

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA
CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
PAHUARA PLAZA KEYLA SOLANGE**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ICA – PERÚ

2022

ASESOR

MG. MALLMA SOTO JOSE CARLOS

AGRADECIMIENTO:

Agradezco al director del Hospital Santa María del Socorro por permitirme realizar el presente estudio, al jefe del área de estadística y a la jefa de Ginecología y Obstetricia por facilitarme la recolección de datos.

DEDICATORIA:

Dedico esta tesis a la Virgen de Chapi por guiarme a lo largo de mi vida y de esta bonita carrera, por brindarme salud, sabiduría, fortaleza, capacidad y paciencia para terminar mis metas.

A mis padres por ser mi pilar esencial, apoyarme en mis decisiones e inculcarme buenos principios y valores desde pequeña, motivarme a seguir adelante por más caídas que haya tenido, confiar y creer en mí y sobre todo por su amor.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad San Juan Bautista, por haberme brindado sus conocimientos a lo largo de esta carrera.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Metodología. Investigación de tipo analítico, observacional, transversal, retrospectiva, de nivel relacional, en 87 casos (Gestantes con corioamnionitis) comparados con 174 controles (Gestantes sin corioamnionitis). **Resultados:** En la muestra de estudio 41 (15,7%) eran prematuros, 26 (10%) tuvieron retención de restos placentarios, 15 (5,7%) tuvieron endometritis, 22 (8,4%) nacieron con Apgar menor de 7 tomados a los 5 minutos de nacer, 8 (3,1%) tuvieron sepsis neonatal y 79 (30,3%) nacieron por cesárea. Los recién nacido de madres con corioamnionitis tienen más probabilidad de nacer prematuros (22) 53,7% que a término (65) 29,5% con $p= 0,003$ OR=2,76 (IC95%:1,4-5,4). Presentar retención de restos placentarios (14) 53,8% que no tener retención de restos placentarios (73) 31,1%, con $p= 0,019$ OR= 2,6 (IC95%: 1,1 -5,9). Tener endometritis (10) 66,7% que no presentar endometritis (77) 31,3%, con $p= 0,005$ OR= 4,4 (IC95%: 1,5 -13,3). Tener neonatos con Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacer (12) 54,5% que nacer con Apgar de 7 a más (75) 31,4%, con $p= 0,027$ OR= 2,6 (IC95%: 1,1 -6,3). Tener niños con sepsis neonatal (6) 75% que no presentar sepsis neonatal (81) 32%, con $p= 0,011$ OR= 6,4 (IC95%: 1,3 -32,3). Tener parto por cesárea (41) 51,9% que parto vaginal (46) 25,3%, con $p= 0,000$ OR= 3,2 (IC95%: 1,8 -5,5).

Conclusiones: Las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis son la retención de restos placentarios, la endometritis, el Apgar bajo, la sepsis neonatal y el tipo del fin del parto en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Palabras clave: Complicaciones maternas perinatales, corioamnionitis.

ABSTRACT

Objective: To identify the maternal and perinatal complications associated with chorioamnionitis in patients treated at the Santa María del Socorro Hospital in Ica 2021.

Methodology. Analytical, observational, cross-sectional, retrospective, relational level research, in 87 cases (Pregnant women with chorioamnionitis) compared with 174 controls (Pregnant women without chorioamnionitis). **Results:** In the study sample, 41 (15.7%) were premature, 26 (10%) had retained placental remains, 15 (5.7%) had endometritis, 22 (8.4%) were born with Apgar score less than 7 taken within 5 minutes of birth, 8 (3.1%) had neonatal sepsis, and 79 (30.3%) were delivered by cesarean section. Newborns of mothers with chorioamnionitis are more likely to be born premature (22) 53.7% than at term (65) 29.5% with $p= 0.003$ OR=2.76 (95% CI: 1.4-5.4). Present retention of placental remains (14) 53.8% than not having retention of placental remains (73) 31.1%, with $p= 0.019$ OR= 2.6 (95% CI: 1.1 -5.9). Having endometritis (10) 66.7% than not presenting endometritis (77) 31.3%, with $p= 0.005$ OR= 4.4 (95% CI: 1.5 -13.3). Having newborns with Apgar score less than 7 at 5 minutes of birth (12) 54.5% than being born with Apgar scores of 7 or more (75) 31.4%, with $p= 0.027$ OR= 2.6 (95% CI: 1 .1 -6.3). Having children with neonatal sepsis (6) 75% who do not present neonatal sepsis (81) 32%, with $p= 0.011$ OR= 6.4 (95% CI: 1.3 - 32.3). Having cesarean delivery (41) 51.9% than vaginal delivery (46) 25.3%, with $p= 0.000$ OR= 3.2 (95% CI: 1.8 -5.5).

