles es de 7 con controles de 8 pacientes únicamente, presentando un Riesgo Relativo de 1.75 ($0.72 < RR < 4.28$) OR de 2.04 ($0.56 < OR < 7.49$).

INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO: Cursando con cervicovaginitis e infección de vías urinarias los casos la presentaron 18 los controles es de 32 con un Riesgo Relativo de 1.13 ($0.82 < RR < 1.55$) OR de 1.45 ($0.45 < OR < 4.78$).

ANTIBIÓTICOS A LA MADRE: la aplicación a la madre de antibióticos en los casos es 19 pacientes y controles es de 15 pacientes con un Riesgo Relativo de 12.53 ($1.57 < OR < 4.06$) OR = 7.39 ($2.20 < OR < 26.02$).

TIEMPO ANTES DEL PARTO: Menos de 48 horas de aplicación 23 casos y controles de 43, con un Riesgo Relativo de 1.07 ($0.91 < RR < 1.26$) con un OR = 1.87 ($0.31 < OR < 4.29$).

De los pacientes que se manejaron como casos los 25 presentaron sepsis neonatal, con una estancia hospitalaria de más de 10 días fueron 21 pacientes con una estancia hospitalaria prolongada, ninguno de los controles desarrollo sepsis.

Encontramos bacteriemia al momento del nacimiento en 1 solo paciente con dos la presentaron al segundo día y solo un tercero al tercer día de vida.

Leucocitosis 4 pacientes al día 4to de vida, siete a los siete días de VEU.

Leucopenia al primer día con 3 pacientes, en su cuarto día se reporta de solo 1 paciente y al séptimo día solo 2.

Neutropenia al primer día presentan 3 pacientes con su cuarto día solo 1, y a los 7 días de vidas solo 2.

Plaquetopenia al 3er día solo 4 pacientes y al 5to día con 2 pacientes.

Los recién nacidos estudiados en ambos grupos tienen edades de 35 a 40 semanas de gestacional presentando de 35 a 37 semanas fueron 18 pacientes de los casos y 7 pacientes con más de 37 semanas de edad gestacional.

El peso de los pacientes de 1500gr a 2500gr son 17 pacientes en los pacientes del grupo de casos y los 8 restantes son mayores de 2500gr

En cuanto a la edad materna no hay ninguna diferencia significativa entre ambos grupos y en cuanto a la escolaridad de las madres mas del 50% tienen como estudio máximo de secundaria en ambos grupos. Con un factor protector cuando las pacientes acuden a consulta en mas de 8 ocasiones con riesgo relativo de 0.89

DISCUSIÓN

Encontramos que el grupo de edad gestacional, en el grupo de casos es similar la incidencia a las reportadas en la bibliografía con un aumento notable en los menores de 37 semanas de edad gestacional en nuestra serie representa el 64% de todos los casos de sepsis neonatal secundaria a ruptura de membranas.

En cuanto al peso al momento del nacimiento, predomina notablemente el peso bajo de edad gestacional siendo el 53% de los pacientes con peso de 1500gr a 2500gr siendo este un factor de riesgo para presentar sepsis.

El control prenatal como factor predisponente juega un papel importante en la prevención de las enfermedades, y este tiene un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de acuerdo al riesgo relativo de 1.07 en esta serie.

El número de consultas en esta serie tiene un factor protector el cual es conocido dado que el control prenatal en más de 8 consultas se considera como un control adecuado y en este caso dado al riesgo relativo que es de 0.89 confiere protección para sepsis.

La estancia en sala de labor se maneja como un factor predisponente en las series tomadas de referencia, en este caso encontramos con un factor de riesgo relativo alto de 1.43, con una estancia prolongada en este servicio condicionando una revisión por medio de tactos también elevada con más de 5 tactos durante esta estancia condicionando un riesgo relativo de 1.27 aumentando el riesgo para presentar sepsis.

Se han mencionado las características del canal vaginal de acuerdo a los gérmenes aislados en esta zona anatómica tendiendo un riesgo mayor las pacientes atendidas por vía eutócica, lo que nos da en esta revisión de los pacientes manejados como casos un factor de riesgo con un riesgo relativo de 1.10.

