

11237
Zej
123



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Centro Médico del Noroeste
Cd. Obregón Sonora

**"R. N. POTENCIALMENTE INFECTADO"
EL LABORATORIO COMO COMPLEMENTO PARA
DEMOSTRAR INFECCION EN ESTOS PACIENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
P E D I A T R I A M E D I C A
P R E S E N T A :
DR. JUAN MANUEL RAMIREZ VALDIVIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

Objetivos

Introducción.....	1
Justificación.....	4
Hipótesis.....	5
Material y Métodos.....	6
Resultados.....	7
Análisis de Resultados.....	30
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	34

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES.

El establecer un protocolo de estudio de los pacientes Recién Nacidos Potencialmente Infectados en forma sistemática.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Valorar estudio de laboratorio más confiable para determinar la infección en los R.N. Potencialmente Infectados.

Demostrar que el uso profiláctico de los antimicrobianos en los pacientes potencialmente infectados es de poca utilidad

I N T R O D U C C I O N

El gran problema médico de épocas antiguas y actuales, es el diagnóstico precoz de la infección neonatal, ya que es la principal causa de mortalidad en el periodo neonatal, - - siendo la incidencia de septicemia neonatal entre 1 po 500 y por 1,600 nacidos vivos; dicha incidencia no ha variado a lo largo de los últimos 40 años, la mortalidad sobrepasaba el 90% antes de los antibióticos, pero ahora varía entre el 13- y el 45%, la infección provoca entre el 10 y el 20% de la -- mortalidad infantil y es responsable del 3 al 15% de los mor^utinatos, existiendo una incidencia de sepsis neonatal 3 a 5- veces superior en lso R.N. prematuros (1, 2, 3, 4, 5, 6).

El término de R.N. potencialmente infectado fue acuñado por primera vez en 1979 el cual fue relacionado con la ruptura prematura de membranas (7) pero rápidamente cayo en deshuso- y en la actualidad tiende a desaparecer quedando solamente - como R.N. sano o R.N. séptico.

Sin embargo el gran interés por realizar un Dx precoz- de estos pacientes han llevado al estudio de métodos de labo^oratorio sencillos y sofisticados que hasta la actualidad aún son insuficientes y en ocasiones contradictorios para reali- zar un Dx, como lo demuestran los estudios en la determina- ción de un inhibidor de la alfa elastasas (8), cambios en -

cuenta leucocitaria (9, 10) determinación de proteína C. - reactiva (POR) (11, 12) determinación de alfa 1 antitripsina (12), Orosmucoide (12), Microsedimentación globular (13, 14), trombocitopenia (15, 16) por mencionar algunos. Otro gran -- problema a resolver en estos pacientes es la utilización de - antimicrobianos, los cuales hasta el momento los resultados- de su utilización profiláctica son contradictorias, como lo- vemos en los estudios realizados por Ursin Knudsen (17), en- los cuales demuestra que el uso profiláctico con Kanamicina- disminuyó la incidencia de septicemia en su población de es- tudio; sin embargo estudios llevados por Habel (18) y Bennet (19) demostraron que el uso profiláctico de antimicrobianos- es innecesario y potencialmente peligroso, que no solamente- afecta la flora normal, sino que puede desarrollar bacterias resistentes que pueden infectar al paciente siendo principal- mente flora de tipo aerobica.

Otros de los factores que se han asociado a la sepsis- neonatal es la RPM (Ruptur Prematura de Membranas) en la - - cual se escrito también en relación del uso profiláctico de - antimicrobianos (18) y de sus efectos sobre el R.N. (20, 21) así como otros factores agregados como son la baja puntua- - ción de Apgar, datos de asfixia, coriamnioitis materna, los- cuales incrementan el índice de infección neonatal.

Agregado a esto la inmadurez inmunológica neonatal. - -

(22, 23, 24, 25) manifestado por una disminución de la quimi-
miotaxia, alteraciones en la ruta del complemento, niveles ba-
jos de la IgM, los anticuerpos producidos por la IgG son me-
nos efectivos, para la acción bactericida y acción opsónica,
y que las células plasmáticas y linfocitos que juegan un pa-
pel importante en la aparición de los anticuerpos aparecen -
más tarde, agravan el cuadro y la potencialidad de infección
en estos pacientes.

J U S T I F I C A C I O N

Como hemos visto el establecer un Dx oportuno de infección estos pacientes es de primordial importancia por la alta incidencia de morbimortalidad, el cual con antecedentes como RPM, hipoxia neonatal, bajas puntuaciones de Apgar, corioamniotitis materna, etc. agraven el cuadro, así como el uso indiscriminado de antimicrobianos utilizado en estos pacientes.

Han motivado a realizar este estudio el cual las metas principales son determinar la (s) pruebas de laboratorio más confiable para determinar infección de estos pacientes y demostrar que el uso profiláctico e indiscriminado de los entimicrobianos es innecesario en estos pacientes.

H I P O T E S I S

El tratamiento antimicrobiano en los pacientes Recién-Nacidos Potencialmente Infectados disminuye el riesgo de infección.

Los datos clínicos, 2 o más datos alterados de laboratorio considerados como reactantes de fase aguda incrementa la probabilidad de Dx de infección en los pacientes R.N. Potencialmente Infectados.

MATERIAL Y METODOS.

TIEMPO: Enero de 1987 a Mayo de 1987.

