

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA  
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



CARACTERIZACION CLÍNICA Y RESULTADOS DE LA PACIENTE CON MANEJO  
CONSERVADOR DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE LA MUJER DURANTE EL PERÍODO 2023-2024.

Presentado Por:

Dra. Lily Marcela Cornejo Maldonado

Para Optar al Título de

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

Dr. Efraín Lima

CIUDAD UNIVERSITARIA "DR. FABIO  
CASTILLO FIGUEROA" EL SALVADOR,  
DICIEMBRE DE 2025.

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

### **RECTOR**

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla.

### **VICERRECTORA ACADEMICA**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán.

### **VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

M.Sc. Roger Arias.

### **SECRETARIO GENERAL**

Lic. Pedro Rosalío Escobar Cataned

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD**

### **DECANO**

Dr. Saúl Díaz Peña

### **VICEDECANO**

Dr. C. Franklín Arnulfo Méndez Durán

### **SECRETARIO**

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA**

Dr. Giovanni Alexander Polanco García

### **DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD M.SC.**

Mónica Raquel Ventura de Ramos

### **DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO**

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

### **COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS**

Dra. Blanca Aracely Martínez

### **COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Dra. Claudia Margarita de Blanco

# INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
OBJETIVO GENERAL .....	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	10
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>11</b>
1. <i>Tipo de investigación</i> .....	11
2. <i>Ubicación</i> .....	11
3. <i>Período</i> .....	11
4. <i>Universo</i> .....	11
5. <i>Muestra</i> .....	11
6. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i> .....	12
7. <i>Métodos de recolección de datos</i> .....	12
8. <i>Tabulación de los datos</i> .....	12
9. <i>Análisis de los datos</i> .....	13
10. <i>Limitantes del estudio</i> .....	13
<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS</b> .....	<b>14</b>
<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>34</b>
<b>INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>35</b>

## RESUMEN

La presente investigación tiene como título la Caracterización clínica y resultados perinatales de la paciente en manejo conservador de ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional de la Mujer 2023-2024.

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. El manejo conservador es la estrategia recomendada en la mayoría de los casos de RPM pretérmino cuando no existen signos de corioamnionitis, sufrimiento fetal, abrupcio placentae o contraindicación materna. Su objetivo principal es prolongar la gestación para mejorar los resultados perinatales, reduciendo riesgos asociados a la prematurez. Este enfoque se fundamenta en la hospitalización de la paciente, monitorización materno-fetal y el uso de intervenciones específicas como corticoides para maduración pulmonar, antibióticos profilácticos para prolongar la latencia y disminuir la infección, y tocolítics en casos seleccionados. El control clínico incluye vigilancia de temperatura materna, biomarcadores inflamatorios, dinámica uterina, vitalidad fetal y volumen de líquido amniótico.

El trabajo tuvo los objetivos de caracterizar clínicamente a las pacientes con ruptura prematura de membranas sometidas a manejo conservador, así como detallar las principales complicaciones maternas y neonatales asociadas a esta conducta.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, en el cual se analizaron los registros clínicos de pacientes diagnosticadas con ruptura prematura de membranas y tratadas mediante el manejo conservador en el servicio de medicina materno fetal en el Hospital Nacional de la Mujer, donde se realizó una revisión de 144 expedientes, donde se llenó un instrumento y su información se vació en una matriz en Excel.

Los resultados evidenciaron que las complicaciones maternas más frecuentes fueron la corioamnionitis en un 40%, la sepsis materna en un 20% y la endometritis en el 20% de la población. En cuanto a las complicaciones neonatales predominó el síndrome de

distrés respiratorio con el 70%, la sepsis neonatal en un 53.3% y la neumonía en el 53.3%. Respecto al porcentaje de mortalidad neonatal, se evidenció que el 25% de los neonatos falleció, lo cual puede ser relacionado a la prematurez y las infecciones concomitantes del recién nacido.

## INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. (13)

En base a los estudios a nivel mundial se considera que la mayoría de las RPM son a término (8% gestaciones) y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24 horas (72%-95%). (17)

En el país se han desarrollado guías institucionales y protocolos que abordan la RPM en sus variantes, incluyendo el manejo conservador planteando la necesidad de estandarizar los procedimientos asistenciales para mejorar calidad, referencia, tratamiento y reducir morbi-mortalidad materna y perinatal.

Existen protocolos oficiales del Ministerio de Salud de El Salvador que contemplan el “tratamiento conservador en casos de ruptura prematura de membranas pretérmino” como parte del manejo clínico obstétrico.

Según el reporte de los “Lineamientos técnicos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas” del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), en los últimos cinco años el sistema de morbi-mortalidad (SIMMOW) registró 4 492 ingresos por RPM en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). (25)

El protocolo actualizado desde el 2022, el cual se aplica a embarazos de las 24 a las 34 semanas de gestación, con el propósito de completar maduración pulmonar, ganancia de peso fetal además se investiga etiología de un probable cuadro infeccioso, con diferentes estudios; con el fin de mejorar pronóstico y disminuir tasas de parto inmaduro (24). Por lo que se realizó un estudio para determinar la caracterización de las pacientes así como las complicaciones que tiene el manejo conservador de ruptura prematura de membranas.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ruptura prematura de membranas se presenta en el 3-10% de los embarazos y es responsable de aproximadamente una cuarta parte de los partos prematuros. (12)

Es la responsable de la tercera parte de los partos pretérminos. El parto prematuro es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatal. (20) Se define como la ruptura prematura de membranas pretérmino aquella que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. (1)

La causa de la ruptura prematura de membranas se desconoce en la mayoría de los casos, ya que esta es multifactorial; una de las causas es la infección intraamniótica, se considera que es el principal agente causal de los parto pretérmino, aproximadamente del 30%. (19) En la Ruptura Prematura de Membranas de Pretérmino, la mayoría de los nacimientos ocurre dentro de los siete días y en más del 75% de los casos, dentro de las dos semanas (18).

Cuando la duración de la Ruptura de la membrana es de 18 horas o menos, la tasa de infección es de 0.7 por 1000 nacidos vivos, pero cuando es superior a 30 horas, aumenta a 18.3 por 1000 nacidos vivos (33).

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar el perfil epidemiológico de las pacientes que se encuentran en manejo conservador por ruptura prematura de membranas, así como determinar las complicaciones maternas y neonatales que se presentan con mayor frecuencia en las gestantes a las que se le ha brindado manejo conservador.

La investigación planteaba el determinar los resultados sobre la siguiente pregunta ¿Cuáles son las características clínicas y perinatales de las pacientes en manejo conservador de ruptura prematura de membranas?

## JUSTIFICACIÓN

El manejo conservador se ha consolidado internacionalmente como una estrategia eficaz para prolongar la gestación, disminuir complicaciones asociadas a la prematurez y optimizar los resultados perinatales cuando no existen signos de infección ni contraindicación obstétrica (5). Sin embargo, su aplicación clínica exige protocolos claros, disponibilidad de recursos y vigilancia estricta, factores que pueden variar ampliamente según el contexto local.

En El Salvador al igual que en otros países en vías de desarrollo la morbimortalidad debido a la prematurez es muy alta siendo la causa principal de muerte en niños menores de 28 días de vida cada año (7). El país tiene una tasa de 8 por cada 1000 nacidos vivos, con un índice nacional de 7.92%; por lo que es considerado un problema grave de salud que afecta al binomio madre-feto además de la calidad y pronóstico de vida (12).

A pesar de que existen lineamientos institucionales para la atención de la RPM, la evidencia científica disponible a nivel nacional y local es limitada. Los estudios publicados son escasos, heterogéneos y en su mayoría provenientes de hospitales de referencia, lo que dificulta generalizar los resultados al resto del país.

Por ello, se consideró necesario analizar y documentar el manejo conservador de la RPM en el entorno, no solo para comprender los resultados obtenidos en la práctica clínica, sino también para identificar brechas, necesidades y oportunidades de mejora en la atención obstétrica. La generación de evidencia local permitirá fortalecer los protocolos existentes, homogeneizar criterios de actuación y promover una atención basada en datos propios, contextualizados a las características epidemiológicas, sociales y de acceso del país.

Entre el mes de enero a septiembre de 2024 se han atendido aproximadamente 40 pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas en manejo conservador ingresadas en el servicio de medicina materno fetal. Por lo tanto, es de gran valor científico estudiar la caracterización de el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas de las pacientes del Hospital Nacional de la Mujer.

## ANTECEDENTES

La ruptura prematura de membranas se define como la pérdida de la continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional (12).

Representa una de las principales complicaciones obstétricas con una incidencia que oscila entre el 2% y el 10% de los embarazos.(6) Su importancia radica en las consecuencias que puede generar tanto para la madre como para el feto, ya que incrementa el riesgo de infecciones, parto pretermino y morbilidad neonatal (2).

