

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



Titulo:

Evolución Clínica Materno Fetal del Manejo Conservador de Ruptura Prematura de
Membranas 2020-2023

Presentador por:

Adriana Carolina Reyes Cruz
Evelyn Tatiana Romero Dueñas

Para optar al Título de Especialista en:

Ginecología y Obstetricia

Asesor metodológico:

Dr. Manuel Salinas Mejía

El Salvador, San Salvador, 2024.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Rector/a:

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla.

Vicerrector/a Académico/a:

Dra Evelyn Beatriz Farfán Mata.

Vicerrector/a Administrativo/a:

M.Sc Roger Armando Arias Alvarado.

Secretario/a General:

Lic Pedro Rosalío Escobar Castaneda.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

Decano/a:

Dr. Saul Diaz Peña.

Vicedecano/a:

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran.

Secretario/a:

M.Sc Roberto Carlos Hernández Marroquín.

Director de Escuela de Medicina

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo.

CONTENIDO

Resumen.....	5
Introducción	6
Materiales y métodos	7
Resultados.....	8
Discusión	21
Fuente de Información.....	26

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de continuidad de las membranas amnióticas antes del inicio del trabajo de parto, con una prevalencia global del 2-4%, siendo una causa frecuente de partos prematuros. El manejo conservador, que busca prolongar el desarrollo fetal y prevenir infecciones, es una de las opciones terapéuticas. **Objetivo:** Describir la evolución clínica materno-fetal del manejo conservador en casos de RPM entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en Hospital Materno Infantil primero de mayo 2020-2023. Los sujetos fueron 287 pacientes que se diagnosticaron con ruptura prematura de membranas y recibieron manejo conservador. Variables de estudio: Utilizando estadística descriptiva representada en porcentajes en gráficas de barras y pastel, los datos se recolectaron en una matriz de Microsoft Excel con las variables de edad, paridad, controles prenatales, edad gestacional, periodo de latencia, manejo conservador y criterios para romper manejo, vía de parto y complicaciones materno fetales. **Resultados:** Los resultados mostraron que el 91.6% de las pacientes calificadas recibieron manejo conservador. Las complicaciones neonatales (82%) fueron más frecuentes que las maternas siendo el síndrome de distrés respiratorio la principal causa. La tasa de mortalidad neonatal fue del 3%. **Conclusión:** Aunque el manejo conservador fue efectivo en la mayoría de los casos, hasta un 53% se discontinuaba manejo y principalmente finalizaba en cesáreas. Las complicaciones neonatales no se correlacionaron con el puntaje de Apgar, pero sí influyeron en la supervivencia.

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas tiene un significado esencial para la resolución posterior del embarazo. En la mayoría de los casos, el diagnóstico no causa mayores complicaciones, pero en algunas situaciones puede no ser fácil hacer el diagnóstico correcto.

En los últimos años se ha corroborado la relación existente entre la ruptura prematura de membranas y el impacto en la morbilidad materno fetal. Las tres principales causas de mortalidad neonatal relacionadas a dicha patología son sepsis, asfixia perinatal y broncodisplasia pulmonar y en cuanto a la afección materna, se asocia principalmente con infección intrauterina que a su vez aumenta en 4 veces la probabilidad de un parto prematuro.

Se define por lo tanto manejo conservador o expectante a la estrategia para el tratamiento, que consiste en métodos de vigilancia para la identificación oportuna de infección intraamniótica o infección neonatal inminente, en el que se permite la realización de exámenes de laboratorio, evaluación clínica constante, pruebas de bienestar fetal, antibioticoterapia y maduración pulmonar (1).

La implementación de los protocolos de manejo conservador de ruptura prematura de membranas es una estrategia que se realiza habitualmente en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, sin embargo, se da poco o nulo seguimiento al desenlace materno fetal del mismo, no hay un registro de las complicaciones intraparto o postparto, que ayude a identificar oportunidades de mejora en dicho protocolo. Identificar los resultados maternos-fetales es muy importante para disminuir la mortalidad materna y neonatal, para un mejor manejo y prevención de complicaciones. Este estudio tiene como objetivo describir los resultados maternos y neonatales del manejo conservador de ruptura prematura de membranas, evaluar las ventajas y desventajas que trae su uso relacionándolos con la morbilidad y mortalidad materno fetal en dicha institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, transversal y retrospectivo, en usuarias cuya evolución clínica materno fetal ameritó recibir manejo conservador de ruptura prematura de membranas en el periodo de enero 2020 a diciembre 2023.

El instrumento utilizado para la medición de los datos fue una ficha de recolección de datos en Microsoft Excel, en la cual se tomó información encontrada en las historias clínicas de las pacientes que recibieron manejo conservador para la ruptura prematura de membranas entre las 24 a 33 6/7 semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, con previa autorización del Comité de Ética.

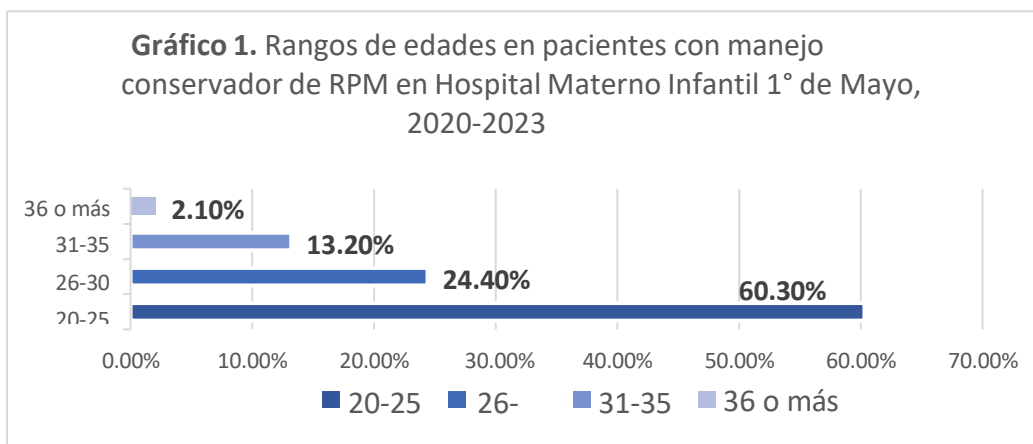
Se buscó en los expedientes las características tanto epidemiológicas como resultados materno fetales al realizarse el manejo conservador de RPM. En total se revisaron 502 expedientes, obteniéndose una muestra de 287 usuarias que presentaron RPM y que se les indicó manejo conservador, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, dicha base de datos se procesó en Microsoft Excel utilizando estadística descriptiva representada en porcentajes y gráficos de barras y pastel correspondiente a las características epidemiológicas como: edad, paridad, controles prenatales, edad gestacional, periodo de latencia, manejo conservador y criterios para romper manejo, vía de parto y complicaciones materno fetales.

RESULTADOS

La presente investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo en el periodo enero 2020 a diciembre 2023, la muestra seleccionada fue de 287 mujeres quienes presentaron ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación y se les inició manejo conservador. A continuación, se describen los resultados obtenidos de las variables antes propuestas en el estudio.

