

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



“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE RECIÉN NACIDOS
AFECTADOS POR CORIOAMNIONITIS MATERNA ENERO-DICIEMBRE 2024
HOSPITAL NACIONAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA COJUTEPEQUE”

Presentado por:

Carlos Daniel Escobar Amaya

PARA OPTAR AL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA PEDIATRICA

ASESOR DE TEMATICO

DR. KELWIN ENZO LOPEZ VENTURA

ASESOR METODOLOGICO

DR. MAURICIO ANTONIO ABARCA RIVERA

Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”. El Salvador , 26 de Noviembre 2025

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklin 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 POSTGRADOS

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VI
Introducción	VI
Métodos	VI
Resultados	VI
Discusión	VI
Conclusión	VII
INTRODUCCION	VIII
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	IX
SITUACION PROBLEMATICA.....	IX
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	X
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	XI
Objetivo general	XI
Objetivos específicos:.....	XI
CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	XII
JUSTIFICACION	XIII
CAPITULO II: FUNDAMENTACION TEORICA ESTADO ACTUAL.....	XIV
HIPOTESIS	XVIII
CAPITULO III . METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	XIX
Enfoque y tipo de investigación	XIX
Sujeto y objeto de estudio	XIX
UNIDAD DE ANALISIS POBLACIONAL Y MUESTRA.....	XIX
Método de muestreo	XIX
Criterios de inclusión y exclusión	XIX
Criterios de inclusión	XIX
Criterios de exclusión:	XIX
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	XX
TECNICA MATERIALES E INSTRUMENTO	XXII
Técnica y procedimiento para la recolección de la información.....	XXII
Instrumento de registro y medición	XXII
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION	XXII

CONSIDERACIONES ETICAS.....	XXIII
CAPITULO IV ANALISIS DE LA INVESTIGACION	XXIV
Resultados	XXIV
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	XXXII
CAPITULO V. CONCLSIONES Y RECOMENDACIONES.....	XXXIV
Conclusiones	XXXIV
RECOMENDACIONES.....	XXXV
FUENTES DE INFORMACION.....	XXXVII
ANEXOS.....	XLI

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la oportunidad de culminar con éxito este reto que inicio en el 2023 ya que sin su ayuda nada de esto podría haber sucedido, dicho reto el cual representa el sueño de lo que un día fue un niño postrado en la cama de un hospital en diversas ocasiones por problemas de salud, viendo a médicos desfilan por los pasillos con tantas preguntas sin responder pero con la certeza y motivación necesaria de un día ser el medico de uno de tantos niños con diversas patologías que no entienden lo que pasa en su entorno pero que buscan la misma fuente de inspiración y motivación en un héroe no de capa pero si de bata blanca .

A mi familia , por su esfuerzo, por cada oración de mi padre que permitió que permaneciera con salud y seguridad durante este trayecto , a mi madre por su inagotable e incesante motivación y sacrificio siendo mi combustible en cada paso de este largo camino , a mi abuela por su altruismo y generosidad para no desestimar cada esfuerzo por su parte, y especialmente a mi novia y a quien dedico este trabajo de investigación, que es el resultado de un nuevo triunfo logrado, por cada paso que dio junto a mi y que represento un sacrificio que hoy termina en un sueño realizado, por su fuerza en los momentos donde fui débil, por su alegría en los momentos donde fui triste , por su calma en los momentos de estrés y por cada valioso paso que dio junto a mi para llegar al final de esta carrera y cuyo sueño y logro realizado no solo es mío si no también el de ella.

RESUMEN

Introducción.

El objetivo principal del estudio fue conocer las características clínico epidemiológicas de recién nacidos afectados por corioamnionitis materna enero- diciembre 2024 hospital nacional nuestra señora de Fátima Cojutepeque”

Métodos:

se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal describiendo las variables clínico-epidemiológicas, utilizando el expediente clínico y la hoja de historia clínica neonatal para la recolección de los datos.

Resultados:

Se obtuvo un total de 50 expedientes de neonatos egresados como recién nacidos afectados por corioamnionitis de los cuales se identificaron como factores maternos más significativos la edad materna prevalente, el factor infeccioso materno más relevante siendo la ruptura prematura de membranas. Dentro de las características de los recién nacidos la mayor incidencia la obtuvo el sexo masculino siendo la mayoría de término y adecuado peso para edad gestacional. Las características clínicas mas frecuentes respecto a signos vitales fueron las distermias y taquicardia siendo la mayor complicación asociada la presencia de ictericia neonatal y la ruptura prematura de membranas.

Discusión

El estudio mostró que la corioamnionitis se presentó con mayor frecuencia en madres jóvenes, aun cuando la mayoría contaba con un número adecuado de controles prenatales, lo que sugiere que estos no fueron suficientes para identificar oportunamente los factores de riesgo. Entre los antecedentes maternos, la ruptura prematura de membranas fue el factor más relevante, mientras que otras infecciones tuvieron baja incidencia.

En los recién nacidos, predominó ligeramente el sexo masculino, pero sin relación causal evidente. La mayoría presentó peso adecuado y edad gestacional a término, lo que difiere de lo reportado en la literatura, donde la corioamnionitis suele asociarse a prematuridad y

bajo peso. Clínicamente, las alteraciones más frecuentes fueron la distermia y la taquicardia, reflejando compromiso sistémico temprano. La ictericia fue la complicación más común, aunque una parte de los neonatos no presentó manifestaciones importantes.

Conclusión

El estudio demuestra que la corioamnionitis puede presentarse con mayor frecuencia en madres jóvenes y aun en embarazos con controles prenatales adecuados, lo que resalta la necesidad de mejorar la detección temprana de factores de riesgo. La ruptura prematura de membranas fue el antecedente materno más relevante, mientras que otras infecciones tuvieron baja incidencia. En los recién nacidos, predominó el sexo masculino, pero sin relevancia clínica, y la mayoría presentó peso adecuado y edad gestacional a término, indicando que la corioamnionitis también puede afectar embarazos de término. Las principales manifestaciones clínicas fueron distermia y taquicardia, y la complicación más frecuente fue la ictericia, lo que subraya la importancia de una vigilancia neonatal estrecha. La ausencia de hemocultivos positivos sugiere la necesidad de individualizar el uso de antibióticos según los hallazgos clínicos y de laboratorio.

INTRODUCCION

La corioamnionitis, también conocida como infección intraamniótica, es una patología inflamatoria-infecciosa que afecta las membranas fetales (corion y amnios), el líquido amniótico y, en algunos casos, al feto. Es una complicación obstétrica significativa, con importantes consecuencias para la salud materna y neonatal. Se estima que su incidencia varía entre el 1% y el 5% de todos los embarazos, siendo más frecuente en los partos pretérmino y en aquellos con ruptura prematura de membranas. Esta condición representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, y se asocia también con un aumento en el riesgo de sepsis materna, hemorragia posparto y necesidad de intervenciones obstétricas como la cesárea (2).

La fisiopatología de la corioamnionitis suele involucrar una infección bacteriana ascendente desde la vagina y el cuello uterino hacia la cavidad amniótica, aunque también puede originarse por procedimientos invasivos o diseminación hematógena. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la ruptura prematura prolongada de membranas, el trabajo de parto prolongado, múltiples tactos vaginales, infecciones genitales previas y el uso de procedimientos invasivos durante el embarazo. Clínicamente, la enfermedad puede presentarse con fiebre materna, taquicardia fetal, sensibilidad uterina, leucocitosis y mal olor del líquido amniótico, aunque en muchos casos puede cursar de forma subclínica, lo que dificulta su diagnóstico oportuno (15).

El diagnóstico de la corioamnionitis puede realizarse de forma clínica, histológica o microbiológica. Sin embargo, en la práctica obstétrica, el diagnóstico suele basarse en la presentación clínica, dada la limitación de recursos diagnósticos en muchos centros de atención. El tratamiento se fundamenta en la administración de antibióticos de amplio espectro y en la finalización del embarazo, dependiendo de la edad gestacional y del estado materno-fetal (14,21).

Dada su relevancia clínica y el impacto en los resultados perinatales, resulta fundamental conocer la frecuencia, características y desenlaces de los casos de corioamnionitis en contextos específicos, especialmente en áreas donde la atención prenatal puede ser limitada o irregular. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas, de los recién nacidos afectados por corioamnionitis en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2024. A través de este análisis, se busca aportar evidencia local que contribuya a fortalecer las prácticas clínicas y reducir las complicaciones asociadas a esta patología.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SITUACION PROBLEMÁTICA

La salud perinatal continúa siendo una prioridad en los sistemas de salud pública a nivel mundial, dado el impacto que los factores prenatales y perinatales tienen en la morbimortalidad neonatal y en las trayectorias de salud a largo plazo (2). Entre las múltiples condiciones que afectan el binomio madre-hijo durante el embarazo y el parto, la corioamnionitis también conocida como infección intraamniótica representa una complicación obstétrica de particular preocupación, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias potencialmente graves (7).

