



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Shozo Uchimura, Nelson; Bataglini Grandi, Denis; Yamashita, Yandara Keiko; Teruya Uchimura,
Taqueto

Corioamnionite: prevalência, fatores de risco e mortalidade neonatal

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 29, núm. 2, 2007, pp. 159-164

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226621012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Corioamnionite: prevalência, fatores de risco e mortalidade neonatal

Nelson Shozo Uchimura^{1*}, Denis Bataglini Grandi¹, Yandara Keiko Yamashita¹ e Taqueco Teruya Uchimura²

¹Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: nuchimura@pop.com.br

RESUMO. A corioamnionite é a inflamação aguda das membranas placentárias determinada por agentes bacterianos que causam aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Objetivou-se determinar a prevalência, os fatores de risco e a mortalidade neonatal para corioamnionite em gestantes atendidas no Hospital Universitário de Maringá no ano de 1997. Foi um estudo transversal com os dados coletados do prontuário das pacientes. Utilizou-se o teste exato de Fisher e risco relativo para verificar a diferença das médias. Foram observados nove casos de corioamnionite (1,8%) entre as 504 gestantes atendidas. Os fatores de risco associados foram a média de idade de 24,6 anos, raça branca e a baixa escolaridade. A presença de dinâmica uterina foi um importante sinal de infecção, além da taquicardia materna e febre. A corioamnionite está associada à ocorrência de apresentação fetal pélvica/córmica, presença de líquido amniótico meconial/sanguinolento, baixo peso ao nascer e Apgar < 7, além do aumento na mortalidade neonatal.

Palavras-chave: corioamnionite, fatores de risco, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal.

ABSTRACT. Chorioamnionitis: prevalence, risk factors and neonatal mortality.

Chorioamnionitis is the acute inflammation of fetal membranes caused by a bacterial infection, leading to premature births and the increase of maternal and neonatal morbimortality. The objective of this study was to identify the prevalence, risk factors and neonatal mortality rates from chorioamnionitis in expectant mothers who were admitted to Maringá University Hospital in 1997. This cross-sectional study was performed using data collected medical records. Fisher's exact risk test and relative risk were utilized to verify the differences in the averages. Nine cases of chorioamnionitis (1.8%) were observed among 504 pregnant. The risk factors associated were a mean age of 24.6 years, Caucasian ethnicity and low level of schooling. The presence of uterine activity was an important sign of infection, in addition to tachycardia and fever in the mother. Chorioamnionitis was associated to pelvic/transversal fetal presentation, meconial/sanguinous amniotic fluid, low birth weight and Apgar score < 7, besides higher perinatal morbimortality.

Key words: chorioamnionitis, risk factors, low birth weight, perinatal mortality.

Introdução

Corioamnionite é a inflamação aguda das membranas placentárias, córion e âmnion, e é uma das principais causas de complicações maternas e fetais, que inclui o nascimento prematuro e infecções neonatais (Romero *et al.*, 2002; Ogunyemi *et al.*, 2003; Perroni *et al.*, 2006). A corioamnionite é causada por uma infecção bacteriana que, geralmente, inicia no trato urogenital da mãe (Belfort, 2002).

No estágio inicial da inflamação, os neutrófilos, envolvidos nesta resposta inflamatória, são, geralmente, de origem materna, e seguidos pelos neutrófilos fetais nos estágios posteriores (Naeye,

1987). Desta forma, o feto é exposto a um ambiente no qual um conjunto de citocinas e células inflamatórias estão presentes, potencializando o risco de o feto ter uma consequência neonatal adversa (Jobe e Ikegami, 1998).

A prevalência da corioamnionite ocorre em cerca de 2% dos nascimentos, porém quando há ruptura de membranas no pré-termo fica próximo a 10% e eleva-se para 40% quando as membranas se rompem por mais do que 24 horas antes do parto (Romero *et al.*, 2002). Assim, quanto maior o tempo de ruptura das membranas, maior o risco para a corioamnionite. Além disso, quanto menor a idade gestacional na hora da ruptura das membranas e do nascimento, maior a possibilidade de desenvolver

corioamnionite (Ramsey *et al.*, 2005). Embora a incidência de corioamnionite seja maior quando há ruptura de membranas, ela pode ocorrer com bolsa íntegra pela disseminação hematogênica ou mesmo devido à ascensão de alguma infecção vaginal ou ano-retal. Outros fatores de risco para a corioamnionite incluem: baixo nível socioeconômico, nuliparidade, parto prolongado, exames vaginais múltiplos e infecção pré-existente do trato genital inferior (Creasy *et al.*, 2004).

