

# Infección Connatal

## Sepsis precoz - tardía

Dra. Giannina Izquierdo  
Pediatra Infectóloga  
Curso Quinto 2019



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Dra. Giannina Izquierdo

# Introducción e importancia

- Alta morbimortalidad
- Dificultad en el diagnóstico:
  - Síntomas inespecíficos
  - Bajo rendimiento de Hemocultivos (HC)
  - Falta de biomarcadores con alta E y S
- Puede generar un sobreuso de antibióticos en el recién nacido (RN)

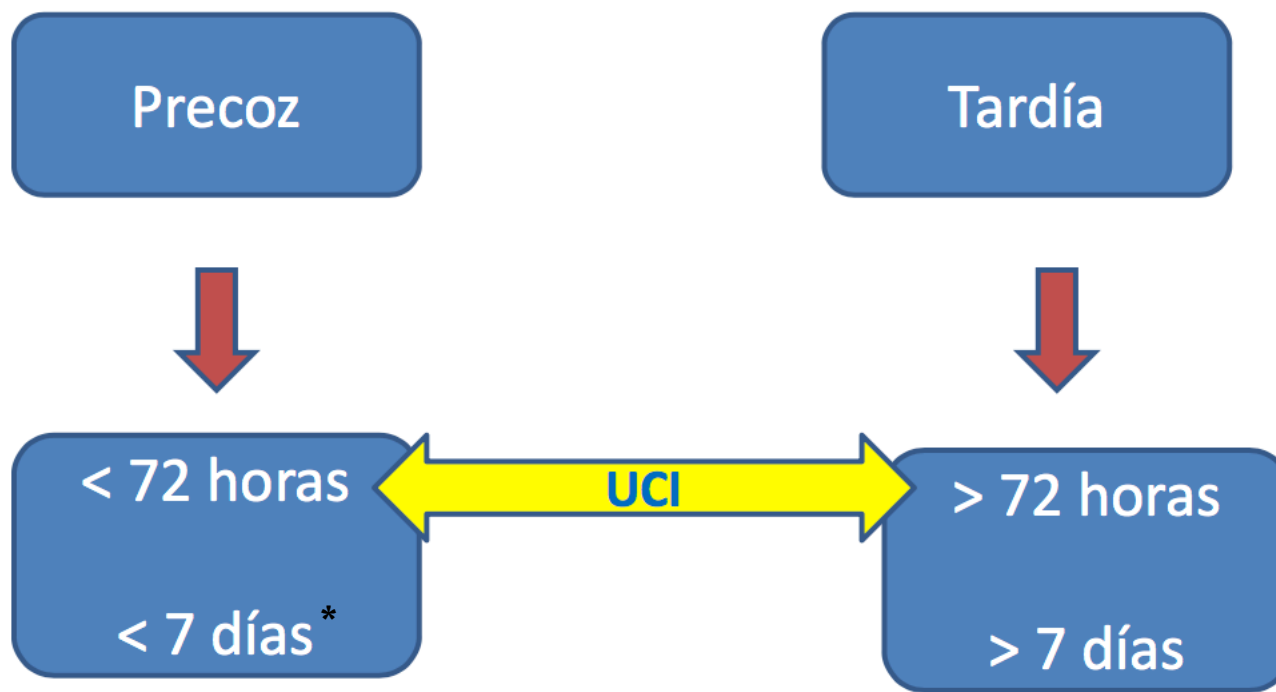
*Pediatr Clin North Am.* 2013 April ; 60(2): 367–389.

Dra. Giannina Izquierdo



# Definición

- Es una infección sistémica ocurrida dentro de los primeros 28 días de vida



\*Punto de corte de 7 días, en el paciente de alta.

Clinical Microbiology Reviews, 2014, p. 21–47

Dra. Giannina Izquierdo



# Epidemiología

- Sepsis neonatal total: precoz (EOS) y tardía (LOS) 1 a 2 por 1.000 RNV
- Sepsis precoz en RNT >37 semanas: 0,3 - 0,6 por 1.000 RNV
  - 10 veces menor en RN con “buen aspecto”
- Sepsis precoz RNPT <37 semanas: 20 veces mayor (prematuros <1.500 grs)
  - Menos frecuente que estén de “buen aspecto”
- Sepsis tardía:
  - 2 a 5% de todos los RN hospitalizados
  - 15% de los RN ingresados en la UTI > de 48 horas.
  - 25- 50% < 29 semanas
  - 50 a 80% < 25 semanas
- Mortalidad 3% RNT y 16% en los RNMBPN

*Pediatr Clin North Am.* 2013 April ; 60(2): 367–389.

Dra. Giannina Izquierdo



# Etiologías



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

## Sepsis precoz

- SGB
- E. coli\*
- Listeria

70%



## Sepsis tardía

- SCN
  - 68% de los gram (+)
  - 48% de todas las infecciones
- S. aureus (8%)
- Enterococcus sp (3%)
- SGB (2%)
- Gram (-) 18%
- Candida (12%)

