



CORIOAMNIONITIS

Definición: (CIE 10: 41.1)

Infección de las membranas, la decidua y/o el líquido amniótico que determina manifestaciones clínico-analíticas en la madre y/o el feto.

La infección intraamniótica está asociada con 20 a 40% de casos de sepsis neonatal temprana y neumonía. Además una respuesta inmunológica fetal exagerada a la IIA está asociada a parálisis cerebral.

Incidencia de Mujeres con REM

Pretérmino:

- Menos de 27 S: 41%
- 28-36 S: 15%

“La infección intraamniótica se asocia con un 1/3 de los partos pretérmino con bolsa íntegra”

Término: 2-4%

Factores de riesgo

- Nuliparidad
- Inicio espontáneo del parto
- Duración del trabajo de parto y tiempo de ruptura de bolsa (previo al inicio del trabajo de parto)
- Cultivo SGB positivo.
- Tactos vaginales: no parece ser factor independiente (sobre todo con bolsa íntegra).
- Líquido amniótico teñido.
- Monitoreo fetal o uterino interno.
- Multiparidad: bajo riesgo.

Microbiología

- Polimicrobiana
- Colonización ascendente
- Infección
- Mycoplasmas: presentes en más del 70% de los casos. Son más frecuentes, independiente de la edad gestacional.
- Anaerobios.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital “La Inmaculada” & Distrito A. P. “Levante Alto Almanzora”

Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERIA)
Teléfono: 950 02 90 00





- Bacilos entéricos Gram negativos.
- Streptococcus agalactiae, grupo B.

IIA: Presentacion clínica y Diagnóstico

- El diagnóstico es clínico, basado en criterios Gibbs (1982).
- Asociación de fiebre materna mayor o igual a 38°C, con 2 o más de estos criterios:
- Taquicardia materna (>100 lpm)
- Taquicardia fetal (>160 lpm)
- Leucocitosis materna (>15.000 leucocitos con desviación a la izquierda)
- Irritabilidad uterina.
- Leucorrea vaginal maloliente.
- Fiebre y taquicardia materna + leucocitosis están altamente asociados a morbilidad materna y neonatal, en embarazos pretérmino

Diagnósticos Diferenciales:

- Parto (leucocitosis, taquicardia, fiebre-epidural).
- Abruption placentario (taquicardia, irritabilidad uterina)
- Otras infecciones.

Infección intraamniótica subclínica

- Sospecha en ausencia de signos clínicos típicos (parto pretérmino o REM)
- Se puede recurrir a una variedad de pruebas biofísicas, séricas y/o amnióticas:

Amniocentesis

- Gold Standard- Cultivo
- Tinción de Gram (Mycoplasma negativo)
- Concentración de glucosa <15mg/dl.
- Conteo de glóbulos blancos >30 células/mm³.



- Actividad de esterasa leucocitaria.
- Medición de citocinas IL-6
- En pacientes con parto pretérmino, la combinación de: tinción de Gram, actividad de esterasa, concentración de glucosa y conteo de glóbulos blancos, tiene una sensibilidad del 90% y especificidad del 80%, predictiva de un cultivo de líquido amniótico positivo.
- Amenaza de parto prematuro: Falsos positivos 67%.
- **PCR:** suele estar elevada >2mg/dl. No es útil en casos precoces.
- **Hemocultivo:** si temperatura materna mayor o igual a 38.5°C.
- **Registro cardiotocográfico:** patrones no reactivos con taquicardia fetal.
- **Perfil biofísico:** suele estar alterado

Corioamnionitis histológica

- Respuestas inmunes maternas y fetales; pueden ser resultado de injurias, no infecciosas (hipoxia, trauma, meconio, alergenios).
- Está presente en 60 a 80% de placentas de partos <28 semanas; 40 a 50%, de 29-34 semanas y 5 a 30%, más de 34 semanas.
- La frecuencia de corioamnionitis histológica es 2 a 3 veces mayor que la incidencia de infección clínica con cultivo positivo.
- Cultivos negativos en presencia de inflamación histológica puede ser debido a técnicas defectuosas o Mycoplasma sp.

Complicaciones maternas

- Shock séptico, Coagulopatías, Distress respiratorio (menos frecuentes).
- Anormalidades en el parto (+ frecuentes).
- Cesárea + complicaciones postquirúrgicas (endometritis, absceso, infección, tromboembolismo).
- Atonía uterina.
- Hemorragia postparto.
- Bacteriemia: ocurre en 5-10% de los casos, más frecuentemente asociada a SGB (18%) y E. coli (15%).



- La fiebre intraparto, con o sin infección, está asociada con partos difíciles y cesárea.