Podem surgir várias complicações graves da corioamnionite, como sepse materna e/ou neonatal e como consequência o óbito neonatal e/ou materno. O neonato pode também ser acometido por complicações como hemorragia intraventricular, paralisia cerebral, displasia broncopulmonar e outras complicações respiratórias. Quanto à mãe, ela pode desenvolver complicações como: infecções pélvicas e abdominais, endometrite, presença de coágulos sanguíneos na pelve e nos pulmões (Ramsey *et al.*, 2005).

Observa-se que quanto maior o período entre a ruptura das membranas fetais e o nascimento do feto maior a probabilidade de desenvolver infecção ascendente e a corioamnionite, e conseqüentes complicações que culminam com o agravamento da morbidade materna e neonatal (Ramsey *et al.*, 2005).

Para o diagnóstico da corioamnionite, é importante observar alguns sinais clínicos como a febre, a taquicardia materna e fetal, a leucocitose materna, a sudorese, o corrimento vaginal com odor fétido, o útero amolecido e pouco envolvido ao toque. A confirmação do diagnóstico pode ser feita pela cultura de sangue materno e do líquido amniótico com o intuito de procurar a bactéria causadora da infecção. O ultra-som pode ser realizado a fim de acompanhar o bem-estar fetal. Para o diagnóstico, também pode ser feita a dosagem de Proteína C Reativa (PCR), no sangue materno, com o intuito de detectar a infecção neste meio, embora alguns estudos contestem a eficácia deste método diagnóstico como marcador isolado de infecção intra-uterina (Brasil, 2003).

A prevenção da corioamnionite consiste em uso de antibióticos (penicilina G ou ampicilina) para evitar a colonização das membranas placentárias, principalmente na ruptura prematura de membranas, e na presença de cultura da secreção vaginal positiva (Bittar *et al.*, 2005). A amnioinfusão pode ser usada na profilaxia da corioamnionite, sendo constituída de uma infusão na cavidade amniótica de 10 a 25 mL minuto⁻¹ de soro fisiológico 0,9%, aquecido a 37°C, em um total de 22 a 600 mL, dependendo da idade gestacional. Este procedimento

visa aumentar o volume do líquido amniótico que está gravemente reduzido em ruptura de membranas, prevenindo a corioamnionite (Cecatti, 2006).

Embora a incidência de corioamnionite subclínica nas gestantes com ruptura prematura de membranas esteja em torno de 30%, as complicações infecciosas maternas graves são raras, caso o tratamento correto seja prontamente instituído (Mercer, 2003).

A justificativa para o estudo, no ano de 1997, se pontua nos resultados observados em estudos de série histórica de ruptura das membranas, realizados por Uchimura *et al.* (2007) que observaram a maior prevalência desta patologia no referido ano associada à corioamnionite. Assim, considerando sua importância clínica, estudou-se a ocorrência da corioamnionite para identificar seus fatores de risco, além de propor medidas preventivas e melhoria no atendimento dessas gestantes.

Material e métodos

O estudo transversal e retrospectivo analisou os 504 partos ocorridos no Hospital Universitário de Maringá no período de janeiro a dezembro de 1997.

Foram incluídos todos partos acima de 22 semanas, pois antes dessa idade gestacional é definida como abortamento (Brasil, 2003). Os dados do prontuário médico foram coletados com a ajuda de um formulário-padrão aprovado pelo Comitê de Ética e em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 046/2003).

