

DEFINICIÓN DE RIESGOS Y CONDUCTAS EN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

<p>¿Cómo debe realizarse? (prescripción)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido a término debe recibir observación estricta (evaluación a la hora, a las 2 horas y luego cada 2 horas durante las primeras 12 horas y cada 4 horas entre las 12 y 24 horas de vida de FC, FR, saturación, temperatura, tolerancia a la alimentación, patrón respiratorio, estado de conciencia) junto a la madre en los siguientes casos:^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> - Ruptura prematura de membranas (mayor a 18 horas) como único factor de riesgo. - Recién nacido aparentemente sano con ruptura prematura de membranas y madre sin criterios completos de corioamnionitis. - Madre del recién nacido con fiebre no relacionada con corioamnionitis. - Ruptura de membranas entre 12 y 18 horas y recién nacido sin factores de riesgo. • Se debe hospitalizar, iniciar antibióticos y tomar cultivos sanguíneos a los recién nacidos a término con alguno de los siguientes criterios:^{1,2} <ul style="list-style-type: none"> - Ruptura prematura de membranas (mayor a 18 horas) y sospecha de infección (inestabilidad térmica, FC >180 o <100 lpm, FR >60 por minuto más quejido, retracción o desaturación, intolerancia digestiva, compromiso neurológico o alteración hemodinámica; tensión arterial 2 DS por debajo de lo normal, presión sistólica menor de 50 mmHg en el primer día de vida o menor de 65 mmHg hasta el mes de vida. Llenado capilar mayor de 3 segundos) o factores de riesgo adicionales. - Madre con corioamnionitis. - Ruptura de membrana entre 12 a 18 horas y sospecha de infección (inestabilidad térmica, FC >180 o <100 lpm, FR >60 por minuto más quejido, retracción o desaturación, intolerancia digestiva, compromiso neurológico o alteración hemodinámica; tensión arterial 2 DS por debajo de lo normal; presión sistólica menor de 50 mmHg en el primer día de vida o menor de 65 mmHg hasta el mes de vida. Llenado capilar mayor de 3 segundos). 	<p>¿Funciona? (efectividad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos a término cuyo único factor de riesgo para sepsis es la ruptura prematura de membranas sin otro factor adicional no requieren antibiótico o medidas paraclínicas, dada la baja incidencia <1% (0,5 1 por 1000).¹ • La sepsis neonatal temprana que se inicia en el segundo día es adquirida en la vida posnatal, se encuentra relacionada con la realización de procedimientos invasivos al recién nacido.² • La disminución del uso de antibióticos de forma generalizada disminuye la resistencia bacteriana. Específicamente con <i>E.Coli</i> resistente a la ampicilina.³
<p>¿Es seguro? (seguridad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El hecho de no dar antibiótico evita infecciones nosocomiales, no rompe el vínculo madre-hijo, no altera la flora normal y disminuye riesgo de efectos secundarios del uso de medicamentos. 	<p>¿Qué impacto tiene en el sistema?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.

Elaborado: JULIO/2014

Referencias

1. Ungerer RLS, Lincetto O, McGuire W, Saloojee H, Gulmezoglu AM. Prophylactic versus selective antibiotics for term newborn infants of mothers with risk factors for neonatal infection. (Cochrane Review). In: Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
2. Ronnestad,A., Abrahamsen,T.G., Medbo,S., Reigstad,H., Lossius,K., Kaaresen,P.I., Englund,I.E., Irgens,L.M., Markestad,T. Septicemia in the first week of life in a Norwegian national cohort of extremely premature infants. Pediatrics. 2005 Mar; 115 (3), 262-268.
3. Joseph TA, Pyati SP, Jacobs N. Neonatal early-onset Escherichia coli disease. The effect of intrapartum ampicillin. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1998;152:35–40.

DEFINICIÓN DE RIESGOS Y CONDUCTAS EN RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

<p>¿Cómo debe realizarse? (prescripción)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos pretérmino (< 37 semanas) se deben hospitalizar, iniciar antibióticos y tomar cultivos sanguíneos si¹: <ul style="list-style-type: none"> - Ruptura de membranas > de 18 horas. - Madre con corioamnionitis. - Madre con fiebre no relacionada con corioamnionitis. 	<p>¿Por qué se debe definir el riesgo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia de sepsis neonatal en RN pretérmino, hijos de madres con RPM es más alta que en niños sin esta condición (OR 6,9 IC 95% 2,3-20,5).² • La morbilidad en recién nacidos pretérmino hijos de madres con diagnóstico de corioamnionitis puede ser entre 60% y 70%.^{3,4} • Los partos con recién nacido pretérmino, ruptura de membranas > a 18 horas y fiebre materna intraparto, se encuentran presentes en el 79% de los RN con sepsis.⁴
<p>¿Es seguro? (seguridad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados los riesgos de efectos secundarios del uso del medicamento, la alteración de la flora normal y la ruptura del vínculo madre-hijo como eventos asociados al uso de antibióticos, el beneficio de inicio de terapia antibiótica para evitar la sepsis es mayor. 	<p>¿Qué impacto tiene en el sistema?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.

