

RISC DE SEPSIS
NEONATAL

Nova definició
TRIPLE I

Carmen Garrido, Aina Delgado,
Elisenda Moliner

FEBRE INTRAPART \neq CORIOAMNIONITIS

Terme ampli per a situacions heterogènies, confús



Quan, a qui, i amb què tractem?

Quines implicacions té pel nou-nat?

Iatrogènia?



Higgins RD et al. Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis: Summary of a Workshop HHS Public Access. 2017;127(3):426-436.

ACOG Committee Opinion. Beigi R et al. Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. 2017;130(712):95-101.

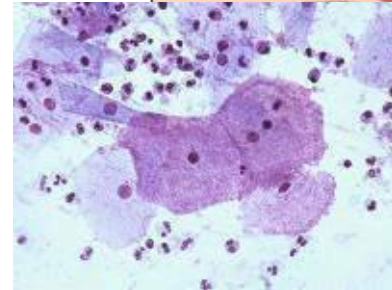
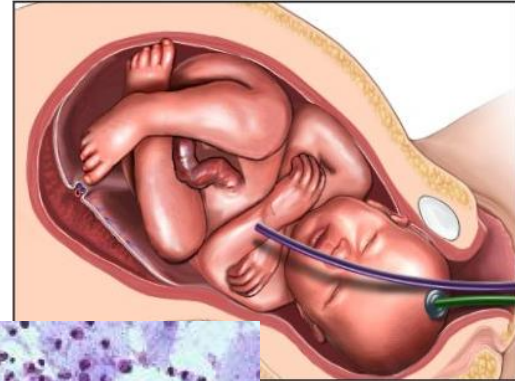
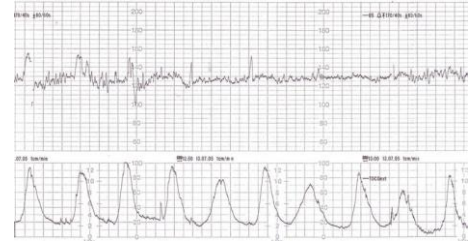
CORIOAMNIONITIS

- En 2-5% de tots els parts a terme.
 - En 1-3% dels parts a terme amb membranes íntegres.
 - En 7% dels parts a terme amb RPM.
- **En 40% de les RPM > 24h.**
- En 20% de les dones a qui es realitzen >8 tactes vaginals.



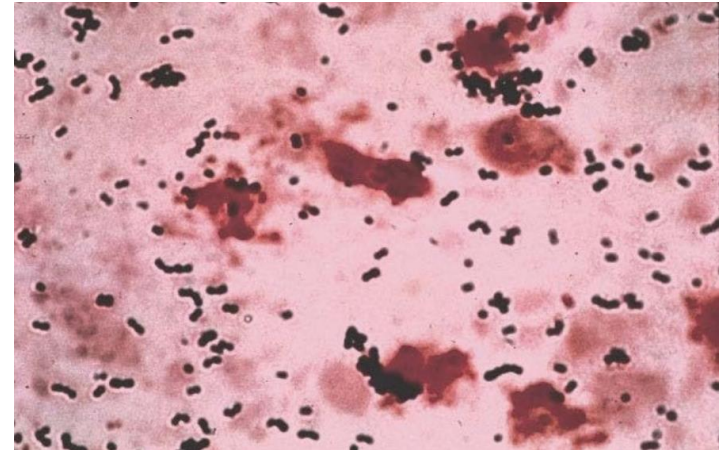
CORIOAMNIONITIS: Factors de risc

- ★ Treball de part perllongat
- ★ RPM > 18h
- ★ Excessius tactes vaginals (sobretot si RPM)
- ★ Ús de monitors intrauterins
- ★ Aigües meconials
- ★ Presència de patògens vaginals (SGB, ITS, vaginosi bacteriana...)
- ★ Consum d'alcohol i tabac



CORIOAMNIONITIS: riscos pel nounat

- ★ Pitjor puntuació APGAR
- ★ Risc de sepsis precoç
- ★ Risc de pneumònia, meningitis, sepsis i mort neonatal
- ★ Hemorràgia intracranial grau III-IV
- ★ Risc de paràlisi cerebral
- ★ Alteracions del neurodesenvolupament
- ★ Displàsia broncopulmunar

