

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA



**MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO
DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO
MARÍA 2017**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA CLÍNICA
**SUB-LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE LA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO
RIESGO EN OBSTETRICIA**

TESISTA:

RAMOS GARCIA JESSYE MIRTHA

ASESORA:

DRA. MELGAREJO FIGUEROA MARIA DEL PILAR

HUÁNUCO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, por la gracia de la vida y porque me permite vivirla

en paz y al lado de las personas que más amo.

A mis padres Wilmer y Vilma, mis modelos a seguir y

a quienes les debo todo lo que soy.

A mis hijos André y Piero, mi motor y motivo.

A mis hermanos, quienes con su motivación permitieron

la finalización del presente estudio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al personal del Servicio de Obstetricia del Hospital de Tingo María, quienes permitieron la obtención de los datos requeridos en la investigación.

A mi Asesora la Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa, por su apoyo en la culminación de este Trabajo Académico.

A los docentes de la Segunda Especialidad en Alto Riesgo en Obstetricia de la Universidad de Huánuco y Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco, por sus valiosas enseñanzas.

RESUMEN

El estudio denominado Mortalidad Materna: Análisis de las cuatro demoras. Estudio de Caso, Hospital de Tingo María, 2017, considera dentro de su objetivo analizar las cuatro demoras como causa de un caso de muerte de una gestante en el Hospital de Tingo María año 2017, para lo cual se llevó a cabo la revisión documental a través de la historia clínica de la paciente, lo que permitió el análisis de la mortalidad materna analizado desde el punto de vista de las cuatro demoras. Los resultados obtenidos permitirán a los profesionales de la salud, realizar la atención preventiva basada en el uso de protocolos estandarizados, conocer fenómenos previos a una muerte materna, contar con herramientas clínicas para el personal que atiende a la gestante, con el fin de reducir secuelas, obtener al finalizar el embarazo una madre y recién nacido sanos, evitando una tragedia familiar y social a nivel emocional, económico y de salud, en los miembros del hogar. Se concluye que aplicar un modelo denominado las cuatro demoras al análisis de la mortalidad materna, facilita la identificación de determinantes que se asocian a la morbimortalidad materna y contribuye mejorando la calidad en salud y los resultados esperados durante la gestación, parto y puerperio.

Palabras Clave: Gestante, Mortalidad Materna, Las cuatro demoras, Sepsis.

ABSTRACT

The study called Maternal Mortality: Analysis of the four delays. Case Study, Tingo María Hospital, 2017, considers within its objective to analyze the four delays as the cause of a case of death of a pregnant woman at the Tingo María Hospital in 2017, for which the documentary review was carried out. through the patient's clinical history, which allowed the analysis of maternal mortality analyzed from the point of view of the four delays. The results obtained will allow health professionals to carry out preventive care based on the use of standardized protocols, to know phenomena prior to a maternal death, to have clinical tools for the personnel who care for the pregnant woman, in order to reduce sequelae, obtain a healthy mother and newborn at the end of the pregnancy, avoiding a family and social tragedy on an emotional, economic and health level, for the members of the household. It is concluded that applying a model called the four delays to the analysis of maternal mortality facilitates the identification of determinants that are associated with maternal morbidity and mortality and contributes to improving the quality of health and the expected results during pregnancy, childbirth and the puerperium.

Keywords: Pregnant woman, Maternal Mortality, The four delays, Sepsis.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	11
ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción del problema	11
1.2. Justificación del estudio	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1. General	17
1.3.2. Específicos	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. Internacionales	19
2.1.2. Nacionales	24
2.1.3. Locales	29
2.2. Bases teóricas	29
2.3. Definición de términos básicos	68
CAPÍTULO III	71
DESCRIPCIÓN Y DISCUSION DEL CASO CLÍNICO	71
3.1. Descripción del caso clínico	71
3.2. Discusión del caso clínico	75
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Académico contiene aspectos importantes relacionados a la mortalidad materna analizados del punto de vista de las cuatro demoras, como un estudio de caso llevado en el Hospital de Tingo María. Se sabe que la mortalidad materna es un problema de salud pública que ha puesto en alerta a todas las regiones a nivel mundial. Según organizaciones internacionales, se informa que a diario mueren 830 mujeres aproximadamente y que estas mueren por razones que pueden ser prevenidas y están relacionadas con el embarazo y el parto. De todas estas muertes, la gran mayoría ocurre en países en desarrollo y es mucho mayor en mujeres que viven en rural y en lugares más pobres. Las adolescentes comparadas con otras mujeres, tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia de su embarazo.

Las infecciones, en especial aquellas causadas por la Corioamnionitis, enfermedad caracterizada por una inflamación aguda de las membranas y partes fetales de la placenta (corion), suele ocurrir debido a infecciones bacterianas, poli microbiana en pacientes con membranas coriónicas rotas, está relacionado con un incremento de la morbimortalidad materna y perinatal, el riesgo de shock séptico, la coagulopatía Intravascular diseminada o el síndrome de distrés respiratorio; estas complicaciones maternas se relacionan con el parto y la alteración de este, con el parto pretérmino, la atonía uterina, cesárea, hemorragias posparto, inclusive muerte fetal intraútero.

Las complicaciones obstétricas maternas traen distintos agravamientos que de no ser tratados a tiempo, traen consigo la muerte de las gestantes, estas complicaciones muchas veces están asociadas a la respuesta de las gestantes a los signos de alarma que les están indicando una complicación, así como la respuesta retrasada de los servicios de salud para la atención y tratamiento oportuno de ésta complicación.

Las muertes maternas pueden ser evitables, a través de la prevención con tecnología disponible, la calidad que se presta en la atención y el servicio. Se dice que puede ser evitable, porque existe la posibilidad de disminuirla mediante medidas oportunas.

Las muertes maternas son un indicador de aquellas situaciones de la calidad en los servicios de salud. La mayoría de veces está vinculada con una deficiente educación que se brinda a las mujeres, para que hagan uso de los servicios que brindan los establecimientos de salud, las gestantes muchas veces tienen dificultades en reconocer al menos los signos de alarma más importantes y complicaciones que se pueden presentar, que la lleven inmediatamente a recibir atención en un establecimiento de salud, además de otras dificultades como la baja cobertura, condiciones socioeconómicas, déficit en los centros de salud, personal no calificado para la prestación de servicios, etc.

En el caso clínico que se presenta, se presume que la muerte materna no fue accidental, sino que se dio debido a diversos factores que al unirse, formaron una cadena fatal de demoras o retrasos que impidieron prevenir el riesgo; el acceso oportuno al servicio de salud, la calidad en la atención, lo cual trajo como consecuencia la falta de atención de forma oportuna ante la complicación y como consecuencia la muerte.

En este caso se demuestra que, las demoras fueron secuenciales e interrelacionadas, así se observa que en la fase I, se produce la demora en la decisión de buscar ayuda o atención por parte de la mujer y/o su familia, mucho dependen de las capacidades y oportunidades de la mujer y también de su familia o entorno, pero sobre todo de la gestante, para reconocer una complicación; en la fase II, demora para ir y llegar al establecimiento de salud debido a la disponibilidad de recursos del establecimiento, la deficiencia en el transporte y el costo del traslado; la fase III, es la demora para recibir

el cuidado adecuado por parte del personal en el centro de salud, y la fase IV, donde la demora fue debido a la deficiente calidad en la prestación del servicio, una vez que la mujer gestante llega al centro de salud, la calidad de la atención brindada por el personal es deficiente. Además esta etapa se asocia a servicios de salud insuficientes, incompletos e inapropiados para satisfacer las necesidades de la comunidad, unido a otros factores de demoras o retrasos como la toma de decisiones y referencia inmediata, demoras que impidieron prevenir el riesgo; el acceso oportuno al servicio de salud, la calidad en la atención que también trajeron como consecuencia la falla en la atención de forma oportuna ante la complicación y como consecuencia la muerte de la gestante. El estudio posee relevancia teórica, donde se sustenta que el riesgo es un indicador de vulnerabilidad a consecuencia de muchos factores, que por falta de atención inmediata puede llevar a la ocurrencia de un evento fatal, este estudio permitirá conocer una serie de fenómenos que ocurrieron previamente a este evento, por lo que es necesario además del conocimiento, contar con herramientas clínicas para el equipo multidisciplinario que atiende a la gestante, con el fin de reducir secuelas y obtener al finalizar el embarazo, una madre y recién nacido sanos. En la práctica, servirá como herramienta a los profesionales de la salud, especialmente a las/los obstetras, que atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y puerperio, a través de la atención preventiva basadas en el uso adecuado y oportuno de protocolos estandarizados en establecimientos de salud de menor nivel de complejidad, en la mejora de la atención con calidad mediante el seguimiento continuo de la gestante durante el embarazo el parto y el puerperio, a través de hallazgos de laboratorio o diagnóstico clínicos necesarios, el manejo y el tratamiento oportuno. En el aspecto social se pretende que se conozcan los factores o causas que llevan a una muerte materna que puede ser

prevenible, con la cual se evitará una tragedia familiar y social a nivel emocional, económico y de salud en los miembros del hogar, ya que las mujeres son irremplazables dentro de la familia; evitaremos hijos huérfanos, riesgos de desamparo, abandono y maltrato, pobreza y reducción del desarrollo dentro de la sociedad y gracias a este estudio, permitiremos otras investigaciones relacionadas con el caso.

De esta manera se logra el cumplimiento del objetivo planteado como es el Analizar las cuatro demoras como causa de un caso de muerte materna en el Hospital de Tingo María en el año 2017.

CAPÍTULO I

ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1) refiere que diariamente, 830 mujeres aproximadamente a nivel mundial, mueren por razones que pueden ser prevenidas y están en relación con el embarazo y el parto. De ellas, el 99% se producen en países en desarrollo y es mucho mayor en mujeres que viven en la zona rural y en lugares más pobres. Las adolescentes comparadas con otras mujeres, tienen mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia de su embarazo.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2), refiere que en el 2020, murieron a diario un promedio de 800 mujeres debido a causas que pudieron ser prevenibles y que estuvieron relacionados con el embarazo y con el parto, asimismo manifiesta, que se produjeron en el mismo año una muerte materna cada dos minutos y prácticamente el 95% se presentaron en países de ingresos bajos y medianos bajos.

Las altas tasas de muertes en gestantes en algunos lugares del mundo reflejan la realidad de la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad y la brecha entre ricos y pobres. En el 2020, la razón de mortalidad materna en los países de ingresos bajos fue de 430 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, en comparación a 12 muertes por 100 000 nacidos vivos en aquellos países de altos ingresos.

Referente a lo mencionado, las infecciones detectadas y tratadas

adecuadamente a tiempo pueden eliminarse. A nivel mundial, tenemos a la corioamnionitis que es una causa de muerte fetal durante el segundo trimestre y también se considera un agente de riesgo de rotura de membranas en forma prematura y el parto prematuro. Se estima que la corioamnionitis se produce en el 10% de todos los embarazos. En un 40-70% de los partos pre término y de rotura prematura de membranas, la infección puede progresar y afectar al saco gestacional. El total de casos de corioamnionitis es inversamente ocurre de 50% a más de los embarazos entre las 23 y las 24 semanas, y en 5% de las gestaciones después de las 37 semanas; además, entre el 1% y el 4% de los embarazos gemelares se ven afectados.

Esta alteración que se caracteriza por la inflamación aguda de las membranas y porción fetal (corion) de la placenta, generalmente debido a una infección bacteriana poli microbiana en pacientes cuyas membranas se han roto, está relacionado con un incremento de la morbimortalidad materna y perinatal, el riesgo de shock séptico, la coagulopatía Intravascular diseminada o el síndrome de distrés respiratorio; estas complicaciones maternas se relacionan con el parto y la alteración de este, se relaciona con el parto pretérmino, la atonía uterina, cesárea o hemorragias posparto. (3)

En el 2017, el Centro de Control de Epidemiología y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, manifestó que un porcentaje de 64,8 de gestantes fallecidas, se debió a causas relacionadas con el embarazo, por causa indirecta 29.5% y por causa incidental 5,7%. Entre las directas, la sepsis materna estuvo presente en el 5,7% de los casos. El 8% se debió al aborto con sus complicaciones, y en gran mayoría se debió al aborto séptico.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), en estos últimos diez años, las muertes que estuvieron relacionados a la sepsis y que tuvieron origen obstétrico y también no obstétrico fue de 23% (90 muertes desde el año 2007 hasta el 2017). De los casos presentados 13.4% que corresponde a esta morbilidad materna del 2017 en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se relacionaron con sepsis que tuvieron el mismo tipo de origen. (4)

El Ministerio de Salud (MINS) (5) en el Perú, refiere que durante el año 2022, las muertes maternas en sus dos formas, han disminuido en comparación al 2021 en 41%. Se observa en el presente año 2023, que los departamentos de Lima, Loreto, San Martín, Junín y La Libertad tuvieron el 46.2% del total de muertes, y presentó incremento mayor en los departamentos de San Martín (+5) y Amazonas (+4) esto se observa desde el año 2022 y hasta la semana 18 del 2023. Las muertes maternas según la característica del fallecimiento se dieron durante el puerperio, luego en el embarazo y parto, asimismo la mayoría de fallecimientos se produjo a nivel extra institucional (7,1%), seguida de las muertes institucionales (3,1%). Asimismo, refiere que en el Departamento de Huánuco, las muertes maternas por año fueron: año 2017 (14), en el 2018 (17), 2019 (10), 2020 (13), en el 2021 (18) y en el 2022 (5) en total 87 muertes maternas.

Las complicaciones obstétricas maternas traen en las gestantes distintos agravamientos que de no ser tratados a tiempo, arrastran la muerte de las gestantes, estas complicaciones están relacionadas mayormente por la manera en que las gestantes reconocen los signos de alarma, que revelan complicación y también la respuesta que brindan los servicios de salud para la prevención,

los cuidados y el tratamiento oportuno de ésta; tal es el caso clínico que se presenta, donde se presume que la muerte materna no fue accidental, sino que se dio debido a un conjunto de factores que al unirse, formaron una cadena fatal de demoras o retrasos que impidieron prevenir el riesgo, atender la complicación y evitar la muerte.

En este caso, las demoras fueron secuenciales e interrelacionadas, así se observa que en la fase I, se produce demora en la decisión de buscar atención por parte de la mujer y/o su familia, estas dependían de las capacidades y oportunidades de la mujer y también de su familia o entorno de reconocer una complicación, en la fase II, es la demora en llegar al establecimiento de salud debido a la disponibilidad del establecimiento y la eficiencia en el transporte y el costo del traslado, la fase III, demora en recibir el cuidado adecuado en ese establecimiento. La mayoría de las muertes maternas no pueden ser atribuidas a una sola demora; generalmente lo que lleva finalmente a la muerte de la mujer es una combinación de estas y otros factores y la fase IV, la demora debido a la inadecuada calidad de atención por parte del personal una vez que la mujer llega a una institución de salud, también se relaciona con los servicios de salud insuficientes e inadecuados para satisfacer las necesidades no solo de la gestante, si no de la comunidad. (6)

Según los reportes que maneja la Dirección Regional de Salud de Huánuco (DIRESA) (7), durante la pandemia los casos de mortalidad materna fueron críticos a nivel nacional, es así que en el 2019 se han reportado 10 casos de muertes maternas, el 2020 cerraron con 15 casos, el 2021 con 17 casos y el año 2022 fue cerrado con 13 casos.

La mayoría de las muertes maternas en estos días se deben a complicaciones específicas del embarazo. Se trata del mayor número de muertes maternas directamente relacionadas con el embarazo. De los 13 casos reportados en el 2022, cuatro fueron de forma directa. Según informe de la Dirección de Atención Integral de Salud, nueve muertes maternas en 2022 se debieron a causas indirectas de muerte, incluidos los casos de causas cardiacas, dos madres, una de las cuales estaba en el puerperio (después de dar a luz), murió en su casa por problema cardíaco.

La cuarta muerte materna, fue una mujer de 27 años, quien murió en la ambulancia del centro de salud de La Unión, Dos de Mayo, cuando era evacuada de emergencia al hospital de Huaraz, donde la necropsia y el resultado reveló que la muerte de la madre como del recién nacido habría ocurrido por una presunta negligencia médica. (7)

Por lo expuesto, el presente trabajo, permitirá analizar cuáles fueron las circunstancias por las que se produjo la complicación, el óbito fetal y la muerte materna, que pudieran estar relacionadas con la mujer y su entorno, para reconocer una complicación que amenazaba su vida, la movilización de esta de un lugar tan distante al establecimiento de salud más complejo y la atención que recibió de parte de un profesional. Todo ello permitirá evidenciar los hallazgos más preponderantes respecto al diagnóstico, manejo terapéutico y evolución, de la causa y poder actuar oportunamente para la reducción de las muertes maternas y perinatales, sobre todo en las zonas rurales.

1.2. Justificación del estudio

Relevancia Teórica: el riesgo es un indicador de vulnerabilidad a consecuencia de muchos factores, que por falta de una detección y atención inmediata, puede llevar a la ocurrencia de un evento fatal, por lo que es muy importante estudios que nos brinden información teórica sobre los conocimientos de los cuadros de riesgo en una gestante y la manera de actuar en forma oportuna evitando demoras y complicaciones; este estudio permitirá conocer una serie de fenómenos que ocurrieron previamente al evento final, observaremos que además del conocimiento, es necesario contar con herramientas clínicas para el equipo multidisciplinario que atiende a la gestante, con el fin de reducir secuelas y obtener al finalizar el embarazo una madre y recién nacido sanos.

