

CORIOAMNIONITIS CLÍNICA

Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal.
Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. DEFINICIÓN

Definimos **corioamnionitis** como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.

Es causa importante de morbilidad materna y fetal, incluyendo el parto prematuro y la sepsis neonatal.

Clásicamente el diagnóstico de corioamnionitis es clínico y se basa, según los criterios expuestos por Gibbs en 1982, en la asociación de:

- 1.- Fiebre materna > 37.8° C
- 2.- y dos o más de los siguientes criterios clínicos menores:
 - 2.1 Taquicardia materna (>100 latidos/minuto).
 - 2.2 Taquicardia fetal (>160 latidos/minuto).
 - 2.3 Leucocitosis materna (>15000 leucocitos/mm³).
 - 2.4 Irritabilidad uterina (definida como dolor a la palpación abdominal y/o dinámica uterina)
 - 2.5 Leucorrea vaginal maloliente.

2. DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha clínica de infección y en ausencia de los criterios clásicos, para el diagnóstico de corioamnionitis recurriremos a las siguientes pruebas complementarias:

1. Hemograma y PCR. En la corioamnionitis generalmente existe leucocitosis con desviación a la izquierda (>15000 leucocitos, > 5% de bandas). La PCR suele estar elevada (>20 mg/l).
2. Hemocultivos si la temperatura materna es $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
3. NST: Puede aparecer un patrón no reactivo con taquicardia fetal >160 lpm y dinámica uterina irritativa que no responde a tocolíticos.
4. Perfil biofísico: suele estar alterado. Valorar:
 - ✓ ausencia de movimientos respiratorios
 - ✓ ausencia de movimientos fetales
 - ✓ ausencia de tono.
5. Amniocentesis: Si técnicamente es factible, en los casos de sospecha clínica de infección, el diagnóstico de corioamnionitis se confirmará con el estudio **bioquímico** (glucosa, leucocitos) y **microbiológico** (tinción de Gram, cultivos aerobios/anaerobios; cultivo de micoplasma) **de líquido amniótico**.

Para el diagnóstico de corioamnionitis, se deberán cumplir **AL MENOS UNO** de los siguientes criterios:

- 5.1 glucosa <14 mg/dl (S 85%, E 70%) y/o
- 5.2 leucocitos en líquido amniótico > 50cel/mm³ y/o
- 5.3 visualización de gérmenes en la tinción de Gram.

En casos seleccionados en los que técnicamente es difícil practicar una amniocentesis (ej. anhidramnios), el diagnóstico de corioamnionitis se basará en los criterios clásicos expuestos previamente y habiendo descartado otros focos de infección.

3. TRATAMIENTO

- Ante el diagnóstico de corioamnionitis, **se finalizará la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro** (ampicilina 2g/6h+gentamicina 80 mg/8h ev).
- En el caso concreto de debut de la corioamnionitis coincidiendo con tratamiento antimicrobiano con ampicilina 1g/6h + gentamicina 80 mg/8h en los últimos 15 días, se sustituirá éste por ampicilina 1g/6h+cefoxitina 2g/8 h ev.
- La vía del parto dependerá de la estática fetal y de la evolución del parto en caso de opción a parto vaginal. El diagnóstico de corioamnionitis **NO** es una indicación de finalización inmediata de la gestación sino que, si se prevee una buena evolución del parto, éste puede proseguir siempre que sea bajo cobertura antibiótica y sometiendo al feto a vigilancia continuada. **NO** es indicación de cesárea urgente, pero acorde a la literatura, **parece razonable que el lapso de tiempo no sea superior a 12 horas**.
- Evitar la fiebre intraparto. Ante pico febril $\geq 38^{\circ}\text{C}$ administrar antipiréticos endovenosos para evitar la hipertermia en el neonato.
- En caso de cesárea, tras el clampaje de cordón se añadirá al tratamiento antibiótico clindamicina 900 mg/8h ev para cubrir un posible foco abdominal.
- Tras el alumbramiento, se realizarán cultivos de la placenta (cara materna y fetal) y se enviará la placenta en formol a anatomía patológica para estudio histológico posterior.
- La antibioterapia endovenosa se mantendrá durante el puerperio inmediato hasta permanecer 48h afebril, suspendiendo posteriormente el tratamiento de forma definitiva.
- Consideraciones sobre los bloqueos neuroaxiales (epidural e intradural) en pacientes con corioamnionitis.

Las siguientes recomendaciones se refieren a bloqueos tanto con fines analgésicos como anestésicos:

- La decisión de realizar una técnica anestésica o analgésica regional (epidural o intradural) en una paciente febril (bacteriémica) o infectada, **debe valorarse de forma individual**, considerando otras alternativas analgésicas y anestésicas, los

beneficios de la anestesia regional y el riesgo de infección del SNC (que teóricamente existe en cualquier paciente con bacteriemia o inmunodeprimido).

- **NO se recomienda realizar un bloqueo neurológico central** en pacientes con una infección sistémica no tratada, ya que existe una asociación entre punción dural durante una bacteriemia y aparición de meningitis. **Podrá realizarse una punción dural de forma segura, siempre que se haya iniciado un tratamiento antibiótico apropiado** antes de la punción y la paciente haya demostrado respuesta a dicha terapia (por ejemplo disminución de la fiebre).
- La **cateterización epidural** en pacientes con una infección sistémica o local sigue siendo muy controvertida; no obstante, en las pacientes obstétricas y durante un periodo corto de tiempo, ha sido sugerido en varios estudios retrospectivos, **como una práctica muy probablemente segura. En todo caso realizar siempre bajo cobertura antibiótica.**

4. SITUACIONES ESPECIALES

SEROLOGÍAS MATERNAS DESCONOCIDAS O POSITIVAS

- Ante serologías desconocidas **y si la paciente no es de riesgo**: realizar el procedimiento y solicitar la extracción el mismo día para poder documentar el caso (verificar posteriormente el resultado).
- Ante serologías desconocidas **y si la paciente presenta factores de riesgo** (ADVP, pareja con infección conocida o mujer procedente de zonas de alta prevalencia), demorar el procedimiento hasta disponer de la información a menos que el balance riesgo-beneficio claramente lo indique.
- En caso de **positividad** conocida,
 - * Si la mujer está infectada por VHB o VHC: revalorar la necesidad de la información derivada del procedimiento y minimizar las repeticiones de procedimientos. Si es necesario, realizarlo.
 - * Si la mujer está infectada por VIH: si carga viral indetectable, realizar el procedimiento. Si detectable o no tratada: demorar el procedimiento y reevaluar junto con la Unitat d' Infeccions Perinatals.

El procedimiento ha de ser realizado por un especialista con experiencia para evitar intentos múltiples y evitar el paso transplacentario.

Responsables del protocolo: T.Cobo, A. Plaza, M. Palacio

Creación: 24/1/07

Actualizaciones: 05/09/07

Última actualización: 17/12/08