1. Edad

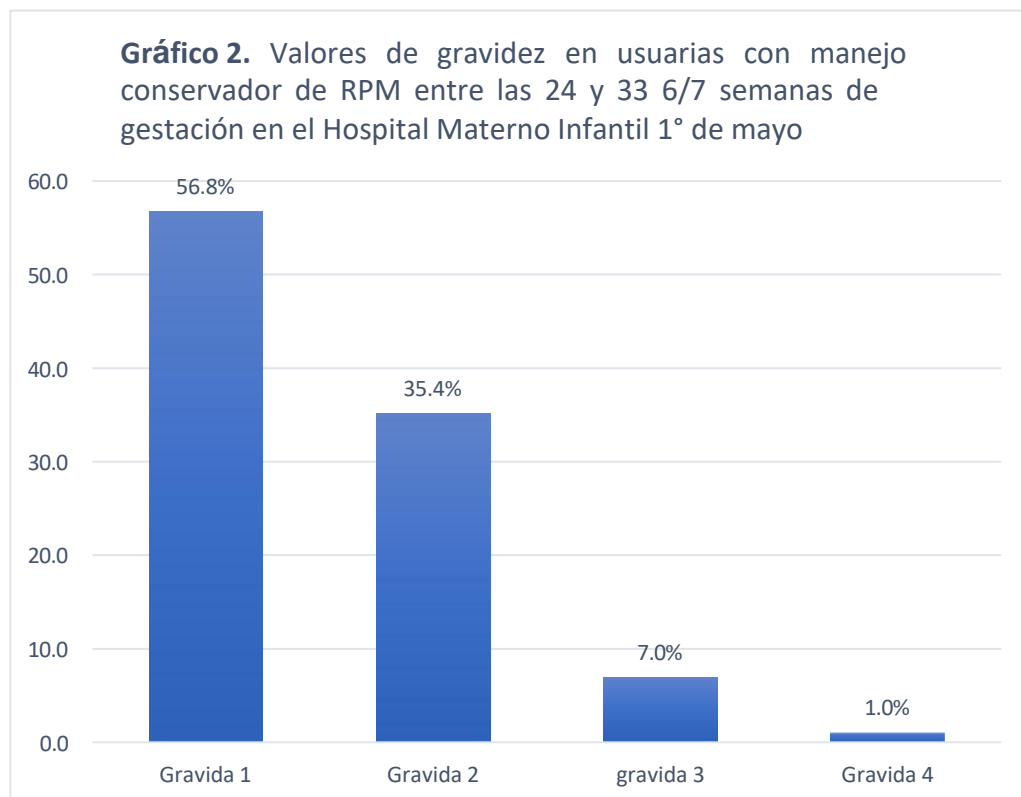
En esta investigación se estudiaron las pacientes con manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo en el rango de edades entre los 20 y 36 años, representando 4 grupos etarios, ya que no se presentaron usuarias entre los 18 y 19 años. El rango de edad más frecuente encontrado en el estudio fue entre 20 y 25 años, correspondiendo al 60.30 % de la población, seguido por el rango de edad de 26 a 30 años con un resultado 24.40%, luego la población entre 31 y 35 años con un 13.20% y finalmente las usuarias de 36 o más con un 2.10% sumando un total del 100%.



Gráfica 1 Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

2. Gravidéz

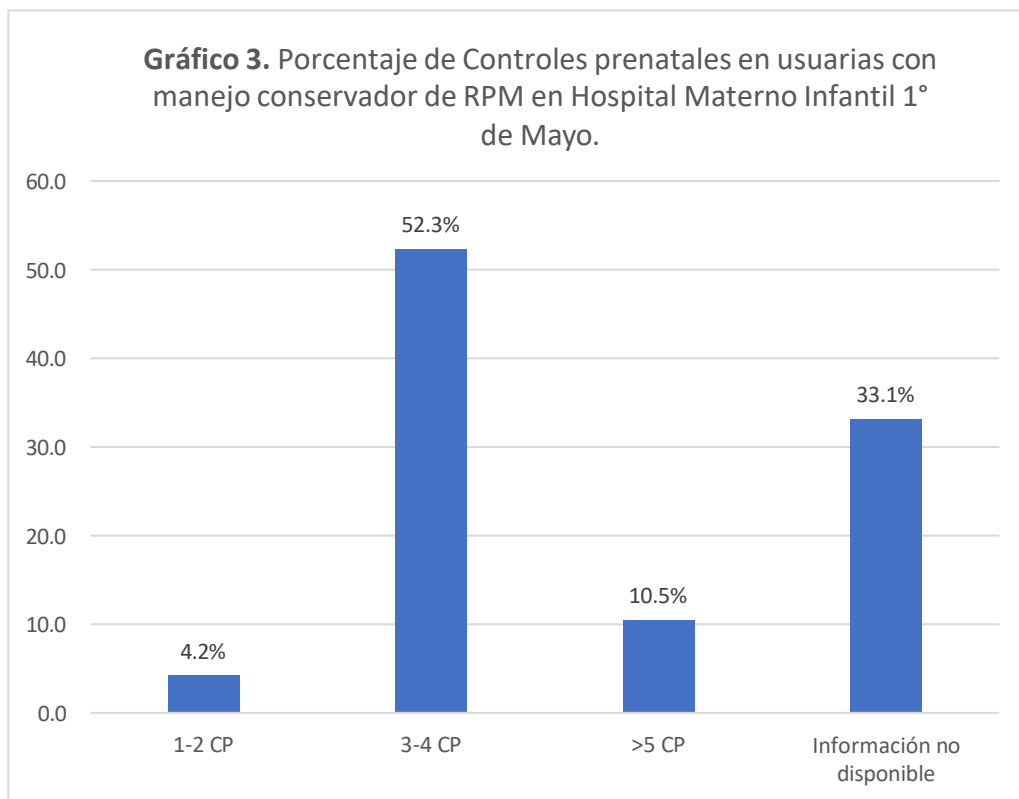
En la población de estudio se obtuvo que las usuarias que recibieron manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, un 56.8% correspondía a usuarias que experimentaron su primer embarazo en la categoría de grávida 1. Seguido de las pacientes grávida 2 con un 35.4%, las usuarias grávidas 3 con un 7.0% y finalmente, las pacientes grávidas 4 con un 1.0%