ESPACIO: Centro Médico del Noroeste Cd. Obregón Sonora.

UNIVERSO: R.N. de Término considerado Potencialmente Infe--
tado, considerando esto último (Partos Fortuitos, ruptura --
prematura de membranas contaminación fecal, instrumentación--
con material no estéril).

METODOS DE OBTENCION DE DATOS.

Se obtuvieron los datos directamente en una población--
de 40 niños R.N. que cumplieran las características arri--
ba mencionadas, y transcritas a un formato general (ver ade--
lante), realizándose a estos niños BHC, plaquetas VSG, Culti--
vos (Hemocultivo, Urocultivo, Coprocultivo).

RECURSOS.

HUMANOS: Los R.N. nacidos en el Hospital procedentes de la --
Unidad Tocoquirúrgica y Quirófanos. Técnicos del laboratorio --
del Hospital.

TECNICOS.

Materiales obtenidos por el laboratorio para cultivos, el --
estudio de la Biometria Hemática y el conteo de plaquetas --
por métodos ordinarios de rutina y la eritrosedimentación --
(VSG) por medio del tubo de Wintrobe.

RESULTADOS

Se estudiaron 40 R.N. de términos catalogados como Potencialmente Infeccionados durante el período comprendido de -- enero de 1987 a mayo de 1987, a los cuales se tomaron estudios de BHC, plaquetas por el método convencional de laboratorio VSG por medio del tubo de Wintrobe, así como la realización de cultivos (hemocultivos, urocultivos, coprocultivos), un formato único de recolección de datos, dentro de -- los cuales, como antecedentes de importancia se estudiaron -- la edad materna (ver cuadro 1) la relación con el No de gestación (ver cuadro 2) si fueron partos eutócicos o distócicos y de estos aplicación de forceps o cesarea (ver cuadro -- 3), el sexo, (cuadro 4), la potencialidad de Infección, es -- decir, la causa condicionante que dio origen para catalogar -- como tal (cuadro 5) la toma de hemocultivos (cuadro 6), coprocultivos (cuadro 7), urocultivos (cuadro 8) dentro de la -- BH se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: conteo de leucocitos, % de segmentados, % de bandas, conteo de plaquetas, Eritrosedimentación (VSG), relación B/N y Bandas absolutas (ver cuadros y gráficas correspondientes más adelante).

Así como una relación entre paridad y el tipo de potencialidad de infección (ver gráficas en pastel).

HOJA DE CONCENTRACION DE DATOS: R.N. POT INFECTADOS.

FECHA DE INGRESO _____ NACIMIENTO _____ EGRESO _____
EDAD MATERNA _____ G _____ P _____ A _____ C _____ MALFORMACIONES -
_____ EDAD GESTACIONAL _____ BALLARD _____ PATOLOG. MAT.

S.F. _____ ANESTESIA _____ TIPO DE PARTO _____
NACIMIENTO _____ SEXO _____ P.C. _____ P.T. _____ P.A. _____
S.I. _____ TALLA _____ I. MILLER _____ PROCEDENCIA _____
APGAR Y SILVERMAN _____ INFECTADO _____

PESO: INGRESO _____ EGRESO _____
SEMATOMATRIA DE EGRESO: PC _____ PT _____ P.A. _____ SI _____ PIE _____
TALLA _____ DIAS DE ESTANCIA _____
LAB: BIOMETRIA HEMATICA: HB _____ HTO _____ GRUPO Y Rh _____
COOMBS _____ LEUCOCITOS _____ SEGMENTADOS _____ BANDAS _____
_____ LINFOCITOS _____ PLAQUETAS _____ VSG _____
INDICE DE INFECCION _____

BACTERIOLOGIA:

HEMOCULTIVO _____
COPROCULTIVO _____
UROCULTIVO _____
OTROS CULTIVOS _____
ANTIBIOTICOS Y DIAS _____
TRANSFUSIONES _____

D I A G N O S T I C O S

INGRESO:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

EGRESO:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

OBSERVACIONES:

RAMIREZ R2P.

INDICE DE INFECCION DEL R.N. POTENCIALMENTE INFECTADO.

No. de Paciente	Gestas	Edad Materna	Urocultivo	Coprocultivo
1	I	24a.	Neg.	Neg.
2	I	23a.	Neg.	Neg.
3	IV	30a.	Escherichia	Escherichia.
4	II	22a.	Escherichia	Escherichia.
5	III	25a.	Neg.	Neg.
6	I	25a.	Escherichia	Neg.
7	II	27a.	Neg.	Neg.
8	V	30a.	Neg.	Neg.
9	I	16a.	Neg.	Neg.
10	I	17a.	Neg.	Escherichia.
11	I	24a.	Neg.	Neg.
12	III	25a.	Neg.	Neg.
13	X	34a.	Neg.	Neg.
14	III	21a.	Neg.	Neg.
15	III	21a.	Neg.	Neg.
16	I	17a.	Klebsiella	Klebsiella.
17	I	17a.	Neg.	Neg.
18	I	27a.	Neg.	Neg.
19	I	19a.	Neg.	Neg.
20	I	22a.	Klebsiella	Neg.
21	II	20a.	Neg.	Neg.
22	VI	34a.	Neg.	Neg.
23	III	26a.	Neg.	Neg.
24	I	28a.	Neg.	Pseudomona, Escherichia K.
25	I	23a.	Escherichia	Neg.
26	I	25a.	Neg.	Neg.
27	III	26a.	Neg.	Neg.
28	II	17a.	Neg.	Neg.
29	IX	36a.	Neg.	Neg.
30	III	24a.	Klebsiella	Klebsiella Escherichia
31	II	18a.	Neg.	Escherichia
32	II	24a.	Neg.	Neg.
33	I	23a.	Neg.	Neg.
34	II	19a.	Neg.	Neg.
35	VII	31a.	Escherichia	Neg.
36	I	17a.	Neg.	Neg.
37	I	22a.	Neg.	Neg.
38	II	30a.	Neg.	Neg.
39	III	22a.	Neg.	Neg.
40	I	18a.	Contaminado	Escherichia.

