

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ


ZAMBRANO



PROTOCOLO SEPSIS NEONATAL

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Dra. Dayami Armas	MÉDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	
Revisado por:	Dra. Ruth Bósquez	COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	
	Dr. Leonardo Castro	MEDICO UNIDAD DE CALIDAD	
	Dra. Mercy Oleas	DIRECTORA ASISTENCIAL	
Aprobado por:	Dra. Kathia Tinizaray	GERENTE HOSPITALARIA	


"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo"

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 2 de 13

INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	3
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS	3
5. DIAGNOSTICO	4
5.1 CUADRO CLÍNICO.....	4
5.2 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	4
6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	6
7. TRATAMIENTO	7
7.1 MEDIDAS GENERALES	7
7.2 MANEJO ESPECÍFICO	7
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	9
8.1 HOSPITALIZACIÓN O TERAPIA INTENSIVA	9
8.2 REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA	9
8.3 EGRESO HOSPITALARIO.....	10
9. CONTROL DE CAMBIOS.....	10
10. ANEXO	11
11. BIBLIOGRAFÍA.....	13



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 3 de 13

1. INTRODUCCIÓN

La sepsis neonatal es una de las principales enfermedades en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Su clínica frecuentemente muy sutil, lo que supone un reto diagnóstico y su correcto tratamiento precoz, pero por otra parte, el uso excesivo y prolongado de antibióticos no justificado favorece la generación de resistencias, altera la flora normal del neonato, aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante, o de infecciones fúngicas.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Brindar recomendaciones para estandarizar el diagnóstico y el manejo oportuno de la sepsis temprana y tardía.

2.1 Específicos

- Identificar los factores de riesgo de sepsis neonatal.
- Realizar diagnóstico y tratamiento de neonatos con sepsis bacteriana.
- Aplicar algoritmo de atención diagnóstica en sepsis neonatal temprana y tardía.

3. ALCANCE


El alcance de este protocolo es la aplicación oportuna tanto diagnóstica como, terapéutica por parte de médicos generales y especialistas que asisten a neonatos con manifestaciones clínicas de sepsis en el área de Neonatología.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS

Es el síndrome clínico derivado de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida. En la presente guía se considerarán las infecciones bacterianas como causa de sepsis

- **Sepsis neonatal temprana:** infección sospechada o confirmada que se produce en el recién nacido en las primeras 72 horas de vida, generalmente se adquiere durante el paso a través del canal de parto o mediante diseminación hematológica de bacterias.
- **Sepsis neonatal tardía:** infección sospechada o confirmada que se produce en el recién nacido después de las 72 horas de vida, que se adquiere en el entorno de cuidado.
- **Sepsis vertical:** Infección materna intrauterina o perinatal
- **Sepsis intrahospitalaria:** adquirida después del tercer día de hospitalización.
- **Sepsis probable:** Antecedente de riesgo para sepsis, cuadro clínico compatible y/o pruebas de laboratorio alteradas.
- **Sepsis confirmada:** Cuadro clínico compatible y hemocultivo positivo.
- **Sepsis clínica:** Cuando los cultivos son negativos pero existe signos clínicos consistente con infección. (1)



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 4 de 13

5. DIAGNOSTICO

5.1 Cuadro clínico

El diagnóstico clínico de sepsis en el neonato es difícil, porque muchos de los signos son inespecíficos y pueden observarse en patologías no infecciosas. Puede manifestarse de forma aguda con fallo multisistémico o de forma sutil, lo que dificulta aún más el diagnóstico. El distrés respiratorio, aunque inespecífico, es el signo clínico más frecuente. La mayoría de los neonatos con sepsis desarrollarán síntomas en las primeras 12-24h de vida. Sólo un 1% no presentará síntomas al nacimiento y presentará clínica posteriormente` (2).