La corioamnionitis es una inflamación aguda de las membranas fetales (corion y amnios), la decidua y, en casos avanzados, del cordón umbilical y la placenta, generalmente causada por una infección ascendente del tracto genital materno (1) Su diagnóstico puede realizarse en base a criterios clínicos durante el trabajo de parto (fiebre materna, taquicardia fetal, sensibilidad uterina, leucocitosis, entre otros) o mediante hallazgos histológicos postnatales (1).

A pesar de que los protocolos médicos actuales han mejorado la atención del parto y el monitoreo materno-fetal, la corioamnionitis sigue teniendo una incidencia no despreciable, especialmente en embarazos complicados por ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado o infecciones genitales subclínicas. Diversos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos sobre factores de riesgo de corioamnionitis señalan que hasta el 60% de los partos prematuros extremos presentan signos histológicos de corioamnionitis. Aun en embarazos a término, la enfermedad puede pasar inadvertida hasta el nacimiento, revelándose sólo tras el análisis anatomopatológico de la placenta (2,14).

Por tanto, la persistencia de la corioamnionitis como problema clínico y de salud pública y las graves consecuencias que puede acarrear en el recién nacido, constituyen una situación problemática urgente que amerita ser abordada desde la investigación, la clínica y la política sanitaria. Es imprescindible generar evidencia sólida que permita optimizar los protocolos de detección y tratamiento, minimizar los efectos adversos perinatales y garantizar un mejor inicio de vida para los recién nacidos afectados.

En el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, aunque se han reportado casos de neonatos afectados, no se dispone de información sistematizada sobre sus características clínico-epidemiológicas. Esta falta de datos limita la detección temprana de complicaciones, retrasa la toma de decisiones clínicas y dificulta la implementación de protocolos de atención neonatal basados en evidencia. Además, impide optimizar la asignación de recursos, fortalecer la formación del personal de salud y contribuir con información precisa a políticas de salud pública local.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Conocer las características clínico-epidemiológicas de los recién nacidos afectados por corioamnionitis materna permite identificar factores de riesgo, establecer diagnósticos oportunos y aplicar intervenciones que mejoren los resultados neonatales. Sin embargo, en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque no se cuenta con un estudio que describa dichas características, lo que limita la comprensión del comportamiento de esta afección en la población local. La falta de esta información dificulta la detección temprana de complicaciones, retrasa la toma de decisiones clínicas y reduce la eficacia de las estrategias preventivas y de manejo. Por ello, es necesario analizar las características clínico-epidemiológicas de los recién nacidos afectados por corioamnionitis materna durante el período enero a diciembre de 2024, con el fin de fortalecer la atención perinatal y contribuir a la reducción de la morbilidad neonatal.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

- | Conocer las características clínico-epidemiológicas de los recién nacidos afectados por corioamnionitis del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque ingresados en el área de neonatos en el periodo entre enero-diciembre 2024.

Objetivos específicos:

- | Identificar los riesgos maternos durante el embarazo y parto para corioamnionitis clínica
- | Enumerar las manifestaciones clínicas de los recién nacidos afectados por corioamnionitis
- | Determinar las complicaciones de los recién nacidos afectados por corioamnionitis materna.
- | Determinar la proporción de hemocultivos positivos en los recién nacidos afectados por corioamnionitis.

CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

Existen diversas causas de morbilidad y mortalidad en el periodo perinatal, especialmente en países en vías de desarrollo, donde las condiciones de atención prenatal, intraparto y neonatal aún presentan grandes desafíos. Uno de los factores de riesgo más relevantes es la corioamnionitis materna, una infección intraamniótica que puede pasar desapercibida durante el embarazo, pero cuyas consecuencias pueden ser graves para el recién nacido.

La corioamnionitis, tanto en su forma clínica como histológica, se ha relacionado estrechamente con un aumento en la incidencia de nacimientos prematuros, ruptura prematura de membranas y complicaciones infecciosas en el neonato. La exposición fetal a esta infección provoca una respuesta inflamatoria que puede desencadenar una sepsis en las primeras horas de vida, aun en ausencia de signos clínicos evidentes.

En estos casos, el uso de pruebas indirectas de sepsis (como hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina, entre otras) resulta fundamental para la detección temprana de sepsis neonatal y el inicio oportuno de tratamiento antibiótico. Sin embargo, debido a la inespecificidad de estas pruebas y a la variabilidad de los cuadros clínicos, se requiere un conocimiento detallado del perfil epidemiológico de los recién nacidos expuestos a este riesgo para poder interpretar adecuadamente los resultados y establecer protocolos de manejo eficaces.

En el año 2024 la corioamnionitis fue la cuarta causa de egreso en los recién nacidos afectados por corioamnionitis en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, un dato epidemiológico significativo debido a su incidencia, sus complicaciones y pronóstico.

JUSTIFICACION

La corioamnionitis, también conocida como infección intraamniótica, es una patología inflamatoria-infecciosa que afecta las membranas fetales (corion y amnios), el líquido amniótico y, en algunos casos, al feto. Es una complicación obstétrica significativa, con importantes consecuencias para la salud materna y neonatal. Se estima que su incidencia varía entre el 1% y el 10% de todos los embarazos, siendo más frecuente en los partos pretérmino y en aquellos con ruptura prematura de membranas. Esta condición representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, y se asocia también con un aumento en el riesgo de sepsis materna, hemorragia posparto y necesidad de intervenciones obstétricas como la cesárea.

La fisiopatología de la corioamnionitis suele involucrar una infección bacteriana ascendente desde la vagina y el cuello uterino hacia la cavidad amniótica, aunque también puede originarse por procedimientos invasivos o diseminación hematogena. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la ruptura prematura prolongada de membranas, el trabajo de parto prolongado, múltiples tactos vaginales, infecciones genitales previas y el uso de procedimientos invasivos durante el embarazo. Clínicamente, la enfermedad puede presentarse con fiebre materna, taquicardia fetal, sensibilidad uterina, leucocitosis y mal olor del líquido amniótico, aunque en muchos casos puede cursar de forma subclínica, lo que dificulta su diagnóstico oportuno.

Desde la perspectiva de la neonatología, la corioamnionitis representa una condición de alto riesgo que requiere atención inmediata tras el nacimiento. Los neonatos expuestos a esta infección tienen mayor probabilidad de desarrollar sepsis neonatal precoz, dificultad respiratoria, meningitis, enterocolitis necrotizante y otras complicaciones severas. En particular, los recién nacidos prematuros presentan una vulnerabilidad aumentada debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. La exposición intrauterina a la inflamación sistémica también se ha vinculado con desenlaces a largo plazo como parálisis cerebral y trastornos del neurodesarrollo. Por tanto, el manejo neonatal en estos casos exige vigilancia estrecha, inicio temprano de tratamiento antibiótico empírico y, en muchos casos, ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales.

Por lo tanto, esta investigación no solo es pertinente, sino también necesaria, para mejorar la calidad del cuidado neonatal y garantizar un abordaje más oportuno y eficaz en los recién nacidos afectados por corioamnionitis, ya que el conocimiento sobre las características clínicas más frecuentes y la identificación de los factores epidemiológicos puede fomentar las bases sobre futuras investigaciones locales que contribuyan al manejo de esta patología.

CAPITULO II: FUNDAMENTACION TEORICA ESTADO ACTUAL

La infección intraamniótica, o corioamnionitis, es una infección causada por la invasión microbiana de la cavidad amniótica, que desencadena la respuesta inflamatoria materna y la inflamación aguda de cualquier combinación de la placenta, el líquido amniótico, el feto, las membranas fetales o la decidua (1,2). Los factores de riesgo establecidos incluyen nuliparidad, infecciones urogenitales durante el embarazo, ruptura prolongada de membranas y múltiples exámenes cervicales durante el parto (1,3).

Se debe sospechar corioamnionitis en presencia de fiebre intraparto materna en combinación con signos clínicos de infección, como leucocitosis materna, drenaje cervical purulento, dolor uterino, taquicardia materna, malestar materno, proteína C reactiva (PCR) elevada, agua o flujo con mal olor (4, 5) y/o signos de sufrimiento fetal (es decir, patrón anormal de frecuencia cardíaca fetal). (6).

Se estima que entre el 1% y el 5% de los partos a término se complican con corioamnionitis, que se asocia con un riesgo significativamente mayor de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal (2, 7) Los neonatos expuestos a corioamnionitis tienen un mayor riesgo de infecciones graves en el período neonatal (7,8) y también tienen un mayor riesgo de resultados neurológicos deteriorados a corto y largo plazo, que se supone que son una consecuencia de la respuesta hiperinflamatoria fetal a la infección (7,9).

