



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 61.
DELEGACION VERACRUZ NORTE.

“Agentes Etiológicos de Sepsis Neonatal en el I.M.S.S. Veracruz”.

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Luis Alberto Montalvo Morales

Correo electrónico: beto.montalvo81@gmail.com

**Residente de Medicina Familiar adscrito a la unidad de
Medicina Familiar No. 61**

Matricula 98313077

Asesores:

Dra. Edith Guillén Salomón.

Dra. Sonia Irma Rojas Carrera.

H. VERACRUZ, VER.

ENERO 2015.

Índice.

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Pregunta de investigación.....	9
Material y Métodos.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	14
Conclusión.....	15
Bibliografía.....	16
Formato de recolección de tesis “Agentes etiológicos de sepsis neonatal”.....	18

Resumen

Introducción: La sepsis neonatal es una respuesta inflamatoria sistémica en presencia ó como resultado de infección probada o sospechada durante el primer mes de vida extrauterina. Desde los años 70's el Estreptococo del grupo B ha figurado como el principal agente causal, principalmente en sepsis temprana con una mortalidad de hasta 20% y secuelas de 30%. En México reportan casos de 15 – 30 por cada 1000 nacidos vivos. Desde el 2011 se implementaron protocolos de prevención basados en profilaxis antibiótica en pacientes con alto riesgo ó detección específica de estreptococo del grupo b durante el último trimestre de embarazo, reduciendo la incidencia de mismo.

Objetivo: Identificar los principales agentes etiológicos de sepsis neonatal en el hospital general de zona del IMSS en Veracruz.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y transversal de expedientes médicos diagnosticados como sepsis neonatal / Potencialmente infectado en un periodo de 4 años que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión definidos.

Resultados: No se identificó el agente etiológico por falta de realización de hemocultivos, 55% fueron masculino y 45% femenino, realizaron cesáreas en 49% y partos en 51%, la vida extrauterina promedio fue de 5 días, capurro promedio de 39 SDG, el apgar mas frecuente 9/9, 7% tuvieron hemocultivo, 83% cursaron con R.P.M. con latencia promedio de 18 hrs. La edad materna fue de 26 años, hubo predominio en primigestas (42%), promedio de estancia hospitalaria 4 días, diagnóstico más frecuente R.N. afectado por RPM (51%).

Conclusiones:

No se identificó agente etiológico más frecuente por falta de realización hemocultivos, lo cual lleva a diagnósticos y tratamiento empíricos que conllevan a 4 días hospitalarios. Debe haber correlación en diagnósticos y los paraclínicos que se disponen.

Summary.

Introduction: Neonatal sepsis is a systemic inflammatory response in the presence or as a result of proven or suspected during the first month after birth infection. From the 70 group B Streptococcus has figured as the main causative agent, especially in early sepsis with a mortality of up to 20% and 30% sequels. In Mexico reported cases of 15 to 30 per 1000 live births. Since 2011 based prevention protocols antibiotic prophylaxis in high-risk patients or specific detection of group B streptococcus during the last trimester of pregnancy, reducing the incidence of same were implemented.

Objective: Identify the major etiologic agents of neonatal sepsis in the general area of the IMSS hospital in Veracruz.

Methodology: A retrospective descriptive study of medical records diagnosed as neonatal sepsis / Potentially infected over a period of four years who met the inclusion criteria and defined exclusion was performed.

Results: the etiologic agent for non-performing blood cultures, 55% were identified were male and 45% female, 49% performed cesarean deliveries and 51%, average extrauterine life was 5 days, 39 capurro average SDG, the most common Apgar 9/9, 7% had blood cultures, 83% studied with RPM with an average latency of 18 hrs. Maternal age was 26 years, was handed in primiparous (42%), average hospital stay four days, most frequent diagnosis RN affected by RPM (51%).

Conclusions:

Not more common etiologic agent was identified by lack of blood cultures embodiment, which leads to empirical diagnosis and treatment involving hospital to 4 days. You must be a correlation in diagnostic and paraclinical that are available.

Introducción.