El Apgar a los 5 minutos referido como de mayor predisposición para generar sepsis aunado a la ruptura de membranas se encuentra con un Apgar a los 5 minutos de menos de 5 en 7 pacientes de los casos lo que da un riesgo relativo de 1.75, con un evidente factor de riesgo.

Las infecciones durante el embarazo tiene un papel importante en el desencadenamiento de parto pretermino y de termina con antecedente importante de infecciones urinarias y vaginales previas al parto, contando en esta serie con un riesgo relativo de 1.13, lo que es significativo de riesgo para presentar sepsis.

Se manejan varios es esquemas de antibiótico a las madres con ruptura de membranas desde doble esquema hasta monoterapia, así como con tiempo de inicio preferentemente de \geq de 48hrs para evitar proceso infeccioso al recién nacido, durante el estudio se manejo únicamente monoterapia con un tiempo antes de inicio de antibiótico de menos de 48 horas. Lo que incrementa el riesgo de sepsis dado que el riesgo relativo es 1.07 de tiempo antes de inicio de antibiótico, fue de menos de 48hrs cuando se ha visto que tanto disminuye el tiempo de estancia hospitalaria como da protección al recién nacido para evitar presentar sepsis.

En cuanto a los exámenes de laboratorio encontramos que los índices predominantemente que se modifican son bandemia leucocitosis y Plaquetopenia, así como la proteína C reactiva se encuentra con un valor por arriba de 5mg/dl en el grupo de casos con un incremento pico máximo a las 24 y 48 horas manteniéndose por lo menos durante 4 días posteriores a diagnosticado el proceso infeccioso con disminución gradual conforme se instalo el tratamiento.

CONCLUSIONES.

Los factores de riesgo se encuentran documentados, contando con la identificación sencilla, y amplia de los factores, corroborados en nuestra población y país, donde representa un gran costo a las instituciones de salud el tener un recién nacido que va a tener complicaciones inminentes a la sepsis, así como el riesgo de presentar secuelas posteriores a este evento.

Una vez más la prevención es desde el momento mismo que sabe embarazada, sin embargo dada las condiciones y tipo de población que acude a esta unidad no es bien llevada a cabo, condicionando desde ese momento a su ingreso un factor de riesgo para presentar sepsis, aunado esto a la estancia prolongada en sala de labor esto repercute significativamente a que se realiza una exploración ginecológica de manera más excesiva arrastrando desde el momento mismo de realizar la exploración, la flora bacteriana propia y patógena hacia el producto dado que no hay barrera protectora.

A su vez es necesario realizar una valoración por obstetricia cual es el modo más factible para el desembrazo de la paciente y evitar así también la colonización del producto con la flora patógena existente.

Una vez que nace el recién nacido, tenemos que tomar una ruta crítica dado que depende mucho de una buena valoración y detección oportuna para sepsis, por lo que es conveniente desde el momento de nacimiento tomar biometría hemática a las primeras 4 horas y a las 24 horas de vida realizando una correlación clínica con todos los factores de riesgo ya comentados.

Por lo que es necesario la creación de un Screen con los siguientes datos:

Control prenatal, número de consultas, tiempo antes de infecciones vaginal o urinaria, número de horas de ruptura de membranas, tratamiento previo y cuanto tiempo antes, modo de atención del parto, No de horas de estancia en sala de labor, número de tactos edad gestacional, peso al nacimiento, sexo, Apgar a los 5 minutos, tomando en cuenta la biometría hemática principalmente los leucocitos totales, relación banda neutrofilo, plaquetas y toma de proteína C reactiva a las 24 horas, ver tabla 1.

Con este screen se intenta de manera rápida tomar la decisión de que pacientes se tendrá que realizar un seguimiento durante más tiempo e identificar oportunamente la

sepsis disminuyendo los ingresos posteriores a unidades pediátricas y disminuir el costo de estancia hospitalaria de cada paciente así como también sugerimos una investigación sobre que flora vaginal y patógena maneja nuestra paciente al momento de ingreso para poder tomar la decisión de que tipo de antibiótico ideal sería instalar y cuanto tiempo antes para favorecer la disminución del riesgo de sepsis y beneficio al recién nacido.