Sepsis de inicio temprano: su identificación clínica es difícil; puede presentarse de una manera muy diversa y con cuadro clínico similar a otras enfermedades.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

1. Clínica inicial:

- a. Mala evolución
- b. Mala regulación de la temperatura (fiebre/hipotermia)
- c. Dificultad y mala tolerancia a la alimentación
- d. Hipoactividad
- e. Taquicardia inexplicable

2. Signos de agravamiento:

A los anteriores se suman:

- a. Problemas digestivos: vómitos, distensión abdominal, hepatomegalia, ictericia.
- b. Problemas respiratorios: quejido, aleteo, retracciones, respiración irregular, taquipnea, cianosis, apneas.
- c. Problemas neurológicos: hipoactividad, irritabilidad, hipotonía, temblores, convulsiones, fontanela tensa.

3. Fase tardía:

a los anteriores agravados, se suman:


- a. Problemas cardiocirculatorios: palidez, cianosis, piel marmórea (mal aspecto). Hipotermia, pulso débil, respiración irregular, llenado capilar lento, hipotensión.
- b. Problemas hematológicos: ictericia, hiperbilirrubinemia, hepatoesplenomegalia, palidez, púrpuras, hemorragias.

5.2 Exámenes complementarios

Hemograma.

Es uno de los indicadores directos más útiles de la infección bacteriana, la alteración (leucopenia o leucocitosis) es parte esencial de los componentes del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica. El conteo de leucocitos y neutrófilos absolutos, la relación de neutrófilos inmaduros/ maduros, cambios en la morfología o degeneración como la vacualización, bacterias intracelulares, granulaciones tóxicas, deben ser estudiados y analizados



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 5 de 13

individualmente, y en conjunto. En ausencia de hipertensión materna, asfixia grave, hemorragia periventricular, fiebre materna o enfermedad hemolítica, la neutropenia total absoluta y una relación elevada entre las formas neutrofílicas inmaduras y las totales sugieren firmemente una infección bacteriana. La presencia de neutropenia se asocia a un mal pronóstico ya que generalmente indica disminución de la reserva de neutrófilos en médula ósea. (3)

Proteína C reactiva

Es un reactante de fase aguda no específico. Es sintetizado por los hepatocitos, regulado por IL-6 e IL-1. La síntesis extrahepática se origina en neuronas, plaquetas ateroscleróticas, monocitos y linfocitos. El valor positivo es mayor de 10 mg/L; la secreción se inicia luego de 4 a 6 horas del estímulo, el máximo nivel sanguíneo se logra de 36 a 48 horas, la vida media es de 19 horas (3).

Procalcitonina

La procalcitonina (PCT) es un propéptido de la calcitonina. En individuos sanos se detectan valores mayores de 0.1 ng/ml, pero en infecciones severas puede llegar hasta valores de 1000 ng/ml, generalmente se encuentran cifras mayores a 0.5 ng/ml en pacientes sépticos. Se eleva fisiológicamente en las primeras 48 horas de vida, el valor en sangre durante este tiempo es 3 ng/ml, posteriormente disminuye a 0.5 ng/ml. En la sepsis neonatal tardía o de origen nosocomial han determinado una alta sensibilidad y especificidad. La elevación de PCT se presenta en infecciones de origen bacteriano, micótico o parasitario, mientras que los procesos provocados por virus no presentan elevación de la PCT (3).

Interleucina 6

La interleucina 6 (IL-6) es una citoquina proinflamatoria producida por monocitos, macrófagos, células endoteliales, astrocitos, fibroblastos y linfocitos B y T; es un marcador de inflamación sistémica, sus valores en sangre aumentan rápidamente luego de la exposición a las bacterias y sus toxinas, se eleva más rápidamente que la PCR. Es efectiva para el diagnóstico de sepsis neonatal tardía en neonatos pretérmino. Al comienzo de la infección posee una alta sensibilidad (89%) y un valor predictivo negativo de 91%, sin embargo, tiene una vida media muy corta y sus valores en sangre caen rápidamente luego de instaurado el tratamiento; a las 24 horas los valores en sangre son indetectables. La IL-6 se debe considerar un marcador de infección precoz (3).

Hemocultivos


La "prueba de oro" para el diagnóstico de sepsis en cualquier grupo etario. Si se sospecha sepsis relacionada con catéter debe realizarse cultivo simultáneo de sangre obtenida del catéter y de una vía periférica (3).