Las intervenciones obstétricas actuales para reducir las infecciones neonatales de inicio temprano, incluyendo la profilaxis antibiótica intraparto para madres colonizadas con estreptococo del grupo B (SGB) y el tratamiento de la corioamnionitis diagnosticada clínicamente, son eficaces (10,11) Sin embargo, la identificación precisa de los recién nacidos que desarrollarán sepsis de inicio temprano a pesar de estas intervenciones sigue siendo un desafío importante. Por esta razón, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan tratar a los bebés asintomáticos nacidos de madres con corioamnionitis diagnosticada clínicamente con antibióticos de amplio espectro durante al menos 48 horas hasta que se pueda descartar la infección (12,13).

Las manifestaciones clínicas de corioamnionitis comprenden: fiebre materna, hipersensibilidad uterina, taquicardia materna (> 100/minuto), taquicardia fetal (> 160/minuto), líquido amniótico fétido o purulento y actividad uterina prematura. Existe una relación significativa entre la corioamnionitis aguda y el desarrollo de sepsis neonatal temprana; se denomina sepsis neonatal al síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de respuesta inflamatoria sistémica, en

que se corrobora la infección mediante un hemocultivo positivo (14,15) Desde el punto de vista clínico, la corioamnionitis se diagnostica ante signos maternos como fiebre ≥ 38 °C, taquicardia fetal (>160 lpm), taquicardia materna, útero doloroso y secreción vaginal fétida. También existe la **corioamnionitis histológica**, identificada postparto mediante estudio anatomopatológico de las membranas, sin manifestaciones clínicas durante el embarazo (15).

La fisiopatología involucra infección ascendente del tracto genital inferior, colonización bacteriana, liberación de citoquinas inflamatorias maternas y fetales (IL-6, IL-1 β , TNF- α), activación de leucocitos y daño mediado por inflamación, así como estrés oxidativo, lo que puede afectar órganos inmaduros del neonato, sobre todo pulmón, sistema nervioso central y otros tejidos de rápida proliferación (15).

Los recién nacidos expuestos a corioamnionitis tienen tasas mayores de complicaciones pulmonares. Estudios muestran asociación con síndrome de dificultad respiratoria (RDS), necesidad de ventilación mecánica, enfermedad pulmonar crónica (BPD) y alteraciones funcionales pulmonares posteriores como sibilancias o asma en la infancia (16).

En lo neurológico, se ha documentado mayor incidencia de hemorragia intraventricular (IVH), periventricular leucomalacia (PVL; lesiones de la materia blanca), daño cerebral observable en ecografía neonatal, así como lesiones estructurales más tardías. Un estudio de Lima, Perú, con neonatos menores de 34 semanas, encontró que la corioamnionitis histológica se relacionó con IVH en los primeros 7 días y lesiones de materia blanca entre los días 7 y 30. La enterocolitis necrotizante (NEC) es otra complicación grave. Algunos estudios muestran que la exposición a corioamnionitis se asocia con mayor riesgo de NEC, aunque los resultados dependen de muchos factores: edad gestacional, práctica nutricional, estabilidad hemodinámica posnatal, etc. También se han reportado casos de meningitis neonatal, neumonías y otras infecciones sistémicas (17,18).

Uno de los temas de interés creciente es cómo la exposición prenatal a corioamnionitis afecta el neurodesarrollo más allá del periodo neonatal. Estudios longitudinales han seguido neonatos extremadamente pretérmino (<27 -28 semanas) hasta los 18-24 meses, 2 años e incluso hasta los 7 y 10 años, evaluando cognición, lenguaje, motor, comportamiento. En general, se observa que cuando la corioamnionitis es clínica + histológica hay mayor riesgo de discapacidad en el neurodesarrollo (cognitiva, motora) comparado con solo histológica o sin exposición (19).

Los neonatos que sobreviven a la sepsis asociada a corioamnionitis enfrentan riesgos elevados de complicaciones neurológicas, daño pulmonar, enterocolitis necrotizante y enfermedad crónica pulmonar. Un estudio de cohorte en un hospital terciario australiano mostró que, entre los recién nacidos con sepsis, la mortalidad y el riesgo de lesión cerebral, enterocolitis necrotizante (NEC) y enfermedad

pulmonar crónica eran significativamente mayores comparados con neonatos sin sepsis (19).

Un desafío persistente es el diagnóstico oportuno y preciso de la corioamnionitis, especialmente las formas subclínicas o histológicas, las cuales pueden no presentar síntomas evidentes en la madre, pero tener implicaciones importantes para el neonato (14).

Las terapias actualmente disponibles para la corioamnionitis y/o el parto prematuro se basan en antibióticos, progesterona y corticosteroides prenatales (20). Los antibióticos a menudo no previenen las morbilidades asociadas con la corioamnionitis debido a mediadores inflamatorios persistentes que causan lesiones fetales y maternas. La exposición a la corioamnionitis activa el sistema inmunitario neonatal *en el útero*, con posibles consecuencias para la salud a largo plazo (21,22).

La corioamnionitis se asocia con un aumento aproximado de 2 a 3,5 veces en la probabilidad de resultados adversos neonatales (23). Estos resultados adversos incluyen muerte perinatal, sepsis neonatal de inicio temprano, choque séptico, neumonía, meningitis, hemorragia intraventricular (HIV), daño a la sustancia blanca cerebral y discapacidad a largo plazo, incluyendo parálisis cerebral, retinopatía del prematuro, enterocolitis necrosante (ECN), así como morbilidad relacionada con el parto prematuro (8,24).

Septicemia

Las complicaciones neonatales incluyen sepsis congénita e infecciones como neumonía, dermatitis y otitis media (25). En un amplio estudio multicéntrico de vigilancia prospectiva de infecciones neonatales de inicio temprano, que incluyó a unos 400.000 nacidos vivos, se diagnosticó sepsis de inicio temprano a 389 lactantes, de los cuales 232 (60%) presentaron corioamnionitis clínica. El 96% de los prematuros y el 72% de los nacidos a término no presentaron buen aspecto. Por el contrario, solo 29 casos (0,007%) de lactantes con cultivo positivo fueron asintomáticos (26).

Síndrome dificultad respiratoria (SDR) y Displasia broncopulmonar (DBP)

En la corioamnionitis, la respiración fetal provoca la mezcla del líquido pulmonar fetal con el líquido amniótico, lo que resulta en una posible exposición pulmonar. Los estudios iniciales mostraron que los lactantes prematuros ventilados expuestos a corioamnionitis histológica tenían menos SDR, pero más DBP que los lactantes no expuestos a corioamnionitis (27). La exposición prenatal a altos niveles de TNF α en el líquido amniótico, como se observa en la corioamnionitis, predice SDR y ventilación posnatal prolongada, lo que sugiere una lesión pulmonar temprana y persistente por corioamnionitis. (28).

Desarrollo neurológico

La corioamnionitis se asocia con una mayor incidencia de retraso del habla y pérdida de audición a los 18 meses de edad corregida en bebés nacidos muy prematuros. (29).

Cambios en el microbioma

En lactantes con corioamnionitis y funisitis, las muestras de heces recolectadas el séptimo día posnatal presentaron una abundancia relativa de *Fusobacteria*, género *Sneathia* o familia *Mycoplasmataceae*. La presencia de estos clados específicos en muestras fecales se asoció con un mayor riesgo de sepsis o muerte, lo que sugiere que alteraciones específicas en el microbiota gastrointestinal infantil inducidas por corioamnionitis predisponen a la sepsis neonatal o la muerte (30).

En nuestro país un estudio realizado en el año 2017, en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra Maria Isabel Rodriguez”, donde en el año 2015, se diagnosticaron 148 casos como corioamnionitis, de los cuales 32 tuvieron un cultivo positivo, la bacteria más aislada *E. Coli*. El número de estudios histopatológicos fue bajo, únicamente del universo, se hizo estudio de 26 placentas⁴ En el año 2019 según registros de SISMOW, se diagnosticaron 179 casos de corioamnionitis. Y en el año de 2020 fueron un total de 189 (31).

HIPOTESIS

La corioamnionitis materna se asocia significativamente con un perfil clínico y epidemiológico adverso en los recién nacidos atendidos en el Hospital Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque durante el periodo de enero a diciembre de 2024, caracterizado por una mayor frecuencia de parto pretérmino, bajo peso al nacer, sepsis neonatal temprana, complicaciones respiratorias, así como mayores tasas de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales y uso de antibióticos. Estas manifestaciones clínicas están relacionadas significativamente con los factores clínico epidemiológicos maternos como la edad, control prenatal inadecuado, infecciones genitales durante el embarazo, y la presencia de rotura prematura de membranas,

CAPITULO III . METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Enfoque y tipo de investigación

Tipo y diseño del estudio: Estudio observacional – descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Periodo de investigación: Enero-diciembre 2024.

Sujeto y objeto de estudio

UNIDAD DE ANALISIS POBLACIONAL Y MUESTRA

La investigación tomara como población a todos los recién nacidos egresados a la alta médica como “recién nacidos afectados por corioamnionitis materna” en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque entre enero- diciembre 2024.