EDAD MATERNA (CUADRO 1).

No.

§

15 - 19 AÑOS	10	25%
20 - 24 AÑOS	14	35
25 - 29 AÑOS	9	22.5
30 - 34 AÑOS	6	15
35 - 39 AÑOS	1	2.5

GESTAS (CUADRO 2).

No.

§

PRIMIGESTAS (I)	18	45
SECUNDIGESTA (II)	8	20
MULTIGESTA (III)	8	20
MULTIGESTA (IV 6 +)	6	15

PARTOS (CUADRO 3)

No.

§

EUTOCICOS		27	67.5
DISTOCICOS	FORCEPS 3	13	32.5
	CESAREA 10		

SEXO (CUADRO 4)

No.

%

MASCULINO	16	40
FEMENINO	24	60

TIPO DE INFECCION (CUADRO 5).

No.

%

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	26	65
PARTOS FORTUITOS	6	15
INSTRUMENTACION	5	12.5
OTROS	3	7.5

HEMOCULTIVOS (CUADRO 6)

	No.	%
POSITIVOS	0	0
NEGATIVOS	40	100%

COPROCULTIVO (CUADRO 7)

*PSEUDONOMA 1
ESCHERICHIA 7
KLEBSIELLA 3

	No.	%
POSITIVOS	8	20
NEGATIVOS	32	80

UROCULTIVOS (CUADRO 8)

* KLEBSIELLA 3
ESCHERICHIA 5

	No.	%
POSITIVOS	8	20
NEGATIVOS	32	80

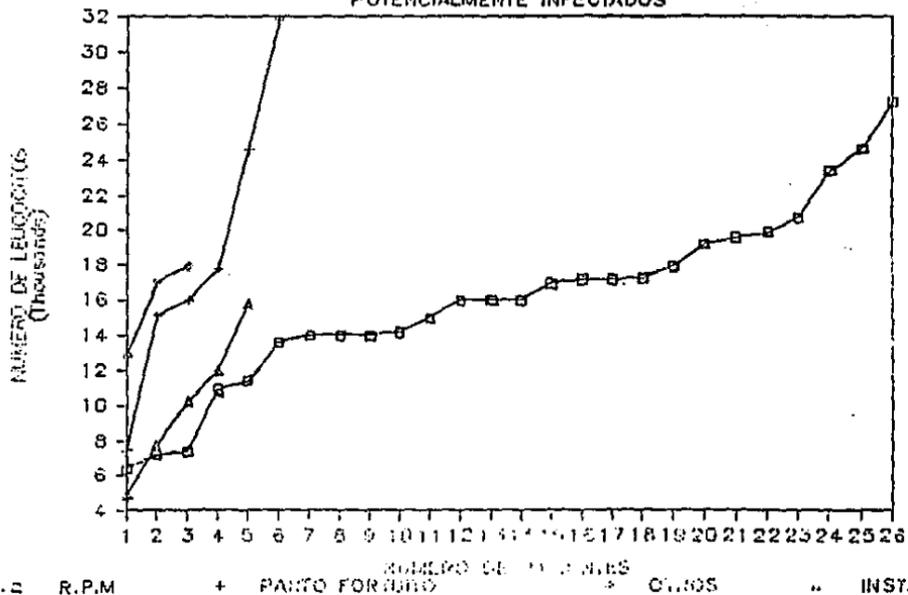
INDICE DE INFECCION EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS

NUM. DE PACIENTES	LEUCOCITOS (mm 3*10 3)	SEGMENTADOS (%)	BANDAS (%)	PLAQUETAS (mm 3*10 3)	VSG (mm)	B/N	B.A.
1	6400	76	7	1500000	1	0.092	448
2	7200	46	0	140000	0	0	0
3	7400	50	2	200000	0	0.04	148
4	10900	50	2	251000	1	0.04	218
5	11400	66	0	238000	1	0	0
6	13600	52	1	271000	1	0.019	136
7	14000	56	3	300000	0	0.093	420
8	14000	65	3	230000	2	0.045	420
9	14000	64	0	22600	0	0	0
10	14200	61	0	172000	1	0	0
11	15000	40	2	200000	0	0.05	300
12	16000	57	2	300000	0	0.035	320
13	16000	54	0	150000	0	0	0
14	16000	55	0	145000	0	0	0
15	17000	64	2	190000	1	0.031	340
16	17200	64	1	270000	0	0.015	172
17	17200	52	1	142000	0	0.019	172
18	17300	58	2	180000	0	0.034	346
19	17900	64	0	196000	0	0	0
20	19200	71	3	195000	1	0.042	576
21	19600	53	5	300000	1	0.094	980
22	19900	59	5	33000	0	0.084	995
23	20700	72	0	171000	0	0	0
24	23400	57	6	190000	4	0.105	1404
25	24600	68	17	189000	0	0.25	4102
26	27200	80	5	160000	1	0.062	1360
27	7400	57	0	99000	0	0	0
28	15100	66	0	77000	0	0	0
29	16000	70	1	235000	0	0.014	160
30	17800	91	0	105000	10	0	0
31	24500	65	2	277000	1	0.03	490
32	31900	80	2	226000	0	0.025	638
33	12800	61	3	55000	0	0.049	384
34	17000	67	1	250000	1	0.041	170
35	17900	69	0	198000	1	0	0
36	4900	51	1	175000	0	0.019	49
37	7700	58	0	175000	0	0	0
38	10200	56	2	143000	0	0.035	204
39	12000	72	1	162000	2	0.0238	0.008
40	15800	67	1	153000	0	0.014	158

