

SEPSIS DEL RECIÉN NACIDO



- SITUACIÓN CLÍNICA DERIVADA DE LA INVASIÓN Y PROLIFERACIÓN DE BACTERIAS, VIRUS Y HONGOS EN EL TORRENTE SANGUÍNEO DEL RECIÉN NACIDO Y QUE SE MANIFIESTA DENTRO DE LAS PRIMEROS 28 DÍAS DE VIDA, SE INCLUYEN LAS SEPSIS DIAGNOSTICADAS DESPUÉS DE ESTA EDAD, EN RN DE MUY BAJO PESO.
- EL HEMOCULTIVO POSITIVO CONFIRMA LA SEPSIS, Y CUANDO EL HEMOCULTIVO ES NEGATIVO, LA CONDICIÓN SE CONSIDERA COMO SEPSIS CLÍNICA.

SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN

- DETERIORO DE VARIABLES CLÍNICAS: INESTABILIDAD TÉRMICA, FRECUENCIA CARDÍACA MAYOR DE 180 O MENOR DE 100, FRECUENCIA RESPIRATORIA MAYOR DE 60 MÁS QUEJIDO, RETRACCIÓN O DESATURACIÓN, INTOLERANCIA DIGESTIVA O COMPROMISO DEL ESTADO NEUROLÓGICO; O ALTERACIÓN EN LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS: TENSIÓN ARTERIAL 2 DS POR DEBAJO DE LO NORMAL PARA LA EDAD Y LLENADO CAPILAR DE MÁS DE TRES SEGUNDOS.

CLASIFICACIÓN

	SEPSIS DE INICIO TEMPRANO	SEPSIS DE INICIO TARDÍO (NOSOCOMIAL)
Transmisión	Vertical	Horizontal
Inicio	Primeras 72 horas*	Después de las 72 horas
Gérmenes frecuentes	<p>Se localizan en el canal de parto:</p> <p>En países desarrollados, predominan estreptococos del grupo B, <i>Eschericia coli</i> (más frecuente en RN PMBAN).</p> <p>En países en vías de desarrollo, además se reportan <i>Klebsiella</i> y <i>S. aerus</i>.</p> <p><i>Listeria monocytogenes</i>, aunque menos común, se asocia con enfermedad invasiva en RN, abortos espontáneos o muerte fetal.</p>	<p>Microorganismos procedentes del entorno hospitalario, por contacto del personal de salud (colonización de manos) o a partir de material contaminado:</p> <p>Gérmenes Gram positivos: <i>Staphylococcus epidermidis</i> (S. coagulasa negativo)</p> <p>Gérmenes Gram negativos: <i>Eschericia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Enterobacter</i>, <i>Serratia</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>.</p> <p>Cándida sp.</p>
Presentación clínica más frecuente	Neumonía usualmente más grave y de mayor mortalidad.	Bacteriemia y meningitis.
Mortalidad	10%-30%	10%-15%

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO DE SEPSIS DE INICIO TEMPRANO ²⁰	FACTORES DE RIESGO SEPSIS INICIO TARDÍO ¹¹
<p>Maternos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ruptura prematura de membranas mayor a 18 h.2. Fiebre materna3. Corioamnionitis4. Colonización de microorganismos del tracto genital materno5. Infección genito-urinario materna en el parto6. Líquido amniótico fétido7. Bacteriuria materna <p>Neonatales:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Prematurez2. Peso bajo al nacer3. Género masculino4. Apgar a los 5 minutos menor a 6	<ol style="list-style-type: none">1. Prematurez2. Procedimientos invasivos<ol style="list-style-type: none">a. Intubación endotraqueal prolongadab. Colocación de catéteres intravascularesc. Nutrición parenterald. Drenajes pleurales3. Hospitalización prolongada Hacinamiento hospitalario, falta de espacio físico.

PREVENCION

- ADECUADO CONTROL PRENATAL PARA PREVENIR EL PARTO PREMATURO.
- EL PERÍODO NEONATAL DE MAYOR PELIGRO ES LOS SIETE PRIMEROS DÍAS, CON UN 75% DE MORTALIDAD, LO QUE HACE FUNDAMENTALES LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO.
- HIGIENE DE MANOS
- PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B (EGB)



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- NO HAY UN BIOMARCADOR O PRUEBA ÚNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS DE INICIO TEMPRANO O TARDÍO. EL HEMOCULTIVO POSITIVO SE CONSIDERA EL ESTÁNDAR DE ORO.