Método de muestreo:

Se analizarán los recién nacidos egresados como “recién nacidos afectados con corioamnionitis materna” que cumplan criterios de inclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Recién nacidos egresados como “Recién nacidos afectados por corioamnionitis” en el Hospital Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque entre el periodo de enero-diciembre 2024
2. Recién nacidos vivos independientemente de la edad gestacional y peso
3. Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento

Criterios de exclusión:

1. Expedientes clínicos que no cuenten con hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento
2. Recién nacidos atendidos en otro centro de salud diferente al Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque
3. Diagnostico secundario de corioamnionitis materna

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Fuente / Instrumento
1. Identificar los riesgos maternos en el embarazo y parto para corioamnionitis	Factores de riesgo maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad materna - Controles prenatales - Infecciones vaginales - RPM - Fiebre intraparto - Infección de vías urinarias materna - Diagnostico de corioamnionitis 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad en años - N° de controles - Diagnóstico de infección genital - Horas de rotura de membranas - Edad gestacional por Furo USG 	independiente	Cuantitativa discreta y cualitativa nominal	<p>Expediente clínico digital</p> <p>-Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento</p>
2. Enumerar las manifestaciones clínicas de los recién nacidos afectados por corioamnionitis	Manifestaciones clínicas neonatales	<ul style="list-style-type: none"> - Estado general al nacer - Signos de infección - Evaluación inicial del neonato 	<ul style="list-style-type: none"> Apnea - Bradicardia - Taquipnea - Hipotermia Alteraciones de glucosa - Dificultad respiratoria Hipoactividad o irritabilidad - Temperatura anormal 	Dependiente	Cualitativa ordinal y nominal	<p>Expediente clínico digital</p> <p>-Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento</p>

<p>3. Determinar las complicaciones de los recién nacidos afectados por corioamnionitis</p>	<p>Comorbilidades neonatales afectados por corioamnionitis</p>	<p>- Riesgo de Sepsis neonatal temprana -Neumonía -meningitis - infección de vías urinarias - Enterocolitis Necrotizante</p>	<p>Madre con diagnóstico de corioamnionitis</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cualitativa nominal / Cuantitativa continua</p>	<p>Expediente clínico digital - Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento</p>
<p>4. Determinar la proporción de hemocultivos positivos en recién nacidos afectados por corioamnionitis materna</p>	<p>Resultado de hemocultivos</p>	<p>Positivo/negativo</p>	<p>Recién nacidos afectados por corioamnionitis</p>	<p>Dependiente</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Expediente clínico digital - Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento</p>

TECNICA MATERIALES E INSTRUMENTO

Técnica y procedimiento para la recolección de la información

Se hará uso del expediente clínico de los recién nacidos egresados como recién nacidos afectados por corioamnionitis materna, se obtendrán los datos a través de la hoja clínica neonatal de donde se vaciarán los datos en una hoja de documento Microsoft Excel 2024 para su análisis y procesamiento posterior.

Instrumento de registro y medición

Se hará uso de una matriz en Microsoft Excel 2024 generada propiamente para el vaciamiento de información recolectada de la “Hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento”. (Anexo 1).

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION

Para sustentar la información del marco teórico se utilizan fuentes de formación como Hinary, Ebsco, Pubmed, uptodate, para luego abordar la hoja clínica neonatal para la recolección especificada enfocada en los objetivos de la investigación sobre las características clínico epidemiológicas en los recién nacidos afectados por corioamnionitis materna, obteniendo dicha información en un documento de Microsoft Excel 2024 para su análisis posterior.

CONSIDERACIONES ETICAS

Dicha investigación no plantea la necesidad de consentimiento informado debido a que es un estudio observacional , descriptivo, retrospectivo, utilizando la “hoja de historia clínica neonatal” como fuente de información, además cabe aclarar que no tiene intereses personales y se realizara la solicitud previa al comité de ética para su realización y posterior contribución a la institución para el conocimiento en el ámbito de neonatología del Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque.

La información obtenida de los expedientes clínicos será tratada con estricta confidencialidad. No se recopilarán datos personales que permitan identificar a las madres o a los recién nacidos. Cada expediente será codificado y los resultados serán presentados de forma agregada, garantizando el anonimato de los sujetos estudiados.

Al no implicar contacto directo con pacientes ni intervención alguna, este estudio no representa riesgo físico, psicológico ni social para los sujetos incluidos.

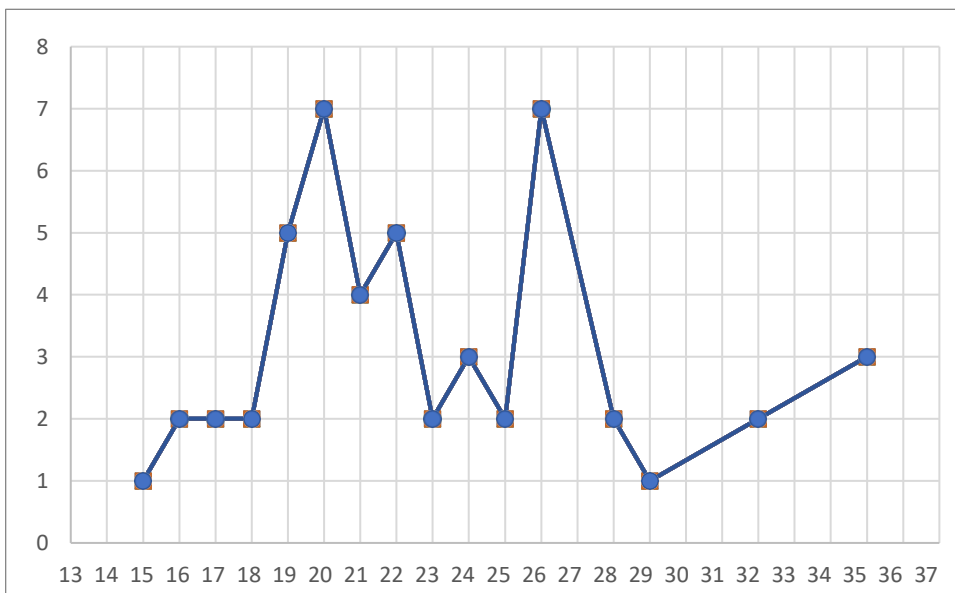
Se solicitará la debida autorización a la dirección del Hospital Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque para acceder a los registros clínicos necesarios para la investigación, de acuerdo con las normas internas del hospital y del comité de ética correspondiente.

Por tratarse de un estudio retrospectivo con fuentes primarias de información, y al no involucrar interacción directa con los pacientes ni procedimientos experimentales, no se requerirá consentimiento informado individual, en concordancia con las normativas éticas nacionales para este tipo de estudios.

CAPITULO IV ANALISIS DE LA INVESTIGACION

Resultados

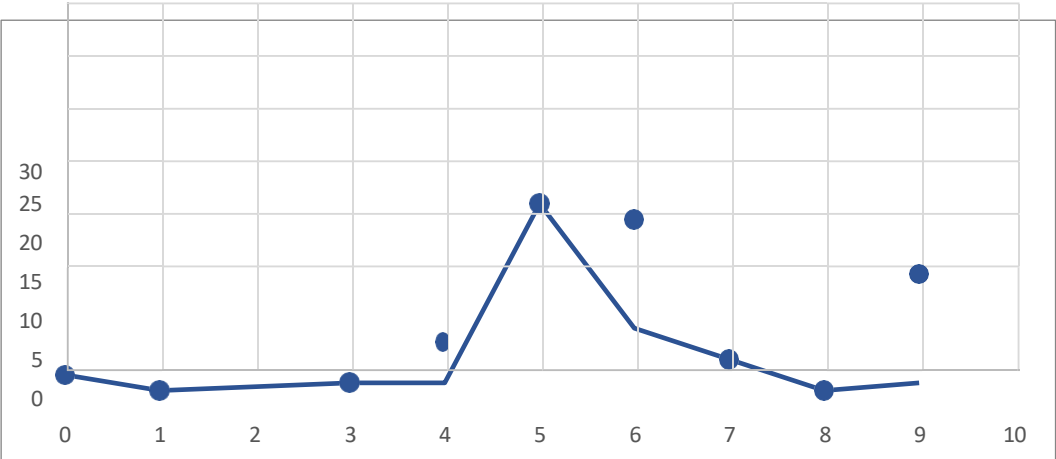
Gráfico 1: Edad de madres afectadas por corioamnionitis en Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque Enero – diciembre 2024.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Se identificaron 7 madres con edades de 20 y 26 años siendo la edad predominante, la menor edad identificada fue 15 años y la mayor 33 años.