\*RNPT ha ido aumentando los casos de sepsis precóz por E.coli

[Pediatr Neonatol.](#) 2015 Dec 2. pii: S1875-9572(15)00175-8

Dra. Giannina Izquierdo

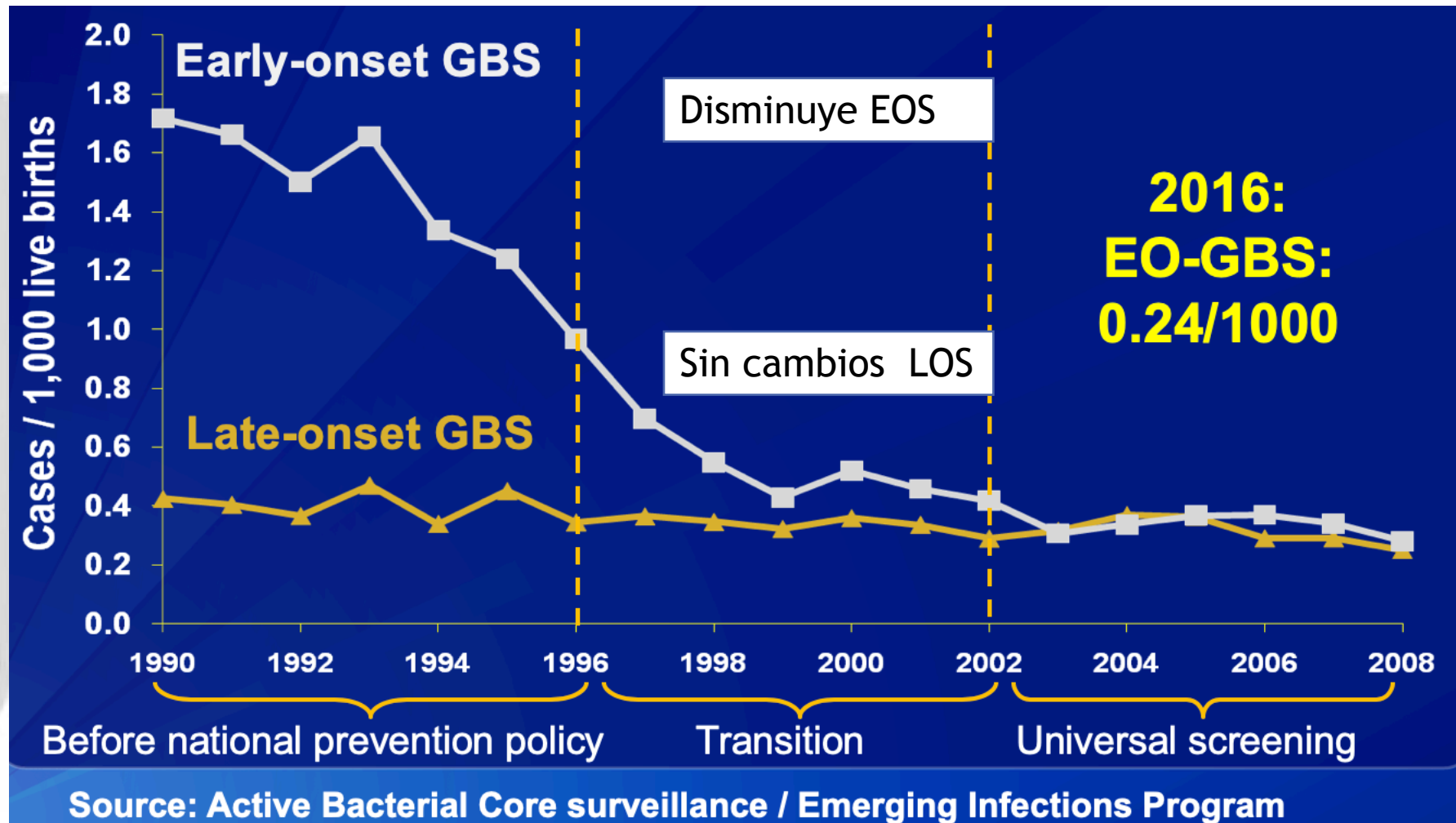


# Evolución sepsis neonatal con profilaxis *S. agalactiae*



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

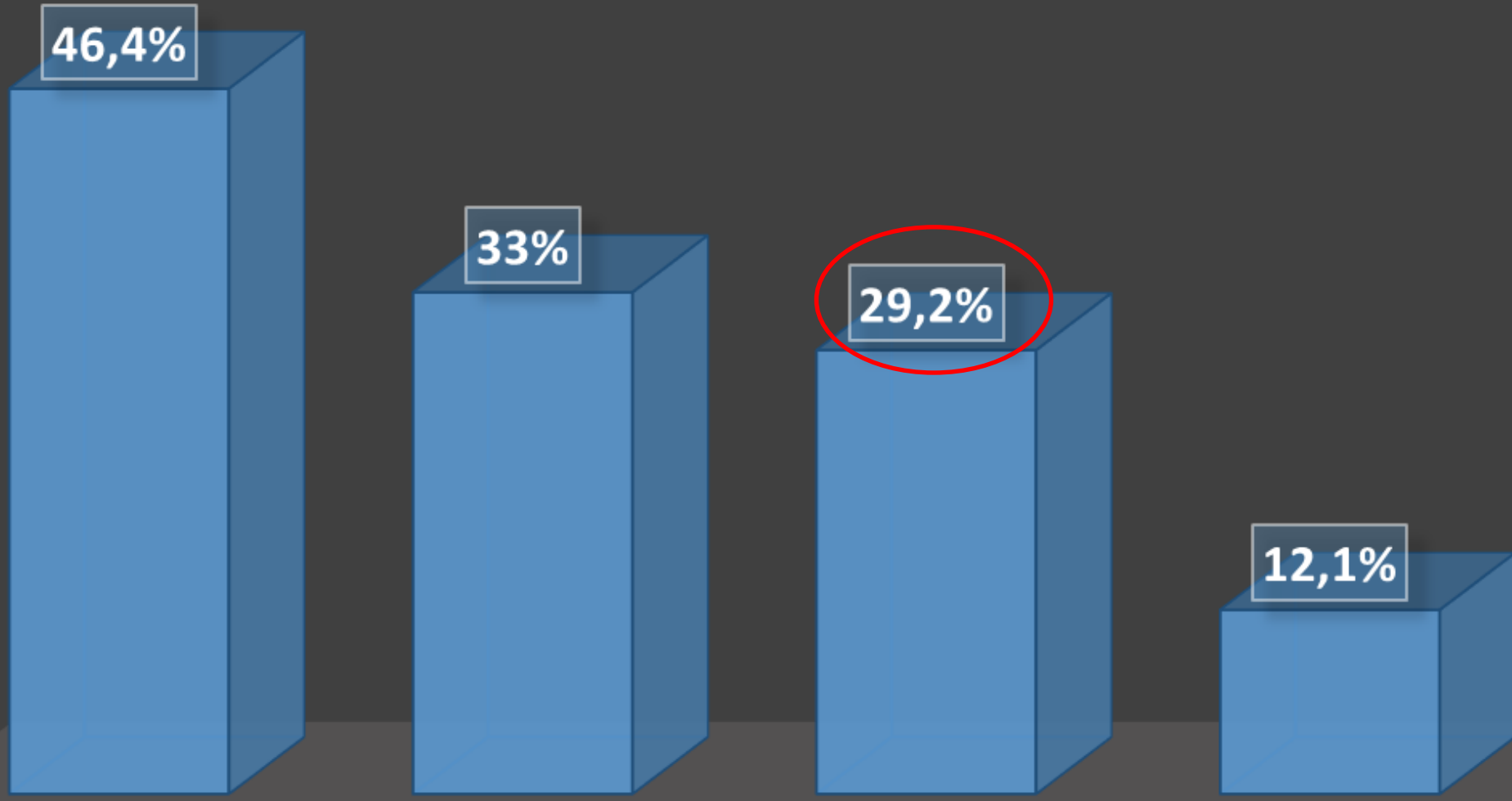


Dra. Giannina Izquierdo





CAUSAS DE HOSPITALIZACION.  
1° SEMESTRE - NEOCABL 2018



Ictericia

SDR

Infecciones

Hipoglicemia

Dra. Giannina Izquierdo



NA  
ntil Sur

# Sepsis precoz (EOS): An NICHD/CDC Surveillance Study

- Estudio prospectivo: 2006-2009
- Cualquier cultivo positivo (sangre o LCR) en las 1<sup>a</sup> 72 hrs.
- 389 casos/396,586 RNV: Incidencia EOS 0.98/1000 RNV
- GBS: 0.41/1000 (73% RNT)
- *E. coli*: 0.28/1000 (81% RNPT)

