

Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria en recién nacidos enviados a alojamiento conjunto

Frequency of neonatal sepsis at hospital readmission in newborn infants sent to rooming

Silveria Alcántara-Manzueta¹

Cómo citar: Alcántara-Manzueta S. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria en recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. ADOPA. 2023;1(1):59-84. Disponible en: <https://adopa.pediatriadominicana.org/index.php/adopa/article/view/5>

Resumen

Introducción: la readmisión hospitalaria en los recién nacidos suele ser frecuente, generalmente asociada a la edad materna, variación geográfica, situación socioeconómica, partos de pretérmino, nacimientos por parto cesárea y el alta temprana, que en la actualidad es considerada una causa o factor determinante para la readmisión. A su vez, puede contribuir con la presencia de sepsis neonatal, entidad que compromete la vida del neonato y provoca un trastorno en el desenvolvimiento del círculo familiar.

Material y métodos: se realizó este estudio descriptivo, observacional, exploratorio y de corte transversal, no experimental, con la finalidad de determinar la frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos previamente enviados a alojamiento conjunto y que antes de los 28 días de vida extrauterina fueron traídos al servicio de emergencias del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, en el período enero-marzo 2016.

Resultados: hubo un total de 480 ingresos en la unidad de neonatología, con diagnóstico de sepsis neonatal 31,2 %; de estos, un 27 % fue ingresado en sala externa de neonatología, correspondiendo así a todos los recién nacidos que al nacimiento fueron enviados a alojamiento conjunto y egresados aparentemente sanos. La frecuencia de ingresos por sepsis neonatal

¹ Pediatra Neonatólogo. Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Santo Domingo, República Dominicana. ORCID: 0000-0001-9494-865X • Email: dra21samm@gmail.com

en la readmisión hospitalaria fue un 27 % de todos los casos de sepsis, 85,4 % de los ingresos totales a sala externa de neonatología. Madres adolescentes en 10,6 %. La vaginitis estuvo en 97,4 % e infección de vías urinarias 69,2 %; y fueron los antecedentes personales patológicos más frecuentes. En el 87,18 % fueron a término. Sexo masculino en el 64,10 %. Con nacimiento intrainstitucional en 71,79 %.

Conclusiones: es de vital importancia contar con promoción y prevención en salud, desde antes del embarazo, el cual debe tener un control riguroso, así como tomar en cuenta los antecedentes maternos antes del alta de los neonatos.

Palabras clave: neonatos; sepsis; readmisión hospitalaria; frecuencia; infección materna.

Abstract

Introduction: Hospital readmission in newborns is usually frequent, generally associated with maternal age, geographical variation, socioeconomic status, preterm births, births by cesarean section and early discharge, which is currently considered a cause or determining factor. For readmission. In turn, it can contribute to the presence of neonatal sepsis, an entity that compromises the life of the newborn and causes a disorder in the development of the family circle.

Material and methods: this descriptive, observational, exploratory and cross-sectional, non-experimental study was carried out with the purpose of determining the frequency of neonatal sepsis in hospital readmission of newborns previously sent to rooming-in and who, before 28 days of extrauterine life were brought to the emergency service of the San Lorenzo De Los Mina Maternal and Child Hospital, in the period January-March 2016.

Results: There were a total of 480 admissions to the neonatal unit, with a diagnosis of neonatal sepsis 31.2%; Of these, 27% were admitted to the external neonatal ward, thus corresponding to all the newborns who were sent to rooming-in at birth and apparently healthy discharged. The frequency of admissions for neonatal sepsis in hospital readmission was 27% of all cases of sepsis, 85.4% of total admissions to the neonatal outpatient ward. Teenage mothers in 10,6%. Vaginitis was in 97.4% and urinary tract infection 69.2%; and they were the most frequent pathological personal antecedents. In 87.18% they were at term. Male sex in 64.10%. With intra-institutional birth in 71.79%.

Conclusions: It is vitally important to have health promotion and prevention, from before the pregnancy, in which it must have a rigorous control, as well as taking into account the antecedents before the newborns are discharged.

Keywords: Neonates; sepsis; hospital readmission; frequency; maternal infection.

Introducción

La readmisión neonatal es un tema muy importante, pues representa un problema para el niño, la familia y el sistema de salud, y debe ser examinada desde el punto de vista de prevención de enfermedades, como lo es el caso de la sepsis neonatal, una patología que se encuentra dentro de las principales que determinan el reingreso. La sepsis es una disfunción orgánica que amenaza la vida y es causada por un estado de desregulación de la respuesta del huésped a una infección. Surge cuando la respuesta del cuerpo a una infección produce daño en sus propios tejidos y órganos. Destacando que es una respuesta no homeostática del huésped a un proceso infeccioso, proceso potencialmente mortal con necesidad de una identificación temprana.^{1,2}

Las enfermedades infecciosas agudas son la causa más común de mortalidad de menores de cinco años.³ Dentro de estas se encuentra la sepsis neonatal, que es una infección aguda con manifestaciones tóxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de microorganismos dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos; ocurre dentro de las primeras cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo. La sepsis neonatal sigue siendo un problema frecuente y devastador en los neonatos hospitalizados. La falta de una definición de consenso aceptado para la sepsis neonatal impide esfuerzos hacia la mejora de las opciones de diagnóstico y pronóstico, y la información precisa de los resultados de esta población vulnerable.⁴ A pesar de los avances experimentados en su diagnóstico y tratamiento, la enfermedad infecciosa neonatal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en este período de la vida.

Los signos y síntomas de sepsis neonatal son inespecíficos,⁵ estos incluyen fiebre o hipotermia, dificultad respiratoria, incluyendo cianosis y apnea, dificultades en la alimentación, letargo o irritabilidad, hipotonía, convulsiones, fontanela abombada, mala perfusión, problemas de sangrado, distensión abdominal, hepatomegalia, ictericia inexplicable, vómito y cambios sutiles del estado general. Los niños con hipoxia-acidosis *in útero* pueden provocar neumonía y aspiración meconial.^{6,7} La sepsis neonatal sigue siendo frecuente en los países en desarrollo como el nuestro y, especialmente, durante los primeros siete días de vida.⁸

La tasa de incidencia de sepsis neonatal en países desarrollados se encuentra entre el 0,6 y el 1,2 % de todos los nacidos vivos, pero en países en vía de desarrollo puede alcanzar entre el 20 y el 40 %.^{9,10}

Los factores de riesgo asociados pueden ser maternos, como edad materna extrema, la corioamnionitis franca, sepsis materna, infección de vías urinarias, fiebre materna intraparto mayor de 38 °C,^{11,12} la ruptura prolongada de membranas, madre portadora de EGB12, bajo peso menor de 1,500 gr¹³, embarazo múltiple, abortos a repetición, partos prematuros, Apgar menor de 5 al minuto y menor de 7 a los 5 minutos, leucocitosis materna, loquios fétidos.¹¹

La sepsis puede clasificarse en el neonato según la vía de adquisición de la infección, el momento en el que se produce el contagio, la edad pre o posnatal en que se manifiesta la enfermedad, el agente etiológico de la infección. En lo que respecta a la vía de adquisición de la infección se distinguen dos formas: vertical, comprende todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia) y, horizontal, comprenden aquellas que el recién nacido desarrolla tras el nacimiento, por contagio a partir de personas u objetos de su entorno.

