



DOI: 10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.778-787

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1065>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 778-787





Sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madres con corioamnionitis

Early neonatal sepsis in newborns of mothers with chorioamnionitis

Sepsis neonatal precoce em recém-nascidos de mães com corioamnionite

Orlando Alexander Macias Caiser¹; Pablo Sebastián Valero Peñafiel²; Adriana Steffanie Toapanta González³; Brenda Griselda Ulloa Toledo⁴; Jessenia Paola Ochoa Bustamante⁵

RECIBIDO: 03/01/2022 **ACEPTADO:** 22/01/2023 **PUBLICADO:** 15/03/2023

1. Obstetra; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; alecsander_9@outlook.com; <https://orcid.org/0009-0002-8922-9524>
2. Médico; Magíster en Educación Mención en Pedagogía; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; drpablocri@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-4542-6892>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; adriana-toapanta@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0007-4332-6341>
4. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; brulloat78@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2714-0399>
5. Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales; Magíster en Educación Mención en Innovaciones Pedagógicas; Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Obstetra; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; pao_ochoab@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2069-0371>

CORRESPONDENCIA

Orlando Alexander Macias Caiser

alecsander_9@outlook.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La sepsis neonatal es una de las complicaciones del recién nacido en sus primeros días de vida y está asociada a una gran morbilidad y mortalidad, se puede presentar como un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o como resultado de infección probada o sospechada y según la edad de presentación puede ser clasificada de manera arbitraria en sepsis temprana, si aparece en los primeros 3 días de vida. La infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica. La corioamnionitis clínica complica entre el 2 y el 11% de todos los embarazos y en aproximadamente el 5% de los casos el feto está infectado; es mucho más común en los partos prematuros. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Es clave y de gran importancia la detección temprana de una gestante con corioamnionitis, ya que esta complicación tiene impactos negativos en los períodos prenatal, postnatal y en la infancia, ya que existe relación entre esta patología y lesiones en el sistema nervioso central. La bibliografía consultada concluye que la corioamnionitis es la causante de la sepsis neonatal temprana, su manejo es amplio, en primera instancia fármacos para controlar la fiebre y luego un universo de antibióticos que deben cubrir gérmenes aerobios y anaerobios, gram positivos y gram negativos y que pueden ser utilizados y ampliamente aceptados; ya que el uso de antibiótico disminuye la tasa de infección fetal y de endometritis posparto, así como la interrupción del embarazo de ser necesaria, ya que como se ha podido observar dentro de la presente investigación esta patología al ocasionar una sepsis al feto puede ocasionar la muerte de ambos, sin embargo, se considera que la vía de parto es la vaginal si no existen indicaciones obstétricas que lo contraindiquen.

Palabras clave: Sepsis, Neonatal, Feto, Corioamnionitis, Intraamniótica.

ABSTRACT

Neonatal sepsis is one of the complications of the newborn in its first days of life and is associated with high morbidity and mortality, it can present as a systemic inflammatory response syndrome (SIRS) or as a result of proven or suspected infection and depending on the age of presentation can be classified arbitrarily in early sepsis, if it appears in the first 3 days of life, intra-amniotic infection is defined as the presence of a positive culture in amniotic fluid obtained by amniocentesis, and is called chorioamnionitis or ovular infection clinical response to the presence of symptoms in a patient with an intra-amniotic infection. Clinical chorioamnionitis complicates between 2 and 11% of all pregnancies, and in approximately 5% of cases the fetus is infected; it is much more common in preterm births. The methodology used for this research work is part of a documentary bibliographic review. The data collection technique is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, Science Direct, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Early detection of a pregnant woman with chorioamnionitis is key and very important, since this complication has negative impacts on the prenatal, postnatal and childhood periods, since there is a relationship between this pathology and lesions in the central nervous system. The consulted bibliography concludes that chorioamnionitis is the cause of early neonatal sepsis, its management is extensive, in the first instance drugs to control fever and then a universe of antibiotics that must cover aerobic and anaerobic germs, gram positive and gram negative and that can be used and widely accepted, since the use of antibiotics decreases the rate of fetal infection and postpartum endometritis, as well as the interruption of pregnancy if necessary, since as it has been observed in the present investigation, this pathology causes sepsis to the fetus can cause the death of both, however it is considered that the delivery route is vaginal if there are no obstetric indications that contraindicate it.