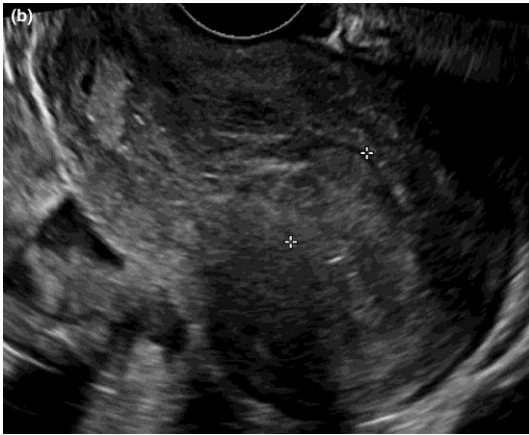


L'ús d'**antibiòtic intrapart** en dones amb **SGB+** o sospita de **corioamnionitis** redueix significativament el risc de sepsis neonatal (fins a 10 vegades en cas de SGB).

Schrag SJ et al. Epidemiology of invasive early-onset neonatal sepsis, 2005 to 2014. *Pediatrics* 2016;138:e20162013.

Puopolo KM et al. Estimating the probability of neonatal early-onset infection on the basis of maternal risk factors. *Pediatrics* 2011;128:e1155-63.

CORIOAMNIONITIS: riscos per la dona



- ★ Part distòcic → major risc d'intervencions
- ★ Atonia uterina i risc d'hemorràgia post-part
 - ★ Risc d'histerectomia i ingrés a UCI
 - ★ Risc d'endometritis, peritonitis i sepsis post-part
 - ★ Rarament, SDRA i mort

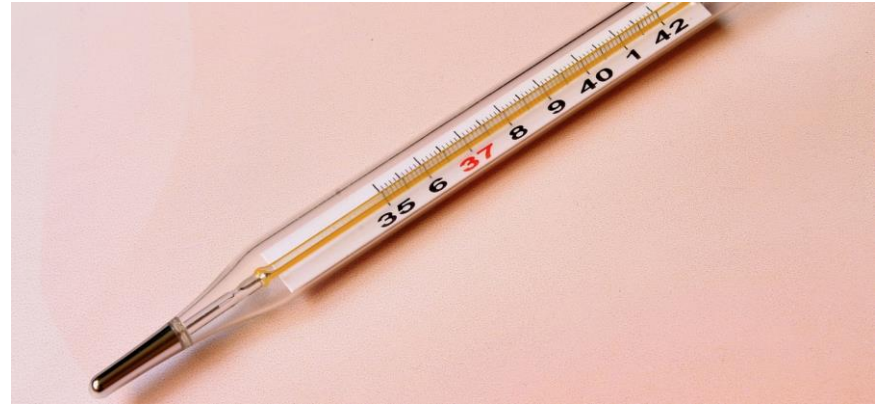
Febre intrapart

≥ 39°C de qualsevol durada

38-38,9°C durant ≥ 30 minuts

¿ T^a axil·lar = T^a bucal ?

¿ T^a materna = T^a fetal / intrauterina ?



1. Febre **aïllada** sense focus
2. Febre **secundària a focus no uterí**
3. Febre **secundària a sospita de Triple I**

FEBRE INTRAPART AÏLLADA

$\geq 39^{\circ}\text{C}$ de qualsevol durada

$38-38,9^{\circ}\text{C}$ durant ≥ 30 minuts



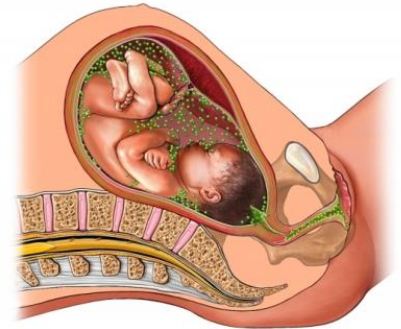
- ★ Pot ser secundària a l'anestèsia epidural, l'ús de prostaglandines, deshidratació, hipertiroidisme, calor ambiental excessiva...
- ★ Absència de factors de risc: RPM > 18h, treball de part perllongat...