El manejo de la ruptura prematura de membranas depende en gran medida de la edad gestacional, el estado fetal y la presencia de signos de infección. En los casos en que la gestación aún no ha alcanzado la madurez pulmonar fetal, (27) el manejo conservador constituye una estrategia orientada para prolongar el embarazo y mejorar los resultados neonatales, siempre bajo estricta vigilancia clínica y paraclínica. (29) Sin embargo este enfoque no está exento de riesgos, ya que puede favorecer la aparición de infecciones maternas como la corioamnionitis, sepsis y endometritis, así como complicaciones neonatales, entre ellas la sepsis y la neumonía (3).

En un país de ingresos medios-bajos, la University Hospital of Kinshasa (República Democrática del Congo) publicó un estudio (2022) de expectant management de PPRM antes de 34 semanas: en 113 pacientes se observó que la latencia mediana fue de 8 días (rango 0.17–39 días), y la edad gestacional promedio al parto fue  $32.85 \pm 2.5$  semanas. Complicaciones: corioamnionitis 23 %, peso al nacer <1000 g asociado a mayor mortalidad neonatal (33).

En América Latina, el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas (RPM), especialmente en su forma pretérmino, se ha consolidado como una práctica habitual respaldada por diversas guías regionales. Sin embargo, aunque la RPM es un problema frecuente en la región —con incidencias estimadas entre 5 % y 14 % según series de Argentina, Chile y Brasil— la evidencia científica latinoamericana sigue siendo limitada, heterogénea y mayoritariamente derivada de estudios hospitalarios aislados o

trabajos académicos locales (30). Esto se refleja tanto en la falta de estandarización de protocolos como en la ausencia de análisis comparativos robustos entre manejo conservador y manejo activo, lo que dificulta generar conclusiones generalizables.

Estudios en Brasil, México, Perú, Ecuador, Nicaragua y Paraguay han analizado factores de riesgo de RPM pretérmino (bajo nivel socioeconómico, baja escolaridad, infecciones genitourinarias, anemia, pocos controles prenatales, procedencia rural, etc.), mostrando que la RPM es un problema frecuente y fuertemente asociado a determinantes sociales (29).

En varios documentos latinoamericanos (Perú, México, Nicaragua) se insiste en que no existen estadísticas nacionales precisas **sobre** frecuencia de RPM y resultados según tipo de manejo, debido a la escasez de estudios con buen diseño y a que muchos datos provienen de un solo hospital o tesis de pregrado/postgrado (29).

En un estudio publicado por la Universidad de El Salvador sobre el manejo conservador de RPM entre 24 y 33 semanas, se reportó que el 91.6 % de las gestantes diagnosticadas con RPM en ese rango recibieron manejo conservador . la tasa de mortalidad neonatal fue del 3 % para los casos con manejo conservador (35).

En este contexto, la caracterización clínica de las pacientes sometidas a manejo conservador resulta esencial para optimizar los protocolos de atención y establecer criterios claros para la toma de decisiones. Por ello este estudio busca aportar datos relevantes sobre las características clínicas, así como las principales complicaciones maternas y neonatales asociadas, contribuyendo al fortalecimiento de la evidencia clínica y a la mejora de la atención obstétrica.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Describir las características clínicas y resultados perinatales de las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas que se encuentran en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer 2023 - 2024

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Caracterizar las pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador que ingresen al servicio de medicina materno fetal.
- 2- Detallar las principales complicaciones maternas en pacientes con manejo conservador de ruptura prematura de membranas.
- 3- Describir las principales complicaciones neonatales de los embarazos en manejo conservador de ruptura de membranas.

## METODOLOGÍA

### 1. Tipo de investigación

Cuantitativo descriptivo, transversal de tipo retrospectivo.

### 2. Ubicación

La estudio se realizó en el Hospital Nacional de la Mujer ubicado en 25 avenida sur y calle Francisco Menéndez, Antigua Quinta María Luisa, Barrio Santa Anita, San Salvador, El Salvador

### 3. Período

El periodo comprende entre los años 2023 y 2024

### 4. Universo

Se conformó con cada historia clínica de gestantes con ruptura prematura de membranas con fetos pretérmino del servicio de medicina materno fetal del hospital sede del presente trabajo de investigación. El universo comprende de un estimado de 144 gestantes atendidas con este diagnóstico.

### 5. Muestra

La muestra fué constituida por las embarazadas con el diagnostico de ruptura prematura de membranas con manejo conservador y se seleccionará de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, siendo esta de 60 pacientes

## 6. Criterios de inclusión y exclusión

### - Criterios de inclusión

- Gestantes con Embarazo Pretérmino que Ingresan con diagnóstico de Ruptura prematura de Membranas al Servicio de Medicina materno fetal
- Historia clínica materna y neonatal disponible con información requerida completa de gestantes que recibieron manejo conservador de ruptura prematura de membranas en el servicio de medicina materno fetal, en el período de estudio.

### - Criterios de exclusión

- Diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas fetales
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.
- Embarazos gemelares
- Óbitos fetales.

## 7. Métodos de recolección de datos:

La obtención de datos del estudio se realizó a través de un instrumento de recolección de datos, mediante la revisión de expedientes clínicos, con el fin de determinar cuales de los items del cuestionario estuvieron presente o no en el cuadro clínico

## 8. Tabulación de los datos

Con los datos obtenidos se realizó la tabulación de los resultados mediante el programa de Microsoft Excel 365 para determinar la frecuencia de cada item del instrumento.

Posteriormente se realizó un vaciado de los items de cada instrumento en una matriz de datos en excel y estas tablas de frecuencia se transforman en graficos de barras con la frecuencia y sus respectivos porcentajes de cada una de las variables que se toman en el estudio, con el fin de lograr realizar un analisis de los datos obtenidos durante la investigación

## 9. Analisis de los datos

Luego de obtener los datos de los expedientes clínicos, fueron analizados y comparados con los diferentes estudios que se han tomado como revisión bibliográfica, se correlacionaron los resultados con el proposito de obtener la caracterización de las pacientes con ruptura prematura de membranas con manejo conservador asi como las complicaciones maternas y fetales que se dan, para una adecuada obtención de conocimiento científico.

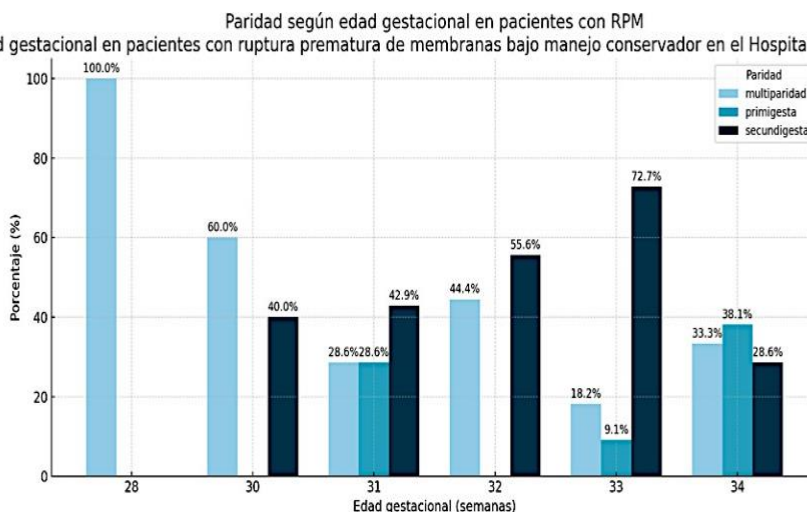
## 10. Limitantes del estudio

- Falta de información de datos epidemiológicos como en el CLAP asi como en el expediente clínico.
- Pacientes quienes ingresaban con diagnostico de ruptura prematura de membranas para manejo conservador en el servicio de medicina materno fetal sin embargo se descartaba diagnostico en servicio ya que no cumplen criterios.
- Falta de información sobre evolución del recién nacido y patologías de base.

## RESULTADOS Y ANÁLISIS

Objetivo 1: Caracterizar las pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador que ingresen al servicio de medicina materno fetal.

Gráfico 1. Paridad según la edad gestacional en pacientes con ruptura prematura de membranas bajo manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, años 2023-2024.