Reacción en cadena de la polimerasa

Los resultados de RCP antes de 18 horas de nacido podrían ayudar a descartar sepsis neonatal temprana, lo que provocaría menor uso de antibióticos y disminuiría la estancia en UCIN. Su inconveniente es el alto costo y disponibilidad limitada (3).

Punción lumbar



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 6 de 13

La punción lumbar (PL) es importante para el diagnóstico de meningitis. En el periodo neonatal la septicemia puede ser indistinguible de la meningitis. Se recomienda realizar punción lumbar en pacientes de más de 72 horas de vida (sepsis neonatal tardía ya que en este grupo puede llegar a 15% la incidencia), y en menores de 72 horas sólo si hay sospecha muy alta de meningitis (3).

Urocultivo

El urocultivo en neonatos de menos de 72 horas de vida tiene baja sensibilidad y en ausencia de anomalías anatómicas conocidas (ecografía fetal) no está recomendado. Sin embargo, su realización es obligada en todos los recién nacidos evaluados por sepsis tardía o nosocomial. La muestra debe tomarse por punción suprapúbica o sondaje vesical (3).

Radiografía de Tórax

Se recomienda tomar radiografías de tórax, a criterio médico, en aquellos pacientes que presenten signos o síntomas respiratorios (FR mayor a 60 por minuto persistente), retracciones intercostales, subcostales, supraclaviculares; cianosis; desaturación evidente en oximetría, hallazgos auscultatorios.

Ecocardiograma


La ecocardiografía funcional cardíaca (EFC) es una herramienta útil para complementar la evaluación clínica del estado hemodinámico en los RN y es útil en el diagnóstico diferencial con choque neonatal asociado a las cardiopatías congénitas y para valorar la repercusión hemodinámica (5)

6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ante sospecha de sepsis neonatal precoz o tardía, los diagnósticos diferenciales incluyen los siguientes:

- Virus: herpes, influenza, otros virus respiratorios
- Cardiopatías congénitas
- Ductus arterioso permeable
- Metabolopatías - Errores innatos del metabolismo
- Dengue y Chikungunya
- Toxinas producidas por bacterias específicas: ej. Bordetella Pertussis.
- Causas diversas de shock (hemorragia, trauma del parto, insuficiencia adrenal)
- Atelectasias
- Meconio
- Estenosis pilórica
- Apneas de múltiples causas no infecciosas
- Hipertermia o fiebre "no infecciosa" ejemplo; deshidratación, administración de prostaglandinas, disfunción del sistema de servo control de la cuna de calor radiante (4).



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 7 de 13

7. TRATAMIENTO

7.1 Medidas generales

- Se recomienda en un Servicio de Cuidado Intensivo Neonatal (SCIN) en segundo y tercer nivel, que disponga de medición continua y permanente de signos vitales (medir con monitor: FC, FR, oximetría de pulso, temperatura, tensión arterial)
- Se recomienda iniciar la alimentación enteral lo más pronto posible, de preferencia con leche materna
- Se recomienda nutrición parenteral si el ayuno se establece, ya que el RN dispone de reservas energéticas escasas y la infección produce aumento del catabolismo.
- Se recomienda apoyo ventilatorio en casos de signos claros de insuficiencia respiratoria
- Se recomienda la vigilancia cercana del estado cardiovascular. Valorar la necesidad de drogas vasoactivas para mantener una adecuada perfusión tisular.
- Se recomienda en RN con sepsis o choque séptico: Tener un acceso vascular central y periférico permeable; Restauración rápida de la perfusión tisular; evaluación continua de la función cardiovascular; Manejo con vasopresores si es necesario.
- Inicio de antibióticos.
- Examen físico frecuente (incluyendo llenado capilar)
- Evaluación del gasto cardíaco, resistencia vascular periférica y flujo sanguíneo (5).(8)

7.2 Manejo específico


7.2.1 Farmacológico:

Se recomienda en el RN prematuro y a término con sospecha clínica de infección de inicio temprano la terapia parenteral empírica combinada de ampicilina y gentamicina. Si el tratamiento se continúa por más de 48-72 horas y si el niño tiene meningitis sospechada o confirmada, la dosis de ampicilina debe ser cambiada a 400 mg/kg/día, añade cefalosporina de tercera generación y suspenda aminoglucósido. La duración de la terapia antibiótica empírica debe limitarse a tres días si los cultivos son negativos y la evolución clínica y de laboratorio del RN son favorables.