Relevancia Práctica: servirá como herramienta para los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio, en la atención preventiva, en conocer y considerar los cambios físicos y del desarrollo psicosocial de este período, permitirá comprender los riesgos a los que está expuesta la adolescente embarazada, y brinda la oportunidad de poner en marcha programas para promover conductas saludables, basadas en el uso adecuado y en forma oportuna de protocolos estandarizados en establecimientos de salud de menor nivel de complejidad, en la mejora de la atención con calidad, mediante el seguimiento continuo de la gestante, donde se debe incluir al entorno de esta, además del uso de hallazgos de laboratorio o diagnóstico clínicos necesarios, el manejo y el tratamiento oportuno y

eficaz.

Relevancia metodológica: ante la falta de estudios similares, se pretende generar evidencia científica y servir como referente para la orientación en la toma de decisiones. Asimismo, se constituirá en referente de estudio para otras investigaciones relacionadas con el caso, debido a que el trabajo se desarrolló sobre diversas fuentes bibliográficas teóricas documentadas (método documental).

Relevancia Social: se pretende que se conozcan los factores o causas que llevan a una muerte materna que pudo ser prevenida, con la cual se evitará una tragedia familiar y social, a nivel emocional, económico y de salud en los miembros del hogar, ya que las mujeres son irremplazables dentro de la familia; evitaremos también, hijos huérfanos, niños en desamparo, abandono y maltrato, pobreza y reducción del desarrollo dentro de la sociedad.

1.3. Objetivos

1.3.1. General

Analizar las cuatro demoras como causa de un caso de muerte materna en el Hospital de Tingo María en el año 2017.

1.3.2. Específicos

1. Indagar sobre los factores de riesgo y conocimiento de signos de alarma de la gestante y entorno, que terminó en muerte materna en el Hospital de Tingo María en el año 2017.

2. Examinar la toma de decisión para la búsqueda de atención de la gestante, que terminó en muerte materna en el Hospital de Tingo María en el año 2017.
3. Atribuir si hubo demora en acceder a los servicios de salud y falta de logística para la referencia de la gestante, que terminó en muerte materna en el año 2017 en el Hospital de Tingo María.
4. Describir si la atención fue oportuna y adecuada por parte del personal de salud en la gestante, que terminó en muerte materna en el Hospital de Tingo María en el año 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Galvis-Mejía JC, (Colombia 2023), presenta un Informe de un Caso denominado *Staphylococcus xylosum* etiología poco frecuente de choque séptico en gestantes, en donde afirma que la sepsis es una causa importante de morbilidad y mortalidad y que el diagnóstico se retrasa debido a las adaptaciones fisiológicas del embarazo, y la falta de criterios claros validados en esta población. La causa principal son las bacterias Gram negativas, especialmente *Escherichia coli*, sin embargo las bacterias Gram positivas, también forman parte de la patogénesis de esta afección. En este reporte presenta el caso de una mujer embarazada de 36 años de edad, que desarrolló shock séptico con aislamiento de *Staphylococcus xylosum* en hemocultivos, y a pesar del tratamiento antibiótico guiado, experimentó falla multi orgánica con desenlace fatal. El reconocimiento temprano de la sepsis materna, así como la presunción etiológica y tratamiento dirigido, puede prevenir morbilidad y mortalidad en las pacientes gestantes. (8)

Moreno RE, et al., (México 2022) presenta un Reporte de Caso denominado Choque séptico secundaria a infección Intraamniótica con falla orgánica múltiple, afirma que la sepsis materna es el resultado de

una infección durante el embarazo, el parto, el aborto o el puerperio, en su forma más grave causa shock séptico y se asocia con insuficiencia multiorgánica irreversible y muerte. Trata el caso de una mujer de 28 años, que tenía 26 semanas de embarazo. El parto fue distócico, feto macerado y con mal olor, desarrollo deterioro neurológico y fiebre después del nacimiento, y luego choque séptico, que requirió una combinación de vasopresores, hidrocortisona, carbapenémico y glicopéptido. Ingresó con hemoglobina 12g/dl, hematocrito 34%, leucocitos 18×10^3 , plaquetas 72,000, TGO 100 UI/L, TGP 66UI/L, bilirrubina total 2.4mg/dl, TPT 64 segundos, INR 1,69, fibrinógeno 145mg/dl, creatinina 2,2 mg/dL, histerectomía obstétrica realizada. Al tercer día con SDRA severo, pronación 24 horas. Día cinco, hemoglobina 8,7 g/dl, hematocrito 27,2%, leucocitos 68×10^6 , neutrófilos 60,24, plaquetas 34,000, TGP 101 UI/L, TGO 36 UI/L, creatinina 2,1 mg/dl, INR 1,17. Se inició tratamiento con tigeciclina con buenos resultados y se suspendió la ventilación mecánica al noveno día. En su discusión dice que las infecciones intraamnióticas no identificadas de origen desconocido, progresan a shock séptico y falla multiorgánica, y que es importante el tratamiento agresivo con antibióticos de amplio espectro, el control quirúrgico del foco infeccioso y el soporte multiorgánico y concluye lo siguiente: la sepsis es una enfermedad multifacética y una de las causas más comunes de morbilidad materna en todo el mundo. (9)

Sáez V, et al., (Cuba 2022) propone un estudio denominado Aproximación a la morbilidad materna extremadamente grave mediante el análisis del modelo de las tres demoras, el objetivo fue identificar las determinantes sociales de la morbilidad materna extremadamente grave desde la perspectiva de las sobrevivientes; se trató de un estudio cualitativo, con muestreo intencional y el trabajo de campo se realizó entre el 2019 y 2020, incluyó cuatro mujeres que habían experimentado y sobrevivido a un evento extremadamente grave, realizaron entrevistas a pacientes y familiares bajo el concepto de autopsia verbal para acceder a las historias contadas por las propias mujeres que superaron las complicaciones ocurridas. Por lo tanto, identificaron tres subcategorías basados en el retraso o demora de la atención: primera demora 1) Restar importancia a síntomas de alarma y 2) Recelos de la atención médica el fin de semana; segunda demora 1) Subvaloración por la atención primaria de la infraestructura disponible; tercera demora 1) Interpretación errónea de síntomas de alarma y retorno al hogar; 2) Coordinación de interconsultas, utilización de los medios diagnósticos y seguimiento y 3) Falta de vigilancia profesional durante la hospitalización, en conclusión la aplicación del modelo de las tres demoras en el análisis de la morbilidad materna muy grave contribuye a la identificación de determinantes sociales relevantes para mejorar los resultados en esta problemática. (10)

Barrera SL, (Ecuador 2021) presenta un tema propuesto de caso clínico que fue Conducta Obstétrica ante Corioamnionitis en primigesta de 19 años con embarazo de 33 semanas, donde afirma que la corioamnionitis es una infección que puede ocurrir durante el embarazo y afecta la placenta, el líquido amniótico y las membranas que rodean al feto. La causa principal es la migración de bacterias de la vagina y que suben al útero, que es más común cuando existe ruptura prematura de membranas y se asocia a una mayor morbilidad materna y neonatal, por todo lo mencionado presenta el caso clínico de una paciente primigesta de 19 años de edad, referida del primer nivel por presentar ruptura prematura de membranas (RPM) desarrollado durante 4 días que evoluciona a Corioamnionitis, aquí presenta el tratamiento y seguimiento de este caso junto con la evolución de la paciente, realizado por los profesionales de la salud, que tomaron criterios y las medidas correctas para mantener la salud de la madre y el bebé durante las primeras etapas del embarazo. (11)

Camacho DN, (Ecuador 2019), presenta un Caso Clínico sobre Sepsis puerperal post corioamnionitis, aquí ella refiere que la mortalidad materna es una cuestión importante de salud pública y derechos humanos y refleja la influencia de los determinantes sociales en la salud de las mujeres y que las principales causas de la sepsis materna son infecciones relacionadas con el embarazo tales como la pielonefritis y corioamnionitis. Presenta a una paciente de 26 años de edad con fecha de última menstruación (FUM): 5/8/2019; G:5, P:3,

C:1, A:0 PIG: 10 meses fecha de nacimiento del último hijo: 21/5/2019; no refiere antecedentes personales patológicos, tampoco familiares, paciente orientada, sin fiebre, presión arterial normal, colaboradora con las preguntas, presentó su tarjeta de atención prenatal, un control en centro de salud, ecografía disponible del 06/3/2019, 31 semanas de gestación, refiere cuadro clínico de 5 horas de evolución, dolor tipo contráctil en hipogastrio de leve intensidad y pérdida moderada de líquido amniótico, se realiza rastreo ecográfico: al monitoreo fetal buena variabilidad categoría 1 latido cardíaco fetal de 140 latidos por minuto, contracciones uterina 5/10/20, maniobras de Leopold producto único cefálico longitudinal izquierdo. Todos estos fenómenos causan sepsis, la cual puede agravarse aún más si se considera el oligoamnios moderado con el que llega a la emergencia. Basan su diagnóstico en los hallazgos del examen físico, junto con su historial médico, resultados de laboratorio y de pruebas por imágenes. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar la causa del shock y deben efectuarse tempranamente. (12)

Rangel-Flores Y, et al., (México 2019), en su estudio sobre las Experiencias de varias mujeres que sobrevivieron a morbilidad materna extrema en la ciudad de México, enfoque cualitativo, tuvo como objetivo e analizar aquellas experiencias de sobrevivientes de morbilidad materna extrema, desde el enfoque de las tres demoras y cuáles son los obstáculos, en el estado de San Luis Potosí, México.

Durante 2016-2017, realizó un estudio cualitativo con 27 mujeres que vivieron un evento de este tipo entre 2014 y 2016 en hospitales públicos, ellas fueron entrevistadas en sus domicilios; el análisis de datos se realizó desde la propuesta de teoría fundamentada de Strauss & Corbin, las categorías asociadas con la primera demora fueron: (1) oportunidades perdidas para la identificación de morbilidad materna extrema, (2) temor de comunicar el malestar frente a la descalificación, (3) entre el miedo y la fe en que algo superior resolverá, (4) desarrollo de la percepción del riesgo obstétrico. Con la segunda demora: (1) falta de ordenamiento urbano para el traslado, (2) ausencia de regulación de costos del traslado, (3) falta de claridad sobre los itinerarios y rutas críticas para acceder a la atención, (4) coordinación institucional para el traslado oportuno; y finalmente con la tercera: (1) rechazo institucional, (2) deficiencias de infraestructura, personal y equipo, y (3) entre la experiencia y la falta de ella del personal de salud. Las experiencias compartidas evidencian retos en materia de política pública y trabajo intersectorial para mejorar los resultados en materia de morbilidad materna extrema. (13)

2.1.2. Nacionales

Sevillano DM, (Moquegua 2021), presenta el trabajo académico titulado Demora obstétrica tipo I como un factor de la Morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara, Hospital III-1 Lima, donde su objetivo fue analizar si la demora en tomar la decisión para acudir a

un establecimiento de salud es un factor de riesgo para su complicación, ya que una oportuna atención evitaría esas complicaciones, fue un trabajo de revisión de un caso clínico de índole descriptivo y retrospectivo, usando como fuente la historia clínica de la gestante diagnosticada de eclampsia en Hospital I-3 de Lima; llega a la conclusión de que la toma de decisiones del paciente y familiar en buscar atención médica inmediata ante un signo de alarma durante el embarazo y el reconocimiento de los signos de alarma de la complicación; es crucial para evitar las complicaciones obstétricas o morbilidad materna extrema. (14)

Guevara G, (Moquegua 2021), en su trabajo académico denominado Muerte Materna por Preeclampsia Severa, en un Hospital III de Lima, expone el caso clínico de una paciente de 24 años, multigesta que cursa su cuarto embarazo, con 6 atenciones prenatales, y con una ecografía de control, los factores de riesgo fueron el tiempo intergenésico corto y la falta de instrucción; en el último control prenatal con 34 semanas se le realizó una prueba de ácido sulfosalicílico resultando 3 cruces sin ningún otro signo o síntoma agregado, por lo tanto le indican acudir al hospital, indicación que no cumple. Transcurridas las horas, presenta cefalea, epigastralgia y visión borrosa; por lo cual acude al hospital, siendo diagnóstica como gestante de 34 semanas 4 días y preeclampsia severa por lo cual se indica maduración pulmonar, terapia antihipertensiva y culminar el embarazo por cesárea; sin embargo, esta

tuvo su ejecución cerca de 4 horas después de la indicación, ante un sufrimiento fetal por desprendimiento de placenta. Se realiza la cesárea de emergencia obteniéndose un recién nacido vivo, en el puerperio continuaba con presión inestable y con los exámenes de laboratorio se agregó el diagnóstico de Síndrome de Hellp, complicando más el cuadro; la puérpera presentó un paro cardiorrespiratorio durante su llegada a unidad de cuidados intensivos; Pese a la poli transfusión y a los esfuerzos terapéuticos del equipo de salud la paciente fallece con falla multisistémica; dejando nuevas evidencias de las faltas de sensibilización sobre los signos de alarma en la gestación y el seguimiento cercano de los signos que pueden indicar un trastorno hipertensivo en el embarazo que en este caso llegó hasta una muerte materna. (15)

Minaya JS, (Arequipa 2019) en el Trabajo Académico Caso Clínico: Rotura Prematura de Membranas, el objetivo fue analizar si hubo vigilancia materno-fetal, con un manejo adecuado de la rotura prematura de membranas y los factores asociados a ella, de esta manera incorporar nuevos aportes a la evidencia científica; fue un estudio observacional, clínico y documental; el caso clínico fue una paciente referida de EsSalud II de Ilo, el 21/09/2019, con diagnóstico de gestación de 30 semanas y rotura prematura de membranas, a EsSalud Carlos Alberto Seguí Escobedo (CASE), servicio de Gineco-obstetricia, ingresando a las 22:12pm, donde refieren pérdida de líquido

transvaginal en regular cantidad desde las 9 am del mismo día; la fecha de última menstruación (FUM) fue el 18/02/2019 y la fecha probable de parto (FPP) el 25/11/2019, la gestante no presenta carnet de controles; en la ecografía el diagnóstico fue una gestación de 29 semanas; le solicitan exámenes de laboratorio y hospitalizan a la paciente. El día 22/09/2019, la paciente presenta contracciones cada 20 minutos y pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad sin mal olor; lo que indican control de funciones vitales, signos de alarma, control obstétrico, higiene vulvoperineal y la antibioticoterapia de 1g de Ampicilina cada 8 horas vía endovenosa (EV), para maduración pulmonar Dexametasona 6mg cada 12 horas intramuscular (IM); el día 23/09/2019, continua la pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad y continúan con las mismas indicaciones. Solicitan hemograma y proteína C reactiva (PCR), donde obtienen: Hemoglobina: 10.0g/dl, Leucocitos: 9.31 mil/mm³, Eritrocitos: 3.25 mil/mm³ y PCR: 0.235mg/l. El día 24/09/2019 la paciente refiere pérdida de líquido en poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones: Antibioticoterapia: 2g de Ampicilina EV cada 6 horas y ClNa 90/1000, a chorro 500 ml y luego a 48 gotas x minuto y Nifedipino 10mg (vía oral) VO cada 20 min por 3 dosis. Dentro de su conclusión refiere a una gestante con rotura prematura de membranas referida de forma oportuna y manejo adecuado de antibioticoterapia y maduración pulmonar. El manejo de la paciente en el ESSALUD CASE fue

expectante y de acuerdo a la guía práctica de atención según capacidad resolutive, además la gestante tuvo controles de forma particular, no fue diagnosticada ni tratada por anemia y no cuenta con carnet de control; lo que conlleva a identificar tardíamente la pérdida de líquido amniótico transvaginal. (16)

Rojas B, (Moquegua 2020), en su trabajo académico Sepsis severa como causa de muerte materna en el Hospital Nivel II-1 de Oxapampa, refiere que el caso clínico es una revisión narrativa que abordan los factores de riesgo que se presentan en el puerperio y que podrían desencadenar en una muerte materna, esto con el objetivo de determinar cómo influye la sepsis severa en el desencadenamiento de una muerte materna, donde su población fue una puérpera post-cesaréada de parto pretérmino; con un estudio descriptivo, de diseño no experimental, donde su resultado dice que la sepsis puerperal es altamente mortal y no detectada a tiempo conlleva a que las probabilidades de muerte se incrementen ostensiblemente en conclusión la sepsis puerperal es un factor de riesgo de muerte materna. (17)

Verona-Balcázar M, et al., (Lambayeque 2019), en su estudio de caso denominado Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna, Región Lambayeque, desea identificar las características clínicas, epidemiológicas y demoras en el proceso de atención de la muerte materna en la región

Lambayeque, en el período 2011-2016, estudio descriptivo, retrospectivo, donde incluyó 116 fichas de investigación epidemiológicas de muerte materna ocurridas en la región Lambayeque y recabadas por la GERESA Lambayeque en dicho periodo, dentro de sus resultados la edad fue edad entre 20 a 39 años (77,6%) y la media de 29,48 años, ser conviviente (62,1%), ama de casa (86,2%), tener grado de instrucción primaria (38,8%), vivir en zona rural (56%). La muerte materna más frecuente fue la de tipo directa (68,1%), la causa más frecuente fue el trastorno hipertensivo del embarazo (27,6%). y momento del fallecimiento más frecuente fue el puerperio (69,8%). En cuanto a las demoras, reconocieron a tiempo la situación de riesgo (70,9%), buscaron atención (79,5%), tiempo en llegar al establecimiento de salud: menos de una hora (78,6%) y tiempo en ser atendida: menos de 30 min (65,6%), en conclusión la mayoría reconocieron la primera y segunda demoras; además la mayoría de fallecidas ocurrieron en establecimientos de salud, lo que nos sugiere que existe deficiencias en la atención de la emergencia obstétrica. (18)

2.1.3. Locales

No se encontraron antecedentes locales referentes al tema.

