

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**FACTORES DESENCADENANTES DE MUERTE MATERNA
POR PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL II
MOQUEGUA, 2024**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Diego Armando Cabrera Romero

Lic. Obst. Daisy Yanira Centeno Villanueva

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

FACTORES DESENCADENANTES DE MUERTE MATERNA
POR PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL II
MOQUEGUA, 2024


TRABAJO ACADÉMICO


Presentada por:

Lic. Obst. Diego Armando Cabrera Romero
Lic. Obst. Daisy Yanira Centeno Villanueva


Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

Aprobados por **unanimidad** ante el siguiente jurado:


Dra. Carmen Luisa Linares Torres
Presidenta


Dra. Nery Rafael Bernabé
Secretaria


Dra. Gema Natividad Sologuren Garcia
Vocal


Dra. Gema Natividad Sologuren Garcia
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Gema Natividad Sologuren García, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 150-2024-SEP/FACS-UNJBG del 26 de agosto de 2024, de la Trabajo Académico titulado: **FACTORES DESENCADENANTES DE MUERTE MATERNA POR PLACENTA PREVIA EN EL HOSPITAL II MOQUEGUA, 2024**, presentado por el Lic. Obst. Diego Armando Cabrera Romero y la Lic. Obst. Daisy Yanira Centeno Villanueva. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 6 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 02 de diciembre de 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Gema Natividad Sologuren García
DNI: 00432349



Huella dactilar

FIRMA AUTOR
Nombres y Apellidos: Diego Armando Cabrera Romero



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Daisy Yanira Centeno Villanueva



Huella dactilar

DEDICATORIA

A Dios, por darnos salud y voluntad para seguir adelante y lograr alcanzar este objetivo tan importante.

A nuestros padres, quienes nos inculcaron valores, responsabilidad y la motivación constante para poder concluir este estudio.

A nuestra asesora, Dra. Gema Sologuren por su conocimiento y paciencia para finalizar el trabajo académico.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por la oportunidad de cursar la Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, ya que reforzó el conocimiento teórico y práctico y fortaleció capacidades profesionales.

A nuestros queridos familiares, por el constante apoyo emocional que sirvió de motivo e impulso para culminar este trabajo académico.

Al personal del Hospital II Moquegua, quienes nos apoyaron brindando la información detallada y necesaria para el finalizar el trabajo académico y tener la oportunidad de obtener la titulación en esta Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Descripción del problema.....	5
1.2 Formulación del problema.....	7
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivo	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1 Placenta previa	9
2.1.1 Definición.....	9
2.1.2 Clasificación	9
2.1.3 Incidencia	10
2.1.4 Etiología.....	10
2.1.5 Factores de riesgo	11
2.1.6 Fisiopatología	12
2.1.7 Formas clínicas	13
2.1.8 Exámenes auxiliares.....	14
2.1.9 Tratamiento	14
2.1.10 Complicaciones	16
2.2. Shock hipovolémico	16
2.2.2 Manejo.....	18
2.3 Las cuatro demoras de la muerte materna	20
CAPÍTULO III.....	22

MARCO METODOLÓGICO	22
CASO CLÍNICO	22
3.1 Anamnesis	22
3.1.1 Filiación	22
3.1.2 Enfermedad actual	22
3.1.3 Antecedentes.....	22
3.1.4 Embarazo actual.....	23
3.1.5 Examen físico	26
3.1.6 Impresión diagnóstica.....	27
3.1.7 Exámenes auxiliares.....	28
3.1.8 Tratamiento y evolución.....	29
CAPÍTULO IV	35
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de los grados de shock hipovolémico	17
Tabla 2 Detalles de atenciones prenatales	23

RESUMEN

El presente estudio tuvo por **objetivo:** Describir los factores desencadenantes de la muerte materna en un caso de placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024. **Método:** Estudio de caso clínico con análisis documental utilizando la historia clínica física y electrónica como instrumento. **Resultados:** Factores desencadenantes de la muerte materna fueron: Shock hipovolémico, inadecuada calidad de atención y descoordinación del sistema de referencias. **Conclusiones:** Los factores relacionados al caso de muerte materna, sumado al ineficiente manejo de la hemorragia y al inadecuado sistema de referencia, fueron los causantes del deceso materno.

Palabras clave: Factores de riesgo, Shock hipovolémico, Histerectomía, Muerte materna.

ABSTRACT

The **objective** of this study was: To describe the triggering factors of maternal death in a case of placenta previa at Hospital II Moquegua, 2024.

Method: Clinical case study with documentary analysis using physical and electronic medical history as an instrument. **Results:** Triggering factors for maternal death were: Hypovolemic shock, inadequate quality of care and lack of coordination of the referral system. **Conclusions:** The factors related to the case of maternal death, added to the inefficient management of hemorrhage and the inadequate referral system, were the causes of maternal death.

Keywords: Risk factors, Hypovolemic shock, Hysterectomy, Maternal death.

INTRODUCCIÓN

Conforme a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Razón de Muerte Materna (RMM) muestra una inclinación ligera al descenso; a pesar de ello, en los primeros cinco años de establecidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se suspendió el descenso; tanto así que para el año 2016, se estimó un promedio de 223 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, esta fue similar al año 2020, presentando una tasa media anual de reducción de 0,03 %. En países europeos como Eslovaquia y Reino Unido presentaron las razones más altas (10,9 y 9,6 muertes por cada 100 000 nacidos vivos) frente a Noruega y Dinamarca con las razones más bajas (2,7 y 3,4 muertes, respectivamente).

En América, la disminución de la RMM mostró un enlentecimiento en los últimos 10 años. Según información que reportaron los países en el año 2023 a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se evidenció que en América Latina y el Caribe pasó de 47,3 en el año 2021 a 69,5 muertes por cada 100 000 nacidos vivos al año 2023; de igual forma persisten diferencias notables en la RMM entre los países (1).

En nuestro país la mortalidad materna tuvo un cambio relevante en los últimos 20 años, ya que desde el año 2000 fue presentando un descenso notable del 57% comparado con el año 2023; en el 2024 se registró el punto

más declive de la mortalidad materna, el cual supone un gran progreso nacional debido al empeño del equipo de salud y al establecimiento de estrategias preventivas. No obstante, los casos de mayor cuantía son en los departamentos de Loreto, Lima y La Libertad. Como morbilidad materna extrema (MME) se reportaron hemorragias, estados de shock con politransfusiones de hemoderivados, trastornos hipertensivos (Síndrome HELLP), procedimientos como histerectomías y hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (2).

A nivel regional, en el año 2021 se registraron 2 casos de muertes maternas, una directa y la otra incidental, de forma similar en el año 2022 se registraron 2 casos, clasificando ambas como muerte directa; en el año 2023 no se registraron casos en Moquegua. Hasta la SE N° 52 del año 2024 se registraron 2 casos de muerte materna (3) (4).