La Sepsis Neonatal es un síndrome clínico caracterizado por manifestación de infección sistémica durante las primeras cuatro semanas de vida y al menos con un hemocultivo positivo¹, se refieren a infecciones bacterianas invasivas que implican principalmente al torrente sanguíneo de los lactantes². Existe poco acuerdo sobre el uso de los términos sepsis neonatal, sepsis neonatorum y septicemia neonatal, es decir si deberían atenerse a las infecciones bacterianas, a los hemocultivos positivos ó a la gravedad de la enfermedad. En adultos el término síndrome de respuesta inflamatoria se utiliza para describir un síndrome clínico caracterizado por 2 ó más de las siguientes características: fiebre ó hipotermia, taquicardia, taquipnea y leucocitos anormales ó aumentos de sus formas inmaduras³. Éste puede ser secundario a traumatismos, shock hemorrágico, otras causas de isquemia, pancreatitis ó alteraciones de la inmunidad. Cuando es el resultado de una infección se denomina sepsis. No se han establecido estos criterios para lactantes y niños y es poco probable que se pueda aplicar al recién nacido. En cualquier caso el concepto de sepsis como un síndrome producido por las consecuencias metabólicas y hemodinámicas tiene su lógica e importancia⁴. En la actualidad los criterios de sepsis neonatal deben consistir en la demostración de una infección en un recién nacido acompañada de un cuadro sistémico grave en el que se descarta o es poco probable una explicación no infecciosa para las alteraciones fisiopatológicas existentes.

Los cuadros sistémicos graves en el recién nacido pueden estar causados por asfíxia perinatal y por enfermedades del aparato respiratorio, cardíaca, metabólicas, neurológicas y hematológicas⁵. Se han reconocido 2 patrones de enfermedad basados en el momento del comienzo de las manifestaciones clínicas.

La *sepsis* de inicio *temprano* tiende a desarrollarse en recién nacidos de alto riesgo (trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, fiebre intraparto) y se presenta en los primeros 48 – 72 hrs de vida como una enfermedad multisistémica fulminante asociada a un alto índice de mortalidad (50%) Los microorganismos responsables forman parte de la “flora vaginal” normal encontrada en el trabajo de parto (Estreptococo del grupo B [SGB], H. Influenza, S. neumoniae, E. coli y Klebsiela)⁶.

La *sepsis de inicio tardío* se produce después de las 48 – 72 hrs de vida de vida en recién nacidos sin complicaciones perinatales⁷. Es común el compromiso del sistema nervioso central y el índice de mortalidad se aproxima al 20%. Los microorganismos de la sepsis de inicio tardío son diversos y con frecuencia adquiridos en el hospital (S. aureus, S. epidermidis y Pseudomona)⁸.

La incidencia global de sepsis neonatal oscila entre 1 y 8 casos por cada 1000 recién nacidos vivos. Aproximadamente una tercera parte de los recién nacidos sépticos desarrollan meningitis⁹. Las tasas de incidencia de sepsis neonatal son muy variables y depende de la definición, región, institución, tiempo, etc. Se han reportado tasas de sepsis neonatal que varían de 7.1 a 38 por 1000 nacidos vivos en Asia, de 6.5 a 23 por 1000 nacidos vivos en África y de 3.5 a 8.9 en Sudamérica y el Caribe.

Esto contrasta con lo reportado en Estados Unidos con un rango de 1.5 a 3.5 por 1000 nacidos vivos para sepsis temprana y de 6 por 1000 nacidos vivos para sepsis tardía. En México y otros países en vías de desarrollo, se informan tasas de 15 a 30 por cada 1000 RN con una letalidad entre 25 a 30%¹⁰. En las diferentes regiones, los microorganismos que con mayor frecuencia producen septicemia cambian década a década. En E.U. en forma global han sobresalido los *Streptococcus* del grupo B en la última década, éstos junto con otros *Streptococcus* y *E. coli* contribuyen con 85-95% de las sepsis neonatales. El *S. epidermidis* es un recién llegado como patógeno, aunque por mucho tiempo se ha reconocido como contaminante. En ocasiones se encuentran especies de *Haemophilus* no tipificables. Los microorganismos más devastadores en el recién nacido son el estreptococo del grupo b (SGB) y *E. coli*, invadiendo ambos las meninges. También contribuyen a la inhibición de la fagocitosis y ninguno de ellos activa la vía alterna del complemento¹¹. El *Streptococcus* del grupo B ó agalactie es el agente causal más frecuente de sepsis de origen connatal desde la década de los 70's con una incidencia entre 0.7 y 3.7 por 1000 nacidos vivo¹². La incidencia de sepsis precoz por SGB es variable con un rango entre 0,23 a 3,7 por mil nacidos vivos según la población estudiada; la incidencia de sepsis tardía por este germen va entre 0,3 a 1,8 por mil¹³. La forma clínica de presentación precoz tiene una alta letalidad (5-20%), se caracteriza por un cuadro séptico acompañado de bronconeumonía y se han aislado todos los tipos de SGB (Ia, Ib, Ic, II y III)¹⁴.