2.2. Bases teóricas

Mortalidad Materna

La mortalidad materna es definida como la defunción de una mujer

considerando que se encuentra en su etapa reproductiva, y que acontece durante el embarazo, en el parto o en los 42 días posteriores al mismo. La causa del deceso está relacionada a factores que hayan afectado alguna de las etapas o por errores en el proceso de atención. En este evento no se tienen en cuenta las muertes generadas por causas externas. (19)

Las muertes maternas tardías: son las muertes de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días posparto, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

La muerte materna directa: es el resultado de complicaciones del embarazo, parto o puerperio (42 días siguientes a la terminación del embarazo), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas, relacionada o agravada por el mismo embarazo, parto o su manejo.

La muerte materna indirecta: es la muerte que resulta o deriva de una enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero agravada por los efectos fisiológicos propios del embarazo. (20)

Muerte materna accidentales, incidentales o no obstétricas: son aquellas que no está relacionada con el embarazo, el parto y puerperio, ni con una enfermedad preexistente o intercurrente agravada por efecto del mismo y que es producida por causas accidentales o incidentales.

La razón de mortalidad materna: es el número de defunciones maternas por 100000 nacidos vivos. Mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada.

Tasa de mortalidad materna: es el número de defunciones maternas por 100000 mujeres en edad reproductiva, está definida como 15 a 44, 10 a 44 o 15 a 49 años. Mide el riesgo de morir durante el embarazo, parto o el puerperio. (21)

El porcentaje de muertes a nivel mundial es:

Antes del parto: 25%

Durante el parto o poco después del parto: 25%

Posteriormente al parto: alrededor del 30%

Más de 42 días pero menos de 1 año después del parto: alrededor del 20%

Las causas más frecuentes de muerte en mujeres embarazadas son:

- Las hemorragias, que representan más de una cuarta parte de las muertes.
- Hipertensión arterial, incluyendo a la preeclampsia (un tipo de hipertensión arterial que se desarrolla durante el embarazo)
- La Sepsis (respuesta generalizada del organismo [sistémica] grave ante una infección)
- Aborto
- Un embarazo ectópico, situado en una localización anómala, es decir, que no se produce en su localización habitual en el útero.

Las complicaciones en el parto generalmente son:

- Embolia pulmonar
- Trastornos que sufría la mujer antes de quedarse embarazada (como obesidad y enfermedades infecciosas, incluida la infección por VIH)

Los problemas que contribuyen a la muerte en mujeres embarazadas incluyen:

- El retraso en la búsqueda de atención médica por parte de la mujer embarazada o de sus familiares cuando la embarazada tiene un problema.

- La falta de transporte a un centro de salud.
- El retraso en la atención en un centro sanitario.

Alrededor de 3 de cada 5 muertes maternas podrían evitarse.

Mortalidad perinatal:

Según la OMS, es la muerte que ocurre entre la semana 22 de gestación y los siete primeros días después del nacimiento. (22)

La mortalidad perinatal se refiere a la muerte de fetos y recién nacidos producidas cerca del momento del parto. En 2019, la tasa de mortalidad perinatal en Estados Unidos era de unas 6 muertes por cada 1000 partos.

Las causas más frecuentes de muerte en fetos y recién nacidos son:

- Complicaciones del parto
- Trastornos de la madre, como hipertensión arterial, una respuesta grave del organismo a una infección (septicemia) y el aborto
- Infecciones
- Anomalías de la placenta, como el desprendimiento prematuro de la placenta o una placenta previa.
- Anomalías genéticas en el feto
- Anomalías congénitas
- Parto prematuro

Las características de la madre que aumentan el riesgo de muerte del feto o del recién nacido incluyen ser mucho más joven o mayor que el promedio, fumar (en el pasado o actualmente) y haber tenido varios embarazos. (23)

Datos y cifras:

La Organización de las Naciones Unidas (24), redactó un informe, donde revela que 287.000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto en 2020, es decir un cada dos minutos. En el año 2000, fueron 446.000, según la misma fuente. Pero se trata solo de un ligero descenso respecto a las 309.000 muertes registradas en 2016, cuando entraron en vigor los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

En el mundo, la tasa de mortalidad en el embarazo, disminuyó 34,3% entre los años 2000 al 2020. En ese periodo, el país que registró el mayor descenso fue Bielorrusia aproximadamente menos del 95.5%, es decir una muerte por cada 100.000 nacimientos en 2020 y en el 2000 fue de 24 muertes. Por el contrario Venezuela, que tuvo 259 muertes en el 2020 y 92 en el año 2000, un incremento de 182,8% de la tasa de mortalidad materna.

Estudios revelan que la mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres. (24)

Las muertes maternas habían disminuido de 543,000 cada año a 287,000, debido a la pandemia del COVID 19 se incrementó. Aproximadamente 20 000 000 de mujeres en toda América vio suspendida su atención antenatal, porque no habían servicios disponibles o por falta de medios económicos para que las mujeres obtuvieran anticoncepción. (25)

Perú no es ajeno a esta situación y todos los esfuerzos por reducir el número de muertes maternas cada año han fracasado debido a la pandemia. Lamentablemente, en 2020 la cifra no sólo no disminuyó, sino que aumentó

un 47,1% interanual, alcanzando un valor similar al de 2012. Se produjeron un total de 439 muertes maternas, siendo la preeclampsia la causa principal. La segunda causa fue el sangrado y la tercera fue el COVID-19. Esta última fue la causa más común de mortalidad materna indirecta. La situación se mantuvo sin cambios en 2021, con 493 muertes maternas por causas directas e indirectas, según la última información del MINSA CDC. Se trata de un aumento del 12% con respecto a 2020, excluidas las muertes maternas tardías. (26)

Demora Obstétrica

Thaddeus y Maine en el años 1994, emplean el concepto de tres “demoras”, refiriéndose a el inicio de la complicación y el respectivo tratamiento y finalmente su resultado adecuado, todo esto enlazan varios factores como la distancia, la independencia de la mujer y la ayuda del profesional, lo que ayuda a vincular tanto al hogar, a la comunidad y también al sistema de salud para entender la morbilidad y mortalidad materna, así como para la toma de decisiones. (27)

Las Cuatro Demoras en Mortalidad Materna:

Las mujeres son susceptibles a causas directas e indirectas que ponen en peligro su vida, durante la gestación, el parto y el puerperio. Existen diversos factores internos que son propios en la mujer o externos que pueden condicionar la muerte de una madre, lo que es conocido como Cuatro Demoras. (28)

Estas son:

1. Falta en el reconocimiento y conciencia sobre las señales de alarma durante el embarazo o el posparto y por tanto dificultad para la identificación (29). Para las poblaciones menos educadas y sensibles, es importante difundir información para promover la conciencia sobre las señales y síntomas de peligro para que puedan recibir atención oportuna. Se deben llevar a cabo programas de capacitación para empoderar a las personas y crear conciencia.

2. Demora en tomar una decisión en la búsqueda de atención en una institución de salud:

Las mujeres pueden reconocer señales de peligro y posibles complicaciones, pero no buscan atención médica de manera oportuna. Está influenciado por los factores socio ecológicos (ella y su entorno), los factores socioeconómicos, el conocimiento, la edad, el estatus económico y apoyo social, la comunidad, nivel de educación, los recursos y su compromiso también afecta al retraso en la búsqueda de ayuda oportuna, a lo que se suman los recursos naturales y humanos de una comunidad y la infraestructura de los establecimientos para acudir a ellos. En las zonas rurales la toma de decisiones puede verse influenciada no sólo por las madres sino también por las parteras, los promotores de salud comunitarios, los líderes religiosos y los trabajadores de la salud.

3. Demora en el acceso a la atención y falta de logística para la referencia:

Se refiere al acceso oportuno al tratamiento, dependiendo de diversos factores: disponibilidad de transporte, largos trechos para llegar a los centros de salud, procedimientos de derivación o referencia. Esto también afecta aspectos de gestión administrativos como la oportunidad y calidad de la referencia en caso de emergencia.

4. Calidad de atención inadecuada:

Una vez que llegue al centro de salud, se necesitará atención de calidad por parte del personal, factor que se asocia con servicios de salud inadecuados, incompletos e inapropiados para satisfacer las necesidades de la gestante. (30)

Corioamnionitis

1. Concepto

Inflamación de las membranas de la placenta de forma aguda, tiene un origen infeccioso sin especificación, poli microbiano, con infección del contenido amniótico, del producto de la concepción, del cordón umbilical y del líquido amniótico, a partir de un embarazo de 22 semanas con signos humorales y clínicas en la gestante y el producto.

2. Etiología

Es una infección poli microbiana, producida por cualquier germen que esté en la vagina y endocérvix, aquí se pueden observar bacterias gram positivas, gram negativas, también enterobacterias, bacterias anaerobias, y otros microorganismos que producen síndromes de infección de transmisión sexual. En otros casos pero que son raros, infección viral puede afectar a la

placenta y la parte intraamniótica tal es el caso del virus del Zika, varicela zóster, citomegalovirus, parvovirus B19, rubeola y herpes simple. Esta puede desarrollarse al producirse la rotura de las membranas, por un periodo largo, lo que permite a los microorganismos vaginales su ingreso al útero.

3. Fisiopatología

Se conocen hasta el momento cuatro vías:

- Primera: la vía ascendente

Que es la que más se produce, donde suben desde cérvix y vagina, están en la flora vaginal y cervicovaginal anormal y son los causales de la corioamnionitis. En este caso en la decidua de la región supra cervical se localizan los gérmenes, y luego se propagan al espacio corioamniótico.

- Segunda: la vía hematógena:

Producida cuando microorganismos, por ejemplo virus del Zika, Listeria monocytogene, Treponema pallidum y el complejo TORCH.

- Tercera Vía:

La inoculación accidental, de gérmenes que se encuentran en la flora normal de la piel durante la amniocentesis u otros procedimientos intrauterinos.

- Cuarta: la vía por Contigüidad:

Vía poco frecuente, infecciones por la contigüidad con estructuras abdominales que están infectadas tal es el caso de una salpingitis, peritonitis, apendicitis, u otras como el caos del tracto gastrointestinal.

4. Factores de riesgo

- Rotura prolongada de las membranas se incluye RPM
Mayor o igual a 12 horas
Mayor de 18 horas.
- Segunda etapa mayor a 2 horas
Trabajo de parto prolongado
Trabajo de parto activo mayor a 12 horas
- Número de exámenes con membranas rotas mayor o igual a 3
- Nulípara
- Estreptococos del grupo B
- Alcohol y tabaco
- Líquido amniótico teñido de meconio

Otros Factores

- Aumento del Ph de la vagina
- Bajo nivel de zinc. Desnutrición crónica
- Inmunosupresión
- ITS
- Bajo nivel socioeconómico
- Enfermedad periodontal
- Cerclaje
- DIU y el embarazo
- Coito cerca del término del embarazo

5. Cuadro clínico:

Incluye, fiebre materna y alguno de estos signos y síntomas como son taquicardia materna, el dolor del abdomen, sensibilidad uterina, secreción con mal olor es decir fétida a través de la vagina, taquicardia del feto y elevados glóbulos blancos maternos.

6. Diagnóstico:

1. Criterios de diagnóstico

Se ha basado en criterios clínicos que plantearon Gibbs y cols en 1982, pero dichos criterios son muy inespecíficos ya que pueden ser signos reactivos a otros procesos que pueden o no ser infecciosos, por lo que en la actualidad se propone reemplazar el término corioamnionitis clínica por el de “Inflamación y/o Infección Intrauterina”, más conocido como “Triple I”.

Entonces se sospecha de Corioamnionitis o Triple I, cuando se presente:

- Fiebre materna mayor a 38.0°C y al menos uno de los siguientes criterios:
 - Taquicardia fetal: mayor a 160 latidos/minuto durante al menos 10 minutos
 - Leucocitosis: mayor a 15,000/mm³
 - Flujo cervical purulento (31)

2. Diagnóstico diferencial de Corioamnionitis o Triple I

La fiebre aparece siempre en esta complicación. Se define fiebre como la presencia de un pico febril aislado (sin foco claro), de $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

Ante esto, establecemos una diferencia entre:

1. Fiebre aislada, principalmente en el parto, que no se relaciona con otros focos infecciosos.
2. Fiebre secundaria a un foco fuera del útero: asociadas a causas infecciosas: pielonefritis, infecciones del tracto respiratorio.
3. Fiebre secundaria por corioamnionitis.

7. Exámenes Auxiliares

1. Patológicos

- Hemoglobina
- Hematocrito, factor Rh
- Grupo sanguíneo
- Recuento diferencial en glóbulos blancos.
- Reacción en cadena de Polimerasa
- Examen de orina completo
- VDRL y prueba de ELISA
- Para iniciar la terapia con antibióticos, es mejor la obtención de

hemocultivos de dos muestras de diferentes de sitios venosos cuando la fiebre está en su punto más alto.

2. Imágenes (32)

Con la ecografía, se buscan marcadores ecográficos de corioamnionitis y de infección fetal dentro del útero como:

- Acortamiento cervical; favorece el ascenso de bacterias si es inferior a 25 mm
- “Sludge” cuando se hace la medición de cervix, es la presencia de partículas ecogénicas en el saco amniótico.
- Existe oligohidramnios
- Reducción tensión arterial diastólica del feto.

3. Exámenes especiales

- Descarte de bacterias que producen de BLEE
- Se analiza líquido amniótico para:
 - Dosificación de Interleucina (IL-6), si es posible realizar cultivo o tinción de Gram.
 - Glucosa

4. Si existen signos de evolución que no sea favorable de la situación clínica, acompañados de síntomas o signos de disfunción orgánica se debe de indicar:

- Urea y creatinina
- Bilirrubina
- PCR a diario
- Gases arterial y Ionograma (electrolitos K, Na, Cl, bicarbonato)

8. Manejo (33)

a. Medidas generales

- Recomiendan antibióticos durante el parto si se sospecha o confirma la infección intraamniótica.
- La infección intra amniótica rara vez o nunca es indicación de cesárea.
- Dosificar antipiréticos.
- Si es necesario hidratar, administrar cristaloides por vía intravenosa.

b. Medidas preventivas

- Utilizar antibióticos intraparto en embarazadas colonizadas con estreptococos del grupo B.
- No realizar muchos tactos vaginales
- Llevar a cabo un buen progreso del trabajo de parto

Terapéutica:

1. En mujeres embarazadas con gestación menor a 34 semanas, se debe realizar maduración pulmonar fetal
2. Utilizar antipiréticos para controlar la temperatura.
3. Evaluar cuando y la vía de terminación de la gestación

Antibioticoterapia

Régimen primario	
antibiótico	Dosis recomendada
Ampicilina	2gramos endovenoso/ 6h
Gentamicina	5miligramos/kg cada 24 h endovenoso o 1.5mg/Kg cada 8 h, endovenoso
Alergia a Penicilina	
Cefazolina	2gramos endovenoso cada 8 h
Gentamicina	cada 24 horas, 5 miligramos x kg endovenoso o cada 8 horas, 1,5 miligramos x Kilo de peso endovenoso.
Alergia a la Penicilina	
Clindamicina, o	cada 8 horas, 900 miligramos endovenoso
Vancomicina + Gentamicina	cada 12 horas EV 1 gr cada 24 horas 5 miligramos x kg EV o 1.5 miligramos x Kilo de peso cada 8 h
Después de una cesárea: además dosis adicionales de Clindamicina 900 mg (por vía intravenosa) o puede ser el Metronidazol de 500 miligramos IV	
Después del parto eutócico: No se necesita adicionar dosis y si se diera el caso no indicar Clindamicina	
Regímenes alternativos	
Ampicilina – Sulbactan Penicilina G Cristalina Amikacina Ceftriaxona Meropenem	3 g c/6 horas EV 5millones EV cada 6 horas 1 gr c/24 horas o 500 mg cada 12horas EV 1 g EV c/12 horas 500 miligramos o 1 g EV c/8 – 12 horas

Terminación del embarazo:

Edad gestacional	Conducta obstétrica
Menor a 24 semanas	Inducción del parto
24 a 31 semanas	Maduración pulmonar del feto: Betametasona IM 12 mg c/24h, 2 dosis y cesárea. Observación minuciosa hasta que cumpla 28 semanas.
32 a 34 semanas	Maduración pulmonar del feto: Betametasona IM 12 mg cada 24h, 2 dosis, luego inducir el parto, lo esperado es que sea vaginal.
Mayor 34 semanas	Inducir el parto dentro de las 6 horas siguientes al diagnóstico. Vía prevista la vaginal.
La corioamnionitis en sí misma no constituye una indicación de cesárea y requiere es condicional a otra indicación obstétrica. Este procedimiento se puede realizar si hay signos y/o síntomas de disfunción orgánica que hagan sospechar sepsis grave.	

