

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL  
DISTRITO DE HUARANGO, CAJAMARCA 2021

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por :

**Lic. Obsta. Nadia Ecos Yataco**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas

TACNA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología, Farmacia y Bioquímica

**RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 12021-2023-FACS-UNJBG**

Tecna, 18 de mayo del 2023

**VISTO:**

El Oficio N° 209-2023-SEP-OBST-FACS/UNJBG, emitido por la Coordinadora de la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia, solicitando designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final de Trabajo Académico presentado por la Lic. Obst. Nadia Ecos Yataco;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Resolución de Facultad N° 11649-2022 -FACS/UNJBG de fecha 09.11.2022, se designa a la Dra. Carmen Luisa Linares Torres; como Asesora y autoriza el desarrollo de la Trabajo Académico Títulado "FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DISTRITO DE HUARANGO, CAJAMARCA 2021", presentado por la Lic. Obst. Nadia Ecos Yataco, Segunda Especialidad Profesional: Alto Riesgo Obstétrico y Emergencias Obstétricas, de la Facultad de Ciencias de la Salud;

Que, mediante Oficio N° 209-2023-SEP-OBST-FACS/UNJBG, la Coordinadora de la Unidad de la Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia, solicita la designación de Jurado Dictaminador para el Informe Final de Trabajo Académico presentado por la Lic. Obst. Nadia Ecos Yataco, contando con la aprobación de su Asesora.

De conformidad con el Art. 70º numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art.169 inc) b. del estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

**SE RESUELVE:**


**ART. 1º:** Designar Jurado Dictaminador para el Informe Final de Trabajo Académico Títulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DISTRITO DE HUARANGO, CAJAMARCA 2021". Presentado por la Lic. Obst. Nadia Ecos Yataco, con el asesoramiento de la Dra. Carmen Luisa Linares Torres; jurado conformado por:

- |  |             |
|--|-------------|
| - Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo     | Presidenta  |
| - Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales     | Secretaria  |
| - Mgr. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez | Vocal       |
| - Mgr. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez | Accesitaria |


**ART. 2º:** El Jurado Dictaminador nombrado, deberá entregar el Dictamen y/u observaciones del Informe Final del Trabajo Académico, en un plazo no mayor de 5 días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.



  
Dra. Concepción Mendoza Rosado  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



  
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales  
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

JCMR/mbch-

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL  
DISTRITO DE HUARANGO, CAJAMARCA 2021**

**Trabajo Académico**

**Presentada por:**

**Lic. NADIA ECOS YATACO**

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

**Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado.**

Dr. Gloria Escobar Barrios  
Presidente

Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales  
Secretaria

Mgr. Karen Meddellit Mendoza Gutierrez  
Vocal

Dra. Carmen Luisa Linares Torres  
Asesora

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dra. Carmen Luisa Linares Torres**, en mi condición de asesor acreditado con resolución de facultad N°11649-2022-FACS-UNJBG del Trabajo Académico titulada **“FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL DISTRITO DE HUARANGO, CAJAMARCA 2021”**.

**Presentada por las LIC. NADIA ECOS YATACO**, 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 de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que, según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuanta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8%. Por lo que **CERTIFICO QUE LA SIMILARIDAD** del Trabajo Académico está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los tramites respectivos para su obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

.....  
Dra. Carmen Luisa Linares Torres

DNI 00508777



## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la vida y las fuerzas para salir adelante a pesar de los obstáculos.

A mis padres y hermana que son mi fortaleza y motivo de superación cada día.

A la Universidad Jorge Basadre Grohmann por incentivar el estudio constante a los diferentes profesionales de la salud inclusive en época de pandemia por la COVID-19.

A la Obstetra Soledad Carmen Sotelo Gonzáles, por su paciencia y dedicación en guiar las enseñanzas para el proceso y desarrollo del trabajo académico.

A la Dra. Carmen Luisa Linares Torres, en gratitud a su contribución, apoyo, paciencia y conocimientos brindado en este trabajo.

## **DEDICATORIA**

A mis abuelos, padres, hermana y toda mi familia que fueron parte de mi formación profesional, por su gran amor incondicional y por los valores inculcados.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>IV</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>I</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>1</b>
1.1. Descripción del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	4
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivo.....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específicos .....	5
<b>CAPÍTULO II:</b> .....	<b>6</b>
2.1. Patología del caso clínico: .....	6
2.2. Definición: .....	6
2.3. Clasificación:.....	6
2.4. Incidencia.....	6
2.5. Etiología.....	7
2.6. Factores de riesgo o factores determinantes.....	7
2.7. Fisiopatología .....	8
2.8. Formas clínicas:.....	8
2.9. Exámenes Auxiliares .....	9
2.10. Tratamiento: .....	9
2.11. Complicaciones: .....	13
<b>CAPÍTULO III:</b> .....	<b>15</b>

3.1. Historia clínica .....	15
3.1.1. Anamnesis: .....	15
3.1.1.1. Filiación: .....	15
3.1.1.2. Enfermedad actual:.....	15
3.1.1.3. Examen Físico: .....	21
3.1.1.4. Impresión diagnóstica:.....	22
3.1.1.5. Tratamiento y evolución:.....	22
3.1.1.6. Exámenes auxiliares:.....	24
3.2. Diagnóstico .....	25
<b>CAPÍTULO IV: .....</b>	<b>26</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>32</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>35</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>37</b>

## **RESUMEN**

La mortalidad materna, es un desencadenamiento fatal de una serie de situaciones y factores relacionados al entorno de la gestante. Según la OMS cada minuto muere una mujer a consecuencia del embarazo, parto o puerperio.

Objetivo: Identificar los factores asociados que contribuyen a desencadenar una muerte materna en el distrito Huarango, Cajamarca 2021 .

Resultados: Los factores socioeconómicos presentes más resaltantes fueron la educación, paridad, pobreza, condiciones de la vivienda, área de residencia, lugar de ocurrencia, dentro de los factores de los servicios de salud, tenemos el control prenatal no realizado por profesional, no se identificaron factores de riesgos, número limitado de visitas domiciliarias, acceso y estándares de calidad de funciones obstétricas neonatales no adecuadas para la capacidad resolutive del establecimiento. Además, dentro de las 4 demoras se encontraron la I, II y III demora.

Conclusiones: Los factores socioeconómicos son la pobreza, creencias culturales y factores de los servicios de salud: el acceso, control pre natal realizado por personal no profesional y falta de seguimiento.

### **Palabras claves**

Mortalidad materna, factores socioeconómicos, servicios de salud.

## **ABSTRACT**

Maternal mortality, it's a fatal trigger of a series of situations and related factors to the environment of the pregnant woman. According to the WHO every minute dies a woman consequence of Pregnancy, Childbirth and puerperium.

**Objective:** Identify associated factors that contribute to trigger one maternal death in the district Huarango, Cajamarca 2021.

**Results:** The socioeconomic factors present more outstanding were education, parity, poverty, housing conditions, area of residence, place of occurrence, inside within the factors of health services, have prenatal control not performed by a professional, no risk factors identified, limited number of home visits, access and quality standards of neonatal obstetric functions not adequate for the resolution capacity of the establishment. Besides, within the four Delays the I, II y III delay were found.

**Conclusions:** Socioeconomic factors are poverty, cultural beliefs and factors of health services: access, prenatal control performed by non-professional personnel and lack of follow-up.