Ampicilina: Sospecha de sepsis: 50 mg/kg/dosis intravenosa lenta. Infección por E. Grupo B bacteriemia: 150 a 200 mg/kg/día vía intravenosa. Infección por E. Grupo B meningitis: 300 a 400 mg/kg/día intravenoso. Menos o igual a 29 semanas: De 0 a 28 días: cada 12 horas; Mayor de 28 días: cada 8 horas; 30-36 semanas: 0-14 días de vida: cada 12 horas y mayor de 14 días: cada 8 horas; 37- 44 semanas. 0 -7 días: cada 12 horas; Mayor de 7 días: cada 8 horas; Mayor o igual a 45 semanas dosis cada 6 horas (6).

Gentamicina: Menor o igual a 29 semanas o con ductus permeable, asfixia significativa: 0 a 7 días: 5mg por kg cada 48 horas; 8-28 días: 4 mg por kg cada 36 horas; Mayor o igual a 29 días: 4mg por kg cada 24 horas. 30 a 34



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 8 de 13

semanas: 0 a 7 días: 4,5mg/Kg cada 36 horas; Mayor o igual a 8 días: 4mg por kg cada 24 horas. Mayor o igual a 35 semanas: 4 mg por kg cada 24 horas (6).

Sepsis tardía: El riesgo de desarrollar patógenos resistentes a los antibióticos es bajo en un RN que reingresa de su casa por la sospecha de sepsis sin foco aparente. El tratamiento empírico es ampicilina y gentamicina IV. El uso de oxacilina más gentamicina es el tratamiento antibiótico empírico en neonatos con sospecha clínica de infección de inicio tardío con foco aparente (piel o huesos).

Oxacilina IV: Dosis: 25mg/kg en 15 días; Meningitis: 50mg/kg. Menor o igual a 29 semanas: 0 a 28 días de vida cada 12 horas; 0 – 28 días: cada 12 horas; Mayor de 28 días. Cada 8 horas. 30 a 36 semanas: 0 a 14 días cada 12 horas; Mayor de 14 días: cada 8 horas. 37 a 44 semanas: 0 a 7 días de vida cada 12 horas y mayor de 7 días cada 8 horas; Mayor o igual a 45 semanas: Dosis cada 6 horas (6).


Vancomicina: El uso de la vancomicina se debe iniciar si, a juicio del médico, el niño está gravemente enfermo y el organismo infectante es una cepa resistente a la metilina de un organismo Gram positivo. Se recomienda usar como antibiótico de segunda línea junto a un aminoglucósido habitualmente gentamicina, y si se tiene reportes de microorganismos resistentes con beta-lactamasas de espectro extendido en la unidad, suspenda el aminoglucósido y añada carbapenémico (meropenem) hasta obtener el resultado del hemocultivo. Se recomienda el uso de vancomicina combinado con cefalosporina de tercera generación solamente en el caso de que exista sospecha clínica o meningitis neonatal comprobada. Vía EV Meningitis: 15 mg/kg en 1 hora Bacteriemia: 10 mg/kg en 1 hora. ≤ 29 semanas 0 – 14 días de vida cada 12 horas; 14 días de vida: cada 8 horas. 30 – 36 semanas 0 – 14 días de vida: cada 12 horas; 14 días de vida: cada 8 horas. 37 – 44 semanas: 0 – 7 días de vida cada 12 horas; 7 días de vida: cada 8 horas; ≥ 45 semanas: cada 6 horas (6).

Se recomienda administrar cefalosporina de tercera generación en el RN con sospecha clínica de infección de inicio temprano tardío solamente cuando se sospecha o se comprueba meningitis.