9. Signos de alarma

Un diagnóstico y evolución de disfunción orgánica, que puede evolucionar hacia una sepsis grave. Esta vigilancia será mediante el score qSOFA (34), que va a consistir en evaluar:

Cuadro clínico	General	Obstétrico	Puntos
Presión arterial sistólica	Menor o igual a 100	Menor o igual a 90	1
Frecuencia respiratoria	Mayor o igual a 22 por minuto	Mayor o igual a 25 por minuto	1
Escala de Glasgow	Menor o igual a 13	Menor o igual a 13	1

2 o más de puntaje implican Riesgo Alto de sepsis y la posibilidad de disfunción orgánica.

Pueden presentarse posiblemente estos signos desfavorables que pueden evolucionar a un cuadro séptico:

- Temperatura mayor a 38 ° C mantenidas durante 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento.
- Aparición de diarreas, lo que se interpreta como irritación peritoneal.
- El color icterico de la esclerótica, piel y/o mucosas, que se presentan en una disfunción hepática.
- Disminuye la diuresis a pesar de hidratación por vía oral o parenteral.

Cuando no existe respuesta a los antibióticos, donde se observa que sigue la fiebre luego de las primeras 48 a 72 horas, considerar:

- Presencia de resistencia
- Dosis que no son efectivas
- Colecciones abdominales purulentas
- Miometrio con necrosis séptica
- Tromboflebitis pelviana

- Otros focos no detectados (una infección urinaria o una flebitis por un catéter venoso).

10. Complicaciones

Maternas:

- Cesárea
- Hemorragia post parto debido a la atonía uterina
- Endometritis puerperal
- Septisemia
- Shock séptico
- Coagulopatía intravascular diseminada y Síndrome de distrés respiratorio
- Muerte

Fetales

Precoz

- Parto pretérmino
- Muerte del feto
- Neumonía en el neonato y Meningitis
- Sepsis del neonato y muerte

Tardía:

- Displasia broncopulmonar
- Discapacidad y Parálisis cerebral

Sepsis y Shock Séptico

1 Definición:

Según consenso internacional del 2016, para las definiciones de sepsis y shock séptico (manejo de paciente con signos de infección solo tres criterios diagnósticos: “sospecha de sepsis, sepsis y shock séptico”) decidieron dejar de usar los criterios “SIRS” ni “sepsis severa”. De esta manera, consideran a la Sepsis como “La disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección dañando sus propios tejidos”. Esta definición también hace uso del sistema qSOFA Obstétrico o modificado y el score SOFA.

Así definen al shock séptico: subconjunto de sepsis donde existe incremento de muerte por las irregularidades graves de la circulación o el metabolismo celular. Implica "hipotensión persistente (definido como la necesidad de vasopresores para mantener la tensión arterial media ≥ 65 mmHg), y un nivel de lactato sérico > 2 mmol/L [18 mg/dL] a pesar de la reposición adecuada del volumen". (35)

Score qSOFA Obstétrico Modificado (evaluación secuencial de falla orgánica rápida), es un método rápido con un alto valor predictivo negativo para sepsis. Se considera una puntuación basal de 0 a menos que se conozca que el paciente tuviera una disfunción orgánica previamente a la aparición de la infección. Sospecharemos una sepsis cuando estén presentes al menos 2 criterios.

Parámetro	Score	
	0	1
Presión Arterial Sistólica	≥ 90	< 90
Frecuencia Respiratoria	< 25 respiraciones/minuto	≥ 25 respiraciones /minuto
Mentalidad Alterada	Alerta	No Alerta

- 1 criterio o ninguno: Baja sospecha de sepsis. Monitorización clínica y revalorar.
- 2 o más criterios: Alta sospecha de sepsis. Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general.

SOFA Score (Sequential Organ Failure Assessment) (36) o Evaluación Secuencial de insuficiencia orgánica relacionada con la sepsis.

La disfunción orgánica se define como un cambio agudo en la puntuación de SOFA como consecuencia de una infección. El diagnóstico de sepsis se confirma cuando se obtiene una puntuación $>$ o igual a 2 en la escala

SOFA:

Parámetro	Puntuación		
	0	1	2
Respiración PaO ₂ /FiO ₂	≥ 400	400-300	< 300
Coagulación Plaquetas x10 ⁶ /L	≥ 150	150-100	< 100
Hígado Bilirrubina ($\mu\text{mol/L}$)	≤ 20	20-32	> 32
Cardiovascular Presión arterial media	$\geq \text{MAP } 70$	MAP < 70	Requiere vasopresores
Sistema nervioso central	Alerta	Responde a la voz	Responde al dolor
Renal Creatinina ($\mu\text{mol/L}$)	≤ 90	90-120	> 120

2 Etiología

Según el INMPN, estas patologías ESTÁN asociadas a la morbilidad materna extrema del 2017, casos de sepsis de origen urinario, corioamnionitis, los abortos sépticos, neumonías, endometritis puerperal, sepsis de infección de partes blandas, apendicitis y leptospirosis.

3 Factores de Riesgo

a. F. Obstétricos

La amniocentesis y aquellos procedimientos invasivos dentro del útero

Cerclaje cervical

Rotura prolongada de membranas

El trabajo de parto prolongado

Trauma vaginal

Múltiples exámenes vaginales >5

Cesáreas

b. F. personales

Obesa

Cambios en la tolerancia a la glucosa

Alteraciones inmunológicas

La diabetes

Tratamiento de la mujer con inmunosupresores

Infecciones cérvico-vaginales

La desnutrición y la anemia

Insuficiencia renal y hepática

Infección pélvica anterior

Uso previo de antibióticos de amplio espectro

4 CUADRO CLINICO

1) Signos y síntomas

En la primera etapa los síntomas pueden aparecer en el lugar donde se produjo la infección. En esta fase, la presión arterial y parámetros bioquímicos no presentan cambios. Conforme avanza estos son los hallazgos clínicos y de laboratorio:

- Fiebre o temperatura corporal inestable (supera los 38°C o por debajo de 36.0°C)
- Taquicardia (> a 110 latidos/minuto)
- Taquipnea (>24 latidos por minuto)
- Sudoración
- Piel húmeda y fría o color del mármol (marmórea)
- Náuseas o vómitos
- Presión arterial baja (PAS<90 mmHg, PAM <70mmHg o disminución PAS>40mmHg) o shock
- Oliguria (gasto urinario menor a 0.5 mililitros por kg por hora o 45 milímetros por litro por lo menos 2 horas) o también anuria
- Dolor (sitio de la infección)
- Se altera el estado mental

Datos de laboratorio:

- Leucocitosis (recuento de glóbulos blancos mayor a 12000/ul) o

leucopenia (glóbulos blancos menores a 400/ul)

- Proteína c reactiva en plasma mayor 2DS sobre el valor normal
- Cultivo positivo del examen que se realiza en el sitio de infección o en la sangre
- Hipoxemia
- Trombocitopenia (Recuento de plaquetas menor a 100000/ μ l), coagulación intravascular diseminada (CID).
- Acidosis metabólica
- Ph arterial disminuido
- Incremento de déficit de base
- Creatinina sérica aumentada
- Enzimas hepáticas elevadas
- Hiperglicemia
- Procalcitonina en plasma mayor a 2DS sobre el valor normal

Diagnóstico por imágenes:

- Radiografía de tórax
- Ecografía de pulmones, abdominal, renal y del contenido del útero.
- Tomografía pulmonar, abdómino pélvica

6. Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva

Terapéutica

“Seguir el concepto de monitoreo y manejo dinámico a la cabecera del paciente: EVALUACIÓN –DECISIÓN – ACCIÓN – REEVALUACIÓN, hasta que se logre la estabilización del paciente”.

- Manejar el shock séptico en las primeras 6 horas, incluye el reconocimiento del mismo, la fluido terapia, la terapia antibiótica empírica, eliminación del foco de infección (si corresponde), terapia vasopresora y administración de corticoides. (37)
- Se han propuesto varios biomarcadores para ayudar a la identificación temprana del shock séptico. (38)
- Si se detecta shock séptico se debe intensificar la fluidoterapia.
- El riesgo de muerte se asocia a un retraso del inicio del tratamiento antibiótico adecuado. (39)
- Estudios sugieren que la norepinefrina debe ser el vasopresor inicial. (40)
- En esta fase, se incluye: posible reanimación con más fluidos, terapias complementarias y además los antibióticos. (41)
- Los corticoides podría beneficiar a pacientes con shock séptico refractario, porque reducen el shock, el uso de vasopresores, estancia en la unidad de cuidados intensivos y la ventilación mecánica, pero en forma individualizada de acuerdo a los efectos asociados con su uso.

a) Resucitación inicial

La reanimación temprana y eficaz con líquidos estabiliza la disminución de la hipoperfusión tisular causada por la sepsis y el shock.

Se propone medidas dinámicas para mejorar el manejo de líquidos para determinar si necesita líquido adicional; estos métodos incluyen que se eleven en forma pasiva las piernas, administrar líquidos midiendo el volumen sistólico o cambios en la presión intratorácica

debido a la ventilación mecánica según cambios en la presión arterial sistólica, el pulso o el volumen sistólico.

El consenso más reciente recomienda:

1. Iniciar medicación y reanimación de sepsis y shock séptico de forma inmediata.
2. En caso de hipoperfusión inducida debido a sepsis, se recomienda suministrar cristaloides por lo menos 30 ml x kilogramo dentro de las tres primeras horas.
3. Después de la reanimación inicial con líquidos, se debe realizar la administración continua de líquidos adicionales y monitorear el estado hemodinámico (incluido el examen y la evaluación de las variables fisiológicas disponibles, como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la saturación de la sangre arterial, el oxígeno, la temperatura corporal, y la diuresis, también es posible realizar otros controles no invasivos.
4. Si las pruebas de laboratorio no son diagnósticas, es recomendable una evaluación hemodinámica adicional (p. ej., evaluación de la función cardíaca) para determinar la naturaleza del shock.
5. Se recomienda utilizar variables dinámicas en lugar de estáticas siempre que sea posible para predecir la respuesta a la ingesta de líquidos.
6. Para pacientes que tengan shock séptico que requieren vasopresores es recomendable que tengan 65 mm Hg de presión arterial media inicial.

7. Administrar reanimación para normalizar los niveles de lactato en pacientes con lactato elevado como marcador de hiperperfusión tisular. La reanimación con lactato de pacientes con shock séptico reduce significativamente la mortalidad en comparación sin monitorización del lactato.

b) Terapia Antimicrobiana

1. Lo más pronto dentro de la primera hora, la administración de antimicrobianos IV, una vez se reconozca la sepsis y el shock séptico.

2. Cuando se sospecha de sepsis o shock séptico, se recomiendan efectuar cultivos microbianos (incluidos hemocultivos) antes de iniciar la administración antimicrobiana.

3. Cuando el acceso vascular es limitado y es necesario administrar una gran cantidad de fármacos, los fármacos que pueden administrarse en forma de bolo o infusión rápida pueden ser una ventaja. La reanimación con líquidos y la pronta infusión intravenosa de antibióticos son fundamentales para establecer el acceso vascular e iniciar un tratamiento agresivo.

4. Cuando se haya identificado a los patógenos y su susceptibilidad, y/o se haya logrado una mejoría suficiente.

5. Tratamiento empírico de amplio espectro (contra bacterias, virus y hongos) utilizando uno o pudiendo ser más antibióticos en pacientes que tengan sepsis o shock séptico.

6. Recomendable terapia empírica (se utiliza por lo menos dos

antibióticos de diferente clase).

7. Se recomienda que la terapia combinada no se utilice de forma rutinaria como tratamiento continuo de otras infecciones como la bacteriemia y la sepsis sin shock.

8. Para infecciones más graves con sepsis y shock séptico, la duración recomendada y adecuada del tratamiento antimicrobiano es de 7 a 10 días.

9. Los ciclos de tratamiento cortos son apropiados en pacientes que tengan una rápida mejoría cuando tuvieron un control eficaz de las fuentes de sepsis intraperitoneal o urinaria o para pacientes que tengan pielonefritis sin complicaciones anatómicas

10. Se sugiere un examen diario para reducir la terapia con antibióticos en pacientes que tengan sepsis y shock séptico.

11. Utilizar medidas de niveles de procalcitonina y así acortar la duración de la acción antimicrobiana en pacientes con sepsis.

c) Terapia de fluidos

1. Se recomienda y realiza la sobrecarga de líquidos dependiendo de la mejora de los factores hemodinámicos.

2. Se aconsejan cristaloides, porque es el líquido de elección para una reanimación y la posterior reposición del contenido vascular.

3. Se recomienda utilizar cristaloides balanceados o solución salina normal para reanimación con líquidos en personas con sepsis o shock séptico.

4. Recomienda añadir albúmina si se necesitan grandes cantidades

de cristaloides durante la reanimación inicial y la posterior reposición del volumen intravascular.

5. Se recomienda el uso de cristaloides en lugar de gelatina para la reanimación de pacientes con sepsis o shock séptico.

d) Fármacos Vasoactivos

1. Se recomienda la norepinefrina como vasopresor de primera elección.

2. Para aumentar la PAM hasta el valor objetivo, se recomienda agregar vasopresina (hasta 0,03 U/min) o epinefrina en lugar de norepinefrina.

3. El uso de dopamina se recomienda solo personas muy seleccionadas, como vasopresor alternativo a la norepinefrina (p. ej., aquellos con bajo riesgo de taquiarritmias y bradicardia absoluta o relativa).

4. Utilice dobutamina en pacientes que muestran signos de hipoperfusión persistente a pesar de un aporte adecuado de líquido y el uso de vasopresores.

5. Se recomienda que a todos los pacientes que requieran vasopresores se les coloque un catéter arterial lo antes posible.

e) Corticosteroides

Se recomienda que no se utilice hidrocortisona intravenosa para tratar a pacientes con shock séptico a menos que se reestablezca la estabilidad hemodinámica con reanimación, con líquidos y vasopresores adecuados. En todo caso suministrar 200 miligramos

por día por vía intravenosa la hidrocortisona.

f) Hemoderivados

1. Si la hemoglobina es $<7,0$ g/dl en adultos, se recomienda la transfusión de glóbulos rojos.

2. Recomienda no usar plasma fresco congelado en caso de corregir la coagulopatía en ausencia de hemorragia o antes de procedimientos que sean invasivos.

Se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas cuando el recuento de plaquetas es inferior a $10.000/mm^3$ y no hay sangrado y cuando el recuento de plaquetas es inferior a $20.000/mm^3$ y existe un riesgo importante de hemorragia. Se recomiendan umbrales más altos ($\geq 50.000/mm^3$) para sangrado activo, cirugía o procedimientos invasivos.

g) Ventilación Mecánica

1. Para pacientes adultos con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) inducido por sepsis, establezca el volumen total objetivo en 6 ml/kg en lugar de 12 ml/kg.

2. Para pacientes adultos con SDRA grave inducido por sepsis, se recomienda utilizar una presión meseta objetivo del límite superior (30 cm H₂O) en lugar de una presión meseta más alta.

3. Para pacientes adultos con SDRA inducido por sepsis de moderada a grave, se recomienda una PEEP más alta que una PEEP más baja.

4. En pacientes con SDRA inducido por sepsis y relación

PaO₂/FiO₂, se recomienda el uso de posiciones prono y supino.

5. En pacientes adultos con SDRA inducido por sepsis y relación PaO₂/FiO₂, se recomienda el uso de bloqueadores neuromusculares durante 48 horas o menos.

6. En pacientes sépticos con ventilación mecánica, se recomienda elevar la cabecera de la cama entre 30° y 45° para limitar el riesgo de aspiración y prevenir la neumonía asociada al ventilador (NAV).

h) Sedación y Analgesia

Se recomienda la sedación continua o intermitente en pacientes con sepsis ventilados mecánicamente, con la guía de la titulación específica.

i) Control de glicemia

1. En pacientes con sepsis en cuidados intensivos se recomienda utilizar un protocolo de control glucémico que comience con insulina si los niveles de glucosa en sangre son > 180 mg/dL en dos ocasiones consecutivas. El objetivo es alcanzar niveles de azúcar en sangre por debajo de 180 mg/dl en lugar de por debajo de 110 mg/dl.

2. También controle los niveles de azúcar en sangre cada 1 a 2 horas hasta que los niveles de azúcar en sangre y Para los pacientes que reciben infusiones de insulina, la infusión de insulina se estabiliza cada 4 horas.

j) Terapia de reemplazo renal

1. Se recomienda la terapia de reemplazo renal continua o intermitente para pacientes con sepsis y lesión renal aguda.

2. Se recomienda utilizar un método continuo para facilitar el control del equilibrio de líquidos en pacientes sépticos hemodinámicamente inestables.