Las formas de presentación precoz corresponden a las formas más graves de infección perinatal, y de esta forma casi siempre se corresponde de la vía intrauterina, ocurriendo durante los tres primeros días de vida, aunque algunos autores la sugieren en la primera semana de vida posnatal. Las infecciones de inicio tardío lo hacen después de los 4-7 días de vida.^{12,13} La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha recomendado que a todos los neonatos egresados antes de 48 horas se les debe garantizar una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes al alta, a fin de cumplir con la promoción del amamantamiento y detectar la ictericia severa u otras situaciones no manifiestas durante los primeros dos días de vida¹⁴, advertencia que ha sido refrendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro del programa AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) Neonatal.¹⁵ Esta revisión posnatal temprana parece disminuir el riesgo de readmisión de los neonatos egresados de modo precoz.

Es muy frecuente vía servicio de emergencias la asistencia a recién nacidos que fueron entregados desde el nacimiento a alojamiento conjunto y egresados sin patología aparente, y que en el transcurso de sus primeros 28 días de vida presentan datos de sepsis. El propósito principal de este estudio es determinar la frecuencia de sepsis neonatal, así como conocer las características perinatales y la morbimortalidad de una población de recién nacidos readmitidos en el primer mes de vida.

Material y métodos

Se trata de estudio descriptivo, observacional, exploratorio y transversal, no experimental, realizado con la finalidad de determinar la frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, enero-marzo 2016. La unidad de análisis está compuesta por los 41 niños de 0-28 días ingresados en sala externa, que inicialmente fueron llevados a alojamiento conjunto y egresados aparentemente sanos, y luego fueron readmitidos con sepsis para un (85,4 %). Criterios de inclusión: niños de 0-28 días, egresados a las 8-48 horas posnatal aparentemente sanos, recibidos vía servicios de emergencia de pediatría y que tuvieron diagnóstico de sepsis.

Resultados

Tabla 1. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según distribución general de casos

Distribución general	No. De casos	%
Total de nacidos	2185	100
Total ingresados en UCIN al nacer	432	20
RN ingresados con sepsis	152	7

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

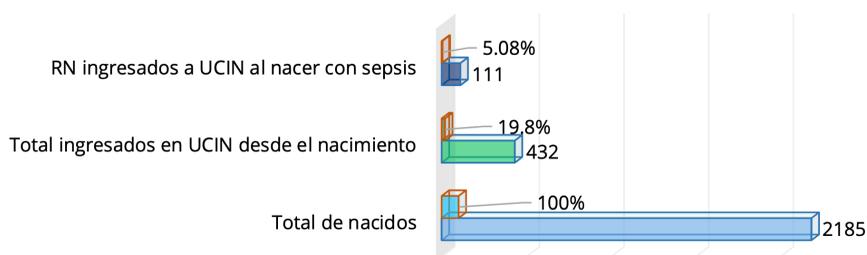


Figura 1. Distribución general de casos

Fuente: Tabla 1.

La frecuencia de ingresos a la sala de neonatología es de un 20 % de todos los nacidos durante el período de estudio.

Tabla 2A. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Distribución general según ingresos

Distribución general	No. De casos	%
Ingresados a UCIN	432	89
Ingresados a sala externa	48	11
Total	480	100

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

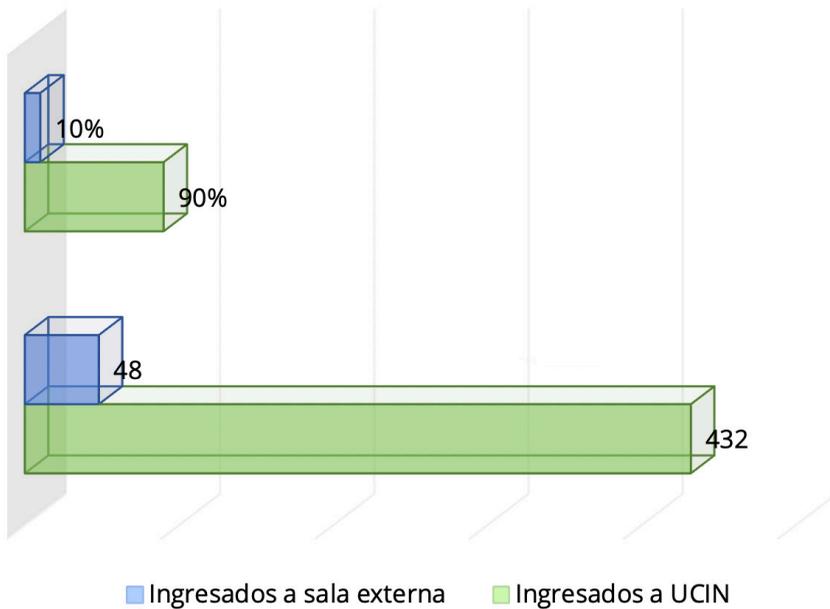


Figura 2A. Distribución de casos según frecuencia de ingresos

Fuente: Tabla 2A.

La frecuencia de ingresos por sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria fue de un 27 % de todos los casos de sepsis y un 85,4 % de los ingresos totales a sala externa de neonatología.

Tabla 2B. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Distribución general según ingresos por sepsis

Distribución ingresos por Sepsis	No. De casos	%
Ingresados a UCIN	111	73
Ingresados a sala externa	41	27
Total	152	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

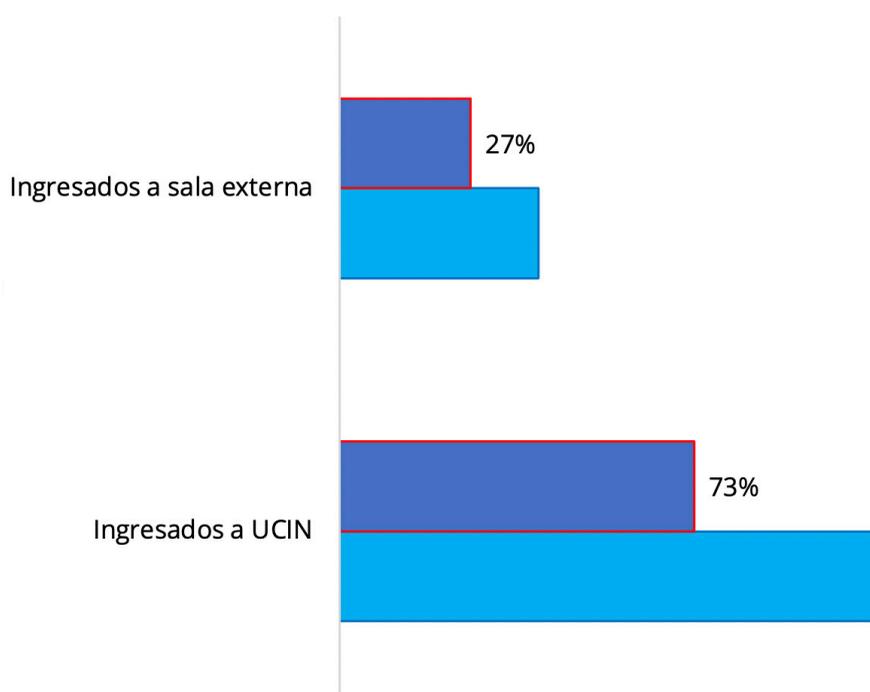


Figura 2B. Frecuencia de ingresos por sepsis

Fuente: Tabla 2B.