Gráfica 2. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

3. Controles prenatales

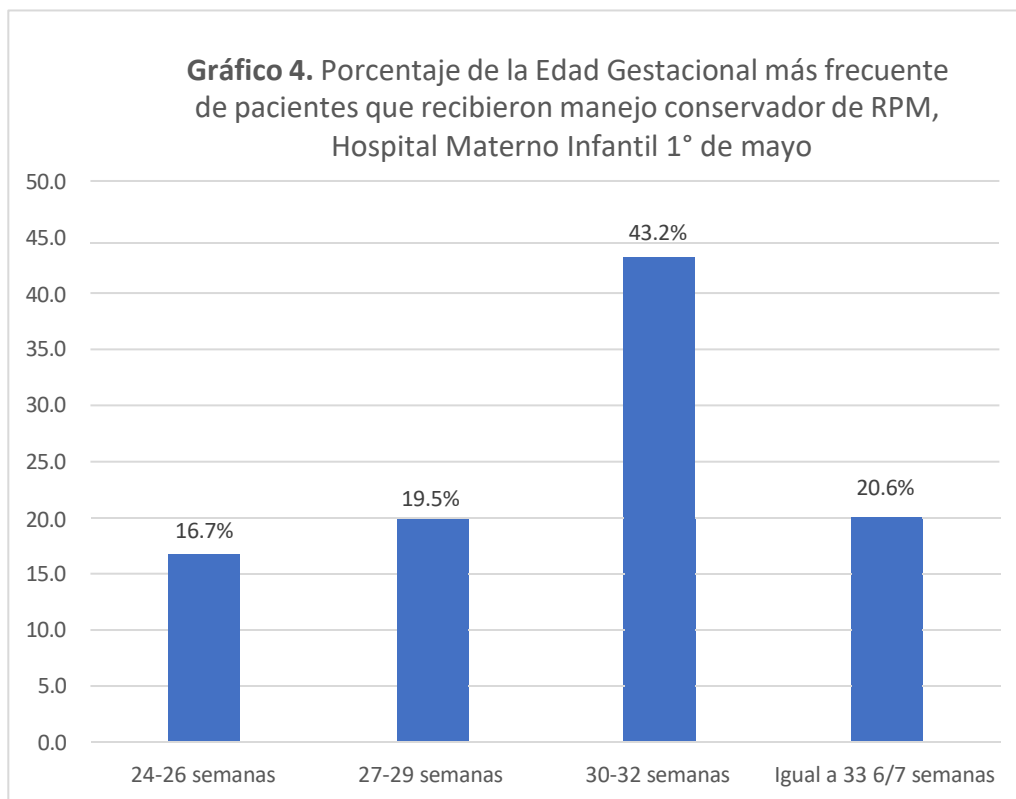
En el presente estudio la mayoría de usuarias recibió entre 3 y 4 controles prenatales con un 52.3%, seguido de más de 5 controles con un 10.5% y entre 1-2 controles prenatales un 4.2%. En los expedientes revisados, se constata que un 33.1% de las usuarias no tenían esta información disponible en su historia clínica.



Gráfica 3. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

4. Edad gestacional

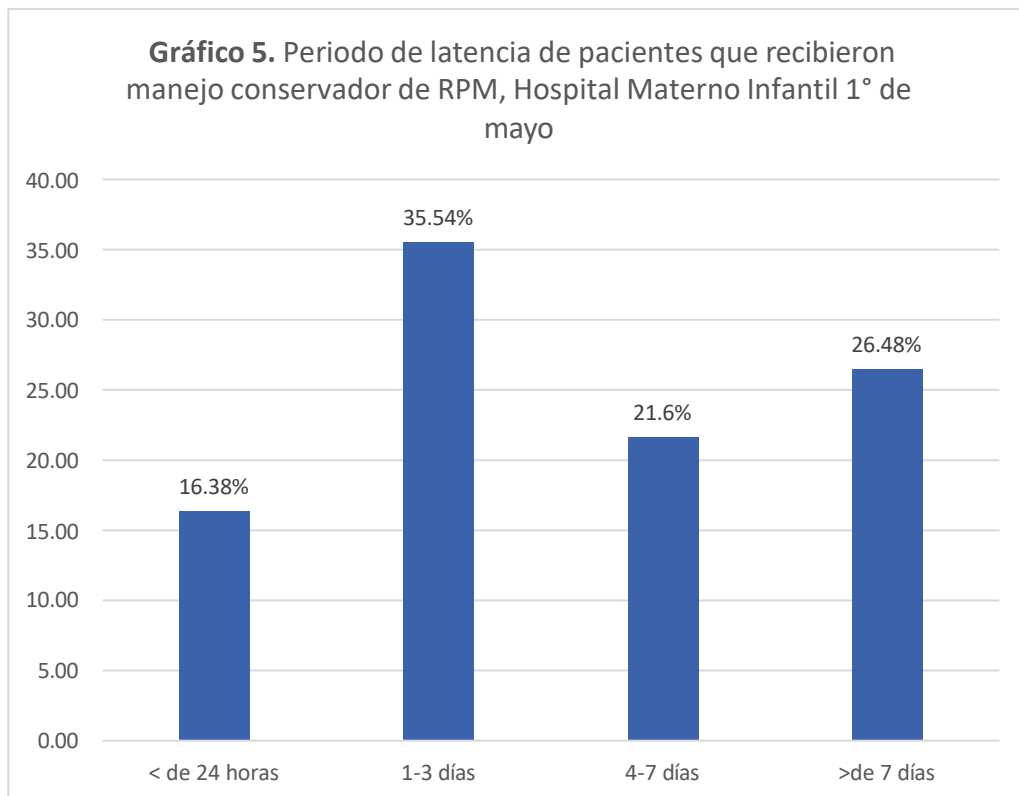
En la población en estudio, se obtuvo que la las usuarias con manejo conservador de RPM con mayor porcentaje se situaron en las 30 a 32 semanas de gestación con un 43.2%. Seguido de un 20.6 % de las pacientes igual a 33 6/7 semanas, luego las pacientes entre 27 y 29 semanas con un 19.5% y en menor porcentaje las usuarias entre 24 y 26 semanas representando un 16.7%.



Gráfica 4. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

5. Período de latencia del manejo conservador de RPM

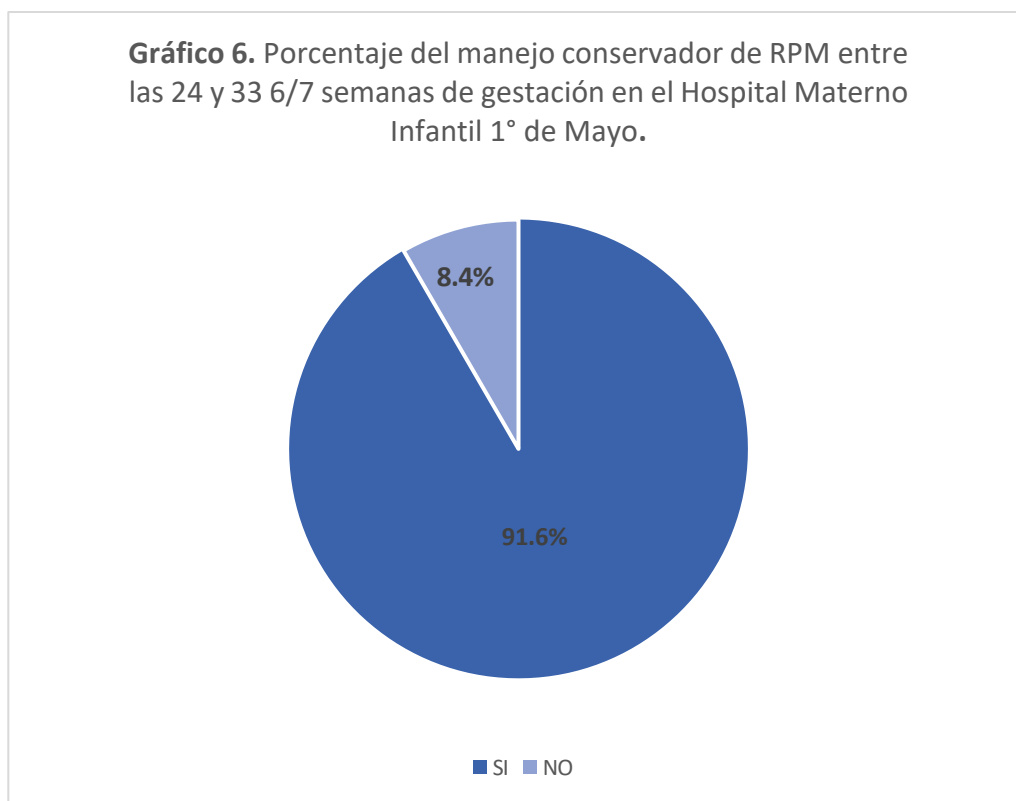
El periodo de latencia máximo que experimentó la población en estudio fue de 1 a 3 días con un 35.54%, seguido de > 7 días con un 26.48%, las usuarias con un periodo entre 4 y 7 días obtuvieron un 21.6% y el periodo de latencia mínimo fue de < 24 horas un 16.38%.