BIOMETRÍA HEMÁTICA

- LA TOMA DE LA BIOMETRÍA HEMÁTICA (BH) PARA EL ESTUDIO DE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN NEONATAL SE DEBE DIFERIR ENTRE CUATRO Y OCHO HORAS DESDE EL NACIMIENTO.
- LOS CONTEOS BAJOS DE PLAQUETAS EN LOS BEBÉS INFECTADOS SON UN INDICADOR INESPECÍFICO E INSENSIBLE DE SEPSIS
- AUN CUANDO LA BH SE INTERPRETE DE MANERA ÓPTIMA, LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DEBEN SEGUIR SIENDO ALTAMENTE DEPENDIENTES DE LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y LOS SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

INTERLEUCINA 6

- ES MEJOR MARCADOR PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA QUE LA PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE INICIO TEMPRANO.
- SU VIDA MEDIA ES CORTA. SU SENSIBILIDAD DISMINUYE DESPUÉS DE 12 A 24 HORAS DE LA INFECCIÓN DANDO COMO RESULTADOS FALSOS NEGATIVOS. E-1 B EL USO COMBINADO DE IL6 Y PCR PROPORCIONA UNA SENSIBILIDAD DE 89%, ESPECIFICIDAD DE 73%, VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE 70% Y VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE 90%.
- SE RECOMIENDA REALIZAR, SI SE DISPONE IL6, EN LAS PRIMERAS 4-8 HORAS DE VIDA Y NO VOLVER A REPETIR LA PRUEBA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)

- LOS NIVELES GENERALMENTE PERMANECEN ELEVADOS HASTA QUE SE CONTROLE LA INFECCIÓN; LA PCR PUEDE SERVIR COMO UN MARCADOR DE TRATAMIENTO EXITOSO.
- A LAS 24 HORAS DE QUE SE PRESENTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE INICIO TEMPRANO Y UN CONTROL A LAS 72 HORAS DE INICIADOS LOS ANTIBIÓTICOS.
- CONDICIONES NO INFECCIOSAS NEONATALES TALES COMO SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL, INADECUADA TRANSICIÓN DESPUÉS DEL NACIMIENTO, HEMÓLISIS, LESIÓN TISULAR O CIRUGÍA PUEDEN INCREMENTAR EL VALOR DE LA PCR, INCLUYENDO NEONATOS PREMATUROS EXPUESTOS A GLUCOCORTICOIDES.

PROCALCITONINA (PCT)

- LA PCT SE ELEVA DE MANERA FISIOLÓGICA EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE VIDA, ESTABLECIENDO EL LÍMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD APROXIMADAMENTE EN 3 NG/ML EN LOS TRES PRIMEROS DÍAS DE VIDA Y EN 0,5 NG/ML POSTERIORMENTE.
- SE RECOMIENDA UTILIZAR PCT EN NEONATOS CON SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE INICIO TARDÍO, UTILIZAR VALORES SUPERIORES A 0,5 NG/ML COMO POSITIVOS PARA SEPSIS.
- NO SE RECOMIENDA UTILIZAR PCT COMO PRUEBA DE VIGILANCIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

HEMOCULTIVO

- ES EL PATRÓN DE ORO EN EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS, AUNQUE OBTENER UN VALOR POSITIVO DEPENDE DE ALGUNAS CONDICIONES, COMO LA TÉCNICA UTILIZADA, LA CANTIDAD O DENSIDAD DE MICROORGANISMOS, EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO Y LA CANTIDAD DE LA MUESTRA.
- SE RECOMIENDA LA TOMA DE HEMOCULTIVOS DE VENA PERIFÉRICA ANTES DEL INICIO DE LOS ANTIBIÓTICOS. R-A LA TOMA DE DOS MUESTRAS DE SITIOS DIFERENTES PARA HEMOCULTIVO AUMENTA LA POSIBILIDAD DE OBTENER POSITIVIDAD Y DISMINUYE EL RIESGO DE INTERPRETACIÓN ERRÓNEA O CONTAMINACIÓN.
- MÍNIMO DE 0,5 ML DE SANGRE POR FRASCO DE HEMOCULTIVO. E-2B SI EL HEMOCULTIVO ES POSITIVO, ESTE SE DEBE REPETIR EN 72 HORAS DURANTE EL TRATAMIENTO PARA VALORAR EL EFECTO DE LOS ANTIBIÓTICOS.