No se recomienda el uso de ceftriaxona en el caso de que el RN presente hiperbilirrubinemia o reciba infusiones de cualquier forma que contengan gluconato de calcio.

Si en un RN se sospecha de meningitis, pero el patógeno es desconocido, dar tratamientos intravenosos con ampicilina más cefotaxima. Si en un RN la meningitis se demuestra que es debido a gérmenes Gram negativos, ya sea por la tinción de Gram del líquido cefalorraquídeo o al cultivo, descontinúe la antibioticoterapia empírica con ampicilina y gentamicina y trate solamente con cefalosporina de tercera generación. Si la meningitis en el RN se asocia a gérmenes Gram positivos, continuar el tratamiento con ampicilina y añada cefalosporina de tercera generación intravenosa; y suspenda el aminoglucósido, mientras espera el resultado del cultivo y busca asesoramiento microbiológico experto. Para la meningitis por Gram



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 9 de 13

negativos, se recomienda mantener el tratamiento un mínimo de 21 o más días después de que el LCR se haya esterilizado.

Ceftazidima: Vía EV o IM Dosis: 30 mg/kg en 30 minutos. 29 semanas 0–28 días de vida: cada 12 horas; > 28 días de vida: cada 8 horas. 30 – 36 semanas: 0 – 14 días de vida: cada 12 horas; > 14 días de vida cada 8 horas. 37 – 44 semanas: 0 – 7 días de vida cada 12 horas; > 7 días de vida cada 8 horas; ≥ 45 semanas: cada 8 horas (6).

Meropenem Vía EV: Infecciones por Pseudomona Aeruginosa: 40 mg/kg cada 8 horas. Sepsis: 20 mg/kg < 7 días de vida cada 12 horas; ≥ 7 días de vida: cada 8 horas. Edad Gestacional 30 Semanas: 0-7 días: 20 mg/kg/día c/12h >7 días: 20-40 mg/kg/día c/8h (6).

Se recomienda realizar profilaxis antifúngica:

- A todos los pacientes menores de 1000 gramos y/o menos de 28 semanas.
- Infantes entre 1000 a 1500 gramos más factores de riesgo (Sepsis de inicio temprano con hemocultivo positivo, Enterocolitis necrotizante, Perforación intestinal, Uso de cefalosporina de tercera generación y carbapenémicos).

Se recomienda la administración intravenosa de fluconazol profiláctico con una dosis de 3 mg/kg dos veces por semana en niños menor de 1000 gramos hasta que no tengan acceso venoso central o por 6 semanas. Si previamente se administró fluconazol como antimicótico profiláctico, se recomienda, para iniciar el tratamiento, rotar a otro antifúngico. Cuando se trata de candidiasis invasiva, se recomienda el uso de anfotericina B, que ha mostrado escasa toxicidad en neonatos. Si la infección se debe al uso de catéteres, es fundamental retirarlos.

Fluconazol: Vía EV o PO. Profilaxis Dosis: 3 mg/kg 2 veces por semana. Candidiasis oral Dosis de impregnación: 6 mg/kg., después 3 mg/kg. Candidiasis invasiva: Dosis de impregnación: 12 – 25 mg/kg., después: 6 – 12 mg/kg. Según edad gestacional y postnatal: ≤ 29 semanas: 0 – 14 días de vida cada 72 horas; > 14 días de vida: cada 48 horas. 30 – 36 semanas: 0 – 14 días de vida: cada 48 horas; > 14 días de vida: cada 24 horas. 37- 44 semanas: 0 – 7 días de vida cada 48 horas; > 7 días de vida: cada 24 horas; y en insuficiencia renal: Se debe ajustar la dosis según aclaramiento de creatinina o si creatinina > 1,6 mg/dl (6).


8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

8.1 Hospitalización o Terapia Intensiva: Todo recién nacido con signos clínicos sospechosos de sepsis debe ser hospitalizado, teniendo en cuenta variables clínicas, Variables hemodinámicas y Variables de perfusión tisular (5).