NUMERO DE LEUCOCITOS (MM 3*10 3)

NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	6400			
2	7200			
3	7400			
4	10900			
5	11400			
6	13600			
7	14000			
8	14000			
9	14000			
10	14200			
11	15000			
12	16000			
13	16000			
14	16000			
15	17000			
16	17200			
17	17200			
18	17300			
19	17900			
20	19200			
21	19600			
22	19900			
23	20700			
24	23400			
25	24600			
26	27200			
27		7400		
28		15100		
29		15000		
30		17800		
31		24500		
32		31900		
33			12800	
34			17000	
35			17900	
36				4900
37				7700
38				10200
39				12000
40				15800

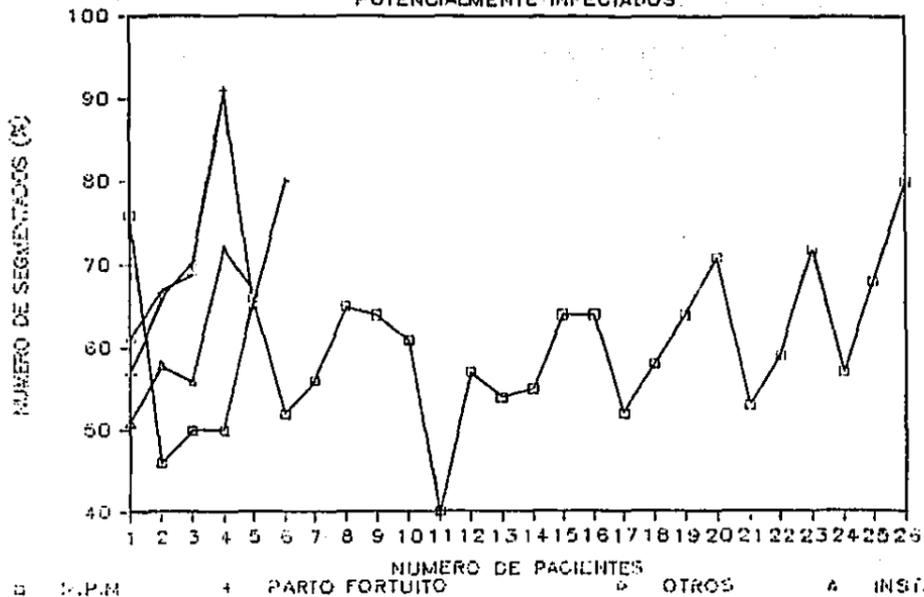
NUMERO DE LEUCOCITOS EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS



NUMERO DE SEGMENTADOS (%)

NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	76			
2	46			
3	50			
4	50			
5	66			
6	52			
7	56			
8	65			
9	64			
10	61			
11	40			
12	57			
13	54			
14	55			
15	64			
16	64			
17	52			
18	58			
19	64			
20	71			
21	53			
22	59			
23	72			
24	57			
25	68			
26	80			
27		57		
28		66		
29		70		
30		91		
31		65		
32		80		
33			61	
34			67	
35			89	
36				51
37				58
38				56
39				72
40				67

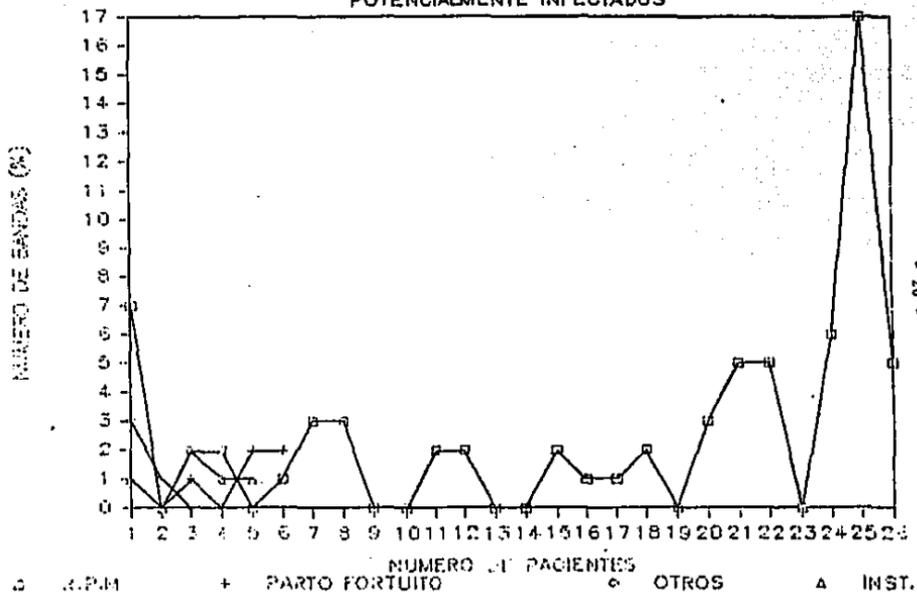
NUMERO DE SEGMENTADOS EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS.