PUNCIÓN LUMBAR



- PARA CULTIVO, CITOLÓGICO, BIOQUÍMICO
- EN SEPSIS TARDÍA SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN OBLIGATORIA DE UNA PUNCIÓN LUMBAR COMO PARTE DEL DIAGNÓSTICO.
- EN RN CON CLÍNICA DE SEPSIS E INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, SE RECOMIENDA QUE LA PUNCIÓN LUMBAR SE DIFIERA HASTA QUE EL ESTADO CLÍNICO LO PERMITA; SIN EMBARGO, TEMPRANAMENTE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO QUE INCLUYA AL SISTEMA NERVIOSO.
- LA PUNCIÓN LUMBAR ESTÁ CONTRAINDICADA EN LOS CASOS DE TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN Y TROMBOCITOPENIA

UROCULTIVO

- NO SE RECOMIENDA TOMAR DE RUTINA COMO PARTE DEL ESTUDIO DEL RN CON SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA.



ASPIRADO TRAQUEAL

- EL CULTIVO DE ASPIRADO TRAQUEAL OBTENIDO EN LAS PRIMERAS 12 HORAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO AÑADE INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO.
- DEBIDO A QUE LA TRÁQUEA RÁPIDAMENTE SE COLONIZA DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL, LOS CULTIVOS NO SON ÚTILES DESPUÉS DE LA INTUBACIÓN PROLONGADA.



Se recomienda realizar los siguientes exámenes ante la sospecha clínica de infección:

1. Cultivo antes de iniciar antibióticos (al canalizar vía)
2. BH, IL6 entre las cuatro y ocho horas
3. PCR a las 24 horas de presentar la sospecha clínica de infección y a las 72 horas de iniciado el antibiótico empírico
4. PCT pasadas las 72 horas
5. Realizar un segundo cultivo si el primero es positivo, y en caso de requerir rotar antibióticos

R-D

RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX



- NO SE RECOMIENDA TOMAR DE MANERA RUTINARIA EN RN CON SOSPECHA DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA SI NO PRESENTAN SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.
- 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 (ESTERTORES, ETC.)

TRATAMIENTO MEDIDAS DE SOPORTE

- ALIMENTACIÓN ENTERAL LO MÁS PRONTO POSIBLE, DE PREFERENCIA CON LECHE MATERNA.
- DEJAR EN AYUNO INICIAL CON SONDA ABIERTA SI ES NECESARIO.
- 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.
- LA HIGIENE DE LAS MANOS ES LA MEDIDA QUE MEJORES RESULTADOS HA DADO PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES



- APOYO VENTILATORIO EN CASOS DE SIGNOS CLAROS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.
- VIGILANCIA CERCANA DEL ESTADO CARDIOVASCULAR.
- VALORAR LA NECESIDAD DE DROGAS VASOACTIVAS PARA MANTENER UNA ADECUADA PERFUSIÓN TISULAR.
- REALIZACIÓN DE LA ELECTROCARDIOGRAFIA EN LA CUNA DEL PACIENTE: EVALUACIÓN DEL GASTO CARDÍACO, RESISTENCIA VASCULAR PERIFÉRICA Y EL FLUJO SANGUÍNEO COMO RESPUESTA A VOLUMEN, COLOIDES Y MEDICAMENTOS VASOACTIVOS.
- EL FLUJO DE LA VENA CAVA SUPERIOR (VCS) SE HA PROPUESTO COMO MARCADOR PARA EL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL, EL CUAL DEBERÁ MANTENERSE EN 40 ML/KG/MIN.