Gráfica 5. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

6. Manejo conservador de RPM entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil Primero de mayo

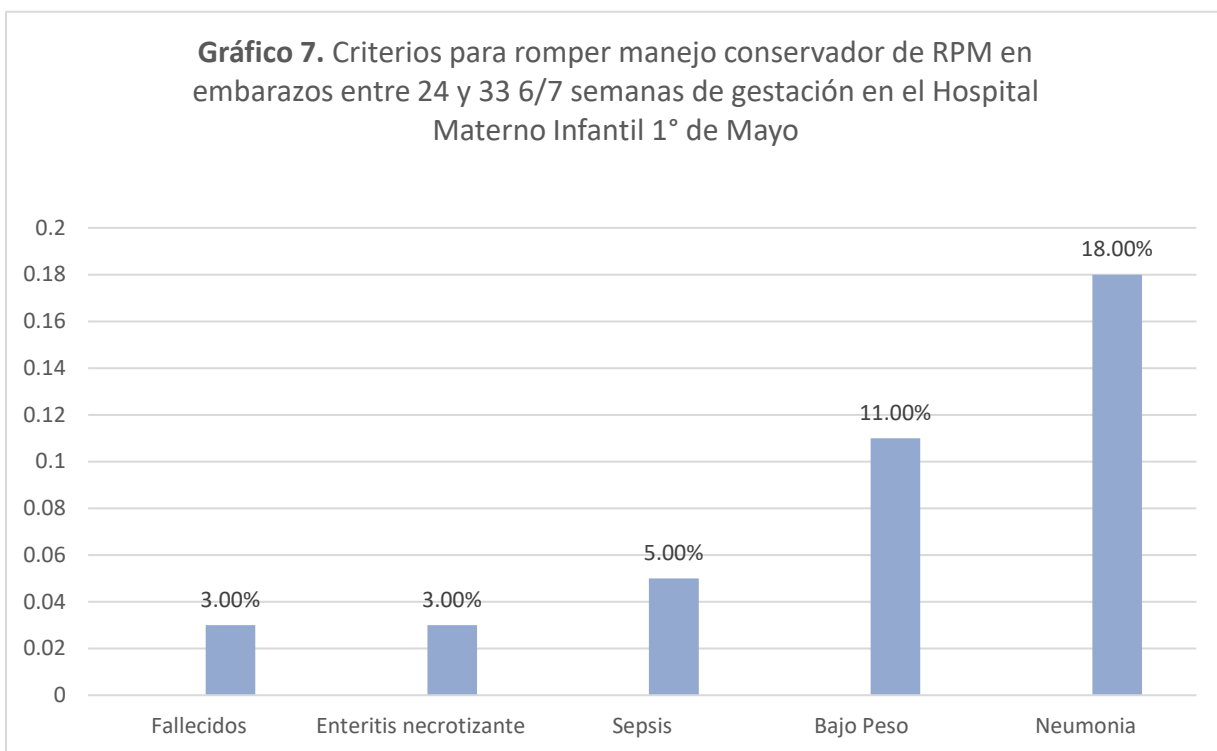
En la población en estudio, se revisaron los expedientes clínicos, determinando que a un 91.6% de las pacientes se les realizó manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación ante un 8.4% que no lo recibió por diferentes causas que se detallaran más adelante.



Gráfica 6. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

7. Criterios para romper manejo conservador de RPM en embarazos entre 24 y 33 6/7 semanas de gestación

Entre los criterios para romper el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en la población en estudio, se determinó que el principal criterio fue el inicio de la actividad uterina con un 54.10%, seguido de deterioro fetal con un 22.60%, en tercer lugar, el abrupcio de placenta con un 11.6%, y en cuarto y quinto criterio el prolapso de cordón o miembro y la infección intraamniótica con un 7.30% y 4.4% respectivamente.

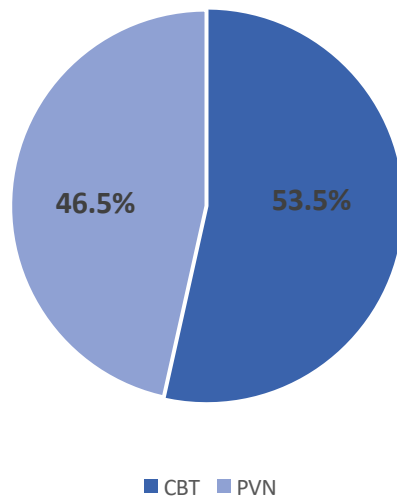


Gráfica 7. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

8. Vía de parto

En la presente investigación se evidenció que la vía de parto en las usuarias que recibieron manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación, un 53.5% finalizaron en cesáreas ante un 46.5% de partos vía vaginal.

Gráfico 8. Vía de parto en pacientes con manejo conservador de RPM en embarazos entre 24 y 33 6/7 semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo

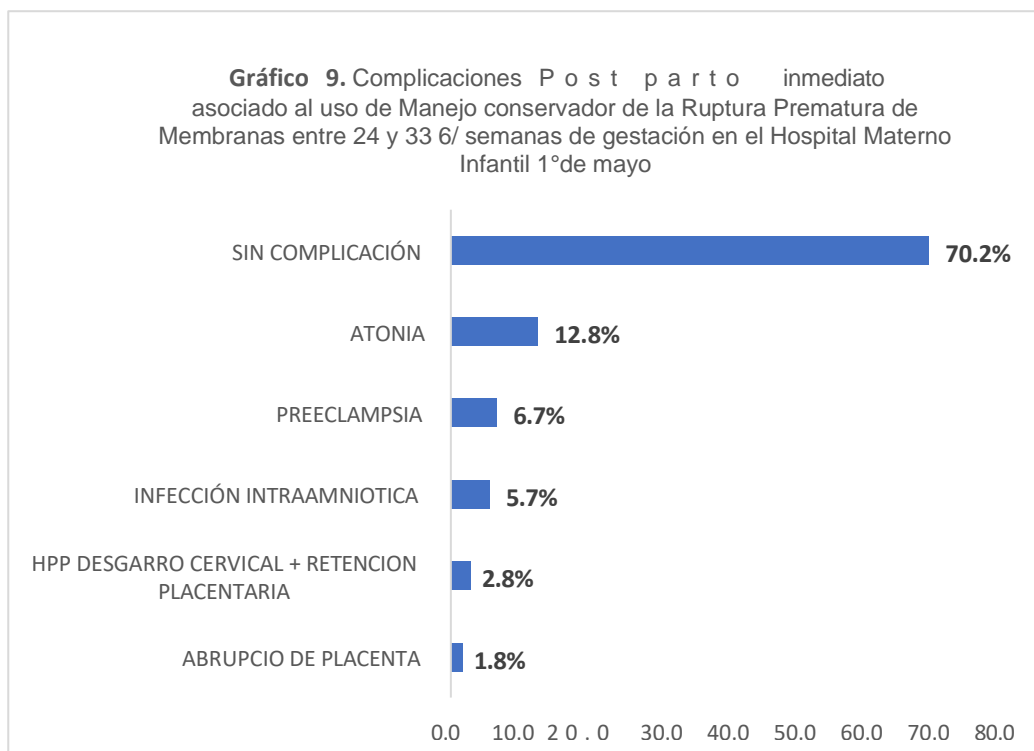


Gráfica 8. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

9. Complicaciones Post parto inmediato

El estudio de la población muestral, indicó que un 70.2% de las pacientes no presentó complicaciones post parto inmediato asociado al uso del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas.

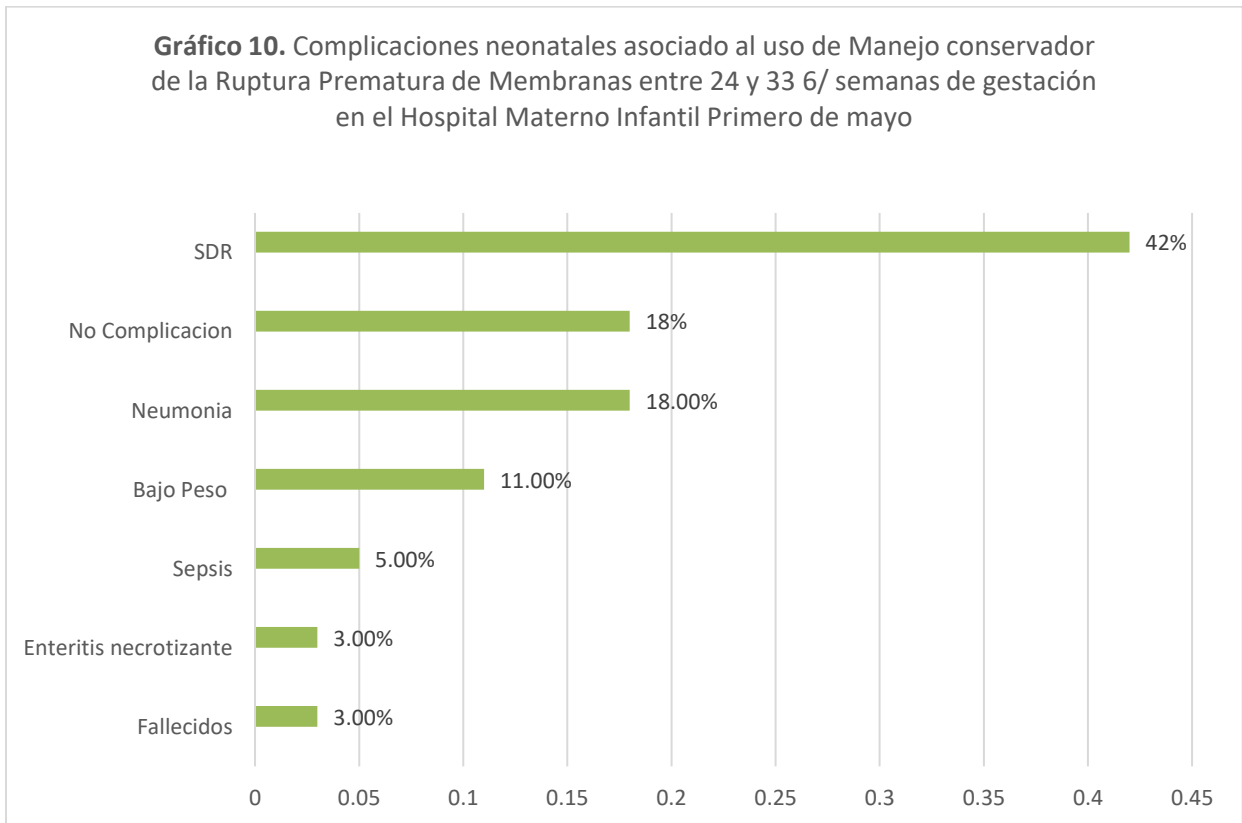
Entre las complicaciones según su mayor porcentaje de aparición, se tiene que la atonía representó un 12.8%, seguida de preeclampsia con un 6.7%, infección intraamniótica con un 5.7%, herida peritoneal por desgarro cervical más retención placentaria significó un 2.8% y el abrupcio de placenta un porcentaje de 1.8%.



Gráfica 9. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

10. Complicaciones neonatales

En este estudio, se obtuvo que las complicaciones neonatales asociadas al uso de manejo conservador de la ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación, el mayor porcentaje de complicaciones neonatales con un 42% fue el Síndrome de Distrés Respiratorio, seguido de Neumonía con un 18%, bajo peso y muy bajo peso con un 11%, mientras que para sepsis significó un 5% y prematuridad un 4%. Mientras que la enteritis necrotizante y fallecidos, obtuvieron un valor del 3% respectivamente. Es importante mencionar, que un 18% de los recién nacidos no presentaron complicaciones.



Gráfica 10. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

11. Principales complicaciones neonatales asociadas con puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos

En el presente estudio, se determinaron las 5 principales complicaciones quienes representaron la mayoría.