REFERENCIAS

1. ANTHONY M. VINTZILCOS. ANTEPARTUM SURVEILLANCE IN PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES. J. PERINATOLOGY 24(1996) 319 –326.
2. HOWARD W.KILBRIDE. NEONATA COMPLICATIONS OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. CLINCS IN PERINATOLOGY VOL 28, NUBER 4, DECEMBER 2001.
3. MICHAEL K. YANCEY. RISK FACTORS FOR NEONATAL SEPSIS. VOL,87 NO 2. FEBRUARY 1996.
4. HUGH M.EHRENBERG ANTIBIOTIC AND THE MANAGEMENT OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF THE FETAL MEMBRANES. CLINICS IN PERINATOLOGY VOLME 28. NUMBER 4. DECEMBER 2001.
5. JEFFREY S. GERDES. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF BACTERIAL INFECTIONS IN THE NEONATE. VOLUME 51. NUMBER 4. AUGUST 2004.
6. IRA ADAMS-CHAPMAN. PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. CURREN PEDIATRIC 2002. 14, 157 – 164.
7. ALICE M. GARNER CAN FULLTERM AND NEARTERM INFANTS AT RISK FOR SEPSIS BE MANAGED SAFELY WITHOUT ANTIBIOTICS?. JOURNAL OF PERINATOLOGY (1999) 19(8) 589 – 592.
8. LUNDGREN K. MIRKINSON LJ. UTILITY OF COMPLETE BLOOD COUNT AND BLOOD CULTURE SCREENING TO DIAGNOSE NEONATAL SEPSIS IN THE ASYMTOMATIC AT-RIST NEWBORN JOURNAL OF PEDIATRICS. VOLUME 143. NUMBER 5.NOVEMBER 2003.

9. VELAZQUEZ ACOSTA J. APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CONCEPTOS DE SEPSIS EN UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ. REVISTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PEDIATRIA. VOL13, NUM 51 ENERO MARZO 2000.
10. BRIAN M. MERCER. PRETERM LABOR AND PRETERM PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES. VOLUME 11. NUMBER 1. MARCH 1997.
11. PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. CURR OPIN PEDIATRIC 2002. 14. 157 – 164 2002.
12. NEHAMA LINDER NEONATAL SEPSOS AFTER PROLONGED PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. JOURNAL OF PERINATOLOGY VOLUME 15. NUMBER 1. 1995.
13. CRAIG V. TOWERS. ANTEPARTUM USE OF ANTIBIOTICS AND EARLY-ONSET NEONATAL :THE NEXT 4 YEARS. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY. VOLUME 187. NUMBER 2. AUGUST 2002.
14. ANNE SCHUCHAT. RISK AND OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF EARLY-ONSET NEONATAL SEPSIS: A MULTICENTER CASE-CONTROL STUDY. PEDIATRICS VOLUME 105. NUMBER 1. JANURY 2000.
15. MARTA D. MULLETT. NOSOCOMIAL SEPSIS IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT. JOURNAL OF PERINATOLOGY VOLUME 18. NUMBER 2. 1998.
16. GARY M. WEINER. IMPROVISING THE TIMING OF ANTIBIOTIC ADMINISTRATION TO HIGH-RISK NEWBORNS. JOURNAL OF PERINALOLOGY VOLUME 15 NUMBER 3. 1998.

Tabla 1

Variable	Puntaje 1	Puntaje 2	Total
Estancia en labor Mas de 6 horas		2	2
Numero de tactos Mas de 5		2	4
Sexo Masculino	2		6
Sexo Femenino		1	7
Peso 1500gr- 2500gr	2		9
Peso mas de 2500gr		1	10
Apgar menos de 5	2		12
Tratamiento con ATB <48hrs		2	14
Tratamiento con ATB > de 48hrs	1		15
Leucocitosis a las 24hrs >25000mm ³	1		16
Leucopenia a las 24hrs < de 5000mm ³	1		17
Proteina C a las 24hrs 3-5mg/dl	1		18
Proteina C a las 24hrs >de 5mg/dl		2	20