La complejidad de la placenta y el singular proceso de su implantación, la faculta para encargarse de diversas funciones indispensables para la prosperidad del producto en desarrollo. La placenta previa se define como la implantación por debajo del cuerpo uterino en dirección al orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo total o parcialmente, que trae consigo diversos grados de hemorragia que complican el embarazo y que eventualmente significan un peligro para la vida de la madre y el producto por nacer (5).

Existen diversos factores de riesgo que provocan un desplazamiento inferior de la implantación de la placenta como legrados o cesáreas previas, anomalías uterinas, edad materna mayor de 35 años, multiparidad, tabaquismo, entre otros. Esta se manifiesta con sangrado súbito de tipo rojo brillante, generalmente indoloro, de aparición entre el fin del segundo trimestre y el comienzo del tercero, esto debido al desarrollo del segmento inferior uterino, siendo esta porción de tejido poseedor de una menor capacidad contráctil y de hemostasia (6).

Este sangrado puede causar irritación uterina originando contracciones que aumentan la zona desprendida y a su vez incrementan el sangrado, siendo así un círculo vicioso. La mayor complicación deriva de la instauración de los diversos grados de shock hipovolémico y sus consecuencias (7).

El presente trabajo académico tuvo por objetivo determinar los factores desencadenantes de la muerte materna en un caso de placenta previa en el Hospital II Moquegua. La importancia de este estudio radicó en la necesidad de fomentar las condiciones del entorno de las muerte maternas para la elaboración de estrategias en todos los niveles de salud que ayuden a reducir de forma progresiva los casos de decesos maternos.

Por lo cual, este informe se dividió en cuatro capítulos, el capítulo I contiene la descripción, objetivos de la investigación y justificación. El capítulo II muestra todo lo que incluye el marco teórico. En el capítulo III se

presenta la metodología en donde se aplica el análisis de la historia clínica. El capítulo IV presenta la discusión de los resultados obtenidos. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La mortalidad materna viene siendo inaceptable en toda sociedad. A nivel mundial unas 287 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, es decir, que cada dos minutos aproximadamente una mujer muere, según estimaciones publicadas en un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), revela un alarmante retraso para la salud de las mujeres en los últimos años, ya que prácticamente en todo el mundo el número de muertes maternas aumentó o se detuvo su descenso, además se afirma que el 95% de todas las muertes maternas se produjeron en países de ingresos bajos y medianos bajos, en donde la mayoría pudieron haberse prevenido (8).

La placenta previa es la implantación de la placenta sobre o cerca del OCI y viene siendo una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre. A nivel global su incidencia está entre 0,12% y 0,5%. En América Latina y el Caribe, se documenta una prevalencia entre el 0,5% y el 1% de todos los partos (9).

En el año 2024, a nivel nacional se presentaron 244 casos de muertes maternas, a pesar de que fueron 20 casos menos que el año anterior, este problema de salud pública sigue siendo preocupante (10). En Perú,

la placenta previa tiene una incidencia de 0,5% a 1,0%, seguida del desprendimiento prematuro de la placenta (DPP), y con menor frecuencia la ruptura uterina. La mortalidad materna por placenta previa es de aproximadamente 0.03% (11).

En la región de Moquegua, entre el año 2020 al 2024 se suscitaron 5 decesos maternos, un caso en el 2021 y 2 casos en el 2022 y 2024 (12). Dentro de las principales causas de muerte, se encuentran las hemorragias, siendo la placenta previa una de las morbilidades más frecuentes en el embarazo, Moquegua presenta una incidencia del 3.3% como causa básica de muerte materna. Desde el año 2020, en el Hospital II Moquegua se registraron 5 casos (13).

Existen muchos factores de riesgo, entre ellos tenemos la multiparidad, las anomalías uterinas, el embarazo múltiple, así mismo, con el aumento de la edad materna y de cesáreas la incidencia de placenta previa se ha elevado, convirtiéndose ambas condiciones en problemas para la obstetricia moderna. Por lo general, se manifiesta como sangrado vaginal indoloro después de las 20 semanas de edad gestacional. El diagnóstico definitivo es dado por ecografía. En cuanto al tratamiento, consiste en el manejo del sangrado y el parto por cesárea en caso de inestabilidad materna o fetal. Las complicaciones perinatales incluyen la prematuridad, bajo peso al nacer, hipoxia y muerte fetal; y las complicaciones maternas de esta patología incluyen coagulación

intravascular diseminada, histerectomía, shock hipovolémico e incluso la muerte (14).

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores desencadenantes de la muerte materna en un caso de placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024?

1.3 Justificación

Teniendo en cuenta que los trastornos hemorrágicos que se presentan en el embarazo continúan siendo una problemática de salud pública que aumenta la tasa de morbilidad materna y perinatal, es que se realiza el estudio de un caso clínico de placenta previa, ya que esta representa una de las causas principales de hemorragia en el tercer trimestre, y que, de no tratarse oportunamente, trae consecuencias graves para la madre y el producto.

La importancia del estudio de este caso clínico radica en que permitirá recopilar información valiosa y analizar los diversos factores desencadenantes del suceso. A pesar de que existen protocolos de atención establecidos, la particularidad de este caso ofrecerá la oportunidad de identificar situaciones específicas que podrán contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de intervención y así reducir la incidencia de complicaciones.

Finalmente, este trabajo procura fortalecer al equipo multidisciplinario de atención en salud, promoviendo la mejora de la salud materna y perinatal, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad en estos casos.

1.4 Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Describir los factores desencadenantes de la muerte materna en un caso de placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar los factores de riesgo relacionados al caso de la muerte materna por placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024.
- Describir el manejo clínico del caso de muerte materna por placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024.
- Identificar las demoras que desencadenaron el caso de muerte materna por placenta previa en el Hospital II Moquegua, 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Placenta previa

2.1.1 Definición

Se define como la condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino muy cerca del OCI o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose por delante del polo fetal (15).

2.1.2 Clasificación

Según López (16), plantea 4 tipos o grados:

- Grado I (placenta previa lateral o inserción baja): La placenta invade el segmento uterino inferior y se encuentra a máximo 2 cm del OCI, pero no lo alcanza.
- Grado II (placenta previa marginal): El borde de la placenta llega justo al borde del OCI.
- Grado III (placenta previa parcial): La placenta cubre parcialmente el OCI.
- Grado IV (placenta previa central total): La placenta cubre totalmente el OCI.