Stoll et al. *Pediatrics* 2011;127:817



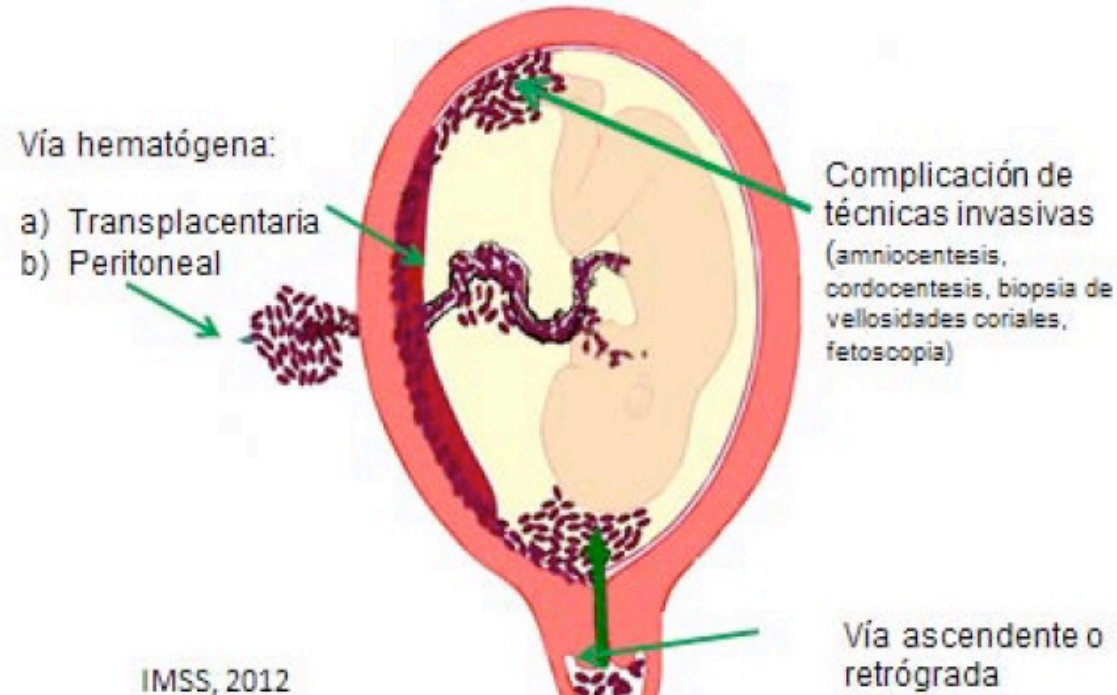


# Vías de transmisión de infecciones connatales



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE  
Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

## 1. Intra uterinas



(canal del parto) **2. Intra Parto**  
(RPM)

Dra. Giannina Izquierdo

**Post Parto**

(vectores Ej. manos sucias)



# Factores de riesgo



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

## Sepsis precoz

- Factores maternos
  - RPM  $\geq$  18 horas
  - RN < 37 sem
  - Infecciones peri parto
  - Bajo nivel socioeconómico
- Factores neonatales
  - Prematurez
  - Sexo masculino, APGAR
  - SFA, anemia, HIV
  - Hipotermia

## Sepsis tardía

- Relación inversamente proporcional con EG y PN
- Días de CVC
- Días de VM
- Hospitalización prolongada
- Procedimientos invasivos
- Bloqueadores H2, IBP

La mayoría de las sepsis por SGB ocurren en RN con cultivos negativos (era de la profilaxis)

[Pediatr Neonatol.](#) 2015 Dec 2. pii: S1875-9572(15)00175-8

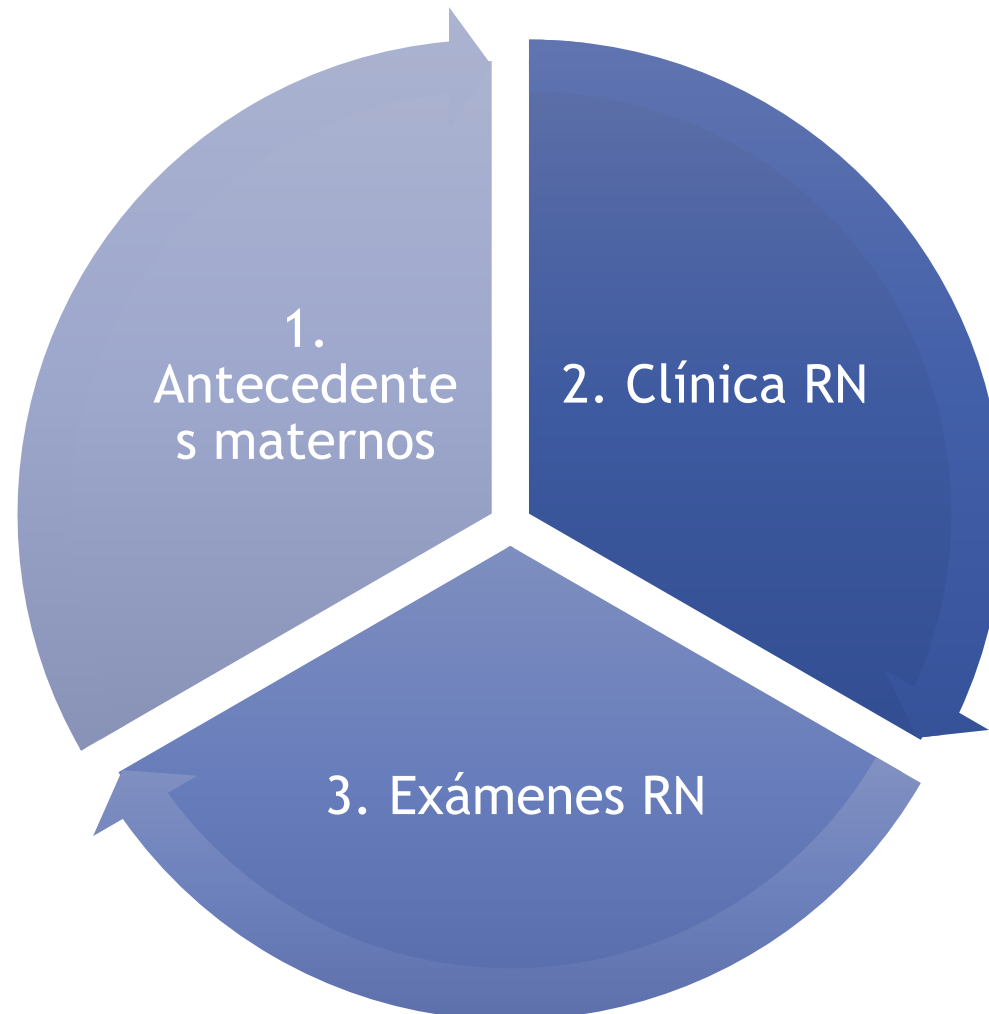
*NeoReviews* 2008;9:e571-e579

*Clin Perinatol.* 2010 June ; 37(2): 439–479.

Dra. Giannina Izquierdo



# ¿Cómo enfrentar la infección connatal?



Dra. Giannina Izquierdo



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



# ¿Cómo enfrentar la infección connatal?

## 1. Preguntar por antecedentes maternos

- Control de embarazo
- Madre con **corioamnionitis** (Fiebre, taquicardia materna o fetal, LA mal olor, screening infeccioso alterado)
- Embarazo < 37 semanas, sin causa de prematurez
- RPO  $\geq$  18 horas
- Fiebre materna  $\geq$  38°C
- ITU por SGB en la madre
- Madre con
  - cultivo rectovaginal de SGB positivo (35-37 sem) sin profilaxis o profilaxis incompleta
  - antecedente de hijo previo con enfermedad invasora por SGB
  - bacteriuria por SGB durante el embarazo sin profilaxis

**Profilaxis completa:** Ampicilina 2 gr EV - 1 gr cada 4 hrs EV o PNC 5 mill y luego 2,5 mill cada 4 hrs

Alergias a PNC: Cefazolina 2 gr - 1 gr cada 8 hrs o Clinda\* en alergias a PNC

\* Clinda o vanco no se consideran profilaxis completa



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





# ¿Cuándo sospecha una infección connatal?



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

mento  
ugía Infantil Sur

## 2. Evaluación clínica



Clinical Microbiology Reviews, 2014, p. 21-47

[Pediatr Neonatol.](#) 2015 Dec 2. pii: S1875-9572(15)00175-8

Dra. Giannina Izquierdo



# Calculadoras de riesgo de infección connatal



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Predictor	Scenario
Incidence of Early-Onset Sepsis ?	<input type="text"/>
Gestational age ?	<input type="text"/> weeks <input type="text"/> days
Highest maternal antepartum temperature ?	<input type="text"/> Fahrenheit
ROM (Hours) ?	<input type="text"/>
Maternal GBS status ?	<input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Unknown
Type of intrapartum antibiotics ?	<input type="radio"/> Broad spectrum antibiotics > 4 hrs prior to birth <input type="radio"/> Broad spectrum antibiotics 2-3.9 hrs prior to birth <input type="radio"/> GBS specific antibiotics > 2 hrs prior to birth