Hubo un 10,6 % de casos de madres adolescentes, de 20–35 años el 84,6 % y mayores de 5,13 %. Con la distribución general de ingresos en sala externa el 85,42 % fueron por sepsis y el restante porcentaje otras patologías, como hiperbilirrubinemia, neumonía entre otras.

Tabla 3. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según edad materna

Edad	No. de casos	%
13-19 ^a	4	10,26
20-35 ^a	33	84,62
+36 ^a	2	5,13
Total	41	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

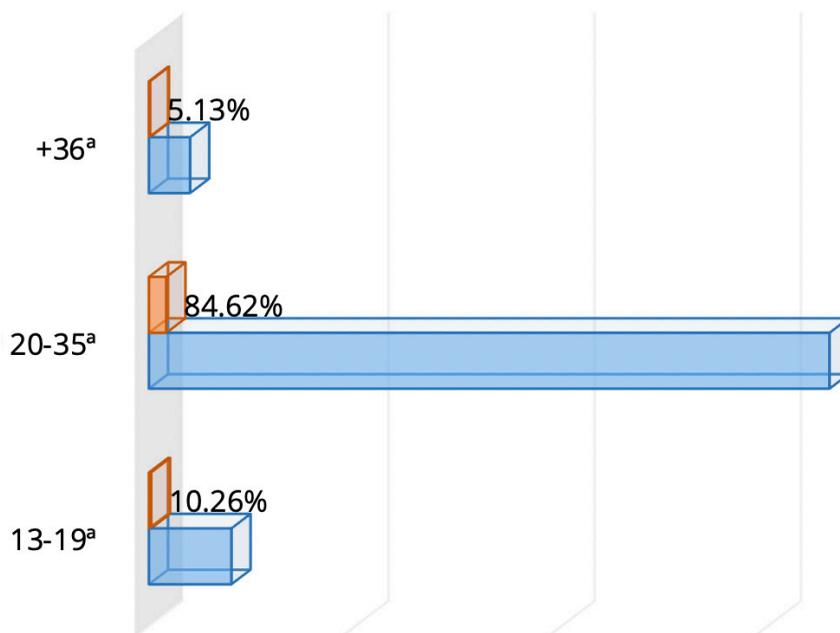


Figura 3. Edad de la madre

Fuente: Tabla 3.

Hubo un 10,6 % de casos de madres adolescentes, de 20-35 años el 84,6 % y mayores de 5,13 %.

Tabla 4. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según números de chequeos prenatales

Controles prenatales	No. de casos	%
1-3cp	15	38,46
4-6 cp	22	56,41
+6 cp	2	5,41
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

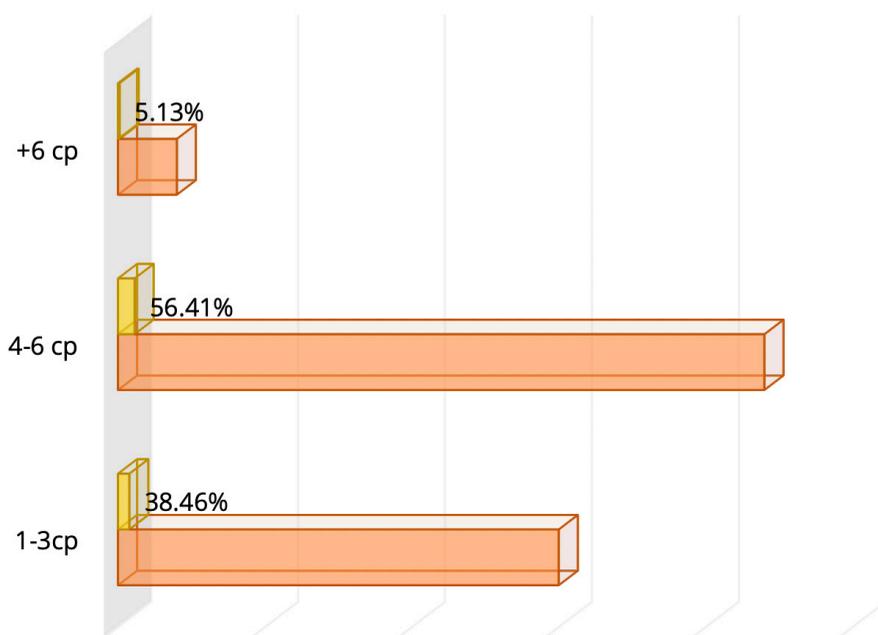


Figura 4. Número de control prenatal

Fuente: Tabla 4.

Cerca del 60 % de las madres recibió chequeos prenatales entre 4-7, considerado entonces adecuado.

Tabla 5. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según antecedentes personales patológicos

Antecedentes personales patológicos	No. de casos	%
Vaginitis	38	97,4
Infección de vías urinarias	27	69,2
Trastorno hipertensivo del embarazo	2	5,1
Diabetes gestacional	1	2,5

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

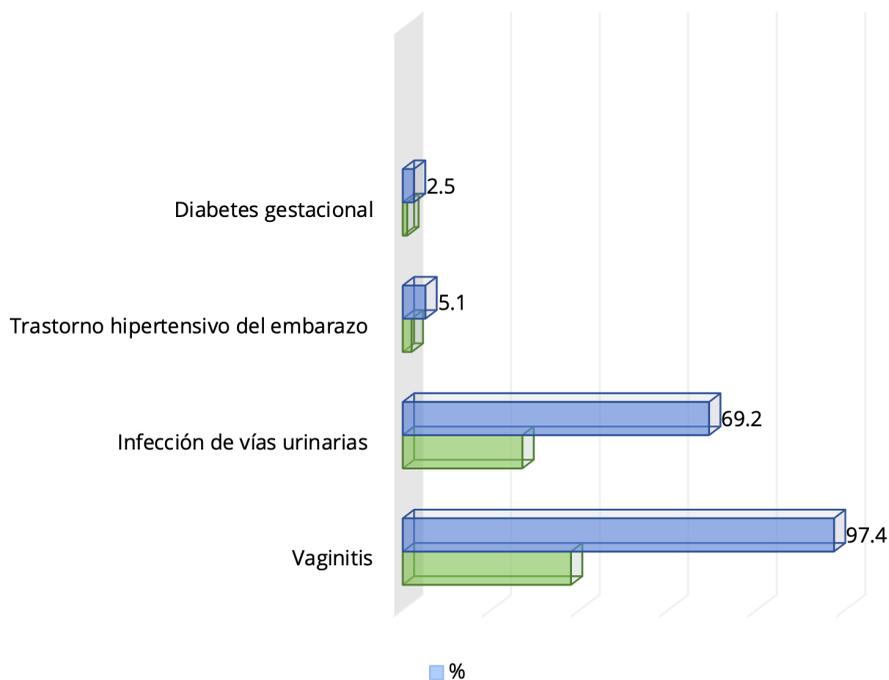


Figura 5. Antecedentes personales patológicos

Fuente: Tabla 5.