As variáveis analisadas foram:

a) características biodemográficas: idade categorizada em gestantes adolescentes com idade menor de 20 anos e gestantes adultas com idade maior ou igual a 20 anos, raça em branca e não-branca; estado civil em casadas e não-casadas e o grau de escolaridade;

b) características ginecológicas e obstétricas: data da última menstruação; antecedentes de gestação (número de partos vaginais, cesáreas e abortos); dinâmica uterina classificando-se em presente quando ocorrer uma ou mais contrações em 10 minutos ou ausente; apresentação fetal definido como cefálica ou pélvica/córmica conforme a insinuação do pólo cefálico ou pélvico/acrômio na bacia; batimentos cardíaco-fetal (BCF), sendo números de batidas cardíacas do feto em 1 minuto; coloração do líquido amniótico (claro, meconial/sanguinolento, purulento ou fétido);

c) patologias maternas associadas durante gestação (hipertensão arterial, tanto a hipertensão

crônica como a doença hipertensiva específica da gravidez, infecção vaginal e infecção do trato urinário) e patologias fetais (malformações);

d) características do RN: baixo peso da criança – com peso inferior a 2.500 g; peso normal, a criança – com peso maior ou igual a 2.500 g; e sobrepeso – a criança com peso acima de 3.800 g; Apgar no 5º minuto para avaliar as condições clínicas da criança, considerada deprimida quando o índice for menor que 7;

e) a presença de um dos seguintes sinais em gestante com ruptura prematura de membranas foi considerada como corioamnionite (Brasil, 2003): febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), taquicardia materna (≥ 100 batimentos minuto^{-1}), taquicardia fetal (≥ 160 batimentos minuto^{-1}) ou bradicardia fetal (≤ 110 batimentos minuto^{-1}), leucocitose (≥ 15000 cél mm^{-3}), PCR positivo (≥ 6 mg L^{-1}) e a ultrassonografia com e sem oligodramnio;

f) outras variáveis estudadas: número de dias de internamento pós-parto; óbitos podendo ser materno, natimorto ou neonatal.

A data da última menstruação foi utilizada para cálculo da idade gestacional em semanas e confirmada pela ultra-sonografia em casos duvidosos.

Para a análise estatística dos dados, a população amostral foi dividida em dois grupos: grupo corioamnionite constituído por nove gestantes e grupo sem corioamnionite constituído por 495 gestantes. Os dados foram analisados por meio dos programas StatSoft, Inc. (1998) Statistic for Windows e Epi Info™ versão 3.2.2. Calculou-se a média e seu respectivo desvio-padrão (\pm) das variáveis quantitativas. Utilizou-se o Teste Exato de Fisher e risco relativo (RR) para se estimar a relação dos coeficientes de morbidade com intervalo de confiança [IC] de 95%, fixando-se em 5% ($p < 0,05$) o nível de rejeição para hipótese de nulidade.

Resultados

No período de janeiro a dezembro de 1997, foram atendidas 504 gestantes no Hospital Universitário de Maringá (HUM) sendo 64 (12,7%) casos de ruptura prematura de membranas e, desses, nove (1,8%) de corioamnionite. Todos os casos de corioamnionite ocorreram em gestantes com ruptura prematura de membranas.

As gestantes com corioamnionite se apresentaram com a faixa etária entre 16 a 33 anos com a média em $24,6 \pm 5,9$ anos. Em relação à escolaridade, apenas duas gestantes (22,2%) completaram o segundo grau, e as demais (77,8%)

apresentaram menor nível de escolaridade. Quando se considerou a raça, notou-se que apenas uma gestante (11,1%) com corioamnionite era da raça negra e oito (88,8%) eram da raça branca. Das gestantes com corioamnionite, seis (66,7%) eram casadas e três (33,3%) eram solteiras. Além disso, cinco (55,6%) eram primigestas e quatro (44,5%) eram multigestas. Em relação à antecedência de abortos, verificou-se que três (33,3%) gestantes apresentaram abortos de um a três casos. A idade gestacional variou de 23 a 36 semanas, com uma média de $28,2 \pm 4,8$ semanas.

Dentre as pacientes com corioamnionite, quatro (44,5%) apresentaram febre e seis (66,7%), a taquicardia materna (≥ 100 batimentos minuto^{-1}). A taquicardia fetal (≥ 160 batimentos minuto^{-1}) esteve presente em três (33,3%) casos. A leucocitose (≥ 15000 cél mm^{-3}) foi observada em três (33,33%) gestantes enquanto a proteína C reativa (PCR) só foi positiva em dois (22,2%) casos de corioamnionite (Figura 1).