2.1.3 Incidencia

Actualmente la incidencia de placenta previa se encuentra en incremento debido a la elevación de la tasa de cesárea, la edad materna avanzada y el uso de la tecnología para la reproducción artificial. En cuanto a la prevalencia en embarazos únicos es de 2,8 por 1 000 gestaciones y de 3,9 en embarazos múltiples (17). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2000), la placenta previa es causante del 3,3% de todas las muertes maternas en nuestro país (18).

2.1.4 Etiología

La inserción anómala de la placenta podría deberse a:

- Aparición tardía de la capacidad de fijación del trofoblasto: Si la fijación es tardía, la anidación se produce en zonas bajas del útero.
- Capacidad de fijación endometrial disminuida: Producida por procesos patológicos como la endometriosis en zonas superiores o medianas del útero (19).
- Sucesos que impidan la implantación del huevo en la parte superior o media del útero como cicatrices de cesáreas anteriores o legrados uterinos, así como por procesos quirúrgicos como miomectomías.

2.1.5 Factores de riesgo

Según Catalina-Heras (20), son múltiples los factores de riesgo que se encuentran relacionados con la presentación de la placenta previa, su detección podría convertirse en una excelente herramienta de prevención. No obstante, los factores de mayor riesgo son sobre los que difícilmente se puede actuar.

Factores de mayor riesgo:

- Antecedente de placenta previa, este suceso recurre en el próximo embarazo en un 4% a 8%.
- Procedimientos quirúrgicos intrauterinos como legrados o miomectomías, especialmente las cesáreas anteriores que incrementan el riesgo en un 50% a 60%.

La presencia de estos dos factores de manera simultánea incrementa el riesgo que su presencia de forma aislada.

Otros factores de riesgo:

- Multiparidad
- Gestación múltiple
- Edad materna mayor de 35 años
- Tratamiento de fertilidad
- Madre fumadora
- Madre consumidora de cocaína

- Endometriosis
- Abortos previos, ya sea inducidos o espontáneos (21)

2.1.6 Fisiopatología

La implantación de la placenta en el segmento inferior del uterino se da por los factores antes mencionados, ya que esta porción del útero presenta las siguientes características anatómicas:

- Esta porción uterina posee menor cantidad de fibras musculares, en contraste con el segmento superior, por lo que posee menos capacidad para contraer vasos sanguíneos rotos, haciendo difícil el proceso de hemostasia. Pero se le atribuye la propiedad de distensibilidad ya que tiene mayor cantidad de fibras colágenas.
- El endometrio en esta porción inferior presenta un grosor muy delgado, por ende, menos vasos sanguíneos, esto provoca que la placenta tienda a extenderse, aplanarse y ser irregular, con insuficiente desarrollo de tabiques entre los cotiledones. Esto induce a que el trofoblasto invada la decidua, la pared uterina, siendo esta más delgada y probablemente órganos vecinos, instaurándose también un acretismo placentario (22).

Las razones que provocan el sangrado son:

- Durante el embarazo: Por el crecimiento uterino y la aparición de las contracciones de Braxton-Hicks, se desarrolla el segmento

inferior, el cual tiene una capacidad propia de elongación que supera al de la placenta.

- Durante el parto: Ante la aparición de un franco trabajo de parto con las consecuentes contracciones uterinas, se produce modificaciones cervicales como la dilatación e incorporación (23).

2.1.7 Formas clínicas

La presencia de sangrado rojo, fresco y rutilante sin dolor es el suceso más característico de esta patología, este generalmente no aparece sino hasta finalizando el segundo trimestre o iniciando el tercero. Este sangrado generalmente empieza sin aviso previo, sin dolor ni contracciones, incluso en una mujer que tuvo un desarrollo prenatal sin percances. La hemorragia en esta situación rara vez es tan excesiva que resulta fatal. De forma general, el sangrado cede, solo para resurgir. Aunque, tal vez el 10% de mujeres, particularmente aquellas que presentan una placentación cerca del OCI, solo presentan el sangrado al inicio del parto. En esta situación el sangrado puede variar de leve a intenso (24).

Un conjunto específico de sucesos conduce a la hemorragia en aquellos casos de placenta previa completa. Inicialmente, se forma el segmento inferior uterino, con esto, el OCI empieza a dilatarse e inevitablemente la placenta implantada se separa. La hemorragia que

acontece se ve incrementada debido a la incapacidad de las fibras miométriales del segmento inferior de contraerse para lograr la constricción de los vasos sanguíneos rotos. Finalmente, pueden provocar laceraciones del cuello uterino tras la extracción de la placenta, lo cual aumentaría el sangrado (24).

2.1.8 Exámenes auxiliares

De laboratorio clínico como:

- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Perfil de coagulación (TP, TTP, INR)
- Glucosa
- Urea y creatinina
- Pruebas cruzadas

De imágenes como:

- Ecografía transvaginal, exclusiva para el diagnóstico.
- Ecografía obstétrica 2D y estudio Doppler, para descartar acretismo placentario y vasa previa (25).

2.1.9 Tratamiento

Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del año 2023 (26), el manejo de cualquier patología debe ser

llevado por el equipo multidisciplinario de salud, en cumplimiento de los protocolos y guías de práctica clínica.

- Hospitalización: En gestantes con placenta previa que no tienen algún factor de riesgo, el seguimiento de forma ambulatoria ha demostrado ser fiable. Deben hospitalizarse aquellas gestantes con hemorragias en más de tres episodios, desde antes de las 29 semanas, esto debido al riesgo de cesárea de emergencia.
- Término de la gestación: En pacientes con alto riesgo de sangrado y parto pretérmino, la recomendación es la culminación del embarazo entre las 34 a 36.6 semanas según evaluación individual, valorando también la madurez pulmonar fetal.
- Vía de parto: Todo caso de placenta previa debe terminar en cesárea, aunque en las situaciones de inserción baja se deben diferenciar dos grupos: con borde placentario a menos de 10 mm del OCI, se recomienda cesárea, pero si el borde se localiza entre 11 y 20 mm del OCI se sugiere intento de parto vaginal, con la condición de disponer de sala de operaciones de requerirlo.
- Consideraciones quirúrgicas: Al establecer parto por cesárea, debe evitarse la extracción fetal transplacentaria, debido a que el riesgo de hemorragia aumenta, por ello es recomendable una

evaluación por ecografía previa para definir la localización precisa de la placenta.

2.1.10 Complicaciones

La placenta previa presenta 10 veces más riesgo de hemorragias en el tercer trimestre e implica el 20% de las mismas, y que es considerada un motivo frecuente de múltiples complicaciones como:

- Transfusión materna por la anemia marcada.
- Necesidad del uso de medicamentos vasoactivos debido a hemorragia grave en el embarazo y posparto.
- Establecimiento del shock hipovolémico.
- Histerectomía urgente.
- Prematuridad esencialmente para el feto (27).