**Keywords:** maternal mortality, socioeconomic factors, health services.

## INTRODUCCIÓN

La gestación es una etapa de las mujeres a lo largo de su vida, esta etapa no debe suponer riesgos sin embargo son muchos los factores que se encuentran inmersos en su entorno y las hace vulnerables a enfermedades y la muerte. Al pasar de los años aún la muerte materna, sigue siendo un indicador de salud pública muy desfavorable para muchos países sobre todo en vías de desarrollo, la gran mayoría de muertes maternas reportadas a nivel mundial son de causas directas y prevenibles.

Los indicadores materno infantil son fiel reflejo del resultado de la situación de salud de un país, de un conjunto de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a protección social. (1)

A nivel mundial, existe un consenso universal sobre el valor social y humano de la gestante y recién nacido, dentro de las intervenciones tenemos: La atención del parto por profesional, acceso a los sistemas de salud, alianzas con la sociedad civil para una cobertura universal, superar las llamadas tres demoras en la atención (1).

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que ocurrieron 529.000 muertes maternas a nivel mundial. Por tal razón, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2016-2030 se establece una nueva agenda para reducir la mortalidad materna a menos de 70 por 1000 nacidos vivos (2).

La muerte materna, es la defunción de una mujer que puede ocurrir durante el embarazo, parto o puerperio hasta 42 días post parto, independientemente de su duración, causa, relacionada o vinculada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Estas se pueden dividir en muerte materna directa relacionada con complicaciones obstétricas y muerte materna indirecta relacionada con una enfermedad preexistente o que surgió durante el embarazo, pero no de causas obstétricas (2).

Tenemos una meta muy ambiciosa para el año 2030, en el cual todos los decisores políticos de cada país deben tomar importancia y establecer sus mejores acciones, planes, políticas públicas, proyectos; con la finalidad de salvaguardar la vida del binomio madre-niño. Estas mejoras se cumplirán si el trabajo es en conjunto, involucrando a todas las autoridades y sociedad civil de una nación.

Según la OMS, la muerte materna es un problema de salud e injusticia social, cada minuto en todo el mundo, una mujer fallece por causas del embarazo, parto o puerperio (3).

Los objetivos del presente trabajo Académico son, identificar los factores asociados que contribuyen a desencadenar una muerte materna en el distrito de Huarango, Cajamarca 2021. Analizar los factores socioeconómicos que contribuyeron a desencadenar una muerte materna en el distrito de Huarango. Analizar los factores relacionados a los servicios de salud que contribuyeron a desencadenar una muerte materna en el distrito de Huarango. Describir las demoras que se presentan en la muerte materna en el distrito de Huarango.

El presente trabajo se desarrollo en 4 capítulos el I capítulo trata del Planteamiento del Problema, II capítulo el Marco Conceptual, el III capítulo el Marco Metodológico, el capítulo IV la Discusión .

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción del problema**

Durante el año 2017 se reportó a nivel mundial el fallecimiento de unas 295,00 mujeres en el periodo de la gestación, parto y postparto, siendo un 35% menos que en el año 2000. Sin embargo en países menos adelantados la mortalidad materna es alta, reportándose el 86 % de todas las defunciones maternas en el África Subsahariana y el Asia meridional (4).

Asimismo la OMS, nos informa que dentro de las complicaciones maternas que producen muerte materna se tiene: hipertensión durante el embarazo, infecciones y hemorragias en el parto y puerperio (5).

Los determinantes de la mortalidad materna en el Perú, denotan de manera dramática las desigualdades sistémicas que desbaratan al país . La pandemia por la COVID 19 provocó un retraso de 5 años en la disminución de la mortalidad materna, encontrándose como uno de los países de Latinoamérica y el Caribe, con alta incidencia y tasa de mortalidad (6).

Los reportes de la Mortalidad Materna en nuestro país en el año 2021 fue de 471 muertes maternas teniendo un incremento del 7.3% en relación al año 2020, según información del Centro de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, dato importante por que mide el riesgo que una mujer pueda morir por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio,

además, mide el avance de los países en su búsqueda por reducir la mortalidad materna. Esta cifra nos muestra que estamos muy lejos del cumplimiento de la meta número 3 de los ODS para el año 2030, que es la reducción a menos del 70 por 100,00 nacidos vivos (7). Durante los años 2019 y 2020, Cajamarca fue uno de los departamentos en donde se concentraron la mayor cantidad de muertes materna (+8MM) (8).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda en el año 2017, el 35,43% de la población de Cajamarca viven en zona urbana y el 64,57% en zona rural. En la Provincia de San Ignacio el 80,2% de su población vive en zona rural. En relación a la educación en el año 2017 el 18,7% de la población de 15 años a más logró estudiar algún grado de nivel superior, el 30,4% logró estudiar algún grado de educación secundaria, el 37,2% algún grado de educación primaria y sin ningún nivel educativo el 13,4% (9).

Según la clasificación de Quintiles de índice de carencia de 127 distritos de Cajamarca , 90 se encuentran en quintil I de pobreza siendo el 70,9%. Del mismo modo de los 7 Distritos de la Provincia de San Ignacio, 6 se encuentran en dicho quintil (9).

Asimismo según datos INEI-Proyección del Sistema de Información Regional para la toma de Decisiones , la tasa de natalidad reportada en el año 2018 fue de 19.0 por mil habitantes a pesar que en 8 años descendio en 2.6 aún es mayor al reporte nacional en ese año (9).

En el año 2018 se tiene un total de 853 establecimientos de salud, las Provincias con mayor establecimientos son Cutervo, Chota, Jaén y San Ignacio. La densidad de recurso humano en el año 2018 fue de 22.4, es decir, existen 22 profesionales por cada 10 000 habitantes, lo cual no supera lo que recomienda la Organización Panamericana de la Salud OPS de 25 por 10 000 habitantes; el 32,4% (2772) es personal técnico; 20,9% (1787) enfermeros; 10,6% (906) obstetras y 9,7% (931) médicos (9).

Cajamarca es una de las regiones con mayor incidencia en mortalidad materna y dentro de sus 13 provincias, San Ignacio, no es la excepción ya que su promedio

anual de muerte maternas por año oscila entre 2 a 4 muertes maternas sean de ocurrencia o procedencia. Muchos factores se asocian a la mortalidad materna: Sociales, económicos, culturales, de acceso a los servicios de salud; que en forma conjunta o individual hacen que una mujer sea propensa a una complicación o muerte durante el embarazo, parto o puerperio

Para el año 2020 la Región Cajamarca tuvo una razón de mortalidad materna de 76.6 (20 muertes maternas) y en el 2021, de 97 (26 muertes maternas) cifras más altas que el promedio nacional . A la semana Epidemiológica número 52 del año 2022, se reportan 24 muertes maternas según la Oficina Regional de Epidemiología (ORE). Del total de muertes maternas reportadas, la Red de Salud San Ignacio informó 4 muertes maternas, 2 por ocurrencia y 2 por procedencia (10).

La Red de Salud San Ignacio, esta constituida por 86 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) dividida en 7 Micro Redes: San Ignacio con 17 IPRESS, Namballe con 7 IPRESS, San José de Lourdes con 15 IPRESS, Huarango con 13 IPRESS Chirinos con 8 IPRESS , La Coipa con 17 IPRESS y Tamborapa Pueblo con 9 IPRESS. Tiene una población de gestantes asignadas para el año 2022 de 2773.