NUMERO DE BANDAS (%)

NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	7			
2	0			
3	2			
4	2			
5	0			
6	1			
7	3			
8	3			
9	0			
10	0			
11	2			
12	2			
13	0			
14	0			
15	2			
16	1			
17	1			
18	2			
19	0			
20	3			
21	5			
22	5			
23	0			
24	6			
25	17			
26	5			
27		0		
28		0		
29		1		
30		0		
31		2		
32		2		
33			3	
34			1	
35			0	
36				1
37				0
38				2
39				1
40				1

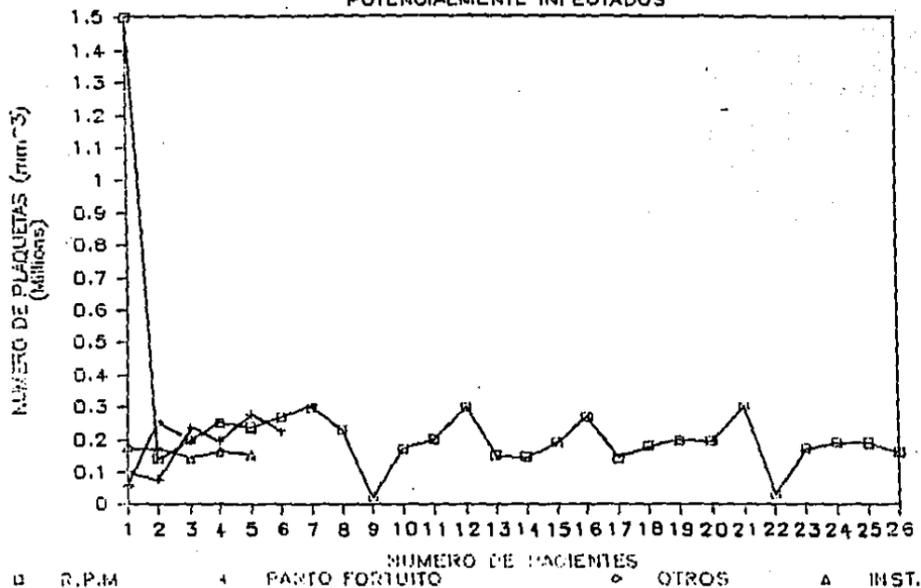
NUMERO DE BANDAS EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS



NUMERO DE PLAQUETAS (MM #*1) #)

NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	150000			
2	140000			
3	200000			
4	251000			
5	238000			
6	271000			
7	300000			
8	230000			
9	22600			
10	172000			
11	200000			
12	300000			
13	150000			
14	145000			
15	190000			
16	270000			
17	142000			
18	180000			
19	196000			
20	195000			
21	300000			
22	33000			
23	171000			
24	190000			
25	160000			
26	180000			
27		99000		
28		77000		
30		235000		
30		195000		
31		277000		
32		228000		
33			55000	
34			250000	
35			198000	
36				175000
37				175000
38				143000
39				162000
40				153000

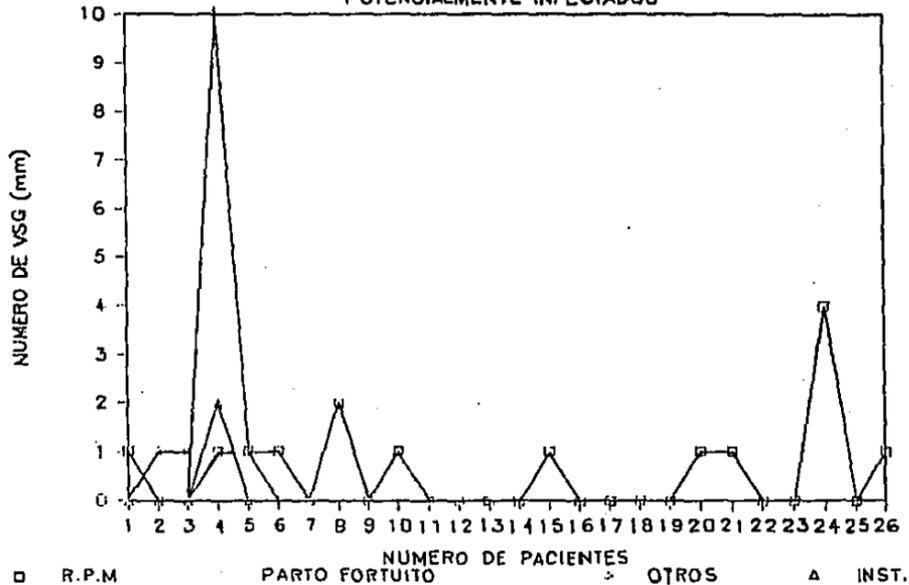
NUMERO DE PLAQUETAS EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS



NUMERO DE VSG (MM)

