

PROTOCOLO:

SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS Y CORIOAMNIONITIS CLÍNICA

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

1. DEFINICIÓN CORIOAMNIONITIS CLÍNICA

Definimos **corioamnionitis clínica** 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, existe una repercusión materna 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. SOSPECHA DE CORIOAMNIONITIS

Ante esta sospecha clínica de corioamnionitis y cuando no se cumplen los criterios clásicos (com puede ser por ejemplo, falta la fiebre materna), para establecer 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. 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**.

Ante una sospecha clínica y signos incompletos, se tomarán las decisiones correspondientes a una corioamnionitis clínica si se cumple **AL MENOS UNO** de los siguientes criterios:

- glucosa < 5 mg/dl (si < 28 semanas) o glucosa < 14 mg/dl (si ≥ 28 setmanes)
- visualización de gérmenes en la tinción de Gram.

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. Realizar hemocultivos si la temperatura materna es $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

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 clínica o bien con sospecha y confirmación por las pruebas complementarias, en general **se finalizará la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro** (ampicilina 2g/6h+gentamicina 80 mg/8h ev+azitromicina 1g vo monodosis). Sin embargo, si no existe repercusión materna (no fiebre y buen estado general), puede considerarse la edad gestacional y el potencial germen para indicar una actitud más expectante. En caso de actitud expectante, NO se indicará tocolisis.
- En el caso concreto de debut de la corioamnionitis coincidiendo con tratamiento antimicrobiano con ampicilina 1g/6h ev + gentamicina 80 mg/8h ev + azitromicina 1g vo en los últimos 15 días, se sustituirá éste por ampicilina 1g/6h ev+cefoxitina 2g/8 h ev+ azitromicina 1g vo monodosis (la cefoxitina cubre EColi resistentes a gentamicina).
- 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 cesárea urgente** 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. Acorde a la literatura, **parece razonable que el lapso de tiempo hasta el parto 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 la madre y el feto.
- 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 realizaran 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.
- Recordar neuroprofilaxis si < 32 semanas y corticoides según protocolos específicos.

4. OTRAS CONSIDERACIONES

BLOQUEOS NEUROAXIALES (EPIDURAL E INTRADURAL) EN PACIENTES CON CORIOAMNIONITIS.

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

- 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. Por lo tanto, 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).
- 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).

CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA AMNIOCENTESIS

Previamente al procedimiento, debe conocerse el RhD y las serologías VIH, VHB (HbsAg), que se solicitarán de forma urgente en caso de ser desconocidas. El estudio serológico del VHC se solicitará solo en gestante de riesgo:

- antecedentes de uso de drogas, transfusión o transplante
- infección por VIH o VHB
- pareja infectada por VHC
- hipertransaminasemia crónica
- portadora de tatuajes
- piercings realizados con material no estéril o de un sólo uso.

En general, es preferible evitar una punción transplacentaria siempre que haya un acceso no transplacentario factible. Se debe evitar en gestaciones con serologías positivas para VIH, VHB, VHC y en la isoimmunización.

En caso de infección materna por VIH, VHB o VHC, se remite al protocolo específico para la realización de procedimiento invasivo, pero aquí se resumen las principales peculiaridades:

Deberá valorarse el riesgo-beneficio de la amniocentesis diagnóstica para valoración de infección intraamniótica. Puede limitarse a casos con sospecha clínica de infección intraamniótica. Si se considera indicado realizarla, debe **evitarse el paso transplacentario en caso de infección por VIH, VHB o VHC:**

- VIH positivo: Realizar el procedimiento bajo **HAART** e, idealmente, con una **CV indetectable**. En caso de infección por VIH no tratada o carga viral detectable, intentar demorar el procedimiento y reevaluar junto con la Unitat d'Infeccions Perinatals. En caso de no poder demorarla, iniciar protocolo de zidovudina ev y valorar inicio urgente de tratamiento antirretroviral combinado.
- VHB positivo: En caso de HBeAg, carga viral positiva (DNA VHB), en punción transplacentaria inevitable o amniocentesis de tercer trimestre, se administrará inmunoglobulina específica VHB post-procedimiento (600UI i.m. dosis única antes de 24 horas).
- VHC positivo: El riesgo de transmisión vertical del VHC a través de una amniocentesis ha sido muy escasamente evaluado. Si es posible, disponer de RNA-VHC antes del procedimiento.

Responsables del protocolo: M. Palacio, T.Cobo, A. Plaza,
Creación: 24/1/07

Actualizaciones: 05/09/07, 17/12/08

Última actualización: 01/07/12