

**PROTOCOLO:**

**FIEBRE INTRAPARTO. FIEBRE PUERPERAL**

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

**FIEBRE INTRAPARTO**

**1. DEFINICIÓN**

Se considera fiebre intraparto una temperatura termometrada  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (persistente a pesar de tratamiento antitérmico o 2 determinaciones separadas 4-6 horas) durante el parto o menos de 24 horas posparto. Se considera persistente una temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  que perdura o reaparece en las 4 horas después de la administración de un tratamiento antitérmico. En las primeras 24 horas posparto la temperatura ha de ser superior a  $38.5^{\circ}\text{C}$ , o asociada a otros signos clínicos de infección para considerarla clínicamente significativa.

Las causas de fiebre intraparto pueden ser no infecciosas (siendo la analgesia peridural la principal causa) o infecciosas bacterianas o víricas (varicela, gripe y enterovirus los más prevalentes). Entre los factores de riesgo, se encuentran la nuliparidad, la rotura prematura de membranas, la colonización por SGB, el parto prolongado, las exploraciones vaginales múltiples, o cuadros infecciosos preexistentes. En gestaciones pretérmino la etiología infecciosa es la más prevalente.

La fiebre intraparto puede provocar hipertermia en el neonato. La hipertermia incrementa el riesgo de resultados neonatales adversos, tales como signos de depresión neurológica (Apgar bajo, hipotonía), la necesidad de ventilación asistida o de reanimación cardiopulmonar y el riesgo de sepsis.

**2. DIAGNÓSTICO**

**2.1. ANAMNESIS y EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Identificar factores de riesgo intrínsecos maternos (antecedentes patológicos) así como factores de riesgo relacionados con el parto.
- Toma de constantes (tensión arterial, pulso, temperatura).
- Descartar mediante anamnesis y exploración física por sistemas cualquier foco infeccioso que justifique el cuadro febril (adenopatías, exploración ORL, auscultación pulmonar, exploración abdominal, signos de tromboflebitis, etc.), y actuar según orientación clínica (urinocultivo, radiografía de tórax, frotis secreción naso-faríngea para detección virus respiratorios-influenza, ...)
- Valoración de la monitorización fetal (registro cardiotocográfico) y las características del líquido amniótico (purulento, maloliente, etc). La taquicardia fetal puede ser reactiva a la fiebre materna o por infección intrauterina.

## 2.2.MANEJO

### 2.2.1.Una determinación febril aislada $<39^{\circ}\text{C}$ y paciente asintomática (hemodinámicamente estable, buen aspecto...):

- Anamnesis y exploración física (ver 2.1). En caso de identificar algún foco, pasar al punto 2.2.2. En caso de sospecha clínica de corioamnionitis, actuar según protocolo específico.
- Pruebas complementarias: No se requieren en caso de que la paciente presente buen estado general.
- Tratamiento antitérmico:
  - ✓ Paracetamol 1g endovenoso
  - ✓ 2ª línea o en caso de alergia: Metamizol 2g vev. (Nolotil® 1 ampolla ev).

### 2.2.2.Una determinación febril en paciente sintomática (o $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ) o 2ª determinación febril (pico separado 4-6h o fiebre persistente $\geq 38^{\circ}\text{C}$ a pesar de antitérmico)