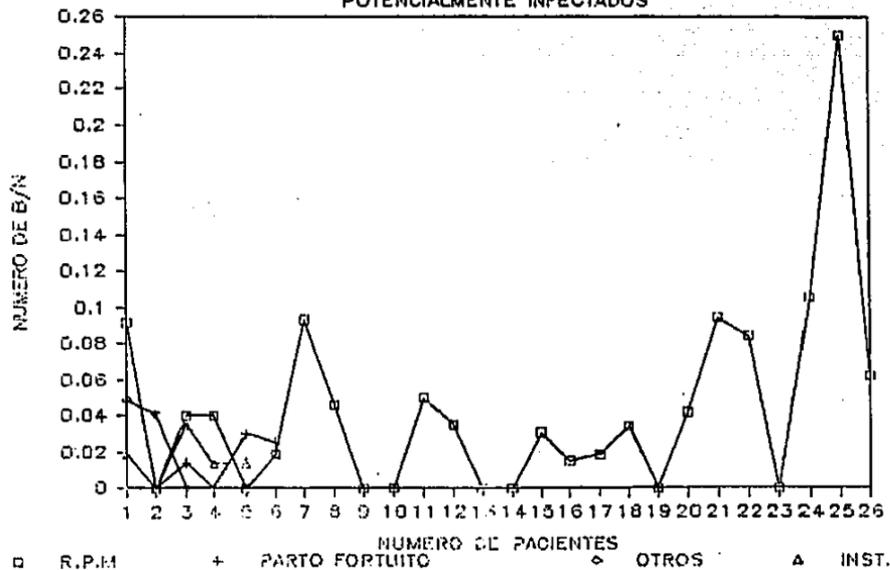
NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	1			
2	0			
3	0			
4	1			
5	1			
6	1			
7	0			
8	2			
9	0			
10	1			
11	0			
12	0			
13	0			
14	0			
15	1			
16	0			
17	0			
18	0			
19	0			
20	1			
21	1			
22	0			
23	0			
24	4			
25	0			
26	1			
27		0		
28		0		
29		0		
30		10		
31		1		
32		0		
33			0	
34			1	
35			1	
36				0
37				0
38				0
39				2
40				0

NUMERO DE VSG EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS



NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INT.
1				
2	0.092			
3	0			
4	0.04			
5	0.04			
6	0			
7	0.019			
8	0.093			
9	0.046			
10	0			
11	0			
12	0.05			
13	0.035			
14	0			
15	0			
16	0.031			
17	0.015			
18	0.019			
19	0.034			
20	0			
21	0.042			
22	0.094			
23	0.084			
24	0			
25	0.105			
26	0.25			
27	0.062			
28		0		
29		0		
30		0.014		
31		0		
32		0.03		
33		0.025		
34				
35			0.049	
36			0.041	
37			0	
38				0.019
39				0
40				0.035
				0.0138
				0.014

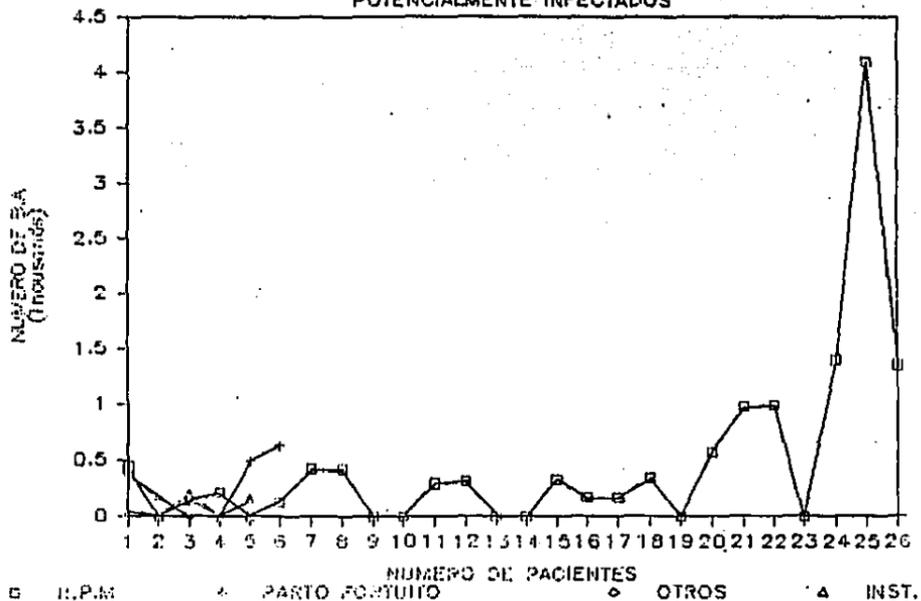
NUMERO DE B/N EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS



NUMERO DE B.A.

