

Caracterización de la corioamnionitis en pacientes atendidas en el Hospital Susana López de Valencia (Popayán, Colombia) entre junio de 2013 y junio de 2014

Chorioamnionitis characterization in patients treated in Hospital Susana Lopez de Valencia (Popayan, Colombia) between June 2013 and June 2014

Luz M. Verdugo-Muñoz MD¹, Roberth A. Ortiz-Martínez MSc², Gustavo A. Angel-Angel MD³, María A. Solís-Parra MD⁴, Windy S. Stephens-Mosquera MD⁴, César O. Vidal-López MD⁴

Introducción: la corioamnionitis es la infección de las membranas del saco amniótico, el corion y el amnios. **Objetivo:** caracterizar clínicamente a las pacientes con diagnóstico de corioamnionitis atendidas en el Hospital Susana López de Valencia, en la ciudad de Popayán (Colombia), entre junio de 2013 y junio de 2014. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en los registros de las historias clínicas de la institución cuyo diagnóstico fue corioamnionitis durante el periodo de estudio establecido. **Resultados:** se incluyeron 268 pacientes con edades promedio entre 19 y 34 años. El cuadro clínico más frecuente asociado a corioamnionitis fue la ruptura prematura de membranas (35,82%). Las pacientes fueron diagnosticadas clínicamente en su mayoría (77,24%) en el periodo posparto (hasta los primeros tres días después del parto), al presentar leucocitosis mayor que 15.000/ μ L (47,83%) y cavidad hipertérmica (40,58%). Finalmente, se realizó un cruce de variables para establecer cuál síntoma se había presentado conjuntamente con la fiebre de acuerdo a lo establecido en los criterios de Gibbs, en el que se demostró que durante el anteparto y el posparto la leucocitosis (68,18% y 76%, respectivamente) y la taquicardia materna (73% y 76%, respectivamente) fueron los dos síntomas más prevalentes. **Conclusiones:** la prevalencia indirecta de corioamnionitis en la muestra seleccionada fue del 8,05%. El principal factor de riesgo para esta enfermedad lo constituyó la ruptura prematura de membranas ovulares y su diagnóstico se hizo principalmente en el periodo posparto con la ayuda de los criterios de Gibbs.

Palabras clave: embarazo, periodo posparto, corioamnionitis.

Verdugo-Muñoz LM, Ortiz-Martínez RA, Angel-Angel GA, Solís-Parra MA, Stephens-Mosquera WS, Vidal-López CO. Caracterización de la corioamnionitis en pacientes atendidas en el hospital Susana López de Valencia (Popayán, Colombia) entre junio de 2013 y junio de 2014. *Medicina & Laboratorio* 2017; 23: 75-84.

¹ Médica, especialista en Ginecología y Obstetricia. Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

² Médico, especialista en Ginecología y Obstetricia, MSc en Epidemiología Clínica. Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

³ Médico y cirujano, Universidad del Cauca. Médico asistencial ESE Tierradentro Sede Páez. Popayán, Colombia. Correo electrónico: gadolfo@unicauca.edu.co

⁴ Médicos internos, programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen conflicto de intereses
Medicina & Laboratorio 2017; 23: 75-84

Módulo 19 (Investigación), número 52. Editora Médica Colombiana S.A. 2017©
Recibido el 14 de febrero de 2017; aceptado el 28 de febrero de 2017

Las infecciones durante el embarazo son entidades de gran importancia en el ámbito de la obstetricia, particularmente el aborto séptico, la corioamnionitis, la pielonefritis complicada y la neumonía complicada, las cuales constituyen las principales causas de sepsis en las pacientes embarazadas [1]. La corioamnionitis se define como la presencia de infección activa en el saco amniótico que produce cambios inflamatorios en la madre y el feto [2]. Su importancia radica en que es una causa de aborto espontáneo y parto prematuro [3]. A nivel clínico cursa típicamente con fiebre y dolor abdominal; sin embargo, la mayoría de las veces es asintomática o con síntomas inespecíficos. Del total de pacientes que desarrollan corioamnionitis solo un tercio desarrolla una sintomatología florida [4]; por el contrario, los signos y síntomas de la forma subclínica son difíciles de identificar; además, los hallazgos de laboratorio no son concluyentes. El diagnóstico de corioamnionitis se corrobora al encontrar cultivos de líquido amniótico positivos, aún en ausencia de signos clínicos [5,6].