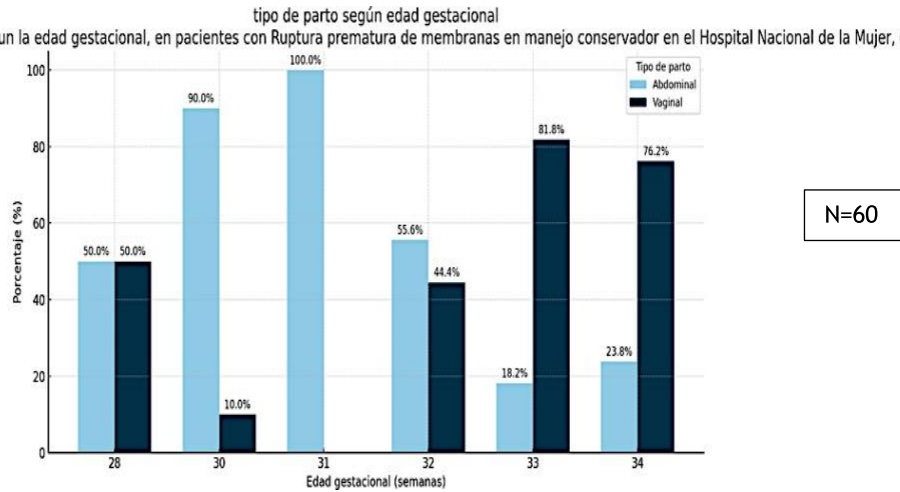
Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 1. De las pacientes ingresadas en el servicio de medicina materno fetal, se evidencia que en aquellos embarazos de 28 semanas, el 100% de las pacientes eran multíparas. En los embarazos de 30 semanas el 40% eran secundigestas y el 60% multíparas; no hubo primigestas.

En los embarazos de 31 semanas, el 28.6% eran primigestas, 42.9% secundigestas y 28.6% multíparas.

En las pacientes con embarazo de 32 semanas, el 55.6% eran secundigestas y 44.4% multíparas; sin primigestas. En los embarazos de 33 semanas el 9.1% eran primigestas, 72.7% secundigestas y 18.2% multíparas. En los embarazos de 34 semanas, el 38.1% eran primigestas, 28.6% secundigestas y 33.3% multíparas.

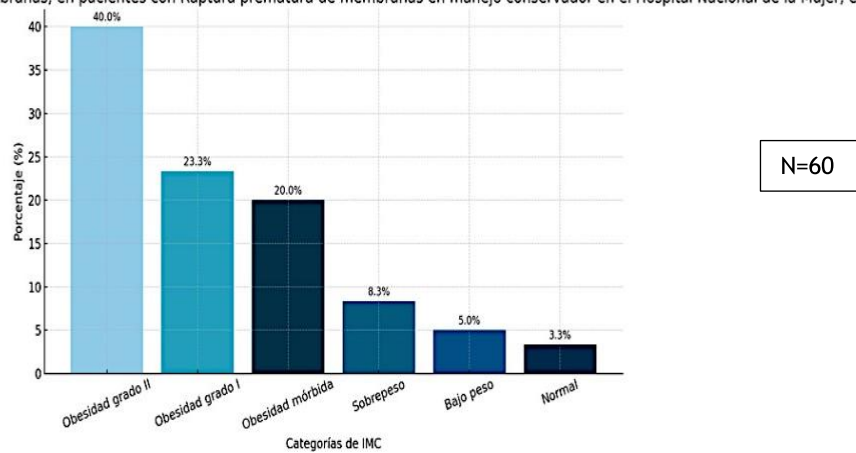
Gráfico 2: Relación entre el tipo de parto según la edad gestacional, en pacientes con Ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 2: El tipo de parto más frecuente fue el parto vaginal, con un 51.7%, siendo ligeramente mayor que el parto por cesárea, que representó el 48.3%

Gráfica 3: IMC con la ruptura prematura de membranas, en pacientes con Ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024

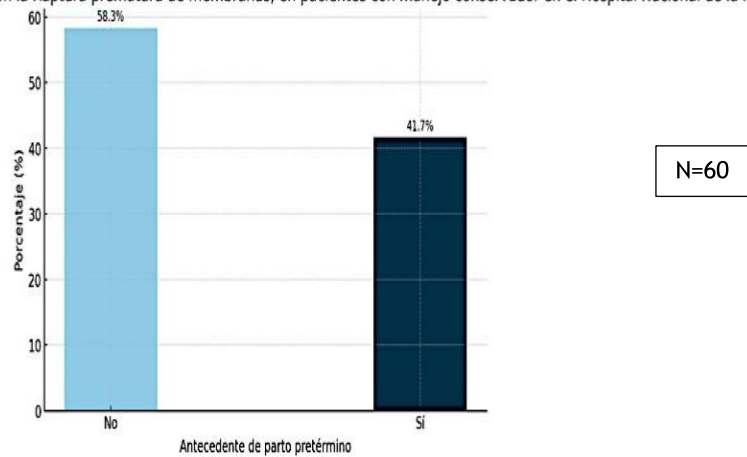


Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 3: El 83.3% de las pacientes tenían algún grado de exceso de peso u obesidad.

La mayoría de las pacientes con ruptura prematura de membranas presentaron exceso de peso, destacando un predominio de obesidad grado II (40%) y obesidad grado I (23.3%).

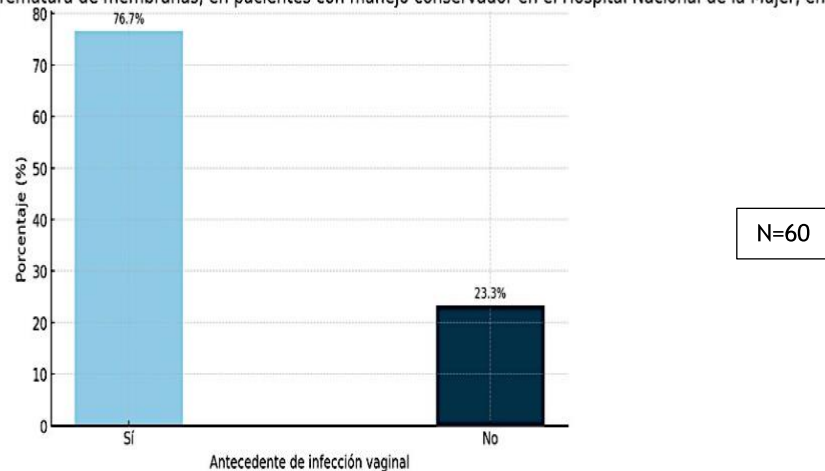
Gráfico 4: Asociación de antecedente de parto pretermino con la Ruptura prematura de membranas, en pacientes con manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 4: El 41.7% de las pacientes con ruptura prematura de membranas presentaron antecedente de parto pretérmino, mientras que el 58.3% no tenían este antecedente.

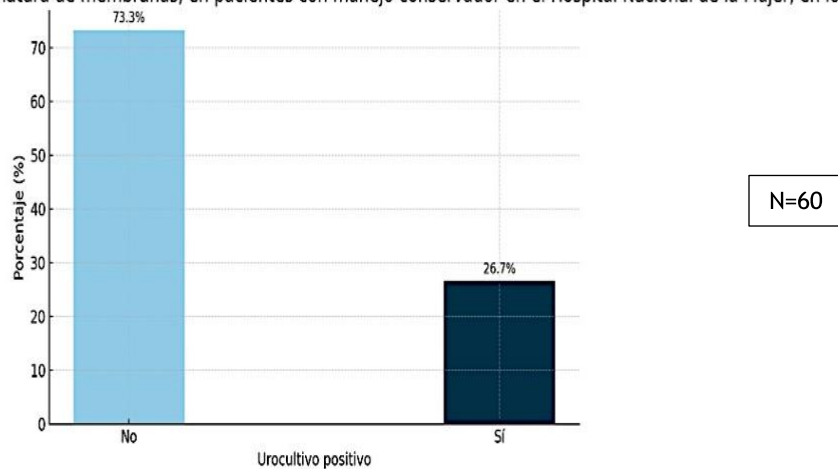
Gráfico 5: pacientes con vaginosis y ruptura prematura de membranas, en pacientes con manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 5: Los resultados evidencian que la mayoría de las pacientes (76.7%) presentaron antecedente de infección vaginal, mientras que solo el 23.3% no reportó dicho antecedente.

Gráfico 6: Relación entre IVU y ruptura prematura de membranas, en pacientes con manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024

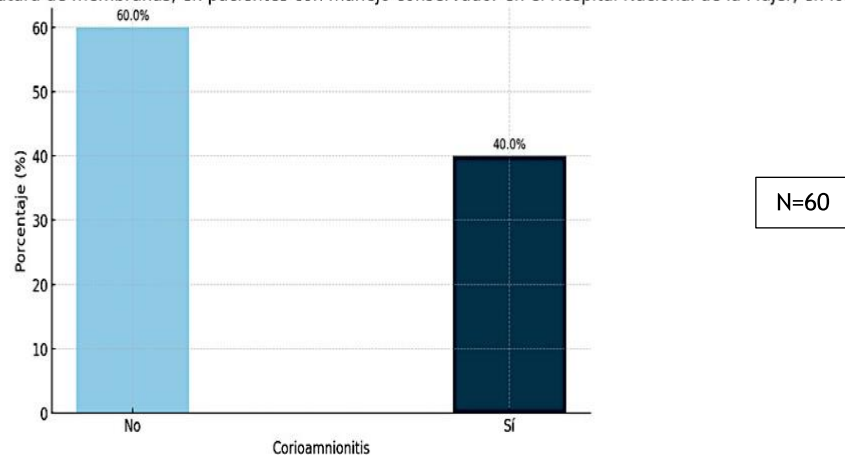


Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 6: muestra la distribución de pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) según la presencia o ausencia de infección urinaria confirmada mediante urocultivo. Los resultados indican que solo el 26.7% de las pacientes presentaron un urocultivo positivo, mientras que la mayoría, el 73.3%, no mostraron evidencia de infección urinaria al momento de la evaluación.