2.2. Shock hipovolémico

Es definido como un síndrome, resultado de una perfusión inadecuada a nivel celular para el mantenimiento del metabolismo y sucede de manera secundaria a una disminución abrupta del volumen sanguíneo circulante. Actualmente este concepto se ha ampliado y se extiende a un desenlace sistémico que se produce en los tejidos periféricos en respuesta a la reperfusión e isquemia que se traduce en una respuesta inflamatoria que se mantiene incluso después de la recuperación del volumen circulante (28).

Dentro de las causas de sangrado en la segunda mitad del embarazo se encuentran el desprendimiento de placenta, ruptura uterina, vasa previa y con mayor incidencia, la placenta previa.

2.2.1 Clasificación

Tabla 1

Clasificación de los grados de shock hipovolémico

PARÁMETROS	GRADOS DEL SHOCK				
	Compensada (no shock)	Grado I (Leve)	Grado II (Moderado)	Grado III (Severo)	Grado IV (Pérdida masiva)
Pérdida del volumen En mujer de 50 a 70 kg	10 – 15% 500 – 1000 ml	16 – 25% 1000 – 1500 ml	26 – 35% 1500 – 2000 ml	36 – 40% 2000 - 2500 ml	> 40% > 2500 ml
Presión arterial sistólica	> 90 mmHg	80 – 90 mmHg	70 – 79 mmHg	60 – 69 mmHg	< 60 mmHg
Frecuencia cardiaca	60 - 90	91 - 100	101 - 120	120 - 139	≥ 140
Frecuencia respiratoria	14 - 20	20 - 29	30 - 39	> 40	Irregular / Apneica
Sensorio	Normal	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad intensa	Inconsciente
Perfusión tisular (llenado capilar)	Normal 1 - 2 seg	Palidez - frialidad	Palidez - frialidad Sudoración 2 - 3 seg	Palidez - frialidad más sudoración > 3 seg	Palidez - frialidad más sudoración > 4 seg
Diuresis (ml x hora)	> 30	20 - 30	10 - 15	5 – 15	< 5
Reposición del volumen perdido	No requiere	Cristaloides	Cristaloides, probable transfusión	Transfusión de PG y hemoderivados	Transfusión masiva

Fuente: Modificado de ATLS Advance Trauma Life Support. American College of Surgeons. 2018

2.2.2 Manejo

- Minuto 0: Activación de clave roja.
 - Requerimiento de la presencia del equipo de salud.
 - Aviso a UCI, centro quirúrgico, laboratorio y banco de sangre.
- Minuto 1: Ventilación, restablecer volumen circulante y tratar la causa.
 - Verificar vía área permeable y administración de oxígeno al 100% a 10 litros por minuto.
 - Posición anti shock elevando los miembros inferiores en 30 grados o Trendelenburg.
 - Canalización de dos vías con catéter N° 16 o 18.
 - Cubrir con mantas para evitar la hipotermia.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales.
 - Toma de muestras de sangre para exámenes de laboratorio como grupo sanguíneo y factor Rh, hemoglobina, plaquetas, fibrinógeno, tiempo de coagulación y sangría, gasometría, urea y creatinina, lactato y transaminasas hepáticas.
 - Colocar sonda Foley y medición de diuresis cada 30 minutos.
 - Infusión con cristaloides:

- En shock grado I y II: Pasar 500 cc. a chorro en 10 minutos y regular luego goteo de acuerdo a respuesta de funciones vitales.
- En shock grado III: Pasar retos de 300 a 500 cc. cada 5 minutos y luego regular de acuerdo a respuesta de funciones vitales, pasar dos paquetes globulares y un plasma fresco congelado.
- En shock grado IV: Pasar retos de 300 a 500 cc. cada 5 minutos y luego regular de acuerdo a respuesta de funciones vitales, pasar seis paquetes globulares, seis unidades de plasma fresco congelado más seis unidades de concentrado plaquetario.
 - Diagnósticas y tratar según enfoque de las 4T's.
- Minuto 15 – 20: Evaluación de la respuesta y evitar evolución a triada letal de hipotermia, acidosis metabólica y trastorno de la coagulación.
 - Respuesta rápida: Disminución o cese total del sangrado y eliminación de la causa inicial con retorno de funciones vitales a la normalidad.
 - Respuesta incompleta: Disminución del sangrado, pero este continúa y solución de la causa inicial en proceso.
 - Sin respuesta: Se mantiene la hipotensión y taquicardia, continúa el sangrado y la causa inicial no fue resuelta.

- Minuto 20 – 60: Estabilización
 - Control del volumen administrado, cálculo de la pérdida y reposición de componentes sanguíneos según necesidad.
 - Administración de ácido tranexámico de 1 gr. en 10 ml endovenoso en 10 minutos con segunda dosis a los 30 minutos si continúa el sangrado.
 - Uso de agentes vasopresores si fuese necesario.
 - Uso de traje anti shock.
 - Vigilancia de la hemostasia.
- Minuto 60 a más: Evaluar signos de probable daño a órgano blanco, si el sangrado persiste se procede a realizar intervención quirúrgica (26).

2.3 Las cuatro demoras de la muerte materna

En el transcurso del embarazo, parto o puerperio, las mujeres son mayormente susceptibles a ser afectadas por causas tanto directas como indirectas que amenazan su vida, en cualquiera de estos escenarios existen factores propios a la mujer o externos que condicionan su deceso, a estos se les denominan como las demoras. En nuestro país, como estrategia, son cuatro las demoras relacionadas con la muerte materna (29).

- Falta de reconocimiento de signos de alarma en el embarazo: Hace alusión al retraso en reconocer las complicaciones que se

puedan presentar, esto podría depender de las capacidades de la mujer o su familia de reconocer dichas complicaciones o por una deficiencia en la concientización o capacitación que reciba por parte del personal de salud.

- Demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención: Se relaciona con el retraso para pedir o buscar ayuda una vez que se hayan reconocido las complicaciones, estas pueden ser por falta de transporte o recursos para el traslado al hospital o incluso miedo de acudir debido a malas experiencias.
- Demora para acceder a la atención oportuna y falta de logística para la referencia: Se relaciona con diversos factores como la disponibilidad para el transporte, así como aspectos administrativos relacionados al sistema de referencias de emergencia.
- Calidad inadecuada de atención: Esto se refiere al retraso para recibir el tratamiento ideal de la complicación, esto principalmente motivado por una deficiencia en la capacitación de personal especializado o por incumplimiento de los protocolos y guías de manejo establecidos (30).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CASO CLÍNICO

3.1 Anamnesis

3.1.1 Filiación

Paciente de 33 años, que procede de la asociación Villa el Progreso del distrito de San Antonio, estado civil casada, con grado de instrucción universidad completa y de ocupación ama de casa.