La incidencia de infección neonatal tiene amplias variaciones geográficas y se asocia a la tasa de colonización materna y en la última década empieza a ser un problema creciente en los países en desarrollo¹⁵.

En EUA y Europa se ha reportado a *Streptococcus agalactiae* y *Escherichia coli* como los principales¹⁶; otros estudios mencionan a *Staphylococcus epidermidis*; en países en desarrollo los gramnegativos constituyen la causa más frecuente; sin embargo, en algunos reportes tanto el *Staphylococcus coagulasa* negativo como el *S. aureus* ya ocupan el primer lugar¹⁷.

Para la realización de éste proyecto se cuenta con el antecedente reportado en una revista¹⁸ de un estudio realizado en la Ciudad de México D.F. en la cual concluyen a microorganismos gram positivos como agentes etiológicos predominantes de éste entidad, definen al estreptococo del grupo B como agente de sepsis neonatal temprana y al Staphylococo coagulasa negativa y Staphylococo aureus como agentes de la sepsis neonatal tardía, dado que se trata de artículo reciente y sobre todo realizado en nuestro país, es de considerarse como una fuente de alto respaldo, teniendo en cuenta que en el presente proyecto no se enfoca exclusivamente en los recién nacidos pretérmino, aunque forman parte de nuestra población de estudio. Otra fuente considerada de suma importancia para la realización de éste proyecto, es la publicada en otra revista nacional¹⁹, en la cual evalúan la seropositividad a Estreptococo del grupo B en mujeres mexicanas en edad reproductiva de todos los estratos sociales, realizado en el centro médico nacional siglo XXI en la ciudad de México, encontrando en un 90% (2,405) de la población estudiada (2,669 muestras de suero) con seropositividad al antes mencionado microorganismo.

Misma que aunada con el artículo anterior brindan gran solidez a la hipótesis de que en nuestra institución hay necesidad de implementar detección intencionada del Estreptococo del grupo B.

Estos artículos comentados son considerados de suma importancia dado que son realizados en nuestro país, de la misma forma se cuenta con artículos realizados en Latinoamérica, específicamente en Sudamérica en donde países como Argentina²⁰, Chile²¹ y Brasil²² reportan prevalencia de infección por estreptococo del grupo b en investigaciones realizadas en embarazadas en el último trimestre y en neonatos con sepsis neonatal diagnosticada. En éste último país sudamericano hay artículos que demuestran la importancia de cultivo selectivo para estreptococo del grupo B²³. En el continente europeo se encuentra mayor difusión de artículos sobre éste microorganismo, en España se realiza profilaxis intraparto y búsqueda intencionada del estreptococo del grupo b como parte del protocolo prenatal del tercer trimestre²⁴, lo que les ha permitido exponer a través de artículos los avances obtenidos con las prácticas de éstas actividades preventivas²⁵, por lo anteriormente expuesto se considera importante determinar la prevalencia del estreptococo del grupo B como agente etiológico de sepsis neonatal, con la finalidad de determinar la importancia de realizar actividades preventivas señaladas a nivel internacional desde hace más de 10 años y que hasta el momento no se practican en nuestro país.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el agente etiológico más frecuentes en la sepsis neonatal temprana y tardía en el HGZ del I.M.S.S. Veracruz?