Objetivo 2: Detallar las principales complicaciones maternas en pacientes con manejo conservador de ruptura prematura de membranas.

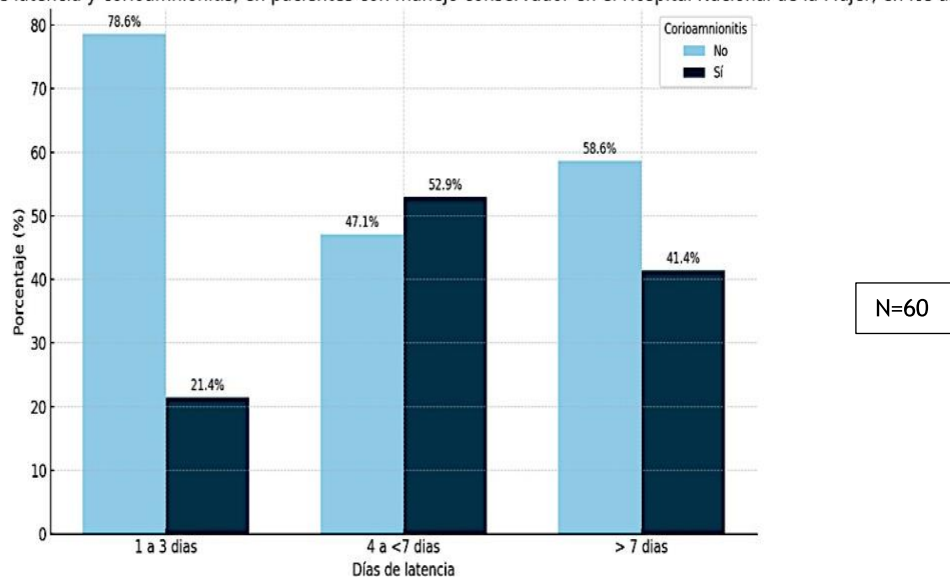
Gráfico 7: Corioamnionitis y ruptura prematura de membranas, en pacientes con manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Grafico 7: distribución de pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) según la presencia de corioamnionitis. Los resultados evidencian **que** el 40% de las pacientes desarrollaron corioamnionitis, mientras que el 60% no presentó esta complicación.

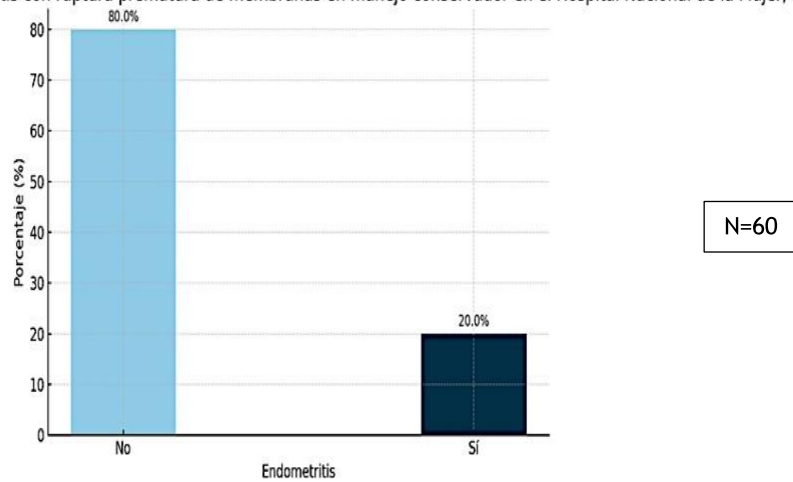
Grafico 8: Relación entre días de latencia y corioamnionitis, en pacientes con manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 8: De forma proporcional, la corioamnionitis fue más frecuente en pacientes con latencia de 4 a <7 días (52.9%), seguida del grupo con >7 días (41.4%), mientras que el grupo de 1 a 3 días presentó la menor proporción (21.4%).

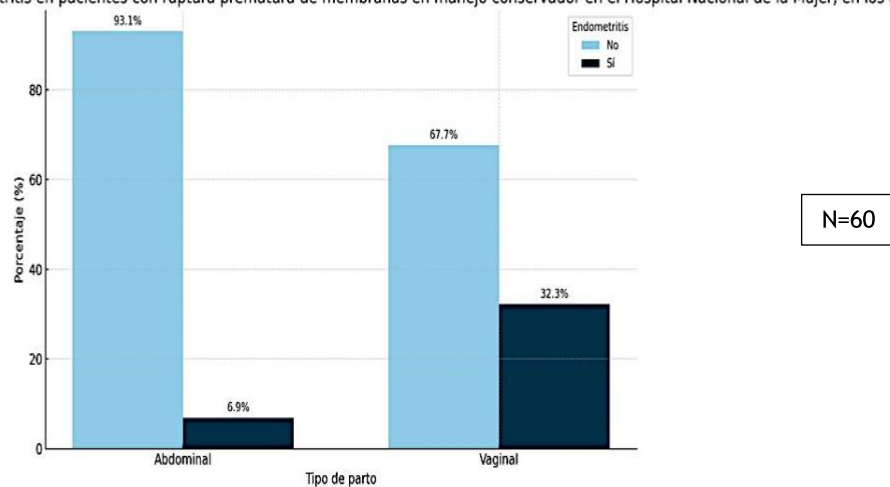
Gráfico 9: Pacientes que presentaron endometritis con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 9: De 60 pacientes, 12 pacientes que equivale al 20% con ruptura prematura de membranas (RPM) desarrollaron endometritis durante el manejo conservador.

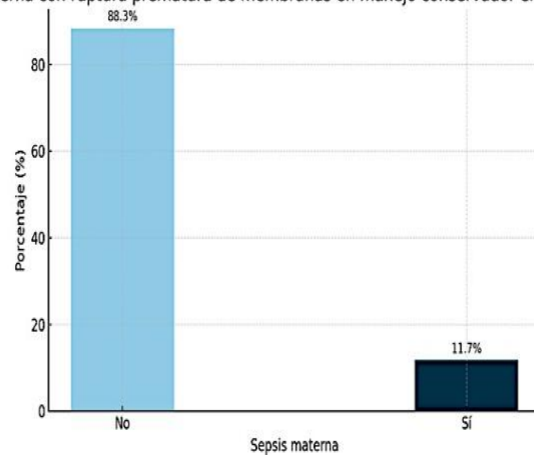
Gráfico 10: Tipo de parto asociado a endometritis en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 10: Se observó una mayor frecuencia de endometritis en pacientes con parto vaginal (32.3%) comparado con cesárea (6.9%).

Gráfico 11: Pacientes que presentaron sepsis materna con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024

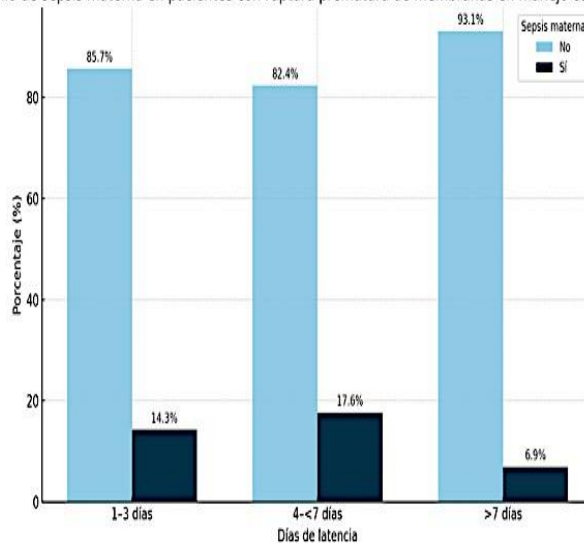


N=60

Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 11: El 11.7% que equivale a 7 de las pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) en manejo conservador desarrollaron sepsis materna

Gráfico 12: Relación entre el tiempo de latencia con el desarrollo de sepsis materna en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024