3.1.2 Enfermedad actual

25/07/2021 (00:39 horas)

Gestante de 29 semanas que acude al servicio de emergencia del Hospital ESSALUD Moquegua refiriendo contracciones uterinas y sangrado transvaginal profuso rojo vivo.

Tiempo de enfermedad: 20 minutos

3.1.3 Antecedentes

- Familiares: Ningún familiar padece alguna enfermedad.
- Personales: 2 cirugías pélvica - uterinas previas (cesárea).
- Patológicos: Distensión de pared abdominal.

- Obstétricos: G₃P₂₀₁₂, fin de embarazo anterior 10/10/2018, recién nacido con mayor peso fue de 3 800 gr.
- Hábitos nocivos: Niega.
- Alergias: Niega.

3.1.4 Embarazo actual

- Fecha de última menstruación: 30/12/2020 (en duda).
- Fecha probable de parto: 10/10/2021 por ecografía del primer trimestre (05/03/2021).
- Edad gestacional: 29.3 semanas por ecografía.
- Atenciones prenatales: 02

Tabla 2

Detalles de atenciones prenatales

Atención prenatal	1	2
Fecha	14/06/21	08/07/21
Edad gestacional	23.5	27
Peso materno	70.2	72.8
Temperatura	36.4	36.5
Presión arterial	100/60	100/60
Pulso materno	75	78
Altura uterina	25	27
Situación	Trans.	T
Presentación	Ind.	C
Posición	Ind.	D
F.C.F.	146	142
Movimiento fetal	+	+

Proteinuria cualitativa	NSH	NSH
Edema	S/E	S/E
Reflejo osteotendinoso	++	++
Examen de pezón	Form.	F
Indicación de hierro/Ac. Fólico	SF1	No
Indicación de calcio	-	No
Indicación de Ac. Fólico	-	No
Orientación y consejería	Nut.	Nut.
EG de Eco control	-	-
Perfil biofísico	-	NSH
Cita	14/07/21	08/08/21
Visita domiciliaria	NA	NA
Plan de parto	1°	No

Fuente: Carnet de atenciones prenatales.

Interconsultas a otros servicios:

- Ginecobstetricia
- Laboratorio

Exámenes auxiliares: Paciente cuenta con exámenes de laboratorio y ecografías anteriores.

• **Laboratorio**

14/06/2021

- Hemoglobina: 10.6 g/dL.
- Leucocitos: 9 580/mm³.
- Plaquetas: 266 000/mm³.

15/06/2021

- Glucosa: 80.77 mg/dL.
- Antígeno de superficie de la Hepatitis B: No Reactivo.
- Anticuerpos VIH 1-2: No Reactivo.
- Antígeno RPR: No Reactivo.
- Análisis de Orina:
 - Aspecto: Amarillo claro
 - Densidad: 1020
 - pH: 6.5
 - Leucocitos: 8 a 12 por campo.
 - Bacterias: ++.

- **Microbiología: 16/06/2021**

- Urocultivo: Negativo

- **Informes ecográficos:** gestante cuenta con dos ecografías realizadas de forma particular.

Conclusión: 05/03/2021

- Gestación intrauterina de 9 semanas y 4 días, según longitud céfalo caudal (CRL).
- Embrión con actividad cardíaca presente.
- Vesícula vitelina de tamaño y forma conservada.

- Trofoblasto envolvente con área de desprendimiento retrodecidual que compromete aproximadamente 10% de la superficie sacular. Considerar amenaza de aborto.
- Fecha probable de parto: 04 octubre 2021.

Conclusión: 05/07/2021

- Gestación única activa de 27 semanas por biometría fetal promedio, peso adecuado para la edad gestacional.
- No se evidenciaron malformaciones fetales mayores.
- Doppler de arterias uterinas en el percentil 95, se sugiere ecografía Doppler de control.

3.1.5 Examen físico

- General: Gestante en mal estado general, mal estado de hidratación y regular estado de nutrición, colabora con el interrogatorio.

Funciones vitales:

- Presión arterial: 80/50 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 113 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 30 rpm.
- Temperatura: 36.6°C.

Peso 73 kg. y talla 1.55 m.

- Piel y faneras: Al examen se encuentra piel y mucosas pálidas.
- Cabeza: No se registra datos en la historia clínica.
- Sistema cardiovascular: No se registra datos.
- Sistema respiratorio: No se registra datos.
- Abdomen: Medida de altura uterina 27 cm., a la palpación feto único vivo, latidos cardíofetales 152 por minuto, no se registra movimientos fetales ni datos con respecto a maniobras de Leopold, así mismo, no se registra dinámica uterina.
- Genital: Tacto dificultoso por sangrado profuso.
- Extremidades inferiores: No se registra datos.
- Neurológico: Nivel de conciencia por Glasgow 15.

3.1.6 Impresión diagnóstica

- Multípara de 29 semanas.
- Placenta previa con hemorragia (presuntivo).
- Hemorragia uterina del II trimestre.
- Trabajo de parto inmaduro.

Plan

- Activación de clave roja.
- Canalización de 2 vías.
- Administración de CINA al 0.9%, 400 cc. a chorro y luego 45 gotas por minuto.
- Interconsulta a anestesiología.

- Pasar a sala de operaciones.
- Control de funciones vitales.
- Control obstétrico.
- Solicitud de 2 paquetes globulares (urgente).

3.1.7 Exámenes auxiliares

25/07/2021

Laboratorio: Se realiza al ingresar al servicio de emergencia.

- Anticuerpos IGM/IGG contra SARS COV-2: No
- Hemoglobina: 7.10 gr%
- Hematocrito: 21 %
- Ph: 7.14
- PCO₂: 47.5 mmHg
- PO₂: 337 mmHg
- HCO₃A: 16.2 mmol/L
- TCO₂: 17.7 mmol/L
- EBVV: -13.0 mmol/L
- SATO₂: 99.9 %
- Sodio: 134.2 mmol/L
- Potasio: 2.92 mmol/L
- Cloro: 125.6 mmol/L

3.1.8 Tratamiento y evolución

25/07/2021 (00:40 horas)

Paciente ingresa a sala de operaciones con diagnóstico presuntivo de placenta previa oclusiva total sangrante, esposo firma consentimientos informado para cirugía y anestesia, se realiza histerotomía obteniéndose un recién nacido inmaduro con signos vitales. Por sangrado persistente se realiza histerectomía supracervical. Terminando la intervención quirúrgica se evidencia persistencia de sangrado transvaginal, se coloca sutura hemostática y se deja (2) pinzas Foerster a nivel del cérvix, además de tapón vaginal. Se realiza coordinación con UCI de Hospital Regional Moquegua para la transferencia de paciente ya que su establecimiento de salud no contaba con cama UCI.