La corioamnionitis tiene una incidencia del 90% en el embarazo pretérmino, el 40% de ellas presentadas entre las 24 y 28 semanas de gestación [7] y otro 10% en los embarazos a término. Esta entidad es la causa más frecuente de mortalidad fetal en la segunda mitad de la gestación y se asocia a prematuridad; además, se ha demostrado que el riesgo de desarrollar parálisis cerebral en los recién nacidos pretérmino con corioamnionitis clínica es entre dos y tres veces superior que en ausencia de esta infección [8].

La frecuencia de corioamnionitis depende de diversos factores como la edad gestacional, los criterios diagnósticos, la ruptu-

ra prematura de las membranas ovulares, el trabajo de parto prolongado, la malnutrición materna, las infecciones genitales durante el embarazo, el politacto, el uso de dispositivos de monitoria interna, el líquido amniótico meconiado, la colonización por estreptococos del grupo B, la nuliparidad, la anestesia epidural y la ingesta de alcohol y el tabaco por parte de la gestante [9]. La ruptura prematura de membranas ovulares es el principal factor que aumenta la incidencia de corioamnionitis hasta en un 48%, al igual que incrementa la sepsis neonatal entre dos y diez veces. Cabe resaltar que el estudio histopatológico para la identificación microscópica de neutrófilos en las membranas placentarias se considera el estándar de referencia para el diagnóstico de la verdadera infección local [10,11].

El reconocimiento oportuno de la corioamnionitis requiere de un diagnóstico seguro, rápido y eficaz con base en la identificación de complicaciones clínicas anteparto, intraparto y durante el puerperio como el desarrollo de fiebre materna, irritabilidad uterina o signos de infección en el recién nacido. A pesar de que aún no existe un algoritmo estándar para el diagnóstico, vale la pena destacar que continúan primando los hallazgos clínicos y la pericia del médico para tener la sospecha diagnóstica y orientar su conducta a la realización de acciones tempranas encaminadas a la prevención de las secuelas maternas y fetales tales como lesiones broncopulmonares, digestivas e incluso neurológicas a largo plazo.

Materiales y métodos

La presente investigación se llevó a cabo bajo previa autorización del acceso a la base

de datos (historias clínicas) del Hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán, Colombia, por parte del comité de investigación de la institución y la subdirección científica.

Este es un estudio descriptivo de corte transversal cuya población inicial correspondió a las gestantes cuyo parto fue atendido en la institución en el periodo comprendido entre junio de 2013 y junio de 2014. Los datos se filtraron por el diagnóstico de corioamnionitis, encontrado en el CIE 10 con el código P02.7 correspondiente al feto y el recién nacido afectados por corioamnionitis. Los criterios de inclusión fueron cumplir con los criterios de Gibbs, los cuales corresponden a fiebre materna mayor que 37,8 °C, como criterio clínico mayor, y dos o más de los criterios clínicos menores que incluyen: taquicardia materna mayor que 100 latidos/minuto, taquicardia fetal mayor que 160 latidos/minuto, leucocitosis materna mayor que 15.000 leucocitos/ μ L, irritabilidad uterina (definida como dolor a la palpación abdominal o dinámica uterina) y leucorrea vaginal de mal olor, y los de exclusión fueron una historia clínica incompleta o aborto.

Posteriormente, se realizó una revisión exhaustiva de cada historia clínica de manera virtual a través de la plataforma virtual “Dinámica Gerencial” a partir de la cual se recolectó información sobre las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes, la cual fue analizada y codificada en el paquete estadístico Stata (StataCorp, Texas, Estados Unidos).

Resultados

La investigación contó con una población inicial de 3.328 gestantes con parto atendido durante el periodo de estudio. Al filtrar

por el diagnóstico de corioamnionitis se encontraron 301 pacientes de las cuales 268 cumplían con los criterios de inclusión.