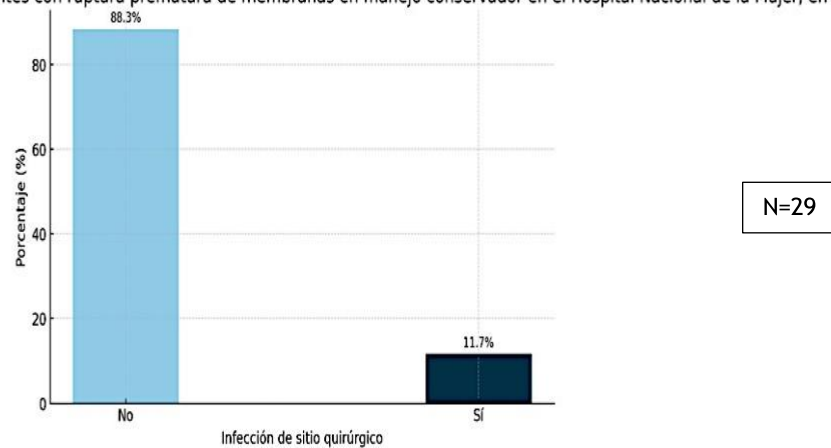


N=60

Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 12: se observa la relación entre los días de latencia y el desarrollo de sepsis materna en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) bajo manejo conservador. En esta cohorte, la proporción de sepsis fue de 14.3% en el grupo con latencia de 1–3 días, 17.6% el grupo de 4–<7 días y 6.9% el grupo con latencia >7 días.

Gráfico 13: infección de sitio quirúrgico en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024

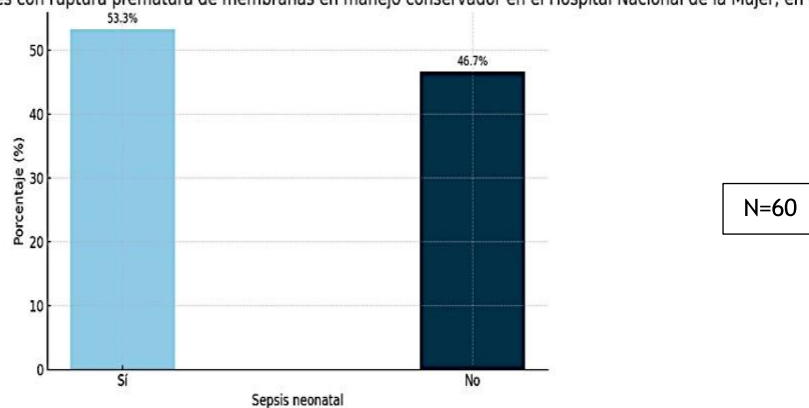


Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 13: la incidencia de infección de sitio quirúrgico (ISQ) en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) bajo manejo conservador fue del **11.7%**, mientras que el 88.3% no presentó esta complicación.

Objetivo 3: Describir las principales complicaciones neonatales de los embarazos en manejo conservador de ruptura de membranas.

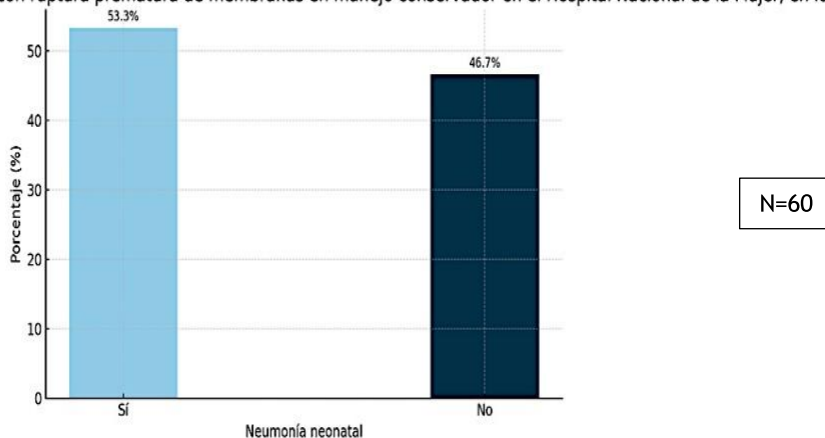
Gráfico 14: sepsis neonatal asociada a pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 14: la sepsis neonatal ocurrió en 53.3% de los recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM) bajo manejo conservador. Este porcentaje es notablemente elevado y evidencia que la RPM es uno de los factores de riesgo más importantes para la infección neonatal temprana.

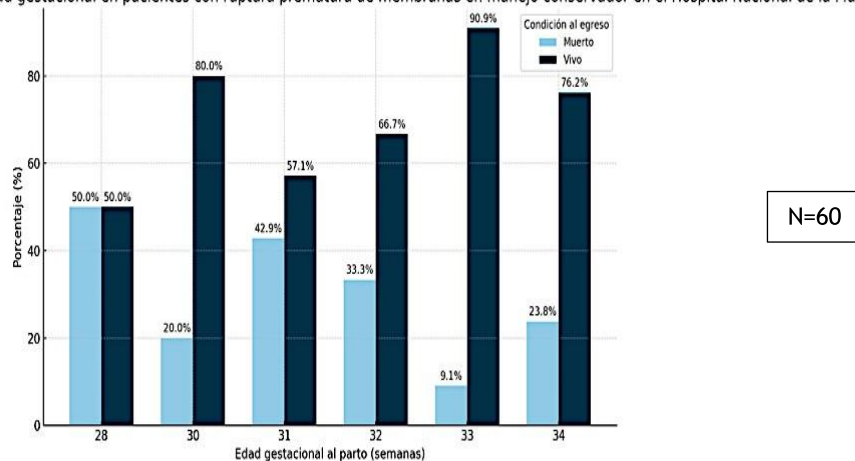
Gráfico 15: neumonía neonatal en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 15: la neumonía neonatal ocurrió en 53.3% de los recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM) durante el manejo conservador. Esta cifra es elevada y refleja el impacto significativo que la ruptura prolongada de membranas tiene sobre el riesgo de infección respiratoria neonatal temprana.

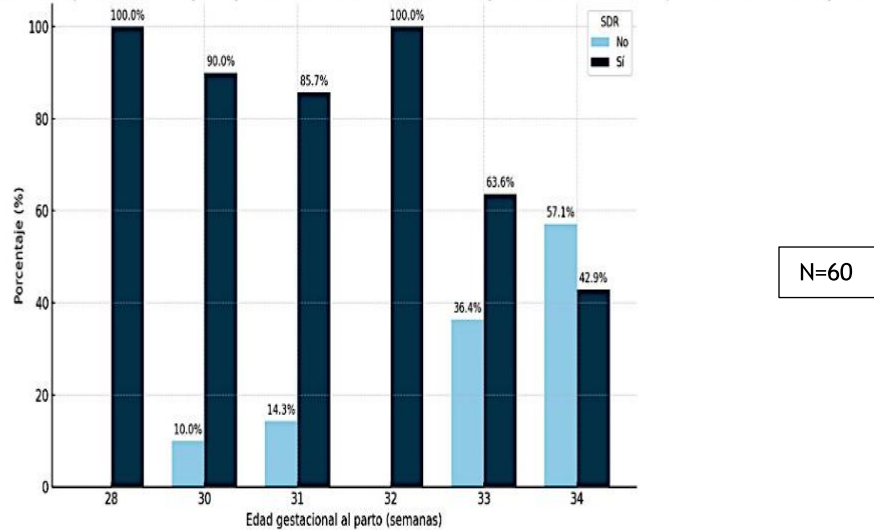
Gráfico 16: Relación entre mortalidad neonatal y la edad gestacional en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 16: Se evidencia que a las 28 semanas de gestación, la mortalidad alcanza 50%. Entre 30–32 semanas, la mortalidad fluctúa entre 20% y 42.9%. A partir de 33 semanas, la mortalidad cae marcadamente (9.1%). A menor edad gestacional, mayor fue la incidencia de mortalidad neonatal, con tasas tan altas como 50% a las 28 semanas y una reducción significativa a 9.1% a las 33 semanas.

Gráfico 17: Relación entre SDR y la edad gestacional en pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en el Hospital Nacional de la Mujer, en los años 2023-2024



Fuente: ESDOMED. Hospital Nacional de la Mujer

Gráfico 17: el SDR es más frecuente en edades gestacionales menores, con incidencias de 100% a las 28 y 32 semanas, y de 90% y 85.7% a las 30 y 31 semanas, respectivamente. En cambio, a partir de las 33 y 34 semanas, la proporción disminuye significativamente hasta 63.6% y 42.9%

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de nuestro estudio se obtuvo que la mayor presencia de secundigestas y multíparas en edades gestacionales menores sugiere un posible vínculo entre antecedentes obstétricos previos y riesgo aumentado de ruptura prematura de membranas a edades más tempranas. En contraste, las primigestas mostraron una tendencia a alcanzar mayor edad gestacional antes del evento, lo cual podría reflejar un menor riesgo basal en esta población. Este comportamiento coincide con evidencia clínica que señala que la historia obstétrica previa es un factor determinante en la fisiopatología del parto pretérmino y la RPM.