El Puesto de Salud Gosén, categoría I-1 pertenece a la Micro Red Huarango, según reporte del área de Patrimonio de la Red de Salud San Ignacio, su creación data del 2 de octubre del 2007. Es una IPRESS construida por la comunidad a base de madera, actualmente cuenta con 2 Técnicos en Enfermería. El camino que lleva al establecimiento de salud es accidentado y rocoso, dista aproximadamente 6 horas a pie desde el caserío de Romerillo; las personas trasladan sus bienes de consumo en mulas. El establecimiento de mayor capacidad resolutive del distrito, se encuentra a 7 horas de distancia y es el Centro de Salud Huarango de categoría I-3, así como el Hospital General de Jaén está a 1 hora más de trayecto de dicho Centro de Salud, siendo un total de 8 horas desde el Puesto de Salud Gosén hacia el Hospital General de Jaén, convirtiéndose en una barrera muy grande para el acceso a los servicios de salud de mayor complejidad.

Es por ello que el presente Trabajo Académico de Caso Clínico da a conocer los factores más relevantes, presentes en una muerte materna para establecer estrategias y acciones de mejora colectiva involucrando al personal de salud, sociedad civil, autoridades y otros.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a la muerte materna en el distrito de Huarango, Cajamarca 2021?

## **1.3. Justificación**

El contexto que rodea a la situación de las defunciones maternas es un problema multifactorial o multicausal que demuestran desigualdades entre la población, dentro de ellos encontramos el estado biológico de la persona, su contexto social y prácticas culturales, estado civil, ocupación, el acceso a los servicios de salud y la capacidad resolutive de estos, frente a una situación de emergencia (11).

Dichos factores, están muy relacionadas con el desencadenamiento de este suceso, por ello es fundamental conocerlos y evitar las barreras que ponen en riesgo a las mujeres en una etapa que se considera biológica, como es el embarazo y el parto. Cuando estos, se ven agravados, el riesgo de morir para una mujer, se incrementa. Es importante visualizarlos y comprenderlos; la falta de atención oportuna, puede culminar en una muerte materna.

Con el análisis de este caso clínico el personal de salud podrá conocer los factores socioeconómicos ,de acceso a los servicios de salud y demoras, de las gestantes que viven en la jurisdicción de Huarango y que constituyen barreras que ponen en riesgo su vida y del niño por nacer. La importancia de conocerlos permiten abordar un plan de trabajo individual para cada gestante según los factores encontrados, establecer acciones de mejora para actuar en casos similares y así poder evitarla; todo ello en coordinación constante con los actores sociales de la comunidad y autoridades, siendo su participación y decisión política muy importantes, para evitar que se repitan sucesos como éstos.

## **1.4. Objetivo**

### **1.4.1. Objetivo General**

Identificar los factores asociados que contribuyen a desencadenar una muerte materna en el distrito Huarango, Cajamarca 2021 .

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Analizar los factores socioeconómicos que contribuyeron a desencadenar una muerte materna en el distrito de Huarango.
- Analizar los factores relacionados al servicio de salud que contribuyeron a desencadenar una muerte materna en el distrito de Huarango.
- Describir las demoras que se presentaron en la muerte materna en el distrito de Huarango.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Patología del caso clínico:**

Hemorragia obstétrica

#### **2.2. Definición:**

Algunas definiciones la consideran como la pérdida de cualquier volumen de sangre, que incluye signos de hipovolemia y/o alteración hemodinámica.

Otros mantienen la definición de pérdida de más de >500 ml de sangre en el parto vaginal y > 1000 ml por cesárea, reducción de un 10% en el hematocrito basal y sangrado de 500ml a más en las 24 horas posterior al parto (12).

#### **2.3. Clasificación:**

Se puede clasificar en primaria y secundaria (12).

1. La hemorragia primaria, ocurre dentro de las primeras 24 horas.
2. La hemorragia secundaria, ocurre después de las 24 horas de producido el parto hasta 12 semanas posteriores.

#### **2.4. Incidencia**

A nivel mundial la hemorragia obstétrica es causante de 125 000 casos por año representando la cuarta parte del total de las muertes. En el Perú es la primera causa directa de mortalidad materna con un 40.2%. Dentro de ellas

la HPP primaria se presenta entre 4 a 6% de los partos y la HPP secundaria ocurre entre 1 a 3% de los partos (13).

## **2.5. Etiología**

La HPP puede clasificarse en 4 grandes grupos conocidas como las "4T":

1. Tono representa el 70%, dentro de ellas tenemos, la atonía uterina o inercia uterina
2. Trauma representa el 19%, tenemos, rotura e inversión uterina, laceraciones del cuello uterino o vagina.
3. Tejidos representa el 10%, tenemos la retención de restos placentarios, coágulos y placentación anormal.
4. Trombina representa 1%, dentro de ellas se considera las coagulopatías congénitas o adquiridas (14)

## **2.6. Factores de riesgo o factores determinantes**

Dentro de ellos podemos mencionar lo siguiente (12).

- a) Sospecha de abrupcio de placenta
- b) Placenta Previa
- c) Embarazo múltiple
- d) Pre eclampsia
- e) Antecedente de Hemorragia Post Parto
- f) Obesidad
- g) Cesárea realizada de emergencia
- h) Cesárea electiva
- i) Trabajo de parto inducido

- j) Retención de placenta
- k) Episiotomía medio lateral
- l) Atención de parto instrumentado
- m) Trabajo de parto prolongado mayor a 12 horas
- n) Macrosomía fetal
- o) Corioamnionitis
- p) Mayor de 40 años, multíparas

## **2.7. Fisiopatología**

Luego del alumbramiento existe dos mecanismos para controlar el sangrado del útero, como son: por la contracción miometrial de los vasos sanguíneos espirales y por la liberación de los factores hemostáticos en la decidua. La fisiopatología comúnmente asociada a hemorragia primaria, se debe a la alteración de uno o ambos mecanismos. Sin embargo, otros casos se pueden deber a la pérdida de la integridad de los vasos sanguíneos, como por ejemplo el trauma en el parto (15).

La cantidad de flujo de la arteria uterina aumenta de 500 a 700 mL/min a finales del tercer trimestre de la gestación lo que equivale al 15% del gasto cardiaco. Es así que, en ausencia de un proceso hemostático adecuado, la hemorragia post parto puede ser letal. Debido al incremento del volumen sanguíneo circulante, las manifestaciones de hipovolemia pueden no presentarse hasta que la hemorragia sea sustancial, superado el 25% del volumen sanguíneo (>1500 mL en la gestación) (15).

## **2.8. Formas clínicas:**

Según algunos autores pueden ser (15).

**Hemorragia posparto primaria:** Pérdida sanguínea mayor de 500 ml en el parto vaginal y mayor de 1000 ml en una cesárea durante las primeras 24 horas.

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), consiste en una pérdida de 1000 ml de sangre o más y que además presenta sintomatología de una hipovolemia.

**Hemorragia posparto severo:** cuando hay una pérdida de sangre de 2000 ml y una hemoglobina de 4mg/Dl.

**Hemorragia posparto secundaria o tardía:** aparece entre las 24 horas hasta las 12 semanas después del parto, generalmente asociada a retención de restos placentarios.

## **2.9. Exámenes Auxiliares**

1. **ANÁLISIS DE PATOLOGÍA CLÍNICA:** podemos mencionar el dosaje de Hemoglobina o Hematocrito, Grupo y Factor Rh, Perfil de Coagulación, VDRL o RPR, Pruebas cruzadas, Prueba rápida de VIH o Test de Elisa, urea y creatinina (13).
2. **IMÁGENES:** tenemos la Ecografía Transvaginal o ecografía pelviana (13).

## **2.10. Tratamiento:**

Tenemos lo siguiente (13).