Conclusions: Maternal and perinatal complications associated with chorioamnionitis are retention of placental remains, endometritis, low Apgar, neonatal sepsis and the type of end of labor in patients treated at the Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Keywords: Maternal perinatal complications, chorioamnionitis.

INTRODUCCIÓN

La corioamnionitis se define como una inflamación aguda de la membrana placentaria (amnios y corion), de origen infeccioso con infección del Líquido amniótico, y por ende del feto, cordón umbilical. Su prevalencia se estima en 1-2% en los partos a término y 5-10% en los partos pretérmino¹.

La corioamnionitis es considerada como la segunda causa de muerte neonatal en la mitad del embarazo y es responsable de un mayor porcentaje de nacimiento prematuro y efectos posteriores en los recién nacidos causados por la prematurez del recién nacido¹.

Es una causa importante de morbilidad materna y fetal, como endometritis, sepsis, dificultad respiratoria, riesgo de sangrado posparto, mayor incidencia de histerectomía, necesidad de ingreso en UCI y mayor tasa de mortalidad materna, puntuaciones en la prueba de Apgar son más bajas y mayor probabilidad de hemorragia intracraneal grado III-IV con cambios en el neurodesarrollo².

Por lo que su prevención es de suma importancia a fin de evitar complicaciones severas y la mortalidad materna y perinatal.

Se desarrolló este estudio con el objetivo de: Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

La investigación se desarrolló por capítulos, presentándose la problemática, objetivos y justificación en el capítulo I, el marco teórico con la revisión de antecedentes con actualización a los últimos 5 años, así como definir las hipótesis y variables en el capítulo II, el diseño metodológico, tipo y nivel de la investigación, así como definir la población y muestra, técnicas de recolección de datos y de manejo estadísticos en el capítulo III, los resultados y la discusión se presentan en el capítulo IV y finalmente en el capítulo V se indican las conclusiones y recomendaciones así como la bibliografía y los anexos.

ÍNDICE	Pág
CARATULA	
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitación del área de estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
1.6. Objetivos	4
1.6.1. Objetivo General	4
1.6.2. Objetivos Específicos	5
1.7. Propósito	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes bibliográficos	6
2.2. Bases Teóricas	10
2.3. Marco conceptual	20
2.4. Hipótesis de la Investigación	21
2.4.1 Hipótesis general	21
2.4.2. Hipótesis específicas	21
2.5. Variables	22

2.5.1. Variables dependientes	22
2.5.2. Variable independiente	22
2.6. Definición operacional de variables	22
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Diseño metodológico	24
3.1.1. Tipo de investigación	24
3.1.2. Nivel de investigación	24
3.2. Población y muestra	24
3.2.1. Población	24
3.2.2. Muestra	24
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.3.1. Técnicas	26
3.3.2. Instrumentos	26
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos	26
3.5. Diseño y esquema de análisis de datos	26
3.6. Aspectos éticos	26
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	29
4.2. DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	37
5.2. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	43
Operacionalización de las variables	44
Matriz de consistencia	47
Instrumento	50
Juicio de expertos	52
Consentimiento informado	55
Constancia de Aprobación por el Comité de Ética	57
Gráficos	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	29
Tabla N° 2. El parto pretérmino como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	30
Tabla N° 3. Retención de restos placentarios como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	30
Tabla N° 4. La endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 20214.1.	31
Tabla N° 5. El Apgar bajo como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	31
Tabla N° 6. La sepsis neonatal como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	32
Tabla N° 7. Tipo del fin del parto como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	58
Gráfico N° 2. El parto pretérmino como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	58
Gráfico N° 3. Retención de restos placentarios como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	59
Gráfico N° 4. La endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.1.	59
Gráfico N° 5. El Apgar bajo como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	60
Gráfico N° 6. La sepsis neonatal como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	60
Gráfico N° 7. Tipo del fin del parto como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021	61