- Anamnesis y exploración física (ver 2.1). En caso de sospecha clínica de corioamnionitis, actuar según protocolo específico.
- Pruebas complementarias:
  - ✓ Análítica general que incluya hemograma, PCR y pruebas de coagulación.
  - ✓ Dos extracciones para hemocultivo (espaciadas unos minutos y de dos venas distintas) para aerobios y anaerobios.
  - ✓ Urinocultivo (mediante sondaje vesical).
  - ✓ Si posparto  $< 24$  horas: Realizar ecografía ginecológica (mismo protocolo de actuación que fiebre posparto, ver apartado 2.3)
  - ✓ En los casos de cuadro febril con foco se realizarán los pruebas de imagen o cultivos específicos oportunos (ej. radiografía tórax...).
- **Tratamiento Antitérmico:**
  - ✓ Paracetamol 1g endovenoso
  - ✓ 2ª línea o en caso de alergia: Metamizol 2g vev. (Nolotil® 1 ampolla ev)
- **Tratamiento Antibiótico** (empezar pauta antibiótica empírica, ver Tabla 1):
  - De elección:
    - ✓  $< 37.0$  semanas: **AMPICILINA 2g/6h + GENTAMICINA 80mg/8h ev**
    - ✓  $\geq 37.0$  semanas o posparto inmediato ( $<24\text{h}$ ) de cualquier edad gestacional: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 1 g/6 h ev.**
    - ✓ En caso de **cesárea**, añadir **CLINDAMICINA 900mg/8h ev** para cobertura de anaerobios si pauta con Ampicilina y Gentamicina. Si pauta con Amoxicilina-clavulánico, no es necesario añadir Clindamicina.

- Alergia a penicilina:
  - ✓ Intraparto: **CLINDAMICINA 900 mg/8h ev + GENTAMICINA 80 mg/8h ev** (adaptar a 3-5 mg/Kg/día en caso de Índice de Masa Corporal –IMC- extremos - >40).
  - ✓ Posparto inmediato (<24h): **CLINDAMICINA 900 mg/8h ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev** (adaptar a 3-5 mg/Kg/día en caso de IMC extremos).

En caso de estar en tratamiento por SGB positivo, se aconseja cambiar la pauta a la descrita previamente como pauta de elección.

En caso de RPM (a término o pretérmino) de larga evolución con tratamiento antibiótico y fiebre intraparto, sospechar corioamnionitis. En este caso se recomendaría pasar a antibióticos según protocolo de RPM y corioamnionitis.

### 2.3. CONDUCTA OBSTÉTRICA INTRAPARTO

- ✓ Opción a parto vaginal, si se prevé una buena evolución, bajo cobertura antibiótica.
- ✓ Considerar indicación de cesárea/abreviación de expulsivo por indicaciones obstétricas o en caso de persistencia de fiebre a pesar de tratamiento antitérmico y antibiótico.
- ✓ En caso de alteraciones en el registro cardiotocográfico (incluida la taquicardia fetal persistente), se recomienda confirmar el bienestar fetal mediante pH de calota (si no existe contraindicación para el mismo).
- ✓ Cursar cultivos de placenta de cara materna y fetal y anatomía patológica de la placenta en caso de partos pretérmino.
- ✓ Informar a neonatología.

### 2.4. MANEJO POSPARTO

- ✓ Mantener tratamiento antibiótico hasta 48h afebril y mejoría de los parámetros analíticos y PCR (si gentamicina, pasar a 240mg/24h en dosis única diaria).
- ✓ En caso de cesárea, añadir Clindamicina 900mg/8h ev para cobertura de anaerobios si pauta con Ampicilina y Gentamicina. Si pauta con Amoxicilina-clavulánico, no es necesario añadir Clindamicina.
- ✓ Si la evolución clínica es correcta y la paciente se mantiene afebril, no es necesario control analítico seriado posparto. En caso de franca alteración analítica intraparto (leucocitosis > 20000 o leucopenia, desviación marcada a la izquierda, PCR >10mg/dL (o > 100 mg/L según las referencias de cada hospital), alteración de la coagulación, se recomienda solicitar control analítico posparto incluso en caso de buena evolución clínica para confirmar la mejoría analítica.