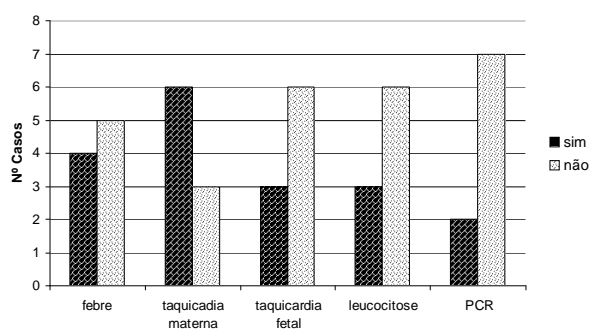


Figura 1. Sinais de infecção presentes nas gestantes com corioamnionite. Maringá, Estado do Paraná, 2006.

Ao analisar os grupos com e sem corioamnionite, verificou-se que entre as gestantes adolescentes a ocorrência da corioamnionite foi de apenas um caso, enquanto entre as gestantes adultas foram oito (27%) casos. Esta diferença não foi estatisticamente significativa. Em relação à raça e ao estado civil, também não apresentaram significância estatística, quando comparado o grupo corioamnionite com o grupo sem corioamnionite (Tabela 1).

Tabela 1. Corioamnionite segundo variáveis biodemográficas da mãe. Maringá, Estado do Paraná, 2006.

Variável	C	SC	χ^2	RR	IC	p
Idade			0,47			
< 20	1	133		0,34	0,04-2,72	0,45
> = 20	8	360		1		
Raça			0			
Branca	8	356		0,62	0,08-4,91	1
Não Branca	1	72		1		
Estado Civil			0,02			
Casada	6	313		1	0,29-4,87	1
Não-casada	3	159		1,18		

C: corioamnionite; SC: sem corioamnionite; χ^2 : teste exato de Fisher; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; p: nível de significância.

Considerando-se as variáveis obstétricas, entre as gestantes com corioamnionite, observaram-se duas (66,6%) com dinâmica uterina, presente no momento do parto, e uma (33,4%) com dinâmica ausente. Por outro lado, entre as gestantes sem corioamnionite, a presença ou não da dinâmica uterina foi, respectivamente, 25 (11,7%) e 189 (88,3%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com o RR = 14,07 [IC 1,32-150,02] para presença de dinâmica uterina em corioamnionite (Tabela 2).

Outra variável estudada foi a apresentação fetal, para a qual se observaram duas (33,4%) cefálicas e quatro (66,6%) pélvica/córmica nas gestantes com corioamnionite. Para as mulheres sem corioamnionite 350 (92,1%) gestantes tiveram apresentação fetal cefálica e 30 (7,9%) como pélvica/córmica. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com o RR = 20,71 [IC 3,93-108,95] para a apresentação pélvica/córmica em corioamnionite.

Quanto à coloração do líquido amniótico, observaram-se dois (50%) casos de cor clara e dois (50%) de cor meconial/sanguinolenta entre as gestantes com corioamnionite. Para as gestantes sem corioamnionite, foram verificados 306 (96,8%) e dez (3,2%) casos com líquido claro e meconial/sanguinolento, respectivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) e o RR = 25,67 [IC 3,94-167,07] para líquido meconial/sanguinolento em corioamnionite.

Quanto ao número de gestações e antecedentes de aborto, não houve diferença significativa entre o grupo corioamnionite em relação ao grupo sem corioamnionite. O mesmo ocorreu com a presença de oligodrâmnio na ultra-sonografia e doenças maternas associadas à gestação, tanto para a infecção do trato urinário quanto para a hipertensão arterial sistêmica, não apresentaram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de corioamnionite (Tabela 2).

A ocorrência do baixo peso, ao nascer, em seis (85,7%) das gestantes com corioamnionite se apresentou estatisticamente significativa comparada com as 76 (16,1%) gestantes sem corioamnionite, sendo o risco relativo de 28,98 [IC 3,54-237,48] (Tabela 3).

Em relação ao Apgar no 5º minuto, verificou-se que o grupo corioamnionite teve cinco (71,7%) casos de RN deprimidos e o grupo sem corioamnionite, 17 (3,7%) casos, o que foi estatisticamente significativa. Esta variável apresentou o maior risco relativo de 51,14 [IC 10,50-249,02] dentre as variáveis do RN estudadas.