Los antecedentes personales patológicos correspondieron a los infecciosos con la vaginitis 97,4 % e infección de vías urinarias en el 69,2 %.

Tabla 6. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según a término o no

Edad gestacional al nacer	No. de casos	%
Pretérmino	5	12,82
A término	34	87,18
Total	39	100,0

Fuente: Departamento Perinatología HMISLLM.

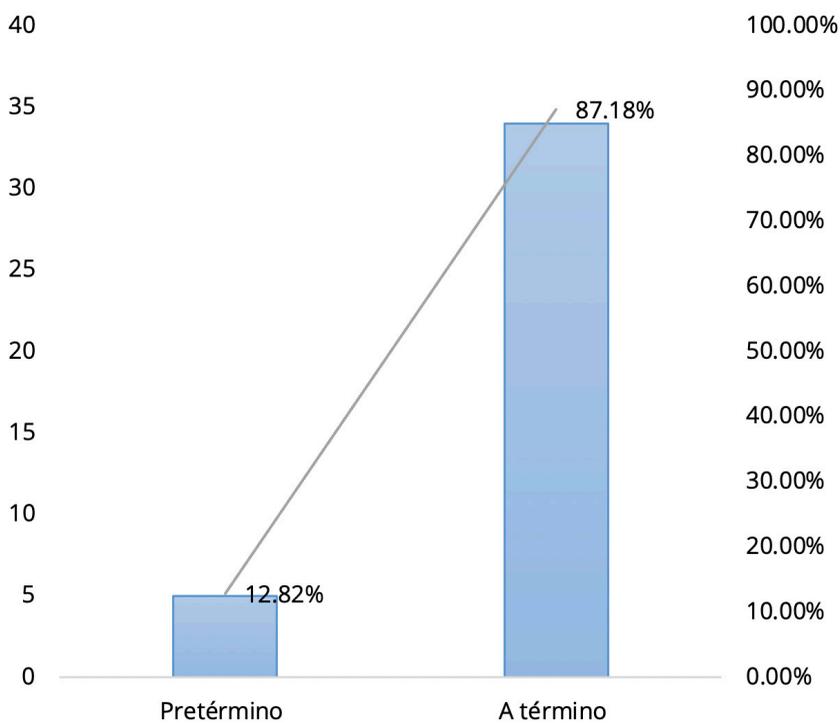


Figura 6. Edad gestacional al nacer

Fuente: Tabla 6.

En el 87,18 % de los casos fueron recién nacidos a término.

Tabla 7. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según sexo

Sexo	No. de casos	%
Masculino	25	64,10
Femenino	14	35,90
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

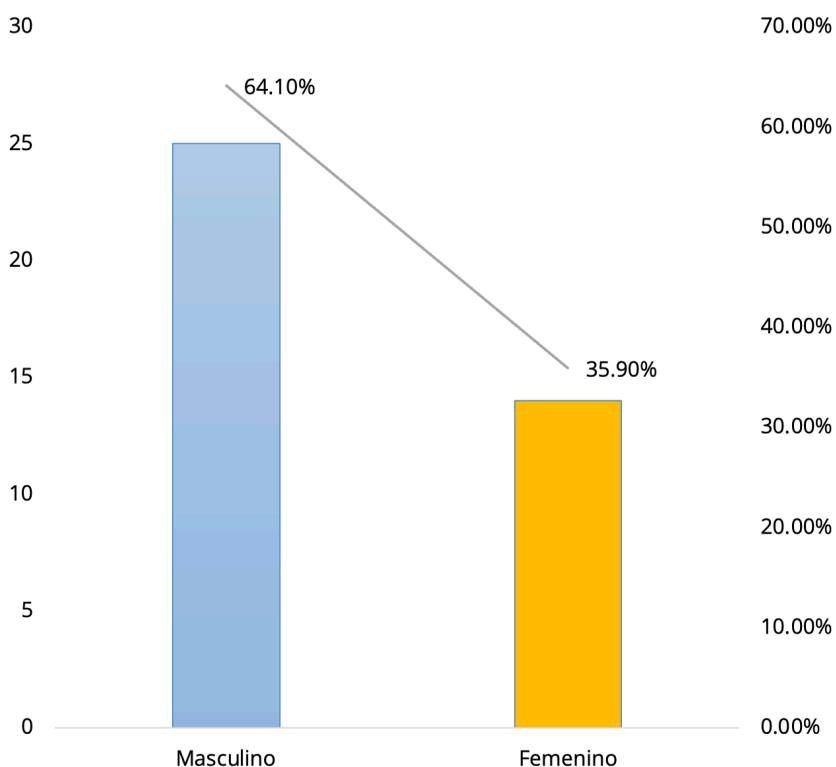


Figura: 7. Distribución de casos según sexo

Fuente: Tabla 7.

El sexo masculino fue el más afectado, en el 64,10 %.

Tabla 8. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según peso al ingreso

Peso actual	No. de casos	%
1500-2499	2	5,13
2500-3999	34	87,18
≥4000	3	7,69
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