Keywords: Sepsis, Neonatal, Fetus, Chorioamnionitis, Intraamniotic.

RESUMO

A sepsis neonatal é uma das complicações do recém-nascido nos seus primeiros dias de vida e está associada a uma elevada morbilidade e mortalidade, pode apresentar-se como uma síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS) ou como resultado de infecção comprovada ou suspeita e, dependendo da idade de apresentação, pode ser classificada arbitrariamente na sepsis precoce, se aparecer nos primeiros 3 dias de vida, a infecção intra-amniótica é definida como a presença de uma cultura positiva no líquido amniótico obtido por amniocentese, e chama-se corioamnionite ou resposta clínica de infecção ovular à presença de sintomas num doente com uma infecção intra-amniótica. A corioamnionite clínica complica entre 2 a 11% de todas as gravidezes, e em aproximadamente 5% dos casos o feto está infectado; é muito mais comum em partos prematuros. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica documental. A técnica de recolha de dados é composta por materiais electrónicos, estes últimos como Google Scholar, PubMed, Science Direct, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A detecção precoce de uma mulher grávida com corioamnionite é fundamental e muito importante, uma vez que esta complicação tem impactos negativos nos períodos pré-natal, pós-natal e infantil, uma vez que existe uma relação entre esta patologia e as lesões do sistema nervoso central. A bibliografia consultada conclui que a corioamnionite é a causa da sepsis neonatal precoce, a sua gestão é extensa, em primeiro lugar medicamentos para controlar a febre e depois um universo de antibióticos que deve abranger germes aeróbicos e anaeróbicos, gram positivos e gram negativos e que podem ser utilizados e amplamente aceites, uma vez que o uso de antibióticos diminui a taxa de infecção fetal e endometrite pós-parto, bem como a interrupção da gravidez, se necessário, uma vez que, como foi observado na presente investigação, esta patologia causa septicemia ao feto pode causar a morte de ambos, no entanto considera-se que a via de parto é vaginal se não houver indicações obstétricas que a contra-indicem.

Palavras-chave: Sepsis, Neonatal, Feto, Corioamnionite, Intraamniótico.

Introducción

La sepsis neonatal es una de las complicaciones del recién nacido en sus primeros días de vida y está asociada a una gran morbilidad y mortalidad; las tasas de estos indicadores son altas en los países en desarrollo. En África, la mortalidad neonatal representa alrededor del 40% de la mortalidad de los menores de cinco años, y la sepsis representa alrededor del 30-35% de las muertes neonatales sólo precedidas por la prematuridad y sus complicaciones. La sepsis neonatal tiene una incidencia variable, específicamente puede variar entre 49 y 170 por cada 1000 nacimientos vivos en países en desarrollo. (Cabrera Cueva, 2021)

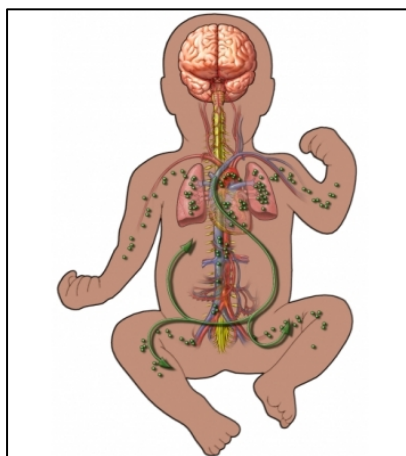


Figura 1: Propagación de una sepsis neonatal

Fuente: Adaptado de Septicemia neonatal, por Rackliffe Lucey, 2012, wnyurology (<https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=121229>)

Se puede presentar como un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o como resultado de infección probada o sospechada y según la edad de presentación puede ser clasificada de manera arbitraria en sepsis temprana, si aparece en los primeros 3 días de vida (para algunos autores hasta los 7 días de vida), que es debida generalmente a microorganismos adquiridos de vía materna y sepsis tardía, la cual se

presenta después de los 3 días de vida extrauterina y es causada frecuentemente por microorganismos adquiridos después del nacimiento; esta última puede ser de adquisición nosocomial o de la comunidad. (Parillo Condori, 2020)