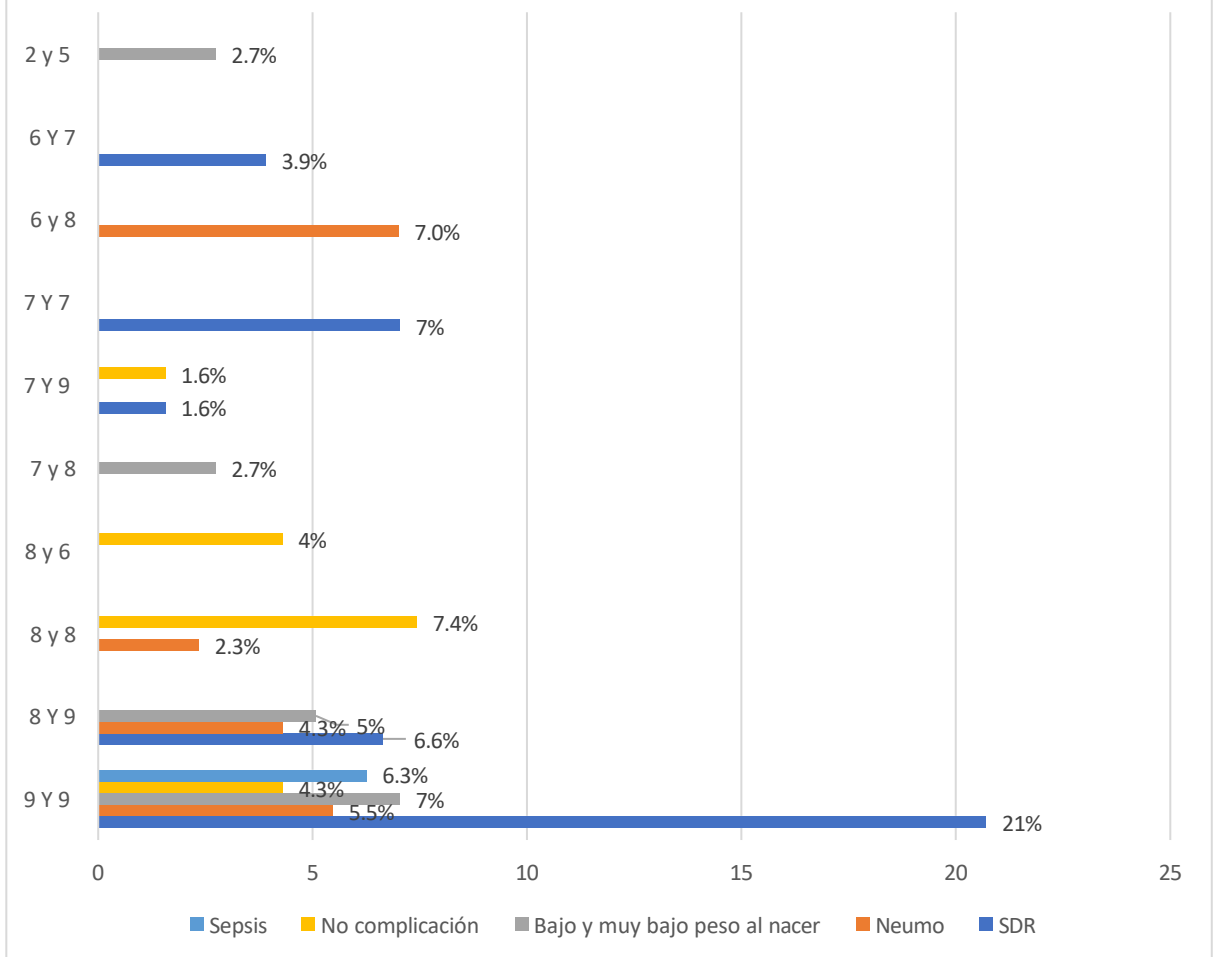
Se identificó que los neonatos que desarrollaron Síndrome de Distrés Respiratorio obtuvieron los siguientes puntajes de Apgar al minuto y a los cinco minutos: 9 y 9 con un 21%, 8 y 9 con un 6.6%, 7 y 7 con 7 % y la puntuación de 6 y 7 con un 3.9%.

Seguido del bajo peso y muy bajo peso, con puntaje de 9 y 9 puntos con un 7%, 8 y 9 puntos con un 5%, mientras que las puntuaciones de 7-8 y 2-5 recibieron un porcentaje del 2.7% respectivamente.

La complicación por neumonía obtuvo su máximo porcentaje con un 7% en la puntuación de Apgar 6 y 8 y el mínimo porcentaje con un 2.3% con un Apgar de 8 y 8 puntos.

Mientras que los neonatos con sepsis obtuvieron un Apgar de 9 y 9 representando un 6.3%.

Gráfico 11. Porcentaje de principales causas de complicaciones neonatales asociadas a APGAR en el uso de Manejo conservador de la Ruptura Prematura de Membranas entre 24 y 33 6/ semanas de gestación en el Hospital Materno Infantil Primero de mayo

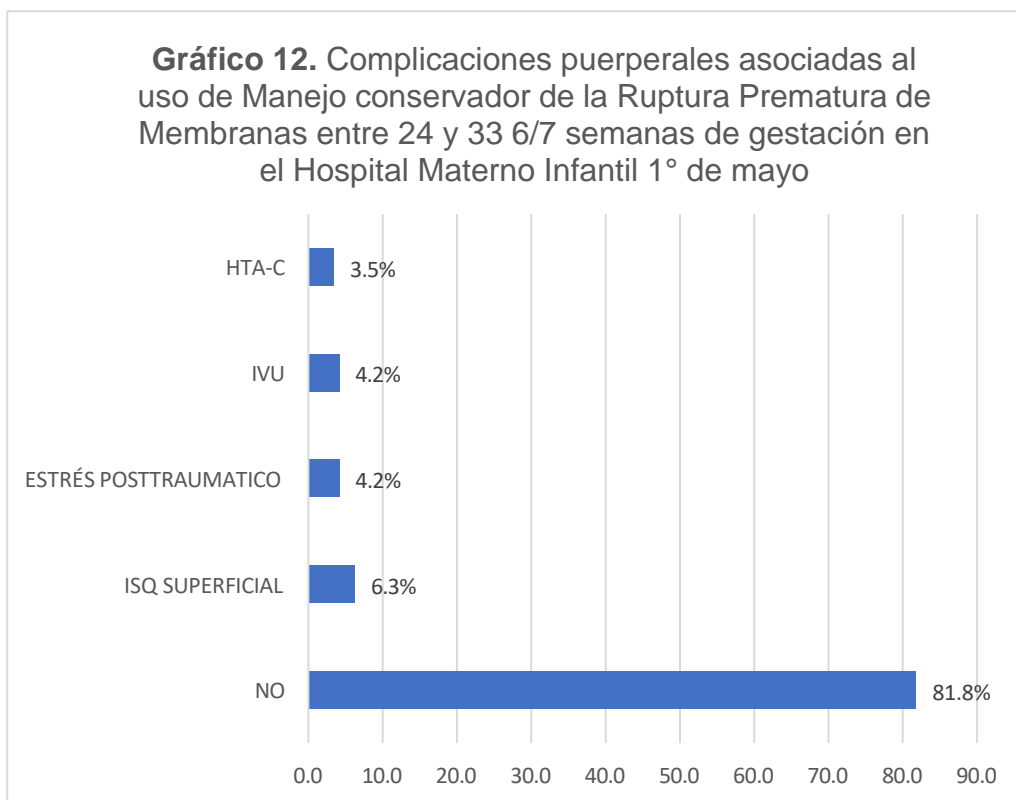


Gráfica 11. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

12. Complicaciones puerperales

Entre los resultados que destaca el presente estudio, es que no hubo complicaciones puerperales asociadas al manejo conservador de la RPM entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación en un 81.8% de la población.

Mientras que la infección de sitio quirúrgico obtuvo un 6.3%, seguido de la infección de vías urinarias y estrés postraumático con un 4.2% cada uno, y en tercera ubicación tenemos la hipertensión arterial con un 3.5%.



Gráfica 12. Fuente: Datos obtenidos de expedientes del registro de archivo clínico del Hospital Materno Infantil 1° de mayo. N=287 pacientes.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue describir la evolución clínica materno fetal del manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 a 33 6/7 semanas de gestación en usuarias que acudieron al Hospital Materno Infantil del ISSS en el periodo de enero 2020 a diciembre 2023.