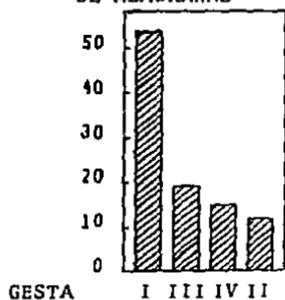
NUM. DE PACIENTES	R.P.M.	PARTO FORTUITO	OTROS	INST.
1	448			
2	0			
3	148			
4	218			
5	0			
6	136			
7	420			
8	420			
9	0			
10	0			
11	300			
12	320			
13	0			
14	0			
15	340			
16	172			
17	172			
18	346			
19	0			
20	576			
21	980			
22	995			
23	0			
24	1404			
25	4182			
26	1360			
27		0		
28		0		
29		160		
30		0		
31		490		
32		638		
33			384	
34			170	
35			0	
36				43
37				0
38				204
39				0.008
40				158

NUMERO DE B.A EN PACIENTES POTENCIALMENTE INFECTADOS

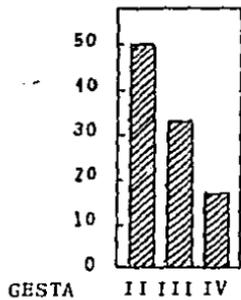


ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

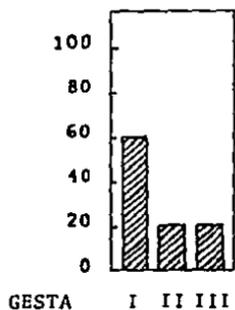
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS



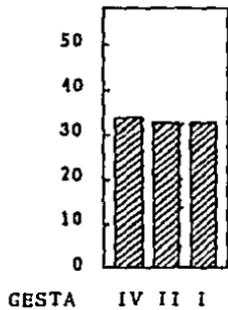
PARTO FORTUITO



INSTRUMENTACION



OTROS



ANALISIS DE RESULTADO

Vemos que el mayor riesgo de infección neonatal se encuentra en el grupo de edad materna entre los 20-30 años de edad, en el cual abarca el 50% de la población estudiada, a su vez la GI es la de mayor riesgos inherentes para la probabilidad de infección del R.N. como se ve en los esquemas de pasteles, en los cuales se demuestra que la R.P.M. se asocia con un 54% a la GI agregando a esto la instrumentación que también se realizó en estos pacientes en un 60%, por lo que habrá que vigilar estrechamente a estas pacientes por el alta grado de infección, que desgraciadamente no se demostró en nuestro estudio.

En cuanto a sexo no hubo diferencias significativas. - La utilidad de los cultivos es poca, porque en gran parte no hubo correlación clínica, serológica y bacteriológica, ya -- que a pesar de tener cultivos positivos, los cuales en la -- gran mayoría se reportaron hasta 2 germenos, los cuales podemos considerar contaminación a excepción del paciente No. 25 donde el urocultivo resultó positivo con un solo germen (escherichia) y se pudo asociar a alteraciones demostrables en laboratorio. Habrá que seguir investigando, para determinar realmente la utilidad de los cultivos en este tipo de pacientes.

Los leucocitos cuyos valores establecidos por Paul VK- (1) como normales son (8,000 a 20,000) son de poca utilidad ya que salieron alteradas en 11 pacientes de los 40 y sólo 1 de ellos el paciente No. 25 se apoyo en otros estudios de laboratorio alterados.

Los neutrofilos al igual que el grupo anterior también son de poca utilidad siendo sus valores normales (47-60%) -- (1,9) ya que salieron alterados en 19 pacientes de los 40 -- con la misma salvedad que el apartado anterior el paciente - No. 25.

Otro parámetro estudiado es en relación al porcentaje de bandas, bandas absolutas y relación bandas/neutrofilos, - los cuales resultaron ser muy confiables ya que sólo el paciente No. 25 el cual había tenido alteraciones en otros parámetros laboratoriales fue el único que resulto alterado en estos parámetros. (1,9).

Las plaquetas las cuales se consideraban de ser altamente confiables en nuestro estudio demostro ser poco confiables, siendo su valor normal (+100,000) (15,16) saliendo alteradas solamente en 5 pacientes en los cuales no hubo - - otra alteración y no se reporto en el paciente No. 25 en el cual se debería de escapar.

Por último la VSG fue útil en nuestro estudio, aunque-

no como indice de confiabilidad, ya que sólo 1 paciente salió alterada el No. 30 sin corroboración clínica ni otro dato de laboratorio que apoyara, y no conto sin embargo el paciente 25 el cual estaba infectado, sin embargo 38 pacientes los cuales no se alteraron y sus resultados fueron normales- (13, 14) descartó la posibilidad de infección.

Como vemos es difícil establecer una correlación clínica, serológica y bacteriológica, y en algunas situaciones - hasta contradictorias, pero queda claro que a estos pacientes no se aplico ningún antimicrobiano a pesar de que tuvieron resultados alterados de laboratorio y cultivos positivos, exceptuando el paciente No. 25 en el cual se encontraron 5 parámetros de laboratorio alterados y un cultivo positivo con un sólo germen (urocultivo) al cual se aplico doble esquema antimicrobiano (ampicilina y gentamicina) a dosis habituales.

C O N C L U S I O N E S

En conclusión creemos que la utilización de los antimicrobianos de tipo profilático en estos pacientes como lo refiere Habel (13) y Bennet (14) son innecesarios como lo demostramos en nuestro estudio, ya que de los 40 pacientes estudiados sólo 1 de ellos requirió tratamiento antimicrobiano.

Concluimos también que los resultados más confiables de laboratorio en estos pacientes son el % de bandas; las bandas absolutas y bandas neutrofilos para determinar infección en estos pacientes.

Los cultivos son de poca utilidad para estos pacientes y contradictorios en la gran mayoría de las veces, como se pudo determinar en nuestro estudio.