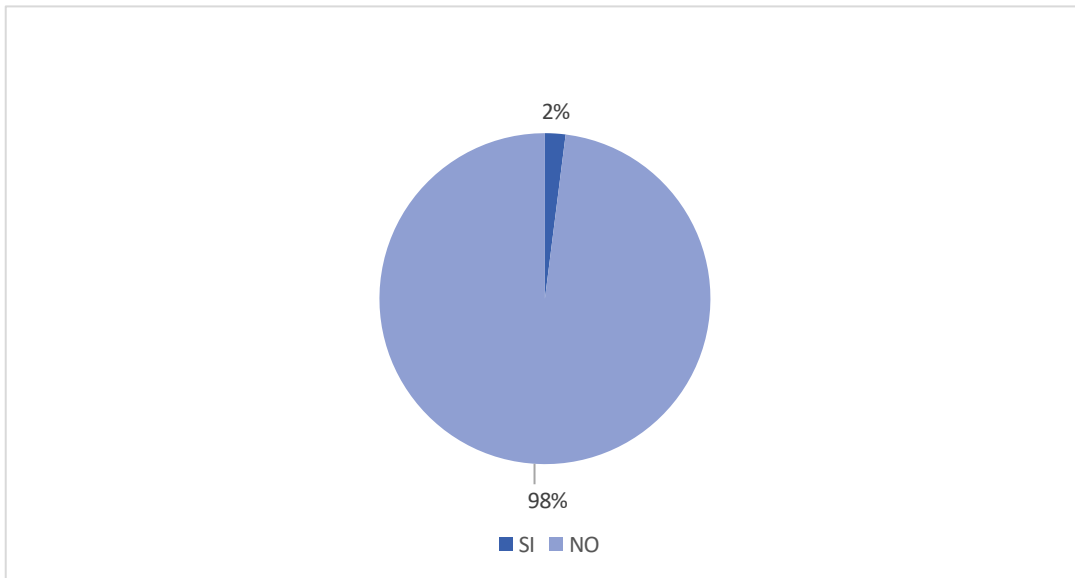
Gráfico 2. Numero de controles prenatales de embarazadas afectadas por corioamnionitis Enero- diciembre 2024.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Respecto a controles prenatales, se identificaron a 25 madres con diagnóstico de corioamnionitis que habían llevado al menos 5 controles prenatales , del total de muestra, 3 no tenían ningún control.

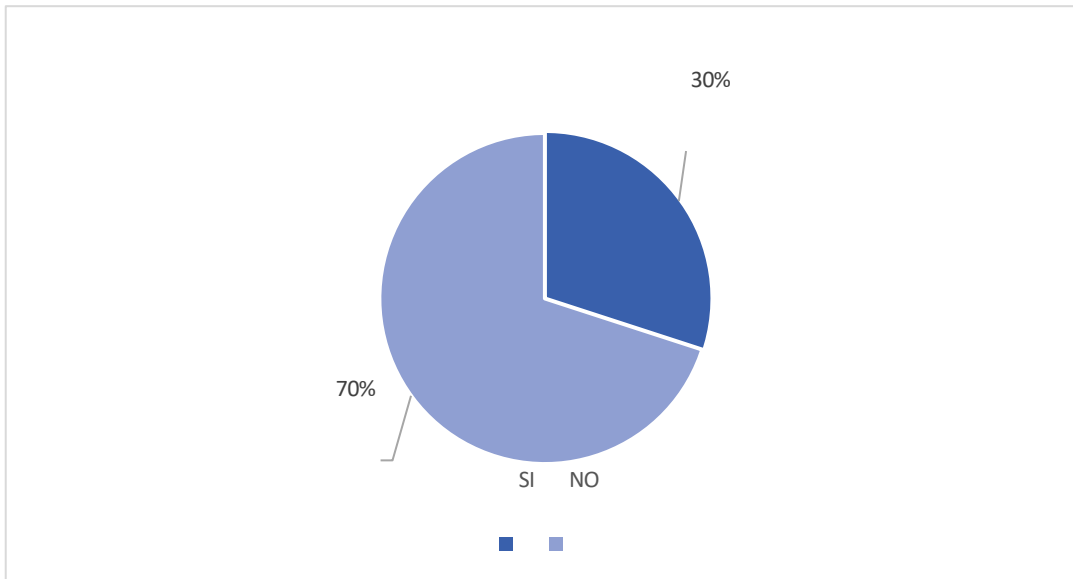
Gráfico 3: Proporción de Vaginosis en madres con diagnóstico de corioamnionitis Enero-diciembre 2024.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Respecto a la proporción de madre con corioamnionitis se identificó 1 caso de vaginosis durante el embarazo representando un 2% de la muestra total.

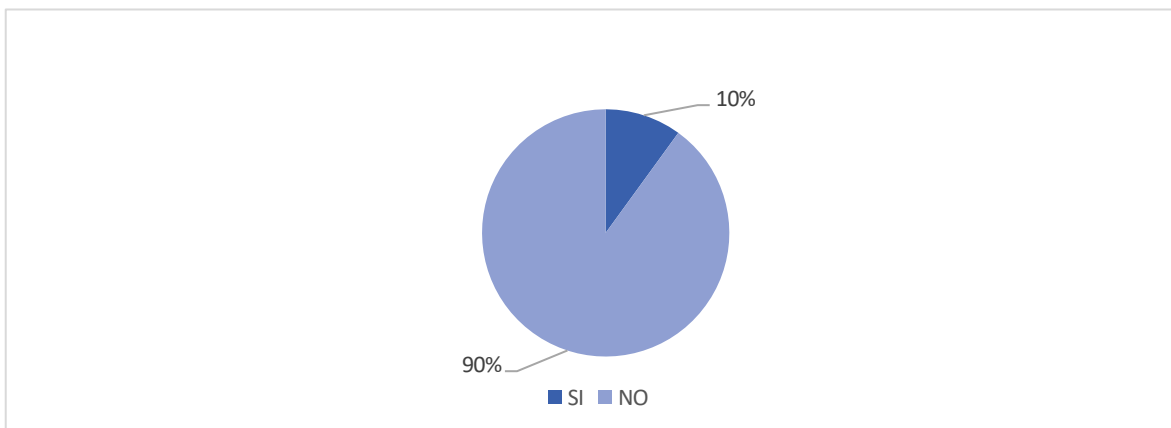
Gráfico 4: Proporción de ruptura prematuras de membranas en madres con corioamnionitis



Fuente: Datos de estudio de investigación

Se identificaron 15 casos de ruptura prematura de membranas representando un porcentaje del 30% de la muestra.

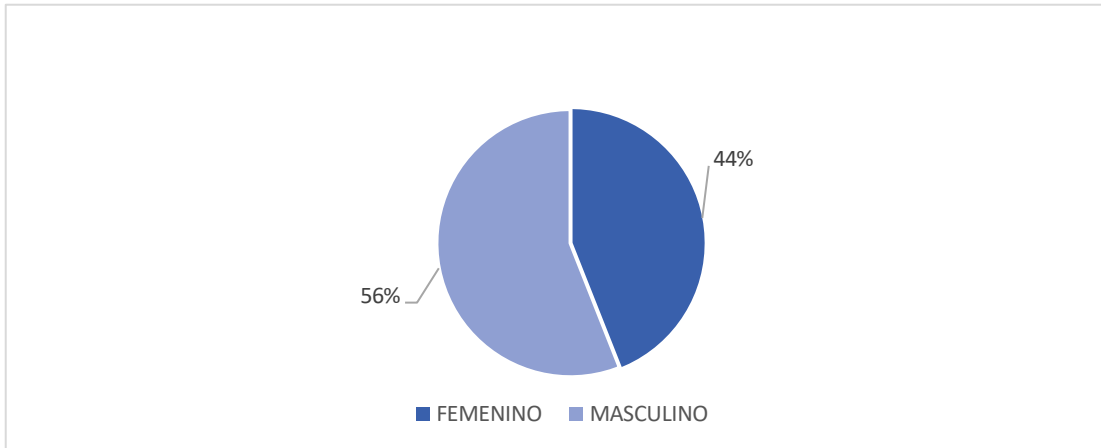
Gráfico 5: Proporción de infección de vías urinarias en madres con corioamnionitis materna.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Del total de madre con corioamnionitis se identificaron 5 casos de infecciones de vías urinarias durante el embarazo representando un 10% de la muestra.