3. En pacientes con sepsis y lesión renal aguda, se recomienda no utilizar terapia de reemplazo renal continua para corregir la creatinina u oliguria a menos que exista una indicación clara de diálisis.

k) Terapia con bicarbonato

En pacientes hipoperfundidos por acidemia láctica con pH de 7,15 o superior, se recomienda no utilizar bicarbonato de sodio para mejorar la hemodinámica o reducir el uso de vasopresores.

l) Profilaxis de tromboembolismo venoso

Para prevenir la tromboembolia venosa se recomienda la profilaxis farmacológica (heparina no fraccionada o heparina de bajo peso molecular), a menos que existan contraindicaciones para el uso de estos agentes.

Además, se utiliza heparina de bajo peso molecular en lugar de heparina no fraccionada para la prevención del tromboembolismo venoso, a menos que existan contraindicaciones para el uso de heparina.

m) Nutrición

1. No está recomendada la nutrición parenteral temprana sola o en combinación con nutrición enteral (aunque si el inicio temprano de la nutrición enteral) en pacientes críticamente enfermos con sepsis o

shock séptico que pueden recibir nutrición enteral.

2. No se recomienda la nutrición parenteral sola o en combinación con alimentos enterales (en su lugar, se inicia la infusión de glucosa y los alimentos se administran por vía enteral según la tolerancia durante los primeros 7 días. En pacientes críticamente enfermos con sepsis o shock séptico, que no puedan recibir nutrición enteral temprana.

3. Se recomienda el uso de agentes procinéticos en pacientes críticos con sepsis o shock séptico e intolerancia alimentaria.

4. No recomendable el uso de glutamina para tratar la sepsis y el shock séptico.

7. Signos de Alarma

- Deterioro neurológico: disminución de la puntuación de Glasgow somnolencia, mareos.
- Se producen múltiples disfunciones.
- Oligoanuria y/o retención de nitrógeno: sugieren hipertensión abdominal y/o AKIN.
- Desarrollo de hipoxemia y/o nueva consolidación pulmonar: síndrome de dificultad respiratoria aguda.

8. Complicaciones

- Producido por procesos de shock fisiopatológico:
 - Disfunción o fallo multiorgánico

- Insuficiencia renal aguda que requiere soporte de diálisis
- Coagulación intravascular diseminada con coagulopatía
- Eventos isquémicos cardiovasculares
- Manejo:
 - Sobrecarga de líquidos
 - Taquiarritmia
 - Isquemia tisular.
- Procedimientos y manejo:
 - Neumotórax, hemotórax, barotrauma, etc.
- Resultado final: alta morbimortalidad por retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

9. Criterios de Referencia y Contrarreferencia

El tratamiento de pacientes con sepsis y shock séptico debe comenzar tan pronto como se identifique la enfermedad y si no hay respuesta a las medidas iniciales para restaurar la perfusión tisular, deben enviarse inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos. (42)

Coagulación Intravascular Diseminada: un síndrome de trombo hemorrágico causado por una mayor producción y/o liberación de factor tisular (TF) por tejido necrótico o restos placentarios, activación del factor VII y la cascada de coagulación. Este proceso puede provocar hemorragias y la formación de microtrombos de fibrina y plaquetas, que pueden ocluir vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño y provocar disfunción orgánica. Las causas subyacentes de la CID incluyen infecciones graves de cualquier

etiología, cáncer (adenocarcinoma, leucemia promielocítica), traumatismos, tumores vasculares y causas obstétricas (desprendimiento de placenta, preeclampsia/síndrome HELLP, muerte fetal y embolia de líquido amniótico). Se debe sospechar CID cuando están presentes uno o más factores subyacentes asociados, esquistocitos en el frotis de sangre y pruebas seriadas de coagulación anormales, estas últimas corresponden a trombocitopenia, tiempo de protrombina prolongado y tiempo de trombolastina parcial activado, hipofibrinogenemia y aumento del recuento de hemoderivados degradación de fibrina y dímero D.

El tratamiento eficaz de la causa subyacente suele mejorar o resolver el trastorno de la coagulación. El sangrado activo o el alto riesgo de sangrado requiere apoyo hematológico con las siguientes estrategias: transfusiones de plaquetas (mantener el recuento de plaquetas $> 50\,000/\mu\text{L}$), crioprecipitado (fibrinógeno, factor VIII, factor marca von Willebrand), plasma fresco. Si hay signos de trombosis, se debe considerar la administración de heparina u otros anticoagulantes. (43)

Óbito Fetal

Según refiere el Ministerio de Salud (MINS) (44), es la no presencia de latido cardíaco, respiración espontánea, pulsación de cordón y movimientos del feto, antes del nacimiento, desde las 22 semanas de embarazo hasta el parto o también se considera al feto con peso desde los 500 gramos.

Así la clasifica en:

- Muerte fetal temprana: considerado al aborto, las muertes de fetos que tengan

menor a 20 a 22 semanas de gestación y tengan pesos menores a 500 g.

- Muerte fetal intermedia: Fetos muertos con 20 a 22 o más semanas, pero menos a las 28 semanas y el peso entre 500 y 1000 g.
- Muerte fetal tardía: Muertes fetales con 28 semanas completas o más y el peso mayor de 1000 g).

La frecuencia de estos es de 6 a 7 muertes por 1000 nacidos vivos.

Causas:

- Fetales un 10%
- De placenta y cordón umbilical un 40%
- Origen Materno en 15%
- Varias (10%)
- Desconocida un 25%

Factores de Riesgo asociados

a. Factores preconceptionales:

Nivel socio económico bajo, el analfabetismo, talla baja, malnutrición, obesidad, las madres adolescentes, edad de la madre (añosa), gran múltiparas, periodo intergenésico corto, antecedentes gíneco obstétricos y también genéticos.

b. Factores del embarazo:

Anemia, mal control prenatal, fumadora, ganancia de peso disminuida, aumento en exceso del peso, el alcoholismo, infección urinaria, diabetes del embarazo, preeclampsia, eclampsia, hemorragias, retardo del crecimiento intra útero, rotura prematura de membranas, infección ovular, placenta previa, incompatibilidad sanguínea madre-feto

c. Factores dentro del parto:

Procidencia de cordón, presentación fetal mala, circular del cordón desproporción feto pélvica, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal agudo, macrosomía, atención obstétrica deficiente.

d. Factores fetales:

Cromosomopatías, malformación fetal

Cuadro Clínico:

- Gestante no percibe movimientos de su bebe
- A la auscultación de los latidos fetales, estos no son audibles o no se encuentran.
- Casi siempre se perciben pérdidas hemáticas vaginales
- El peso materno no aumenta o disminuye.
- “Signo de Boero”: los latidos aórticos maternos son escuchados con nitidez esto por la reabsorción de líquido amniótico.
- Feto: disminuye la perceptibilidad a la palpación, conforme continúe la maceración.
- ”Signo de Negri”: crepitación de la cabeza fetal a la palpación.
- Debido a la disminución de hormonas, aumenta la consistencia cervical al tacto vaginal.
- Aparece la secreción de calostro en la glándula mamaria.

Complicaciones:

1. Coagulopatias

2. Sangrado abundante
3. Trastornos psicológicos
4. Corioamnionitis

Exámenes complementarios: (45)

- Ecográficos:
 - No existe actividad cardíaca (son escuchados de 6 a 8 semanas de gestación).
 - No existe movimiento fetal
 - Se acumula líquido en el tejido celular subcutáneo, anasarca, de derrame pleural y peritoneal.
- Signos radiológicos que reflejan maceración:
 - “Signo de Spalding
 - “Signo de Spangler”
 - “Signo de Horner”
 - “Signo de Damel”
 - “Signo de Brakeman”
 - “Signo de Robert”
 - “Signo de Hartley”
 - “Signo de Tager”

Manejo: (46)

Hospitalización

1. Evaluar el estado de la coagulación (la coagulación de consumo ocurre

cuando sustancias formadoras de coágulos del feto fallecido y la decidua ingresan a la circulación materna, el fibrinógeno comienza a disminuir veinte días después de la muerte del feto).

2. Evacuación del útero:

Inducción: con el uso de prostaglandinas (misoprostol vaginal u oral) y oxitocina, que se debe realizar en dosis superiores a las que normalmente se utilizan para la inducción con fetos vivos.

Requisitos:

- 1) Confirmación de que existe la muerte fetal.
- 2) Hemograma y el perfil de coagulación.
- 3) Evaluación del cervix.
- 4) Para la inducción del parto se debe informar y solicitar la autorización de la paciente.

• Contraindicaciones:

- Desproporción feto y pelvis.
- Placenta previa
- Presentación inusual.
- Cáncer de cuello uterino.

• Contraindicaciones para el misoprostol:

- Cicatrices uterinas previas.
- Cesárea previa.
- Enfermedad cerebrovascular, posología y vía de administración:

• Vía de administración recomendada es la vaginal.

- El misoprostol aumenta la sensibilidad uterina y más aun con la edad

gestacional, por lo que la dosis debe reducir la dosis a medida que avanza el embarazo.

- Tener en cuenta que dosis elevadas podrían provocar rotura uterina, sobre todo en mujeres grandes multíparas.

Segundo trimestre de embarazo:

- Semanas 18 – 26 de embarazo: Misoprostol 100 microgramos.
- Repetir la dosificación cada 12 horas hasta completar 4 dosis.

Tercer trimestre de embarazo:

- Si el cuello uterino esta inmaduro, administrar 25 mcg de misoprostol en el fondo vaginal. Repetir después de 6 horas si es necesario.
- Si no se produce respuesta después de dos dosis de 25 mcg aumente la dosis a 50 mcg cada 6 horas.
- No use más de 50 mcg a la vez, no exceda de 4 dosis diarias (200 mcg) por día.
- No se debe utilizar misoprostol para acelerar el parto.
- No use una nueva dosis de misoprostol si la actividad contráctil uterina ya ha comenzado, incluso si es leve (dos o más contracciones en 10 minutos).
- Si usa oxitocina en intravenosa continua, se debe iniciar dentro de las 6 h posteriores a la administración de misoprostol.
- En la mayoría de los casos, la expulsión del feto se produce dentro de las primeras 24 horas, pero puede tardar 48 horas y en algunos casos hasta 72 horas.
- Si transcurrido el plazo, no se ha producido el parto la acción dependerá si:

a) Existe urgencia en completar la evacuación uterina.

Decisión de la mujer.

- No hay urgencia y además la mujer acepta:

Repetir el mismo proceso de 24 a 48 horas después de que el primer intento se considere fallido. En este caso se recomienda repetir el recuento de plaquetas y pruebas mínimas de coagulación antes del segundo intento, si es posible.

- Si existe una necesidad urgente de completar la evacuación uterina, o si la mujer no acepta un nuevo tratamiento con misoprostol, realizar cesárea.

Inducción con oxitocina:

- Gestación pretérmino: 20-40 unidades en 1000 ml de cloruro de sodio al 9‰
x 1000 ml. Comenzar con 1 mU por minuto. Duplique la cantidad cada 30 minutos hasta tener dinámica uterina.
- Embarazo a término: Madurar el cuello uterino según las instrucciones de la guía de procedimientos.

La cesárea se realiza como último recurso cuando los tratamientos anteriores han fracasado, a menos que exista una indicación absoluta, como placenta previa oclusiva total, cesárea repetida o posición transversal, etc

El útero se vacía rápidamente si:

- Existe rotura de las membranas o signos de infección ovular.
- Afecta el estado psicológico de la madre.
- Fibrinógeno materno <200 mg%.

2.3. Definición de términos básicos

Mortalidad materna

Está definida como la defunción de una mujer considerando que se encuentra en su etapa reproductiva, y que acontece durante el embarazo, en el parto o en los 42 días posteriores al mismo. (23)

Mortalidad Perinatal

Se define como la muerte de fetos y recién nacidos producidas cerca del momento del parto. (25)

Las Demoras en la Mortalidad Materna

Durante el embarazo, parto y puerperio, las mujeres son susceptibles a ser afectadas por causas directas e indirectas que atentan contra su vida, existen diferentes factores propios o externos que pueden condicionar a la muerte de la madre, lo que se conoce como las cuatro demoras. (28)

Corioamnionitis

Llamada también infección intraamniótica es la infección del corion, el amnios, el líquido amniótico, la placenta o una combinación. La infección aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y de problemas en el feto y el recién nacido. Los síntomas incluyen fiebre, dolor uterino a la palpación, líquido amniótico maloliente, secreción cervical purulenta y taquicardia materna o fetal. El diagnóstico es por criterios clínicos específicos o, para la infección subclínica, el análisis del líquido amniótico. El tratamiento incluye antibióticos

de amplio espectro, antipiréticos e inducción del parto. (47)

Sepsis

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado. (48)

Coagulopatía intravascular diseminada

Es un síndrome de trombo hemorrágico causado por una mayor producción y/o liberación de factor tisular (FT) por tejido necrótico o restos placentarios, que activa el factor VII y la cascada de coagulación. Este proceso puede provocar sangrado y formación de microtrombos de fibrina y plaquetas, que pueden ocluir vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño y provocar disfunción orgánica. (43)

Óbito fetal

Viene a ser la ausencia de: latido cardíaco, respiración espontánea, pulsación de cordón y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre, a partir de las 22 semanas de gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 gramos. (49)

Embarazo

El embarazo es el estado de la hembra de la especie humana una vez que ha quedado embarazada concibiendo al feto y llevándolo en su vientre, la duración es el período que transcurre entre fecundación del óvulo por el espermatozoide,

hasta el momento del parto, los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto dentro del útero. (50)

Edad gestacional

Se refiere a la edad del embrión o feto contada desde el primer día de la última menstruación que comienza aproximadamente dos semanas antes de que ocurra la unión del óvulo y espermatozoide. Se considera que el embarazo ha llegado a término cuando se alcanza las 37 semanas de edad gestacional y que no superen las 42, porque antes de las 37 semanas se habla de partos prematuros y después de las 42, embarazos prolongados. (51)

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN Y DISCUSION DEL CASO CLÍNICO

3.1. Descripción del caso clínico

El caso se presentó en el Puesto de Salud de Condorgaga, en la Localidad del mismo nombre, Distrito de Huacrachuco, Provincia de Marañón, perteneciente a la Red de Salud Leoncio Prado.

DATOS OBTENIDOS DE LA HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL DE LA GESTANTE

PRIMERA ATENCION PRENATAL: 23/03/2017

Edad: 15 años. *PA:* 90/70 mmHg *T:* 36°C *FC:* 73 x' *R:* 19 x'

Peso: 49.500 Kg *Talla:* 1.52cm.

Tiene resultados de análisis (13.03.17):

Hb: 9,3gr/dl

Glucosa: 102 mg%

Examen General: normal, estado de conciencia estable.

Examen Físico: piel y anexos elásticos e hidratados, cabeza y cuello cilíndrico, móvil, el sistema cardiovascular no presenta soplos, el sistema respiratorio sin alteraciones evidentes

Abdomen: Ocupado por útero grávido, feto único.

AU: 16 cm *FCF:* NA

Miembros inferiores: Sin edema.

FPP: 22/08/2017

POR ALTURA UTERINA

FPP: 22/09/2017 POR FUM

FUM: 15/12/2016

Diagnóstico:

Primigesta ARO, 18 semanas por AU

Rp: Educación sanitaria y Orientación, solicitan nuevamente control de Hb y Hto.

Resultados: Hb: 16 gr/dl Hematocrito: 47%

SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL: 23/04/2017

Gestante de ARO: Adolescente

PA: 90/60 mmHg T: 36°C FC: 73lx' R:18x'

Peso: 52Kg

Síntomas principales: niega molestias, examen general: estado de conciencia estable.

Examen Físico: Piel y anexos: (H.C ilegible en algunos datos), cabeza y cuello Normocéfalo y móvil, sistema cardiovascular, no soplos, sistema respiratorio: MV pasa bien por ACP.

Abdomen: globuloso

Útero ocupado por feto único. AU: 18 cm FCF: 130 por minuto.

Miembros inferiores: Sin edema () ROT ++

Diagnóstico: Primigesta 22 semanas por AU

Rp: Educación sanitaria y Orientación

S/s Laboratorio primera batería

TERCERA ATENCIÓN PRENATAL: 23/05/2017

PA: 100/60 mm Hg T: 36°C FC: 84 Lx' R: 20 x'

Peso: 54 Kg

Síntomas Principales: ninguno

Examen General: normal, estado de conciencia: estable

Examen Físico: Piel y anexos: Hidratadas, elásticas

Cabeza y cuello: Normocéfalo

Sistema Cardiovascular: No soplos

Sistema Respiratorio: Sin alteraciones

Abdomen: Globuloso

Útero: ocupado por feto, AU: 21 cm y FCF: 144 por minuto.

Miembros inferiores: Sin edema () ROT ++

Dx: Primigesta 26 semanas por AU y 21 semanas por ECO.

Rp: Educación sanitaria y Orientación

Sulfato ferroso

Signos de alarma

INFORME DE ECOGRAFÍA: 02/05/2017 con 21 SEMANAS

CUARTA ATENCIÓN PRENATAL: 23/06/2017

PA: 90/60 mmHg T: 36°C FC: 85Lx' R: 18x'

Peso: 55 Kg

Síntomas Principales: no coloca.

Examen General: N, Estado de conciencia: N.