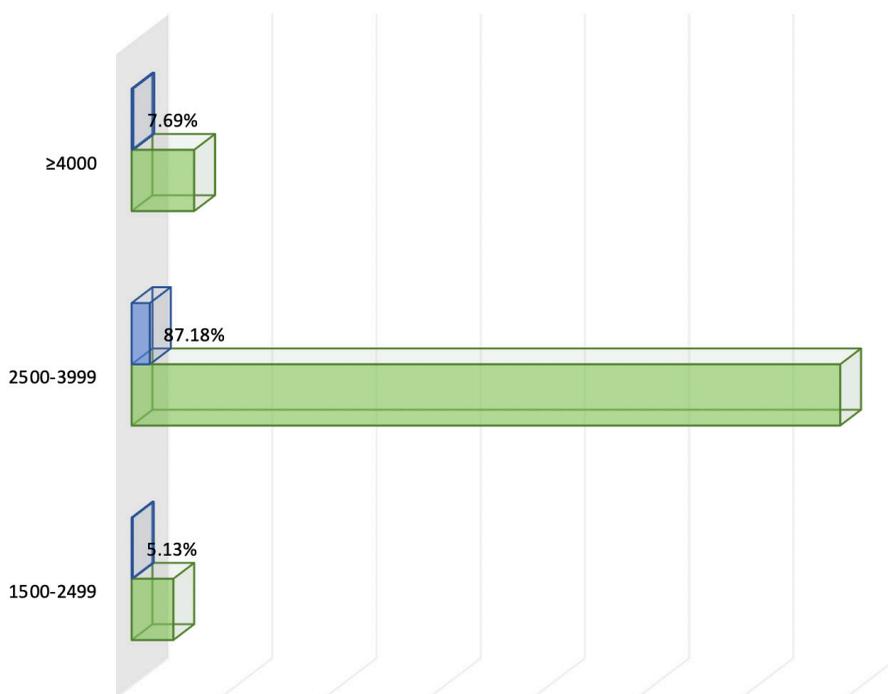


Figura 8. Distribución de casos según peso al ingreso

Fuente: Tabla 8.

En la distribución de casos según el peso en gramos al nacer se obtuvo que de 1500-2499 g 5,13 %; 2500-3999 g 87,18 %; y de ≥4000 g 7,69 %.

Tabla 9. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según edad del recién nacido en días

Tiempo de estada	No. de casos	%
≤24 horas	1	2,56
2-6	7	17,95
7-12	10	25,64
13-28	21	53,85
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

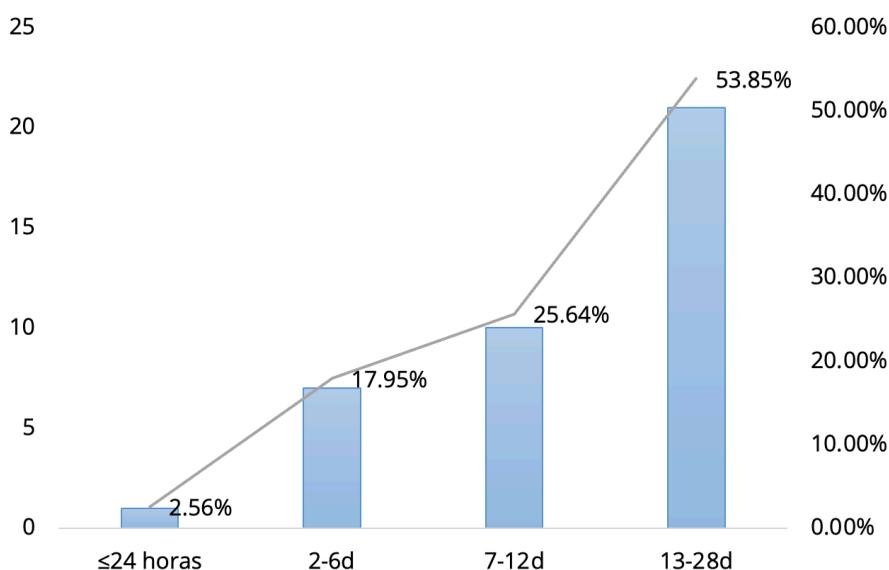


Figura 9. Edad del RN en días de vida postnatal

Fuente: Tabla 9.

Primeras 24 horas de vida postnatal con un 2,56 % como mínima, una media de 21,7 entre los de 2-6 días y los de 7-12 días; ya el máximo de casos fue para los de 13-28 días. La vía de nacimiento más frecuente fue la de parto eutócico en el 69,23 %.

Tabla 10. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según vía de nacimiento

Vía de nacimiento	No. de casos	%
Parto	27	69,23
Cesárea	12	30,77
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

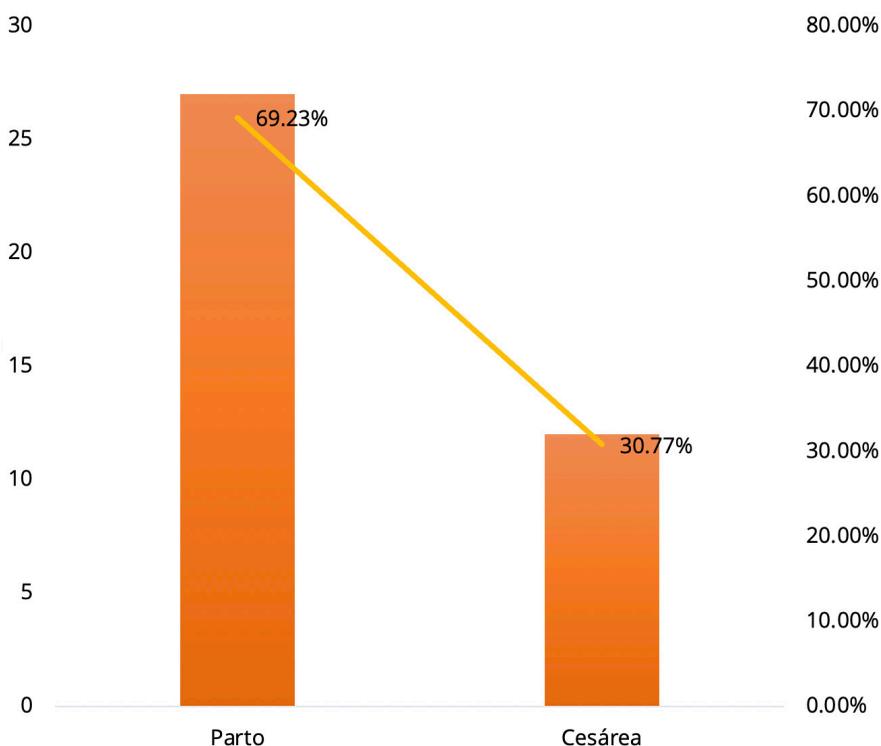


Figura 10. Vía de nacimiento

Fuente: Tabla 10.

La vía de nacimiento más frecuente fue la de parto eutócico en el 69,23 %.