### **1. Hemorragia Puerperal Inmediata**

Acciones a seguir por equipo multidisciplinario

**EN EL MINUTO 0:**

- Activar el uso de la Clave Roja
- Dividir las funciones al equipo multidisciplinario
- Realizar la evaluación de útero y cavidad uterina
- Aplicar el A B C D E
- Verificar que la placenta este completa

- Instalar dos vías periféricas endovenoso
- Colocar a la paciente en posición antishock
- Exámenes de laboratorio
- Administrar oxígeno 10 litros por minuto
- Vigilancia rigurosa de las funciones vitales
- Administración de suero salino en retos de 500 cc.
- En caso de presentar atonía uterina, administrar oxitocina 10 UI, 4 ampollas a 40 gotas, ergometrina 1 ampolla de 0.2 mg intramuscular, misoprostol 800 ug por vía sublingual o intrarrectal, ácido Tranexámico 1 gramo endovenoso, cuando la causa de la hemorragia es traumática.
- Colocación de sonda Foley y control de diuresis.
- Informar al paciente y/o familiares sobre los procedimientos y sus riesgos, así como firma de consentimiento informado.
- Realizar interconsulta y referencia a UCIM (13).

#### **MINUTO 20-60 ESTABILIZACIÓN**

- Seguir manteniendo el volumen circulante, reposición de componentes de la sangre según requiera el paciente
- Realizar maniobras compresivas, utilización de Traje Antishock (13).

#### **MINUTO 60 RESOLUCIÓN**

- Realizar la evaluación para determinar si presenta daño de órgano
- Si a pesar de todos los procedimientos realizados persiste aún el sangrado, se realiza la intervención quirúrgica (13).

**Tratamiento según la causa:** podemos mencionar

A. **ATONÍA UTERINA:** los procedimientos a realizar son:

- Realizar masaje de fondo uterino
- Colocar dos vías endovenosas, una solo de NaCl 0,9% 1000 ml y la segunda vía NaCl 0,9% 1000 ml con 4 ampollas de oxitocina.

- Si el sangrado es abundante, pasar retos de 500 cc con NaCl 0.9 % a 39° C en 5 minutos; evaluar respuesta.
- También se puede administrar Ergometrina 0,2 mg intramuscular, misoprostol 800 µg vía sublingual o intrarrectal y ácido tranexámico 1 gr endovenoso.
- Realizar una evaluación manual del útero, retirar coágulos y restos, realizar masaje bimanual.

Realizar compresión bimanual interna o externa, uso de balón de Bakri, pinzamiento de las arterias uterinas.

- Si el sangrado no cede, realizar los siguientes procedimientos quirúrgicos: Técnica de B-Lynch modificada, ligadura de las arterias uterinas, histerectomía total si fallan las técnicas antes mencionada (13).

#### **B. Retención de Placenta**

- Paciente y familiares deben estar informados de los riesgos, firma de consentimiento informado.
- Colocar vía endovenosa de buen calibre, administrar atropina 0,5 mg endovenoso.
- Realizar toma de muestra de sangre
- Realizar la asepsia y antisepsia previa al procedimiento
- Administrar analgesia como petidina 100 mg endovenoso lento y diazepam 10 mg endovenoso lento.
- Administrar antibióticos como: cefazolina 1 g y metronidazol 500 mg endovenoso como dosis única.
- Si presenta signos de infección aplicar cefazolina 1 g cada 6 horas endovenoso, Gentamicina 160 mg endovenoso diario y metronidazol 500mg endovenoso cada 8 horas (13).

#### **D. Laceración del canal de parto**

Se realizará la evaluación del canal vaginal con las valvas de Doyen con la finalidad de identificar de donde proviene el sangrado y reparar (13).

#### **E. Hematomas**

Una vez identificados los hematomas se procede a debridarlos (13).

#### **F. Rotura Uterina**

Dependiendo del tamaño de la rotura, la ubicación, condición de la paciente y la necesidad de su estado reproductivo se puede reparar la herida o realizar histerectomía (13).

#### **G. Retención de restos**

Colocar un catéter endovenoso con NaCl 0,9 % 1000 ml más 2 ampollas de oxitocina 20 UI, si en la ecografía hay evidencia de restos placentarios realizar legrado uterino (13).

#### **H. Inversión Uterina**

Paciente pasa a sala de operaciones se coloca anestesia general, luego reponer en forma manual el útero con las siguientes técnicas: No quirúrgicas: O Sullivan, Johnson. Quirúrgica abdominal. Huntington y Haultain y la Quirúrgica Vaginal: técnica de Spinelli. Si a pesar de utilizar esas técnicas no se repone el útero en su posición realizar histerectomía total (13).

**HEMORRAGIA PUERPERAL TARDÍA**, podemos mencionar:

### **Retención de Restos**

Colocar vía segura endovenosa de NaCl 0,9% más dos ampollas de oxitocina, realizar legrado puerperal y administración de antibióticos (13).

### **Sub involución uterina**

- Colocar vía segura endovenosa de NaCl 0,9% más dos ampollas de oxitocina, realizar legrado puerperal y administración de antibióticos.
- Antibioticoterapia utilizada:
- Ampicilina 2 g EV c/6 h más Gentamicina 5 mg x kg peso/día, o
- Ampicilina 2 g EV c/6 h más Metronidazol 500 mg EV c/12 h, o
- Clindamicina 600 mg EV c/8 h más Gentamicina 5 mg x kg peso/día (13).

### **2.11. Complicaciones:**

Dentro de las complicaciones podemos mencionar (13).

- Anemia Aguda
- Shock Hipovolémico
- Coagulación vascular diseminada CID
- Insuficiencia renal
- Panhipopituitarismo

### **Demoras de la muerte materna**

La Organización Panamericana de la Salud clasifica en 4 Retrasos la atención oportuna y adecuada de la gestante, así tenemos

**RETRASO TIPO 1: no reconocimiento del problema (signos de peligro).**

Este primer retraso se debe a que la mujer gestante no recibe una adecuada información sobre las posibles complicaciones del embarazo, la falta de conocimientos de sus derechos sexuales y reproductivos.

**RETRASO TIPO 2: dificultades en la toma de decisiones oportunas sobre buscar ayuda y atención.**

En este segundo retraso hay limitaciones para la búsqueda de atención, siendo las barreras sociales, culturales, económicas o una atención anterior negativa en los servicios de salud.

**RETRASO TIPO 3: no acceso a una atención oportuna.**

La distancia entre la comunidad y los servicios de salud dificultan una atención oportuna a la gestante, debido al mal estado de las caminos, trochas carrozables o falta de vehículos.

**RETRASO TIPO 4: no recibir atención de calidad.**

Llegar hasta los servicios de salud y no contar con la capacidad resolutive para el manejo de la emergencia, agrava la situación de la gestante (16).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Historia clínica**

##### **3.1.1. Anamnesis:**

Paciente acude el día 10 de abril 2021 al puesto de salud por presentar retraso menstrual hace dos meses.

##### **3.1.1.1. Filiación:**

- Nombres y Apellidos: I.R.M.
- Fecha de Nacimiento: 10 de Julio 1990
- Edad: 31 años
- Estado Civil: Conviviente
- Grado de Instrucción: Primaria Incompleta
- Ocupación: Ama de Casa
- Religión: católica
- Afiliación al SIS: Si
- Dirección: Caserío Nuevo Horizonte – Gosen

##### **Enfermedad actual:**

Es una paciente que acude al puesto de salud por presentar ausencia de menstruación hace dos meses, se le realiza un pregnosticon, con tira reactiva, teniendo como resultado positivo, confirmando así la gestación.