- ✓ A partir de las 48h afebril y mejoría clínico-analítica, la conducta variará según el resultado de los cultivos:
  - Cultivos negativos o pendientes: Puede suspenderse el tratamiento antibiótico completamente.
  - Cultivos de placenta positivos: Mantener tratamiento antibiótico durante 3-5 días teniendo en cuenta el tipo de parto (vía vaginal se puede contaminar la placenta) y el tipo de microorganismo (que realmente pueda ser factor etiológico). Puede realizarse con pauta antibiótica vía oral si el antibiograma lo permite.
  - Hemocultivo positivo: Actuar en función del estado clínico de la paciente, el antibiograma y mantener tratamiento antibiótico durante al menos 7 días. Puede realizarse con pauta antibiótica vía oral si el antibiograma lo permite. Se recomienda consultar el caso servicio de Infecciones/Microbiología en caso de duda o de no respuesta.
  
- ✓ En caso de persistencia de la fiebre tras 72h de tratamiento se debe valorar cambio la pauta antibiótica por una alternativa, además de una reevaluación clínica y eventual repetición de cultivos. La nueva pauta antibiótica se decidirá conjuntamente con Microbiología y/o el Servicio de Enfermedades Infecciosas, en caso de duda.
  
- Si evolución correcta y la paciente es dada de alta sin resultado de cultivos, citar en CCEE (OBSPUR o OBS RISC MIG) en 5-7 días para resultados y valoración terapéutica. En caso de urinocultivo o hemocultivos positivos, se completará el tratamiento antibiótico apropiado según antibiograma. En caso de cultivo de placenta positivo no es necesario reiniciar tratamiento en una paciente asintomática con buen estado general (puede valorarse en función del tipo de parto y de microorganismo).

## FIEBRE PUERPERAL

### 1. DEFINICIÓN

Definimos fiebre puerperal cuando se constata una temperatura termometrada superior a 38 °C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas posparto.

Las principales causas de fiebre puerperal son:

1. **Endometritis puerperal:** Cuadro infeccioso bacteriano que aparece entre uno y 10 días posparto (lo más frecuente es entre el 3er y 4º día posparto) consecuencia de la infección posparto del tejido endometrial. Además de la fiebre, aunque la presentación clínica puede ser muy variable, puede asociar dolor hipogástrico, dolor a la movilización uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente o loquios malolientes. Es un cuadro clínico potencialmente grave que sin tratamiento puede evolucionar a una pelviperitonitis difusa e incluso a una septicemia puerperal. Se trata de un cuadro habitualmente polimicrobiano causado por una infección ascendente. Los microorganismos más frecuentemente implicados son:

- Aerobios (*Escherichiacoliy* otras enterobacterias, estreptococos., *Enterococcusfaecalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*hominis\*, *Ureaplasma*realitycum\*). (\* A pesar de ser dos microorganismos que se aíslan con frecuencia en los cultivos, su relación causal directa con los cuadros de endometritis no está bien definida).

- Anaerobios (*Prevotellaspp.*, *Bacteroides*, *fragilis*, *Peptostreptococcuspp*)

Cuando la endometritis aparece de **forma precoz** (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente monomicrobiana y los agentes causales más frecuentes son: *Staphylococcus*aureus, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (*S.pyogenes*) y B (*S.agalactiae*), *Clostridium*spp.

Asimismo, en un 15% de los casos puede aparecer de **forma tardía** (entre la 1ª-6ª semana del puerperio). Los signos clínicos suelen ser más leves y la mayoría requerirán tratamiento oral. Puede estar relacionada con una infección por *Chlamydia trachomatis*, aunque es muy raro en nuestro medio.

2. **Infección herida quirúrgica (cesárea, episiotomía):** La infección de la pared abdominal a nivel de la herida quirúrgica complica aproximadamente el 5 % de los partos por cesárea, generalmente 4-7 días tras la intervención. Los microorganismos causantes de la infección pueden proceder de la propia flora cutánea (*Staphylococcus Aureus*) o vaginal que haya contaminado el útero o la cavidad amniótica (flora aerobia y anaerobia como en la endometritis puerperal).