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
- Monitoreo continuo de signos vitales, incluyendo presión de saturación de oxígeno
- Examen físico frecuente (incluyendo llenado capilar)
- Evaluación del gasto cardíaco, resistencia vascular periférica y flujo sanguíneo
- Evaluar el flujo de la vena cava superior (mantener en 40 mL/kg/min)

R-D

ADMINISTRACIÓN EMPÍRICA DE ANTIBIÓTICOS

- SI NO SE CUENTA DE INMEDIATO CON LA IDENTIFICACIÓN DEL MICROORGANISMO Y SU SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIÓTICOS, EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO SUELE SER EMPÍRICO CON EL OBJETIVO DE SER EFICAZ CONTRA LOS MICROORGANISMOS MÁS PROBABLES.
- SI SE IDENTIFICA UN PATÓGENO, EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DEBE SER MODIFICADO DEPENDIENDO DE LA SUSCEPTIBILIDAD DE LA CEPA AISLADA.
- LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LOS RESULTADOS DEL CULTIVO, EL CURSO CLÍNICO DEL NEONATO Y EL ORGANISMO

La elección inicial de antimicrobianos parenterales para el RN con sospecha clínica de infección se basa en:

- La edad del niño
- Probables patógenos
- Patrones particulares de susceptibilidad de los organismos en las unidades de cuidado neonatal
- Presencia de una aparente fuente de infección (por ejemplo, la piel, o afectación ósea de las articulaciones)

E-1b

ANTIBIÓTICOS DE PRIMERA LÍNEA

Ampicilina	Sospecha de sepsis: 50 mg/kg/dosis intravenoso lento		
	Infección por E. Grupo B bacteremia: 200 mg/kg/día		
	Infección por E. Grupo B meningitis: 400 mg/kg/día		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
	Menor de 29	0 a 28	12
		Mayor a 28	8
	30 a 36	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	37 a 44	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
Mayor a 45	Cualquiera	6	

ANTIBIÓTICOS DE PRIMERA LÍNEA

	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Dosis (mg/kg)	Intervalo (horas)
Gentamicina	Menor de 29	0 a 8	5	48
		8 a 28	4	36
		Mayor a 29	4	24
	30 a 34	0 a 7	4,5	36
		Mayor a 8	4	24
	Mayor a 35	Cualquiera	4	24



- EL TRATAMIENTO EMPÍRICO PARA LA SOSPECHA DE SEPSIS DE APARICIÓN TARDÍA EN RN A TÉRMINO O PREMATUROS TARDÍOS ADMITIDOS DE LA COMUNIDAD QUE SON MAYORES DE SIETE DÍAS DE EDAD ES AMPICILINA Y GENTAMICINA IV

OXACILINA MÁS GENTAMICINA



- ES UN RÉGIMEN RAZONABLE PARA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN NEONATOS CON SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE INICIO TARDÍO CON FOCO APARENTE (PIEL O HUESOS)
- DEBEN TENER EN CUENTA LOS PATRONES DE RESISTENCIA LOCALES.
- NO SE RECOMIENDA EL USO DE OXACILINA COMO ANTIBIÓTICO DE SEGUNDA LÍNEA EN LAS UCIN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SOSPECHA CLÍNICA DE INFECCIÓN DE INICIO TARDÍO O CON HEMOCULTIVO POSITIVO PARA ESTAFILOCOCO COAGULASA NEGATIVO

Antibiótico	Dosis*		
Oxacilina	Dosis usual: 25 mg/kg/dosis intravenosa, durante al menos 10 minutos Meningitis: 50 mg/kg/dosis		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
	Menor de 29	0 a 28	12
		Mayor a 28	8
	30 a 36	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	37 a 44	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	Mayor a 45	Cualquiera	6

VANCOMICINA



- SE RECOMIENDA USAR COMO ANTIBIÓTICO DE SEGUNDA LÍNEA EN NEONATOS HOSPITALIZADOS EN UCIN, JUNTO A UN AMINOGLUCÓSIDO HABITUALMENTE GENTAMICINA, TENIENDO EN CUENTA LA SENSIBILIDAD DE LA FLORA PREDOMINANTE EN CADA UNIDAD
- 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.