Calculate » Clear

Risk per 1000/births			
EOS Risk @ Birth			
EOS Risk after Clinical Exam	Risk per 1000/births	Clinical Recommendation	Vitals
Well Appearing			
Equivocal			
Clinical Illness			

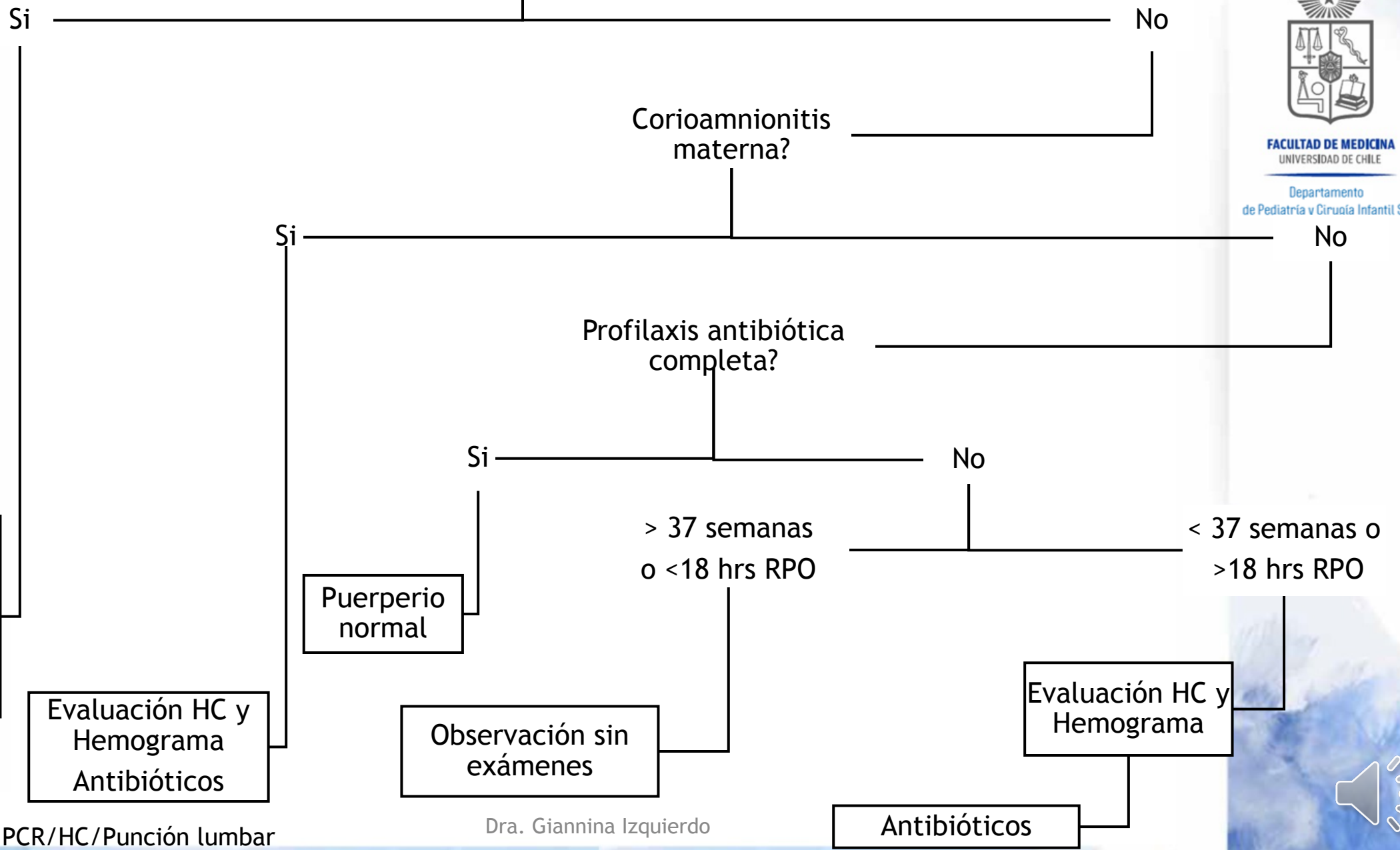
Classification of Infant's Clinical Presentation [Clinical Illness](#) [Equivocal](#) [Well Appearing](#)

- <https://neonatalespsiscalculator.kaiserpermanente.org>
- Sólo para RN >34 semanas de EG/ NO para sepsis tardía
- Predice el riesgo según parámetros objetivos pero depende de la evaluación clínica del médico





¿Clínica sepsis neonatal?



Evaluación diagnóstica completa\*  
Antibióticos

Evaluación HC y Hemograma  
Antibióticos

Puerperio normal

Observación sin exámenes

Evaluación HC y Hemograma

Antibióticos

\*Hemograma/PCR/HC/Punción lumbar



# Intrepetación de exámenes en RN con sospecha de infección connatal (SIC)

- *Importante la interpretación en conjunto, ningún examen por separado tiene sensibilidad y especificidad suficiente*
- **Hemograma:**
  - GB  $< 5000$  o  $> 30.000/mm^3$
  - Baja sensibilidad y especificidad - Solicitar pasadas las 6 h de vida
  - Neutropenia (RAN  $< 1000/mm^3$ )
  - Índice I/T
    - 0,3 tiene VPN 99% VPP 25% -  $> 0,2$  sospecha de sepsis
- Plaquetas - No es útil



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Ann Clin Med Microbio 1(2): 1007 (2015)

Dra. Giannina Izquierdo



# Biomarcadores

- **Proteína C Reactiva (PCR)**

- Es la más utilizada, sintetizada en el hígado
- No sirve como indicador precoz (6h)
- Seguimiento, PCR seriada mejora precisión
- Respuesta a tratamiento
- VPN 99%
- Prematuros puede no responder con aumento de PCR

- **Procalcitonina**

- Péptido producido por los monocitos y hepatocitos en respuesta a la inflamación sistémica, parece ser más específica que la PCR en las infecciones bacterianas.
- Valor de punto de corte 2,4 ng/ml para diagnóstico de sepsis, con una sensibilidad del 62% y una especificidad del 84%.
- Meta análisis de 16 estudios demostró una sensibilidad de 81% y una especificidad del 79%.