Elaborado: JULIO/2014

Referencias

1. Alexander J.M. Gilstrap L.C. Cox S.M. Mcintire D.M. Leveno K.J. Clinical chorioamnionitis and the prognosis for very low birth weight Infants Obstetrics and Gynecology (1998) 91:5 I (725-729).
2. Ronnestad,A., Abrahamsen,T.G., Medbo,S., Reigstad,H., Lossius,K., Kaaresen,P.I., Englund,I.E., Irgens,L.M., Markestad,T. Septicemia in the first week of life in a Norwegian national cohort of extremely premature infants. Pediatrics. 2005 Mar; 115 (3), 262-268.
3. Dexter SC, Malee MP, Pinar H, Hogan JW, Carpenter MW, Vohr BR. Influence of chorioamnionitis on developmental outcome in very low birth weight infants. Obstet Gynecol. 1999 Aug;94(2):267-73.
4. González-Luis G, Jordán García I, Rodríguez-Miguélez J, Botet Mussons F, Figueras Aloy J. Neonatal morbidity and mortality in very low birth weight infants according to exposure to chorioamnionitis. An Esp Pediatr. 2002 Jun;56(6):551-5.

ANTIBIÓTICOS EN MANEJO DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA

<p>¿Cómo debe administrarse? (prescripción)</p> <p>En RN pretérmino y a término, se recomienda como esquema antibiótico inicial para infección neonatal temprana, ampicilina y gentamicina¹, con las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En RN con sospecha de infección, con hemocultivos negativos y con evolución clínica favorable, se recomienda suspender el tratamiento antibiótico entre las 48 y 72 horas. Si no hay evolución clínica favorable, se recomienda continuar el tratamiento antibiótico por 5 a 7 días.² - En caso de pobre respuesta o fracaso terapéutico al tratamiento anterior, debe pasar a segunda línea de antibiótico definido por especialista en infectología. 	<p>¿Funciona? (eficacia y efectividad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tasa de mortalidad en la UCIN en RN menores a 26 semanas de edad gestacional, es más baja en los RN quienes recibieron ampicilina más gentamicina comparado con aquellos que recibieron penicilina G más gentamicina.¹ • Las tasas de curación de RN con sepsis neonatal temprana, no son diferentes al administrar un ciclo de 4 días de manejo antibiótico vs un ciclo de 7 días, pero el tiempo de hospitalización es más corto en los primeros.^{2, 3, 4, 5.} • La suspensión del tratamiento antibiótico en el segundo día podría aumentar la tasa de recaídas.^{2, 3, 4, 5.}
<p>¿Es seguro? (seguridad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento con ampicilina más gentamicina resultó en un menor número (36 / 142 vs. 55 / 141) de RN colonizados con <i>Enterococcus species</i> y <i>Staphylococo aureus</i> y una menor duración de la colonización comparado con el tratamiento con penicilina G más gentamicina.¹ • El tratamiento con ampicilina más gentamicina no afectó el número de RN colonizados con especie <i>Acinetobacter</i> resistentes a ampicilina o <i>Enterobacter cloacae</i>, pero aquellos colonizados con especie <i>Acinetobacter</i> resistente a ampicilina tuvieron una menor duración de la colonización que aquellos que recibieron penicilina G más gentamicina.¹ 	<p>¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.

Elaborado: JULIO/2014

Referencia

1. Metsvaht,T., Ilmoja,M.L., Parm,U., Maipuu,L., Merila,M., Lutsar,I., Comparison of ampicillin plus gentamicin vs. penicillin plus gentamicin in empiric treatment of neonates at risk of early onset sepsis. Acta Paediatrica: 99; 665-672, 2010
2. Engle,W.D., Jackson,G.L., Sendelbach,D., Ford,D., Olesen,B., Burton,K.M., Pritchard,M.A., Frawley,W.H., Neonatal pneumonia: comparison of 4 vs 7 days of antibiotic therapy in term and near-term infants, Journal of Perinatology, 20, 421-426, 2000.
3. Engle,W.D., Jackson,G.L., Sendelbach,D.M., Stehel,E.K., Ford,D.M., McHugh,K.M., Norris,M.R., Ve Dr.o,D.A., Velaphi,S., Michelow,I.C., Olsen,K.D., Pneumonia in term neonates: laboratory studies and duration of antibiotic therapy, Journal of Perinatology, 23, 372-377, 2003.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antibiotics for early-onset neonatal infection: antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection. London: RCOG Press; 2012 Jan.
5. Stocker,M., Fontana,M., El,Helou S., Wegscheider,K., Berger,T.M., Use of procalcitonin-guided decision-making to shorten antibiotic therapy in suspected neonatal early-onset sepsis: prospective randomized intervention trial, Neonatology, 97, 165-174, 2010.