

# Corioamnionitis. Repercusión perinatal

*Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, Rosanna Amato, Josmery Faneite*

*Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar en las gestantes complicadas con corioamnionitis las características, factores maternos y las repercusiones maternas y perinatales.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, epidemiológico y analítico.

**Ambiente:** Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Universidad de Carabobo, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Resultados:** En las 44 pacientes las características maternas que predominaron fueron: residentes en barrios (45,45 %), solteras y concubinas (77,27 %), edad materna 20-24 años (40,91 %) y antecedente personal hipertensión (20,45 %). El diagnóstico de ingreso destacó la rotura prematura de membranas 50 % e infección uro-vaginal 13,6 %; eran multigestas 50,0 %, y en 52,28 % la edad del embarazo fue de 36 semanas y menos, en 84,08 % hubo conducción-inducción del trabajo de parto, terminaron en cesárea 45,45 %. Factores de riesgo: múltiples tactos (4 y más) 40,9 % y tiempo entre rotura de membranas e inicio de trabajo de parto mayor de 12 horas 18,44 %. El diagnóstico se hizo por la clínica y laboratorio; tratadas con antibióticos en su totalidad, acompañadas por oxitócicos 68,18 %. Recién nacidos de sexo femeninos 48,84 %, peso entre 3 000- 3 499 g 31,31 % y tallas 45-49 cm 28,89 %; índice Apgar 6 o menos 28,94 %. La morbilidad perinatal neonatal fue 39,47 %, especialmente por sepsis y patología respiratoria; la morbilidad materna 56,81 %, por sepsis y anemia; la perinatal global 28,88 %, la fetal 15,55 % y la neonatal 13,13 %.

**Conclusión:** La corioamnionitis se relacionó con múltiples tactos intraparto, el tiempo de rotura prematura de membranas al inicio del parto y las infecciones uro-vaginales; sus repercusiones revelaron elevadas cifras de morbimortalidad perinatal por sepsis y deficiencias respiratorias, también alta morbilidad materna. Todo señala a implementar programas preventivos y mejorar la atención materno-neonatal.

**Palabras clave:** Corioamnionitis. Epidemiología. Resultados perinatales. Morbimortalidad.

## SUMMARY

**Objective:** To study the pregnant women complicated with chorioamnionitis, knowing its impact, identify characteristics and factors related maternal and establish maternal and perinatal impact.

**Methods:** Observational, descriptive, retrospective, epidemiological and analytical study of 44 pregnant women complicated with chorioamnionitis, which occurred during the period 2005-2009.

**Setting:** Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Universidad de Carabobo, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Results:** Maternal characteristics were predominant in patients living in urban region (45.45 %), single and concubines (77.27 %), maternal age between 20-24 years (40.91 %) and personal history hypertension (20.45 %). In obstetrical situation, first admission diagnosis of premature rupture of membranes 50 % and infection urology and vaginal 13.6 %, were multiparous 50 %, with 52.28 % of gestational age 36 weeks and less, in 84.08 % were induction-conduction of labor, ending 45.45 % cesarean. Outstanding risk factors, vaginal digital exam (4 and more) 40.9 %, exam gynecology and time between rupture of membranes at the onset of labor more than 12 hours 18.44 %, diagnosis was mainly clinical and laboratory, were treated with antibiotics in its entirety accompanied by oxytocic 68.18 %. The neonates were 48.84 % female, weighing between 3 000 and 3 499 g, 31.31 % and 28.89 % height 45-49 cm, Apgar Index 6 or less 28.94 %. Neonatal perinatal morbidity was 39.47 %, represented especially by sepsis and respiratory disease, maternal morbidity 56.81 %, given by sepsis and anemia in various forms, the overall perinatal mortality 28.88 %, fetal mortality 15.55 %, neonatal mortality 13.13 %, was decisive sepsis and prematurity in all these deaths.

**Conclusion:** The chorioamnionitis related to exam gynecology, premature rupture of membranes at the start time delivery and urology and vaginal infections; its impact revealed high numbers of perinatal morbidity and mortality from sepsis and respiratory impairment, also high maternal morbidity.

**Key words:** Chorioamnionitis. Epidemiology. Perinatal outcome. Morbidity.

## INTRODUCCIÓN

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 intra-amniótica (1,2).