Antics criteris diagnòstics de corioamnionitis

Febre materna

+ dos o més dels següents:

- ★ Taquicàrdia fetal > 160 bpm
- ★ Taquicàrdia materna > 100 bpm → MÚLTIPLES CAUSES DE TC MATERNA EN EL T. DE PART
- ★ Irritabilitat uterina → POC VALORABLE EN EL T. DE PART
- ★ Líquid amniòtic malolent



TRIPLE I:

Intrauterine Inflammation or Infection or both

criteris de sospita clínica de triple I:

Febre materna

+ **almenys 1** entre:

Leucocitosi (> 15.000, sense corticoides)

Flux cervical purulent

Taquicàrdia fetal (> 160 bpm durant \geq 10min)

- Taquicàrdia materna, irritabilitat o dinàmica uterina o elevació de PCR són marcadors de suport al diagnòstic però **NO** són criteris.



TRIPLE I:

Intrauterine Inflammation or Infection or both

Triple I confirmada:

LA positiu

tinció de gram +

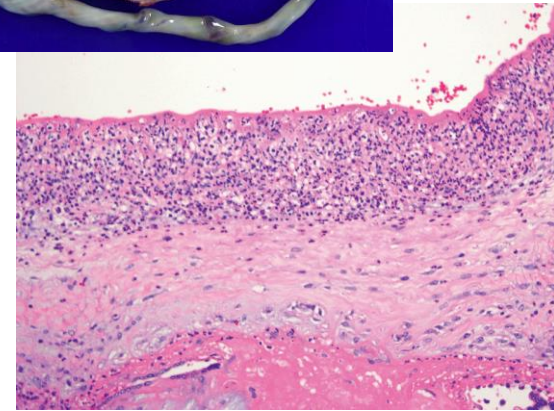
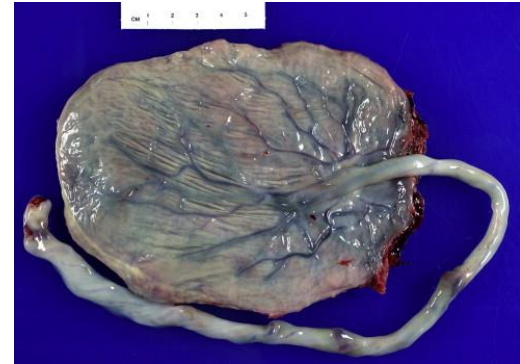
nivell de glucosa disminuït ≤ 5 mg/dL

nivell de leucòcits augmentat

cultiu +

Evidència histològica d'inflamació o infecció

a nivell placentari, membranes o cordó umbilical



Febre intrapart: TRACTAMENT i MANEIG

1. Evaluació clínica i valorar factors de risc de Triple I
2. Sol·licitar AS (hemograma + PCR)
3. Pautar **antitèrmics** + mesures físiques + hidratació

No donar antitèrmics si febrícula!
Innecessari i pot emascarar complicacions futures.

No realitzar analítiques de rutina si absència de febre.
La leucocitosi és inespecífica si no va acompanyada d'altres criteris.

Antibiòtics?

Si sospita de triple I, si SGB desconegut, o si $T^a > 39^{\circ}\text{C}$

➤ *Si sospita de triple I, cursar hemocultius coincidint amb el pic febril*

Triple I: TRACTAMENT



Ampicil·lina 2g/6h + **Gentamicina** 240mg/24h

- ★ *Si al·lèrgia penicil·lina:* **Clindamicina** 900mg/8h o **Vancomicina** 1g/12h o **Eritromicina** 1g/6h ev en lloc d'Ampicil·lina.
- ★ **Si cesària, clindamicina 900 mg dosis única** després del clampatge de cordó per cobrir anaerobis (endometritis).
- ★ No és necessari mantenir l'antibiòtic postpart, tot i que l'evidència actual és limitada. Es mantindrà l'antibiòtic un mínim de 24 hores postpart **si febre persistent, bacterièmia o signes de sepsis.**

FEBRE PUERPERAL

1-5%

24h - 6 setmanes post-part

- ★ Excloure causes fisiològiques: habitual en les primeres 24h i amb la pujada de llet.
→ NO ACOMPANYADA DE TAQUICÀRDIA.
- ★ Excloure causes medicamentoses



Diagnòstic diferencial: endometritis, infecció ferida qx, mastitis, PNA...



COMUNICACIÓ AMB EQUIP DE NEONATOLOGIA

Si factors de risc de sepsis neonatal precoç (RPM > 18h, febre intrapart, SGB+, sospita de triple I...)

SEMPRE DEIXAR-HO BEN APUNTAT AL CURS CLÍNIC