Médico especialista evalúa a paciente, retira tapón vaginal y evidencia sangrado persistente, se realiza traquelorrafia y se deja tapón. Se administra norepinefrina en sala de operaciones (SOP).

25/07/2021 (01:42 horas)

Se solicita unidades de sangre a laboratorio, pero encargado de turno informa que no prestará las unidades hasta que se entreguen las órdenes escritas. Se conversa con dicho personal explicándoles el estado delicado de la paciente.

25/07/2021 (01:52 horas)

Se entrega las unidades de sangre que fueron solicitadas a SOP, se transfunden 4 unidades.

25/07/2021 (07:15 horas)

Paciente en SOP es entubada para mejor manejo, se encuentra pálida, sonda vesical con orina colúrica, apósito de herida quirúrgica con sangre. Se coloca catéter venoso central.

Informe de anestesia

- Post operatorio inmediato: No satisfactorio
- Pasa a recuperación: No
- Tiempo de operación: 2 horas
- Complicaciones: Sangrado masivo intraoperatorio
- Balance hídrico: +140
 - o Líquidos perfundidos: 4 540
 - o Pérdida: 4 400

Fármacos usados:

- Poligelina: 1 000 cc.
- ClNa 0.9%: 2 500 cc.
- Sangre: 1 040 cc.
- Bupivacaina 0,5%: 7 mg.
- Petidina 100 mg. STAT

- Dexametasona 8 mg.
- Raniditina 50 mg.
- Metamizol 2 gr.
- Noradrenalina 8 mg en 100 cc. de ClNa al 0,9%
- Metoclopramida 10 mg.
- Diclofenaco 75 mg.
- Tramadol 100 mg.
- Ácido tranexámico 1 gr.
- Oxitocina 10 UI en 500 cc. de ClNa al 0,9%
- Oxitocina 20 UI en 500 cc. de ClNa al 0,9%
- Bicarbonato 80 ml.

Indicaciones: Postoperatorio

- NOP x 6 horas.
- ClNa 0.9% 1000 c, pasar a 45 gotas por minuto.
- Ácido tranexámico 2 gr. STAT, luego 1 gr. cada 8 horas.
- Metamizol 2 gr. cada 8 horas.
- Diclofenaco 75 mg. cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg. cada 8 horas.
- Amikacina 1 gr. cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr. cada 24 horas.
- Control de sangrado transvaginal.
- Balance hídrico.

- Control de diuresis
- Referencia a hospital de mayor complejidad.
- Transfundir 2 paquetes globulares.
- Control de funciones vitales.
- Higiene perineal.

Laboratorio: Postoperatorio

- Hemoglobina: 6.5 gr/dL.
- Hematocrito: 18.7%.
- Leucocitos: 18 530/ μ L.
- Plaquetas: 213 000/ μ L.

25/07/2021 (10:45 horas)

Evaluación: Post-anestésica

- PA: 90/45 mmHg
- FC: 142 lpm
- FR: 26 rpm
- SpO₂: 100%

25/07/2021 (11:00 horas)

Se realiza traslado de paciente a Hospital Regional Moquegua, médico responsable que acompaña a la paciente registra que el personal no estaba al tanto de la coordinación y se produce demora

en la recepción de la paciente, en ese momento la paciente presenta paro cardiorrespiratorio sin responder a maniobras.

25/07/2021 (11:35 horas)

Se constata ausencia de signos vitales, se informa a familiares. El cuerpo de la paciente es trasladado de regreso al hospital de ESSALUD. Se redacta certificado de defunción.

Causa básica:

- Placenta previa sangrante
- Anemia aguda post hemorragia
- Shock hipovolémico
- Shock cardiogénico

25/07/2021 (13:00 horas)

Se entrega certificado de defunción a cuñado de la paciente.

Informe de anatomía patológica 09/09/21

Muestra de útero: Miometrio con hipertrofia de la gestación con marcada congestión, edema y hemorragia intersticial, infiltrado inflamatorio del miometrio, con adherencias de vellosidades coriales al endometrio y miometrio, ausencia de decidua basal. Hallazgos histológicos consistentes con acretismo placentario parcial.

Información del recién nacido

Mediante revisión de documentos como el libro de partos y la historia clínica electrónica del recién nacido (RN), se evidenció los siguientes detalles:

- Fecha y hora de nacimiento: 25/07/2024 a la 01:10 horas.
- APGAR: 8 y 9, al primer y quinto minuto, respectivamente.
- Peso: 1405 kg.
- Talla: 38.5 cm.
- Perímetro cefálico: 28 cm.
- Perímetro torácico: 27 cm.
- Sexo: femenino.
- Hemoglobina: 11.5 g/dL
- Saturación de oxígeno: 48%

El RN hipotónico presentó, desde el nacimiento, un importante distrés respiratorio y disminución de la saturación de oxígeno a pesar del uso del casco cefálico, por lo que se procedió a realizar una intubación endotraqueal y en incubadora es referida, el mismo día a las 11:49 horas, al Hospital Regional III Honorio Delgado de Arequipa con los diagnósticos de:

- Recién nacido pretérmino
- Displasia broncopulmonar
- Anemia

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En el campo de ciencias de la salud, los factores desencadenantes son circunstancias específicas que ponen en marcha un proceso o que provocan un resultado particular (31). La placenta previa es una condición en donde la implantación de la placenta ocurre en el segmento inferior del útero que puede cubrir parcial o totalmente el orificio cervical; y que al desarrollarse y elongarse este segmento, entre el segundo y tercer trimestre, provocaría diversos grados de hemorragia llegando incluso a ser mortal. El presente caso clínico trata de una gestante de 33 años, en su tercer trimestre de gestación, que acude al servicio de emergencia del Hospital II Moquegua de ESSALUD tras presentar contracciones uterinas y sangrado transvaginal profuso, es ingresada de emergencia a sala de operaciones en donde se presenta una hemorragia severa y que a pesar del manejo se produce un shock hipovolémico severo, que junto a inconvenientes para la solicitud de paquetes globulares y una deficiencia en la referencia al Hospital Regional de Moquegua, llevó al deceso de la paciente. Im et al. (32), en su estudio encontraron casos de muerte materna como resultado de hemorragia severa anteparto en mujeres con placenta previa. Por otra parte, Martínez et al. (33), en su investigación hallaron que el 70,6% de gestantes con placenta previa estudiadas presentaron un

grado leve de hemorragia, menor a 1 000 cc., el cual no significó algún riesgo de muerte. Así mismo, Fatema et al. (34), en su investigación hallaron casos de hemorragia anteparto pero no se observó mortalidad materna.