Vancomicina	<p><1,2 kg: 15 mg/kg/dosis IV cada 24 horas 1,2 kg – 2 kg y <7 días: 10-15 mg/kg/dosis IV cada 12-18 horas 1,2 kg – 2 kg y >7 días: 10-15 mg/kg/dosis IV cada 8-18 horas >2 kg y <7 días: 10-15 mg/kg/dosis IV cada 8-12 horas >2 kg y >7 días: 10-15 mg/kg/dosis IV cada 8 horas</p>		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
	Menor de 29	0 a 28	18
		Mayor a 28	12
	30 a 36	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	37 a 44	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
Mayor a 45	Cualquiera	6	

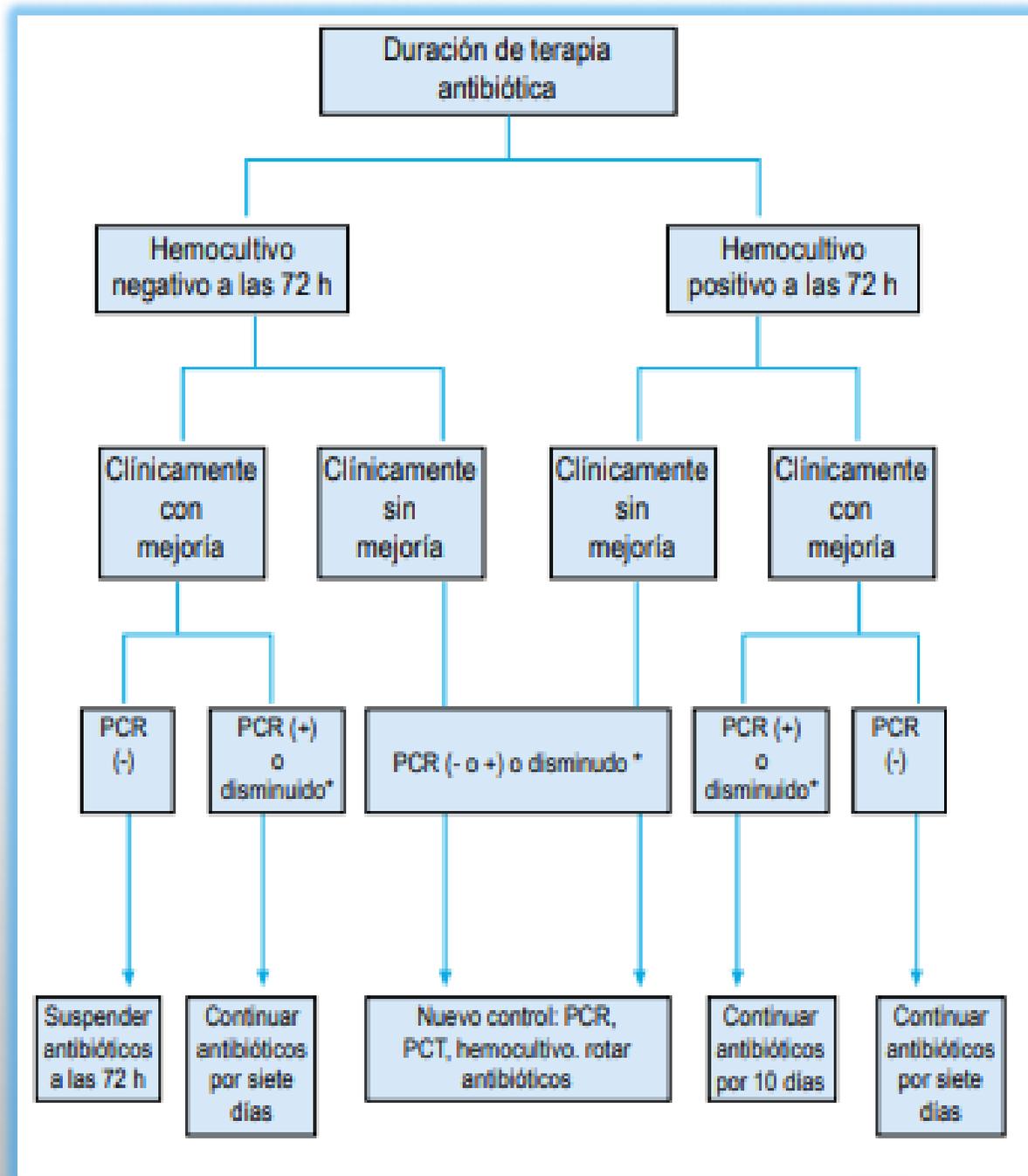
Antibiótico	Dosis*		
Cefotaxima	Sospecha de sepsis: 50 mg/kg/dosis intravenoso lento sobre los 30 minutos.		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
	Menor de 29	0 a 28	12
		Mayor a 28	8
	30 a 36	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	37 a 44	0 a 14	12
		Mayor a 14	8
	Mayor a 45	Cualquiera	6
	Infección gonocócica: 25 mg/kg intravenosos por dosis cada 12 horas por siete días.		