Un estudio de Wahabi H (2024) sugirió que las mujeres primíparas eran más propensas a desarrollar PROM (odds ratio ajustada  $\approx 1.56$ ) comparadas con multíparas.

Conforme aumentó la edad gestacional ( $\geq 33$  semanas), se observó mayor frecuencia de parto vaginal, lo que refleja una mayor estabilidad materno-fetal y la posibilidad de manejo expectante hasta el trabajo de parto.

Según Wahabie et al. (2024) describen que, tras las 32 semanas de gestación, la proporción de partos vaginales se incrementa significativamente en pacientes con PPRM, debido a menores tasas de prematuridad extrema y mejor respuesta a la inducción del parto.

En el estudio de Deng et al. (2025) también documentan que el riesgo de cesárea es mayor a menor edad gestacional en contexto de ruptura de membranas, en relación a presentación fetal anómala, inmadurez cervical y mayor riesgo neonatal.

La ACOG Practice Bulletin #217 (actualizado 2022) recomienda intentar el parto vaginal en PPRM  $>32-34$  semanas si no existen contraindicaciones, lo que concuerda con lo observado en este estudio.

Se evidencia que existe una posible relación entre obesidad materna y mayor riesgo de RPM, fenómeno descrito en literatura por mecanismos inflamatorios, metabólicos y alteraciones del colágeno cervical asociadas al exceso de adiposidad.

Se identificó que el 83.3% de las pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) presentaban algún grado de exceso de peso, predominando obesidad grado II (40%), seguida de obesidad grado I (23.3%) y obesidad mórbida (20%). Sólo un 3.3% de las pacientes tenían normopeso y un 5% bajo peso.

Estos hallazgos evidencian que la obesidad materna es altamente prevalente en las pacientes con RPM, lo cual coincide con la epidemiología actual del embarazo en América Latina y a nivel global, donde el sobrepeso y la obesidad continúan en aumento.

Al-Marzooq et al. (2022) reportaron que la obesidad se asocia a mayor riesgo de infección genital y corioamnionitis, factores bien establecidos en la fisiopatología de la PPRM.

ACOG (2022) reconoció la obesidad como un factor modificador del riesgo obstétrico, incrementando el riesgo de complicaciones materno-fetales, incluyendo PPRM.

Es importante señalar que, aunque la obesidad es predominante en esta cohorte, el bajo peso (5%) también estuvo presente, lo cual coincide con estudios que demuestran que ambos extremos nutricionales se asocian a complicaciones obstétricas, pero con mecanismos diferentes (fragilidad tisular, insuficiencia placentaria, mayor inflamación basal).

De las pacientes con RPM, el 41.7% presentó antecedente de parto pretérmino, lo que sugiere una posible relación entre historia obstétrica adversa y recurrencia de eventos prematuros.

Diversos estudios han señalado que la antecedencia de parto pretérmino incrementa de forma significativa el riesgo de desarrollar RPM y parto pretérmino recurrente. De acuerdo con Deng et al. (2025), la paridad y los antecedentes obstétricos son factores determinantes en la ruptura de membranas, evidenciando una asociación

estadísticamente significativa entre parto pretérmino previo y recurrencia de PPRM. Asimismo, Wahabi et al. (2024) reportaron que las mujeres con historia previa de parto pretérmino presentan hasta 2 a 3 veces mayor riesgo de RPM en gestaciones subsecuentes.

Las guías de ACOG actualizadas en 2022 también reconocen el antecedente de parto pretérmino espontáneo como uno de los factores clínicos más fuertes asociados a PPRM, atribuyéndolo a mecanismos como inflamación crónica, debilidad cervical, alteraciones estructurales del colágeno y exposición previa a infecciones que alteran la integridad de las membranas fetales. En concordancia, revisiones sistemáticas recientes señalan que la inflamación subclínica y la disbiosis vaginal tienen un papel fundamental en la recurrencia de RPM, lo cual podría explicar la asociación observada en esta cohorte.

A pesar de ello, es importante destacar **que** 58.3% de las pacientes no tenían antecedente de parto pretérmino, lo cual coincide con la evidencia que señala que RPM es una condición multifactorial en la que intervienen factores como infecciones genitourinarias, obesidad materna, tabaquismo, historia cervical y condiciones socioambientales. Esto sugiere la necesidad de vigilancia estricta en todas las gestantes, independientemente de la paridad o antecedentes.

En este estudio Los resultados evidencian **que** la mayoría de las pacientes (76.7%) presentaron antecedente de infección vaginal, mientras que solo el 23.3% no reportó dicho antecedente.

En una revisión sistemática publicada en American Journal of Obstetrics & Gynecology, la vaginosis se asoció a **un** incremento de hasta 2–3 veces en el riesgo de RPM y parto pretérmino, destacando su relevancia como factor etiológico. De igual manera, investigaciones en cohortes europeas y norteamericanas han reportado que entre **el** 40% y 60% de las mujeres con RPM presentan infecciones vaginales previas, valores comparables a los hallazgos obtenidos en este estudio, aunque ligeramente inferiores al porcentaje reportado en la población salvadoreña.

En investigaciones realizadas en Estados Unidos y Europa, la prevalencia de IVU en mujeres con RPM oscila entre 20% y 35%, cifras muy similares al 26.7% encontrado en esta muestra.

En la revisión sistemática sobre la asociación de parto pretermino y la infección de vías urinarias, Wang et al. con 30 estudios y 2,626,985 controles, encontró que la presencia de IVU en el embarazo se asoció significativamente con parto pretérmino (OR 1.92; IC95 % 1.62-2.27).

Estudios actuales han demostrado que la microbiota vaginal alterada y las infecciones del tracto urogenital pueden inducir inflamación local, degradación de colágeno y debilitamiento de las membranas ovulares, facilitando la ruptura precoz (Donders et al., 2022; Lan et al., 2023). Asimismo, se ha documentado que más del 50% de las pacientes con RPM presentan crecimiento bacteriano ascendente desde el canal vaginal, particularmente por *E. coli* y *Gardnerella vaginalis*, agentes frecuentemente asociados a vaginosis bacteriana y bacteriuria gestacional (Romero et al., 2022).

La presencia de coinfección vaginal-urinaria en casi la mitad de las pacientes coincide con reportes de que la infección conjunta aumenta el riesgo de inflamación corioamniótica y parto pretérmino (Munyalo et al., 2024).

La distribución de pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) según la presencia de corioamnionitis. Evidenciando en los resultados que el 40% de las pacientes desarrollaron corioamnionitis, **mientras que** el 60% no presentó esta complicación. Esta proporción es clínicamente significativa, dado que la corioamnionitis representa una de las principales causas de finalización del manejo conservador en la RPM, así como un factor determinante de morbilidad materna y neonatal.

Las Guías del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) reportan que la corioamnionitis clínica puede presentarse en hasta el 30–40% de las pacientes con RPM pretérmino, cifras muy similares al 40% observado en este estudio. ACOG también enfatiza que la prolongación de la latencia —objetivo principal del manejo

conservador— incrementa el riesgo de infección intraamniótica, lo cual coincide con los resultados obtenidos en esta población.

Se observó en este estudio una mayor incidencia de corioamnionitis en pacientes con latencia  $\geq 4$  días, alcanzando 41.4% en rupturas  $>7$  días. La asociación entre latencia prolongada y riesgo infeccioso está bien documentada.

Romero et al. (2022) y ACOG (2022) señalan que el riesgo de corioamnionitis aumenta significativamente después de las 18-24 horas de ruptura, con incremento progresivo conforme pasan los días. Los mecanismos implican invasión ascendente de patógenos y activación inflamatoria que desencadena daño membranal, fiebre materna, taquicardia fetal y parto espontáneo.

En este estudio, el 20% de las pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) desarrollaron endometritis durante el manejo conservador. Esta proporción, aunque moderada, es clínicamente relevante, dado que la endometritis constituye una de las complicaciones infecciosas más importantes en el posparto —particularmente cuando existe antecedente de infección intraamniótica, aumento de la latencia o intervenciones obstétricas como la cesárea—.

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la endometritis posparto ocurre en aproximadamente 2–5% de los partos vaginales sin complicaciones, pero puede elevarse hasta 10–20% en presencia de RPM prolongada o infección intraamniótica previa, cifras comparables al 20% observado en este estudio.

Respecto a la endometritis fue más frecuente tras parto vaginal (32.3%) que tras cesárea (6.9%). Aunque la cesárea clásicamente se asocia a mayor riesgo de infección uterina, este estudio coincide con investigaciones que reportan mayor endometritis en RPM prolongada y parto vaginal debido a colonización ascendente y trabajo de parto prolongado (Cruz et al., 2023).