Actualmente, la infección intraamniótica se define como la presencia de un cultivo positivo en líquido amniótico obtenido por amniocentesis, y se denomina corioamnionitis o infección ovular clínica a la presencia de síntomas en una paciente que tiene una infección intraamniótica. La corioamnionitis clínica complica entre el 2 y el 11% de todos los embarazos y en aproximadamente el 5% de los casos el feto está infectado; es mucho más común en los partos prematuros. Las infecciones neonatales provocan alrededor de 1.6 millones de muertes neonatales, en su mayoría debido a sepsis y meningitis. (Jácobo Aquino, 2016)

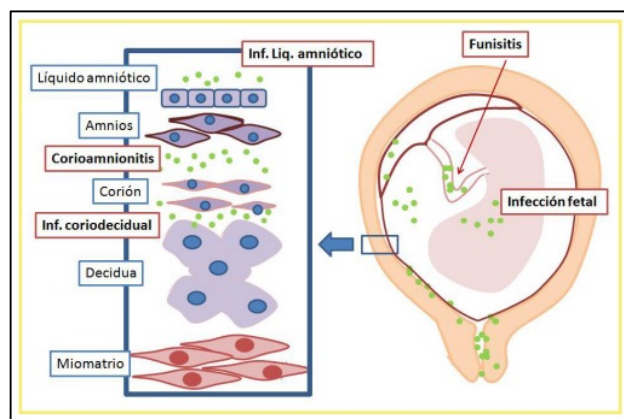


Figura 2: Vías de infección intraamniótica

Fuente: Adaptado de Corioamnionitis, por Müller Ángel & Bracho C, n.d, Obstetricia integral Siglo XXI.

La corioamnionitis (CA) es una condición caracterizada por la inflamación de las membranas y corion de la placenta; implica presencia de respuesta inflamatoria, y no siempre está asociada a infección. Por ese motivo los expertos actualmente prefieren que se emplee el término triple I (Infección, inflamación, intraamniótica). Además, como

también puede comprometer el amnios, el feto, y el cordón umbilical, esta denominación parece más apropiada. (Godoy Torales et al., 2020)

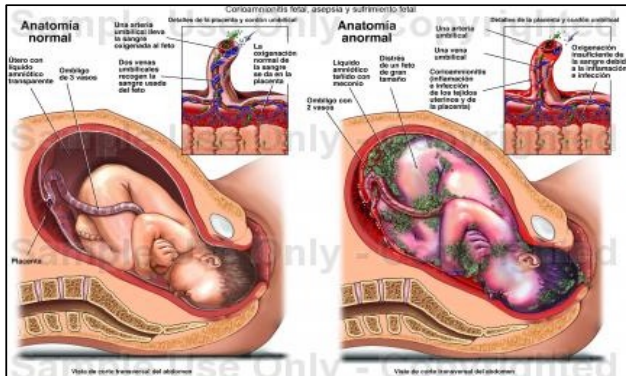


Figura 3: Corioamnionitis fetal, asepsia y sufrimiento fetal

Fuente: Adaptado de Corioamnionitis, por Corio, 2010, corio2010.blogspot.com (<http://corio2010.blogspot.com/2010/06/corioamnionitis.html>)

Entre los microorganismos más frecuentemente aislados en mujeres con corioamnionitis se encuentran: *Ureaplasma sp*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus grupo B*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, además de bacterias anaerobias, como *Bacteroides fragilis*. (Romero Maldonado et al., 2013)

El cuadro clínico de corioamnionitis comprende las siguientes complicaciones maternas: fiebre materna, taquicardia materna, hipersensibilidad uterina, líquido amniótico fétido o purulento. Entre las complicaciones neonatales se citan: prematuridad, taquicardia fetal, sepsis neonatal, choque séptico, alteraciones del neurodesarrollo, síndrome de dificultad respiratoria y mortinato. La incidencia de corioamnionitis disminuye a medida que avanza la gestación, teniendo más concurrencia en embarazos prematuros. Ocurre hasta en un 80% en los embarazos de menos de 28 semanas de gestación. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madres con corioamnionitis. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Clasificación de la sepsis neonatal