Tratamiento

- Terminación inmediata del embarazo (no urgente). ATB: **Ampicilina 2 gr IV c/6h + Gentamicina 5mgxKg IV/día** (No está indicado monitoreo de Gentamicina en mujer sana con corioamnionitis)
- En caso de alergia a Penicilina: Clindamicina 2700mg IV c/24hs (o Vancomicina 1 gr IV c/12hs; o Metronidazol 500mg IV c/8h). + Gentamicina.
- **En caso de cesárea: añadir clindamicina 2700 mg/iv al pinzar cordón.** Si ya realiza tto con clindamicina, no hace falta añadirlo.

Duración del tratamiento

- La evidencia es concluyente:
 - a) se ha demostrado que una dosis de antibiótico postparto ofrece iguales resultados que con terapias largas, por tanto **con una dosis única en el postparto es suficiente.**
 - b) hasta 24 horas después de estar asintomática (aumento de la prevalencia de fiebre persistente en caso de cesárea)
 - c) No hay evidencia de que la antibiotioterapia oral sea necesaria al suspender la intravenosa.

Corticoides

- Uso de corticoides: No hay evidencia que empeore el cuadro de IIA, en caso de recibir la terapia antibiótica adecuada. Se recomienda , según pauta habitual hasta la 32 semanas.

Tiempo y ruta del parto

- **La terapia antibiótica provee concentraciones bactericidas al feto, entre media hora y una hora después de la infusión IV.**
- El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la IIA hasta el momento del parto no se relaciona significativamente con mal pronóstico materno o fetal.
- **Cesárea según indicaciones obstétricas.**
- Mantener monitoreo fetal permanente.
- La taquicardia fetal está presente en IIA y sola, no tiene valor predictivo de acidosis fetal.

Complicaciones fetales y neonatales

- Neumonía, meningitis, sepsis. La morbilidad y mortalidad neonatal parece estar relacionada inversamente



proporcional a la edad gestacional, en el momento del parto.

- Retardo mental
- Parálisis cerebral (>riesgo). Se incrementa el riesgo 2,6 veces más en neonatos con peso menor de 2500gr.
- Distress respiratorio (requerimiento de ventilación mecánica).
- APGAR < 3, a los 5 minutos de vida.

La combinación de fiebre materna y acidosis fetal, aumenta el riesgo de encefalopatía neonatal en 12.5%. Ambos factores parecen tener un efecto independiente, justificando así el uso de antipiréticos.

PROTOCOLO

1. Hemograma + PCR
2. Hemocultivo si temperatura materna mayor o igual a 38°C.
3. Monitoreo fetal a partir de 24 semanas de gestación.
4. Ecografía obstétrica-Perfil biofísico (ausencia de movimientos respiratorios, fetales y de tono.
5. Amniocentesis: casos seleccionados.
6. Antibioticoterapia.
7. Antipiréticos.
8. Considerar terminación de gestación al descartar otras patologías o sospecha firme de IIA:
 - Menos de 26 semanas: inducción.
 - 26-34 semanas: maduración pulmonar, inducción.
 - Más de 34 semanas, terminar embarazo dentro de las 6 horas posteriores al diagnóstico.
9. Alta: asintomática + normalización de parámetros de laboratorio.
10. La amnioinfusión no disminuye la tasa de complicaciones de IIA.
11. **En caso de cesárea: Preferir incisión longitudinal infraumbilical.** Protección de pared abdominal. Mantener posición de Fowler. Lavado de cavidad peritoneal. Suturas a puntos separados.

Tratamiento antibiotico

- Terminación inmediata del embarazo (no urgente). ATB: Ampicilina 2 gr. IV c/6h + Gentamicina 5mgxKg IV/día (No está indicado monitoreo de Gentamicina en mujer sana con corioamnionitis)
- En caso de alergia a Penicilina: Clindamicina 2700mg IV c/24hs (o Vancomicina 1 gr IV c/12hs; o Metronidazol 500mg IV c/8h). + Gentamicina.



- En caso de cesárea: añadir Clindamicina 2700 mg/iv al pinzar cordón. Si ya realiza tto con Clindamicina, no hace falta añadir.

- **Duración del tratamiento**

Poner una sola dosis después de parto vaginal y cesárea sin alto riesgo de Infección de ampicilina y gentamicina, cuando corresponda.

En caso de Cesáreas con alto riesgo de Infección (gestante con IMC > 30 o bolsa rota mas de 24 horas),
antibioterapia 48 horas (ampicilina, gentamicina (dos dosis mas) y clindamicina (dos dosis mas))

Corticoides

Corticoides: según pauta habitual hasta la 32 semanas.

Tiempo y ruta del parto

Cesárea según indicaciones obstétricas.

Fiebre después de finalizar el tratamiento o reingreso

:Ampicilina 2 gr. IV c/6h + Gentamicina 5mgxKg IV/día + Metronidazol 500 mg/iv/8 horas.