8.2 Referencia/Contrarreferencia: Primer nivel de atención: si no se cuenta con medios diagnósticos auxiliares y área de observación se debe transferir con: Resumen clínico completo Iniciar cuidados primarios.

Enviarlo a un nivel hospitalario nivel II o III Segundo nivel de atención: se recomienda tratar a pacientes asintomáticos con factores de riesgo o que cursen con proceso infeccioso que amerite observación directa y continua.



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 10 de 13

Se recomienda en segundo nivel: la observación directa y continua del neonato con sospecha de sepsis, realizar exámenes de laboratorio, iniciar el tratamiento antibiótico con primera línea Ampicilina y gentamicina. Monitoreo y evaluación clínica permanente. Decidir continuar, rotar o suspender los antibióticos.

Tercer nivel de atención: se recomienda transferir a este nivel a niños con mala evolución luego de iniciado el tratamiento. Aquellos que requieran apoyo respiratorio y cardiocirculatorio. También a todo RN menor de 32 semanas de edad gestacional.

Realizar la contrarreferencia del paciente:

- Una vez resuelto y conseguida la estabilidad hemodinámica.
- La sepsis que motivó el inicio del tratamiento tenga una evolución favorable.
- Hemocultivos negativos.
- Reactantes de fase aguda y otros exámenes negativos para infección.
- Que no requiera apoyo ventilatorio ni vasoactivo.
- Mejoría constante de su condición clínica.
- Disponga de un plan de tratamiento y seguimiento

8.3 Egreso Hospitalario

Criterio de alta:

- Superar la condición patológica que motivó el ingreso.
- Asegurar que el tratamiento antibiótico fue adecuado y completo.
- Signos vitales normales.
- Sin dificultad respiratoria.
- Exámenes auxiliares normales.
- Sin necesidad de vía venosa por más de 24 horas.
- Termorregulación adecuada en cuna corriente.
- Succión adecuada, alimentación al seno materno o sonda de gastrostomía si fue necesario.
- Haya superado las 34 semanas de edad gestacional corregida y 1.800 gramos de peso.
- Adecuado manejo de los padres con charlas de adiestramiento sobre signos de alarma y confirmar que la información haya sido entendida (5).(8)