*Pediatr Clin North Am. 2013 April ; 60(2): 367–389.*

*Pediatr Neonatol. 2015 Dec 2. pii: S1875-9572(15)00175-8*

Dra. Giannina Izquierdo

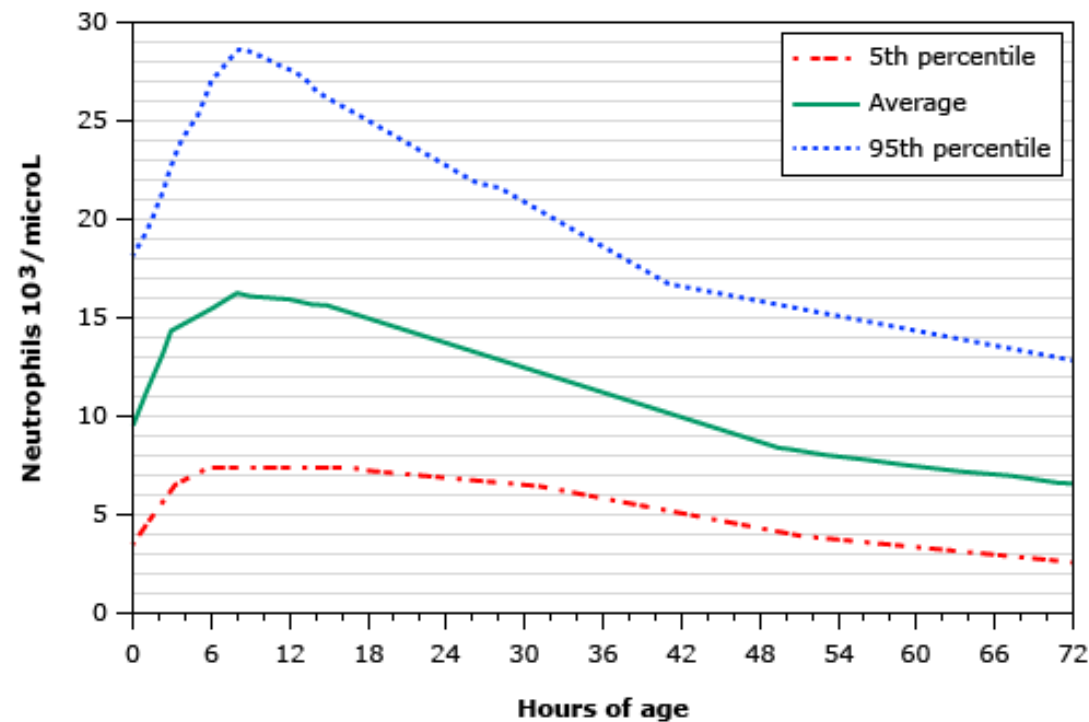


FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



## Range of neutrophil count for newborn infants born with a gestational age >36 weeks during the first 72 hours of life



Neutrophils per microL of blood during the first 72 hours after the birth of term and near-term (>36 weeks of gestation) neonates. A total of 12,149 values were obtained for the analysis. The 5th percentile, the mean, and the 95th percentile values are shown.

Reprinted by permission from Macmillan Publishers Ltd: Schmutz N, Henry E, Jopling J, Christensen RD. Expected ranges for blood neutrophil concentrations of neonates: the Manroe and Mouzinho charts revisited. *J Perinatol* 2008; 28:275.

<http://www.nature.com/jp/index.html>. Copyright © 2008.

UpToDate®



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



# Tiempo de positividad de los hemocultivos

- Técnica automatizada de HC
  - BacT/Alert Microbial Detection System® (lee HC cada 10 minutos)
- 308 HC de RN en Sepsis tardía:
  - $16 \pm 9$  hrs (mediana; rango 2-45 hrs)
    - 89%: POS  $\leq$  24 hrs
    - 9%: POS  $>$  24,  $\leq$  36 hrs
    - 2%: POS  $>$  36,  $\leq$  45 hrs
  - *Staphylococcus coagulasa* positivo (CoNS):  $19 \pm 7$  hrs; 83% POS a las 24 hrs



# Tiempo de positividad HC según agente infeccioso

- GBS:  $14 \pm 6$  hrs (mediana  $\pm$  SD)
- Bacilos Gram Negativos (BGN):  $10 \pm 4$  hrs
- CONS:  $19 \pm 7$  hrs
- BGN vs. GBS, ( $p < 0.001$ )
- BGN vs. CONS, ( $p < 0.001$ )
- *Listeria* (EO): 18, 18, 22 hrs
- **No usar antibióticos de más!!!**



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





# Resumen de exámenes a solicitar



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

mento  
ugía Infantil Sur

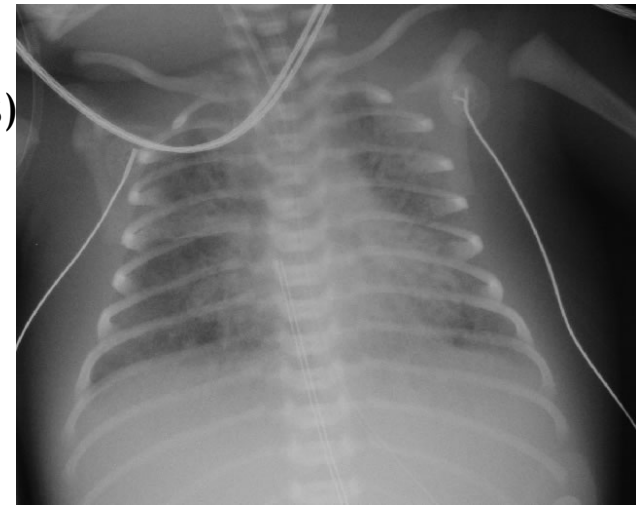
## Exámenes de laboratorio SEPSIS PRECOZ

- Hemograma despues de las 12 hrs de vida
- PCR (seguimiento)
- Hemocultivos (2):
  - 1 ml cada uno, periféricos
- Rx Tórax (si síntomas respiratorios)
- Bioquimicos:
  - Glicemia (hiperglicemia).
- PL: LCR citoquimico y cultivo
  - Paciente séptico
  - Screening bacteriano alterado: hemograma alterado y PCR elevada
  - HC+

\*15-33% de las meningitis tienen hemocultivos negativos.  
23% de los RN con HC(+) tienen meningitis
- Urocultivo: raro en < 72 hrs, salvo antecedentes perinatales de MF renal
- Cultivo gástrico (en antec de coriomaniotitis)

## Exámenes de laboratorio SEPSIS TARDIA

- Hemograma
- Bioquímicos
- PCR
- HC: 1 periférico - 1 HC central 1ml, si tiene un CVC con dos lúmenes (0,5 cc de cada lumen)
- Rx tórax
- OC y Urocultivo
- PL: a todos (>72hrs)



# Hemocultivos en recién nacidos: optimizando la toma de muestra y su rendimiento

Estandar de oro\* en diagnóstico de sepsis

*Giannina Izquierdo, Patricia García, Marta Aravena, Luis Delpiano, Alejandra Reyes, Fernanda Cofré, Mariluz Hernández, Alejandra Sandoval y Yenis Labraña*



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

**Tabla 1. Resumen de recomendaciones para a obtención de hemocultivos en recién nacidos. Comité Consultivo de Infecciones Neonatales – Sociedad Chilena de Infectología.**

1. Tomar hemocultivos (HC) **siempre** frente a la sospecha de sepsis
2. Tomar **dos** HC de diferentes sitios, con un **volumen mínimo de 1 ml**
3. Si el paciente está con vía venosa central intentar tomar un HC CVC (1 ml) y un HC periférico (1 ml)
4. Si el paciente tiene un CVC de más de un lumen, en RN prematuros extremos, se puede tomar 0,5 ml de cada lumen y sembrarlo en la misma botella de HC con el objetivo de aumentar del rendimiento, sin tener que extraer mayor cantidad de volumen
5. Considerar el uso de HC anaeróbicos en pacientes con factores de riesgo: rotura prematura de membranas, antecedentes de corioamnionitis materna y sepsis de foco abdominal, según la disponibilidad de cada centro. Volumen mínimo 1 ml
6. Considerar la toma de HC de arteria umbilical en catéteres recién instalados. Los HC de cordón tienen mayor tasa de contaminación, pero con alta capacidad de aislamiento del microorganismo  
Se deben realizar más experiencias al respecto
7. Normar la técnica de toma de HC en cada unidad  
Considerar tiempo de acción de antisépticos para evitar contaminación de las muestras
8. Parece seguro suspender antimicrobianos con hemocultivo negativos a las 48 h de incubación, en ausencia de evidencia clínica de infección bacteriana

Dra. Giannina Izquierdo



# Inicio empírico de antibióticos

## • SEPSIS PRECOZ

- Ampicilina + Gentamicina
- Sospecha de meningitis
  - Cefalosporinas de 3<sup>a</sup> : cefotaxima
  - Aumentar dosis para SNC