VANCOMICINA MAS MEROPENEM

- 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
- LOS CARBAPENÉMICOS (MEROPENEM, IMIPENEM) SON AGENTES B-LACTÁMICOS ESTABLES FRENTE A LA MAYORÍA DE BETA-LACTAMASAS (BLEE Y AMPC) MEDIADAS POR PLÁSMIDOS O CODIFICADAS POR CROMOSOMAS.



Antibiótico	Dosis*		
Meropenem	Sepsis: 20 mg/kg por dosis IV		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
	Menor de 32	Menor a 14	12
		Mayor a 14	8
	Mayor de 32	Menor a 7	12
		Mayor a 7	8
	Meningitis: 40 mg/kg por dosis cada ocho horas.		
	Infección gonocócica: 25 mg/kg intravenosos por dosis cada 12 horas por siete días.		



SEPSIS MICÓTICA

DEBE SOSPECHARSE CANDIDIASIS SISTÉMICA EN UN RN DE MUY BAJO PESO AL NACER CON DETERIORO CLÍNICO PROGRESIVO A PESAR DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO (PREMATUREZ, PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA, HACINAMIENTO HOSPITALARIO).

TROMBOCITOPENIA (MENOR A $100.000/\text{MM}^3$), SE OBSERVA EN 60% DE LAS SEPSIS MICÓTICAS SOBRE TODO CUANDO SE TRATA DE CANDIDIASIS INVASIVAS.

SE RECOMIENDA EN LA INFECCIÓN POR CANDIDA INVASIVA, REALIZAR EXAMEN DE FONDO DE OJO, ECOGRAFÍA CARDÍACA Y RENAL EN BUSCA DE VEGETACIONES.

PROFILAXIS ANTIFÚNGICA

SE RECOMIENDA REALIZAR PROFILAXIS ANTIFÚNGICA:

- A TODOS LOS PACIENTES <1.000 G DE PESO AL NACER Y/O <28 SEMANAS DE GESTACIÓN.
- INFANTES DE 1.000-1.500 G PESO AL NACER CON LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO:
 - SEPSIS DE INICIO TEMPRANO DIAGNOSTICADO POR HEMOCULTIVO
 - ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE ESTADIO DOS O MÁS
 - PERFORACIÓN INTESTINAL
 - USO DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN O CARBAPENÉMICOS



PROFILAXIS ANTIFÚNGICA

- SE RECOMIENDA LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE FLUCONAZOL PROFILÁCTICO CON UNA DOSIS DE 3 MG/KG DOS VECES POR SEMANA EN NIÑOS <1.000 G HASTA QUE YA NO TENGAN ACCESO VENOSO CENTRAL O HASTA SEIS SEMANAS, INICIADO EN LOS PRIMEROS DÍAS DE VIDA.



Antibiótico	Dosis*		
Fluconazol	Candidiasis invasiva: carga 12 a 25 mg/kg por dosis IV		
	Mantenimiento 6 a 12 mg/kg por dosis		
	Pasar IV lento en más de 30 min o la misma dosis vía oral.		
	Profilaxis: 3 mg/kg dosis IV dos veces a la semana.		
	6 mg/kg dosis VO dos veces por semana		
	Edad gestacional corregida (semanas)	Edad posnatal(días)	Intervalo (horas)
Menor de 29	Menor a 14	48	
	Mayor a 14	24	
Mayor a 30	Menor a 7	48	
	Mayor a 7	24	

PRONÓSTICO



- LA MORTALIDAD MÁS ELEVADA EN EL CASO DE SEPSIS NEONATAL ESTÁ DADA EN PACIENTES PREMATUROS Y DE BAJO PESO AL NACER ES MÁS PROBABLE EN LA SEPSIS TEMPRANA QUE EN LA TARDÍA Y EN LA SEPSIS CON CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA QUE EN LA PROBABLE.