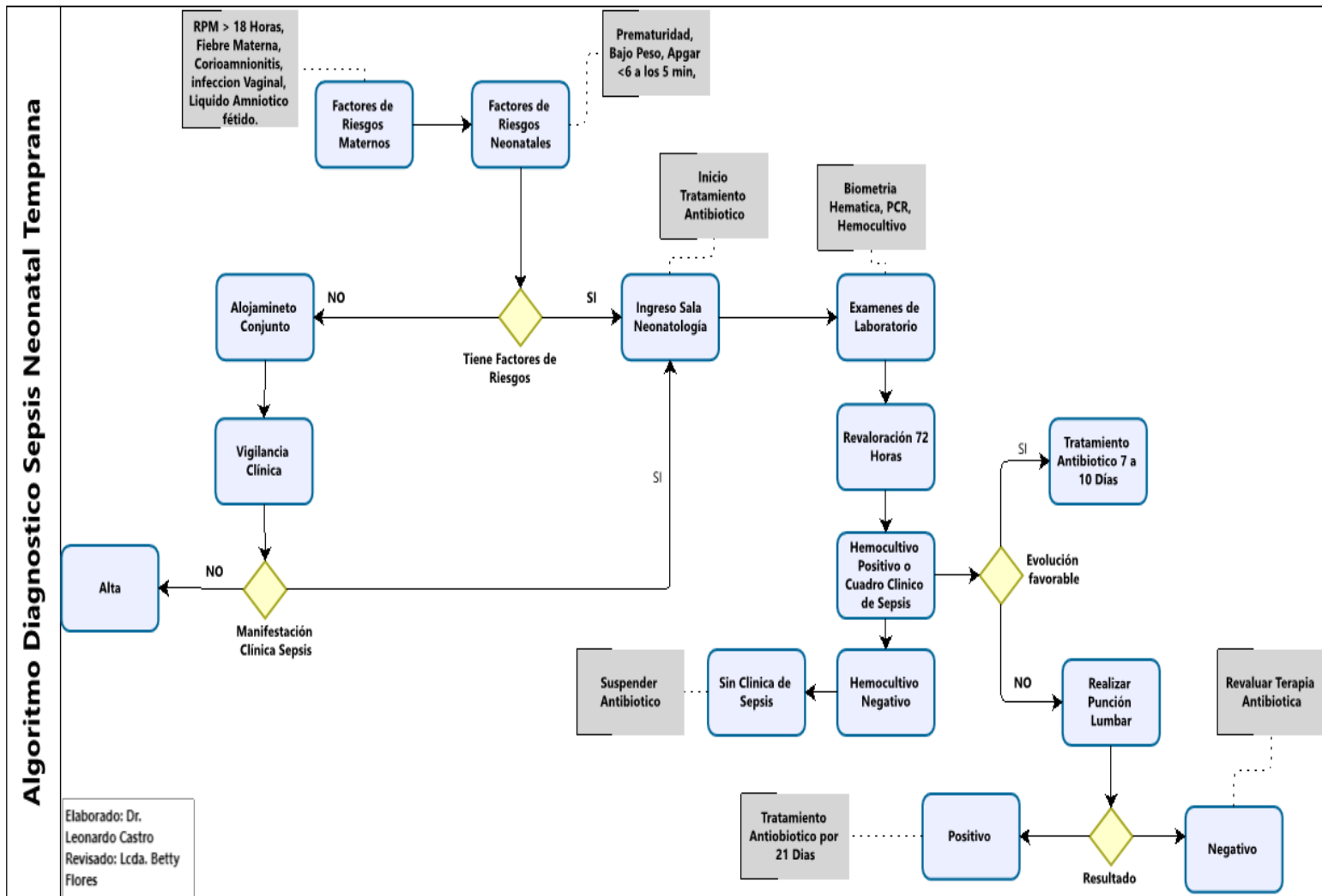
9. CONTROL DE CAMBIOS



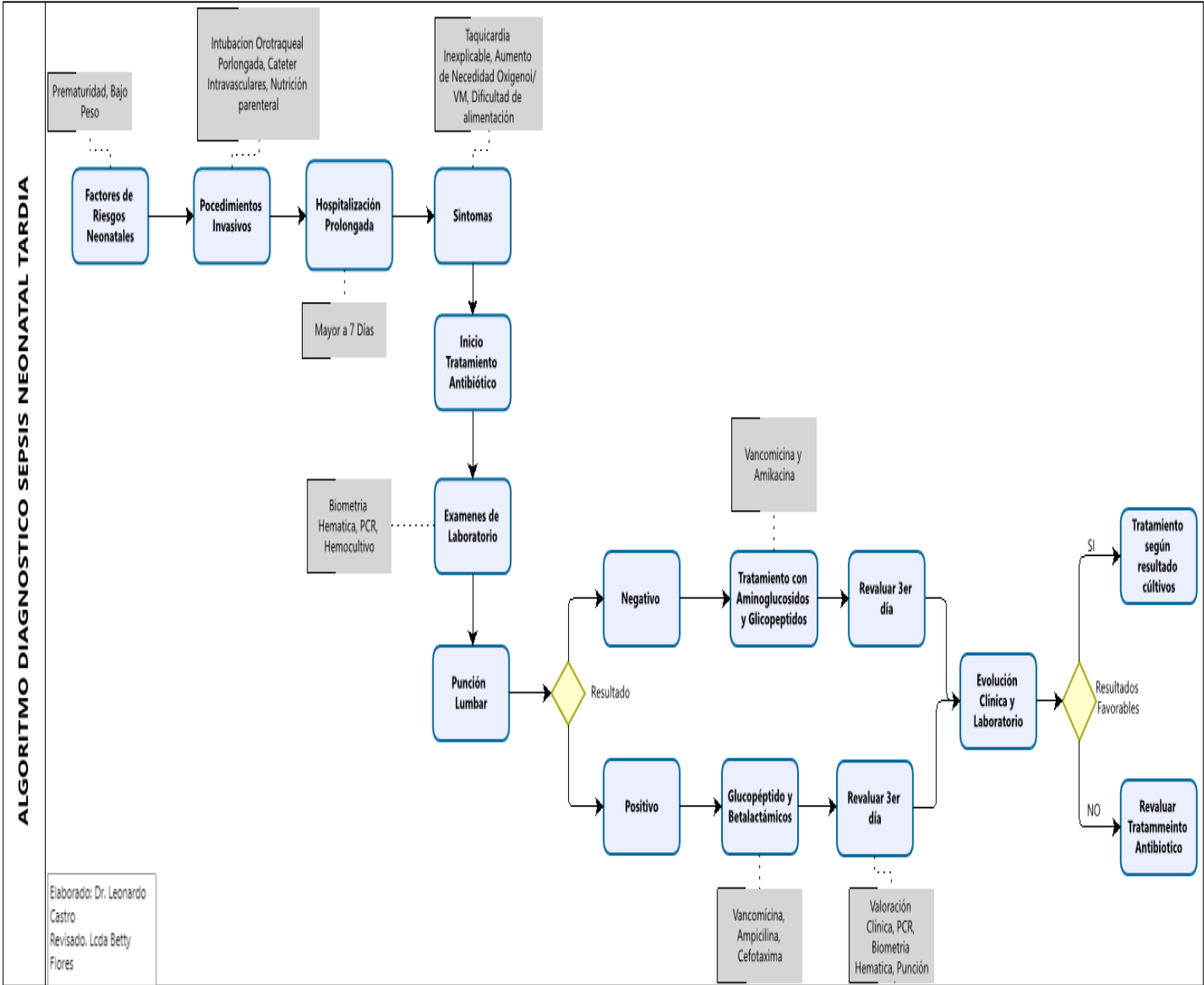
FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN DEL CAMBIO	VERSION
25 Julio 2023	Versión de Inicial	N/A	1.0