Examen Físico: piel y anexos hidratadas, elásticas; Cabeza y cuello: Normocéfalo,

Sistema Cardiovascular: No soplos. Sistema Respiratorio: Sin alteraciones.

Abdomen: Globuloso

Útero ocupado por feto. AU: 24 cm FCF: 144 lx'

Miembros inferiores: Sin edema () ROT ++

Diagnóstico: **Primigesta 30 semanas por AU**

Rp: Educación sanitaria y Orientación

EVALUACIÓN MÉDICA: 07/07/2017

PA: 90/60 mm Hg T: 36°C FC: 82 lx' R: 14 x'

Peso: 55 Kg

Paciente acude niega molestias. No presenta signos de alarma. Niega antecedentes de importancia.

Síntomas Principales: Ninguno

Examen General: N Estado de conciencia: Estable.

Examen Físico: piel y anexos elásticas, hidratadas.

Llenado capilar < 2 segundos

Abdomen: Ocupado por útero grávido

AU: 24 cm FCF: 145 lx'. MF: ++ LCI

Diagnóstico: Primigesta 32 semanas por AU

ITU en el embarazo

ARO Gestante adolescente.

Rp: Amoxicilina 500 mg 1tab/v.o/48 h/ 5d

QUINTA ATENCIÓN PRENATAL: 26/07/2017

PA: 90/60 mm Hg T: 36°C FC: 73 Lx' R: 18x'

Peso: 55.400 Kg Ganancia de peso: 6.900gr

Síntomas Principales: no refiere molestias

Examen General: N, Estado de conciencia: Estable.

Examen Físico: piel y anexos normales, Cabeza y cuello: Normocéfalo, móvil

Sistema Cardiovascular: No soplos. Sistema Respiratorio: MV pasa bien por ACP

Abdomen: Globuloso

Útero ocupado por feto. AU: 25cm FCF: 130 lx'.

Miembros inferiores: Sin edema () ROT ++

Diagnóstico: Primigesta 32 semanas por FUM

ARO Adolescente

Rp: Educación sanitaria y Orientación

Paciente se niega a responder de futura referencia al CS Huacrachuco.

Realizando un análisis de todas las evaluaciones realizadas, se puede percibir que se realizó desde un principio:

- Una inadecuada evaluación de la edad gestacional, tal como se presenta en el cuadro:

	Atención1	Atención2	Atención3	Atención4	Atención5	Atención 6	Atención 7	Atención 8
Fecha	23/03/2017	23/04/2017	23/05/2017	23/06/2017	26/07/2017	26/08/2017	02/09/2017	10/09/2017
EG	18AU	18AU	21 ECO	25 ECO	32 FUR	36 FUR	37 FUR	38 FUR
Altura Uterina	16	18	21	24	25	26	27	28

- La gestante presentaba según resultados de Hb 12.6g/dl-2.8 por encontrarse a 3,638msnm, por lo tanto tenía 9.8g/dl de Hb, por lo que se debió de diagnosticar de forma temprana la anemia moderada.
- Refieren en la Historia Clínica (H.C) la fecha de última menstruación: 15/12/16 y la fecha probable de parto para el 22/09/2017, sin embargo, colocan un diagnóstico de edad gestacional según Ecografía de 18semanas, con una fecha probable de parto para el 22/08/2017,

generando demasiada confusión.

- Se aprecia además en la H.C, que el Plan de parto es elaborado en la primera cita, la cual debió de darse en el segundo control ya que en la primera cita generalmente se atiende todo lo relacionado con la gestación.
- No se observan visitas domiciliarias a la gestante.

ATENCION DE LA EMERGENCIA EN EL C.S.

El día 11 de setiembre los familiares comunican al personal de salud que la gestante se encuentra mal, por lo que acuden al domicilio.

No precisan la hora

Es evaluada: funciones vitales: PA 100/60 mmhg Pulso: 90x' Respiración: 22x'
Temperatura: 37°C

Al examen físico: mal estado general.

Piel: pálida

Abdomen: FCF: no audible AU: 28 cm DU: no registran TV: no
se deja evaluar

Diagnóstico:

- 1.- Primigesta de 38 SS x FUM.
- 2.- Trabajo de parto fase activa
- 3.- Óbito fetal

Tratamiento:

No se indica.

En ese momento realizan la referencia al Centro de Salud de mayor nivel de mayor nivel de complejidad para la atención del parto.

11.09.2017 08.45am

Paciente adolescente de ARO es trasladada a sala de parto.

Gestante es conducida a sala de partos adolorida, adopta posición antálgica, se puede apreciar según H.C que que la gestante llegó sin vía.

Signos vitales:

T° 36°C P/A: 90/50mmHg P: 82Lx´ R: 20x´

Al examen: Se encuentra en estado crítico, piel ictérica presenta petequias a nivel del brazo y muslo.

Abdomen: AU: 28 cm. LCI FCF: no audible DU: 4/10/+++

TV: dilatación completa I: 100% M: rotas con meconio + o - 24h

Variedad de presentación: OIDA

Diagnóstico:

Primigesta adolescente de 38 semanas por FUM

Fase Activa de Trabajo de Parto

Período Expulsivo

Óbito fetal

Tratamiento:

Cloruro de sodio al 9% 1000cc

Oxitocina 10UI

Glucosa al 33%

CFV

Atención de parto + administración de oxitocina 10UI im

Día: 11/09/2017 Hora: 09:00

Paciente poco colaborativa, se niega a ser evaluada

Se produce periodo expulsivo con producto (óbito fetal más o menos 24 horas) de sexo femenino con peso 2800gr, Talla: 48 cm

Hora: 09:15 am

09.15 am, se toma signos vitales por demora del período de alumbramiento:

PA: 90/50 mmHg. Pulso: 86Lx´ R: 22 por minuto.

A las 09:05 am se le solicita hemoglobina, hematocrito.

Horas 09:10am se cuenta con los resultados de laboratorio con hemoglobina: 5mg/dl y hematocrito 15%

TRATAMIENTO:

Poligelina 250cc a chorro

Cloruro de sodio 9% 500cc en tres oportunidades.

Hora: 09:30

Se evalúa a la puérpera, no se produce alumbramiento.

PA 90/50 mmHg P: 85 lx´ R: 22x´

No se visualiza sangrado vaginal.

Hora 10:00 a.m.

Se produce el periodo de alumbramiento en modalidad Schultze con sangrado aproximado de 20 ml, se procede a la episiorrafia.

Periodo de alumbramiento prolongado.

Anemia severa por hemorragia nasal

Hb. 5gr/dl y Hto. 15%

Dejan preparada a la puérpera inmediata para que pueda ser trasladada a un Hospital por la hemorragia presentada antes del parto.

Hora 10.23 coordinan la referencia al Hospital y se la traslada de emergencia.

11.45 am, parte la ambulancia al Hospital que queda a aproximadamente 8 horas.

12.12 pm, se constata el fallecimiento de la gestante.

DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA DE MUERTE MATERNA:

1. Causa Básica: CORIOAMNIONITIS
2. Causa intermedia: SHOCK SÉPTICO
3. Causa Final: COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA

Momento de Fallecimiento: PUERPERIO

3.2. Discusión del caso clínico

Más de 11,500 niñas y mujeres mueren a diario como resultado de las complicaciones que pueden ser prevenibles y que se suscitan antes, durante y

después del embarazo y el parto, según la OMS refiere que a nivel global, estas complicaciones producen muertes maternas sobre todo en niñas y adolescentes en edad reproductiva.

En el presente estudio se observa que en su mayor parte las complicaciones que se presentaron en la gestante, pudieron ser tratadas mediante un conjunto de intervenciones tempranas y evitar la muerte materna suscitada debido a las demoras presentadas, la primera demora que fue la decisión de la gestante de buscar ayuda y el llegar al establecimiento de salud, y las otras demoras, relacionadas con el manejo y tratamiento oportuno y apropiado, por lo que podemos relacionarlo que en gran parte ocurre debido a la falta de servicios de salud accesibles, aceptables y que brinden una atención de calidad, donde el personal de salud se encuentre realmente capacitado para dar un diagnóstico y una atención oportuna.

Observamos en un primer momento, cuando la mujer gestante de Alto Riesgo por edad, talla y otros factores, tiene que tomar una decisión en la búsqueda de ayuda, existe la demora que podría estar referida a su bajo status social, se puede observar que las mujeres en estos lugares difícilmente o rara vez se inmiscuyen en los procesos relacionados a la toma de decisiones, en este caso el esposo no fue informado acerca de las señales de peligro, asimismo él atribuía los síntomas que presentaba su esposa, al dolor de cabeza, a las náuseas y a los vómitos propios del embarazo, por lo que la disponibilidad, accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios tenían que haber intervenido desde la atención prenatal, para que la gestante empoderada tome la decisión en la búsqueda de ayuda, pueda haber llegado al establecimiento sin

demora y haber recibido tratamiento apropiado y oportuno, lo que este estudio coincide con el estudio llevado a cabo por Rangel-Flores Y (2019), en donde demuestra aquellas experiencias de mujeres sobrevivientes de morbilidad materna, enfocada en demoras e identifica cuales fueron aquellos determinantes que obstaculizaron este proceso, que según su estudio fueron las categorías siguientes: en la primera: las oportunidades perdidas para identificar morbilidad materna, temor de comunicar el malestar esto en relación a la descalificación, temor y fe en que algo superior resolverá su problema, falta de desarrollo de la percepción del riesgo obstétrico. La segunda demora: coordinación institucional para el traslado oportuno; y tercera demora: deficiencias en el personal y equipo, y la inexperiencia del personal de salud.

Al igual que Sevillano DM (2021), refiere a la Demora obstétrica tipo I (demora en tomar una decisión para acudir a un establecimiento de salud) como un factor de morbilidad materna, refiriendo que la toma de decisiones del paciente y familiar en buscar atención médica inmediata ante un signo de alarma durante el embarazo y el reconocimiento de los signos de alarma de la complicación; es crucial para evitar las complicaciones obstétricas o morbilidad materna extrema.

Del mismo modo, Verona-Balcazar M, et al, (2019), en su estudio propuso identificar las características clínicas, epidemiológicas y demoras en el proceso de atención de la muerte materna, obteniendo que la mayoría reconocieron la primera y segunda demoras; pero la mayoría de fallecimientos ocurrieron en establecimientos de salud, lo que sugiere que existe deficiencias en la atención de la emergencia obstétrica.

En cuanto al análisis del caso como se puede observar, con respecto a las causas que llevaron a este desenlace fatídico, vemos que desde un inicio las complicaciones no fueron diagnosticadas con un minucioso examen y anamnesis correcta, Camacho DN (2019), también manifiesta en su estudio de un caso sobre sepsis puerperal post corioamnionitis, que estas se diagnostican sobre la base de la correcta anamnesis, los hallazgos de la exploración física en relación con los resultados de pruebas de laboratorio y de imagen.

Las Guías para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud, refiere que la infección bacteriana es una de las causas más frecuentes de sepsis, que uno de los factores de riesgo es la corioamnionitis, que puede ser causada por una rotura prematura de membranas o también debido al óbito fetal; asimismo refiere que para la detección de estos casos, se debe de realizar un buen examen físico observando signos y evaluando síntomas y a través de exámenes auxiliares, y una vez realizado el diagnóstico se debe de aplicar la Clave Amarilla para un buen manejo a través de la canalización de vía y tratamiento antibiótico, manejos que corresponden a establecimientos de Categoría I-1, lo que difiere con el estudio, donde se observa que no se tomaron en cuenta las disposiciones de manejo de acuerdo a las Guías nacionales del MINSA, existiendo un deficiente examen físico y evaluación de la gestante, los síntomas que presentaba no los reconoció ni ella ni su cónyuge, por que desconocían los signos de alarma sobre todo el esposo, hubo un tratamiento antibiótico supuesto de infección no especificado, al llevar a cabo el diagnóstico de óbito fetal, el establecimiento de referencia refiere que la paciente llega sin

canalización de vía y sin antibióticos, no cumpliendo con la normativa de la aplicación de Clave amarilla, la que se debe aplicar en casos de infección.

CONCLUSIONES

Las mujeres peruanas, especialmente las de zona rural, pobres y excluidas, sufren la carencia de atención de la salud, por la falta de disponibilidad de los establecimientos, atención que sea accesible, que sea aceptable y sobre todo de calidad. La ausencia de centros obstétricos disponibles para la atención de la emergencia obstétrica y la atención de calidad con personal idóneo y capacitado, conduce a demoras, demora para llegar directamente al lugar donde se imparte la atención, demora en las barreras culturales, demoras en el sistema de referencia, y demoras en recibir el tratamiento adecuado y oportuno, lo cual traerá al final como consecuencia que las mujeres mueran.

Es muy importante el uso y aplicación del modelo de las cuatro demoras, para la búsqueda efectiva de los motivos por los cuales, la mujer embarazada no recibe atención profesional obstétrica oportuna y de emergencia, adecuada y necesaria para evitar complicaciones y muerte.

1. PRIMERA DEMORA: RECONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES DE ALARMA y BUSCA DE AYUDA.

Se puede observar en cuanto a la gestante, una adolescente de 15 años, que si bien es cierto le orientaron sobre cuáles eran los signos de alarma, por su edad, su estatus sociocultural y su estado gestacional, debió haber recibido otro tipo de educación, más que eso debieron de concientizarla y empoderarla para que pueda en primer lugar reconocer que cosas podían suceder como normal y que cosas podían ser lo malo que le pudiera pasar en su embarazo; aparte del seguimiento domiciliario. Ella lamentablemente no estaba concientizada sobre los factores de riesgo con los que contaba, no reconoció los signos de alarma que se estaban

presentando, ya que según la H.C, el esposo refiere que ella pensaba que eran signos y síntomas propios del embarazo. En cuanto al cónyuge y a los familiares, tampoco reconocieron el problema, es decir las señales de alarma, porque no fueron sensibilizados en este tema. En cuanto al esposo, el atribuía todos los síntomas que su esposa presentaba, como las cefaleas, náuseas y vómitos a signos y síntomas propios del embarazo al igual que su pareja.

Por lo tanto se observa la Primera Demora por parte de la gestante, en la búsqueda de ayuda, porque tanto ella como su círculo más cercano, desconocían los factores de riesgo y signos de alarma que se estaban presentando y no los identificaron a tiempo.

2. SEGUNDA DEMORA: LA TOMA DE DECISIONES PARA BUSCAR AYUDA.

La decisión de la gestante de buscar ayuda debió ser el primer paso, y esta decisión dependía de que ella debería reconocer que tenía una complicación, debería saber dónde acudir para buscar la ayuda que realmente requería, pero los factores socioculturales, como el estatus dentro de la familia, su autonomía, su dependencia en relación a su pareja u otro miembro de la familia, afectaron su decisión.

Se produce la Segunda Demora, tanto la gestante, el esposo y su entorno familiar, demoran en la decisión de buscar ayuda, en este caso estuvo determinado por el nivel educativo, económico, social y cultural (el hecho de no entender la gravedad de la situación y asumir que con un medicamento, se iba a sanar).

3. TERCERA DEMORA: ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOGÍSTICA PARA LA REFERENCIA

Luego que decidieron buscar ayuda en el establecimiento de salud, la gestante y el esposo se niegan a que se realice la referencia a otro establecimiento de mayor nivel de capacidad resolutive aduciendo que en este establecimiento también podrían atenderlos igual, no analizando la gravedad del caso.

Asimismo, el profesional de salud que atiende a la gestante, se observa según H.C, que desde un principio no tiene bien claro, cual es la forma de atención correcta de una gestante y más si es de riesgo, de acuerdo a protocolos y guías del Ministerio de Salud; es así que en este momento lo primero que se debió de realizar es la activación de la Clave Amarilla.

Se observa en uno de los parámetros de la H.C, que la gestante acude y le realizan un diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU), sin embargo no se observa un análisis de laboratorio, el tratamiento que se le administra no es el correcto y no presumen la complicación que podía acarrear esta enfermedad, por lo tanto no se hizo, ni se hace al llegar la gestante grave al establecimiento un buen diagnóstico clínico del caso, lo que trae consigo la demora en la atención y tratamiento oportunos.

Estas demoras influyen mucho en que las muertes maternas puedan evitarse, porque no solo dependen de la identificación a tiempo de los signos de alarma, sino además de la atención oportuna de la emergencia obstétrica por parte de personal, lamentablemente se observa, un personal no capacitado y un establecimiento que pareciera no cuenta con todos los suministros necesarios que se requieren para la emergencia presentada.

Es así que se produce la Tercera Demora y en este caso se expresan en un diagnóstico, atención y tratamiento inadecuado, por parte del personal profesional, así como una referencia inmediata, buscando el apoyo de las autoridades del lugar. Lo que nos lleva a analizar por qué se siguen produciendo muertes maternas a pesar de que se cuenta con recursos para poder evitarlo.

4. CUARTA DEMORA: RECIBIR ATENCIÓN OPORTUNA Y ADECUADA EN EL ESTABLECIMIENTO:

La falta de atención de calidad, la disponibilidad de personal calificado, insumos para la atención y el tratamiento adecuado de forma inmediata, permitieron que se agrave aún más la complicación que se estaba presentando. Se produce la Cuarta Demora, se brinda la atención sin seguir los protocolos de tratamiento apropiado y adecuado que se encuentran dentro de las normas vigentes, tal es el caso de la activación de la Clave amarilla para los casos de Sepsis, en este caso Shock séptico.