3. **Mastitis puerperal:** Infección del parénquima mamario, especialmente relacionado con la lactancia materna. La fuente principal de microorganismos causales son la boca y faringe del recién nacido (estreptococos y anaerobios) y con menor frecuencia la piel (*Staphylococcus Aureus*), por lo que es necesario un tratamiento antibiótico de amplio espectro. El momento de presentación más habitual es a las 2 – 3 semanas del inicio de la lactancia. Se estima que ocurre en 2-10% de las madres que lactan pero el porcentaje de las que requieren ingreso es mucho menor.
4. **Pielonefritis aguda** (ver protocolo específico).
5. **Otras infecciones sistémicas** no relacionadas con el parto.
6. **Tromboflebitis pélvica séptica** (se considera diagnóstico de exclusión. A considerar únicamente en los casos de persistencia del cuadro febril después de haber descartado otras causas de fiebre puerperal).

## 2. DIAGNÓSTICO

- 2.1. **ANAMNESIS:** Identificar factores de riesgo intrínsecos maternos (antecedentes patológicos) así como factores de riesgo relacionados con el parto (Tabla 2). En caso de fiebre intraparto, cesárea o alumbramiento manual, confirmar si recibió antibioterapia (fármaco, dosis, duración).

Tabla 2. Factores de riesgo de fiebre puerperal

FACTORES DE RIESGO	
MATERNOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunodepresión materna (diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor, corticoterapia, VIH, enfermedades sistémicas – lupus eritematoso sistémico, esclerodermia-)</li> <li>- SGB positivo</li> <li>- Obesidad (infección herida quirúrgica)</li> </ul>
INTRAPARTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duración, tiempo de amniorrexis, prematuridad.</li> <li>- Cesárea (urgente &gt; curso de parto &gt;electiva)</li> <li>- Parto instrumentado</li> <li>- Alumbramiento manual</li> <li>- Revisión manual de cavidad uterina</li> </ul>
POSPARTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia (Hb&lt; 8g/dl)</li> <li>- Seroma/hematoma herida quirúrgica, drenaje, limpieza/cuidado insuficiente de la herida quirúrgica</li> </ul>

La profilaxis antibiótica disminuye el riesgo de endometritis de forma significativa tras diferentes procedimientos. Está indicada en el parto por cesárea (principal factor de riesgo de

endometritis), alumbramiento manual, revisión manual u otra manipulación de cavidad uterina posparto. Como antibiótico de elección se recomienda dosis única parenteral de **CEFAZOLINA 2 g ev**. Si alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 600 mg ev + GENTAMICINA 240 mg ev (adaptar a 3-5 mg/Kg/día en caso de IMC extremos, >40)**. El fármaco que se utilice como profilaxis, queda excluido para pautas terapéuticas.

## 2.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Exploración física por sistemas:** es importante descartar cualquier foco infeccioso que justifique el cuadro febril (signos meníngeos, adenopatías, exploración ORL, auscultación pulmonar, exploración abdominal, signos de tromboflebitis, etc.).
- **Exploración ginecológica completa** (valoración de loquios, movilización cervical, descartar masas anexiales, etc.).

## 2.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- ✓ Análítica general que incluya hemograma, PCR y pruebas de coagulación.
- ✓ Ecografía ginecológica transvaginal (añadir transabdominal en puerperio reciente).
- ✓ Urinocultivo (obtenido mediante micción espontánea o sondaje vesical).
- ✓ Dos hemocultivos (separados en el tiempo unos minutos y de dos venas distintas).
- ✓ En ausencia de foco aparente, o en caso de sospecha de endometritis: Cultivo endometrial obtenido mediante aspirado endometrial:
  - Previamente a la obtención de la muestra, lavado vaginal y exocervical con suero fisiológico.
  - Aspirado endometrial con una cánula de Cornier.
  - Tras retirar la cánula, lavado de la porción externa de la cánula con suero fisiológico antes de introducir el aspirado en el recipiente estéril.
- ✓ PCR de *Chlamydia* en el aspirado endometrial (escobillón FLOQSwabs sin medio de transporte): sólo en los casos de sospecha de endometritis de aparición tardía (> 1 semana posparto) o sin respuesta clínica al antibiótico.
- ✓ En los casos de cuadro febril **con foco** se realizarán los cultivos específicos oportunos:
  - Herida quirúrgica: El aspirado de la herida quirúrgica tiene mayor rendimiento que el frotis)
  - Leche materna: Obtener muestra por expresión en bote estéril. Si no es posible, realizar frotis.
- ✓ Valorar la realización de pruebas de imagen ante sospecha clínica de origen del foco (ej radiografía tórax...)