Em relação à ocorrência de natimortalidade,

verificou-se que o grupo corioamnionite teve quatro (44,4%) casos e o grupo sem corioamnionite teve 14 (2,8%) casos, sendo esta diferença estatisticamente significativa com o risco relativo de 21,60 [IC 6,33-73,73].

Tabela 2. Corioamnionite segundo variáveis obstétricas. Maringá, Estado do Paraná, 2006.

Variável	C	SC	χ^2	RR	IC	p
Nº Gestações			0,20			
< 3	5	335		1		
> = 3	4	156		1,70	0,46-6,25	0,47
Aborto			1,25			
Sim	3	71		2,91	0,74-11,36	0,13
Não	6	424		1		
Dinâmica Uterina			3,94			
Presente	2	25		14,07	1,32-150,02	< 0,01
Ausente	1	189		1		
Ignorado	6					
Apresentação Fetal			18,61			
Cefálica	2	350		1		
Pélvica/córmica	4	30		20,71	3,93-108,95	< 0,01
Ignorado	3					
Líquido Amniótico			2,78			
Claro	2	306		1		
Meconial/sang	2	10		25,67	3,94-167,07	< 0,01
Ignorado	5					
Ultra-sonografia			1,40			
Oligodrâmnio	Não	1	30	1		
	Sim	3	14	5,47	0,62-48,61	0,12
Ignorado	5					
Inf. Trato Urinário			0,22			
Sim	1	51		1,09	0,14-8,52	1
Não	8	444		1		
Hipertensão Arterial			0,13			
Sim	1	16		3,58	0,47-27,04	0,26
Não	8	479		1		

C: corioamnionite; SC: sem corioamnionite; χ^2 : teste exato de Fisher; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; p: nível de significância.

Os óbitos neonatais apresentaram dois (22,2%) casos no grupo corioamnionite e três (0,6%) casos no grupo sem corioamnionite, e a diferença foi estatisticamente significativa com o risco relativo de 28,51 [IC 7,76-104,77]. No presente estudo, não se observou nenhum caso de mortalidade materna entre todas as gestantes analisadas (Tabela 3).

Tabela 3. Corioamnionite segundo variáveis do recém-nascido (RN). Maringá, Estado do Paraná, 2006.

Variável	C	SC	χ^2	RR	IC	p
Peso RN			18,85			
< 2500 g	6	76		28,98	3,54-237,48	< 0,001
> = 2500 g	1	395		1		
Ignorado	2					
Apgar 5º minuto			56,84			
< 7	5	17		51,14	10,50-249,02	< 0,001
> = 7	2	448		1		
Ignorado	2					
Natimorto			33,19			
Sim	4	14		21,60	6,33-73,73	< 0,001
Não	5	481		1		
Óbito neonatal			22,92			
Sim	2	3		28,51	7,76-104,77	< 0,001
Não	7	492		1		

C: corioamnionite; SC: sem corioamnionite; χ^2 : teste exato de Fisher; RR: risco relativo; IC: intervalo de confiança; p: nível de significância.

Discussão

A prevalência de corioamnionite entre as gestantes atendidas no Hospital Universitário de Maringá, no ano de 1997, foi de 1,8% (9/504), o que está de acordo com a literatura, que refere entre 1 a 5% das gestações, nas diversas regiões brasileiras (Belfort, 2002) e não difere muito com os valores relatados nos EUA onde a prevalência é em torno de 2% (Romero *et al.*, 2002).

Neste estudo, os sinais de infecção para corioamnionite mais prevalentes foram a taquicardia materna (66,7%) e a febre (44,5%) seguidos de taquicardia fetal (33,3%) e leucocitose (33,3%). A dosagem de PCR, considerada como bom marcador de infecção intra-uterina esteve presente em apenas 22,2% dos casos. Este resultado está de acordo com a conclusão da recente revisão sistemática realizada por Trochez-Martinez *et al.* (2007) que refere não haver evidência científica para o uso deste método no diagnóstico de corioamnionite. Portanto, apesar dos avanços tecnológicos, para a corioamnionite, o controle dos parâmetros clínicos maternos e fetais são os meios mais precoces e seguros de diagnósticos.