- **Sepsis neonatal temprana:** Se presenta en las primeras 72 horas de nacido. Por lo general, es adquirida de la madre por transmisión vertical, es decir, antes y durante el momento del parto. Algunos autores consideran sepsis neonatal temprana cuando los síntomas se presentan en los primeros 7 días y solo en los neonatos con peso menor a 1500g, limitan este concepto a aquellas infecciones que se presentan en los primeros 3 días de nacido.
- **Sepsis neonatal tardía:** El microorganismo se incuba luego de los primeros 3 días de vida, refleja inoculación horizontal de la comunidad o dentro del hospital (como las infecciones urinarias hospitalarias). (Salazar Leyva, 2019)

Síntomas de la sepsis neonatal

Los síntomas son inespecíficos, abruptos y variados.

- **Generales:** Inestabilidad térmica, poco apetito, edema.
- **Aparato digestivo:** Distensión del abdomen, vómitos, diarrea, hepatomegalia.

- **Aparato respiratorio:** Apnea, disnea, taquipnea, retracciones, aleteo nasal, quejido, cianosis.
- **Aparato renal:** Oliguria.
- **Aparato cardiovascular:** Palidez, moteado, piel fría o pegajosa, taquicardia, hipotensión, bradicardia.
- **Sistema nervioso central:** Irritabilidad, letargo, temblores, convulsiones, hiporreflexia, hipotonía, reflejo de moro anormal, respiraciones irregulares, fontanela llena, llanto de tono agudo.
- **Sistema hematológico:** Ictericia, esplenomegalia, palidez, petequias, púrpura, hemorragia. (Salazar Leyva, 2019)

Factores de riesgo

Dentro de los factores relacionados a la sepsis de inicio temprano, encontramos a la corioamnionitis, fiebre intraparto, la rotura de membranas por un tiempo mayor a 18 horas, infección secundaria a estreptococo Grupo B, la necesidad de antibióticos intraparto, líquido amniótico con mal olor, frecuencia cardíaca fetal por encima de los valores normales, acidosis fetal y la edad gestacional. Por otra parte, en la sepsis tardía, se encuentran aquellos neonatos que requieren canalización de vía periférica, onfaloclistis, sondas naso u orogástricas, entre otros. (Gutierrez Espinoza, 2023)

Diagnostico

- La confirmación del diagnóstico de sepsis neonatal es mediante el hemocultivo, para el cual se recomienda una muestra de aproximadamente 1 ml, debido a que con muestras insuficientes existe la posibilidad de obtener un resultado adverso, sin embargo, esto no descarta el diagnóstico en el recién nacido. La sensibilidad de este examen puede verse afectada por el uso previo de antibioterapia materna y por la bacteriemia baja e intermitente presente en los recién nacidos.

- El hemograma, es también una prueba analítica que nos ayuda en el diagnóstico, y se toma en cuenta el recuento leucocitario (0,2) y frotis de sangre periférica donde se espera encontrar: granulación tóxica, vacuolización y cuerpos de Dohle. Los neutrófilos pueden verse afectados por fiebre e hipertensión de la madre, asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, terminación de parto: vaginal o cesárea, hemólisis, entre otras. Algunas literaturas sugieren más predictivo la leucopenia que la leucocitosis a un tiempo mayor a 4 horas. La plaquetopenia también se relaciona con sepsis neonatal.
- Los marcadores de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR), es la más usada, sin embargo, la sensibilidad está disminuida en el diagnóstico de sepsis precoz debido a un retraso en su elevación, ya que en infecciones bacterianas esta se eleva después de 10 a 12 horas, con un pico a las 36 a 48 horas. Por otro lado, su sensibilidad es mayor cuando se realiza entre las 24 a 48 horas posterior al inicio de la sintomatología, y tienen mayor utilidad para valorar la respuesta de los neonatos al tratamiento antibiótico. La procalcitonina es otro marcador inflamatorio más sensible que el PCR, debido a que se eleva en un período de tiempo más corto, con un pico máximo entre las 6 y 8 horas. (Gutierrez Espinoza, 2023)

Tratamiento

• General

El uso de antibióticos está indicado, estos deben ser administrados durante la primera hora de ingreso del neonato para lograr el control apropiado del proceso infeccioso. En recién nacidos con SNT también se aconseja el empleo de antibióticos. (Ferrer Montoya, Jiménez Noguera, et al., 2020)