## • SEPSIS TARDIA

- Depende:
  - Clínica: ECN, ITS CVC, NAVM
  - Microbiología local
- Sepsis tardía
  - Sin foco o ITS CVC
    - Cloxa + Amikacina
    - Vancomicina + Amikacina
  - ECN
    - Vanco - Amika - Metronidazol o
    - Vanco - Piperacilina Tazobactam



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



ANTIBACTERIANOS DE USO HABITUAL. SERVICIO NEONATOLOGÍA CABL, 2018

	PN (g) / EG (sem)	EPN	Dosis (mg/K/dosis)	Intervalo (h)	Notas / Referencias
Ampicilina	≤ 2000	≤ 7	100	12	*En caso de Meningitis o sospecha foco meníngeo que no se logra descartar: iniciar con 100 mg/kg dosis (300-400 mg/kg/día). <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	100	12	
	> 2000	≤ 7	75*	8	
		> 7	50*	6	
Gentamicina	< 30	0 – 14	5	48	*Dosis en paciente con Hipotermia por EHI: 5 mg/K, c/36 h. <i>Rivera – Chaparro. Future Microbiol 2017</i> <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 14	5	36	
	30 – 34	0 – 14	5	36	
		> 14	5	24	
	≥ 35	0 – 7	5	24	
		> 7	5	24	
Amikacina	< 30	0 – 14	15	48	*Nivel Peak 8 – 10 veces/CIM (ideal ≈ 20); efecto bactericida. *Nivel basal ≤ 2µg/ml: toxicidad. <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 14	15	24	
	30 – 34	0 – 14	15	24	
		> 14	15	24	
	≥ 35	0 – 7	15	24	
		> 7	18	24	
Metronidazol Dosis carga: 15 mg/K	≤ 2000	≤ 7	7.5	12	<i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	7.5	12	
	> 2000	≤ 7	7.5	8	
		> 7	10	8	
Cloxacilina	≤ 2000	≤ 7	50	12	<i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	50	8	
	> 2000	≤ 7	50	8	
		> 7	50	6	
Piperacilina /Tazobactam	< 2000	≤ 7	100	8	Infusión en 3 horas. Dosis máxima 100 mg/K c/6 h (tratamiento <i>P. aeruginosa</i> ) *>30 semanas <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	80*	6	
	≥ 2000	≤ 7	80	6	
		> 7	80	6	
Ceftazidima	< 2000	< 7*	50	12	*Usar dosis de >7 días hasta los 14 días si fue menor de 1.000 g. <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	50	8	
	≥ 2000	< 7	50	12	
		> 7	50	8	
Cefotaxima	< 2000	≤ 7*	50*	12	*Usar dosis de > 7 días hasta los 14 días si fue menor de 1.000 g. Dosis meningitis: 75 mg/K/dosis. <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	50*	8	
	≥ 2000	≤ 7	50*	12	
		> 7	50*	8	
Meropenem	< 2000	≤ 7	20 (40)*	12	*Sepsis severa o Meningitis bacteriana, infusión en 3 h. <i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	30 (40)*	8	
	≥ 2000	≤ 7	30 (40)*	8	
		> 7	30 (40)*	8	

	PN (g) / EG (sem)	EPN	Dosis (mg/K/dosis)	Intervalo (h)	Notas / Referencias
Linezolid	< 2000	≤ 7	10	12	<i>Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.</i>
		> 7	10	8	
	≥ 2000	≤ 7	10	8	
		> 7	10	6	
Colistín	e.v.	-	2.5 – 5.0 mg/K/día o 75.000 – 150.000 UI/K/día	8 – 12	Uso excepcional ( <i>P.aeruginosa</i> otros bacilos Gram (-) MDR). Revisar presentación de Colistín disp. Ajustar según función renal

	Agentes	Dosis (mg/K/dosis)	Intervalo (h)	Notas / Referencias
TMP – SMX (CoTrimoxazol)	<i>S. maltophilia</i> (SMP) <i>P. jirovecii</i>	3.75 – 5.0	6	Ajuste según función renal: ▪ 30 – 50 ml/min: 25% dosis ▪ <30 ml/min: 50% dosis  Monitorizar Hemograma, BT/BD1', pruebas hepáticas y Fx renal.

Vancomicina. Dosificación empírica (mg/K/dosis) por EG & Creatinina sérica					
▪ Dosis de carga: 20 mg/K (velocidad infusión: 2 h).					
▪ Dosis de mantención: Ajustar según Creatinina / EG (velocidad infusión: 1 h).					
≤ 28 sem			> 28 sem		
Creatinemia*	Dosis mantención (mg/K/dosis)	Intervalo (h)	Creatinemia	Dosis mantención (mg/K)	Intervalo (h)
< 0.5	15	12	< 0.7	15	12
0.5 – 0.7	20	24	0.7 – 0.9	20	24
0.8 – 1.0	15	24	1.0 – 1.2	15	24
1.1 – 1.4	10	24	1.3 – 1.6	10	24
> 1.4	15	48	> 1.6	15	48

\*Debe ajustarse a Creatinina y EG, sobre todo en menores de 7 días: La Creatinina sérica puede ser influenciada por la materna y fluctuar en el tiempo. Control de niveles a las 5 vidas medias (antes de la 4 dosis). Niveles basales adecuados: 10 – 15 µg/ml.  
*Antimicrobial Therapy for Newborns 2018 Nelson – Redbook 2018.*

Dra. Giannina Izquierdo. Infectóloga Neonatología CABL, HEGC  
Dra. Carolina Guerra. Neonatóloga CABL  
QF. Claudio González. HEGC  
Septiembre de 2018