Embora a corioamnionite possa originar de disseminação via hematogênica, neste estudo, todos os casos ocorreram após ruptura prematura de membranas. Assim, pode-se verificar que em consonância com a literatura, a via mais comum de infecção em corioamnionite é a ascensão de germes anogenitais (Creasy *et al.*, 2004). Sendo a ruptura prematura de membranas, uma das causas mais frequentes de corioamnionite deve-se atentar para seus fatores de risco como baixo nível socioeconômico, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, conização de colo uterino, parto prematuro prévio, trabalho de parto prematuro e sangramento vaginal durante a gestação, sobre-distensão uterina (gestação gemelar e polidramnia), amniocentese e cerclagem cervical (Creasy *et al.*, 2004).

Entre todas as variáveis de risco estudadas, a presença da dinâmica uterina, no momento do parto, foi observada em dois (66,6%) casos de corioamnionite, enquanto entre as sem corioamnionite, a dinâmica estava presente em 25 (11,7%) gestantes com o risco relativo de 14,07 [IC 1,32-150,02], evidenciando a importância da presença da dinâmica uterina para o diagnóstico desta patologia, ou seja, da infecção intra-uterina.

Nos casos de corioamnionite, a apresentação fetal mais frequente foi pélvica/córmica com quatro casos (66,6%), e entre sem corioamnionite, a mesma

apresentação fetal foi 30 (7,9%), sendo esta diferença estatisticamente significativa com o risco relativo de 20,71 [IC 3,93-108,95]. Isto pode estar relacionado com a prematuridade, em que o feto ainda não adquiriu a posição cefálica. Este fato deve ser considerado, no momento da interrupção da gestação com corioamnionite, pois além do risco da prematuridade e da infecção intra-uterina pode estar associado à apresentação pélvica ou córmica, dificultando ainda mais a assistência do parto.

Das gestantes com corioamnionite, observaram-se dois (50%) casos com líquido amniótico meconial/sanguinolento, enquanto nas gestantes sem corioamnionite observou-se esta alteração em dez (3,2%) delas. A diferença foi estatisticamente significativa com o risco relativo de 25,67 [IC 3,94-167,07] para líquido amniótico meconial/sanguinolento em gestante com corioamnionite que indica a gravidade do quadro clínico e leva a sofrimento fetal agudo.

Os RN de gestantes com corioamnionite apresentam baixo peso ao nascer e menores escores de Apgar no 5º minuto, quando comparado àqueles sem a infecção. Estas alterações são decorrentes do edema das vilosidades coriais, provocada pela infecção, comprimindo os vasos fetais e acarretam hipóxia e má nutrição intra-uterina (Naeye *et al.*, 1983; Rocha *et al.*, 2002).

Nesse estudo, ao analisar o peso do RN em seis (85,7%) casos de corioamnionite, verificou-se baixo peso ao nascer, enquanto que em 76 (16,1%) dos RN de gestantes sem corioamnionite apresentaram esta alteração. Esta diferença foi estatisticamente significativa com o risco relativo de 28,98 [IC 3,54-237,48] para RN de baixo peso em gestante com infecção intra-uterina. Percebe-se, deste modo, a importância da ruptura prematura de membranas que precede a corioamnionite no desenvolvimento fisiológico da gestação, altera o curso normal de evolução e levando às morbidades neonatais. Estes resultados confirmam os de Ramsey *et al.* (2005) que concluíram que nascimentos de RN com baixo peso ocorrem em maior proporção nas gestações com corioamnionite do que nas gestações sem corioamnionite.

Os estudos de Dexter *et al.* (1999) referem que RN de baixo peso com Apgar no 5º minuto < 7 está associado à corioamnionite na gestação. Neste estudo, verificou-se essa associação em que cinco (71,4%) dos RN entre as gestantes com corioamnionite apresentaram Apgar no 5º minuto < 7 enquanto 17 (3,7%) RNs entre as sem corioamnionite, sugerindo que uma gestante que desenvolve infecção intra-uterina tem um risco de

51 vezes maior de ter RN deprimido.