Habra que vigilar estrechamente aquellas pacientes encontradas entre los 20-30 años y antecedentes de RPM ya que se asocian en un porcentaje elevado a instrumentación con material no esteril de sus productos y por consiguiente un alto riesgo de infección.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- V.K. Paul. Diagnosis and Treatment of neonatal sepsis.-
Indican Pediatrics. 1986; 23: 1023-1035.
- 2.- M.M. Placzek. Whitelaw A. Harly and late nonatal septi-
caemia. Archives of Disease in Childhood. 1983; 58: 728
731.
- 3.- Alistair GS. Philip MB. Early diagnosis of Neonatal Se-
psis. Pediatrics. 1980; 65: 1035-1041
- 4.- Eriksson Margareta. Neonatal Septicemia. Acta Ped Swand.
1983; 72: 1-8.
- 5.- John P Cloherty. Manual de Cuidados Neonatales. Ed. Sal
vat. 1985.
- 6.- Oscar Sandoval. Glielb Martinez. El R.N. Potencialmente-
Infectados. Bol Med. Hosp. Infant. 1979; 36: 23-33.
- 7.- Christian P. Speer MD. Assja Ninjo. Elastase alfa 1 pro
teinas e inibidor in early diagnosis of neonatal septi
cemia. Journals of Pediatrics. 1986: 987-990.
- 8.- S.N. Parida. IC Verma and Singh. Blood leucocyte chan-
ges for early diagnosis neonatal sepsis. Indian J. Pe-
diat. 1982; 49: 653-657.

- 9.- SA. Haiber. Polymorphonuclear Leucocyte Count in Diagnosis of infection in the Newborn. Archives of Disease in Childhood. 1972; 47: 394-395.
- 10.- K.G. Sabel. Wadsworth C reactive protein (CPR) in -- early diagnosis of Neonatal septicemia. 1979; 68: 825 - 831.
- 11.- Speer Ch. Bruns A. Determinaciones secuenciales de CPR. alfa 1 antitripsina y haptoglobulina en septicemia neonatal. Acta Pediatrica Escandinava. 1983; 72: 679-683.
- 12.- Arturo Vargas Origel. Luis Jasso G. Matías Lara Gúzman. Evaluación de algunas pruebas de laboratorio para el -- diagnóstico de septicemia en el Neonato. Bol Med. Hosp. Infant. Méx. 1980; 37: 1135-1140.
- 13.- Hugh Evans. Leonrd Glass. The Micro-erythrocyte sedimentation rate in new born infants. The Journals of Pediatrics. 1970; 76: 448-451.
- 14.- Saul M Adler, MD. ronald L. The erythrocyte sedimentation rate in the newborn period. The journals of Pediatrics. 1975; 86: 942-948'
- 15.- Luis Jasso G. Arturo Vargas Origel. Trombocitopenia como índice de septicemia en el R.N. Gaceta Med. de México. 1976; 4-317-320.
- 16.- Douglas Tate Gregory T1 Carlton Inmune Tromboeytopenia in severe neonatal infections the Journals of Pedia-- trics. 1981; 98: 499-453.

- 17.- Ursin Knudsen, Janne Steinrud. Septigaemia of the Newborn associated with ruptured foetal membranes, discoloured amniotic fluid maternal fever. Acta Paediatr - - Scand. 1976; 65: 725-731.
- 18.- Habel Alex. George S Sandor. Naney K. Premature Rupture of Membranes and effects of Prophylactic antibiotics. - Archives of Disease in Childhood. 1972; 47: 401-404.
- 19.- Bennet M. Supresión of Aerobic and Anaerobic Faecal Flora in Newborns receiving parenteral gentamicin and ampicilin. Acta Paediatrica Scand. 1982; 71: 559-562.
- 20.- S. Thomas. Verma IC. Rpture of membranes, gastric aspirate cytology and neonatal sepsis. Indian J. Pediat. -- 1980; 47: 5110514.
- 21.- Ceriani Cerbadas. Larguia Miguel. Quiroga Ana. Ruptura-prolongada de membranas efecto sobre el recién nacido.- Bol Med. Hosp. Infantil. 1972; 29: 773-802.
- 22.- Henrietta S Bada. Leticia C. Alojipan. Rotura prematura de membranas y su efecto sobre el R.N. Clinicas Pediatricas de Norteamerica 1980.
- 23.- Bingham. Acquired Bacterial Infection in the Newborn. - Can. Fam. Physician 1979; 25: 716-719.

- 24.- Christopher B. Wilson MD. Immunologic basis for increased susceptibility of the neonate to infection. The - - Journal of Pediatrics. 1986; 108: 1-12.
- 25.- Michel E. Miller. Defensas de Huesped en el recién nacido. Clinicas Pediatricas de Norteamerica. 1976.
- 26.- Ann Shigeoka. Harry Hill. José Ignacio Santos. Functional análisis of neutrophil granulocytes from healthy, in fected, and stressed neonates The Journals of Pedia- - trics. 1979; 95: 454-460.
- 27.- José Ignacio Santos. ann Shigeoka. Harry Hill. Functional leukocyte Administration in Protection against Expe rimental Neonatal Infección. Pediatr, Resp. 1980; 14: - 1408-1410.
- 28.- Donald A. Goldmann MD. Bacterial Colonization of neonates admitted to and intensive care environment. The - - Journals of Pediatrics. 1978; 93: 288-293.