Tabla 11. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según tiempo de estada

Tiempo de estada	No. de casos	%
3 días	2	5,13
4-7d	27	69,23
8-12d	8	20,51
≥13d	2	5,13
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

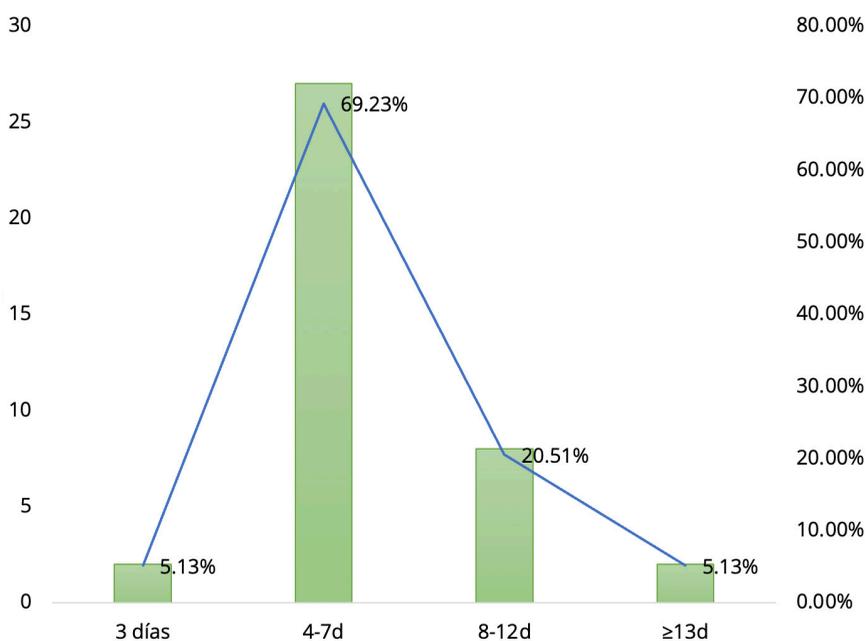


Figura 11. Tiempo de estada

Fuente: Tabla 11.

El promedio general de tiempo de estada fue de 4-7 días en el 69,23 % de los casos.

Tabla 12. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según condición de egreso

Condición de egreso	No. de casos	%
De alta	37	94,87
Defunción	2	5,13
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

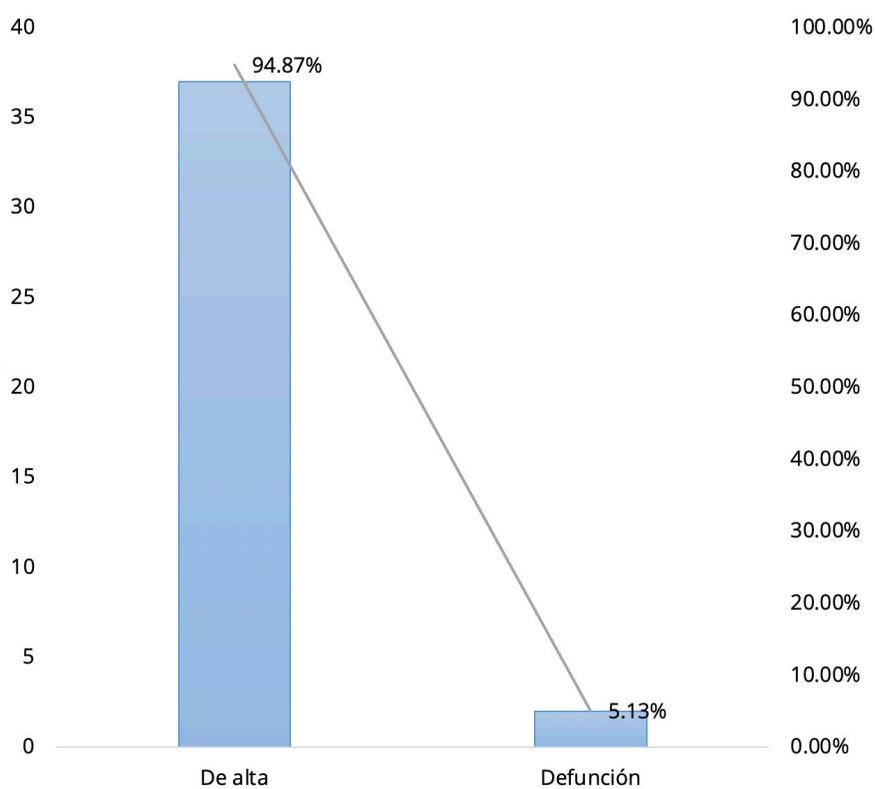


Figura 12. Condición de egreso

Fuente: Tabla 12.

En cuanto a la condición de egreso, hubo defunciones en el 5,13 %.

Tabla 13. Frecuencia de sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria recién nacidos enviados a alojamiento conjunto. Según lugar de nacimiento

Según lugar de nacimiento	No. de casos	%
Institucional	28	71,79
Extra-institucional	11	28,21
Total	39	100,0

Fuente: Departamento de Perinatología HMISLLM.

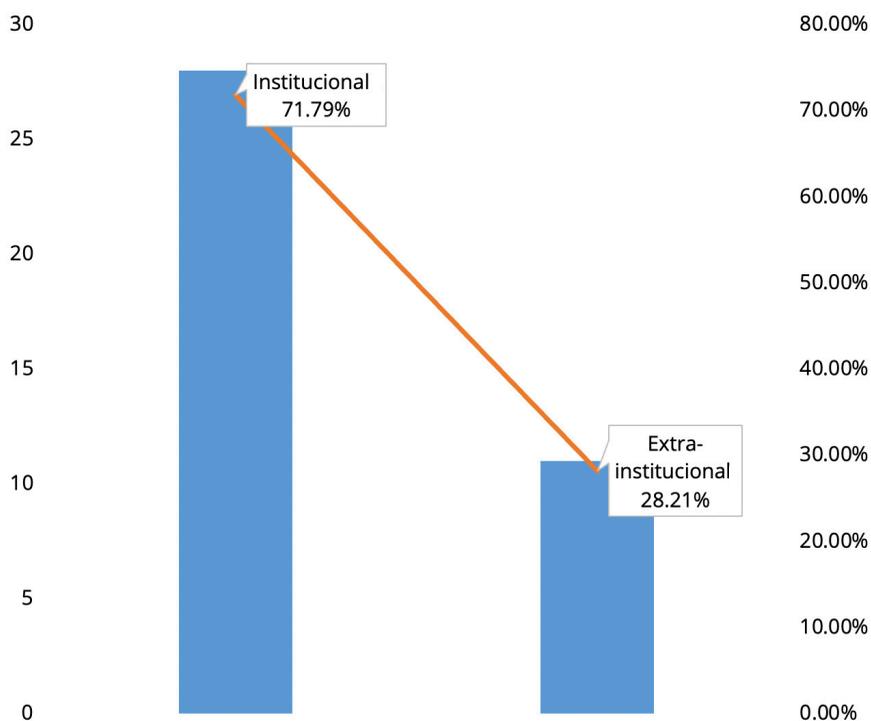


Figura 13. Lugar de nacimiento

Fuente: Tabla 13.

El 71,79 % de los recién nacidos nacieron en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.

Discusión

Es de suma importancia la evaluación del recién nacido que nace en condiciones aparentemente sanas, ya que un porcentaje de estos son recibidos luego en los servicios de emergencia, presentando algún dato relacionado con infección. Parte de los elementos sugerentes de infección bien se pueden prever al tomar en cuenta los antecedentes maternos, por la evidencia de los casos de sepsis neonatal temprana, y fortalecer la adecuada información sobre los cuidados en el hogar, posterior al egreso, por la evidencia de la sepsis neonatal tardía.