O número de natimortos na presença de corioamnionite foi quatro (44,4%) casos e sem corioamnionite foi 14 (2,8%), sendo esta diferença estatisticamente significativa, concluindo ser a corioamnionite um fator de risco importante para a ocorrência de natimortalidade (RR = 21,60 IC = 6,33-73,73), principalmente por septicemia. Considerando-se o número de óbitos neonatais, notou-se a ocorrência de dois (22,2%) casos no grupo com corioamnionite e três (0,6%) casos no grupo sem corioamnionite, com RR = 28,51 e IC = 7,76-104,77. Portanto, dentre os nove nascimentos com corioamnionite apenas três sobreviveram sendo os óbitos fetais e neonatais uma grave consequência desta patologia e está associado não somente a prematuridade, mas a infecção pulmonar e a septicemia neonatal (Ramsey et al., 2005).

No presente estudo, não se observou nenhum caso de óbito materno, muitas vezes associado à corioamnionite com graves consequências socioeconômicas à família e à sociedade.

Conclusão

A ocorrência de corioamnionite, neste estudo, foi de 1,8% e da ruptura prematura de membranas 12,7%. As gestantes, com idade média de 24 anos, se apresentaram como a população de risco para a corioamnionite, o mesmo ocorrendo para a raça branca e a baixa escolaridade.

A presença de dinâmica uterina é um sinal importante no diagnóstico de corioamnionite além da taquicardia materna e febre. Por outro lado, a corioamnionite está associada à ocorrência de apresentação fetal pélvica ou cômica, ao sofrimento fetal caracterizado pela presença de líquido amniótico meconial/sanguinolento, baixo peso ao nascer e Apgar < 7, além do aumento na mortalidade neonatal.

Assim, como medidas preventivas, sugerem-se melhor assistência no pré-natal de gestantes jovens, de baixa escolaridade, de raça branca, atentando-se para infecções vaginais para prevenir a ascensão de germes ano-genitais.

Referências

BELFORT, P. Amniorrexe prematura. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 30 B, p. 881-891.

BITTAR, R.E. et al. Management of preterm labor. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 561-566, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CECATTI, J.G. *Hidratação materna e amnioinfusão: como e quando?* Disponível em: <http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/anaís_go/cap02_6.asp>. Acesso em: 27 jul. 2006.

CREASY, R.K. et al. *Maternal-fetal medicine: principles and practice*. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 2004.

DEXTER, S.C. et al. Influence of chorioamnionitis on developmental outcome in very low birth weight infants. *Obstet. Gynecol.*, Washington, D.C., v. 94, p. 267-273, 1999.

JOBE, A.H.; IKEGAMI, M. Mechanisms initiating lung injury in the preterm. *Early Hum. Dev.*, London, v. 53, p. 81-94, 1998.

MERCER, M.M. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet. Gynecol.*, Washington, D.C., v. 101, n. 1, p. 178-193, 2003.

NAEYE, R.L. Functionally important disorders of the placenta, umbilical cord, and fetal membranes. *Hum. Pathol.*, Philadelphia, v. 18, p. 680-691, 1987.

NAEYE, R.L. et al. The clinical significance of placental villous edema. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 71, p. 588-594, 1983.

OGUNYEMI, D. et al. The relationship between placental histopathology findings and perinatal outcome in preterm infants. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.*, London, v. 13, p. 102-109, 2003.

PERRONI, A.G. et al. Corioamnionite como causa de trabalho de parto prematuro espontâneo. *Femina*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 67-71, 2006.

RAMSEY, P.S. et al. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, Washington, D.C., v. 192, p. 1162-1166, 2005.

ROCHA, J.E.S. et al. Morbidade materna e morbimortalidade perinatal associada à infecção ascendente na rotura prematura das membranas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 15-20, 2002.

ROMERO, R. et al. Infection and prematurity and the role of preventive strategies. *Semin Neonatol.*, London, v. 7, p. 259-274, 2002.

TROCHEZ-MARTINEZ, R.D. et al. Use of C-reactive protein as a predictor of chorioamnionitis in preterm prelabour rupture of membranes: a systematic review. *BJOG*, London, v. 114, n. 7, p. 796-801, 2007.

UCHIMURA, N.S. et al. Série histórica da prevalência de ruptura prematura de membranas e de trabalho de parto prematuro em Hospital Universitário de Maringá-PR, 1997-2003. *RAMB* 2007. (submetido).

Received on March 07, 2006.

Accepted on August 17, 2007.