• **Antibióticos**

1. Uso de antimicrobianos maternos en el peripato
2. Estadía hospitalaria materna
3. Microorganismos maternos aislados cercanos al parto
4. Edad gestacional y peso del neonato
5. Gravedad del cuadro clínico
6. Localización de la infección. (Ferrer Montoya, Jiménez Noguera, et al., 2020)

• **Específicos**

En los recién nacidos se prefiere la terapia combinada para ampliar el espectro y con sinergismo para mejorar la efectividad, por ejemplo:

- Ampicilina más aminoglucósido (primera línea)

- Ampicilina más cefotaxima (sin infección del sistema nervioso central)
- Cefotaxima más aminoglucósido (para síndrome séptico)

El uso profiláctico del fluconazol está indicado en neonatos con peso menor de 1500g a una dosis de 3mg/kg/dosis diaria, 2 veces por semana. Se mantendrá esta cobertura mientras el recién nacido permanezca hospitalizado. Además, el soporte ventilatorio se ofrece en función del puntaje del test de Silverman Anderson, mediante el cual se busca mantener una saturación de oxígeno igual o mayor de 92%, y una presión de dióxido de carbono que no disminuya el pH sanguíneo a menos de 7,25 para favorecer el transporte de oxígeno. Esto previene la acidosis y así ayuda al mejor funcionamiento de los diferentes sistemas. (Ferrer Montoya, Jiménez Noguera, et al., 2020)

Corioamnionitis

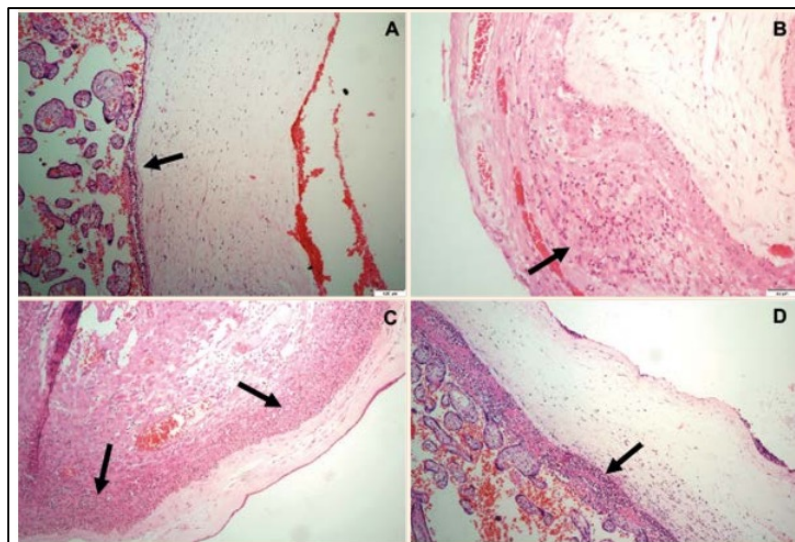


Figura 4: Respuesta inflamatoria materna. Flechas. Infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo. A. Subcorionitis aguda, 4x. B. Corionitis aguda no severa, 20x. C. Corioamnionitis aguda severa, 4x. D. Corioamnionitis necrotizante, 4x

Fuente: Adaptado de Características histopatológicas de placentas en condiciones de rotura prematura de membranas fetales pretérmino en un hospital universitario de Colombia, por Mejía et al., 2021, Ginecología y obstetricia de México.

Tipos de Corioamnionitis

- **Corioamnionitis clínica:** Cuadro infeccioso que se define mediante criterios clínicos y que cursa con repercusión analítica y afectación materna y fetal.
- **Corioamnionitis subclínica:** Se presenta sin signos ni síntomas clínicos de infección, pero con cultivo positivo en el líquido amniótico o con datos analíticos de inflamación e infección; es más frecuente que el anterior y su diagnóstico es difícil, lo que favorece que sea tardío y que el tratamiento sea inadecuado. Ante la duda, se debe realizar una técnica invasiva para estudiar el líquido amniótico.
- **Corioamnionitis histopatológica:** Se diagnostica de manera retrospectiva cuando existe evidencia microscópica de infiltración por leucocitos polimorfonucleares en las membranas fetales, el cordón umbilical o la placenta, el estadio final de esta entidad es la denominada “funisitis” que consiste en la infiltración leucocitaria de los vasos sanguíneos del cordón umbilical o de la gelatina de Wharton (implica afectación fetal) y es el equivalente histopatológico de respuesta inflamatoria fetal sistémica; se encuentra en el 60% de los casos de corioamnionitis. (Ferrer Montoya, Cedeño Escalona, et al., 2020)