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos N° 1. Operacionalización de las variables	44
Anexos N° 2. Matriz de consistencia	47
Anexos N° 3. Instrumento	50
Anexos N° 4. Juicio de expertos	52
Anexos N° 5. Consentimiento informado	55
Anexos N° 6. Constancia de Aprobación por el Comité de Ética	57
Anexos N° 7. Gráficos	58

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La ruptura prematura de membranas corioamnióticas antes del comienzo del trabajo de parto ocurre en 1% a 3% de los embarazos y es responsable de alrededor de un tercio de todos los partos prematuros, incrementando la morbilidad y mortalidad neonatal.

La corioamnionitis o infección ovulatoria clínica se caracteriza por la presencia de síntomas febriles de origen uteroplacentario asociados con dolor a la palpación del útero, taquicardia materna y fetal. Secreciones uterinas turbias y glóbulos blancos elevados en la sangre materna¹.

Uno de los principales riesgos asociados con la ruptura prematura de membranas es la posibilidad de infección de la cavidad y del líquido amniótico lo que provoca corioamnionitis histológica y, por tanto, el síndrome de reacción inflamatoria del feto, que se asocia a condiciones patológicas neonatales (hemorragia cerebral, parálisis intracraneal, sepsis, neumonía, enterocolitis necrosante y muerte)¹.

La mayoría de las roturas prematuras de membrana son cuando la gestación tiene más de 37 semanas, el parto se produce espontáneamente en las siguientes 24-48 horas en el 60%-95%. Más raro es el parto prematuro de la membrana, que complica el 2-4% de todos los embarazos únicos y el 7-20% de los embarazos gemelares.

Debido a que los límites de viabilidad fetal han disminuido en los últimos años, la corioamnionitis cobra mayor importancia. La incidencia de corioamnionitis es del 90% para partos prematuros, del 40% para gestaciones de 24 a 28 semanas y de un 10% para embarazos a término². Además, se ha demostrado que el riesgo de desarrollar parálisis cerebral en bebés prematuros con corioamnionitis clínica es de dos a tres veces mayor que en ausencia de esta infección².

Su prevalencia se estima en 1-2% para nacimientos a término y 5-10% para nacimientos prematuros a nivel de Latinoamérica. En Perú, ocurre en el 1-2% de todos los embarazos y con mayor frecuencia en el parto prematuro^{3,4}.

Respecto a las enormes repercusiones en la salud materna y perinatal de la corioamnionitis, y al ser una patología observada en el internado médico es que se desarrollara esta investigación para ampliar el conocimiento sobre la base de datos locales que aclararán las complicaciones atribuidas a esta patología que podrían haber sido prevenida con un control de la gestación adecuada. Además, que no se encuentran estudios actualizados sobre el tema en ninguno de los hospitales de la región por lo que sus resultados serán novedosos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

1.2.2. Problemas específicos

¿Es el parto pre término una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

¿Es la retención de restos placentarios una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

¿Es la endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

¿Es el Apgar bajo una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

¿Es la sepsis neonatal una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

¿Es el tipo del fin del parto una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?

1.3. Justificación

Se justifica el desarrollo del estudio debido a que se trata de una patología completamente prevenible que tiene efectos graves en la salud de los niños con riesgo de daño cerebral, sepsis, infecciones oculares que tendrán repercusiones a inmediato, mediano y largo plazo, por lo que incidir en las complicaciones a que se asocia esta patología servirá a los profesionales de la salud a fin de protocolicen los tratamientos de las gestantes con corioamnionitis, previniendo complicaciones graves de esta patología.

Importancia

Relevancia metodológica. El estudio es relevante metodológicamente en razón de que se desarrolla de manera sistemática, evitando sesgos de información por lo que sus resultados son objetivos y de utilidad para el avance de la ciencia.

Relevancia social. El estudio se enfoca en una problemática que involucra a la madre y al niño, por lo que estudiar este tema beneficiará directamente a la salud materna y del niño, al que les permitirá tener una vida plena sin limitaciones por las complicaciones de la corioamnionitis.