Aparentemente no presentaba ninguna molestia. Dentro de sus antecedentes Gineco obstétricos a los 14 años menarquia, régimen catamenial de 3 a 4 días cada 30 días, no trastornos menstruales, inicia relaciones sexuales a los 17 años, ha tenido solo una pareja, si conocía los métodos anticonceptivos ha utilizado el método oral combinado, pero por decisión de la pareja abandona el método el 4/09/2020. Se realizó un examen de PAP el 17/07/2017, teniendo un resultado negativo. Sobre los embarazos anteriores 3 embarazos previos, el primero fue cesárea, y los dos posteriores fueron partos vaginales en domicilio. El último parto fue el 20/04/2015, teniendo un periodo intergenésico de 6 años con el embarazo actual.

El embarazo actual es la 4ta gestación FUR: 06/02/2021 y FFP: 13/11/2021, teniendo como edad gestacional en el primer control de 8 semanas. El peso pregestacional 60 kilos y talla 147.5 cm, IMC de 27.6 siendo el diagnóstico de sobrepeso. Durante toda la gestación tuvo una ganancia de peso de 6 kilos. Se le realizó tamizaje de violencia intrafamiliar (VIF) teniendo un resultado negativo. Tuvo 9 controles prenatales durante toda su gestación, el cual fue atendido por Técnico en Enfermería, asistía de forma regular a los controles prenatales, las funciones vitales se conservaban dentro de los valores normales. La relación altura uterina y la edad gestacional no eran congruentes es así que a partir de la semana 27 de gestación tenía 17 cm de altura uterina (AU), semana 32 con 22 cm de AU, semana 35 con 26 cm, semana 36 con 26 cm y semana 37 con 27 cm. No se realizó el tamizaje de proteinuria desde las 20 semanas en adelante. Tuvo 3 visitas domiciliarias donde se realizó el 2do y 3er plan de parto a los 4 y 8 meses de gestación a cargo del personal Técnico en Enfermería. En relación al plan de parto en la pregunta ¿dónde se atenderá su parto? ella refiere en domicilio y atendido por personal de salud.

<b>ATENCIÓNES PRENATALES</b>	<b>ATENCIÓN 1</b>	<b>ATENCIÓN 2</b>	<b>ATENCIÓN 3</b>	<b>ATENCIÓN 4</b>	<b>ATENCIÓN 5</b>	<b>ATENCIÓN 6</b>	<b>ATENCIÓN 7</b>	<b>ATENCIÓN 8</b>	<b>ATENCIÓN 9</b>
<b>FECHA Y HORA DE ATENCIÓN</b>	9/04/2021	18/05/2021	18/06/2021	13/07/2021	20/08/2021	21/09/2021	12/10/2021	19/10/2021	26/10/2021
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	8 ss.	13 semanas	17 ss.	21 ss.	27 ss.	32 ss.	35 ss.	36	37
<b>PESO</b>	52.100	52.100	53.100	54.100	55.100	56.800	57.200	57.700	58.100
<b>TEMPERATURA</b>	36.2 °C	36.2°C	36.8 °C	36.7°C	37 °C	36.8°C	36.7°c	36.7°C	37.1°C
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	90/60	90/60	90/60	90/60	90/60	90/60	90/70	90/70	90/60
<b>PULSO</b>	72 x	72 x	75 x	76 x	72 x	75 x	79 x	75 x	78 x
<b>ALTURA UTERINA</b>	9 cm	15 cm	15 cm	16 cm	17 cm	22 cm	26 cm	26 cm	27 cm
<b>SITUACIÓN (L/T/NA)</b>	NA	NA	NA	L	L	L	L	L	L

<b>PRESENTACIÓN (C/P/NA)</b>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	C	C	C
<b>POSICIÓN (D/I/NA)</b>	NA	NA	I	D	I	I	I	I	I	I
<b>FCF</b>	NA	NA	140 x	141 x	139 x	142 x	139 x	141 x	140 x	140 x
<b>MOV. FETAL</b>	NA	NA	++	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
<b>PROTEINURIA</b>	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
<b>EDEMA</b>	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE
<b>REFLEJOS OSTEOTENDINOSO</b>	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++
<b>EXÁMEN PEZÓN</b>	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado
<b>IND. FIERRO/AC. FÓLICO</b>	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

<b>CONSUMIO HIERRO/AC. FÓLICO</b>	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
<b>INDIC. CALCIO</b>	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
<b>INDIC. AC. FÓLICO</b>	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
<b>CONSEJERÍA</b>	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
<b>EG -ECO</b>		SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
<b>PERFIL BIOFÍSICO</b>	NA	NA	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA
<b>CITA</b>	09/05/21	18/05/21	18/06/21	13/08/21	20/09/21	05/10/21	19/10/21	26/10/21	04/11/21
<b>VISITA</b>	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
<b>PLAN DE PARTO</b>	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
<b>ACOMPañAMIENTO</b>	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
<b>RESPONSABLE</b>	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.	TEC. ENF.

**Antecedentes:**

a) Personales:

- Cesareada anterior, 1 vez
- Partos domiciliarios, 2

b) Patológicos

- Ninguno

c) Gineco obstétrico

- Menarquia: 14 años
- Inicio de Relaciones Sexuales. 17 años, 1 pareja sexual
- FUR: 06/02/2021
- FPP: 13/11/2021
- G4:P3003: 4ta gestación
- 1 parto por cesárea
- 2 partos domiciliarios
- Periodo Intergenésico largo 6 años
- MAC: AOC, abandono por decisión de pareja
- PAP: 2017 resultado negativo

d) Embarazo actual.

- Ninguno

e) Familiares:

- Ninguno

f) Socioeconómicos

- Pobreza, distancia al puesto de salud de una hora caminando, no se cuenta con servicios básicos.

g) Alimentación

- No consumo de proteínas en forma diaria.

h) Hábitos nocivos

- Ninguno

### **3.1.1.2. Examen Físico:**

a) General: sin dato

b) Funciones vitales: Presión Arterial, Pulso, Temperatura y Frecuencia Respiratoria dentro de los valores normales

c) Piel y faneras: Hidratada

d) Cabeza: ojos, oídos, nariz, boca normal

e) Cuello: normal

f) Tórax: aparato respiratorio semiológicamente normal

g) Mamas: no dolorosas a la palpación

h) Cardiovascular: sin dato

i) Abdomen: blando

j) Genitourinario: no evaluado

k) Columna vertebral y extremidades. no evaluado

l) Linfático: no evaluado

m) Neurológico: Lucida

n) Extremidades inferiores: sin edema

o) Reflejos osteotendinosos: normal +++

### **3.1.1.3. Impresión diagnóstica:**

Diagnósticos de Sospecha:

1. Puérpera Inmediata
2. Atonía Uterina
3. Retención Placentaria, acretismo placentario

Diagnóstico Diferencial:

1. Trastorno de la coagulación

Diagnóstico Final:

1. Shock Hipovolémico,
2. Hemorragia Post Parto Inmediato
3. Retención Placentaria

### **3.1.1.4. Tratamiento y evolución:**

A través de la autopsia verbal realizada al esposo de la paciente se pudieron obtener los siguientes datos:

Paciente de 31 años de edad, multigesta (4 gestaciones), con antecedente de una cesárea previa (primer embarazo) y dos partos vaginales en domicilio (segundo y tercer embarazo), residencia en el caserío Nuevo Horizonte a 1 hora de distancia a pie, al establecimiento de salud Gosen, afiliada al SIS, con grado de instrucción primaria incompleta, estado civil conviviente, ama de casa y con de 39 semanas de gestación en el momento del suceso de los hechos.

El día 3 de noviembre del año 2021 al medio día ella manifiesta leves dolores de barriga lo cual se mantienen así durante todo el día, a partir de la 1 am del 4 de noviembre el dolor es más intenso por lo que solo esperan el parto.