Una exhaustiva recolección de datos de la historia perinatal materna es de suma importancia y, generalmente, suele estar relacionada con las infecciones presentadas, de manera posterior, por el neonato; así como también se vincula al tipo de nacimiento, institucional o no.

En los resultados de este trabajo se presenta que hubo readmisiones en un 2,7 % de todos los enviados a alojamiento conjunto. Hubo un 2,56 % de recién nacidos que fueron asistidos por datos de sepsis desde sus primeras 24 horas de vida postnatal; niños con manifestaciones entre los 2-6 días 21,7 %; de 7-12 días 25,64 %; el mayor número de casos fue para los de 13-28 días, con un 53,85 %. En este particular, un caso de sepsis neonatal temprana dentro de la clasificación de los protocolos de atención en pediatría, aunque se resaltan autores como Gaitán y Camacho, de Colombia,¹⁸ quienes establecen la condición temprana hasta los siete días en los casos de niños a término y que han sido egresados a la casa, pero ha sido readmitidos por la patología.^{18,19} Por su parte, Johnson y Messier expresan que la sepsis neonatal temprana es la que ocurre hasta la primera semana de vida.²²

Delgado et al., en un estudio con 427 neonatos egresados, que fueron antes de las 48 horas, como niños sanos, indican que se registró una alta frecuencia en la primera consulta de hallazgos anormales compatibles con sepsis y que fueron causa de readmisión.²³

Habib reporta que, en un estudio realizado, hubo 166 readmisiones en recién nacidos, un 37,3 %, concluyendo en que el alta hospitalaria de los neonatos dentro de 48 horas después del parto es contraproducente y aumenta significativamente el riesgo de reingreso hospitalario durante el período neonatal. La predominancia de los casos de sepsis relacionada observados aquí indica

la necesidad de profundizar en sus causas y determinar una estrategia de prevención y gestión óptima.²⁴

Chen et al. informan que, en una investigación sobre las readmisiones neonatales en las primeras semanas de vida, de 1099 nacidos en el período de estudio, hubo 63 recién nacidos readmitidos dentro de los 14 días del alta, con una tasa del 5,7 %; con fiebre y la sospecha de sepsis (19,0 %), resaltando que el primer factor de riesgo asociado a la readmisión es la duración de menos de 72 horas en las unidades.²⁵

Brown et al. presentan los factores de riesgo asociados a readmisión, destacando que de 391 recién nacidos readmitidos, el principal diagnóstico de ingreso fue la infección; el 40,7 % en la primera semana. El 19,1 % eran de infección o sospecha de sepsis en la segunda semana. En este caso, coincide con los resultados de nuestro estudio, en que la causa principal de readmisión es la infección y que también los niños tuvieron una estada menor de 48 horas.²⁶

Conclusiones

La readmisión hospitalaria en los recién nacidos suele ser frecuente, generalmente asociada a la edad materna, variación geográfica, situación socioeconómica, partos de pretérmino, nacimientos por parto cesárea, aunque en el estudio la mayor frecuencia fue por parto eutócico en un 69,23 %; y el alta temprana, que en la actualidad es considerada una causa o factor determinante para la readmisión. En conjunto, todas estas causas, a su vez, pueden contribuir a la presencia de sepsis neonatal, la cual compromete la vida del neonato y provoca un trastorno en el desenvolvimiento del círculo familiar.

La frecuencia de ingresos a la sala de neonatología es de un 20 % de todos los nacidos durante el período de estudio.

La frecuencia de ingresos por sepsis neonatal en la readmisión hospitalaria fue de un 27 % de todos los casos de sepsis y un 85,4 % de los ingresos totales a sala externa de neonatología.

Hubo un 10,6 % de casos de madres adolescentes; de 20-35 años el 84,6 % y mayores, de 5,13 %.

Cerca del 60 % de las madres recibió chequeos prenatales entre 4-7, considerado entonces adecuado.

Los antecedentes personales patológicos correspondieron a los infecciosos con la vaginitis 97,4 % e infección de vías urinarias en el 69,2 %.

En el 87,18 % de los casos fueron recién nacidos a término.

En cuanto al sexo, el más afectado fue el masculino (64,10 %).

En la distribución de casos según el peso en gramos al nacer se obtuvo: de 1500-2499 g 5,13 %; de 2500-3999 g 87,18 %; y de ≥ 4000 g 7,69 %.

Hubo readmisiones de recién nacidos desde las primeras 24 horas de vida postnatal con un 2,56 % como mínima, una media de 21,7 entre los de 2-6 días y los de 7-12 días; ya el máximo de casos fue para los de 13-28 días.

La vía de nacimiento más frecuente fue la de parto eutócico en el 69,23 %.

El promedio general de tiempo de estada fue de 4-7 días en el 69,23 % de los casos.

En cuanto a la condición de egreso, hubo defunciones en el 5,13 %.

El 71,79 % de los recién nacidos nacieron en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.

Como parte de los resultados encontrados, las madre tuvieron antecedentes personales patológicos infecciosos, convirtiéndose así en un elemento ligado a las readmisiones por sepsis neonatal.

Recomendaciones

Aplicar estrategias encaminada a la promoción y prevención durante el embarazo, con amplia orientación sobre los factores de riesgos asociados a infecciones en el recién nacido, que nace aparentemente sano y que es llevado a alojamiento conjunto.

Profilaxis de antibioterapia a la madre embarazada previo al parto, en los casos confusos sobre antecedentes infecciosos y en los casos de madre con rotura prematura de membranas, aun cursen con menos, 12 horas antes del parto.

Implementación de guías actualizadas sobre la atención integral, integrada y parámetros de práctica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis del recién nacido, con énfasis en los aspectos del alta hospitalaria adecuada y oportuna.

Ingresar y tratar, y/o mantener en observación todo recién nacido con madre con antecedentes infecciosos de cervicovaginitis e infección de vías urinarias, aun refieran estas que fueron tratadas.

Orientar a las madres sobre los signos y síntomas de alarma al egreso neonatal.

Adecuada asepsia en la manipulación del recién nacido.

Orientación puntual sobre los hábitos de higienes en el domicilio del recién nacido, con énfasis en el lavado de las manos, profilaxis del cordón umbilical y baño adecuado.

Realización de hemograma control (posterior al del cordón umbilical) y rastreo infeccioso en los niños aparentemente sanos al nacer, pero con madres que tuvieron antecedentes personales patológicos infecciosos a partir de las 8 horas de vida.

Individualizar adecuadamente los casos.

Que la estada hospitalaria de estos recién nacidos sea de 72 horas y egreso si no hay evidencia clínica y de laboratorio de infección.

Motivar a la actualización continua de la estadística del departamento de Perinatología.

Motivar la creación de un archivo exclusivo de recién nacidos, tanto de los que van a alojamiento conjunto, como los ingresado, para facilitar trabajos investigativos confiables.

Motivar la publicación y presentación de casos especiales para el fortalecimiento del departamento y edificar a las generaciones sucesoras.

