

Manejo de la corioamnionitis clínica: un enfoque basado en la evidencia

Agustín Conde-Agudelo¹, Roberto Romero², Eun Jung Jung¹, Ángel José García Sánchez³

PMID: 33007269

PMCID: PMC8315154 (disponible en 2021-12-01)

DOI: [10.1016 / j.ajog.2020.09.044](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.044)

RESUMEN

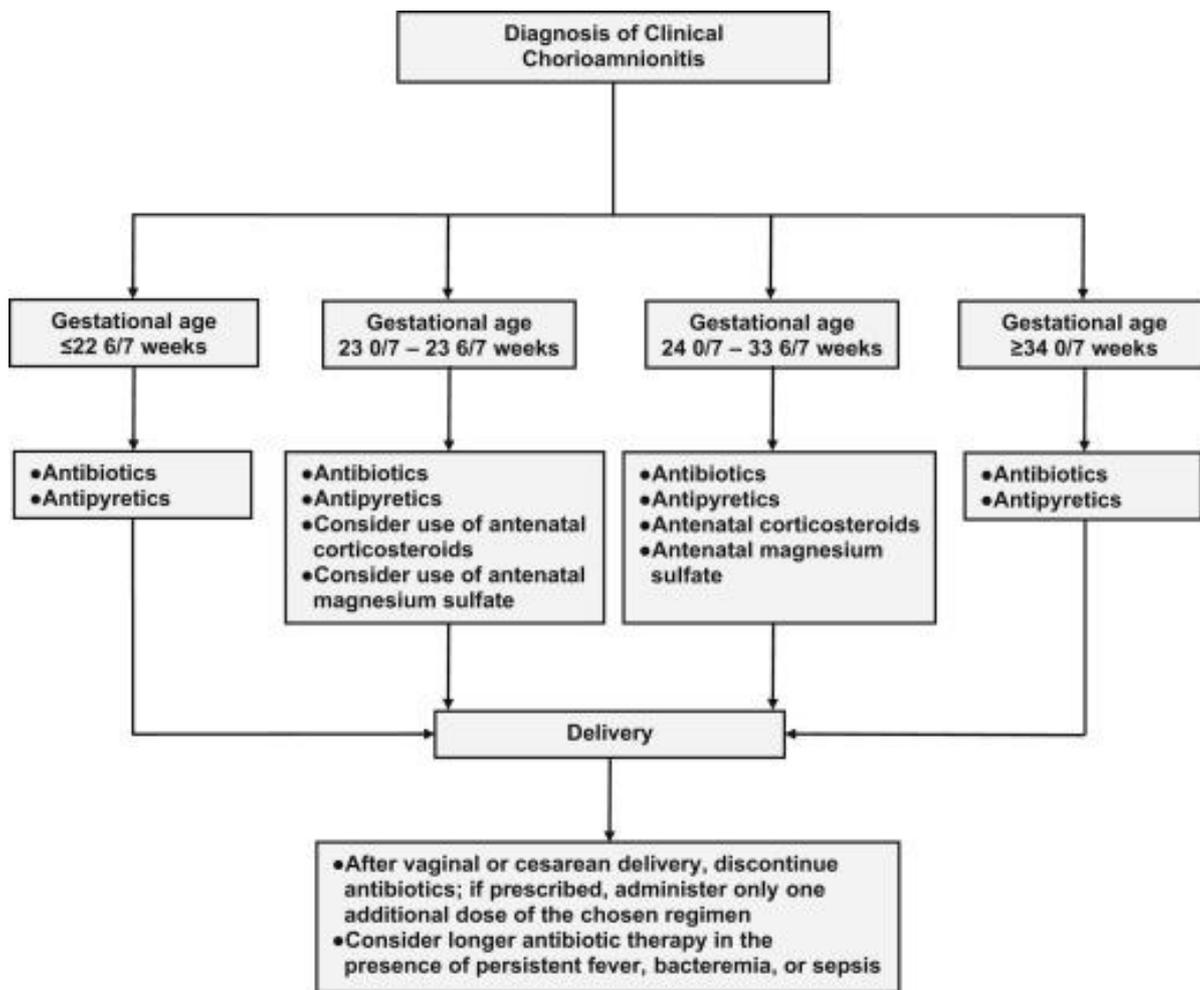
Esta revisión tuvo como objetivo examinar la evidencia existente sobre las intervenciones propuestas para el tratamiento de la corioamnionitis clínica, con el objetivo de desarrollar un enfoque contemporáneo basado en la evidencia para el tratamiento de esta afección. La mayoría de los ensayos que evaluaron el uso de antibióticos en la corioamnionitis clínica incluyeron pacientes con una edad gestacional de ≥ 34 semanas y en trabajo de parto.