A las 4:00 am del día 04 de noviembre del 2021, se produce el parto. Fue atendida por su esposo que es a su vez promotor de salud y su hija de 12 años, en su domicilio.

A las 4:15 am la paciente sintió que estaba sangrando de forma abundante, el esposo le cambia la ropa y de lugar porque había mojado todo de sangre (ropa y colcha).

A las 5:30 am al evidenciar sangrado abundante y que la placenta aún no salía, deciden enviar a su hijo a buscar al técnico de enfermería del puesto de salud, que se encuentra a una hora de distancia a pie. El hijo llega al Puesto de Salud, pero no encontró al personal técnico tampoco había forma de como comunicarse ya que el wifi del puesto de salud estaba apagado y regresa a su domicilio.

A las 8:30 am la paciente sigue eliminando coágulos de sangre y la placenta sigue retenida, aproximadamente a las 9:00 am su hijo busca a la partera, quien vive a una hora de distancia caminando, llegan a la casa de la partera, pero ella no puede ir a ver a la paciente y solo le envía “remedios” para el sangrado.

Según refiere el esposo, a las 9:50 am logran comunicarse con el técnico y él pide que trasladen a la paciente al Centro de Salud Huarango.

A las 11 am le dan de tomar los remedios que envió la partera, el sangrado se reduce un poco, pero persiste la retención placentaria, además la paciente se sentía agitada y pedía alcohol para oler.

Al medio día el esposo busca ayuda para trasladar a la paciente; con dificultad, porque los vecinos y familiares viven dispersos, no encontró ayuda a esa hora debido a que estaban trabajando en sus chacras.

A las 16:00 hrs el esposo quien además es promotor de salud le coloca una ampolla para el dolor, pero no recuerda el nombre. Con ayuda de algunos familiares hacen una camilla artesanal. A esa misma hora reúne a más familiares y amigos quienes ayudan en el traslado a la paciente y parten de la vivienda, la paciente en esos momentos estaba agitada, le faltaba el aire y tenía dolor de pecho, se encontraba en muy mal estado.

Durante el traslado, en el camino aproximadamente a las 17:00 hrs observan que la paciente no respiraba, había fallecido, por lo que deciden retornar a su domicilio.

#### **3.1.1.5. Exámenes auxiliares:**

Fecha 09 de abril 2021:

- Grupo y Factor: O Rh Positivo
- Prueba rápida de Sífilis: Resultado Negativo
- Prueba rápida VIH: Resultado Negativo
- Examen de orina: color: amarillo, Aspecto: ligero turbio, Densidad: 1020, Células Epiteliales: Regular cantidad por campo, Leucocitos: 03-04 por campo, Hematíes: 00-01 por campo, Otros, Bacterias abundante por campo.

Fecha 10 de abril 2021:

- Hemoglobina: 14.5 g/Dl

Fecha 20 de abril 2021:

- Ecografía Obstétrica: Gestación Única activa de 10 semanas 2 días +- 5 días

Fecha 12 de octubre 2021:

- Hemoglobina: 13.7 gr/dL

Epicrisis / Situación familiar

La paciente residía en el Caserío Nuevo Horizonte, ubicado a una hora de camino a pie hacia el puesto de salud de Gosen. El caserío tiene una población de 50 habitantes que viven en forma dispersa. La vivienda está construida a base de madera, no tienen servicios de agua, luz, desagüe, línea telefónica, solo cuentan con una red de agua entubada, la actividad económica es la agricultura y trabajos independientes en épocas de cosecha de café. Los alimentos lo adquieren de la

zona de Huarango, que está a una distancia de camino a pie de 6 horas llevando sus productos en mulas, debido a que el camino es accidentado y pedregoso.

### **3.2. Diagnóstico**

- Retención Placentaria
- Hemorragia Post Parto Inmediato
- Shock Hipovolémico

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

El presente Trabajo Académico, presentación de Caso Clínico, tuvo como objetivo general identificar los factores asociados que contribuyeron a desencadenar una muerte materna en el distrito Huarango, Cajamarca 2021. Se identificaron factores: Socioeconómicos, de servicios de salud y las demoras en la atención.

En relación a los factores socioeconómicos de riesgo tenemos que, la paciente solo contaba con primaria incompleta. A pesar de ello si sabía escribir y leer. Si bien es cierto existe una alta tasa de analfabetismo, así como la educación disminuye en zonas alejadas, se requiere muchos más estudios para determinar la relación, entre mortalidad materna y educación (17). Tal es así que en las zonas rurales de Varanasi -India el 45.5% de las mujeres que fallecieron eran analfabetas (18).

La paciente era de religión católica, sin embargo, primaba también en ella creencias sobre el consumo de hierbas medicinales ya que durante el evento acudieron a la casa de la partera para que pueda auxiliarla, pero no logro acudir, le envió un “remedio” a base de hierbas para calmar el sangrado vaginal. La religión es un factor que influye negativamente en la mortalidad, no solo por el efecto de la posición social de la mujer en algunos países sino por sus creencias y tradiciones perjudiciales en la salud, (17).

En una encuesta realizada el 64,4% (150/233) conocían las creencias y prácticas religiosas asociadas con la mortalidad materna, el 23,6% (55/233) no sabía y el 12% (28/233) decían que no estaban seguros si las creencias y prácticas religiosas puedan hacer que una mujer falleciera. En relación al consumo de brebajes a base de hierbas el 60,5 % de encuestados si sabía, el 16,3% no tenía conocimiento y el 23,2% no lo sabía (19).

La multiparidad fue otro de los factores encontrados ya que cursaba con su cuarta gestación: Un parto por cesárea y dos partos vaginales en domicilio, siendo uno de los factores más peligrosos que puede desencadenar una muerte materna, en mujeres de cualquier edad. Según el estudio de Gutiérrez de Alarcón (20) es un factor presente en el 61,9% de las gestantes fallecidas y en 27,9% de gestantes que egresaron con vida del establecimiento de salud.

Asimismo, otro factor encontrado tenemos que, en el caso clínico investigado, la mujer tenía 31 años de edad, comprendida dentro de la etapa adulta. La edad materna también es un predictor muy alto de muerte materna y considerado uno de los factores para considerar a la gestante como alto riesgo. Las edades más avanzadas tienen más riesgos de presentar alguna complicación en comparación con las adolescentes. En el caso de las mujeres añosas las complicaciones más frecuentes son la preeclampsia, anemia y RPM (21).

La paciente era condición conviviente, dato que se relaciona con el estudio realizado por Llerena Flores (22) el estado civil, juega un papel importante en el tamaño y la estructura familiar, siendo documentada por sociólogos, especialistas en demografía. Tenemos así que de un total de 33 defunciones maternas el 69.7% correspondían a mujeres convivientes y el 21.2% a mujeres solteras.

La condición de pobreza es uno de los factores limitantes para el acceso a múltiples servicios, de igual manera nuestra paciente pertenecía al Quintil I de pobreza que viene hacer un limitante para muchas mujeres para acceder a la educación formal y acceso a la salud (17). En el estudio de Figueroa Espinoza (23) se analizó una muestra de 7274 mujeres en edad fértil, reportó 1268 muertes maternas en el período comprendido entre 2015 al 2018, siendo uno de los

factores asociados el nivel de riqueza. Concluyó que el 19.8% de las mujeres que fallecieron eran muy pobre y el 17% eran pobres.

Los servicios básicos y la condición de la vivienda son condiciones necesarias para el desarrollo de una comunidad, el caserío Nuevo Horizonte donde vivía la paciente carece de servicios básicos como agua, luz, desagüe, telefonía, su casa construida a base de madera y piso de tierra, el consumo de agua es a través de una red de tuberías y no consumo de agua segura, su cocina a base de adobe y barro, utilizando la leña para preparar los alimentos.