No es necesario solicitar de rutina frotis vaginal o endocervical por su elevada inespecificidad.

### 3. CRITERIOS DE INGRESO

- ✓ Sospecha de **endometritis** puerperal.
- ✓ Cuadro clínico compatible con **retención de restos ovulares** (metrorragia persistente, subinvolución uterina...).
- ✓ **Patología materna:** incluye la inmunodepresión, tratamiento con inmunosupresores, diabetes mellitus, anemia puerperal (definida por una hemoglobina inferior a 8 g/dl), corticoterapia, enfermedades sistémicas (lupus eritematoso sistémico, esclerodermia...).
- ✓ **Mal estado general.**
- ✓ **Signos de alarma analíticos:** leucocitosis superior a 20000 leucos, desviación marcada a la izquierda, PCR muy elevada (>15-20mg/dL o >150-200mg/L) signos de sepsis (leucopenia, afectación coagulación)...
- ✓ **Imposibilidad de acudir a tratamiento o seguimiento ambulatorio.**
- ✓ **Factores sociales** (barrera lingüística que imposibilita la comunicación y el cumplimiento...).
- ✓ **Intolerancia tratamiento oral.**
- ✓ **Fracaso de tratamiento ambulatorio.**

### 4. TRATAMIENTO (Tabla 3)

El tratamiento antibiótico dependerá de la sospecha diagnóstica. Al ingreso, se debe reevaluar también la necesidad de profilaxis tromboembólica ante la presencia de dos o más factores de riesgo, según el protocolo vigente de profilaxis tromboembólica.

#### 4.1. TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRITIS PUERPERAL:

- **Ingreso hospitalario** en todos los casos.
- **Tratamiento antibiótico endovenoso:**
  - **1ª elección: CEFTRIAXONA 1g/ 12-24 h + METRONIDAZOL 500 mg/ 12 h**
  - Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 900 mg/8h + GENTAMICINA 240 mg/24h** (adaptar a 3-5 mg/Kg /día en caso de IMC extremos, >40). Iniciar esta pauta aun cuando estos antibióticos se hayan utilizado en la profilaxis quirúrgica.
  - Añadir **Azitromicina 1g/semana** vo durante 3 semanas si **PCR de Chlamydia positiva** (se solicitará solo en los casos de endometritis de aparición tardía (>1semana posparto) y sin respuesta clínica al antibiótico. La alternativa endovenosa es Azitromizina 500mg vev/24h durante 2 días. Una segunda línea de tratamiento sería con Doxicilina 100/12h vo. durante 7 días (la doxiciclina implica discontinuar la lactancia materna durante el tratamiento).
- **Legrado aspirativo** en caso de:



- Signos ecográficos compatibles con retención de restos placentarios (endometrio heterogéneo engrosado, evidencia de vascularización en el estudio Doppler o presencia de hormona beta HCG positiva).

- Presencia de hematometra, coágulos o esfacelos intrauterinos.

Consideraciones ante legrado aspirativo por endometritis puerperal:

- Se realizará el legrado tras un mínimo de 6-12 horas de antibiótico ev.

- No está indicado el uso de fármacos para dilatación cervical (misoprostol) ni ergóticos.

- Se utilizará preferentemente la cánula aspiración, minimizando el uso de legra de Recamière.

- Enviar el material obtenido para estudio microbiológico (en fresco) y anatomopatológico (formol).