El régimen antimicrobiano de primera línea para el tratamiento de la corioamnionitis clínica es la ampicilina combinada con gentamicina, que debe iniciarse durante el período intraparto. En el caso de un parto por cesárea, las pacientes deben recibir clindamicina en el momento del pinzamiento del cordón umbilical. La administración de terapia antibiótica adicional no parece ser necesaria después de un parto vaginal o por cesárea. Sin embargo, si se prescriben antibióticos posteriores al parto, existe apoyo para la administración de una dosis adicional. Los pacientes pueden recibir agentes antipiréticos, principalmente acetaminofén, aunque no hay evidencia clara de sus beneficios. La evidencia actual sugiere que la administración de corticosteroides prenatales para la maduración pulmonar fetal y de sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal a pacientes con corioamnionitis clínica entre las 24 0/7 y las 33 6/7 semanas de gestación, y posiblemente entre las 23 0/7 y las 23 6 / 7 semanas de gestación, tiene un efecto beneficioso general sobre el lactante. Sin embargo, el parto no debe demorarse para completar el ciclo completo de corticosteroides y sulfato de magnesio.

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de corioamnionitis clínica, se debe considerar el parto, independientemente de la edad gestacional. El parto vaginal es la opción más segura y el parto por cesárea debe reservarse para las indicaciones obstétricas estándar. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de corioamnionitis clínica y el parto no está relacionado con la mayoría de los resultados maternos y neonatales adversos.

Los pacientes pueden requerir una dosis más alta de oxitocina para lograr una actividad uterina adecuada o una mayor actividad uterina para efectuar un cambio dado en la dilatación cervical. El beneficio de utilizar la monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal en estos pacientes no está claro. Identificamos las siguientes intervenciones prometedoras para el tratamiento de la corioamnionitis clínica: (1) un régimen de antibióticos que incluye ceftriaxona, claritromicina y metronidazol que brinda cobertura contra los microorganismos más comúnmente identificados en pacientes con corioamnionitis clínica; (2) limpieza vaginal con soluciones antisépticas antes del parto por cesárea con el objetivo de disminuir el riesgo de endometritis y, posiblemente, infección posoperatoria de la herida; y (3) administración prenatal de N-acetilcisteína, un agente antioxidante y antiinflamatorio, para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. Se necesitan ensayos controlados aleatorios de buena potencia para evaluar estas intervenciones en pacientes con corioamnionitis clínica.

Palabras clave : N-acetilcisteína; patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal; progresión anormal del trabajo de parto; resultados maternos adversos; resultados neonatales adversos; corticosteroides prenatales; antibióticos agentes antipiréticos; parálisis cerebral; parto por cesárea; monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca fetal; fiebre; infección intraamniótica; inflamación intraamniótica; sulfato de magnesio; manejo del trabajo; infección materna; sepsis neonatal; neuroprotección; hemorragia post parto; trabajo de parto prolongado; limpieza vaginal.



Declaracion de conflicto de interes

Divulgación: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31167-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31167-4/fulltext)