Asimismo, los parámetros de vivienda son indispensables, así como el acceso al agua y servicios sanitarios, condiciones relacionadas a la aparición de riesgo de mortalidad materna. De 42 reportes de muerte materna, el 52,4% tuvieron vivienda propia, el 33,3% era alquilada y el 14,3% en vivienda familiar. En saneamiento básico, se caracterizaron por poseer en el 69% servicios de agua, 66,7% tenía luz, pero un 54,8% no contaban con servicio de desagüe (24).

La paciente vivía en una zona rural alejada, zona montañosa y rocosa con puentes artesanales que cruzan ríos, creados por la misma población, teniendo una distancia de más de 6 horas de camino a pie desde el sector Romerillo. Durante el trayecto no se encuentra ninguna vivienda, la primera vivienda está aproximadamente a una hora de llegar al caserío de Gosen, los víveres y alimentos son trasladados en caballo. Generalmente los pobladores salen del caserío los fines de semana con la finalidad de abastecerse.

Según datos de Correa Aquituari (25), el vivir en zonas rurales o urbanas crea desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la mortalidad materna. Tenemos que, las mujeres que fallecieron en los Hospitales de Iquitos el 53,8% procedían de zonas rurales y el 33,3% de zonas urbano marginal.

Según la autopsia verbal la paciente en el caso clínico reportado falleció camino hacia el establecimiento de salud, su parto se produjo en su domicilio, así como sus dos anteriores gestaciones, sin embargo, el traslado hacia el establecimiento de salud no fue oportuno desde que se identificó el riesgo.

En relación al lugar de ocurrencia del parto y fallecimiento materno se reportan en algunos estudios sobre la prevalencia de muerte materna, desglosándolos en grupos: parto en domicilio y que fallecieron 13,3%, en el traslado al hospital y que fallecieron fue de 31,5% y el 55,6% falleció en el hospital. Esta incidencia nos manifiesta que las pacientes llegan muy tarde para una atención eficaz, sobre todo en los países en desarrollo (17). Del mismo modo en el estudio de investigación de Inca Ruiz, Vinueza Orozco y León Isuasty de las 27 muertes maternas, el lugar donde ocurrió la mayor cantidad fue el Hospital Público 14% (n=14) en la casa 22% (n=6) y en el camino 11% (n=3). En el cantón Riobamba ocurrieron más muertes 62,96%, Guacamote 18,52% y Colta 11,11% (26).

Según lo investigado, tenemos a una gestante que acudió a su primer control prenatal (CPN) en el primer trimestre de gestación tuvo 9 controles prenatales, fue atendida por Técnico de Enfermería porque era el único personal contratado, no se le identificó los factores de riesgos que presentaba, se le realizó tres planes de parto en el cual manifestaba que quería que atiendan su parto en su domicilio a pesar de eso no se hizo un plan comunal para una referencia oportuna. El establecimiento de salud donde se realizaron los CPN fue construido por la comunidad a base de madera y piso de cemento, tiene tres ambientes (triaje, consultorio, farmacia) el establecimiento está en regular estado, debido a que la madera ya se está desgastando, cuenta con un equipamiento mínimo para la atención, es un establecimiento que no cumple con los criterios básicos de las Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias. Además, no cuenta con red de agua ni desagüe, solo tiene un baño acondicionado y una red de agua entubada proveniente de captaciones de los ríos. La luz y el internet es inestable debido a los cambios climáticos y fallas de los propios servicios que pueden durar semanas en reestablecerse.

En relación a ello tenemos que los estudios de muerte materna reportan que el 77 % de los casos tuvieron control prenatal y el 24% no recibió atención prenatal. Además de la importancia de la visita a la gestante, los estudios, nos dicen que las mujeres que fallecieron solo tuvieron una media de visita del 4.6 frente a 7.1 de aquellas que no terminaron en muerte materna. Es por ello la importancia del

control prenatal de calidad y educación a la madre sobre ello (17). El estudio de Villava Severino (27) encontró que el 68.3% de mujeres que fallecieron asistieron al control prenatal, el 30.2% tenía entre 4 a 6 controles, el 36.5% de estos controles se realizaron en centros y puestos de salud, iniciaron su control prenatal en el primer trimestre un 33.3% y en el segundo trimestre el 22.2 %, no se identificaron factores de riesgos en el 42.9%; en el 15.9% se identificaron alteraciones de peso, presión arterial y edemas y en el 14.3% se identificaron complicaciones como la anemia, baja de peso, infecciones del tracto urinario y síndrome de flujo vaginal. Las atenciones del control prenatal son actividades muy importantes para la identificación de los factores de riesgos y realizar un plan individual de trabajo con la gestante y la familia para evitar complicaciones futuras (27).

La percepción que tiene la población sobre los servicios de salud hace que ellos accedan a la atención, sin embargo, cuando se tienen los recursos mínimos no garantizan una atención de calidad, así tenemos al P.S. Gosen no cuenta con el equipamiento, infraestructura, acceso, servicios básicos y recursos humanos, suficientes para brindar una atención de calidad.

Cordero Rizo y Gonzales Guillermo nos manifiestan que la Seguridad en los Servicios de Salud, han incrementado el cuidado a la salud en relación a la seguridad y vigilancia, lo cual incentiva a que sean utilizados por la población. El acceso a los servicios de salud debe ser ilimitado, no solo para la atención del parto de una mujer sino para todas las etapas de su vida. El acceso continuo a los servicios de salud se debe a las experiencias previas, así como la comunicación dentro de la comunidad y hogar (17).

Según lo investigado en este caso clínico, en relación a las demoras de atención estuvieron presentes tres de las cuatro demoras, Demora I no identificaron las señales de alarma (sangrado vaginal y retención placentaria) a pesar que el tiempo entre las primeras contracciones hasta el momento del parto hubo un lapso de 16 horas, tiempo adecuado para trasladarla a otro establecimiento de mayor capacidad resolutiva y no lo hicieron. Una vez producido el parto presento

sangrado regular a los 15 minutos, después de hora y 30 minutos van a buscar al personal Técnico al establecimiento y hasta ese momento no salía la placenta, lamentablemente no había personal de salud, luego deciden buscar a la partera porque la placenta seguía retenida y había sangrado vaginal más frecuente hasta ahí habían transcurrido 5 horas posterior al parto.

Demora II: después de 8 horas de efectuarse el parto deciden pedir ayuda para trasladarla, en ese momento no se logró reunir a los pobladores debido a que viven en forma dispersa y todos cumplían faena en sus chacras,

Demora III después de 12 horas del parto logran trasladar a la paciente en una camilla artesanal con ayuda de los pobladores, la paciente estaba en mal estado general. A una hora de haber salido de su domicilio la paciente fallece.

Demora IV a pesar que la paciente en su estado nunca llegó al establecimiento de salud este tampoco cumple con las Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias para brindar una atención de calidad

En una investigación de 49 casos de muerte materna, el 87,8% estaba relacionado a la demora IV es decir conexas con el tratamiento médico dentro de los servicios de salud, debido a deficiencias en los servicios de promoción y prevención en un 63,2% seguido de la demora I con un 65,3% (28).

Del mismo modo Rengifo Saboya en su investigación en la Región Loreto de 232 muertes maternas ocurridas en los años 2012-2019, observo que la demora I ocupa el primer lugar con un porcentaje de 60,8% (141/232) seguido de la demora IV con 49,1% (114/232) (29).