Las pacientes que conformaron la muestra de este estudio corresponden al 8,05% del total de la población inicial. El análisis de resultados reportó que la mayoría consultó de manera espontánea a la institución (194/268, 72,39%), el rango de edad de mayor frecuencia fue entre los 19 y 34 años (182/268, 67,91%), seguido de las menores de edad (68/268, 25,37%) y las mayores de 35 años (18/268, 6,72%) (véase **tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas (n=268)

Variable	N.º	%
Remitida de otra institución		
Sí	74	27,61%
No	194	72,39%
Edad		
< 18 años	68	25,37%
19 – 34 años	182	67,91%
> 35 años	18	6,72%
Procedencia		
Urbana	102	38,06%
Rural	166	61,94%
Ocupación		
Ama de casa	204	76,12%
Estudiante	47	17,54%
Profesional	5	1,87%
Otros	12	4,48%
Estado civil		
Unión estable	125	46,64%
Unión inestable	143	53,36%

Entre los factores de riesgo asociados a corioamnionitis, y a su vez reportados en la literatura médica, el de mayor frecuencia de presentación en este estudio fue la ruptura

prematura de membranas ovulares (n=96, 35,82%) (véase **tabla 2**).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a corioamnionitis (n=268)

Variable	N.º	%
Ruptura prematura de membranas ovulares	96	35,82%
Infección vaginal	18	6,72%
Infección urinaria	24	8,96%
Politacto	28	10,45%
Líquido meconiado	19	7,09%
Trabajo de parto estacionario	31	11,57%
Trabajo de parto expulsivo prolongado	16	5,97%

Las pacientes con edad gestacional a término, es decir, mayor a 37 semanas (210, 78,36%), tuvieron la mayor frecuencia de presentación de corioamnionitis; en segundo lugar las de menos de 34 semanas (38/268, 14,18%), y con el menor número de registros el rango entre 34 y 37 semanas (20/268, 7,46%). La mayoría de los neonatos fueron evacuados por parto vaginal (143/268, 56,36%) y el resto por cesárea (125/268, 46,64%). El diagnóstico de corioamnionitis fue más frecuente en el periodo posparto, representando el 77,24% (207/268), frente al 22,76% (61/268) que se hizo en el anteparto.

Entre la sintomatología documentada antes del parto el 78,6% (48/268) de las pacientes presentaron leucocitosis con valores mayores que 15.000/μL seguido de taquicardia materna (32/268, 52,46%) y fiebre (25/268, 40,98%). En menor frecuencia se presentó taquicardia fetal y el hallazgo de líquido purulento, pero teniendo en cuenta que el diagnóstico clínico de corioamnionitis se puede establecer

mediante los criterios de Gibbs se realizó el cruce de la variable fiebre (mayor a 38 °C) con todas las demás, y se tomó como referencia para los porcentajes totales, por medio de lo cual se encontró que los síntomas que se presentaron en conjunto con la fiebre fueron la taquicardia materna y la leucocitosis (76% para ambos). Los demás datos se muestran en la **tabla 3**.

Tabla 3. Sintomatología anteparto (n=268)

Síntomas	N.º	%	Cruce de variables	
Fiebre	25*	40,98	N.º	%
Taquicardia materna	32	52,46	Fiebre + Taquicardia materna	19 76
Taquicardia fetal	12	19,67	Fiebre + Taquicardia fetal	5 20
Líquido purulento	10	16,39	Fiebre + Líquido purulento	1 4
Leucocitosis	48	78,69	Fiebre + Leucocitosis	19 76

* Se tomó como referencia para los porcentajes totales

Para el diagnóstico de corioamnionitis realizado en el posparto se tuvieron en cuenta los criterios de Gibbs que no fueron identificados antes del parto, independientemente de la vía de evacuación del neonato (vaginal o por cesárea), y que se reportaron en el posparto inmediato o durante los primeros tres días del puerperio. El criterio más encontrado en las pacientes fue leucocitosis (99/268, 47,83%), seguido de cavidad hipertérmica (84/268, 40,58%), placenta hipertérmica (76/268, 36,71%), taquicardia materna (65/268, 31,40%), fiebre materna con menor porcentaje de presentación (44/268, 21,26%) seguido de loquios fétidos (40/268, 19,32%) y en menor frecuencia fiebre fe-

tal (26/268, 12,56%) y taquicardia fetal (n= 9/268, 4,35%).