#### 4.1.1. SEGUIMIENTO CLÍNICO:

- La pauta antibiótica parenteral se mantendrá al menos hasta 48 horas afebril. Posteriormente, pasar a tratamiento antibiótico vía oral de forma empírica, modificando la pauta según el resultado de los cultivos y antibiograma.
  - De elección: AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875 mg/8 h vía oral
  - Alergia a penicilina: CLINDAMICINA 300 mg/8h vo

Completar 7-10 días (dependiendo de respuesta inicial al antibiótico y estado general/analítico) de tratamiento, pudiendo ser dada de alta con tratamiento antibiótico vía oral. No es necesario realizar analíticas seriadas de control si no existen signos de sepsis en la primera analítica y no hay empeoramiento importante del estado clínico.

Si la evolución clínica es correcta, la paciente puede ser dada de alta con tratamiento oral empírico aunque no se disponga del resultado de los cultivos. Se programará seguimiento en OBSPUR/OBS RISC MIG para resultado cultivos y valoración de evolución clínica.

- Se considera un fracaso de tratamiento la no mejoría clínica y/o persistencia de síndrome febril tras 72 horas de tratamiento. En caso de persistencia de la fiebre se debe:
  - Revalorar el foco infeccioso.
  - Revisar resultados de cultivos.
  - Valorar la realización de pruebas de imagen que puedan orientar/descartar otros cuadros clínicos: retención de restos, necrosis, hematomas sobreinfectados, abscesos, tromboflebitis séptica.

- Cambiar la pauta antibiótica por una alternativa. La nueva pauta antibiótica se decidirá conjuntamente con el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Microbiología en caso de duda.
- Si no se objetiva otra focalidad, se valorará de forma individualizada en estos casos el tratamiento con **Heparina de Bajo Peso Molecular** subcutánea a dosis profilácticas durante 7 – 10 días ante la posibilidad diagnóstica de tromboflebitis pélvica séptica. En caso de confirmación diagnóstica, valorar la pauta de tratamiento conjuntamente con el servicio de hemostasia.

#### 4.2. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA (CESÁREA O EPISIOTOMÍA):

- Valoración de los criterios de ingreso.
- Comprobar correcta vacunación antitetánica.
- Tratamiento antibiótico

##### A. Pacientes SIN criterios de ingreso hospitalario:

- De elección: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875 mg/8 h vía oral x 5-7 días.**
- Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 300 mg/8h vo + CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo durante 5-7 d.**

Valorar la administración de la primera dosis de antibiótico vía endovenosa en urgencias.

En todos los casos se indicará una visita ambulatoria en OBSPUR/OBS RISC MIG en 3-5 días para informar sobre resultados de cultivos y valorar la evolución clínica.

##### B. Pacientes CON CELULITIS y/o CRITERIOS DE INGRESO hospitalario:

- De elección: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 1 g/6 h ev.**
- Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 900 mg/8h ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev** (adaptar a 3-5 mg/Kg/día en caso de IMC extremos, >40).

- Valorar desbridamiento quirúrgico (cicatriz cesárea o episiorrafia) en caso de absceso o dehiscencia de sutura sobreinfectada.

En casos seleccionados, con respuesta óptima al tratamiento antibiótico, es posible realizar nueva epifisiorrafia cuando desaparezcan los signos de infección local. El riesgo de recidiva no aumenta si está controlado el proceso infeccioso y sin embargo mejora el resultado tanto estético como funcional. En estos casos seleccionados en los que se plantease nueva episiorrafia se realizará mientras la paciente este recibiendo tratamiento antibiótico y si no fuera así se realizará profilaxis antibiótica con CEFAZOLINA 2 g preoperatoria. Se valorará realizar preparación intestinal previa (enema 2 litros). La nueva episiorrafia se realizará siguiendo la técnica y materiales habituales. Se comprobará la integridad de la mucosa rectal y el esfínter anal.