RECOMENDACIONES

- Se reconoce a través de este estudio, la Primera Demora, que es el reconocimiento de las señales de alarma del embarazo, por lo tanto, el personal obstetra, deberá en lo posible, lograr que durante la atención prenatal, la gestante acuda con el cónyuge u otro familiar, y deberá informar a la gestante y a quien la acompañe, sobre los cambios que se esperan sucedan durante el embarazo y cuales son aquellos signos de alarma que deberá tener en cuenta y reconocer que estos, pueden llevar a posibles complicaciones, de esta forma la gestante o su entorno tienen que tomar decisiones oportunas para su atención en el establecimiento de salud y si la gestante acude sola a los controles, explicarles y concientizarlas que es importante que toda la información que se le dio, la comparta con su pareja y su entorno.

Asimismo, se debe de actualizar el Radar de gestantes, para realizar un seguimiento y monitoreo más estricto de las gestantes sobre todo de aquellas que son de riesgo y elaborar el plan de parto, junto con el cónyuge o los familiares mas cercanos.
- Propiciar el compromiso de la gestante, cónyuge y familiares, para que inmediatamente detecten algún signo o síntoma de alarma durante el embarazo, de inmediato acudan al establecimiento de salud para su atención, esto deberá ir de la mano, explicando a la gestante si tiene condiciones de Riesgo que van a agravar su estado; para que la gestante se sienta segura de que será bien atendida y que se cuenta con todas las garantías en los establecimientos de salud para su atención, se debe de realizar un recorrido por las instalaciones del establecimiento de salud, del servicio de obstetricia, donde ellos observen la infraestructura,

materiales y herramientas con los que se cuenta y no duden en regresar, sabiendo que se les brindará una atención de calidad.

- Se debe reforzar y promocionar el parto institucional, priorizando sobre todo a las gestantes de riesgo, verificando que la gestante reconozca los signos de alarma, los riesgos y complicaciones que se pudieran presentar durante su embarazo, y de esta manera esté dispuesta a ser referida en forma oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive. Asimismo, el establecimiento debe contar con el plan de parto, a través de este se logrará que la gestante y su familia, sean conscientes de los aspectos críticos que se pudieran presentar y ante esta situación de emergencia las personas influyan en la toma de decisión de la mujer, para su traslado en forma inmediata y oportuna a través del transporte público o privado existentes en la comunidad.

Asimismo, tener un trabajo coordinado con autoridades de la localidad, ya que estas tienen mucha injerencia y responsabilidad sobre los miembros de su comunidad, y nos puedan apoyar concientizando a la población gestante, para acudir de forma temprana a sus controles y si existiera alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, inmediatamente nos presten el apoyo que se necesita para su traslado inmediato.

- En todo establecimiento de salud, deben existir los Servicios de Atención Obstétrica de las Emergencias, tal como se encuentran en las Guías de Atención en Obstetricia y Perinatología, con personal obstetra capacitado, infraestructura adecuada, con disponibilidad de medicamentos y suministros y acceso a transporte fiable y rápido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Salud Materna. [Online].; 2020 [cited 2023 setiembre 02. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Ginebra: OMS, OMS; 2023.
3. Caicedo B, Olaya M. Actualidad en corioamnionitis: una mirada desde el microscopio. Universitas Médica. 2022 octubre; 63(4. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/36005>).
4. Instituto Nacional Maerno Perinatal. Boletín Epidemiológico. [Online].; 2017 [cited 2023 diciembre 1. Available from: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>.
5. Ministerio de Salud. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Informe Epidemiológico. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>. Lima: MINSA, MINSA; 2023.
6. Carvalho R, Guilherme J, Osis JM, Souza J. El papel de las demoras en la atención de la mortalidad materna graves: una ampliación del marco conceptual. Reproductive Health Matters. 2012; 20(39. Disponible https://diassere.org.pe/wp-content/uploads/2019/06/rhm7_8.pdf).
7. Diario Correo. Correo. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 10. Available from: <https://diariocorreo.pe/edicion/huanuco/muertes-maternas-van-en-aumento-en-el-departamento-de-huanuco-noticia/>.
8. Galvis-Mejía JC, Arias-Sarmientopérez DC, Castillo-Pastuán HS, Alvarez-Castillo LV. Staphylococcus xylosus etiología poco frecuente de choque séptico en gestatntes informe de caso. Revista de la Asociación Colombiana de Infectología. 2023 Disponible en internet <https://prueba.revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/1119>; 27(1).
9. Moreno RE, Palacios R, González S, Santini M, Enríquez R. CHOQUE SÉPTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE. REPORTE DE UN CASO. Med Crit. 2022 Disponible en internet <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2022/ti2261.pdf>; 36(6).
10. Sáez V, Díaz Z. Aproximación a la morbilidad materna extremadamente grave. Revista

- Cubana de Obstetricia y Ginecología mediante el análisis del modelo de las tres demoras. 2022 Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/1055-5045-1-PB%20(1).pdf; 48(3).
11. Barrera SL. Conducta Obstétrica ante Corioamnionitis en primigesta de 19 años con embarazo de 33 semanas. Caso clínico. Disponible en internet <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/10480/E-UTB-FCS-OBST-000278.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Carrera de Obstetricia; 2021.
 12. Camacho DN. Sepsis puerperal post corioamnionitis. Caso Clínico. Disponible en internet <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8384/E-UTB-FCS-OBST-000229.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Escuela de Obstetricia; 2019.
 13. Rangel-Flores Y, Hernandez-Ibarra L, Martínez-Ledesma A, García-Rangel M. Experiencias de mujeres sobrevivientes a morbilidad materna extrema en México. [Online].; 2019 [cited 2023 setiembre 10. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y8tJ8SBxqZGQOXDzrVMWbWz/?format=pdf&lang=es>.
 14. Sevillano DM. Demora obstétrica tipo I como un factor de la Morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara, Hospital III-1 Lima. Trabajo académico. Disponible en internet http://3.17.44.64/bitstream/handle/20.500.12819/1066/Diana_trab-acad_titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui, Segunda Especialidad en Obstetricia; 2021.
 15. Guevara G,. Muerte materna por preeclampsia severa, en un Hospital III-1, Lima 2019. Trabajo Académico. Disponible en: http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1439/Gianina_trab-acad_titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui, Segunda Especialidad en Obstetricia; 2021.
 16. Minaya JS. Caso clínico: Rotura Prematura de Membranas. Trabajo Académico para optar el Título de la Segunda Especialidad en Alto Riesgo. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico; 2019. Report No.: Disponible en internet: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/9543/H8.0515.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 17. Rojas BA. Sepsis severa como causa de muerte materna en el Hospital Nivel II-1

- Oxapampa. Trabajo Académico. Disponible en Internet
http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1168/Blanca_trab_acad_titulo_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui, Segunda Especialidad en Obstetricia; 2020.
18. Verona-Balcázar M, Fernández-Mogollón J, Neciosup-Puican E. Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna, Región Lambayeque. REV.CUERPO MED. HNAAA. 2019 Disponible en internet <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/504>; 12(2).
 19. Saludcapital.gov.co. [Online].; 2020 [cited 2023 setiembre 04. Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/9434/Factores%20asociados%20a%20la%20mortalidad%20materna%20ocurrida%20durante%20el%20embarazo%20y%20puerperio%20en%20salud%20pu%20cc%2081blica%20Colombiana%20del%20a%20n%20cc%2083o%202020>.
 20. Ministerio de Salud. MINSA. [Online].; 2019 [cited 2023 Setiembre 04. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/299155/RM-251-2019-Minsa.PDF>.
 21. Centro Centroamericano de Población. Indicadores de Salud Materna y Perinatal. [Online].; 1999 [cited 2023 setiembre 15. Available from: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>.
 22. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 02. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf.
 23. Artal-Mittelmark R., Manual MSD. [Online].; 2022 [cited 2023 setiembre 2. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/mortalidad-materna-y-mortalidad-perinatal>.
 24. FRANCE24. [Online].; 2023 [cited 2023 setiembre 05. Available from: <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20230223-una-mujer-muere-cada-dos-minutos-durante-el-embarazo-o-el-parto-alerta-la-onu>.
 25. Etienne CF. COVID 19 Impactos "devastadores" en las mujeres. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2021 [cited 2023 setiembre 02. Available from: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/ED-Mortalidad+materna.pdf>.
 26. Gutierrez M. Mortalidad materna, ¿Cambiando la causalidad el 2021? Revista Peruana de ginecología y obstetricia. 2022 enero; 68(1. Intenet

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000100018).
27. Pozo MR. Muertes Maternas y Modelo de las tres demoras. [Online].; 2013 [cited 2023 octubre 12. Available from: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/721-2452-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/721-2452-2-PB%20(1).pdf).
 28. Barnes-Josiah D, Myntti C, Antoine A. The "three delays" as A Framework For Examining Maternal Mortality In Haiti. *Social Science and Medicine*. 1998; 46(8). Disponible en https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/7468/Taira_Tesis_Titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
 29. Colachahua M, Colachahua MR. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducata de la pacinete con morbilidad materna extrema atendida en e Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Salud; 2015.
 30. Rengifo T. Las cuatro demoras como causantes de la muerte materna en la Región Loreto. Tesis. Disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/7468/Taira_Tesis_Titulo_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2021.
 31. PROTOCOLO: Corioamnionitis o Triple I. Unitat de Prematuritat. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clinic de ginecología Obstetricia y Neonatología. [Online].; 2021 [cited 2023 noviembre 10. Available from: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/corioamnionitis.pdf>.
 32. Molina-Giraldo Saulo. Marcadores ecográficos de corioamnionitis e infección fetal in utero. Revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 octubre-diciembre; 63(4).
 33. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto: resumen de orientación. [Online].; 2016 [cited 2023 noviembre 10. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205685>.
 34. The third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. *jama*. [Online].; 2016 [cited 2023 noviembre 10. Available from:

<https://doi.org/10.1001%2Fjama.2016.0287>.

35. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al.. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2016; 315(8).
36. Vincent JL, Moreno R, Takala J. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 1996 julio; 22(7).
37. Dellinger P, Levy M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opa S. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med*. 2013; 41.
38. Miguel-Bayarri V, Casanoves-Laparraa E, PallásBeneytoa, E,. Prognostic value of the bio-markers procalcitonin, interleukin-6 and C-reactive protein in severe sepsis.. *Med intensiva*. 2012; 36(8).
39. Gaieski DF, Mikkelsen ME, Band RA. Impact of time to antibiotics on survival in patients with se-vere sepsis or septic shock in whom early goal-directed therapy was initiated in the emergency department. *Crit Care Med*. 2010; 38.
40. Russell JA, Walley KR, Singer J. Vasopressin versus norepinephrine infusion in patients with septic shock. *N Engl J Med*. 2008; 358.
41. Lam S, Bauer S, Guzman J. Septic shock: The initial moments and beyond. *Clev Clin J of Med*. 2013; 80(3).
42. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, INMP; 2023.
43. Alavarado C, Celis-Lopez A, Guevara-Rios E, García-Lázaro P, Lovato-Ríos P. Complicaciones hemorrágicas y trombóticas del embarazo: diagnóstico, prevención y tratamiento. *An. Fac. med.*. 2023 [citado 2023-09-20], pp.86-96. Disponible en: Epub 03-Feb-2023. ISSN 1025-5583. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v84i1.23547>.; 84(1).
44. Ministerio de Salud. Manual del facilitador en Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva con adecuación cultural. Lima Perú. 2008..
45. Ministerio de Salud. Programa de Control de ITS y SIDA.. Guía Nacional de Consejería en ETS y VIH/SIDA. Lima, 2004..
46. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y

Reproductiva. Lima, 1998..

47. Dulay AT.,. Infección intraamniótica (Corioamnionitis). [Online].; 2022 [cited 2013 octubre 1. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/infecci%C3%B3n-intraamni%C3%B3tica>.
48. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Guías. Lima: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
49. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. [Online]. Lima; 2010 [cited 2023 setiembre 10. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>.
50. WIKIPEDIA. Embarazo humano. [Online].; 2023 [cited 2023 octubre 1. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano.
51. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cálculo de la Edad Gestacional. [Online]. [cited 2023 octubre 10. Available from: https://sego.es/mujeres/Calculo_edad_gestacional.pdf.
52. Aula ginecología. Corioamnionitis. [Online]. [cited 2023 setiembre 05. Available from: <https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2021/07/CORIOAMNIONITIS.pdf>.
53. Angel E, Bracho A. Capitulo 8 Corioamnionitis. In Angel E BA. Obstetricia Integral Siglo XXI. Colombia: Disponible en internet: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/76135/9789584476180.08.pdf?sequence=26&isAllowed=y> p. 14.
54. Burgos R, Franco B.,. Chorioamnionitis en el embarazo en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo. Trabajo de titulación. Disponible internet <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/66011/1/CD%203411-%20BURGOS%20ALARC%c3%93N%2c%20RICHARD%20NIXON%3b%20FRANCO%20COCHA%2c%20BRYAN%20STEVEN.pdf>. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2022.

ANEXOS

NOTA BIOGRÁFICA

Jessye Mirtha Ramos García, nació en la ciudad de Huánuco el 10 de mayo de 1968. Cursó sus estudios primarios en la I.E. 32232 de Huánuco y sus estudios secundarios en el C.E.P “María Auxiliadora”, también de la ciudad de Huánuco, culminando estos en el año 1984. En el año 1985 ingresa a la Universidad llamada en ese entonces Universidad Privada de Huánuco hoy Universidad de Huánuco, a la Facultad de Obstetricia. En el año 1991 lleva a cabo sus Prácticas Pre Profesionales de internado y externado en la ciudad de Lima, en el Centro de Salud de Ancón, y luego en el Hospital Regional “Hermilio Valdizán” de Huánuco. En el mes de marzo de 1992 obtiene el Grado de Bachiller en Obstetricia y en el mes de julio del mismo año, el Título de Obstetrix. En el mes de mayo de 2014 obtuvo el grado de Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco. Doctora en Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” de Huánuco.

CARTA DE AUTORIZACION N°0066 - 2023-GRH-GRDS-DIRESA-HTM/ADI

Sra.
JESSYE M. RAMOS GARCIA,

Presente.

ASUNTO : AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE DATOS PARA EL DESARROLLO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle, el motivo de la presente es para comunicarle que mediante proveído N° 62-2023-GRH-DRSH-HTM-UESA de viabilidad a su solicitud, por lo que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación **AUTORIZA** la recolección de datos para el desarrollo de la Segunda Especialidad en **ALTO RIESGO** en OBSTETRICIA Titulado "MORTALIDAD MATERNA: ANALISIS DE LAS CUATRO DEMORAS, ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL TINGO MARIA 2017".

Asimismo, deberá contar con su equipo de protección personal a la hora de ingresar a nuestro establecimiento de salud por su seguridad bajo responsabilidad.

Sin otro particular, me suscribo a usted.

Atentamente,


 MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 HOSPITAL TINGO MARIA

 Mg. Miguel Coral Cevallos
 C.E.P. N° 8877
 UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



MCD
 C.E. Archivo

Reg. Doc.	04279970
Reg. Exp.	02611750



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 596-2023-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 18 de octubre de 2023.

VISTO:

La Solicitud S/N°, de fecha 09.OCT.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, en ocho (08) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Solicitud S/N°, de fecha 09.OCT.2023, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, solicita nombramiento de asesor y exclusividad de tema para el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO. HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017"; adjuntando documentos respectivos;

Que, con Carta N° 003-2023-UNHEVAL/FObst-DAT-MMF, de fecha 06.OCT.2023, la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, acepta asesorar a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA;

Que, mediante el Proveído Digital N° 618-2023-UNHEVAL/FObst-D, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema, designación de asesor de la mencionada exalumna;

Que, mediante Constancia N° 079-2023-MMF-DuF-FObst-UNHEVAL, de fecha 16.OCT.2023, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, informa PROCEDENTE la exclusividad de tema y la designación de asesor, quedando registrado en el archivo de la Unidad de Investigación;

Que, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, aprobado mediante Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24 de octubre de 2022, en el Título III, de la Modalidad de Tesis, en su art. 35°, señala: *"El Bachiller que va a obtener el Título Profesional o el profesional que va a obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional, por la modalidad de tesis, debe solicitar al decano de la Facultad, mediante solicitud, en el último año de estudios, la designación de un asesor de tesis (docente ordinario o contratado), adjuntando un (1) ejemplar del proyecto de tesis cuantitativa, cualitativa o mixto, aprobado en el desarrollo de la asignatura de tesis o similar, con visto bueno del docente. Previamente deberá contar con la Constancia de Exclusividad del Tema que será expedida y remitida por la Unidad de Investigación de la Facultad", y;*

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL-CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la Exclusividad del Título del Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017"; de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 16.OCT.2023.
- 2° **NOMBRAR** a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora del Proyecto de Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Proyecto de Trabajo Académico, debiendo ceñirse al cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Dra. Beth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

Distribución:
 UPROySA, DUIFObst., Asesora, Interesada y Archivo.



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN N° 614-2023-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 31 de octubre de 2023.

