

Pesquisa de RN con riesgo de infección connatal bacteriana

Dr. José Manuel Novoa P.

Hospital Padre Hurtado.

Asesor Programa Nacional de Salud de la Mujer.

Minsal



Norma General Técnica para la Atención Integral del Recién Nacido en la Unidad de Puerperio en Servicios de Obstetricia y Ginecología

Subsecretaría de Salud Pública
División Prevención y Control de Enfermedades
Departamento Ciclo Vital
Programa Nacional Salud de la Mujer



- El riesgo de infección connatal es una permanente preocupación durante la estadía en puerperio.
- La detección oportuna para un adecuado tratamiento justifica la mantención del cuidado profesional continuo a lo menos por las primeras 48 horas de vida.



Los factores de riesgo son:

- Prematuridad menor de 37 sem. (Excluido interrupción por patología Materna).
- Rotura de membrana ≥ 18 horas.
- Fiebre materna $\geq 38^{\circ}$ C en el parto **o mantenida en el postparto.**
- Diagnóstico de corioamnionitis.
- Madre portadora de estreptococo grupo B.
- Antecedente de hijo previo.



- **Todo niño sintomático con sospecha de infección debe hospitalizarse.**

En el **RN asintomático** con factores de riesgo podemos tener varias alternativas:

- **Profilaxis materna con antibióticos con buena cobertura para estreptococo más de 4 horas previa al parto:** no requiere exámenes de laboratorio pero si observación clínica por 48 horas cumplidas.



Profilaxis incompleta: menos de 4 horas o con antibióticos no específico para estreptococo:

- depende de características y asociación de factores de riesgo si RN requiere tratamiento antibiótico a la espera de evolución y exámenes.
- **CORIOAMNIONITIS: SIEMPRE INICIAR TRATAMIENTO**
- Evaluación clínica acuciosa por 48 horas

Sin profilaxis materna:

- Depende de características y asociación de factores de riesgo si RN requiere tratamiento antibiótico a la espera de evolución y exámenes.
- Evaluación clínica acuciosa por 48 horas



- Si están indicados antibióticos por los factores de riesgo y el RN esta asintomático, este tratamiento debe realizarse en puerperio, de manera de no separar la diada y favorecer la lactancia:
 - Ampicilina 50 m/K/dosis, cada 12 horas EV.
 - Gentamicina 4,5 mg/k/dosis cada 24 horas IM.



- El tratamiento antibiótico no debe prolongarse si la evolución clínica es asintomática, el hemocultivo esta negativo y **una PCR después de las 24 horas es negativa** (leves aumentos postparto son fisiológicos).
- **Dos PCR bajas, controladas cada 24 horas tienen un valor predictivo negativo cercano al 100% y permiten suspender los antibióticos inmediatamente.**



- **Con RN asintomático, con factores de riesgo**, que no recibe antibióticos, hay diferentes opiniones en la literatura respecto a la necesidad de exámenes de laboratorio.
- El hemograma se considera de baja especificidad y entre las reacciones de fase aguda.
- La PCR responde tardíamente, pero es muy importante considerar que **2 PCR normales tienen muy alto valor predictivo negativo de infección.**



RN SINTOMATICO

La aparición de síntomas clínicos, con o sin factores de riesgo de infección, requiere evaluación clínica y de laboratorio, con hospitalización:

- Quejido, polipnea, dificultad respiratoria, cianosis.
 - Color pálido, cianótico, grisáceo.
 - Rechazo alimentario con hipoactividad, regurgitaciones, vómitos con compromiso del estado general.
 - Hipo o hipertonia, convulsiones, motilidad anormal
-
- Solo si hay elementos claros de otras causas para la sintomatología, por ejemplo una deshidratación hipernatremia leve con fiebre, irritabilidad, hipertonia puede postergarse la hospitalización a la espera de los exámenes y la respuesta al manejo clínico.



OTRAS CAUSAS DE SHOCK NEONATAL

- Recordar que un RN sin mayores antecedentes con descompensación en los primeros días de vida puede ser:
 - Sepsis.
 - Cardiopatía (generalmente ductus dependiente).
 - Enfermedad metabólica.
 - Insuficiencia adrenal primaria.
 - Catástrofe abdominal como mal rotación o vólvulo.