10. ANEXOS

ANEXO N°1. Algoritmo Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Neonatal Temprana.



ANEXO N°2. Algoritmo Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis Neonatal Tardía



 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	Hospital General "Dr. Gustavo Domínguez Z"	Versión: 1.0
	Unidad de Gestión de la Calidad	Revisión: APROBADO
	Protocolo Sepsis Neonatal	Fecha: 25/07/2023
	UECQ-HSP-NTG-PC-SN-001	Página 13 de 13

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Dávila Aliaga C, Hinojosa Pérez R, Mendoza Ibáñez E, Alvarado Zelada J. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL de Lima, Perú ; 2020.
2. Beltrán Porres M, Camba Longueira F, Céspedes Domínguez M, Linde Sillo A, Ribes Bautista C. PROTOCOL SEPSIS NEONATAL DE INICIO PRECOZ, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, 2021.
3. Coronel W, Pérez C, Guerrero C, Bustamante H. Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, 2009.
4. Sola A, Mir R, Lemus L, Fariña D, Ortiz J. SUSPECTED NEONATAL SEPSIS: TENTH CLINICAL CONSENSUS OF THE IBERO-AMERICAN SOCIETY OF NEONATOLOGY (SIBEN).
5. Espinoza C, Yáñez E, Carrillo R, Jara E, Calero M, Nieto O, Sánchez W, Pavón E, Gomes F, Alvear M, Gonzales F, Acebo J. SEPSIS NEONATAL GUIA PRACTICA CLINICA, 2015.
6. Sola A, Zenobi C. Montes M, Ibarra D. NEOFARMA (SIBEN) SEGUNDA EDICION, 2018.
7. Davis A, Carcillo J, Aneja R, Deymann A, Lin J, Nguyen T, AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE CLINICAL PRACTICE PARAMETERS OF HEMODYNAMIC SUPPORT OF PEDIATRIC AND NEONATAL SEPSIS SHOCK, 2017.
8. Chia Wu BS, Sánchez Ramos VM, Sánchez Tonohuye JC et al, Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal, Lima Perú, 2019.