Tomando como porcentaje total el de las 44 pacientes que presentaron fiebre materna, se realizó un cruce de variables para establecer cuál síntoma se había presentado conjuntamente con el alza térmica, donde se encontró con mayor frecuencia la leucocitosis con el 68,18%, seguido de la taquicardia materna en un 47,73%, cavidad y placenta hipertérmica en la misma frecuencia con un 15,91% y solo un 2,27% para fiebre fetal y taquicardia fetal (véase **tabla 4**).

Tabla 4. Sintomatología posparto (n=268)

Síntomas	N.º	%	Cruce de variables	N.º	%
Fiebre materna	44*	21,26	Fiebre + Taquicardia materna	21	47,73%
Fiebre fetal	26	12,56	Fiebre + Taquicardia fetal	1	2,27
Taquicardia materna	65	31,4	Fiebre + Loquios fétidos	5	11,36
Taquicardia fetal	9	4,35	Fiebre + Placenta hipertérmica	7	15,91
Loquios fétidos	40	19,32	Fiebre + Cavidad hipertérmica	7	15,91
Placenta hipertérmica	76	36,71	Fiebre + Leucocitosis	30	68,18
Cavidad hipertérmica	84	40,58	Fiebre + Fiebre fetal	1	2,27
Leucocitosis	99	47,83			

*Se tomó como referencia para los porcentajes totales

No se registró ninguna muerte materna dentro del estudio; sin embargo, la com-

plicación más frecuente fue la derivación a cesárea (85/268, 31,72%) como vía de terminación del embarazo debido a corioamnionitis diagnosticada anteparto; dentro de este grupo se excluyeron otras causas de derivación como macrosomía y presentación distócica; en segundo lugar estuvo el parto prematuro (45/268, 16,79%), seguido de 12 muertes fetales (4,48%) e hipoxia fetal (7/268, 2,61%). Cabe resaltar que aunque no se incluyó como variable el ingreso a UCI neonatal, la totalidad de los recién nacidos fueron hospitalizados debido al antecedente de corioamnionitis materna o a los hallazgos compatibles con infección que se encontraron en el neonato, a diferencia de las madres que ninguna requirió UCI (véase **tabla 5**). El promedio de días de hospitalización fue de 4,26 días, con un mínimo de dos y máximo 11 días.

Tabla 5. Complicaciones de la corioamnionitis (n=268)

Variables	N.º	%
Parto prematuro	45	16,79
Hipoxia fetal	7	2,61
Muerte fetal	12	4,48
Muerte materna	0	0
UCI adultos	0	0
Derivación a cesárea	85	31,72

Discusión

En general, la corioamnionitis clínica afecta entre el 2% y el 11% de todos los embarazos de acuerdo con el estudio realizado por F.J. Espitia-De La Hoz [6], lo que coincide con lo encontrado en la presente investigación, donde afectó al 8,05% del total de pacientes embarazadas durante el periodo de estudio establecido.

Del total de pacientes incluidas en este estudio el 27,61% fueron derivadas desde otros centros asistenciales con el diagnóstico principal de corioamnionitis; sin embargo, en la revisión de las historias clínicas de remisión se evidenció ausencia de información fundamental para el análisis integral del cuadro clínico por el cual consultó la paciente y cómo se llevó a cabo el abordaje inicial de dicha condición. Algunas falencias fueron el subregistro de los antecedentes personales, ginecológicos y obstétricos, así como el no registro del número de tactos realizados en el primer lugar de atención, pues el politacto es un aspecto relevante al ser uno de los factores de riesgo para corioamnionitis [10].