Los factores de riesgo son cualquier particularidad o circunstancia en torno a una persona que se encuentra asociada con el aumento de la probabilidad de sufrir, desarrollar o estar esencialmente expuesto a algún padecimiento (35). El caso clínico presentado trata de una gestante multípara, con antecedente de una pérdida espontánea (aborto), además de dos cesáreas anteriores y que según Catalina-Heras (20), esto incrementa especialmente el riesgo de presentar placenta previa entre 50% a 60%. Arteaga (36), encontró que la multiparidad es un factor de riesgo importante para la placenta previa, observándose el 81,3% de los casos estudiados. Rosales (37) concluyó que las cesáreas anteriores están asociadas a la presencia de esta hemorragia. Así mismo, Huangal (38), halló que las cesáreas previas son un factor de riesgo importante para esta patología.

Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del INMP (26), indica que toda gestante con placenta previa que presenta hemorragia debe ser hospitalizada, recomendando la cesárea como vía de parto si el borde placentario se encuentra a menos de 10 mm. del OCI. Sin embargo, si este está entre los 11 y 20 mm., se sugiere intentar

parto vaginal. Además, estas guías detallan el manejo del shock hipovolémico mediante la aplicación y uso de la clave roja. El caso clínico describe el ingreso de la paciente al servicio de emergencia presentando contracciones uterinas y sangrado transvaginal profuso. Se activa protocolo de la clave roja y, en sala de operaciones, se presenta una hemorragia severa, lo que lleva a optar por el manejo quirúrgico mediante una histerectomía. A pesar de la intervención, el sangrado persiste y se instaura un cuadro de shock hipovolémico. Se procede con la transfusión de paquetes globulares y plaquetarios, se inicia manejo avanzado con intubación endotraqueal y el uso de vasopresores en SOP. Además que se realiza la referencia para la atención en UCI. Jain et al. (39), recomiendan el parto por cesárea en mujeres con placenta previa con el borde placentario ≤ 10 mm al OCI, y ensayo de parto en mujeres con el borde placentario entre 11 a 20 mm. del orificio cervical. Fatema et al. (34), hallaron que la histerectomía fue la alternativa más utilizada para manejo quirúrgico de la hemorragia intraoperatoria. Argotes et al. (40), señalaron en su investigación que se requirió transfusiones de glóbulos rojos y la admisión materna a la UCI en caso de daño a órganos blancos.

Los investigadores Thaddeus y Maine (41), usaron el término de las “demoras” para relacionar la aparición de una complicación, su tratamiento y resolución adecuada, y que vincula diversos factores como la autonomía de mujeres, distancia y asistencia por el personal médico; indican también que estas son secuenciales e interrelacionadas. En el caso clínico

expuesto, la paciente reconoce las contracciones uterinas dolorosas como un signo de alarma durante esta etapa del embarazo y acude al hospital por el área de emergencia en busca de atención médica. Tras presentarse una hemorragia profusa e instaurarse un cuadro de shock hipovolémico en SOP, el médico tratante indica transfusión de paquetes globulares. Sin embargo, el encargado de turno de laboratorio informa que no se atenderá lo solicitado hasta la entrega de las órdenes escritas, lo que resulta en una pérdida de 10 minutos, tiempo muy valioso para el manejo oportuno y adecuado. Además, se coordinó el traslado de la paciente al Hospital Regional Moquegua por falta de UCI. Al llegar al hospital, el registro de la historia clínica indicó que el personal no tenía conocimiento de dicha referencia. Luego de 30 minutos de permanecer en las instalaciones del Hospital Regional Moquegua, paciente presenta paro cardiorrespiratorio que a pesar del manejo proporcionado, fallece. Verona et al. (42), concluyeron que, en la mayoría de casos de muerte materna estudiados, las deficiencias en la atención de emergencia en los establecimientos de salud fueron determinantes. Por otro lado, Rodríguez (43), identificó que las demoras más significativas fueron la primera, vinculada al reconocimiento de señales de peligro durante el embarazo, y la segunda, relacionada con la búsqueda de ayuda.

CONCLUSIONES

Primera: Este caso clínico corresponde a un caso de morbilidad materna, encontrando como factores desencadenantes la placenta previa hemorrágica con un subsecuente cuadro de shock hipovolémico grave que llevaron al deceso materno.

Segunda: Entre los factores de riesgo que se relacionaron con el caso de mortalidad materna se encontraron antecedentes obstétricos como la multiparidad, y quirúrgicos como las cesáreas anteriores, además se encontró un inadecuado seguimiento en las atenciones prenatales.

Tercera: El manejo clínico no fue completamente adecuado, ya que se omitieron ciertas funciones y procedimientos esenciales. Esto incluye la activación completa de la clave roja y la provisión adecuada de insumos y materiales necesarios para atender una emergencia por hemorragia obstétrica.

Cuarta: Las demoras identificadas en el caso clínico fueron la tercera y cuarta, referidas al sistema de referencias y a la calidad de atención, respectivamente. La tercera demora alude a problemas en la comunicación y coordinación entre diferentes niveles de atención. La cuarta demora se relacionó con las deficiencias en la atención médica, que incluyó fallos en el tratamiento y seguimiento. Estas situaciones, junto con los factores de riesgo presentados, contribuyeron significativamente a la muerte materna.

RECOMENDACIONES

Primera: Al director de la Red Asistencial del Hospital II Moquegua, que invierta en capacitaciones constantes para obstetras, priorizando la prevención y promoción de la salud, para que los establecimientos de salud de la región sepan manejar adecuadamente este tipo de casos.

Segunda: A las obstetras del primer nivel de atención, dar énfasis a la detección de factores de riesgo presentados por cada gestante, así como el seguimiento continuo de pacientes de alto riesgo obstétrico.

Tercera: Al responsable del departamento de gineco-obstetricia de ESSALUD, reforzar el cumplimiento de protocolos existentes para el manejo de las principales complicaciones obstétricas, asegurando que estos se adapten a la casuística y capacidad resolutiva. Siendo fundamental que los flujogramas de acción en el área hospitalaria estén claramente definidos y sean prácticos. Además, realizar evaluaciones semestrales al personal de salud para asegurar el correcto seguimiento de protocolos establecidos y minimizar el riesgo de incumplimiento.