Relevancia práctica. Los resultados de este estudio serán compartidos con la comunidad científica, pues servirá de punto de partida para intervenciones tendientes a evitar el desarrollo de complicaciones por corioamnionitis.

Relevancia teórica. La investigación contribuye a un mejor conocimiento de la realidad de los efectos de la corioamnionitis en la salud de la madre y del niño, ampliando las teorías hasta ahora disponibles sobre la base de la evidencia.

Viabilidad.

El trabajo de investigación fue viable técnicamente pues se dispuso de la suficiente muestra para tener resultados contundentes, además el procesamiento de los datos fue bajo la asesoría metodológica y científica de profesionales dispuestos por la Universidad San Juan Bautista. Éticamente fue posible pues no se produjo daños a los participantes por que el estudio es sobre sus historias clínicas, no existiendo conflicto de intereses. Económicamente fue autofinanciada por la investigadora.

1.4. Delimitación del área de estudio

- Delimitación espacial. El estudio se desarrolló en el Hospital Santa María del Socorro específicamente en el área de Gineco-obstetricia y estadística ubicado en Calle Castrovirreyna 759, N°11002
- Delimitación temporal. El estudio se realizó sobre los casos ocurridos en el año 2021.
- Delimitación social. La investigación realizó en los pacientes que tuvieron parto por cesárea o vía vaginal en el año 2021.
- Delimitación conceptual. La investigación se orientó a identificar las principales complicaciones de la corioamnionitis en la madre y el niño.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de la investigación fueron el acceso a los datos que muchas de las historias clínicas no contaban con los datos completos por lo que seleccionar las historias clínicas adecuadas prolonga y dificulta la investigación. Además, que los resultados pertenecen a una realidad que podría ser diferente a otras realidades.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

1.6.2. Objetivos Específicos

Precisar si el parto pre término es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Valorar si la retención de restos placentarios es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Determinar si la endometritis es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Verificar si el Apgar bajo es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Determinar si la sepsis neonatal es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

Establecer si el tipo del fin del parto es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021.

1.7. Propósito

La investigación tuvo como propósito identificar las complicaciones que están asociadas a la presencia de corioamnionitis en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2021.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes bibliográficos

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Ortiz R⁵. En su estudio sobre complicaciones neonatales que se asocian a la corioamnionitis histológica en gestantes con parto pretérmino espontáneo en un Hospital de alta complejidad de Colombia 2020 cuyo objetivo es establecer un vínculo entre las complicaciones neonatales y el diagnóstico de corioamnionitis pre término en pacientes con parto prematuro espontáneo. Métodos: Se incluyeron 160 pacientes con parto pretérmino espontáneo con un estudio retrospectivo, los resultados son: La prevalencia de corioamnionitis pre término es del 69% (IC 95%: 61-76). Cuando se distribuye por edad gestacional, 87% (IC 95%: 66-97) para menos de 28 semanas, 82% (IC 95%: 69-91) para 28-34 y 56% (IC95%: 45-67). La corioamnionitis de 28-34 semanas a >34 semanas se asocia con inicio temprano de sepsis neonatal ($p < 0,05$). El peso del recién nacido > 2000 g se asocia con sepsis neonatal ($p < 0,05$). Conclusiones: La prevalencia de corioamnionitis pre término es alta, predominando la edad gestacional baja, y se asocia a complicaciones neonatales como la sepsis neonatal.

Ferrer Montoya R⁶. En su estudio repercusión de la corioamnionitis en la sepsis materna y neonatal temprana en Cuba en el 2020, cuyo objetivo fue: conocer las complicaciones de la corioamnionitis en la salud del niño. Método: Estudio transversal, retrospectiva, descriptivo, observacional cuantitativa de revisión sistemática, los resultados fueron: La incidencia de parto prematuro es mayor que la de embarazo a término. Esta es una de las tres causas principales de infecciones de membrana antes del embarazo, cuando ocurre ruptura prematura de membrana. Conclusión: Los efectos en la madre incluyen parto prematuro, sangrado posparto, leucomalacia periventricular y sepsis.