Respecto a las características sociodemográficas encontradas el 67,91% de las pacientes tenían un rango de edad entre los 19 y 34 años y 37 o más semanas de gestación. En contraste, Faneite y colaboradores (2010) [12] encontraron como rango de edad materna predominante en el 40,91% de las pacientes el de 20 a 24 años y la edad gestacional de 36 semanas o menos en el 52,28%. En cuanto a los datos de ocupación y estado civil las amas de casa correspondieron al mayor registro con 76,12% y la mayoría con una relación inestable 53% (unión libre o soltera), similar a lo hallado por Faneite y colaboradores [12] donde también predominaron las pacientes con ausencia de pareja estable con el 77,27%.

Entre los factores de riesgo reportados por la literatura médica, y que se incluyeron dentro de este estudio para determinar su frecuencia de presentación, se encontró que la ruptura prematura de membranas ovulares fue el factor de mayor frecuencia en las pacientes estudiadas con un

35,82% de los casos, lo que coincide con lo previamente reportado por la literatura, donde se considera el principal factor de riesgo asociado a corioamnionitis [10,13]; no obstante, en el estudio ya mencionado de Faneite y colaboradores [12] se documentó un mayor porcentaje de presentación (50%). En cuanto al politacto, como ya se mencionó, en el presente estudio se encontró un subregistro de esta información cuyo reporte fue solo del 10,45%. Respecto a la infección vaginal como factor de riesgo se halló que el 6,72% de las pacientes cursaban previamente con dicha infección, lo cual es comparable con lo reportado por Faneite y colaboradores [12] en el 13,6% de sus pacientes.

Según la publicación de Reyna-Villasmil y colaboradores (2015) [14] la inflamación del corion y del amnios se encuentra en el 20% de los partos a término; muy diferente a lo encontrado en el intervalo de tiempo que se estableció para este estudio, donde el diagnóstico de corioamnionitis se hizo en el 78,36% de las gestaciones a término (mayor que 37 semanas) y el porcentaje restante (21,64%) en los pretérmino.

En el presente estudio el 77,24% de las pacientes incluidas fueron diagnosticadas durante el periodo del posparto, el cual está comprendido por aquellas pacientes que cumplieron con algún criterio de Gibbs durante el intraparto o puerperio. Durante la revisión de historias clínicas se evidenció la falta de cumplimiento de los criterios de Gibbs de manera estricta a la hora de establecer el diagnóstico de corioamnionitis, ya que se debe cumplir necesariamente con el criterio mayor, que es la fiebre materna, y con al menos dos de los criterios menores [14]. A pesar de lo anterior, en este estudio solo el 21,26% de las

pacientes diagnosticados en el posparto cumplieron con este criterio cardinal.

La leucocitosis fue el criterio menor de Gibbs que se encontró en mayor proporción en las pacientes durante el posparto con un 47,83%, lo cual coincide con la literatura en donde alrededor del 70% de las pacientes la presentan por encima de los demás criterios [15]. Una variable clínica que no está descrita en la literatura para el diagnóstico, pero que es frecuentemente descrita entre los hallazgos a la hora de la atención del parto, es la cavidad hipertérmica; esta variable en el presente estudio ocupó el segundo lugar de presentación con un 40,58%, similar a los resultados del trabajo de C. Pinzón-Plata [15] en el que se demostró que existe una fuerte asociación entre esta condición y presentar corioamnionitis histológica (razón de disparidad 4,74, intervalo de confianza del 95%: 1,90-11,79).

De acuerdo con el artículo publicado por Reyna-Villasmil y colaboradores [14] cuando la corioamnionitis se diagnostica después del inicio del parto se presenta en el 75% de las pacientes disminución de la contractilidad uterina, a pesar del aumento de la dosis de oxitocina, y aproximadamente el 40% de los casos terminan en cesárea por alteraciones de la evolución del trabajo de parto, como se encontró en el presente estudio donde el 31,72% de las pacientes fueron derivadas a cesárea. Sin embargo, la cesárea debida exclusivamente a corioamnionitis no está justificada ya que no parece disminuir la morbilidad neonatal; además, a las pacientes a las que se les realiza se les debe administrar tratamiento antibacteriano (clindamicina, gentamicina, metronidazol) de acuerdo a los esquemas establecidos por cada insti-

tución para prevenir los abscesos pélvicos y la endometritis posparto [16].