La corioamnionitis histológica es la presencia de infiltrados polimorfonucleares en la placenta y sus membranas, es más frecuente que la corioamnionitis clínica; se encuentra en el 20 % de los embarazos a término y se eleva en los pretérminos, llegando hasta 60 % de los embarazos con pesos de mil a mil quinientos gramos. Se considera corioamnionitis subclínica la presencia de cultivos de líquido amniótico positivos, sin evidencia clínica de enfermedad, los organismos generalmente responsables de la corioamnionitis son los que normalmente se encuentran en la vagina, incluyendo la *Escherichia coli*, los estreptococos grupo B también pueden producir la infección (3,4).

El diagnóstico de la infección intra-amniótica es fundamentalmente clínico. La corioamnionitis se debe descartar en toda gestante que presente fiebre sin foco aparente, en especial si se sospecha o se ha diagnosticado rotura de membranas. Los criterios más usados son: fiebre materna y por lo menos dos de los siguientes signos: taquicardia materna, taquicardia fetal, irritabilidad uterina, leucocitosis materna, líquido amniótico purulento o fétido. Si hay taquicardia materna o fetal debe descartarse uso medicamentoso (betamiméticos, etc.). Los procedimientos clínicos y paraclínicos son de utilidad sobre todo en casos de duda o en la fase preclínica (1-6).

La importancia de esta patología está en relación con las severas repercusiones a corto y largo plazo tanto para la madre como para el feto y neonato. Se presenta en un 1 % a 2 % de todos los embarazos, pero es mucho más común en los partos prematuros. La corioamnionitis puede causar bacteremia en la madre y provocar un parto prematuro y una grave infección en el neonato con lesiones de piel, broncopulmonares, digestivas, etc., incluso neurológicas a largo plazo (7-10).

En Venezuela trabajos con el término corioamnionitis no encontramos, sin embargo, la presente patología ha sido estudiada desde varias vertientes, como mortalidad perinatal por amnionitis Merchán López 1962 (11), sepsis puerperal Uzcátegui y col. 1980 (12) y uso de antibióticos Sukerman y col. 1984 (13).

En nuestro hospital no hay publicaciones relativas hasta la fecha actual, de manera que en este estudio

planteamos determinar las características maternas, factores relacionados y las repercusiones perinatales.

## MÉTODOS

Se analizan las pacientes asistidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del hospital durante el período 2005-2009, cuyas historias clínicas ubicadas en el Departamento de Registro y Estadísticas fueron tabuladas con el diagnóstico definitivo de corioamnionitis. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo epidemiológico y analítico.

Se incluyeron las pacientes que por su clínica y hallazgos de laboratorio llenaban los criterios diagnósticos, los cuales señalamos en la introducción de este trabajo (1-6).

A cada una de ellas se les hizo una revisión detallada de las características o factores maternos (procedencia, estado civil, edad materna, antecedentes personales), su situación obstétrica (diagnóstico de ingreso, gestación, edad de embarazo, tipo de parto), los factores de riesgo y tratamiento recibido, el estado neonatal (sexo, peso, talla, índice Apgar) y finalmente la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Todos los datos fueron recabados en fichas de recolección y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el análisis respectivo.

## RESULTADOS

En el Cuadro 1 se presentan las características maternas. Predominaron las pacientes residentes en barrios (45,45 %), solteras y concubinas (77,27 %), edad materna entre 20-24 años (40,91 %) y antecedente personal hipertensión (20,45 %).

La situación obstétrica es resumida en el Cuadro 2. El diagnóstico de ingreso destacó la rotura prematura de membranas (RPM) 50 % (22/44) e infección urovaginal 13,6 % (6/44); el 50 %, fueron multigestas, edad de embarazo de 36 semanas y menos en 52,28 %. Hubo 84,08 casos conducidos y/o inducidos, terminaron en cesáreas 45,45 %, de las cuales 9,09 % fueron al ingreso o iniciales por razones obstétricas.

Los factores de riesgo resaltantes y el tratamiento empleado se muestran en el Cuadro 3. Como factor de riesgo destacado están los múltiples tactos (4 y más) 40,9 % (18/44) y tiempo entre rotura de membranas (RPM) a inicio de trabajo de parto mayor de 12 horas 18,44 % (8/44), el diagnóstico fundamentalmente fue clínico y laboratorio, fueron tratadas con antibióticos en su totalidad acompañadas por oxitócicos 68,18 % (30/44).