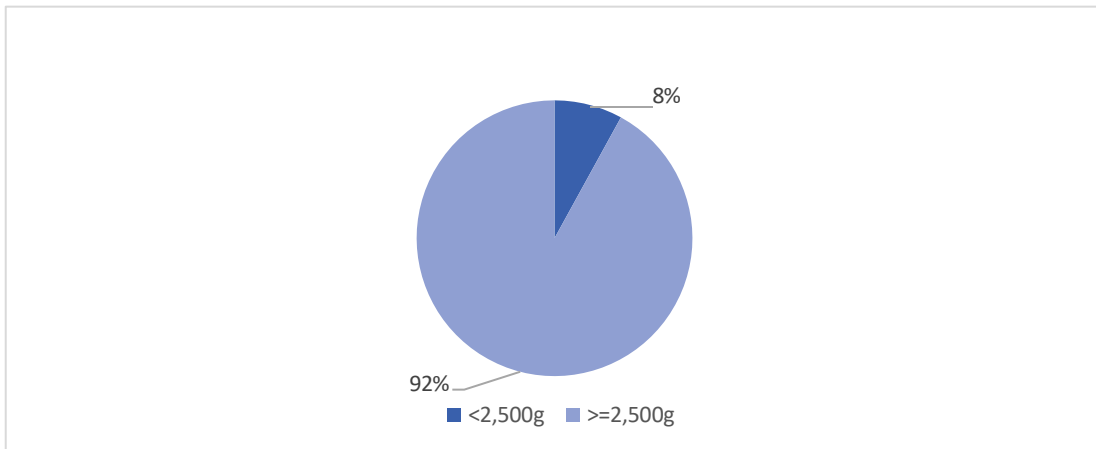
Gráfico 6: Proporción de sexo en recién nacidos afectados por corioamnionitis.



Fuente: Datos de estudio de investigación

El sexo masculino fue el predominante en recién nacidos afectados por corioamnionitis con un total de 28 casos representando el 56% respecto a los 22 (44%) casos con sexo femenino.

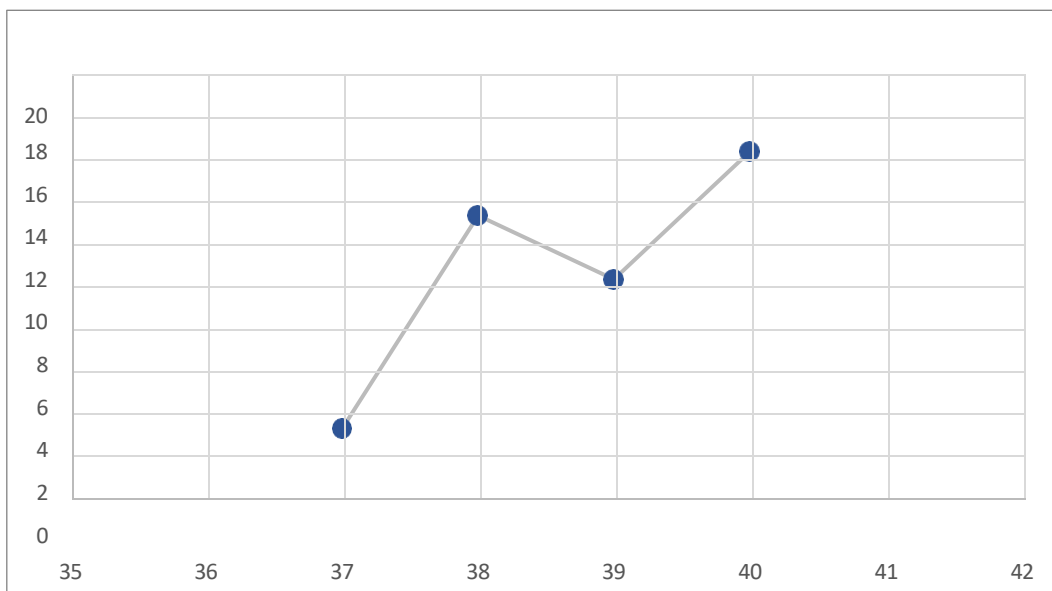
Gráfico 7: Proporción de peso en recién nacidos afectados por corioamnionitis.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Respecto a recién nacidos afectados por corioamnionitis se identificaron a 4 casos con bajo peso representando un 8% del total de la muestra.

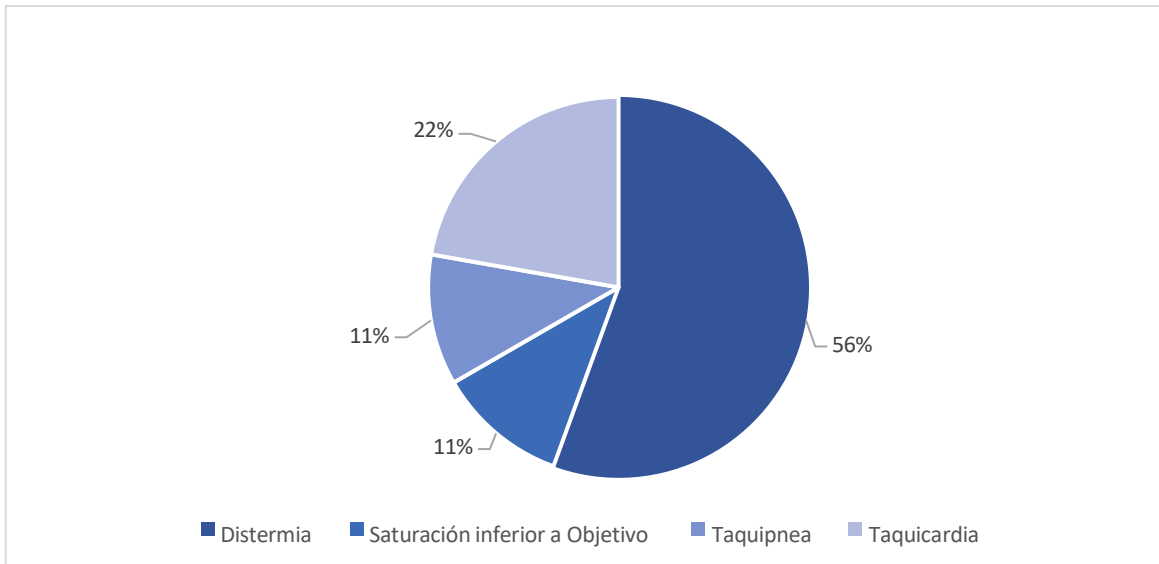
Gráfico 8: Edad gestacional por BALLARD en recién nacidos afectados por corioamnionitis.



Fuente: Datos de estudio de investigación

Respecto a la edad gestacional calculada por BALLARD , la edad gestacional predominante fue 40 semanas con un total de 18 casos.

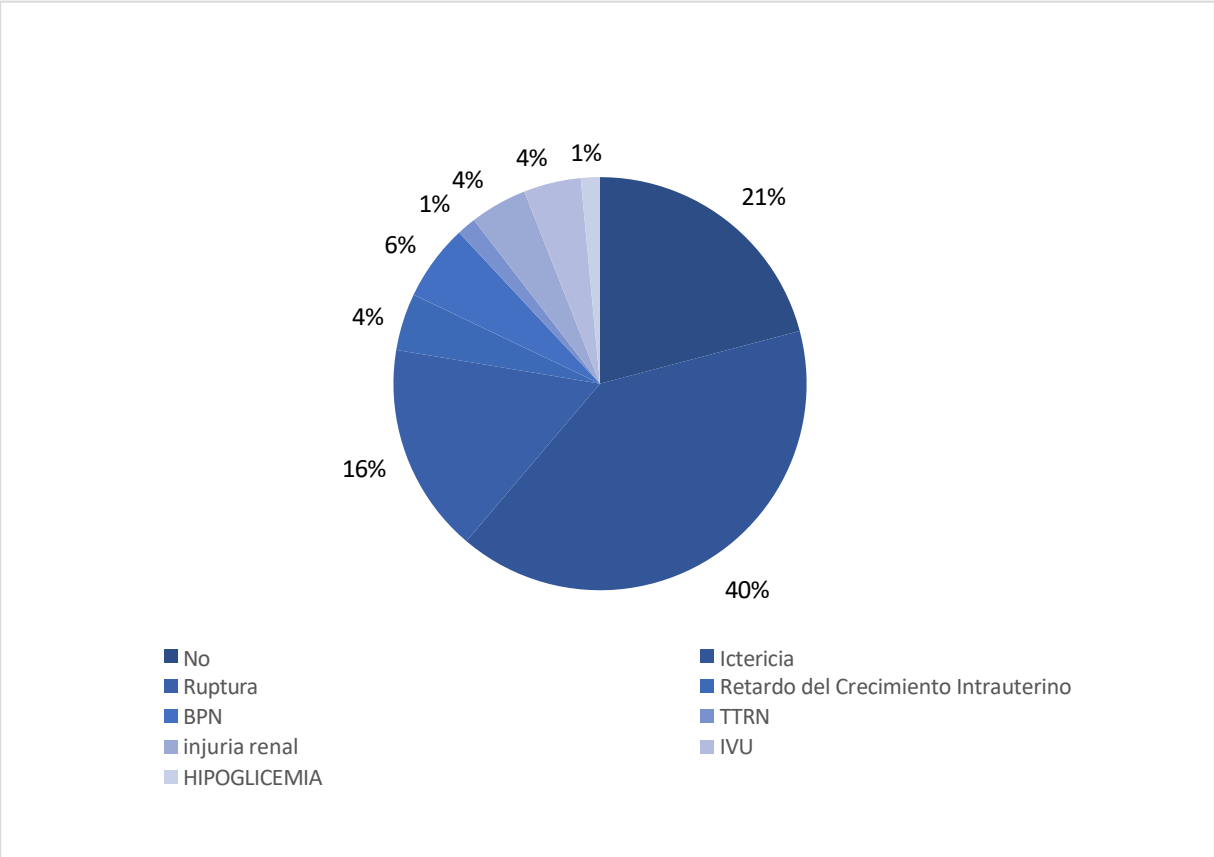
Gráfico 9: Proporción de signos vitales anormales en recién nacidos afectados por corioamnionitis.