En este estudio no se registró ninguna muerte materna ni ingresos a la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos, lo que en parte se puede deber al manejo antibiótico implementado para la infección intramniótica, que se plantea en el artículo anterior [16], pues se ha descrito que el tratamiento con antibióticos de amplio espectro, como los ya mencionados, reduce las complicaciones maternas como la mortalidad, la sepsis y el síndrome de dificultad respiratoria del adulto [10,14,16], mientras que entre el 5% y el 10% de las mujeres con corioamnionitis pueden desarrollar bacteremia en ausencia del manejo antibiótico, lo que incrementa la posibilidad de sufrir una hemorragia posparto entre un 50% y 80% [14].

Desde otro punto de vista, la corioamnionitis clínica está asociada a resultados neonatales adversos, entre los que la muerte neonatal fue el menos común en el presente trabajo encontrándose en el 4,48% de los casos. De manera similar, Arroyave-Guerrero y colaboradores (2013) [10], en su artículo de revisión, describen un porcentaje de muerte neonatal entre el 1% y el 4% de las pacientes. Aun así, se describe que los neonatos cuyas madres son afectadas por corioamnionitis tienen cuatro veces más posibilidad de sufrir muerte neonatal y tres veces más dificultad respiratoria que los demás neonatos [17,18].

Entre los resultados neonatales adversos es más frecuente la hospitalización en UCI por sepsis que genera secuelas neurológicas graves debido a la respuesta inflamatoria excesiva que desencadena necrosis

de la sustancia blanca del cerebro fetal con la subsiguiente y temida parálisis cerebral. Otras complicaciones encontradas son prematuridad, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas [17].

El espectro de complicaciones materno-fetales de la corioamnionitis resalta la importancia del diagnóstico adecuado y oportuno, sin sobrevalorar ni subestimar los hallazgos encontrados y, en lo posible, que sea confirmado mediante el estudio histopatológico de la placenta. Según el artículo publicado por Norte y colaboradores (2008) [19], donde se incluyeron 133 gestantes, 12% de ellas con sospecha de corioamnionitis clínica, se encontró que la corioamnionitis histológica se asoció en un 62% de los casos a la sepsis neonatal temprana, lo que indica un aumento del riesgo de la misma de 4,7 veces, con una mayor frecuencia en los casos que presentaban leucocitosis mayor que 12.000/ μ L.

Específicamente, la leucocitosis materna constituye un signo de alarma ante la sospecha de corioamnionitis y probable desarrollo de sepsis neonatal por lo que requiere la instauración de medidas terapéuticas. Además, se debe tener en cuenta que la invasión microbiana del líquido amniótico puede o no llevar a la paciente a presentar sintomatología clínica y que debería realizarse el cultivo del mismo para poder integrar ambos diagnósticos. De esta manera, es de gran importancia realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno de la corioamnionitis que prevenga las complicaciones descritas.

Conclusiones

La corioamnionitis constituye una entidad compleja desde el punto de vista diag-

nóstico y terapéutico, sus consecuencias afectan directamente el bienestar materno y fetal, el diagnóstico es complejo y requiere de la utilización de herramientas clínicas y paraclínicas que permitan un enfoque correcto y, por lo tanto, un tratamiento oportuno que permita disminuir las complicaciones asociadas.