Entre los hallazgos de esta investigación, los factores epidemiológicos más relevantes se obtuvo que el rango de edad entre 20 a 25 años fue el de mayor predominio en la población estudiada con un 60.3%, una población relativamente joven. Además, se consideró la gravidez de las pacientes, destacando con un 56.8% las usuarias primigestas. Mientras que los controles prenatales en mayor porcentaje rondaron entre 3 a 4 controles para un porcentaje máximo del 52.3%, siendo la recomendación no menos de 5 controles prenatales.

La edad gestacional más frecuente de pacientes con manejo conservador de RPM en embarazos entre 24 y 33 6/7 semanas de gestación en el presente estudio fue entre las 30 a 32 semanas correspondiente al 43.2%. La literatura refiere que las gestaciones <32 semanas el manejo conservador tiene mayor tasa de éxito (2). En el Hospital Bertha Calderón en Managua, la investigación realizada en la población de 89 pacientes con RPM y que recibieron manejo conservador la mayoría fue entre las 24 a 29 semanas de gestación con un 66.3%. En este sentido, el manejo en esas edades gestacionales en el Hospital 1° de Mayo indica que su tasa de éxito es proporcional a lo que refiere la evidencia científica (3).

El periodo de latencia máximo que experimentó nuestra población en estudio fue de 1 a 3 días con un 35.54%, la literatura recomienda que las mujeres que no tengan complicaciones o contraindicaciones para continuar su embarazo para el manejo conservador, se pueda implementar dicho manejo conservador, y cuando sea posible, continuarlo hasta la semana 37 del embarazo (4).

En un estudio realizado en un hospital de Nigeria, concluyó que el manejo conservador fue efectivo en su población de estudio (5). Relacionando las investigaciones científicas, el estudio realizado en nuestra población se obtuvo que a un 91.6% de las pacientes se les practicó el manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación.

Entre los criterios para romper el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en la población en estudio, se determinó que el principal criterio fue el inicio de la actividad uterina con un 54.1% por lo que las guías internacionales de Ginecología y Obstetricia evidencian que el inicio de trabajo de parto recomienda romper dicho manejo (6).

En cuanto a la vía de parto, la literatura consultada como la investigación realizada en el Hospital Berta Calderón de Managua y en un Hospital de tercer nivel en Chile, indican que los beneficios materno fetales en el manejo conservador, redujeron la incidencia de partos vía abdominal. Sin embargo, en nuestro estudio la vía de parto con mayor porcentaje fue la cesárea con un 53.5% ante un 46.5% por parto vía vaginal, en todas aquellas pacientes a quien se le instauró el manejo conservador. La Organización Mundial de Salud recomienda una tasa de cesáreas entre el 10% al 15%, y, por tanto, se recomienda tomar consideraciones en el protocolo institucional (3)(7).

Nuestro estudio en la población indicó que un 70.2% de las pacientes no presentó complicaciones post parto inmediato asociado al uso del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas. Siendo el restante 29.8% las complicaciones como atonía, preeclampsia, infección intraamniótica, retención placentaria entre otras. Estos resultados son coherentes con lo que menciona la literatura en los casos de RPM, pues los efectos maternos como infección intraamniótica está presente en aproximadamente un 15% a 25%, sobre todo en embarazos prematuros, también sugiere que el desprendimiento prematuro de placenta y la retención placentaria podría presentarse (6) (8).

Entre otros hallazgos relevantes de nuestra investigación, se determinó que las complicaciones neonatales asociadas al uso de manejo conservador de la RPM entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación se obtuvieron un 82% de complicaciones, siendo el mayor porcentaje de complicaciones neonatales con un 42% el síndrome de distrés respiratorio, seguido de neumonía con un 18%, bajo peso y muy bajo peso con un 11%, mientras que para sepsis significó un 5%. Mientras que la enteritis necrotizante y fallecidos, obtuvieron un valor del 3% respectivamente. Es importante mencionar, que solo un 18% de los recién nacidos no presentaron complicaciones.

En un estudio realizado en el Hospital Maldonado Carbo de Guayaquil en un periodo de tres años, demostró en los resultados neonatales que el tratamiento expectante se asoció a menor peso al nacer, necesidad de surfactante, ventilación mecánica, infección neonatal temprana, ingreso a UCIN, estancia hospitalaria (9). En este sentido, la tasa de complicaciones neonatales en nuestro estudio difiere de la investigación realizada en Guayaquil.

Adicional a estas principales complicaciones se relacionó el puntaje de Apgar obtenido con el manejo conservador por RPM, por lo que los neonatos que desarrollaron síndrome de distrés respiratorio obtuvieron los siguientes puntajes de Apgar al minuto y a los cinco minutos con la puntuación máxima de 9 y 9 con un 21% y la puntuación mínima de 6 y 7 con un 3.9%. Seguido del bajo peso y muy bajo peso, con puntaje máximo de 9 y 9 puntos con un 7% y un puntaje mínimo de 2-5 recibieron un porcentaje del 2.7% respectivamente. Como se observa, independientemente de su Apgar obtenido, esta puntuación si bien no es una valoración predictiva, pone en alerta al personal médico sobre los valores físico anatómicos que se evalúan al neonato. Por tanto, aunque los recién nacidos de madres con RPM que recibieron manejo conservador obtuvieron un puntaje alto de Apgar no quedaron exentos de sus complicaciones, aunque si de supervivencia, ya que solo un 3% de neonatos fallecieron.

La complicación por neumonía estuvo presente con su máximo porcentaje con un 7% en la puntuación de Apgar 6 y 8 y el mínimo porcentaje con un 2.3% con un Apgar de 8 y 8 puntos. Mientras que los neonatos con sepsis obtuvieron un Apgar de 9 y 9 representando un 6.3%.

En otros estudios consultados, por ejemplo, en uno de cohorte retrospectivo con 68 pacientes con RPM, se encontró diagnóstico de sepsis, síndrome de distrés respiratorio, infección puerperal, mortalidad perinatal, corioamnionitis, donde se concluyó que el manejo conservador no tenía relación con los resultados perinatales adversos (8).

Finalmente, el presente estudio en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo obtuvo que las complicaciones puerperales asociadas al manejo conservador de la RPM entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación fueron de un 18.2 % de la población, entre ellas la infección de sitio quirúrgico, infección de vías urinarias y estrés postraumático y la hipertensión arterial.

Estos resultados coinciden con los estudios del Hospital de Managua, en donde precisan que el 95.5% no presentó complicación puerperal, comparándose con los resultados de nuestro estudio con un 81.8% que tampoco presentó complicación puerperal, debido al manejo adecuado de antibioticoterapia (3).

A manera de conclusiones, las investigadoras plantean que en el marco de la Ley Nacer con Cariño, se debe brindar cumplimiento al número de controles prenatales recomendados para lograr a feliz término las gestaciones de la población usuaria, así como detección oportuna de factores de riesgo materno fetales.