Godoy Torales GM⁷. En su estudio sobre sepsis neonatal en embarazos a término que tienen corioamnionitis, en un hospital de Paraguay en el 2021 cuyo objetivo principal fue precisar la prevalencia de sepsis neonatal en hijos de gestantes con corioamnionitis. Metodología: Estudio observacional y descriptivo transversal. Resultados: 71 recién nacidos a término cumplieron los criterios de selección. La ruptura prematura de membranas de más de 18 horas se presentó en el 47,8%, y el parto por cesárea ocurrió en el 35,2%. sufrimiento fetal agudo con Apgar bajo en 17 pacientes equivalente a 69,8%. La sepsis neonatal se presentó en el 15,4%. Conclusión: La sepsis neonatal ocurrió en el 15,4% con depresión nerviosa.

Macías Carranza, F⁸. En un trabajo realizado sobre correlación entre corioamnionitis en partos pretérminos y resultados microbiológicos e histopatológicos en el Hospital Alfredo G. Paulson del Ecuador en el 2019, la finalidad de este estudio es demostrar la presencia de corioamnionitis como causa de nacidos prematuros. Metodología. Se trata de un estudio observacional, prospectivo, analítico y comparativo de gestantes entre las semanas 27 y 36 de gestación. Resultados: El examen histopatológico de 99 placentas y membranas fetales confirmó la presencia de inflamación o corioamnionitis en 81 casos (81,8%). Los cultivos bacterianos fueron positivos en 27 de 99 casos (27,3%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la aparición de corioamnionitis histológica y la edad gestacional entre 32-33 semanas de gestación ($p = 0,0001$) y 34-36 semanas de gestación ($p = 0,0001$). Concluyéndose que existe una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de corioamnionitis y la presencia de cultivos positivos ($p = 0,004$) y recién nacidos prematuros.

Venkatesh K⁹. En su estudio sobre asociación de corioamnionitis y resultados maternos adversos: un estudio de cohorte en Cuba en el 2018. Finalidad: Investigar la asociación entre la corioamnionitis y su duración y los desenlaces adversos de la madre según el tipo de trabajo de parto. Diseño de estudio de cohorte retrospectivo. población. Partos únicos de más de 23

semanas de gestación. Resultados. La corioamnionitis se asoció con mayores probabilidades de resultados adversos maternos complejos asociados como el parto por cesárea (odds ratio ajustado 2,31, IC del 95 % 1,97–2,71). Y la asociación persistió independientemente de si hubo inducción del trabajo de parto, parto prematuro o colonización materna por estreptococos del grupo B. El resultado adverso más común es la endometritis 38,6%. La duración de la corioamnionitis como exposición no cambió la asociación entre la corioamnionitis y el resultado materno adverso. Conclusión. La corioamnionitis se asoció con mayores probabilidades de resultados adversos maternos como la cesárea.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Juárez Montero, D¹⁰. En un estudio sobre complicaciones maternas en gestantes a término con rotura prematura de membranas - Hospital I Uldarico Roca Fernández 2019 cuyo objetivo general fue precisar las complicaciones maternas de gestantes con rotura prematura de membranas. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 94 gestantes. Resultados: Durante el período de estudio hubo un total de 340 gestantes, el 99,3% tuvo parto a término y el 21,9% presentó ruptura prematura de membranas. 2,1% presentaron corioamnionitis, 4,3% endometritis puerperal y 2,1% infecciones puerperales. Conclusiones: Las complicaciones maternas de las gestantes con ruptura prematura de las membranas son corioamnionitis, endometritis puerperal.

De la Cruz-Dávila C¹¹. En su estudio sobre resultados perinatales de embarazos con corioamnionitis en un hospital de nivel III de Lima, 2018 tuvo como propósito fue Indicar el resultado perinatal de la corioamnionitis. Materiales y Métodos: Estudio Descriptivo, Transversal y Retrospectiva, en recién nacido cuya madre tuvo corioamnionitis. Se seleccionaron 361 pacientes. Resultados: El efecto más frecuente fue parto prematuro en el 51,5%. La vía de parto más frecuente fue la cesárea (85,0%). Sepsis

neonatal se presentó en el 56,2%. Conclusión: La corioamnionitis tiene graves consecuencias para los recién nacidos y se asocia a múltiples condiciones patológicas siendo la más frecuente el parto pre término y por cesárea.