Dra. Giannina Izquierdo <http://bbneonato.blogspot.com/>



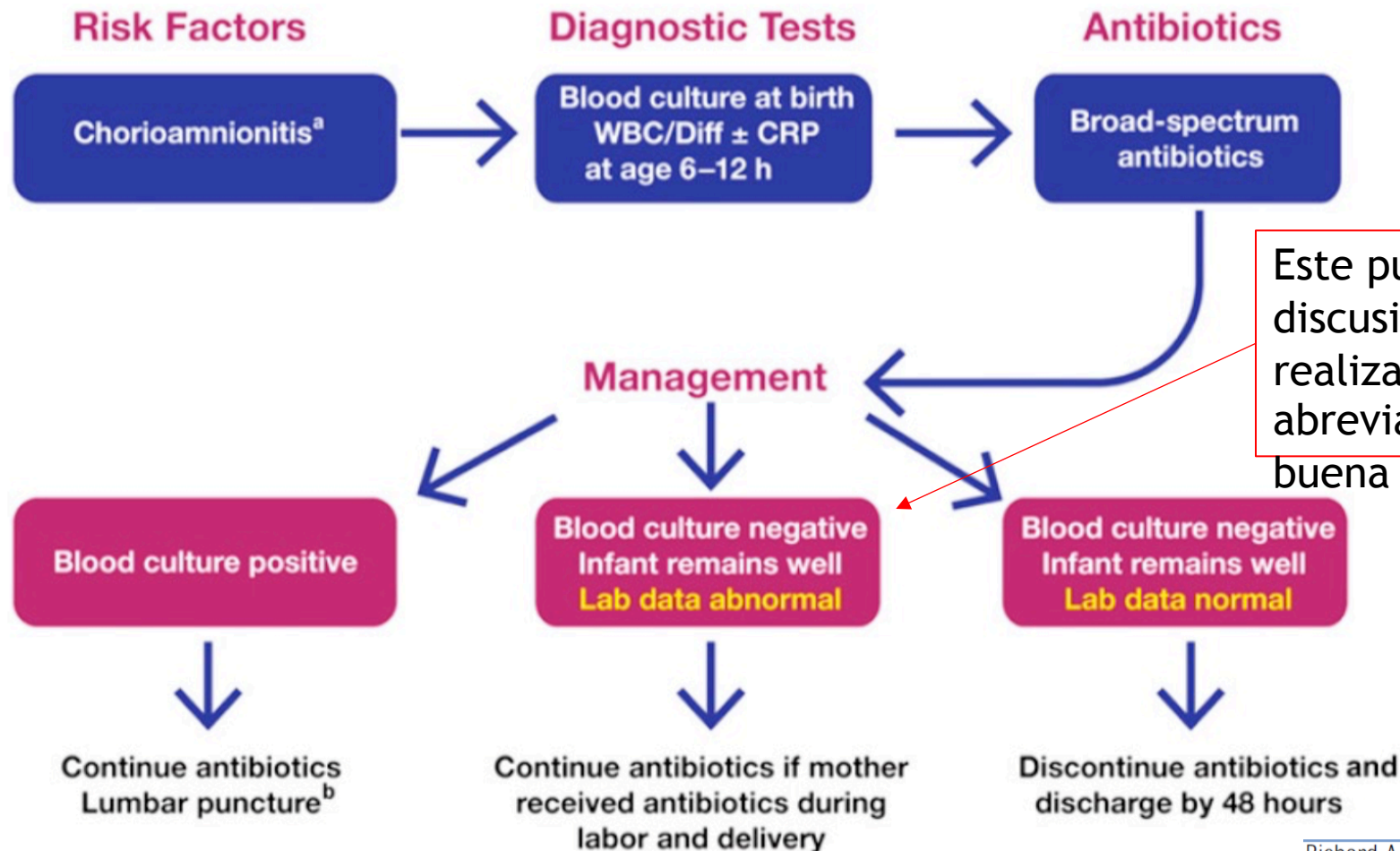
AD DE MEDICINA  
RSIDAD DE CHILE

Departamento  
y Cirugía Infantil Sur



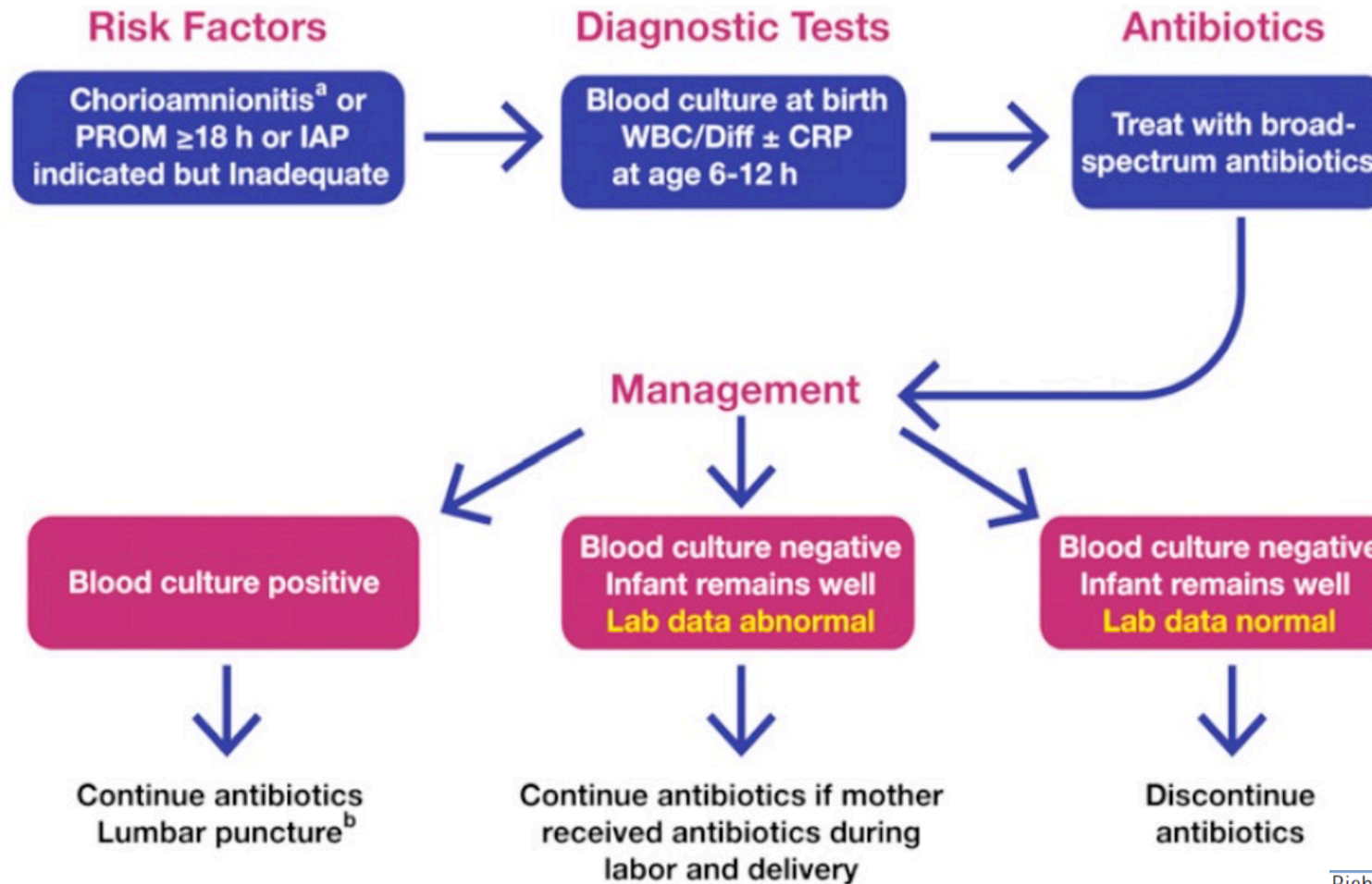


# Evaluación RN asintomático $\geq 37$ SEG



Este punto está en actual discusión y podrían realizarse tratamiento atb abreviados si RNT tiene buena evolución

# Evaluación RN asintomático < 37 sem y con factores de riesgo de sepsis neonatal



Continue antibiotics  
Lumbar puncture<sup>b</sup>

Continue antibiotics if mother  
received antibiotics during  
labor and delivery

Discontinue  
antibiotics

Dra. Giannina Izquierdo



# Mama con infección ovular: triple I Infección y/o Inflamación Intraovular



**Table 1. Features of Isolated Maternal Fever and Triple I With Classification\***

Terminology	Features and Comments
Isolated maternal fever ("documented" fever)	Maternal oral temperature 39.0°C or greater (102.2°F) on any one occasion is documented fever. If the oral temperature is between 38.0°C (100.4°F) and 39.0°C (102.2°F), repeat the measurement in 30 minutes; if the repeat value remains at least 38.0°C (100.4°F), it is documented fever

Suspected Triple I

Fever without a clear source plus any of the following:  
1) baseline fetal tachycardia (greater than 160 beats per min for 10 min or longer, excluding accelerations, decelerations, and periods of marked variability)  
2) maternal white blood cell count greater than 15,000 per mm<sup>3</sup> in the absence of corticosteroids  
3) definite purulent fluid from the cervical os

Confirmed Triple I

All of the above plus:  
1) amniocentesis-proven infection through a positive Gram stain  
2) low glucose or positive amniotic fluid culture  
3) placental pathology revealing diagnostic features of infection