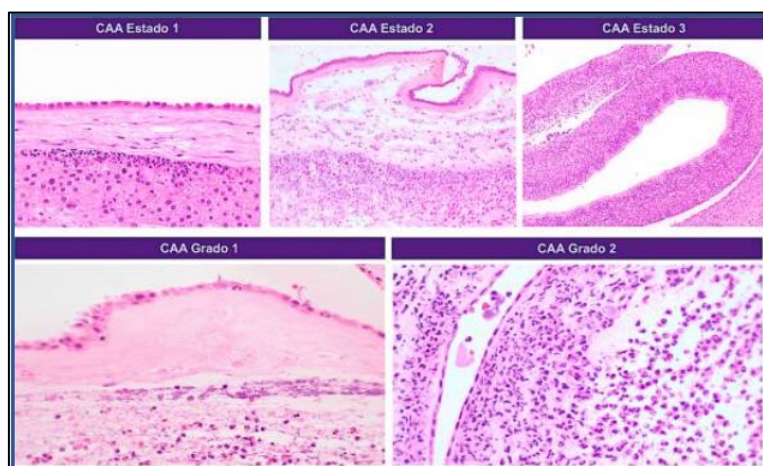


Figura 4: CAA estadio 1: subcorionitis aguda, con presencia de infiltrado en banda, compuesto por neutrófilos debajo de la placa coriónica. CAA estadio 2: corioamnionitis aguda. Se observa infiltrado inflamatorio de tipo neutrofílico en el corion y en el amnios. CAA estadio 3: corioamnionitis necrosante, donde se identifica un compromiso completo del corion y del amnios, incluyendo necrosis del amnios. Grado 1: sin formación de conglomerados de células inflamatorias agudas de tipo polimorfo-nuclear neutrófilo. Grado 2: presencia de abscesos

Fuente: Adaptado de Actualidad en corioamnionitis, por Olaya Contreras & Caicedo Marmolejo, 2022, Universitas Médica.

Factores de riesgo

Deficiencia de la actividad antimicrobiana del líquido amniótico por bajos niveles de zinc en la dieta, aumento del pH vaginal, ausencia de moco cervical, coito cerca del término; los cursos semanales de corticoi-

des en mujeres con rotura prematura de membrana (RPM) no mejoran los resultados neonatales por sobre los obtenidos con un curso único, y se asocian con un riesgo aumentado de corioamnionitis, en general, los factores que más inciden en la aparición de corioamnionitis son malnutrición materna

por defecto, infecciones genitales asociadas al embarazo, tiempo de rotura de membranas e inicio de trabajo de parto superior a 24 horas y el politacto; asimismo, partos pretérmino, altos índices de cesárea, infecciones neonatales precoces y puerperales, y largas estadías hospitalarias son las repercusiones fundamentales sobre la salud materna y el peripato. (Ferrer Montoya, Cedeño Escalona, et al., 2020)

Diagnostico

Se requiere la presencia de fiebre materna (temperatura corporal $> 37.8^{\circ}\text{C}$), y dos o más criterios clínicos menores:

- **Taquicardia materna.** Frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto. Presente en el 80% de los casos.
- **Taquicardia fetal.** Frecuencia cardíaca fetal superior a 160 latidos por minuto. Presente en el 70% de los casos.
- **Leucocitosis materna.** Más de 15.000 leucocitos en ausencia de administración previa de corticoides.
- **Irritabilidad uterina.** Dolor a la palpación uterina y/o dinámica. Presente en el 25% de los casos.
- **Leucorrea vaginal maloliente.** Presente en el 22% de los casos. Aumento de la contractilidad uterina.
- Líquido amniótico purulento con mal olor, todos estos síntomas pueden presentarse con membranas rotas e íntegras, tanto en gestaciones de término como pretérmino.
- Proteína C reactiva positiva (cuali-cuantitativa)
- Eritro sedimentación aumentada > 50 mm/h. (Ferrer Montoya, Cedeño Escalona, et al., 2020)