El embarazo con membranas rotas por tiempos prolongados incrementa la carga bacteriana intrauterina, especialmente en ausencia de líquido amniótico protector,

aumentando inflamación endometrial en el posparto (Soper, 2022). Además, la presencia frecuente de vaginosis bacteriana en este grupo puede haber contribuido al riesgo.

En el estudio, el 11.7% de las pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) en manejo conservador desarrolló sepsis materna, mientras que el 88.3% no presentó esta complicación.

Además, evidencia reciente destaca que el riesgo de sepsis materna aumenta de forma proporcional al tiempo de latencia, especialmente cuando supera las 48–72 horas, periodo durante el cual la colonización intraamniótica tiende a progresar (Caughey et al., 2023). Esto podría explicar parcialmente el porcentaje encontrado en esta cohorte, dado que un segmento significativo de las pacientes presentó latencias intermedias y prolongadas. Resultados similares fueron reportados en un análisis global donde la sepsis materna asociada a complicaciones infecciosas representó una morbilidad clave en pacientes manejadas de forma expectante (Khan et al., 2024).

Se observa la relación entre los días de latencia y el desarrollo de sepsis materna en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM) bajo manejo conservador. En esta cohorte, la proporción de sepsis fue de 14.3% en el grupo con latencia de 1–3 días, 17.6% en el grupo de 4–<7 días y 6.9% en el grupo con latencia >7 días.

Varios estudios han demostrado que, cuando la latencia supera las 24–48 horas, el riesgo de infección intraamniótica y sepsis materna aumenta de forma significativa (Romero et al., 2022). Sin embargo, los mismos estudios subrayan que este riesgo se ve modulado por el uso adecuado de antibióticos, la vigilancia estrecha y la interrupción oportuna del embarazo cuando aparecen signos de infección materna o fetal (ACOG, 2020).

Solo 11.7% de las pacientes sometidas a cesárea desarrollaron infección de sitio quirúrgico. Estudios internacionales de cohorte han mostrado que la tasa de ISQ posterior a cesárea en mujeres con RPM oscila entre 8% y 15%, especialmente cuando la ruptura supera las 12–18 horas antes del nacimiento (Johnson et al., 2021). Estos porcentajes coinciden estrechamente con el 11.7% observado en este estudio, lo cual

sugiere que la población atendida en el Hospital Nacional de la Mujer presenta un riesgo comparable al descrito en la literatura global.

La neumonía neonatal ocurrió en 53.3% de los recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM) durante el manejo conservador. Esta cifra es elevada y refleja el impacto significativo que la ruptura prolongada de membranas tiene sobre el riesgo de infección respiratoria neonatal temprana.

Este hallazgo es consistente con el riesgo elevado de infección respiratoria asociado a la ruptura prematura prolongada de membranas, debido al ascenso bacteriano y la inflamación intrauterina.

Esto puede deberse a la alta prevalencia local de infecciones genitales maternas y latencia prolongada. Estudios recientes confirman que PPRM aumenta riesgo de síndrome aspirativo y neumonía congénita (Gupta et al., 2024).

En este estudio, la sepsis neonatal ocurrió en 53.3% de los recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM) bajo manejo conservador. Este porcentaje es notablemente elevado y evidencia que la RPM es uno de los factores de riesgo más importantes para la infección neonatal temprana. La pérdida de la barrera amniótica facilita la ascensión bacteriana y la colonización fetal, especialmente en contextos donde coexisten otros factores como infección vaginal materna o latencias prolongadas.

Esto coincide con estudios recientes donde la latencia prolongada >72 horas aumenta riesgo infeccioso neonatal por contaminación intraamniótica (Okeke et al., 2022; OMS 2023). El uso de antibióticos maternos reduce pero no elimina el riesgo.

La tasa de sepsis neonatal observada en este estudio es superior a la reportada en países de altos ingresos (5–10%), pero comparable con estudios de países latinoamericanos donde la incidencia oscila entre 25% y 50% en neonatos expuestos a RPM prolongada (Passini et al., 2020). Esto sugiere que los resultados encontrados son coherentes con la realidad epidemiológica regional.

En el estudio, la neumonía neonatal ocurrió en **53.3%** de los recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM) durante el manejo conservador. Esta cifra es elevada y refleja el impacto significativo que la ruptura prolongada de membranas tiene sobre el riesgo de infección respiratoria neonatal temprana.

Asimismo, un metaanálisis reciente demostró que los recién nacidos expuestos a PPRM presentan mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria y neumonía congénita, lo cual se explica por la exposición prolongada a mediadores inflamatorios y a la contaminación microbiana del líquido amniótico (Gupta et al., 2024). Este metaanálisis también destaca que la administración oportuna de antibióticos maternos reduce, pero no elimina, el riesgo de infección pulmonar neonatal.

Respecto a la mortalidad neonatal, mostró una clara relación inversa con la edad gestacional: a las 28 semanas fue del **50%**, descendiendo progresivamente hasta **9.1%** a las 33 semanas. Esto coincide con la evidencia reciente, que establece que la prematuridad extrema continúa siendo el principal determinante de mortalidad neonatal en contextos de RPM (WHO, 2022; ACOG 2022).

Estudios multicéntricos demuestran que el pronóstico mejora significativamente después de las 32-34 semanas debido a mayor madurez pulmonar, menor incidencia de complicaciones infecciosas y mejor capacidad adaptativa neonatal (Bell et al., 2023). Se ha identificado que la RPM con latencia prolongada puede aumentar riesgo infeccioso, pero el beneficio en sobrevivencia fetal asociado a alcanzar mayor edad gestacional suele superar dicho riesgo cuando existe vigilancia estricta (Rossi et al., 2021).

Estos datos confirman que la estrategia de manejo expectante controlado en RPM pretérmino resulta beneficiosa para el feto, siempre que se realice en centros con capacidad perinatal especializada.

Respecto al síndrome de distress respiratorio SDR muestra una clara relación inversa entre la edad gestacional al parto y la presencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en recién nacidos expuestos a ruptura prematura de membranas (RPM). Los resultados de esta cohorte evidencian que el SDR es más frecuente en edades

gestacionales menores, con incidencias de 100% a las 28 y 32 semanas, y de 90% y 85.7% a las 30 y 31 semanas, respectivamente. En cambio, a partir de las 33 y 34 semanas, la proporción disminuye significativamente hasta 63.6% y 42.9%, lo que refleja la madurez progresiva del parénquima pulmonar con el avance de la gestación.

La deficiencia de surfactante en neonatos menores de 34 semanas es el principal determinante fisiopatológico del SDR, especialmente cuando se añade la inflamación intraamniótica asociada a la RPM (Caughey et al., 2023). Diversos estudios han demostrado que la exposición prolongada a inflamación amniótica altera la producción de surfactante y contribuye al desarrollo del SDR incluso en edades gestacionales donde usualmente no se esperaría su presencia (Romero et al., 2022). Esto explica por qué, en esta cohorte, incluso a 33–34 semanas persiste un porcentaje considerable de SDR (36–63%).

## CONCLUSIONES

- 1- Las pacientes con RPM atendidas bajo manejo conservador se caracterizaron principalmente por ser multíparas y secundigestas, con mayor frecuencia de ruptura a edades gestacionales menores, lo que sugiere la influencia significativa de antecedentes obstétricos previos, además se observó una alta prevalencia de obesidad, predominando la obesidad grado II, y una elevada frecuencia de infecciones vaginales y urinarias, elementos clínicos que coinciden con la literatura como factores de riesgo importantes en la fisiopatología de la RPM. Estos hallazgos describen un perfil materno complejo, con múltiples comorbilidades que condicionan el curso clínico del embarazo y la vulnerabilidad a complicaciones durante la latencia.
- 2- La corioamnionitis ocurrió en el 40% de las pacientes, siendo la principal complicación materna, seguida de la endometritis y la sepsis materna; en una proporción que coincide con los valores internacionales reportados para RPM pretérmino y refleja la relación directa entre infección intraamniótica y latencia prolongada. Lo que aclara la importancia de la vigilancia estricta y la intervención oportuna ante signos de infección. En conjunto, estas complicaciones demuestran que el manejo conservador de la RPM requiere un seguimiento continuo y multidisciplinario para minimizar riesgos maternos.
- 3- Los resultados neonatales mostraron una alta incidencia de complicaciones relacionadas con la prematuridad y la exposición prolongada a la ruptura de membranas. Entre las principales complicaciones se reportaron neumonía neonatal, la sepsis neonatal (53.3%) y síndrome de dificultad respiratoria (SDR) con alta prevalencia en edades gestacionales menores de 34 semanas. La mortalidad neonatal alcanzó el 25%, con una clara relación inversa entre la edad gestacional y la sobrevivencia, lo que confirma la importancia crítica de la duración de la gestación en el pronóstico neonatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tano S, Ueno T, Mayama M, Yamada T, Takeda T, Uno K, et al. Relationship between vaginal group B streptococcus colonization in the early stage of pregnancy and preterm birth: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021;21(1):141.
2. Horváth-Puhó E, Snoek L, van Kassel MN, Gonçalves BP, Chandna J, Procter SR, et al. Prematurity modifies the risk of long-term neurodevelopmental impairments after invasive group B Streptococcus infections during infancy in Denmark and the Netherlands. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2022;74(Suppl\_1):S44–53.
3. Stephens K, Charnock-Jones DS, Smith GCS. Group B Streptococcus and the risk of perinatal morbidity and mortality following term labor. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023;228(5S):S1305–12.
4. Brokaw A, Furuta A, Dacanay M, Rajagopal L, Adams Waldorf KM. Bacterial and host determinants of group B streptococcal vaginal colonization and ascending infection in pregnancy. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2021;11:720789.
5. View of Streptococcus agalactiae colonization and screening approach in high-risk pregnant women in southern Brazil [Internet]. Jidc.org. [citado el 17 de junio de 2023]
6. Beitune P, Duarte G, Maffei CML. Colonization by Streptococcus agalactiae during pregnancy: maternal and perinatal prognosis. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2005;9(4):276–82.