El manejo conservador de RPM en las pacientes entre las 24 y 33 6/7 semanas realizado en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo se hace en un 91.6% de la población que lo amerita, por tanto, su tasa de éxito es efectiva arriba de las 30

semanas de gestación correlacionando con la evidencia científica y recomendaciones de buenas prácticas en ginecoobstetricia.

El periodo de latencia estuvo determinado por los criterios para romper manejo en el presente estudio, debido que lo ideal es prolongar la gestación previo monitoreo materno fetal hasta las 37 semanas, ya que en nuestro estudio hay condiciones que implican romper el manejo en más del 50% de la población debido a inicio de actividad uterina.

El manejo conservador en la RPM procura según la evidencia científica que la vía de parto sea vaginal, en nuestro estudio la mayoría de partos fueron vía cesárea con un 53.5% por lo que las indicaciones de ella asociada a RPM deberán ser estudiadas por futuros investigadores.

Las complicaciones maternas y puerperales, se presentan escasamente en comparación a las complicaciones neonatales debido que estas representan un 82%, por lo que el manejo conservador de RPM en las semanas de gestación mencionadas, refieren mayor daño para el neonato que para la madre.

Las complicaciones neonatales y la puntuación de Apgar obtenido, no tienen asociación, debido que hubo casos con buen puntaje al primero y quinto minuto, pero igualmente tuvieron complicaciones como distrés respiratorio, neumonía, sepsis, entre otras. Por ello no se debe considerar el puntaje de Apgar como un valor predictivo de complicaciones neonatales.

Finalmente, sirva este estudio como recomendación para la revisión del protocolo institucional del manejo conservador en la ruptura prematura de membranas entre las 24 y 33 6/7 semanas de gestación, así como fuente de información y generación de nuevo conocimiento en futuras investigaciones.

FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados a rotura prematura de membranas en pacientes de un hospital del Callao, Perú. Ginecol Obstet Mex. [revista en Internet]. 2020 [consultado el 23 de febrero del 2024]; 88(1): 23-28. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000100005&lng=es. Publicación electrónica del 30 de agosto de 2021. DOI: 10.24245/gom. v88i1.3453
2. Chávez G, J. Toledo, A. Cedeño, M. et al. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Pol. Con. Vol.8. (85):2713-2729. 2023. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ManejoYTratamientoConservadorDeLaRupturaPrematuraD-9152307%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ManejoYTratamientoConservadorDeLaRupturaPrematuraD-9152307%20(1).pdf)
3. Bravo C, Suguey. Beneficios maternos fetales en el manejo conservador de ruptura prematura de membranas ovulares en embarazadas entre las 34 y 37 semanas de gestación atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Nicaragua, julio - noviembre 2019. Biblioteca Virtual BVS. [Internet] 2019 [Consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1119497>
4. Ayala M, Silvia. Hernández J, D. Aparicio C, I et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. [internet] Acceso: 24 de febrero 2024. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/search?utf8=%E2%9C%93&ft=GU%C3%8DA+DE+PR%C3%81CTICA+CL%C3%8DNICA+PARA+EL+DIAGN%C3%93STICO+Y+TRATAMIENTO+DE+LA+RUPTURA+PREMATURA+D+E+MEMBRANAS+>

5. Suleiman B, Bello O, Tijani A, Oluwasola T. Resultado del tratamiento de la rotura prematura de membranas en un centro de salud terciario en el suroeste de Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med* [Internet]. 2021 [citado el 24 de febrero de 2024];19(1):63–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330889/>
6. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos prematuros. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet.* [Internet]. julio de 2018 [consultado el 26 de febrero de 2024]; 64(3): 405-414. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
7. Ferrer F, Valenzuela C, Schulze C, et al. Morbimortalidad perinatal en pacientes con rotura prematura ovular ≤ 24 semanas según cantidad de líquido amniótico al momento del diagnóstico [Internet]. *Arsmedica.cl*. [Consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1097/1120>
8. Puente R, Edith C. Duración del período de latencia en pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino en manejo conservador y su relación con los resultados adversos perinatales. 2018 [citado el 27 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/589>
9. Repositorio de la Universidad de Guayaquil. [Consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/items/fa843ffa-6c62-4ec3-a6fe-f19b255b95db>
10. Scorza W. Rotura de membranas parto a término: manejo. *Sistemas de información UpToDate* [Internet]2023[Consultado 24 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management?search=complicaciones>

11. DynaMed. Rotura prematura de membranas (PPROM). Servicios de información de EBSCO. [Consultado el 24 de febrero de 2024] Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/preterm-premature-rupture-of-membranes-pprom>
12. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020;5(11): e606. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2011j.pdf>
13. Duff P. Ruptura Prematura de Membranas antes del Parto: Manejo y Resultados. Sistemas de información UpToDate [Internet]2023 [Citado 24 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=complicaciones%20de%20ruptura%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS%20DEFINICION&topicRef=6754&source=see_link#H3413648364
14. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o más allá del término. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2018, número 5. Art.No: CD004945. Disponible en:
15. Jean-Charles Pasquier et. Al. Parto temprano intencional versus manejo expectante para la rotura prematura de membranas entre las 28 y 32 semanas de gestación: un ensayo controlado aleatorio multicéntrico (ESTUDIO MICADO). 2017. Sciencie Direct. Lyon – Francia. [Consultado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD004735/PREG_parto-temprano-

programado-versus-conducta-expectante-para-mujeres-con-rotura-
prematura-de-membranas.

DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.024>

16. Gary C. Williams Obstetricia. 24.^a ed. Argentina: McGraw-Hill Castellano; 2015.
17. Ferrer Montoya R, Cedeño Escalona T, Montero Aguilera A, Vázquez González G, Rivero Rojas LA. Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana. *Multimed [Internet]*. 2020 [Consultado el 26 de febrero de 2024]; 24(6): 1417-1437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182020000601417&lng=es. Epub 04-Nov-2020.
18. Meller CH, Carducci ME, Ceriani Cernadas JM, Otaño L. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. *Arch Argent Pediatr [Internet]*. 2018 Ago [citado 2024 Feb 27]; 116(4): e575-e581. Disponible en:
19. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2007;4. [Acceso: 25 de febrero de 2024]. Disponible en:
20. Lorthe E, Goffinet F, Marret S, Vayssiere C, Flamant C, Quere M, et Al. Tocolysis after preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome: a propensity-score analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Aug;217(2): 212.e1-212.e12. Doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.015. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28412086

21. Hyagriv N, Himes K. Efectos neuroprotectores de la exposición intrauterina al sulfato de magnesio. UpToDate
22. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Actualización Consenso de RPM. [Internet]. 2022.[Consultado el 24 de febrero de 2024]. Disponible en:
23. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, Varner MW, Spong CY, Mercer BM, Iams JD, Wapner RJ, Sorokin Y, Alexander JM, Harper M, Thorp JM Jr, Ramin SM, Malone FD, Carpenter M, Miodovnik M, Moawad A, O'Sullivan MJ, Peaceman AM, Hankins GD, Langer O, Caritis SN, Roberts JM; Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *N Engl J Med*. 2008 Aug 28;359(9):895-905. DOI: 10.1056/NEJMoa0801187. PMID: 18753646; PMCID: PMC2803083.