Complicaciones

- **Feto:** Asfixia, shock séptico, parto prematuro, bajo peso, hipotensión, síndrome

de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, hiperplasia bronquial pulmonar, hemorragia intraventricular, leucorrea periventricular, parálisis cerebral posterior, enterocolitis necrotizante, convulsiones neonatales, funitis y muerte perinatal.

Materno: Bacteriemia (menos del 10%), atrofia uterina con sangrado, infección de la herida quirúrgica (menos del 10%), absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica, endometritis, sepsis, shock séptico, hemorragia posparto, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulación intravascular difusa.

Tratamiento

- **Antipirético:** Ante el pico de fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, inyectaremos fármacos antipiréticos por vía intravenosa, como acetaminofén 1g/ 8 horas por vía intravenosa u oral, para evitar que la madre y el feto tengan fiebre. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

- **Terapia con antibióticos**

Las opciones de tratamiento con antibióticos aceptadas son:

- 1g Ampicilina IV c/6horas + Gentamicina 3-5 mg /kg/ día 2 dosis.
- Clindamicina 600 mg a 900mg IV c/8horas + Amikacina 500 mg IV c/12 horas.
- Penicilina cristalina (5 millones IV c/6horas) + Gentamicina (2 dosis por 3-5 mg/kg/día) + Metronidazol 500 mg IV c/hora).
- Metronidazol 500 mg c/8horas + Amikacina 500mg c/12 horas IV.
- Ceftriaxona 1g c/12horas + Metronidazol 500mg IV c/8horas.
- Eritromicina 500mg – 1g VO c/6 – 8 horas.
- En corioamnionitis subclínica: Ampicilina 2g IV c/6horas + Gentamicina 80 mg IV c/8horas.
- Si es alérgico a la Penicilina y sus derivados, se recomienda utilizar Clindami-

cina, Gentamicina, Ceftriaxona o Metronidazol.

Duración de 7 a 10 días. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

- **Maduración pulmonar con corticosteroides**

Las mujeres con corioamnionitis que toman corticosteroides prenatales pueden reducir el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular grado III-IV y la leucopenia periventricular sin aumentar el riesgo de sepsis materna y fetal. Si se sospecha o confirma corioamnionitis, no existen contraindicaciones para la terapia con corticosteroides prenatales (ver protocolo específico). Si se confirma corioamnionitis, la maduración con glucocorticoides no debe ser la causa de demora de la interrupción del embarazo. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

- **Neuroprotección**

Si se sospecha o se confirma corioamnionitis, la neuroprofilaxis con sulfato debe iniciarse a las < 32 semanas, ya que el parto se producirá en las próximas horas. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

- **Interrupción del embarazo**

- Evitar hacer tactos innecesarios.
- En lo posible, interrumpir el embarazo por vía vaginal para minimizar el riesgo de infección abdominal.
- Inducción del trabajo de parto dentro de las primeras 6 horas posteriores al diagnóstico.
- En embarazos de 26-33 semanas, se utilizarán 12mg de Betametazona IM c/24 horas hasta completar las 2 dosis.
- Mientras las condiciones maternas-fetales lo permitan, espere el período de incubación de los corticosteroides.
- Hemograma de control cada 24 horas, determinaciones de la tasa de eritrose-

dimentación y proteína C reactiva para monitorear el progreso del paciente.