Material y Métodos.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Zona No. 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S) en la ciudad y puerto de Veracruz, la cual ofrece servicios de salud a población de todos los estratos sociales con derecho-habidencia.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en base en la revisión de expedientes médicos de neonatos ingresados al servicio de neonatología, inicialmente identificados 439 expedientes de ahí se tomaron 120 expedientes completos que cumplieron con los criterios de inclusión como fueron: expedientes clínicos de neonatos con diagnóstico de Potencialmente Infectado / Sepsis Neonatal ingresados al servicio de neonatología del HGZ No 71 IMSS en el periodo comprendido de junio del 2009 a junio del 2013 , de exclusión como expedientes clínicos de neonatos hijos de madre portadora de VIH / SIDA, expedientes clínicos de productos óbitos, expedientes clínicos con reporte de Parto Fortuito, expedientes clínicos que no cuenten con diagnóstico de Potencialmente Infectado. Así como criterios de eliminación los cuales fueron expedientes clínicos de neonatos egresados del servicio de neonatología por alta voluntaria. Para la obtención de datos las hojas del recién nacido y la nota de ingreso al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales fueron las principales fuentes de información para identificar 13 de las 15 variables establecidas en el formato de recolección, se realizó la búsqueda de los paraclínicos realizados durante su estancia intrahospitalaria haciendo énfasis en la búsqueda del reporte de hemocultivo con los cual se identificaría las 2 restantes variables del formato. Se realizó un análisis estadístico con los datos obtenidos para obtener análisis de frecuencias de las variables en estudio.

Resultados.

Se hizo revisión de la libreta de ingreso-egreso del servicio de cuidados intensivos neonatales en un periodo comprendido de junio del 2009 a junio del 2013, se identificaron 439 neonatos que contaban con diagnóstico de Potencialmente Infectado, los cuales se correlacionaron con el diagnóstico de egreso, mismos que se solicitaron al servicio de archivo clínico previa autorización del director del H.G.Z. No. 71, de los cuales se localizaron 120 expedientes completos, de la revisión de éstos últimos se encontró la siguiente información:

45% (n=54) de los neonatos fueron del sexo femenino, 55% pertenecían al sexo masculino (n=66), en cuanto a la vía de nacimiento se obtuvieron vía parto vaginal el 51% (n=61) de los neonatos, de los cuales el 4% (n=4) fueron instrumentados y vía cesárea el 49% (n=59) (Ver tabla 1). La edad de vida extrauterina promedio fue de 5 hrs, la edad determinada por capurro fue de 39 SDG, las calificaciones de apgar más frecuentes fueron 9/9 en 50% (n=60) de los casos y 8/9 en 40% (n=48) de los casos (ver tabla 2), no hubieron defunciones neonatales de los casos revisados, sólo al 7% (n=8) de los casos se les practicaron hemocultivos, de los cuales el 2% (n=2) reportaron como negativo a los 2 y 7 días, 2% (n=2) más reportaron como microorganismo no aislado, otro 2% (n=2) reportó desarrollo de *Staphylococo Epidermidis* y en 2% (n=2) más se reportó desarrollo de *Staphylococo Haemoliticus*, el 83% (n=99) de las pacientes presentaron ruptura de membranas, de las cuales el promedio de latencia fue de 18 hrs, 7% (n=8) de los casos tuvieron co-morbilidad asociada (ver tabla 3), el promedio de edad materna fué de 26 años, de acuerdo al número de gestaciones maternas 42% (n=50) fueron producto de la primera gesta, 33% (n=41) fueron producto de la segunda gesta y 23% (n=29) fueron productos de madres multigestas (ver tabla 4), los diagnósticos de egresos más frecuentes fueron en un 51% (n=61) "Recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas", en 20% (n=24) de los casos egresaron con diagnóstico de "Sepsis Neonatal Descartada" y en un 15% (n=18) se utilizó "Sepsis Remitida" (ver tabla 5), la procedencia más frecuente fue del municipio de Veracruz en un 78% (n=94) y otros municipios en 22% (n=26), el promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 4 días y la principal procedencia de los pacientes fue del municipio de Veracruz (ver tabla 6).