VISTO:

La solicitud S/N°, de fecha 23.OCT.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, en cuatro (04) folios, con proyecto de trabajo académico digital;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 596-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 18.OCT.2023, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Trabajo Académico: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia; y se nombra a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora del Proyecto de Trabajo Académico de la ex alumna mencionada, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Proyecto de Trabajo Académico;

Que, mediante solicitud S/N°, de fecha 27.OCT.2023, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, solicita jurado evaluador para la revisión de proyecto de investigación, adjuntando Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017";

Que, con Informe N° 003-2023-UNHEVAL/FObst-DAT-MMF, de fecha 22.OCT.2023, la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, Asesora de Trabajo Académico, señala que el PROYECTO DE TRABAJO ACADÉMICO SE ENCUENTRA APTO, para ser revisado por el Jurado Evaluador;

Que, en el Art. 37° del Reglamento General de Grados y Títulos Modificado de la UNHEVAL, aprobado con la Resolución Consejo Universitario N° 3412-2022-UNHEVAL, de fecha 24.OCT.2022, señala: "El interesado, con el informe del asesor de tesis, deberá solicitar la designación del Jurado de Tesis. El decano de la Facultad, en el plazo de tres (3) días calendarios, designará al Jurado de Tesis. a) El Jurado de Tesis será designado considerando el récord de participación de los docentes de cada escuela profesional. El Jurado de Tesis estará integrado por tres (3) docentes ordinarios o contratados como titulares y un docente ordinario o contratado como accesorio, de los cuales dos docentes titulares deben ser de la especialidad. b) El Jurado estará compuesto de: Presidente, Secretario y Vocal; presidido por el docente de mayor categoría y antigüedad; el Jurado de Tesis emitirá un informe colegiado al decano, en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios; cumplido este periodo de tiempo y si no hay informe de revisión de tesis se realizará cambio de jurado";

Que, mediante Provedo digital N° 652-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 23.OCT.2023, la decana remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, quién cuenta con la Base de Datos de Asesoría y Jurados; para que remita una propuesta de jurados, considerando el récord de participación de los docentes para la mencionada ex alumna;

...///



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



.../// RESOLUCIÓN N° 614-2023-UNHEVAL/FObst-D

-2-

Que, analizado el Informe Virtual N° 067-2023-MMF-DuI-FObst-UNHEVAL, de fecha 27.OCT.2023, remitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, sobre la propuesta de los jurados según récord de participación de los docentes, la Decana designa el Jurado de trabajo académico, quedando integrado de la siguiente manera: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar; Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela y Mg. SOTO RUEDA, Ana María (Accesitaria); y,

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR** Jurados del Trabajo Académico, titulado: **"MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017"**, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, **Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA**, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

Presidente	:	Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth
Secretaria	:	Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar
Vocal	:	Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
Accesitaria	:	Mg. SOTO RUEDA, Ana María

- 2° **DISPONER**, que los docentes designados informen colegiadamente al Decano en un plazo no mayor de quince (15) días calendario, sobre la suficiencia del proyecto de trabajo académico.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

Distribución
 UPROBy SA.
 DUL
 Jurados (4)
 Asesora
 Interesada
 Archivo.



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO
VALDIZÁN"



Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO

RESOLUCIÓN N° 638-2023-UNHEVAL/FOBST-D

Huánuco, 10 de noviembre de 2023.

VISTO:

La Solicitud S/N°, de fecha 08.NOV.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, en seis (06) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 596-2023-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 18.OCT.2023, se aprobó la Exclusividad del Título del Proyecto de Trabajo Académico: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia; y se nombró a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora del Proyecto de Trabajo Académico de la ex alumna mencionada, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Proyecto de Trabajo Académico;

Que, con Resolución N° 614-2023-UNHEVAL/FOBst-D, de fecha 31.OCT.2023, se designó Jurados del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, integrado de la siguiente manera: Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela y Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María;

Que, con Informe N° 004-2023-JE-FOBst-UNHEVAL, de fecha 06.NOV.2023, la Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela y Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María; Jurados del Trabajo Académico indican que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Que, con Proveído Digital N° 105-2023-UNHEVAL/FOBST-SEP-CG, de fecha 09.NOV.2023, la Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud S/N°, de fecha 08.NOV.2023, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, para la emisión de la resolución de aprobación correspondiente; y,

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "**MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017**", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, **Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA**, asesorada por la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **INSCRIBIR** el proyecto de Trabajo Académico indicado en el Repositorio de Trabajo Académico de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del **06.NOV.2023**.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Jbeth C. Figueroa Sánchez
Dra. Jbeth C. Figueroa Sánchez
DECANA

DISTRIBUCIÓN: UPROySA, DUI, asesora, interesada y archivo.



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
 DECANATO**

RESOLUCIÓN N° 706-2023-UNHEVAL/Fobst-D

Huánuco, 27 de diciembre del 2023

VISTO:

La solicitud s/n°, de fecha 21.DIC.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, en ocho (08) folios, con su trabajo académico en digital;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el en el Título III, de la Modalidad de Tesis, en su art. 45°, señala: *"Una vez que los miembros del Jurado de Tesis informen al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis para su sustentación, el interesado presentara una solicitud al Decano pidiendo se fije hora, lugar y fecha para el acto de sustentación"*; Título VII: Procedimiento de la Sustentación del Grado y Títulot, en el Artículo 75° El decano emitirá la resolución fijando el lugar, fecha y hora para la sustentación del Trabajo de Investigación, Tesis, Tesis Proyectual Aplicada a Proyectos Arquitectónicos, Artículo Científico, Trabajo de Suficiencia Profesional o Trabajo Académico, según corresponda en acto público...;y, en en el Art° 81 menciona: *"Concluido el proceso de sustentación el Jurado informa al Decano sobre el resultado de la sustentación, remitiendo el acta correspondiente"*;

Que, con Resolución N° 596-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 18.OCT.2023, se aprobó la Exclusividad del Título del Proyecto de Trabajo Académico: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, y queda registrado en el archivo de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia; y se nombró a la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, como Asesora del Proyecto de Trabajo Académico de la ex alumna mencionada, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Proyecto de Trabajo Académico;

Que, con Resolución N° 614-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 31.OCT.2023, se designó Jurados del Trabajo Académico de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, integrado de la siguiente manera: Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela y Accesitaria: Mg. SOTO RUEDA, Ana María;

Que, con Resolución N° 638-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 10.NOV.2023, se resolvió: 1° APROBAR el Proyecto de Trabajo Académico, titulado: "MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA...; y 2° INSCRIBIR el Proyecto indicado en el Repositorio de Trabajo Académico de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 06.NOV.2023;

Que, con INFORME N° 006-2023-JE-FObst-UNHEVAL, de fecha 18.DIC.2023, Presidente: Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth; Secretaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar; Vocal: Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela; indican que después de haber realizado la revisión de dicho borrador de informe de trabajo académico se encuentra APTO para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, con solicitud s/n°, de fecha 21.DIC.2023, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, solicita fijar fecha y hora para la sustentación de su trabajo académico;

///



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
 DECANATO**

.../// RESOLUCIÓN N° 706-2023-UNHEVAL/Fobst-D

-2-

Que, mediante Proveído Digital N° 162-2023-UNHEVAL/FOBST-SEP-CG, de fecha 22.DIC.2023, la Mg. Ana Maria SOTO RUEDA, Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, indica que la ex alumna en mención se encuentra APTA en condiciones para proseguir con el trámite correspondiente;

Que la Decana, analizado los actuados, y en mérito a los documentos, da procedente la solicitud s/n°, de fecha 21.DIC.2023, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, declarando expedito a la ex alumna mencionada; fijar fecha, hora y lugar para la sustentación del trabajo académico y comunicar a los miembros del Jurado y Asesora; y,

Estando a las atribuciones conferida a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020,

SE RESUELVE:

- 1° **DECLARAR** expedito a la exalumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, para la sustentación de su Trabajo Académico, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **FIJAR** fecha, hora, lugar para la sustentación del Trabajo Académico, titulado: "**MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017**", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA; siendo:

DÍA : Jueves, 28 de diciembre del 2023
 HORA : 18:00 hrs.
 LUGAR : Facultad de Obstetricia
 LINK : <https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m7da706d988357ab06b73684de3357f7a>
- 3° **COMUNICAR** a los miembros del Jurado del Trabajo Académico, estando conformado de la siguiente manera:

Presidente	:	Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth
Secretaria	:	Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar
Vocal	:	Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
Accesitaria	:	Mg. SOTO RUEDA, Ana María
Asesora	:	Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar
- 4° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANATA

DISTRIBUCIÓN:

UIFObst, Jurados, Asesora, Interesada, Archivo.



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL
 TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN
 OBSTETRICIA**

En la Sala de sustentaciones de Grados y títulos de la Facultad de Obstetricia ubicado en el pabellón XI de la Ciudad Universitaria, en el distrito de Pillcomarca-Huánuco; a través de la plataforma del Cisco Webex con el link : <https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m7da706d988357ab06b73684de3357f7a>; siendo las 18:00 horas, del día jueves 28 de diciembre del 2023, de acuerdo al Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia **Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA**, procedió al acto de Defensa de su Trabajo Académico titulado: "**MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017**"; ante los miembros del Jurado de Trabajo Académico, estando conformado por los siguientes docentes:

Presidente : Dra. CASTAÑEDA EUGENIO, Nancy Elizabeth
 Secretaria : Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar
 Vocal : Mg. HILARIO PORRAS, Nelly Adela
 Accesitaria : Mg. SOTO RUEDA, Ana María

Y, con la presencia de la asesora de Trabajo Académico: Dra. Maria del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, se procedió al acto de la defensa de su trabajo académico.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del jurado y público. Se dio por concluido el acto de defensa de trabajo académico; donde cada miembro del Jurado procedió a calificar.

Asimismo, el Jurado planteó al Trabajo Académico las siguientes observaciones:

.....

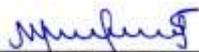
Obteniendo en consecuencia la nota cuantitativa de: Diecisiete (17) y cualitativa de: Muy Bueno, por lo que se declara Aprobada

(Aprobado(a) o desaprobado(a))

Los miembros del Jurado, firman la presente ACTA en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 19:40 horas del día 28 de diciembre del 2023.


 Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO
 PRESIDENTE


 Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA
 SECRETARIA


 Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS
 VOCAL

Leyenda:
 Excelente: 19 y 20
 Muy bueno: 17 y 18
 Bueno: 14 a 16
 Desaprobado: < 14



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°199-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dirección de la Unidad de Investigación

CONSTANCIA DE SIMILITUD N° 75-2023-SOFTWARE ANTIPLAGIO

TURNITIN- Dul -FObst-UNHEVAL

La Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, emite la presente constancia de Antiplagio, aplicando el Software TURNITIN, el cual reporta un 24% de similitud, correspondiente a la interesada: RAMOS GARCÍA JESSYE MIRTHA. De la tesis: MORTALIDAD MATERNA: ANALISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017, considerada como asesora a la DRA. MELGAREJO FIGUEROA, MARÍA DEL PILAR.

DECLARANDO APTO

Se expide la presente, para los trámites pertinentes

Pillco Marca, 21 de Diciembre del 2023

.....
 Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
 Directora de la Unidad de Investigación
 Facultad de Obstetricia
 UNHEVAL

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

MORTALIDAD MATERNA: ANALISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017.

AUTOR

RAMOS GARCÍA, JESSYE MIRTHA

RECUENTO DE PALABRAS

18664 Words

RECUENTO DE CARACTERES

102580 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

107 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.9MB

FECHA DE ENTREGA

Dec 21, 2023 8:01 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 21, 2023 8:03 AM GMT-5

- **24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 23% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

- **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)
- Material citado

UNIVERSIDAD NACIONAL "TERESA TOMILLO" - HUIZAO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

 Dra. María del Pilar Melgar Figueras
 DIRECTORA

Resumen

Reporte de similitud

● 24% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 23% Base de datos de Internet
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr
- 10% Base de datos de trabajos entregados

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	alicia.concytec.gob.pe Internet	2%
2	dspace.utb.edu.ec Internet	2%
3	core.ac.uk Internet	1%
4	cdn.gob.pe Internet	1%
5	merckmanuals.com Internet	1%
6	cmhnaaa.org.pe Internet	1%
7	revginecobstetricia.sld.cu Internet	1%
8	msdmanuals.com Internet	<1%

Descripción general de fuentes

Reporte de similitud

9	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Internet	<1%
10	medigraphic.com Internet	<1%
11	medicinafetalbarcelona.org Internet	<1%
12	unbosque on 2022-11-25 Submitted works	<1%
13	hdl.handle.net Internet	<1%
14	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
15	repositorio.ujcm.edu.pe Internet	<1%
16	diariocorreo.pe Internet	<1%
17	es.scribd.com Internet	<1%
18	scielo.org.pe Internet	<1%
19	doaj.org Internet	<1%
20	dge.gob.pe Internet	<1%

Reporte de similitud

21	qdoc.tips Internet	<1%
22	issuu.com Internet	<1%
23	es-us.noticias.yahoo.com Internet	<1%
24	Universidad de Cádiz on 2022-05-24 Submitted works	<1%
25	repositorio.pucese.edu.ec Internet	<1%
26	intranetsdis.integracionsocial.gov.co Internet	<1%
27	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
28	repositorio.uniautonomia.edu.co Internet	<1%
29	repositorio.unheval.edu.pe Internet	<1%
30	es.slideshare.net Internet	<1%
31	enfoquederecho.com Internet	<1%
32	gacetasanitaria.org Internet	<1%

Reporte de similitud

33	Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote on 2018-11-05	<1%
	Submitted works	
34	Universidad Cesar Vallejo on 2023-06-24	<1%
	Submitted works	
35	biblioteca.medicina.usac.edu.gt	<1%
	Internet	
36	Universidad Católica de Santa María on 2016-06-09	<1%
	Submitted works	
37	nanopdf.com	<1%
	Internet	
38	Universidad Autónoma de Ica on 2017-08-23	<1%
	Submitted works	
39	es.wikipedia.org	<1%
	Internet	
40	dspace.uniandes.edu.ec	<1%
	Internet	
41	pruebanuevoportal.dge.gob.pe	<1%
	Internet	
42	repositorio.xoc.uam.mx	<1%
	Internet	
43	de.slideshare.net	<1%
	Internet	
44	Universidad Cesar Vallejo on 2016-11-02	<1%
	Submitted works	

Reporte de similitud

45	Universidad de Salamanca on 2021-06-07 Submitted works	<1%
46	documentop.com Internet	<1%
47	Universidad Autónoma de Ica on 2017-08-26 Submitted works	<1%
48	Universidad Cesar Vallejo on 2023-06-25 Submitted works	<1%
49	docplayer.es Internet	<1%
50	ins.gov.co Internet	<1%
51	ciencialatina.org Internet	<1%
52	idoc.pub Internet	<1%
53	slideshare.net Internet	<1%



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL**

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado		Segunda Especialidad	X	Posgrado:	Maestría		Doctorado
-----------------	--	-----------------------------	---	------------------	----------	--	-----------

Pregrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad
Escuela Profesional
Carrera Profesional
Grado que otorga
Título que otorga

Segunda especialidad (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Facultad	OBSTETRICIA
Nombre del programa	ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA
Título que Otorga	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA

Posgrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

Nombre del Programa de estudio
Grado que otorga

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

Apellidos y Nombres:	RAMOS GARCÍA JESSYE MIRTHA						
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:	950852121	
Nro. de Documento:	22488669				Correo Electrónico:	jramos@unheval.edu.pe	

Apellidos y Nombres:							
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:		
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:		

Apellidos y Nombres:							
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte	C.E.	Nro. de Celular:		
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos según DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del castado, según corresponda)	SI	X	NO				
Apellidos y Nombres:	MELGAREJO FIGUEROA MARIA DEL PILAR			ORCID ID:	https://orcid.org/0000-0003-2837-2386		
Tipo de Documento:	DNI	x	Pasaporte	C.E.	Nro. de documento:	22503110	

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los **Apellidos y Nombres completos según DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	CASTAÑEDA EUGENIO NANCY ELIZABETH
Secretario:	DE LA MATA HUAPAYA ROSARIO DEL PILAR
Vocal:	HILARIO PORRAS NELLY ADELA
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	SOTO RUEDA ANA MARIA



5. Declaración Jurada: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acto de Sustentación)
MORTALIDAD MATERNA: ANÁLISIS DE LAS CUATRO DEMORAS. ESTUDIO DE CASO, HOSPITAL DE TINGO MARÍA 2017
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acto de Sustentación)			2023
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	Tesis Formato Artículo	Tesis Formato Patente de Invención
	Trabajo de Investigación	Trabajo de Suficiencia Profesional	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos
	Trabajo Académico	X Otros (especifique modalidad)	
Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)	Gestante	Mortalidad Materna	Las cuatro demoras
Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	X	Condición Cerrada (*)
	Con Periodo de Embargo (*)		Fecha de Fin de Embargo:
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):	SI	NO	X
Información de la Agencia Patrocinadora:			

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.



7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma:			
Apellidos y Nombres:	RAMOS GARCÍA JESSYE MIRTHA		Huella Digital
DNI:	22488669		
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Firma:			
Apellidos y Nombres:			Huella Digital
DNI:			
Fecha: 03 /01/2024			

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una **X** en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.