## CONCLUSIONES

1. En el presente caso clínico se identificaron factores socioeconómicos y otros relacionados a los servicios de salud que contribuyeron a desencadenar la muerte materna de una paciente de 31 años de edad, multigesta, con antecedente de una cesárea previa, afiliada al SIS, de 39 semanas de gestación, que presentó un cuadro de shock hipovolémico por retención placentaria en un parto domiciliario atendido por familiar.
2. Los factores socioeconómicos que estuvieron presentes son la educación, paridad, pobreza, condiciones de la vivienda, área de residencia y lugar de ocurrencia, factores muy determinantes que estuvieron presentes en el entorno de la gestante y que fueron decisores para la ocurrencia del hecho.
3. Los factores de servicios de salud identificados fueron el Control Prenatal realizado por personal no capacitado, no se identificaron los factores de riesgos, número limitado de visitas domiciliarias. Al igual que el acceso a los servicios de salud y la capacidad resolutiva no fueron los adecuados.
4. Se identificó que, de las cuatro demoras, tres estuvieron presentes en el suceso, la primera demora, no identificaron los signos de alarma tanto la paciente como sus familiares, la segunda demora también fue

identificada, debido a que la toma de decisión fue inoportuna para el traslado hacia el establecimiento de salud, y la tercera demora, en el acceso al servicio de salud debido a causas geográficas que no contribuyeron a que la paciente pueda ser trasladada de manera segura y oportuna o que un familiar pueda buscar ayuda profesional.

## RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud: Realizar de manera sostenible capacitaciones constantes a agentes comunitarios para una vigilancia y referencia comunal oportuna, sensibilizar a la gestante y su entorno sobre los signos y señales de alarma, así como identificación oportuna de factores de riesgo asociados con la hemorragia obstétrica y poder anticiparse a eventos desfavorables.
2. A las autoridades locales: Siendo los factores socioeconómicos multicausales y de difícil abordaje ya que requiere una intervención a nivel de políticas gubernamentales, es importante una participación más activa en la prevención de la mortalidad materna de su región y proveer a la comunidad mejor acceso a los establecimientos de salud, así como provisión de casas de espera para las gestantes de zonas muy alejadas, así como medios para el traslado oportuno.
3. A la Red Integrada de Salud San Ignacio: La contratación de profesional obstetra para la atención de la gestante, así como la capacitación permanente del equipo básico de salud para mejorar la capacidad resolutive del establecimiento de salud.
4. A las autoridades tanto públicas, privadas, como de la sociedad civil, establecer un plan multisectorial que incluya proyectos de mejoras en relación a los factores más relevantes y así poder garantizar un mejor acceso a los servicios de salud, que contribuirán a mejorar la calidad de vida a la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaca KJD, Cordero G A. Morbimortalidad Materna. 2018; 13:434-440.
2. Cabrera C, Testa M, Gómez J, Galiffa D, Salas G. Evolución actual de la Mortalidad Materna. Rev Latin Perinat. 2019; 22 (3):174-79.
3. Marrón-Peña M. Mortalidad materna: un enfoque histórico. Mortalidad materna: un enfoque histórico. 2018;41(1):59–63. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)<http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>.
4. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017. 2019. Available from: [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)
5. Who int. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca. [Internet]. Ginebra: WHO. 19 de setiembre 2019 [cited 2022 Sep 30];1–6. Available from: <https://www.who.int/es/news/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>.
6. Camila G, Ruiz-Cabrejos J, Villacorta P, Castro A, Carrasco-Escobar G. Revertir cinco años de progreso: El impacto de la covid-19 en la mortalidad materna en Perú. 2021; 2:1-4.
7. Ayala PF, Zevallos EK. Boletín Epidemiológico Editorial: Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. 2021; 4:1-45. Available from: [www.inmp.gob.pe](http://www.inmp.gob.pe).
8. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú 2020. 2020; 29:748–786. Available from: [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe).
9. Malaver SR, Ñuflo VS. Análisis de Situación de Salud ASIS-2018 Cajamarca. 2019:1-195.
10. Zavaleta GV, Rabines CC. Situación Epidemiológica de Muertes Maternas 2022. Available from: [epicajam@dge.gob.pe](mailto:epicajam@dge.gob.pe).
11. UNFPA. Madre Rica, Madre Pobre: Los Factores Sociales Determinantes de la Muerte y la Discapacidad Maternas. 2012:1-8. Available from: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).
12. Voto L, Casale R, Basanta N, Fabiano P, Lukeštik J, Tissera R et al. Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2019 Hemorragia Postparto. 2019;1-40.
13. Guevara RE, Sánchez GA, Luna FAM, Ayala PFD, Mascaró SPA, Carranza ACA, et al. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018; 2:1-536.
14. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero GM, Enríquez GO. Hemorragia del Postparto. Principales Etiologías, su Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(6) 993-1003.
15. Rivera FS, Chacón GC, Gonzales CA. Hemorragia posparto primaria; diagnóstico y manejo oportuno. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(6): e512.

16. Acelas-Granados DF, Oróstegui A, Alarcón-Nivia MA. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestante sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev chil obstet ginecol.* 2016;81(3):181-188.
17. Cordero RMZ, González GJ. Factores Socio Económicos y de Servicios de Salud Asociados con la Mortalidad Materna: una Revisión. *Rev cienc biomed.* 2011;2(1): 77-85.
18. Kalpana K, Ratán KS, Manushi S, Purwar N. Maternal mortality in rural Varanasi: Delays, causes, and contributing factors. 2019; 44(1):26–30.
19. Yarney L. Does knowledge on socio-cultural factors associated with maternal mortality affect maternal health decisions? A cross-sectional study of the Greater Accra region of Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019; 19:1–12.
20. Gutiérrez ARD. Mortalidad materna un problema multifactorial de salud pública-Hospital Belén de Trujillo. [Tesis para optar el grado académico de Doctora en Salud Pública]. Trujillo: UNT. 2021.
21. Ayala-Peralta FD, Berrocal MOA, Guevara RE, Luna FA, Carranza AC, Limay ROA. Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes. *Rev Perú Investig Matern Perinat.* 2017;6(1):41–45.
22. Llerena FJ. Factores asociados a la mortalidad materna en el hospital María Auxiliadora durante el año 2011-2015. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: URP; 2017.
23. Figueroa EAR. Impacto económico y factores asociados a la mortalidad materna en Perú: en el marco de la encuesta de demografía y salud familiar (ENDES) 2015-2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: URP; 2021.
24. Miranda RTM. Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca. 2010 - 2015. [Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias]. Cajamarca: UNC; 2018.
25. Correa AGP. Factores de riesgos asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Loreto: UCP; 2019.
26. Inca RGP, Vinuesa OMG, León IMC. Caracterización de la muerte materna en la provincia de Chimborazo 2013-2017. 2019; 10(2): 5-13. Available from: <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn>.
27. Villalva SCB. Factores socioeconómicos, culturales y de servicios de salud, asociados a la mortalidad materna en la Dirección de Salud IV Lima Este 2012-2015. [Tesis para optar el grado Maestría en Salud Pública con Mención en Epidemiología]. Lima: UFV; 2018.
28. Álvarez-Sierra SP. Delays related to maternal mortality in the department of Santander from 2012 to 2015. *Rev Salud Pública.* 2018; 20(6): 699-706.
29. Rengifo ST. Las cuatro demoras como causantes de la muerte materna en la Región Loreto entre los años 2012-2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Iquitos: UNAP: 2021.

## ANEXOS

### CAMINO A GOSEN



CAMINO A GOSEN



## REUNIÓN CON AUTORIDADES PUESTO DE SALUD GOSEN