- En el caso de menos de 25 semanas de embarazo, el parto vaginal es la ruta ideal de parto.
- La cesárea debe reservarse para las indicaciones obstétricas estándar. (Cedeño Zambrano & Martínez Coello, 2021)

Conclusión

Es clave y muy importancia la detección temprana de una gestante con corioamnionitis, ya que esta complicación tiene impactos negativos en los periodos: prenatal, postnatal y en la infancia, debido a la relación que existe entre esta patología y lesiones en el sistema nervioso central. La bibliografía consultada concluye que la corioamnionitis es la causante de la sepsis neonatal temprana, su manejo es amplio, en primera instancia fármacos para controlar la fiebre y luego un universo de antibióticos que deben cubrir gérmenes aerobios y anaerobios, gram positivos y gram negativos, que pueden ser utilizados y ampliamente aceptados, dado que el uso de antibióticos disminuye la tasa de infección fetal y de endometritis posparto, así como la interrupción del embarazo de ser necesaria, puesto que como se ha podido observar dentro de la presente investigación esta patología al ocasionar una sepsis al feto puede ocasionar la muerte del binomio madre e hijo, sin embargo, se considera que la vía de parto es la vaginal si no existen indicaciones obstétricas que lo contraindiquen.

Bibliografía

- Cabrera Cueva, S. (2021). Infección prenatal como factor de riesgo para sepsis neonatal en recién nacidos en el hospital regional docente de Trujillo 2015-2020. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO.
- Cedeño Zambrano, M. G., & Martínez Coello, Z. S. (2021). Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

- Corio. (2010). CORIOAMNIONITIS. 05-06-2010. <http://corio2010.blogspot.com/2010/06/corioamnionitis.html>
- Ferrer Montoya, R., Cedeño Escalona, T., Montero Aguilera, A., Vázquez González, G., & Rivero Rojas, L. A. (2020). Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana. *Multimed*, 26(6), 1417–1437.
- Ferrer Montoya, R., Jiménez Noguera, A., Vázquez Estrada, A., & Cedeño Esturo, M. C. (2020). Sepsis de inicio precoz en el recién nacido pretérmino. *Medisan*, 24(5), 962–981.
- Godoy Torales, G. M., Rienzi Grassi, R. R., León Rodas, L. A., Centurión, R. del C., Maidana Ricardo, M. M., Benítez Rolandi, C. D., & Franco Fleitas, O. R. (2020). Neonatal sepsis in pregnant at term with clinical chorioamnionitis, utility of sepsis score. *Revista Del Nacional (Itauguá)*, 12(1), 71–90. <https://doi.org/10.18004/rdn2020.0012.01.071-090>
- Gutierrez Espinoza, G. J. (2023). Factores de riesgo asociados al desarrollo de sepsis neonatal en gestantes adolescentes. *FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*.
- Jácobo Aquino, E. A. (2016). PROTEINA C REACTIVA COMO PREDICTOR DE SEPSIS NEONATAL TEMPRANA EN RECIEN NACIDOS DE MADRE CON CORIOAMNIONITIS. HOSPITAL BELEN. Universidad privada Antenor Orrego.
- Mejía, F. A., Hernández-Flórez, C. E., & Sandoval, D. K. (2021). Características histopatológicas de placentas en condiciones de ruptura prematura de membranas fetales pretérmino en un hospital universitario de Colombia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89(3), 212–221. <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom>
- Müller Ángel, E., & Bracho C, A. (n.d.). Corioamnionitis. In *Obstetricia integral Siglo XXI*. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.08.pdf?sequence=26&isAllowed=y>
- Olaya Contreras, M., & Caicedo Marmolejo, B. E. (2022). Actualidad en corioamnionitis. *Universitas Médica*, 63(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-4.cori>
- Parillo Condori, D. X. (2020). Características maternas del recién nacido asociados a sepsis neonatal en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Enero a diciembre 2019. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO.
- Rackliffe Lucey, J. (2012). Septicemia neonatal. <https://www.wnyurology.com/content.aspx?chunkid=121229>
- Romero Maldonado, S., Ortega Cruz, M., & Galván Contreras, R. (2013). Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis. Estudio de casos y controles. *Perinatol Reprod Hum*, 27(4), 217–221.
- Salazar Leyva, K. D. P. (2019). Variables asociadas a sepsis neonatal temprana en el Hospital Santa Rosa de enero-diciembre del 2017. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA.

CITAR ESTE ARTICULO:

Macias Kaiser, O. A., Valero Peñafiel, P. S., Toapanta González, A. S., Ulloa Toledo, B. G., & Ochoa Bustamante, J. P. (2023). Sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madres con corioamnionitis. *RECIAMUC*, 7(1), 778-787. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(1\).enero.2023.778-787](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(1).enero.2023.778-787)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.