

Corioamnionitis

Es la inflamación o infección de la placenta, corion y amnios (membranas fetales), que puede ser definida clínica o histológicamente. Se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto. La corioamnionitis se clasifica en clínica (datos clínicos – fetales) y en subclínica (ausencia de datos clínicos)

F. de riesgo

- RPM de larga evolución.
- Bajos niveles de zinc.
- Líquido amniótico meconial.
- Ausencia de moco vaginal.
- Tactos frecuentes (>4).
- Trabajo de parto prolongado.
- Aumento del pH vaginal.
- Anestesia epidural.

Etiología

La mayoría de los gérmenes llegan a la cavidad amniótica por vía ascendente, sin embargo, existen otras vías: vía hematogena, vía retrograda (cavidad peritoneal) y complicación de procedimientos (ej. Amniocentesis).

RPM > 6 hrs

CLASIFICACIÓN

Subclínica >>> estudio histopatológico (infiltración por polimorfonucleares en membranas fetales), NO síntomas

Clinica: Sintomas (criterios de Gibbs) e histopatológico

Los gérmenes más aislados en líquido amniótico son: Ureaplasma urealyticum (47%), bacteroides (30%) y micoplasma hominis (30%).



Leucocitosis > 15,000

Diagnóstico

- Inicial: sospecha clínica (con criterios de Gibbs) + laboratoriales.
- Gold standard: estudio histopatológico: es el estudio que permite detectar corioamnionitis clínica y subclínica.

Auxiliares

- Bh: Presencia de >15,000 leucocitos y > 5% de bandas.
- VSC: Aumentada indica reacción inflamatoria sistémica.
- Proteína C reactiva: generalmente mayor de 20 mg/dl.

Tratamiento

1. Realizar Interrupción del embarazo en corioamnionitis clínica.
2. Esquema de antibióticos durante 7 – 10 días vía intravenosa.
- Elección: Ampicilina (1 gr) + Gentamicina (3-5 mg / kg /día) + un fármaco contra anaerobios (Clindamicina o Metronidazol).

Complicaciones

- Complicaciones fetales: muerte perinatal, asfixia perinatal, choque séptico, prematuros y bajo peso.
- Complicaciones maternas: Bacteriemia, atonía uterina, infección de herida quirúrgica y abscesos pélvicos.

TRATAMIENTO 7-10 días

Clínico

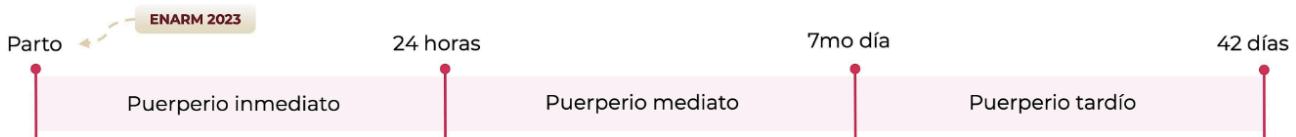
1. **Ampicilina 1 gr iv c/6 hrs + gentamicina 3-5 mg/kg/día en dos dosis**
2. Clindamicina 600 - 900 mg c/8 hrs + amikacina 500 mg iv c/12 hrs
3. Metronidazol 500 mg c/8 hs + amikacina 500 mg iv c/12 hrs

Subclínica

1. **Ampicilina + gentamicina 80 mg IV c/8 hrs**

Puerperio fisiológico

Es el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo - fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional tiene una duración de 6 semanas o 42 días.



Involución uterina

- Se espera la involución uterina tarde de 2 semanas a 4 semanas post parto.
- Peso de útero en puerperio inmediato es de 1000 gr y 4 semanas después recupera su peso < 100 gr.

Pérdida ponderal:

- Pérdida de 5-6 kg por la evacuación uterina y hemorragia normal. Puede haber una pérdida adicional de 2-3 kg por la diuresis.
- La mayoría de las mujeres alcanza su peso anterior al embarazo 6 meses después del parto.

Cambios hemodinámicos

- El volumen sanguíneo retorna a su cifra pregestacional una semana después del parto.
- Gasto cardíaco: Se mantiene elevado 24-48 horas, retorna a parámetros pregestacionales en 10 días.
- Resistencias vasculares periféricas: Se mantienen disminuidas los 2 primeros días postparto.

Epidemiología

- Primer hora de puerperio: Revisar paciente cada 15 minutos y posteriormente cada 30 minutos hasta completar 2 horas.
- Proporcionar 2 consultas: Una en los primeros 15 días y otra al final del puerperio.

Loquios

- Los **loquios rojos (rubra)**: De contenido hemático se presentan del día 1 al 3 post parto.
- Los **loquios serosos**: Más pálidos de su color, se observan del día 4 al 10 post parto.
- Loquios blancos (alba)**: De color amarillo-claro (por leucos) se observan > 11 días post parto.



Hemorragia puerperal tardía

- Se presenta de 24 horas a 12 semanas después del parto.
- Causa más frecuente: Involución anormal del sitio placentario (por retención de un fragmento placentario). Pregunta ENARM 2022.

Preguntados en
ENARM 2022.



SEPSIS PUERPERAL

Infección del tracto genital ocurrido entre la ruptura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto con presencia de más de uno de los siguientes....

- Dolor pélvico
- Flujo tránsvaginal
- Fiebre

En el puerperio

Endometritis P.

Clínica

- La clínica más frecuente:
- Fiebre > 38°C.
 - Dolor pélvico intenso.
 - Retraso en involución uterina.
 - Taquicardia materna.
 - Loquios fétidos o purulenta.
 - Si hay datos de SIRS sospechar en sepsis puerperal.

Tratamiento

- Hospitalización y estabilizar.
- Para ENARM elegir: Cefotaxima + Gentamicina + Metronidazol o Amoxicilina/ Clav.



37 SDG y puerperio inmediato:
Amoxicilina con ácido clavulánico IV
cada 6hrs.
En caso de cesárea agregar
Clindamicina 900mg IV cada 6hrs