## CORIOAMNIONITIS

Cuadro 1  
Características maternas

Procedencia		Estado civil		Edad materna (años)		Antecedentes personales	
No	(%)	No	(%)	No	(%)	No	(%)
Barrio		Soltera		≤ 19		HTA	
20	(44,55)	19	(43,18)	9	(20,45)	9	(20,45)
Urbano		Concubina		20-24		Cesárea previa	
13	(29,55)	15	(34,09)	18	(40,41)	7	(15,9)
Rural		Casada		25-29		Aborto	
11	(25)	2	(4,55)	11	(25)	5	(11,36)
		No registrado		30-34		Diabetes	
		6	(16,63)	2	(4,54)	3	(6,81)
				35-40		Sin	
				41 y más		20	(45,45)
				1	(2,27)		

Cuadro 2  
Situación obstétrica

Diagnóstico de ingreso		Gestación		Edad gestación (semanas)		Tipo de parto	
No	(%)	No	(%)	No	(%)	No	(%)
RPM		I		22-27		Vaginal espontáneo	
22	(50)	17	(38,64)	6	(13,64)	3	(6,82)
Infección urogenital		II-VII				Vaginal conducido	
6	(13,6)			28-36		8	(20,45)
Trabajo de parto		VIII y más		17	(38,64)	Vaginal inducido	
11	(25)					11	(27,27)
HIE		5	(11,36)	37-41		Conducido: cesárea	
3	(6,81)			31	(47,72)	2	(4,55)
Otros						Cesárea inicial	
2	(4,54)					4	(9,09)
						Inducido: cesárea	
						14	(31,81)

En el Cuadro 4 se resume el estado neonatal. Los neonatos fueron femeninos 48,84 %, de peso entre 3 000 y 3 499 g, 31,31 % y tallas 45-49 cm en 28,89 %; tuvieron índice Apgar 6 o menos 28,94 % (11/38).

La morbimortalidad materna y perinatal es presentada en los Cuadros 5 y 6. La morbilidad perinatal neonatal fue 39,47 % (15/38), representada

especialmente por sepsis y patología respiratoria; la morbilidad materna 56,81 % (25/44), dada por sepsis en diversas modalidades y anemia; la mortalidad perinatal global 28,88 % (13/45), la mortalidad fetal 15,55 % (7/45), mortalidad neonatal 13,13 % (6/45), fue determinante la sepsis y prematuridad en todas estas muertes.

Cuadro 3  
Factores de riesgo y tratamiento

Factores de riesgo		Tratamiento	
Nº	(%)	Nº	(%)
Múltiple tactos (≥4)		Antibióticos, ocitocina, cesárea	
18	(40)	14	(31,82)
Tiempo RPM a inicio parto (≥12h)		Antibióticos y ocitocina	
8	(18,44)	10	(22,73)
Tiempo RPM a parto (≥24h)		Antibióticos, ocitocina, legrado	
5	(11,36)	4	(9,09)
Infección urogenital		Antibióticos y prostaglandina	
7	(15,90)	2	(4,54)
Sin		Antibiótico, cesárea	
6	(13,64)	11	(25)
		Antibiótico	
		3	(6,81)

Cuadro 4  
Estado neonatal\*

Sexo		Peso (g)		Talla (cm)		Índice Apgar (1 min)	
Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Masculino		≤ 2 499		≤39		1-3	
21	(46,67)	7	(15,56)	6	(13,33)	4	(10,53)
Femenino		2 501- 2 999		40-44		4-6	
22	(48,88)	10	(22,22)	12	(26,67)	7	(18,42)
No registrado		3 000-3 499		45-49		7-10	
2	(4,45)	14	(31,31)	13	(28,89)	27	(71,05)
		3 500-3 999		50-54			
		7	(15,56)	6	(13,13)		
		≥4 000		55-59			
		7	(15,56)	8	(17,77)		

\*Un embarazo gemelar

## DISCUSIÓN

La sepsis dentro del ambiente obstétrico ocupa un lugar especial que está relacionado con la calidad del servicio que se presta, también tiene importancia por las consecuencias que puede sufrir la madre y su producto. De una manera más específica con este trabajo el estudio de la corioamnionitis nos puede revelar detalles que nos pueden orientar a actividades preventivas valederas adecuadas a nuestra realidad hospitalaria o de servicio.