#### 4.2.1. SEGUIMIENTO CLÍNICO:

La paciente puede ser dada de alta después de permanecer 48 horas afebril y confirmar que presenta una buena evolución clínica. Al alta hospitalaria se completarán 7-10 días de tratamiento antibiótico oral (modificando la pauta según el resultado de los cultivos y antibiograma):

- De elección: AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875mg/8h vo.
- Alergia a penicilina: CLINDAMICINA 300 mg/8h vo.

Si requiere curas de la herida puede ser remitida a C-ENF o IDona. En caso que la paciente lo prefiera, puede realizar las curas en su CAP de referencia.

#### 4.3. TRATAMIENTO DE LA MASTITIS PUERPERAL:

- Valoración de los criterios de ingreso
- Tratamiento sintomático y antiinflamatorio: Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de forma pautada y medidas físicas (frío local).
- Corregir la técnica de amamantamiento. Se debe insistir, en la importancia de **NO** interrumpir la lactancia materna y el correcto vaciado de la mama.
- **Tratamiento antibiótico:**
  - A. Pacientes SIN criterios de ingreso:
    - De elección: AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875mg/8h vo durante 5-7 días.
    - Alergia a penicilina: CLINDAMICINA 300 mg/8h vo durante 5-7 días.
  - B. Pacientes CON criterios de ingreso:
    - **AMOXICILINA CLAVULÁNICO ev 1 g/6 horas ev.**
    - Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 900 mg/8 horas ev.**

La paciente puede ser dada de alta si 48 horas afebril y presenta una buena evolución clínica. Al alta hospitalaria se completarán 7-10 días de tratamiento antibiótico oral (modificando la pauta según el resultado de los cultivos y antibiograma):

- De elección: AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875mg/8h vo.
- Alergia a penicilina: CLINDAMICINA 300-450mg/8h vo.
- **Desbridamiento quirúrgico.** Aproximadamente el 10 % de los cuadros de mastitis desarrollan un absceso. En estos casos, es necesario el drenaje completo de la colección purulenta. Por la coexistencia de celulitis prácticamente en la mayoría de pacientes se asociará el tratamiento antibiótico previamente descrito en el punto anterior.

- **Prevenció: Probióticos**

La administración de probióticos con *Lactobacillus* procedentes de la leche materna (*Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus salivarius*, *Lactobacillus gasseri*), han demostrado su eficacia en el tratamiento y en la prevención de la mastitis puerperal. Por tanto, puede recomendarse su administración. En el momento de la aprobación del presente protocolo el único probiótico comercializado con esta indicación es Lactanza® (1 cápsula al día durante toda la lactancia).

La mastitis recurrente es poco habitual. Puede deberse a un tratamiento incompleto y/o problemas con la lactancia y correcto vaciado de la mama. En los casos de recidiva en la misma localización y resistentes al tratamiento antibiótico sería necesario realizar el diagnóstico diferencial con un carcinoma de mama.

#### **4.4. TRATAMIENTO DE LA FIEBRE PUERPERAL DE ORIGEN DESCONOCIDO (incluye sedimento orina normal)**

A. Pacientes SIN criterios de ingreso hospitalario: se propondrá tratamiento antibiótico oral ambulatorio:

- De elección: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875 mg/8 h vía oral x 5-7 días.**
- Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 300 mg/8h vo+ CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo durante 5-7 días.**

Valorar la administración de la primera dosis de antibiótico vía endovenosa en urgencias.

En todos los casos se indicará una visita ambulatoria en OBSPUR en 3-5 días para informar sobre resultados de cultivos y valorar la evolución clínica.

B. Pacientes CON criterios de ingreso hospitalario:

- De elección: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 1 g/6 h ev.**
- Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 900 mg/8h ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev** (adaptar a 3-5 mg/Kg/día en caso de IMC extremos, >40).

##### **4.4.1. SEGUIMIENTO CLÍNICO:**

La paciente puede ser dada de alta si 48 horas afebril y presenta una buena evolución clínica. Al alta hospitalaria se completarán 7-10 días de tratamiento antibiótico oral (modificando la pauta según el resultado de los cultivos y antibiograma):

- De elección: **AMOXICILINA CLAVULÁNICO 875mg/8h vo**
- Alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 300 mg/8h vo + CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo.**

Para seguimiento y resultados de cultivos si no se dispone al alta, remitir a la paciente a visita ambulatoria (OBSPUR/OBS RISC MIG).