Tabla 1.- Vías de nacimiento

Vía de Nacimiento	
Cesárea	59
Parto	61

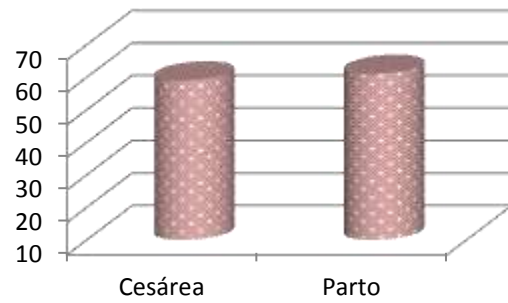


Tabla 2.- Frecuencia de calificaciones apgar.

Apgar	Neonatos
9/9	60
8/9	48
8/8	2
7/9	4
7/8	2
6/8	4

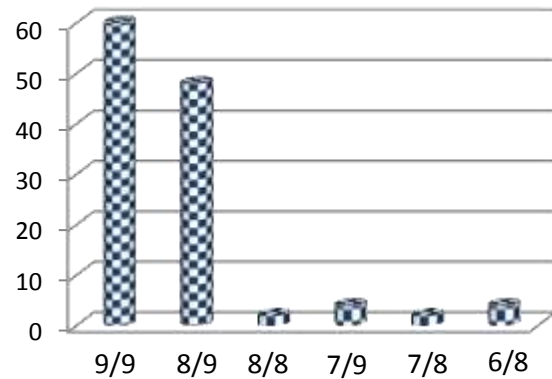


Tabla 3.- Frecuencia de co-morbilidades.

Comorbilidades	Embarazadas
H.A.S	3
I.V.U.	2
FIEBRE MATERNA	1
AMNIOITIS	2

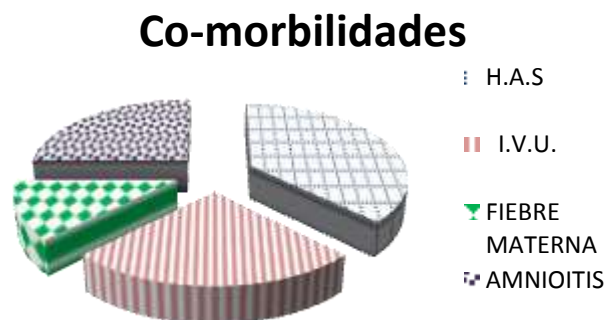


Tabla 4.- Frecuencia de Gestaciones maternas.

Gestas	Pacientes
Primigestas	50
Secundigestas	41
Multigestas	29

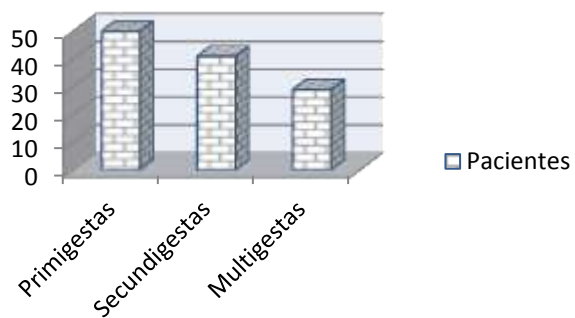


Tabla 5. Frecuencia de diagnósticos de egresos.

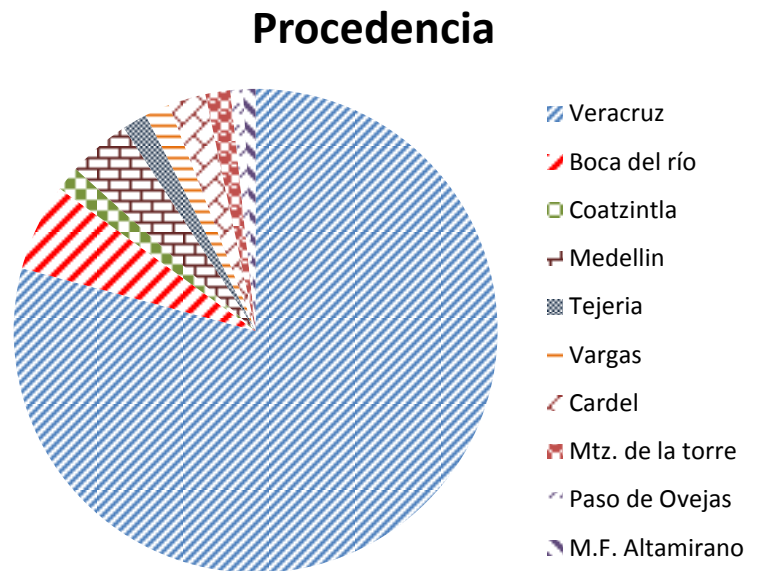
Diagnóstico de egreso	Total
R.N. afectado por R.P.M.	61
Sepsis neonatal descartada	24
Sepsis Remitida	18

Diagnósticos frecuentes



Tabla 6. Municipios de procedencia.