A pesar de lo conocido de esta patología propia del embarazo, no es muy abundante su bibliografía internacional y nacional, de hecho esta es la primera

revisión que sobre ella se realiza en este centro obstétrico, el cual tiene más de cuarenta años de actividades asistenciales; por ello no dudamos en decir que es muy probable que exista un subregistro en la muestra estudiada, una razón puede ser la diversa nomenclatura relacionada la cual ha ido cambiando con el tiempo, como son: fiebre puerperal, sepsis puerperal, infección ovular o fetal, infección amniótica, amnionitis, entre otras (14). Recientemente hay la tendencia a ser más preciso con los términos y el usualmente aceptado en la clínica obstétrica es el del corioamnionitis.

## CORIOAMNIONITIS

Cuadro 5

Morbi-mortalidad neonatal

Morbilidad	N°	%	Mortalidad	N°	%
Insuf. resp.	5	33,33	Prematurez	2	40
Insuf. resp/asfixia	1	6,66	Sepsis	3	60
Sepsis	2	13,13			
Sepsis/neumonía	1	6,66	Insuf/prematurez	1	20
Prematurez	2	13,13			
Otros	4	26,66			
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Morbilidad neonatal 39,47% (15/38); mortalidad fetal 15,55 % (7/45); mortalidad neonatal 13,13 % (6/45)

Insuf. resp: Insuficiencia respiratoria. Insuf./sepsis: insuficiencia respiratoria y sepsis

Cuadro 6  
Morbilidad materna

Morbilidad	N°	%
Síndrome febril	6	24
Infección herida	5	20
Endometritis	2	8
Sepsis	2	8
Anemia	9	36
Hipotonía uterina	1	4
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Morbilidad materna 25/44; 56,81%

Hemos encontrado 44 casos, cuyas características maternas generales no son distintas a las encontradas en otros trabajos (15), es decir, son pacientes jóvenes, provenientes de medios sociales con limitaciones socioeconómicas, hogares sin una estabilidad familiar, donde el antecedente familiar y personal frecuente es la hipertensión arterial. Por todo lo anterior intuimos que la pobreza, educación deficiente, falta de motivación y medidas sanitarias pueden estar presentes como factores favorecedores de diversas entidades médico-sociales.

Al analizar la situación obstétrica en lo relativo al diagnóstico de ingreso, encontramos que cinco de cada diez casos ingresaron por RPM, esta circunstancia ha sido citada por diversos autores (2,7,11,12,16,17), y la razón del origen de la sepsis es muy obvia, pues

el ascenso directo de gérmenes se facilita. Como segundo diagnóstico de ingreso estuvo las infecciones urovaginales, con 13,6 %, esto también ha sido reportado en investigaciones previas (5-7,18-20); la historia fisiopatológica de estas dos entidades, RPM e infecciones del tracto urológico y vaginal están íntimamente relacionadas, actualmente se conoce que las infecciones desencadenan procesos de las cascadas de activación de proteasas, citocinas y prostanglandinas, en la cual el resultado final es la debilidad y rotura de membranas, parto prematuro, además de infecciones intraamnióticas fetomaternas, esto está perfectamente documentado (1,2,10,21). Otro aspecto digno de comentarios resulta que más de la mitad fueron partos pretérmino, lo cual tiene relación con la iniciación del parto prematuro y la conducta obstétrica de interrumpir el embarazo independientemente de su edad de embarazo (1,2,10,14,21). Nos preocupa el hecho de que 45,45 % terminaron en cesárea, a pesar de que hubo 84,08 % de ellos que se condujeron o indujeron, y solo 9,9 % se les realizó cesárea de inicio por razones obstétricas, deben revisarse los protocolos del manejo de parto e indicación de cesáreas, esta situación ha sido reseñada por otros investigadores del tema (7).