Bibliografía

1. Sorano S, Goto M, Matsuoka S, Tohyama A, Yamamoto H, Nakamura S, et al. Chorioamnionitis caused by *Staphylococcus aureus* with intact membranes in a term pregnancy: A case of maternal and fetal septic shock. *J Infect Chemother* 2016; 22: 261-264.
2. Johnson CT, Farzin A, Burd I. Current management and long-term outcomes following chorioamnionitis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014; 41: 649-669.
3. Liu Y, Liu Y, Du C, Zhang R, Feng Z, Zhang J. Diagnostic value of amniotic fluid inflammatory biomarkers for subclinical chorioamnionitis. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; 134: 160-164.
4. Silva S. Infecciones en Ginecología y Obstetricia (ed 2a). Chile: Editorial Mediterraneo; 2010.
5. Martinelli P, Sarno L, Maruotti GM, Paludetto R. Chorioamnionitis and prematurity: a critical review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25 Suppl 4: 29-31.
6. Espitia-De La Hoz FJ. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2008; 59: 231-237.
7. Colina MF, Galiano J, Madail A. Corioamnionitis subclínica: correlación histológica- microbiológica y morbilidad neonatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2013; 73: 25-32.
8. Rincón-Ricote MI, Magdaleno-Dans F, Sancha-Naranjo M, Omeñaca-Teres F, González-González A. Corioamnionitis histológica y morbimortalidad neonatal: aproximación al síndrome de respuesta inflamatoria fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75: 172-178.
9. Koch MO, Romano MF, Jara ML, Sciangula MD. Corioamnionitis. *Rev posgrado Via Cátedra Med* 2008; 180: 21-23.
10. Arroyave Y, Benavides-Puchana L, Agudelo-Ledezma H, Arcila-Romero D, Bermúdez-Roa J. Corioamnionitis: un reto diagnóstico. *Rev Fac Ciencias Salud UNICAuca* 2013; 15: 17-24.
11. García-de la Torre JI, Delgado-Rosas A, González-Cantú G. Frecuencia de corioamnionitis histológica en

pacientes con ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Méx* 2014; 82: 791-795.

12. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J. Corioamnionitis. Repercusión perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2010; 70: 233-239.

13. Gantert M, Been JV, Gavilanes AW, Garnier Y, Zimmermann LJ, Kramer BW. Chorioamnionitis: a multiorgan disease of the fetus? *J Perinatol* 2010; 30 Suppl: S21-30.

14. Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J, Briceño-Pérez C. Infección intraamniótica y corioamnionitis. *Rev Latin Perinat* 2015; 18: 219-225.

15. Pinzón-Plata C. Rendimiento de los criterios de Gibbs en el diagnóstico de corioamnionitis histológica. Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Bucaramanga, Colombia: Universidad Industrial de Santander; 2010.

16. Chapman E, Reveiz L, Illanes E, Bonfill Cosp X. Regímenes antibióticos para el tratamiento de la infección intraamniótica. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD010976.

17. Argilagos-Casasayas G, Arañó-Piedra JF, Pérez-Reina M, Morando-Flores D, Hierrezuelo-González G. Impacto maternoperinatal de la corioamnionitis. *MEDISAN* 2012; 16: 49-55.

18. Tiufekchieva E. [Intrauterine infection in premature rupture of fetal membranes--dynamics]. *Akush Ginekol (Sofia)* 2006; 45: 7-12.

19. Norte G, Forero I, Troitño M, Gil-Del Real P, Cisterna O, Vaca I, et al. Correlación entre sepsis neonatal y corioamnionitis clínica e histológica en neonatos a término. *Pediatr Panamá* 2008; 37: 5-14.

Introduction: Chorioamnionitis is the infection of the membranes of the amniotic sac, chorion and amnion. **Objective:** To characterize clinically the patients diagnosed with chorioamnionitis who were treated at the hospital Susana López de Valencia in the city of Popayan (Colombia) during June 2013 and June 2014. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study was performed based on records of institutional clinical records with diagnosis of chorioamnionitis during the established study period. **Results:** A total of 268 patients were included with an average age between 19 and 34 years old. The most frequent clinical symptomatology associated with chorioamnionitis was premature rupture of membranes (35.82%). Most patients (77.24%) were clinically diagnosed at the postpartum period (up to the first three days postpartum) presenting leukocytosis greater than 15,000/ μ L (47.83%) and hyperthermic cavity (40.58%). Finally, to establish which symptoms had been presented in conjunction with fever according with Gibbs criteria a cross-variable was performed, which establishes that during antepartum and postpartum the leukocytosis (68.18% and 76%, respectively) and maternal tachycardia (73% and 76%, respectively) were the most two prevalent symptoms. **Conclusions:** The indirect prevalence of chorioamnionitis in the study sample was 8.05%. The main risk factor for this disease was the premature rupture of ovary membranes and their diagnosis was made mainly in the postpartum period with the help of Gibbs criteria.

Key words: Pregnancy, postpartum period, chorioamnionitis.