<b>Responsables del protocolo:</b> <b>Servicio de Medicina Maternofetal</b> <b>Servicio de Microbiología</b> <b>Servicio de Enfermedades Infecciosas</b> <b>Servicio de Farmacia</b>	S Ferrero, M López, T Cobo, M Palacio. J Bosch/A. Gene J Mensa/C. Fortuny G. López
<b>Fecha del protocolo y actualizaciones:</b>	02/07/08, 27/01/10
<b>Última actualización:</b>	<b>12.04.2016</b>
<b>Próxima actualización:</b>	Abril 2019
<b>Código Hospital Clínic:</b>	MMF-35-2008
<b>Código Sant Joan de Deu:</b>	

**Tabla 1. Tratamiento de la fiebre intraparto**

Situación paciente	1ª ELECCIÓN	ALERGIA PENI	DURACIÓN (revisar antibiograma)
<b>Gestante &lt;37 s.</b>	Ampicilina 2g/6h vev+ Gentamicina 80/8h vev. (si cesárea añadir Clindamicina 900/8h vev.)	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 80 mg/8h ev*	Tras 48h afebril: . Mejoría clínico-analítica y cultivos pendientes: Suspender
<b>Gestante ≥37s</b>	Amoxicilina-clavulánico 1g/6h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 80 mg/8h ev*	. Cultivos neg: Suspender . Cultivos placenta pos: Tto x 3-5 días
<b>Puérpera &lt;24h</b>	Amoxicilina-clavulánico 1g/6h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 240 mg/24h ev	. Hemocultivos pos; Tto x 7días

\*En el posparto la dosis de gentamicina puede modificarse a 240mg/24h ev.

**Tabla 3. Tratamiento de la fiebre puerperal**

ORIGEN	REGIMEN	1ª ELECCIÓN	ALERGIA PENI	AL ALTA (revisar antibiograma)
<b>ENDOMETRITIS</b>	Hospitalario	Ceftriaxona 1 g/ 12-24 h ev + Metronidazol 500 mg/ 12 h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 240 mg/24h ev	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo hasta 7-10d
		Azitromicina**	Azitromicina**	Alergia a penicilina: Clindamicina 300 mg/8h vo 7-10d
<b>INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA</b>	Ambulatorio	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo 5-7d	Clindamicina 300 mg/8h vo + Ciprofloxacino 500mg/12h vo 5-7 d.	
	Hospitalario	Amoxicilina-clavulánico 1g/6h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 240 mg/24h ev	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo hasta 7-10d  Alergia a penicilina: Clindamicina 300mg/8h vo hasta 7-10d
<b>MASTITIS PUERPERAL</b>	Ambulatorio	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo 5-7d	Clindamicina 300 mg/8h vo 5-7 d.	
	Hospitalario	Amoxicilina-clavulánico 1g/6h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo hasta 7-10d  Alergia a penicilina: Clindamicina 300mg/8h vo hasta 7-10d
<b>SIN FOCALIDAD</b>	Ambulatorio	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo 5-7d	Clindamicina 300 mg/8h vo + Ciprofloxacino 500mg/12h vo 5-7 d.	
	Hospitalario	Amoxicilina-clavulánico 1g/6h ev	Clindamicina 900 mg/8h ev + Gentamicina 240 mg/24h ev	Amoxicilina-clavulánico 875mg/8h vo hasta 7-10d  Alergia a penicilina: Clindamicina 300mg/8h vo + Ciprofloxacino 500mg/12h vo hasta 7-10d

\* Gentamicina: en caso de IMC extremos adaptar a 3-5mg/kg; \*\* Azitromicina: sólo si cultivo positivo para chlamydia.