Un aspecto al cual está dirigido esta investigación, es lo relativo a factores de riesgos resaltantes, a tal efecto se reportó que en cuatro de cada diez casos de corioamnionitis hubo múltiples tactos o tactos a repetición, cuatro o más durante el trabajo de parto, como es conocido esta exploración facilita el ascenso de microbios, y si hacemos un análisis concienzudo podemos decir que esta cifra debe ser mayor, pues

usualmente no se registran todos los tactos en las historias, este factor es uno de los que frecuentemente reportan los autores (7); en segundo término como otro factor de interés estuvo el tiempo entre el suceso de RPM y el inicio de trabajo de parto (igual o mayor a 12 horas), y el tiempo entre la RPM y el parto (igual o mayor a 24 horas); se encontró que casi una de cada tres pacientes presentaron este factor relacionado con la RPM, lo destacado de estos factores etiopatogénicos lo comentamos anteriormente (2,7,11,12,16,17); no se encontró factor aparente en alrededor del 10 % de las pacientes. Otro aspecto a comentar en este párrafo es lo relativo al tratamiento recibido, de acuerdo a lo referido todas recibieron antibióticos y casi el 70 % necesitó un método de inductor de las contracciones uterinas, lo cual está en concordancia con las pautas aceptadas en el manejo de esta entidad obstétrica (5,14,22).

Si revisamos aspectos relativos al estado neonatal observamos que la depresión neonatal estuvo presente en casi el 30 % o sea uno de cada tres neonatos necesitaron algún tipo de resucitación, lo cual es una cifra elevada, esta debe estar relacionada con la infección intrauterina y la elevada frecuencia del parto pretérmino en la muestra estudiada, esto ha sido referido previamente (1,8,17). Pero mayor importancia fue la elevada morbilidad neonatal en casi 40 % o lo que es igual en cuatro de cada diez, las patologías encontradas con mayor frecuencia fueron la insuficiencia respiratoria y la sepsis, por otra parte no debemos olvidar las serias repercusiones pulmonares neurológicas a mediano y largo plazo (7,12,23); de igual manera nos alarma la mortalidad perinatal de casi 30 %, sumando la mortalidad fetal y neonatal ambas mitades, los agentes causales son los mismos de la morbilidad, diversos trabajos señalan estas serias consecuencias (7,11,24). Estas terribles repercusiones son las que obligan a un mejor manejo y tratamiento de esta patología analizada en este trabajo. No podemos minimizar la elevada repercusión materna relativa a la morbilidad, fue casi 60 %, seis de cada diez, evidenciadas por sepsis y anemia, esta es la carga o penuria de una madre ante esta entidad las cuales han sido señaladas reiteradamente (7,12,25).

En suma, estamos ante una patología séptica del embarazo con elevadas repercusiones materno-feto-neonatales, que ocupan el campo de la morbilidad y mortalidad; como factores destacados encontrados en este trabajo están los múltiples tactos durante el trabajo de parto, la RPM y sus tiempos de latencias en el parto, las infecciones uro-vaginales. Las medidas preventivas adecuadas nacen al identificar estos

factores, entre ellas tenemos la asepsia y antisepsia de las pacientes, diagnosticar y tratar precozmente las entidades referidas, revisar sus protocolos de manejo, evitar el intervencionismo obstétrico innecesario; todo esto nos puede ahorrar funestas lamentaciones, si bien estas recomendaciones corresponden al campo asistencial, la docencia e investigación de la corioamnionitis no debe ser relegada a un segundo plano, debemos tenerla presente en todo plan preventivo y curativo de nuestros hospitales, hay que involucrar a todo el personal que trabaje en salud.