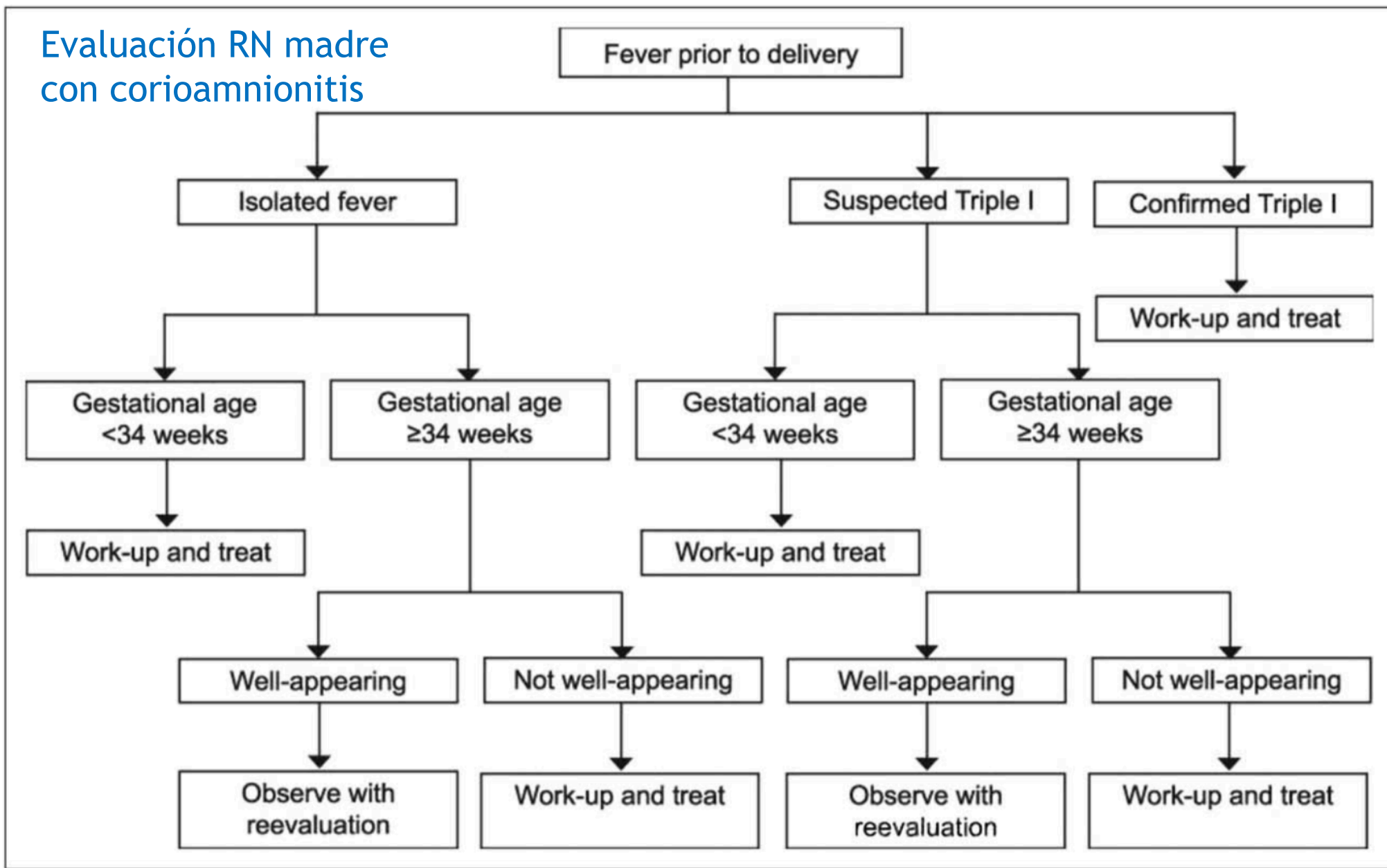
\* Discontinue the use of the term "Chorioamnionitis." See the text for discussion.

(*Obstet Gynecol* 2016;127:426–36)

Dra. Giannina Izquierdo



# Evaluación RN madre con corioamnionitis



**FIGURE 1.** Proposed algorithm for neonatal management.

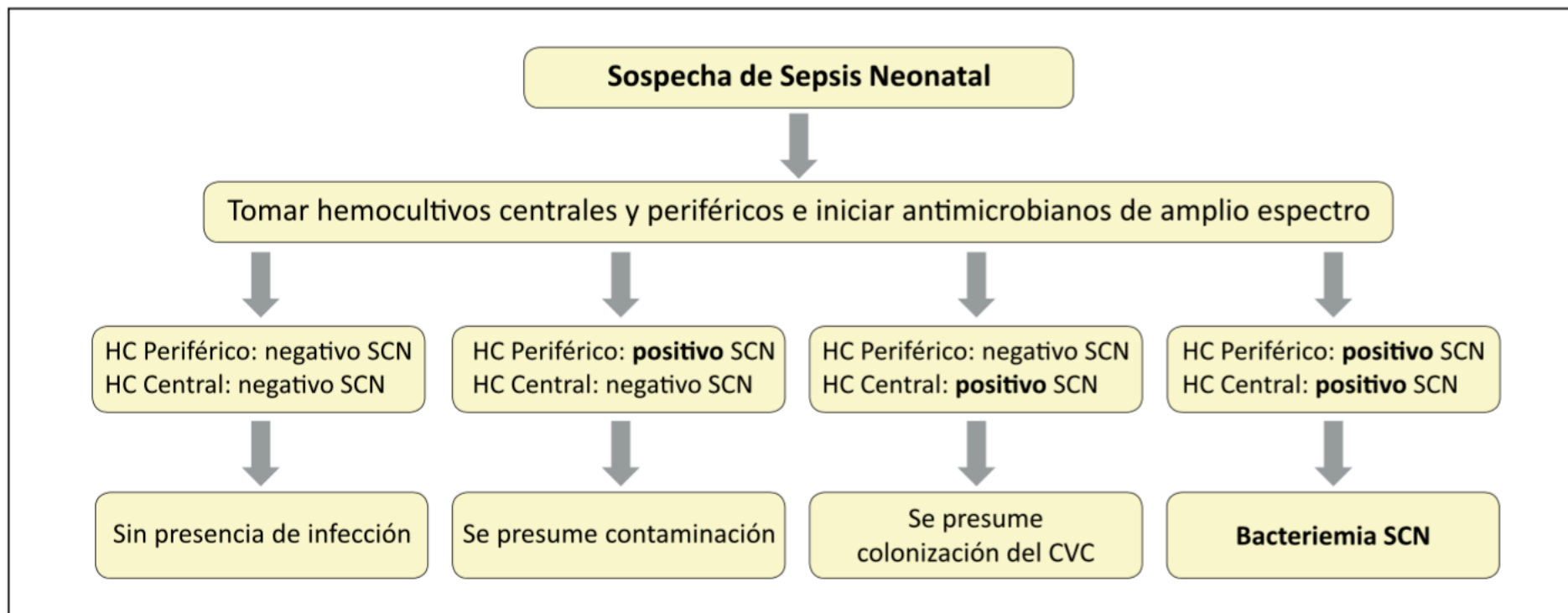


# Sepsis tardía por SCNs: más frecuente



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



# Mensaje para la casa

- Alto índice de sospecha
  - Analizar factores de riesgo vs clínica vs laboratorio RN
- Intentar suspender los antibióticos lo antes posible!
- Prevención
  - Profilaxis SGB
  - Higiene de manos



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento  
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