Municipios	Pacientes
Veracruz	95
Boca del río	7
Coatzintla	2
Medellín	5
Tejería	2
Vargas	2
Cardel	3
Mtz. de la torre	2
Paso de Ovejas	1
M.F. Altamirano	1



Discusión.

Mientras que en Estados Unidos, Sudamérica y el Caribe, se realizan actividades preventivas (profilaxis antibiótica intraparto) y diagnósticas, (uso de medio cultivo selectivo vs No selectivo) en nuestra institución se realiza diagnóstico y tratamiento empírico, tomando como referencia la literatura de países del primer mundo en donde existe controversia entre el estreptococo del grupo b y el estafilococo como principales agente causales, señalando además que el microorganismo puede variar de acuerdo a la región geográfica y hasta por la estación del año. La herramienta diagnóstica utilizada en nuestra unidad se basa en la realización de Biometría Hemática Completa y Reacción de Polimerasa en Cadena, los cuales son considerados como complementos diagnósticos en la literatura. La realización de hemocultivos a sólo 8 neonatos de 120 ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales resulta preocupante y más aún cuando en 4 (50%) de ellos se logra identificar un agente microbiano (Estafilococo).

El concepto de “Recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas” fue el más frecuentemente utilizado como diagnóstico de egreso, más sin embargo, no parece ser apropiado dada la generalidad que representa, incluso en 2 de los casos que se aisló microorganismo se utilizó éste concepto. El segundo concepto más utilizado como diagnóstico de egreso fue “sepsis descartada”, el cual tampoco parece resultar apropiado pues hay definiciones que involucran la positividad de un hemocultivo para integrar el diagnóstico¹. Un 14% (n=17) de los casos fueron egresados con diagnóstico de sepsis remitida, de los cuales 2% (n=2) contó con hemocultivo positivo, y el otro 2% (n=2) con hemocultivo inicial negativo, lo cual parece indicar que falta más correlación diagnóstica con lo paraclínico. El desarrollo de Estafilococo epidermidis coincide con textos que lo colocan como el agente principal de sepsis tardío⁸, más sin embargo la cantidad de casos presentados no es suficiente para establecer conclusiones.

El haber alcanzado la madurez gestacional parece resultar un factor protector para la sobrevivencia del neonato, pues en los casos revisados no hubo fallecimientos, situación que sería adecuada comparar con neonatos prematuros. El promedio de estancia

hospitalaria fue de 4 días, por lo que valdría la pena realizar una relación costo-beneficio entre el hecho de solventar el costo de hospitalización de neonatos por 4 días en forma empírica versus el realizar actividades diagnosticas ó preventivas que permitan una certeza médica.

Conclusión.

No fue posible determinar el agente etiológico más frecuente de sepsis neonatal por falta de hemocultivos a los casos considerados como probable sepsis neonatal ó con factor de riesgo para ello, lo que lleva a diagnósticos y tratamientos empíricos y esto a su vez repercute en un promedio de estancia hospitalaria de 4 días por neonato. Es importante correlacionar los diagnósticos de egresos en relación con los paraclínicos que se tienen disponibles. Todo lo anterior con la finalidad de mejorar la calidad vida de los pacientes; es necesario realizar estudios similares con el apoyo integral para la identificación del agente etiológico.

Bibliografía.

