

COMPLICACIÓN DE LA RPM: CORIOAMNIONITIS

AUTORES: Muñoz Naranjo, C., Ortuno Velasco, A., Cano Lara, R.

SATSE

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis se caracteriza por infección e inflamación de las estructuras intrauterinas. Es una complicación común después de la RPM y se asocia con consecuencias maternas, fetales y neonatales potencialmente graves. El tratamiento implica, tanto, terapia con antibióticos, como un parto rápido.

La corioamnionitis (inflamación corion y amnios), es un marcador de infección, aunque puede ocurrir en ausencia de esta.

Complica entre el 2-11% de los embarazos y en el 5% de estos, el feto se encuentra infectado y es más frecuente en partos pretérmino. La incidencia es más común en embarazos prematuros: 40% entre 24-28 SG, 30% entre 28-32 SG, 20% entre 30-36SG y 10% en >37SG.

El diagnóstico se ha basado en los criterios de Gibbs y cols. (1982). Algunos, son inespecíficos y pueden deberse a otras infecciones o afecciones, por lo que se propone que se reemplace el término corioamnionitis clínica por el de inflamación e infección intrauterina (Triple I).

MATERIAL Y MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- Scielo
- Cochrane Library
- UpToDate

- Palabras clave (DeCS): <corioamnionitis>, <rotura prematura de membranas fetales>, <trabajo de parto prematuro>, <inflamación>, <útero> y <membranas fetales>.

- Operadores Booleanos: AND y OR.

- Antigüedad 2018-2023 (Español e Inglés)

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer la evidencia actual sobre la corioamnionitis y su diagnóstico, manejo y tratamiento.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Conocer la situación actual de la corioamnionitis y su influencia en la salud materna y fetal.
- Describir las evidencias y novedades más relevantes publicadas en la actualidad sobre la corioamnionitis.
- Relacionar los aspectos más relevantes sobre el manejo y tratamiento en la actualidad.
- Analizar el papel de la matrona en el manejo de la misma

RESULTADOS



CONCEPTO, INCIDENCIA, ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO

- **CORIOAMNIONITIS CLÍNICA:** infección que se define mediante los criterios de Gibbs y cols. Y que cursa con alteraciones analíticas y afectaciones maternas y fetales.
- **INCIDENCIA:** afección común especialmente después de la RPM. (2-11% de los embarazos (mayor en prematuros)).
- **ETIOPATOGENIA:** vía hemática (proveniente de otro foco o por sepsis materna), por contigüidad (peritonitis) o por complicación de procedimientos invasivos (amniotomía, etc.)
- **FACTORES DE RIESGO:** principalmente una larga duración del parto y la RPM. (Otros: múltiples tactos vaginales, tiempo prologado de RPM, inserción de electrodos internos...)



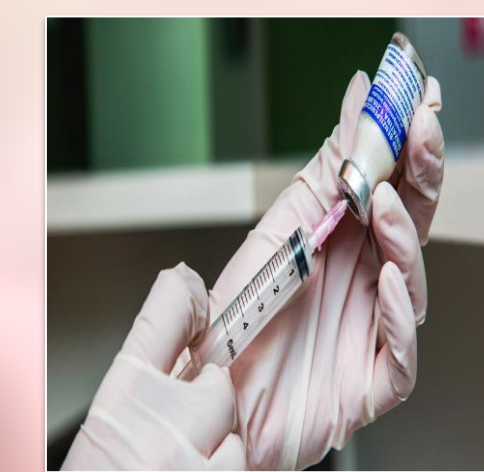
PREVENCIÓN

- **ESTRATEGIA PRIMORDIAL:** administración de **antibióticos a las gestantes con RPM**, especialmente a las pretérmino.
- **ACTUAR SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES:** tabaco, alcohol, factores dietéticos, disminución de tactos vaginales, uso de antibióticos profilácticos en gestantes con colonización por estreptococo del grupo B, etc.



DIAGNÓSTICO

- **CRITERIOS DE GIBBS:**
- Fiebre materna > 38 °C (se requiere).
+
- Taquicardia fetal, leucocitosis o flujo cervical purulento (presencia de, al menos, uno).
+
- Visualización de gérmenes en LA (tinción de Gram), glucosa baja en LA o cultivo positivo de LA (presencia de, al menos, uno).



MANEJO

- **ANTITÉRMICOS:** paracetamol 1g/8h.
- **ANTIBIOTERAPIA:** amplio espectro hasta el diagnóstico de confirmación + antibiograma.
- **MADURACIÓN PULMONAR FETAL:** con corticoides.
- **NEUROPROTECCIÓN:** sulfato de magnesio si <32 SG.
- **CONTRAINDICADA TOCOLISIS.**
- **MONITORIZACIÓN FETAL CONTINUA.**
- **FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN:** ante la confirmación.
- **EPIDURAL E INTRADURAL:** no contraindicadas.
- **MANEJO POSTPARTO:** mantener tratamiento antibiótico hasta 48h sin fiebre.

CONCLUSIONES

La corioamnionitis es una complicación común, especialmente después de la RPM. Tiene una prevalencia de entre 1-2% de las gestaciones a término y entre el 5-11% de las pretérmino.

Es causa importante de morbilidad a nivel materno y fetal.

El tratamiento debe incluir antibióticos combinados y de amplio espectro y se debe finalizar la gestación independientemente de la edad gestacional, cuando se confirme el diagnóstico.

Las medidas preventivas, especialmente la antibioterapia profiláctica en gestantes con RPM y EGB +, reduce la incidencia, aumenta el tiempo de latencia hasta el parto y mejora el pronóstico y resultados en el RN y la madre.

BIBLIOGRAFÍA



SCAN ME