## REFERENCIAS

1. Castro M, Cancela M, Repetto M, Gutiérrez F, Piriz G, Castillo E, et al. Corioamnionitis histológica en el recién nacido menor de 1 000 gramos. Incidencia y resultados perinatales. *Revista Arch Pediatr Urug.* 2006;77:244-249.
2. Gómez R, Romero R. Rotura prematura de membrana y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, editores. *Obstetricia.* 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo; 2005.p.659-666.
3. Fahey J O. Clinical management of intra-amniotic infection and chorioamnionitis: A review of the literature. *J Midwifery Womens Health.* 2008;53: 227-235.
4. Abad L, Álvarez M, Becker J, Cano R. Diagnóstico de la corioamnionitis. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48:316-317.
5. Koch M, Romano MF, Jara ML, Sciangula M. Corioamnionitis. *Rev Pos VIa Cátedra Med.* N° 180, Buenos Aires; 2008.p.21-23.
6. Guntiñas Castillo A. Corioamnionitis. Disponible en: <http://www.espacioblog.com/alicia-guntinas/post/2008/06/20/corioamnionitis>
7. Baffoe P, Argilagos C, Toirac A, Arañó F. Repercusión de la corioamnionitis en los indicadores de salud maternoperinatales. *Revista electrónica de portales medicos.com* [online] enero 2008. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/910/1/Repercusion-de-la-corioamnionitis-en-losindicadores-de-salud-maternoperinatales.html>
8. Richardson B, Wakim E, Dasilva O, Walton J. Preterm histologic chorioamnionitis: Impact on cord gas and pH values and neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:1357-1365.
9. Rocha G, Proença E, Quintas C, Rodriguez T, Guimarães H. Chorioamnionitis and brain damage in the preterm newborn. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2007;20:745-749.
10. Gómez R, Romero R, Edwin S, David C. Pathogenesis of preterm labor and preterm premature rupture of membranes associated with intraamniotic infection. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11:135-176.

## CORIOAMNIONITIS

11. Merchán López D. Mortalidad perinatal por amnionitis. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1962;22:169-210.
12. Uzcátegui O, Dautant N, Sánchez W, Felder E. Infección puerperal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1980;40:95-98.
13. Sukerman E, Alonso J, Montalvo C, Rigano F. Clindamicina en infección puerperal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1984;44:9-14.
14. Espitia-De La Hoz F. Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008;59:231-237.
15. Faneite P, Rodríguez F, Rivera C, Faneite J, Duque J. Estado neonatal en prematuridad. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2008;68:222-227.
16. Tran SH, Cheng YW, Kaimal AJ, Caughey AB. Length of rupture of membranes in the setting of premature rupture of membranes at term and infectious maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:700.e1-5.
17. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J, Rodríguez F. Rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino en un centro hospitalario en Puerto Cabello, Venezuela. *Salud Libre, Colombia.* 2009;4:11-21.
18. Hitti J, Hillier SL, Agnew KJ, Krohn MA, Reisner DP, Eschenbach DA. Vaginal indicators of amniotic fluid infection in preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2001;97:211-219.
19. Al-Adnani M, Sebire NJ. The role of perinatal pathological examination in subclinical infection in obstetrics. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21:505-521.
20. Anderson BL, Simhan HN, Simons KM, Wiesenfeld HC. Untreated asymptomatic group B streptococcal bacteriuria early in pregnancy and chorioamnionitis at delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196:524.e1-5.
21. Shubert P, Diss E, Iams J. Etiology of preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1992;19:251-263.
22. Apgar BS, Greenberg G, Yen G. Prevention of group B streptococcal disease in the newborn. *Am Fam Physician.* 2005;71:903-910.
23. Driscoll SG. Chorioamnionitis: Perinatal morbidity and mortality. *Pediatr Infect Dis.* 1986;5(6 Suppl):273-275.
24. Adams-Chapman I, Stoll BJ. Neonatal infection and long-term neurodevelopmental outcome in the preterm infant. *Curr Opin Infect Dis.* 2006;19:290-297.
25. Lieberman E, Lang J, Richardson DK. Intrapartum maternal fever and neonatal outcome. *Pediatrics.* 2000;105:8-13.

Dirección electrónica: [faneitep@cantv.net](mailto:faneitep@cantv.net)



## FUNDASOG DE VENEZUELA

### Brazo educativo e informativo de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

Informa a los Miembros Afiliados de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, que las próximas pruebas de conocimiento de la especialidad para optar a la categoría de Miembro Titular, se realizarán en el marco de la:

- **XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología**, que se llevará a cabo del 28 de febrero al 3 de marzo de 2011, en el Eurobuilding Hotel & Suites, Caracas.

Características del examen:

1. Prueba escrita.
2. Un total de 100 preguntas de selección simple, 50 de Obstetricia y 50 de Ginecología.
3. Puntuación mínima para aprobación: 15/20 puntos.

#### Información:

Sede de la SOGV y FUNDASOG de Venezuela, Maternidad Concepción Palacios, Avenida San Martín, Caracas.

Teléfono: +58-212-461.64.42 Fax: +58-212-451.08.95