7. da Silva HD, Kretli Winkelströter L. Universal gestational screening for *Streptococcus agalactiae* colonization and neonatal infection - A systematic review and meta-analysis. *J Infect Public Health* [Internet]. 2019;12(4):479–81.
8. Abdallah NG, Ali FM, Adel LA, Elkotb AM, Ibrahim WA. Prevalence, resistance profile and virulence genes of *streptococcus agalactiae* colonizing near-term pregnant women attending Ain Shams University hospital. *J Pure Appl Microbiol* [Internet]. 2021
9. Rao GG, Khanna P. To screen or not to screen women for Group B *Streptococcus* (*Streptococcus agalactiae*) to prevent early onset sepsis in newborns: recent advances in the unresolved debate. *Ther Adv Infect Dis* [Internet]. 2020;7:2049936120942424.
10. Bianchi-jassir F, Seale AC, Kohli-lynnch M, et al. Preterm Birth Associated With Group B *Streptococcus* Maternal Colonization Worldwide : Systematic Review and. *Infectious Disease Society of America*. 2018;65(January):133-142.
11. Lawn JE, Bianchi-jassir F, Russell NJ, et al. Group B *Streptococcal* Disease Worldwide for Pregnant Women , Stillbirths , and Children : Why , What , and How to Undertake Estimates ? 2018;65(January):89-99.
12. ACOG PRACTICE BULLETIN #234. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2021;138.
13. Cools P, Melin P. Group B *Streptococcus* and perinatal mortality. *Research in Microbiology*. Published online 2017.

14. L.J. M-A, K.L R-H, G.E. L-N. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. Published online 2020
15. Morcos H, Noor A. Streptococcus Group B. StatPearls; 2020.
16. Armistead B, Oler E, Waldorf KA. The Double Life of Group B Streptococcus : Asymptomatic Colonizer and Potent Pathogen. Journal of Molecular Biology. 2019;431(16):2914-2931.
17. Cabrera-Reyes AL, Martínez-García M del C, Palacios-Saucedo G del C. Cervicovaginal and rectal colonization by group B Streptococci in Mexican women with full-term pregnancies. Gaceta Médica de México. 2021;157:516-521.
18. Ge Y, Fei Pan. Prevalence of group B streptococcus colonization in pregnant women in Jiangsu, East China. BMC Infectious Diseases. Published online 2021
19. Hall J, Adams NH, Bartlett L, et al. Maternal Disease With Group B Streptococcus and Serotype Distribution Worldwide: Systematic Review and. Infectious Disease Society of America. 2018;65(May).
20. Palacios-saucedo GC, Hernández-hernández TI, Rivera-morales LG. Group B streptococcal perinatal infection: A Global, Latin American and Mexican Overview. Published online 2017:329-338.
21. Ashary N, Singh A, Chhabria K, Modi D. Meta-analysis on prevalence of vaginal group B streptococcus colonization and preterm births in India. The Journal of MaternalFetal & Neonatal Medicine. Published online 2020.

22. Bianchi-jassir F, Seale AC, Kohli-lynch M, et al. Preterm Birth Associated With Group B Streptococcus Maternal Colonization Worldwide : Systematic Review and. Infectious Disease Society of America. 2018;65(January):133-142.
23. Lawn JE, Bianchi-jassir F, Russell NJ, et al. Group B Streptococcal Disease Worldwide for Pregnant Women , Stillbirths , and Children : Why , What , and How to Undertake Estimates ? 2018;65(January):89-99.
24. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Guia de practica clinica, evidencias y recomendaciones. Published online 2017
25. Braye K, Ferguson J, Davis D, Catling C, Monk A. Effectiveness of intrapartum antibiotic prophylaxis for early-onset group B Streptococcal infection : An integrative review. Women and Birth. Published online 2017.
26. Xxxvi, A. C. F., & De, M. 13 Y. 14 D. E. O. (s/f). *ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*. Org.ar.
27. Wahabie H. Predictors and outcomes of premature rupture of membranes: retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:7020.
28. Deng Q, Yu G, et al. Determinants of premature rupture of membranes: a three-year retrospective analysis. *Cureus*.2025;17(6):e85433.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature Rupture of Membranes. Practice Bulletin #217; actualizado 2022.

30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of the Membranes (PPROM). Green-top Guideline No. 73. 2022.
31. Romero R, et al. Infection and inflammation in preterm birth and PPRM: recent advances. *Am J Obstet Gynecol.*2022;227(4):556-573.
32. Al-Marzooq F, et al. Obesity, infection and adverse pregnancy outcomes: a clinical review. *BMC Pregnancy Childbirth.*2022;22:514.
33. Cruz A et al. Endometritis risk in PPRM. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023.
34. WHO. Preterm Birth and Infection Guidelines. 2022-2023.
35. Sosa Bonilla, Carolina. Resultados perinatales del manejo conservador de ruptura prematura de membranas en embarazos de 24-33 semanas en el servicio de perinatología del hospital nacional de maternidad enero diciembre 2013. 45-49.

## ANEXOS

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No correlativo: \_\_\_\_\_



#### INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad de El Salvador

Especialidades Medicas



Tema: "Caracterización clínica y resultados perinatales de la paciente en manejo conservador de ruptura prematura de membranas en el hospital nacional de la mujer 2023-2024"

Expediente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Formula obstétrica:

- Primigesta \_\_\_\_\_ - Secundigesta \_\_\_\_\_ - Multipara \_\_\_\_\_

Zona de vivienda:

- Central \_\_\_\_\_ - Paracentral \_\_\_\_\_ - Occidental \_\_\_\_\_
- Metropolitana \_\_\_\_\_ - Oriente \_\_\_\_\_

IMC de la paciente

- Bajo peso
- Normal
- Sobrepeso
- Obesidad GI
- Obesidad GII
- Obesidad mórbida

Antecedente de infección vaginal:

- Si \_\_\_\_\_ - No \_\_\_\_\_

Antecedente de IVU

- Si \_\_\_\_\_ - No \_\_\_\_\_

Antecedente de parto Pretermino

- Si - No

Edad Gestacional de ruptura prematura de membranas: \_\_\_\_\_

Fase de latencia de la ruptura prematura de membranas:

- 1 – 3 dias \_\_\_\_\_
- 4 – 7 dias \_\_\_\_\_
- > 7 dias \_\_\_\_\_

Edad Gestacional al parto: \_\_\_\_\_

Via del parto

o Parto Vaginal \_\_\_\_\_ - Parto por cesárea \_\_\_\_\_

Peso fetal al nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Se tomo cultivo de SGB y su resultado?

- o Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- o Cultivo positivo \_\_\_\_\_ Cultivo negativo \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones maternas? ¿Cuales?

- o Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- o Sepsis: \_\_\_\_\_ Corioamnionitis: \_\_\_\_\_
- o Infeccion de sitio quirúrgico: \_\_\_\_\_
- o Endometritis: \_\_\_\_\_

Se toma urocultivo:

- Si: \_\_\_\_\_ - No: \_\_\_\_\_
- Si es positivo, a que microorganismo: \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones neonatales? ¿Cuáles?

- o Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- o Neumonía: \_\_\_\_\_ Meningitis: \_\_\_\_\_
- o Sepsis: \_\_\_\_\_ SDR: \_\_\_\_\_

Condición al egreso del recién nacido

Vivo \_\_\_\_\_ Muerto \_\_\_\_\_