- 1.- Tapia y P.V.J. Manual de Neonatología (2da ed): Santiago, Chile. 2000
- 2.- Angelis et al. Pediatría Principios y Práctica. 1993
- 3.- Krugman J.P. Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Madrid: Harcourt España. 1999
- 4.- Games E.J. et al. Introducción a la pediatría 6ª ed. 1998
- 5.- Nelson et al. Tratado de Pediatría. 15ª ed Vol.1. 1998
- 6.- Frederic H. et al. Manual de Terapéutica en Pediatría; México. 2001
- 7.- William W. et al. Diagnóstico y Tratamiento pediátrico. 1999
- 8.- Klaus/F. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 1999
- 9.- Jhon P.C./A.R.S. Manual de cuidados Neonatales 3ª ed. 2000
- 10.- Instituto Nacional de Salud Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Guías Clínicas del Departamento de Neonatología. 2011
- 11.- Avery/F. La práctica de la pediatría. 1991
- 12.- Ceriani C. Neonatología Práctica 2ª ed. 1991
- 13.- Magdalena C.O. et al (2008: 79[5] pp 462-470) Sepsis Neonatal por Streptococcus del grupo B. 2008.
- 14.- Norbetr G. Medicina Clínica en Obstetricia 5ª reimpresión. 1996
- 15.- Sarubbi M.A et al (2000 19[2] pp 52-59) Bacteriemias Neonatales por Estreptococo *B* Hemolítico del grupo B: Trece años de experiencia. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá
- 16.- Wilfrido C. et al (2009 90 [23]) Revista de enfermedades infecciosas en pediatría.
- 17.- Miguel A.R.W et al (2003 45 [2]) Revista Salud Pública de México.
- 18.- Jimenez D.V. Sepsis Temprana y Tardía en Recién Nacidos. Revista de Enfermedades infecciosas en pediatría. 2010; Vol XXIII (91):79.
- 19.- Palacios-Saucedo G.M., Caltenco S.R., Torres L.J., Tapia C.R., Muñoz H.O., Exposición a Estreptococo del grupo B en mujeres mexicanas en edad reproductiva. 2002; Vol 44(1):50-56. Salud Pública de México

- 20.- Sad L.J, Capellino F., Giusto R., Travella C., Gómez B.F., Kreiker G. et al. Colonización por estreptococo Beta Hemolítico del grupo B durante el embarazo y prevención de enfermedad neonatal. 2005. Vol. 65 (3):201-206. Medicina
- 21.- Doren V.A., Cruz O.M., Tapia I.J., Abarzúa C.F. Sepsis Neonatal por estreptococo del grupo B. 2008;79 (5):462-470. Rev Chilena de Pediatría.
- 22.- Zusman S.A., Baltimore R.S., Fonseca N.S. Prevalence og Maternal Group B Streptococcal Colonization and Related Risk in a Brazilian Population.2006;10(4):242-246. The Brazilian Journal of Infectious Disease and Contexto Publishing.
- 23.- Nomura M.L., Passini J.R., Moraes O.U. Selective versus Non Selective Culture Medium for Group b Streptococcus Deteccion in Pregnancies Complicated by Preterm Labor or Preterm-Premature Rupture of Membranes. 2006;10(4):247-250. The Brazilian Journal of Infectious Diseases.
- 24.- Andreau A., Sanfeliu I., Viñas LI., Barranco M., Bosch j., Guardia C., et al. Declive la Incidencia de Sepsis Perinatal por Estreptococo del grupo B. Relación con las Políticas Profilácticas. 2003;21(4):174-9. Enferm Infecc Microbiol Clin.
- 25.- Napoli M.N., Ragone M.L., Scheidegger S., Elizalde C.O. Impacto de la Profilaxis intraparto en la Sepsis Neonatal por Estreptococo B-Hemolítico del Grupo b. 2006(162):23-25. Revista de postgrado de la Vía Cátedra de Medicina.

Formato de recolección de tesis “Agentes etiológicos de sepsis neonatal”.

Formato diseñado por el investigador exclusivamente para la realización del presente trabajo.



Recolección de datos de “Agente Etiológicos de Sepsis Neonatal”.

- Datos del Neonato:

Edad: _____ horas Sexo: _____ DEIH: _____

Vía de Nacimiento: _____ Capurro: _____ Apgar: _____

Agente Etiológico: _____ Egresado del servicio: Vivo () Finado ()

Dx. de egreso: _____

-

- Datos Maternos

Edad: _____ años No. de gestación: _____ ¿R.P.M.? _____ Evolución: _____ hrs

Co-morbilidades _____ Residencia / Procedencia: _____

¿Parto instrumentado? Sí () No