Cuarta: Al director del Hospital II Moquegua, afrontar los problemas del sistema de salud en cuanto a la calidad de atención y de referencias frente a emergencias obstétricas con el fin de evitar que se susciten muertes maternas, especialmente ocasionadas por las demoras de tipo 3 y 4.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. INS. [Online].; 2024 [cited 2024 Septiembre 15. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_mortalidad%20materna%202024.pdf.
2. Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP. [Online].; 2024 [cited 2024 Septiembre 15. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>.
3. Dirección Regional de Salud Moquegua. DIRESA Moquegua. [Online].; 2023 [cited 2024 Septiembre 15. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5616699/4980167-boletin-epidemiologico-semana-49-2023.pdf>.
4. DIRESA Moquegua. Boletín Epidemiológico. [Online].; 2024 [cited 2024 Septiembre 15. Available from: http://www.transparencia.hospitalmoquegua.gob.pe/BEPI/30_SEMANA_EPI.pdf.
5. Montalván-Amador M, Zapata-Zapata M. Comportamiento clínico y epidemiológico de las pacientes embarazadas con diagnóstico de placenta previa atendidas en el hospital Bertha Calderon Roque en el periodo de enero-diciembre 2019. Tesis de pregrado. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2020.
6. Gavilanez-Zambrano K. Cuidados de enfermería a gestantes con placenta previa en paciente de la unidad de cuidados intensivos. Tesis de posgrado. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2024.
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. PROSEGO. [Online].; 2012 [cited 2024 Septiembre 15. Available from: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501313000812&r=151>.
8. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 20. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

9. Sandoval-García F, Reyes-Hernández M, Sandoval-Barajas D, Morales-Hernández S, Tovar-Galván V, Hinojosa-Cruz J, et al. Placenta previa: resultados perinatales en la experiencia de una unidad médica de tercer nivel. Artículo. Mexico: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 2019.
10. Ministerio de Salud. MINSA. [Online].; 2024 [cited 2024 Abril 20. Available from: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/boletin/boletin_20241_05_090705.pdf.
11. Mejia-Carrasco M. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del hospital San Bartolomé en el 2018. Tesis de pregrado. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017.
12. MINSA. Sala Situacional de Muerte Materna. [Online].; 2024 [cited 2024 Abril 20. Available from: https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/.
13. MINSA. Boletín epidemiológico. [Online].; 2017 [cited 2024 Abril 21. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.
14. T-Dulay A. Placenta Previa. [Online].; 2022 [cited 2024 Abril 21. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>.
15. Ávila-Darcia S, Alfaro-Moya T, Olmedo-Soriano J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. 2016; 6(III).
16. López-del-Cerro E. Chospab. [Online].; 2011 [cited 2024 Abril 21. Available from: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf.
17. Grönvall M, Stefanovic V, Paavonen J, Loukovaara M, Tikkanen M. Placenta previa mayor o menor: ¿Hace la diferencia? ELSEVIER. 2019; 85.

18. Franco-G A. Placenta previa. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 24(1).
19. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. In. Argentina: El Ateneo; 2014. p. 752.
20. Catalina-Heras M. Placenta previa: revisión bibliográfica y análisis de los casos de los últimos 10 años en el Hospital Universitario Basurto. Trabajo de fin de grado. España: Universidad del País Vasco; 2022.
21. J-Lockwood C, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 21. Available from: <https://medilib.ir/uptodate/show/6772>.
22. E-Reece A, C-Hobbins J. *Obstetricia clínica*. In. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010.
23. Bajo-Arenas J, Melchor-Marcos J, Mercé-Alberto L. *Fundamentos de Obstetricia*. In Publicidad GE, editor..; 2007. p. 1140.
24. Gary-Cunningham F, J-Leveno K, L-Bloom S, S-Dashe J, L-Hoffman B, M-Casey B, et al. *Williams Obstetricia*. In. México: McGRAW-Hill Interamericana; 2019. p. 1346.
25. Catillo-Velasquez F. *Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de placenta previa*. GUIA. Perú: Hospital Cayetano Heredia; 2019.
26. INMP. *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. Guía. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023.
27. Hospital de Barcelona. BCNATAL. [Online].; 2024 [cited 2024 Abril 21. Available from: https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Placenta_previa_placenta_accreta_vasa_previa.pdf.
28. Orizaba-Chávez B, Alba-Jasso G, Hernández-Pacheco J, Dueñas-García O. Manejo médico de la hemorragia posparto y el choque hipovolémico en obstetricia. In Dueñas-García O, Beltrán-Montoya J. *Manual de Obstetricia y Procedimientos Médico-Quirúrgicos*. 1st ed. Estados Unidos: Mcgraw Hill; 2015. p. 583.

29. Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka J. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 60(2): p. 7.
30. Torres-Chávez I, Ramírez-Morán L, Salcedo-Faytong M. Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstetricas en embarazadas en Ecuador. Un estudio de revisión. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2020 Diciembre; 2(3).
31. Instituto Nacional del Cáncer. NIH. [Online].; 2020 [cited 2024 Septiembre 30. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/descadenante>.
32. Im D, Kim Y, Cho E, Kim D, Byun J, Jeong D. Risk Factors and Pregnancy Outcomes of Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa. NIH. 2023 Septiembre; 30(9).
33. Características de las gestantes con placenta previa, atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2018-2021. Tesis de pregrado. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2023.
34. Fatema A, Naeema M. Prevalence and Fetomaternal Outcome of Placenta Previa at Salmaniya Medical Complex, Bahrain. NIH. 22 Agosto; 14(8).
35. Instituto Nacional de Estadística. INE. [Online].; 2020 [cited 2024 Septiembre 30. Available from: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583#:~:text=Cualquier%20caracter%C3%ADstica%20o%20circunstancia%20detectable,especialmente%20expuesto%20a%20una%20enfermedad>.
36. Arteaga E. Prevalencia de factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes del Hospital Alfredo G. Paulson durante el período enero 2018 - diciembre 2019. Trabajo de titulación. Ecuador; 2021.
37. Rosales-Sedano K. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma

2021. Trabajo académico. Cerro de Paso: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrion; 2023.
38. Huangal-Brañez Y. Factores sociodemográficos, obstétricos y quirúrgicos asociados a la placenta previa en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales" de enero del 2017 a diciembre del 2018 – Lima. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Privada san Juan Bautista; 2021.
39. Venu J, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2020 Julio; 42(7).
40. Argotes-Ríos D, Zapata-Salazar L, Martínez-Ruiz D, Sinisterra-Díaz S, Sarria-Ortiz D, Nieto-Calveche A. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2023 Enero; 71(1).
41. Kalter H, Salgado R, Babilie M, Koffi A, Black R. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. *NIH*. 2011 Agosto; 5(9).
42. 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. 2011 – 2016. *Revista Cuerpo Médico*. 2019; 12(2).
43. Rodríguez-Mendez C. Relación de las cuatro demoras y la mortalidad materna en un establecimiento de salud, Paiján 2023. Tesis de maestría. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2023.