Fuente: Datos de estudio de investigación.

Respecto a los signos vitales anormales encontrados en los recién nacidos afectados por corioamnionitis al momento de su ingreso, se identificó la distermia como principal signo afectado con un 56% del total de muestra.

Gráfico 10: Complicaciones sobre agregadas a recién nacidos afectados por corioamnionitis



Fuente: Datos de estudio de investigación

La complicación más frecuente sobre agregada a recién nacidos afectados por corioamnionitis fue la ictericia neonatal 40%

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al concluir el presente trabajo de investigación sobre características clínico-epidemiológicas de recién nacidos afectados por corioamnionitis, se obtuvieron los siguientes resultados.

Según el perfil epidemiológico, los recién nacidos afectados por corioamnionitis se presentó con mayor frecuencia en madres con edades entre 20 y 26 años, lo que implica que la corioamnionitis en los extremos de edad no es tan frecuente según este estudio.

Según el número de controles prenatales, 25 madres (50%) tenían al menos 5 controles prenatales, se identificaron 3 casos sin ningún control, sin embargo, a pesar de tener una cantidad aceptable de controles prenatales no fue suficiente para prevenir o detectar oportunamente las condiciones que predisponen al desarrollo de corioamnionitis.

Respecto a factores maternos infecciosos, se idéntico 1 caso de vaginosis (2%) así como 5 casos (10%) de infecciones vías urinarias los cuales no contribuyen para correlacionar el diagnóstico de corioamnionitis, a diferencia de la ruptura prematura de membranas en la que se identificaron 15 casos (30%) que, a pesar de no ser significativamente contribuyente, en este estudio tuvo mayor relevancia con el diagnóstico final de corioamnionitis.

En el presente estudio se evidenció que el 56 % de los recién nacidos afectados por corioamnionitis materna fueron de sexo masculino, mientras que el 44 % correspondió al sexo femenino. Esta diferencia sugiere una ligera predominancia del sexo masculino entre los casos analizados, no obstante, la diferencia observada en esta investigación no es lo suficientemente marcada como para establecer una relación causal directa entre el sexo del recién nacido y la incidencia de corioamnionitis.

En este estudio se observó que la mayoría de los recién nacidos hijos de madres con corioamnionitis presentaron un peso adecuado al nacer ($\geq 2,500$ g), representando el 92 % del total, mientras que únicamente el 8 % correspondió a neonatos con bajo peso. Este hallazgo resulta relevante, ya que en la literatura se describe una asociación frecuente entre la corioamnionitis y la restricción del crecimiento intrauterino o el parto pretérmino, condiciones que suelen derivar en bajo peso al nacer.

En el presente estudio, la mayoría de los recién nacidos hijos de madres con corioamnionitis se encontraban en edades gestacionales comprendidas entre las 38 y 40 semanas, sin ningún caso de recién nacido pretérmino según la escala de Ballard. Este hallazgo sugiere que en este estudio la corioamnionitis no se limita

únicamente a embarazos pretérmino, sino que también puede presentarse con frecuencia en gestaciones a término.

En el presente estudio, las alteraciones más frecuentes en los signos vitales de los recién nacidos expuestos a corioamnionitis materna fueron la distermia (56%) y la taquicardia (22%), seguidas de taquipnea y saturación de oxígeno inferior al objetivo (ambas con 11%). Estos resultados evidencian que la inestabilidad térmica y cardiovascular constituyen las primeras manifestaciones clínicas de compromiso sistémico en este grupo de pacientes.

En este estudio, la complicación neonatal más frecuente entre los recién nacidos hijos de madres con corioamnionitis fue la ictericia (40%), seguida de un 21% de neonatos sin complicaciones clínicas aparentes. La ruptura prematura de membranas se asoció un 16%, mientras que el bajo peso al nacer y otras alteraciones específicas (retardo del crecimiento intrauterino, injuria renal e infección de vías urinarias) tuvieron frecuencias menores (6% y 4% respectivamente). Las complicaciones menos frecuentes incluyeron hipoglucemia (1%). Estos hallazgos indican que, aunque una proporción de neonatos puede permanecer clínicamente estable al nacimiento, la exposición a corioamnionitis incrementa el riesgo de manifestaciones metabólicas, hepáticas y renales que requieren vigilancia y manejo neonatal precoz.

CAPITULO V. CONCLSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.

1. La corioamnionitis materna afectó principalmente a madres jóvenes entre los 20 y 26 años, lo que indica que esta patología no se limita a los extremos de edad reproductiva, sino que puede presentarse con mayor frecuencia en mujeres en edad fértil activa.
2. Entre los factores infecciosos maternos, la ruptura prematura de membranas representó el antecedente más relevante, mientras que la vaginosis y la infección de vías urinaria tuvieron baja incidencia, lo que podría reflejar la multifactorialidad del origen de la corioamnionitis.
3. El sexo masculino predominó ligeramente entre los recién nacidos afectados, aunque esta diferencia no permite establecer una relación causal directa entre el sexo y la incidencia de corioamnionitis.
4. La mayoría de los recién nacidos presentaron peso adecuado al nacer.
5. Según la escala de Ballard, la mayoría de los neonatos se encontraban entre las 38 y 40 semanas de gestación, sin casos de recién nacidos pretérmino, confirmando que la corioamnionitis también puede afectar a embarazos a término, posiblemente relacionada con factores obstétricos intraparto.
6. Las alteraciones clínicas más comunes fueron la distermia y la taquicardia, seguidas de taquipnea y desaturación leve de oxígeno.
7. En relación con las complicaciones neonatales, se observó que la ictericia fue la manifestación más frecuente, seguida del retardo del crecimiento intrauterino y la taquipnea transitoria del recién nacido.
8. No se identificó a ningún recién nacido afectado por corioamnionitis con hemocultivo positivo, por lo que dicho dato no es relevante para fines de esta investigación, por lo que se recomienda valorar la necesidad de cobertura antibiótica salvo en aquellos casos en lo que existan signos clínicos de infección o pruebas de laboratorio que respalden el manejo terapéutico profiláctico.

RECOMENDACIONES

1. Reforzar la capacitación del personal de salud en el diagnóstico oportuno de infecciones maternas, mediante la aplicación de protocolos estandarizados que permitan la detección temprana de signos clínicos y paraclínicos de corioamnionitis durante el trabajo de parto y el control prenatal.
2. Implementar estrategias de prevención primaria, orientadas a la educación sexual y reproductiva, con el fin de disminuir la incidencia de infecciones genitales y urinarias en mujeres en edad fértil, reduciendo así el riesgo de complicaciones obstétricas e infecciones intraamnióticas.
3. Garantizar un seguimiento neonatal estrecho a todos los recién nacidos expuestos a corioamnionitis materna, independientemente de su estado clínico inicial, con especial atención a la vigilancia de temperatura, frecuencia cardíaca, signos respiratorios y niveles de bilirrubina sérica, dada la alta frecuencia de ictericia y distermia observadas.
4. Fortalecer la capacidad diagnóstica del servicio de neonatología, promoviendo la disponibilidad de estudios complementarios como hemocultivos, proteína C reactiva y biomarcadores de infección neonatal temprana, para optimizar la detección de compromiso sistémico y el inicio precoz del tratamiento antibiótico.
5. Establecer protocolos de manejo y seguimiento conjunto entre obstetricia y neonatología, que aseguren la continuidad de la atención materno-infantil y permitan una respuesta coordinada ante casos de corioamnionitis, minimizando el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

6. Fomentar nuevas investigaciones multicéntricas, con muestras más amplias y análisis de variables microbiológicas, que permitan determinar la relación entre los agentes infecciosos específicos, la edad gestacional y la severidad de las complicaciones neonatales, contribuyendo a fortalecer la evidencia local sobre esta patología.
7. El control prenatal adecuado no garantizó la prevención de la corioamnionitis, ya que aproximadamente la mitad de las madres afectadas contaban con al menos cinco controles prenatales. Esto sugiere la necesidad de fortalecer la detección temprana de factores de riesgo y la vigilancia de infecciones durante el embarazo.

