



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

Agustín Conde-Agudelo MD, MPH, PhD^{ab}Roberto Romero MD, DMedSci^{a c d e f g}
Eun Jung Jung MD^{ab}Dr. Ángel José García Sánchez^h

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.044>

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 caso de 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 del parto vaginal o por cesárea. Sin embargo, si se prescriben antibióticos posparto, hay apoyo para la administración de una dosis adicional. Los pacientes pueden recibir agentes antipiréticos, principalmente paracetamol, 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 24 0/7 y 33 6/7 semanas de gestación, y posiblemente entre 23 0/7 y 23 6/7 semanas de gestación, tiene un efecto beneficioso general sobre el bebé.

Sin embargo, el parto no debe retrasarse para completar el curso completo de corticosteroides y sulfato de magnesio. Una vez 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 la 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 lograr un cambio determinado 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 proporciona cobertura contra los microorganismos identificados con mayor frecuencia 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 de la herida posoperatoria; y
- (3) administración prenatal de N-acetilcisteína, un agente antioxidante y antiinflamatorio, para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. Se necesitan ensayos controlados aleatorios con un poder estadístico adecuado para evaluar estas intervenciones en pacientes con corioamnionitis clínica.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937820311674>

2022, Revista de investigación en obstetricia y ginecología

Los autores no reportan conflicto de intereses.

Esta investigación fue financiada, en parte, por Perinatology Research Branch, Division of Obstetrics and Maternal-Fetal Medicine, Division of Intramural Research, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, US Department of Health and Servicios Humanos (NICHD/NIH/DHHS); y, en parte, por los fondos federales de NICHD/NIH/DHHS bajo el número de contrato HHSN275201300006C.

RR ha contribuido a este trabajo como parte de sus deberes oficiales como empleado del Gobierno Federal de los Estados Unidos.

El financiador no tuvo ningún papel en el diseño o la realización del estudio; recopilación, gestión, análisis o interpretación de los datos; preparación, revisión o aprobación del manuscrito; o la decisión de enviar el manuscrito para su publicación.