Agradecimientos

A Dios. Al Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina. Al Doctor José Peralta: durante su gestión como Gerente de Enseñanza e Investigaciones por aprobación y acceso para estudio. Doctora Narda De Oleo Montero: Gerente Departamento de Perinatología por facilitar acceso a información. A los Maestros y a la Sociedad Dominicana de Pediatría, por su alto compromiso como parte del plan estratégico del fortalecimiento nacional del pediatra dominicano, facilitando el crecimiento del país a través de la investigación.

Referencias

1. NewsCAP: New definitions of and criteria for diagnosing sepsis and septic shock. *Am J Nurs*, 2016;116(6):14.
2. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, 2004;113(6):1619-27.
3. Wiens MO, Larson CP, Kumbakumba E, Kissoon N, Ansermino JM, Singer J, Wong H, Ndamira A, Kabakyenga J, Moschovis P, Kiwanuka J. Application of Sepsis Definitions to Pediatric Patients Admitted With Suspected Infections in Uganda. *Pediatr Crit Care Med*, 2016;17(5):400-5.
4. Wynn JL. Defining neonatal sepsis. *Curr Opin Pediatr*, 2016;28(2):135-40.
5. Gerdes JS. Diagnosis and management of bacterial infections in the neonate. *Pediatr Clin North Am*, 2004;51:939-59.
6. Gleason CA, Devaskar SU, Avery ME. Avery's diseases of the newborn. [Edited by] Christine A. Gleason, Sherin U. Devaskar. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2012.
7. Shah BA, Padbury JF. Neonatal sepsis: an old problem with new insights. *Virulence*. 2014 Jan 1;5(1):170-8. doi: 10.4161/viru.26906
8. Fernández Díaz N, Estrada Riverón J, Díaz Cuéllar I F. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal precoz. *Rev Cubana Pediatr*, 2010;82(2):1-11.
9. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med*, 2001;29:1303-10.
10. Padkin A, Goldfrad C, Brady AR, Young D, Black N, Rowan K. Epidemiology of severe sepsis occurring in the first 24 hours in intensive care units in England, Wales and Northern Ireland. *Crit Care Med*, 2003;31:2332-8.
11. Avilés T, Cabrera P. *Factores de riesgos asociados a la sepsis neonatal*. [Tesis de grado]. 2015. Universidad de Cuenca, Ecuador. Disponible en: dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2765/1/09834.pdf

12. Schuchat A. 2000. Neonatal group B streptococcal disease—screening and prevention. *N. Engl. J. Med*, 343:209–10.
13. Hornik CP, Fort P, Clark RH, Watt K, Benjamin DK Jr, Smith PB, Manzoni P, Jacqz-Aigrain E, Kaguelidou F, Cohen-Wolkowicz M. Early and late onset sepsis in very-low-birth-weight infants from a large group of neonatal intensive care units. *Early Hum. Dev*, 2012; 88:S69–S74.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125(2):405–9.
15. Intervenciones neonatales después del parto. En: AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC; 2011. p. 41.
16. Meara E, Kotagal UR, Atherton HD, Lieu TA. Impact of early newborn discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes in a state Medicaid population. *Pediatrics*, 2004;113(6):1619–27.
17. Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner M et al. Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child*, 2005;90(2):125–31.
18. Gaitán Sánchez CA, Camacho Moreno C. Riesgo de Sepsis Neonatal en recién nacidos a término. *CCAP, Universidad Nacional de Colombia* 2013;13(2).
19. Schuchat A. Neonatal group B streptococcal disease—screening and prevention. *N. Engl. J. Med*, 2000;343:209–10.
20. Hornik CP, Fort P, Clark RH, Watt K, Benjamin DK Jr, Smith PB, Manzoni P, Jacqz-Aigrain E, Kaguelidou F, Cohen-Wolkowicz M. Early and late onset sepsis in very-low-birth-weight infants from a large group of neonatal intensive care units. *Early Hum. Dev*, 2012;88:S69–S74.
21. Simonsen K, Anderson-Berry A, Delair S, Davies H. Early-Onset Neonatal Sepsis. *Nebraska, USA Clin. Microbiol. Rev*, 2014;27(1):21–471.
22. Johnson K, Messier S. Early Onset Sepsis. *S D Med*, 2016;69(1):29–33.
23. Delgado MA, Jaime A, Furzán J. Alta neonatal precoz y consulta de seguimiento inmediato. *Arch Venez Puer Ped*, 204;77(1):4–8

24. Habib HS. Impact of discharge timings of healthy newborns on the rates and etiology of neonatal hospitalreadmissions. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2013;23(10):715-9.
25. Chen HL, Wang YH, Tseng HI, Lu CC. Neonatal readmission within 2 weeks after birth. *Kaohsiung, Taiwan. Acta Paediatr Taiwan*, 2005;46(5):289-93.
26. Brown AK, Damus K, Kim MH, King K, Harper R, Campbell D, Crowley KA, Lakhani M, Cohen-Addad N, Kim R, Harin A. Factors relating to readmission of term and near-term neonates in the first two weeks of life. Early Discharge Survey Group of the Health Professional Advisory Board of the Greater New York Chapter of the March of Dimes. *J Perinat Med*, 1999;27(4):263-75.
27. Fehervari Z. Neonatal sepsis. *Nat Immunol*, 2016;17(6):617.
28. Abraham E. New Definitions for Sepsis and Septic Shock: Continuing Evolution but With Much Still to Be Done. *JAMA*. North Carolina, 2016; 315(8):757-9.
29. Wynn JL. Defining neonatal sepsis. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28(2):135-40.
30. Polin M RA. Diagnosis and Treatment of Neonatal Sepsis: Reconciling the COFN & CDC. Guidelines. Expert Panels on Neonatal Sepsis. *Pediatrics*, 2012;129(5):1-21.
31. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, Rubenfeld G, Kahn JM, Shankar-Hari M, Singer M, Deutschman CS, Escobar GJ, Angus DC. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 2016;315(8):762-74.
32. Whittle J, Walker D. The new international sepsis guidelines (Sepsis-3): the central message remains. *Br J Hosp Med (Lond)*, 2016;77(4):208-11.
33. Kempker JA, Martin GS. The Changing Epidemiology and Definitions of Sepsis. *Clin Chest Med*, 2016;37(2):165-79.
34. OPS/OMS. AIEPI Neonatal Clínicas Intervenciones neonatales después del parto. En: AIEPI Neonatal. Intervenciones basadas en evidencia. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011. p. 41.

35. Jonguitud AA, Hernández DME. Readmisiones hospitalarias en recién nacidos egresados de una sala de alojamiento conjunto Bol Med Hosp Infant Mex, 2003;60(5):482-19.
36. Balaka B, Bonkougou B, Matey K, Napo-Bitantem S, Assimadi. K. Septicémie néonatale: aspects bactériologiques et évolutifs au centre hospitalier universitaire de Lomé, To go. Bull Soc Pathol Exot, 2004;97(2):97-9.