FUENTES DE INFORMACION

1. Czik MJ , McCarthy FP , Murphy KE . Corioamnionitis : de la patogénesis al tratamiento . *Clin Microbiol Infect* . 2011 ; **17** (9): 1304-11 . <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17433>
2. Committee Opinion No. 712: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. (2017). *Obstetrics and gynecology*, *130*(2), e95–e101. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002236>
3. Gomez Slagle, H. B., Hoffman, M. K., Fonge, Y. N., Caplan, R., & Sciscione, A. C. (2022). Incremental risk of clinical chorioamnionitis associated with cervical examination. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, *4*(1), 100524. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100524>
4. Burke, C., & Chin, E. G. (2016). Chorioamnionitis at Term: Definition, Diagnosis, and Implications for Practice. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, *30*(2), 106–114. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000163>
5. Romero, R., Chaemsaitong, P., Docheva, N., Korzeniewski, S. J., Kusanovic, J. P., Yoon, B. H., Kim, J. S., Chaiyasit, N., Ahmed, A. I., Qureshi, F., Jacques, S. M., Kim, C. J., Hassan, S. S., Chaiworapongsa, T., Yeo, L., & Kim, Y. M. (2016). Clinical chorioamnionitis at term VI: acute chorioamnionitis and funisitis according to the presence or absence of microorganisms and inflammation in the amniotic cavity. *Journal of perinatal medicine*, *44*(1), 33–51. <https://doi.org/10.1515/jpm-2015-0119>
6. Sukumaran, S., Pereira, V., Mallur, S., & Chandraharan, E. (2021). Cardiotocograph (CTG) changes and maternal and neonatal outcomes in chorioamnionitis and/or funisitis confirmed on histopathology. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, *260*, 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.029>
7. Johnson, C. T., Farzin, A., & Burd, I. (2014). Current management and long-term outcomes following chorioamnionitis. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, *41*(4), 649–669. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.08.007>
8. Beck, C., Gallagher, K., Taylor, L. A., Goldstein, J. A., Mithal, L. B., & Gernand, A. D. (2021). Chorioamnionitis and Risk for Maternal and Neonatal Sepsis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*, *137*(6), 1007–1022.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004377>

9. Muraskas, J., Astrug, L., & Amin, S. (2020). FIRS: Neonatal considerations. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 25(4), 101142.
<https://doi.org/10.1016/j.siny.2020.101142>
10. Gilstrap, L. C., 3rd, Leveno, K. J., Cox, S. M., Burris, J. S., Mashburn, M., & Rosenfeld, C. R. (1988). Intrapartum treatment of acute chorioamnionitis: impact on neonatal sepsis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 159(3), 579–583. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(88\)80012-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(88)80012-7)
11. Gibbs, R. S., Dinsmoor, M. J., Newton, E. R., & Ramamurthy, R. S. (1988). A randomized trial of intrapartum versus immediate postpartum treatment of women with intra-amniotic infection. *Obstetrics and gynecology*, 72(6), 823–828.
<https://doi.org/10.1097/00006250-198812000-00001>
12. Verani, J. R., McGee, L., Schrag, S. J., & Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 59(RR-10), 1–36.
13. Polin, R. A., & Committee on Fetus and Newborn (2012). Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. *Pediatrics*, 129(5), 1006–1015. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0541>
14. Tita, A. T. N., & Andrews, W. W. (2010). *Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis*. *Clinical Perinatology*, 37(2), 339–354.
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2010.02.003>
15. Villamor-Martínez, E., Álvarez-Fuente, M., Ghazi, A. M. T., Degraeuwe, P. L. J., & Kramer, B. W. (2018). *Association of chorioamnionitis with bronchopulmonary dysplasia among preterm infants: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression*. *Frontiers in Physiology*, 9, 1253.
<https://doi.org/10.3389/fphys.2018.01253>
16. Wu, Y. W., & Colford, J. M. Jr. (2022). Impact of chorioamnionitis on neonatal brain injury: A meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 127, 29–36.
<https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2021.12.010>
17. Dammann, O., & Leviton, A. (2018). Infection and inflammation: Impact on neurodevelopmental outcome in very preterm infants. *Pediatric Research*,

- 84(1), 106–113. <https://doi.org/10.1038/s41390-018-0173-5>
18. González, R., Huamán, J., & Quispe, A. (2021). Corioamnionitis histológica y su relación con hemorragia intraventricular y lesiones de la materia blanca en neonatos prematuros. *Revista Peruana de Pediatría*, 70(1), 23–30. <https://doi.org/10.35769/rpp.v70i1.1458>
19. Chau, V., Poskitt, K. J., Sargent, M. A., Lupton, B. A., Hill, A., & Miller, S. P. (2020). Perinatal sepsis and brain injury in very preterm neonates. *Pediatrics*, 146(2), e20200019. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0019>
20. Higgins, R. D., Saade, G., Polin, R. A., Grobman, W. A., Buhimschi, I. A., Watterberg, K., Silver, R. M., Raju, T. N. K., & Chorioamnionitis Workshop Participants (2016). Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis: Summary of a Workshop. *Obstetrics and gynecology*, 127(3), 426–436. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001246>
21. Gravett, M. G., Adams, K. M., Sadowsky, D. W., Grosvenor, A. R., Witkin, S. S., Axthelm, M. K., & Novy, M. J. (2007). Immunomodulators plus antibiotics delay preterm delivery after experimental intraamniotic infection in a nonhuman primate model. *American journal of obstetrics and gynecology*, 197(5), 518.e1–518.e5188. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.03.064>
22. Weitkamp, J. H., Guthrie, S. O., Wong, H. R., Moldawer, L. L., Baker, H. V., & Wynn, J. L. (2016). Histological chorioamnionitis shapes the neonatal transcriptomic immune response. *Early human development*, 98, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.06.001>
23. Venkatesh, K. K., Jackson, W., Hughes, B. L., Laughon, M. M., Thorp, J. M., & Stamilio, D. M. (2019). Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 39(5), 673–682. <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0322-0>
24. Salas, A. A., Faye-Petersen, O. M., Sims, B., Peralta-Carcelen, M., Reilly, S. D., McGwin, G., Jr, Carlo, W. A., & Ambalavanan, N. (2013). Histological characteristics of the fetal inflammatory response associated with neurodevelopmental impairment and death in extremely preterm infants. *The Journal of pediatrics*, 163(3), 652–7.e72.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.081>

25. Sung, J. H., Choi, S. J., Oh, S. Y., Roh, C. R., & Kim, J. H. (2017). Revisiting the diagnostic criteria of clinical chorioamnionitis in preterm birth. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 124(5), 775–783.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14176>
26. Wortham, J. M., Hansen, N. I., Schrag, S. J., Hale, E., Van Meurs, K., Sánchez, P. J., Cantey, J. B., Faix, R., Poindexter, B., Goldberg, R., Bizzarro, M., Frantz, I., Das, A., Benitz, W. E., Shane, A. L., Higgins, R., Stoll, B. J., & Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network (2016). Chorioamnionitis and Culture-Confirmed, Early-Onset Neonatal Infections. *Pediatrics*, 137(1), e20152323.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-2323>
27. Watterberg, K. L., Demers, L. M., Scott, S. M., & Murphy, S. (1996). Chorioamnionitis and early lung inflammation in infants in whom bronchopulmonary dysplasia develops. *Pediatrics*, 97(2), 210–215.
28. Hitti, J., Krohn, M. A., Patton, D. L., Tarczy-Hornoch, P., Hillier, S. L., Cassen, E. M., & Eschenbach, D. A. (1997). Amniotic fluid tumor necrosis factor-alpha and the risk of respiratory distress syndrome among preterm infants. *American journal of obstetrics and gynecology*, 177(1), 50–56. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(97\)70437-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(97)70437-x)
29. Suppiej, A., Franzoi, M., Vedovato, S., Marucco, A., Chiarelli, S., & Zanardo, V. (2009). Neurodevelopmental outcome in preterm histological chorioamnionitis. *Early human development*, 85(3), 187–189.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.09.410>
30. Puri, K., Taft, D. H., Ambalavanan, N., Schibler, K. R., Morrow, A. L., & Kallapur, S. G. (2016). Association of Chorioamnionitis with Aberrant Neonatal Gut Colonization and Adverse Clinical Outcomes. *PloS one*, 11(9), e0162734.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162734>
31. Gutiérrez Quinteros, A. E. (2022). *Caracterización epidemiológica, clínica y correlación histopatológica en pacientes con diagnóstico de corioamnionitis en el Hospital Nacional de la Mujer durante el periodo enero-diciembre 2020* [Tesis de especialidad, Universidad de El Salvador]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.ues.edu.sv/server/api/core/bitstreams/a0ad9054-c7f6-49ad-a7e9-62d174618019/content>

ANEXOS

Anexo 1

Características clínico epidemiológicas de recién nacidos afectados por corioamnionitis entre el periodo de enero a diciembre 2024 en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque

HOJA DE VACIAMIENTO DE DATOS

Factores de Riesgo Maternos					Perfil Clínico del RN						
Edad Materna	N° de Controles Prenatales	Infecciones Vaginales durante el Embarazo	Ruptura Prematura de Membrana	Infección de vías urinarias maternas	Sexo	Vía del Parto	Peso	Ballard	Complicaciones Neonatales	N° de días Ingresado	Hemocultivos Positivos
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											