Guillén N¹². En un estudio sobre riesgo de daño cerebral en prematuros de menos de 34 semanas de madres que tuvieron corioamnionitis histológica, en Lima, Perú 2020 tuvo como propósito fue evaluar el riesgo de daño cerebral en bebés prematuros <34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica (CAH). Se realizó un estudio de cohorte. Se incluyeron bebés prematuros <34 semanas de edad de quienes se examinó histopatológicamente la placenta. Resultados: Se estudiaron 85 prematuros, el 47,1% fue de sexo femenino y la edad gestacional promedio fue de 30,9 semanas. El 42% (36/85) nació expuesto a corioamnionitis. La ruptura temprana de la membrana fue la principal causa de sepsis, que se asoció con daño neurológico en el recién nacido con Apgar bajo al nacer. La corioamnionitis se asocia con daño neurológico durante la primera semana (RR = 2,11; IC 95%: 1,09-4,11) y 7-30 días después del nacimiento (RR = 2,72; IC 95%: 1,07-6,88). Conclusión. La corioamnionitis fue un factor de riesgo para desarrollar lesiones cerebrales en prematuros <34 semanas.

Farromeque Eyzaguirre, A¹³. En su estudio sobre corioamnionitis, infección de vías urinarias y ruptura prematura de membranas asociada a sepsis neonatal, Chimbote 2019, el propósito de este estudio fue determinar la asociación de corioamnionitis, ITU y RPM > 18 horas como factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana. Metodología: analítico, observacional transversal con diseño de casos y controles. Entre los factores de riesgo del estudio que mostraron asociación RPM > 18 horas, fue la corioamnionitis con complicaciones en la gestante y el niño produciendo una mayor frecuencia de sepsis neonatal.

Pellanne Aro, J¹⁴. En un estudio sobre variación del perímetro cefálico en prematuros de menos de 34 semanas de gestación con antecedente de corioamnionitis histológica Lima Perú 2020, tuvo como objetivo: Investigar

los cambios en la circunferencia de la cabeza (HC) de los bebés prematuros <34 semanas expuestos a la corioamnionitis histológica (CAH). Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Resultados: Se incluyeron 91 prematuros. El 41,8% (38/91) tenían CAH. La circunferencia de la cabeza promedio al nacer en los expuestos fue de 27,7 cm y en los no expuestos fue de 28,3 cm ($p = 0,03$). La corioamnionitis CAH estaba asociado con el retraso del crecimiento del perímetro cerebral ($p = 0,001$). Conclusión: corioamnionitis se asocia con una disminución de la circunferencia craneal con parto prematuro.

Hermoza Aguirre, J¹⁵. En un estudio sobre prevalencia de sepsis neonatal temprana y factores que se asocian en el Hospital III Es Salud Puno 2017, El propósito general fue explicar las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y los factores asociados a la sepsis neonatal temprana. Como resultado, la prevalencia fue del 4,4%. Los factores de riesgo asociados a sepsis neonatal fueron Rotura prematura de membranas (OR: 74,25, IC: 6,34-2054, $p: 0,000001$); Infección de vías urinarias (OR: 40,5, IC: 4,4) -934, $p: 0,000009$); Corioamnionitis (OR: 135, IC: 5,27-2090, $p: 0,000004$), Infección vaginal (OR: 63, IC: 4,55-2014, $p: 0,00001$). se concluyó que la prevalencia fue de 4,4%, y los factores relacionados fueron edad materna < 29 años, no control prenatal, ruptura prematura de membranas, infección de vías urinarias, corioamnionitis, e infección vaginal.

2.1.3. Antecedentes locales

No se encontraron estudios relevantes en la web.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Corioamnionitis

La corioamnionitis (CA), una inflamación aguda de la membrana amniótica y el corion, e indica infección intraamniótica, aunque puede ocurrir en ausencia de una infección detectable. Así mismo, la corioamnionitis histológica identificada por examen patológico de la placenta puede estar presente en

ausencia de corioamnionitis clínica, que se diagnostica principalmente por fiebre materna^{1,16}.

En mujeres embarazadas, la corioamnionitis es consecutivo a una infección del tracto reproductivo las que vía ascendente infecta las membranas y el líquido amniótico, así como la placenta y al feto en presencia de rotura de la membrana amniótica causando complicaciones graves tanto en la madre como en el feto. Por ello, la falta de seguimiento, falta de vigilancia y falta de concientización de las mujeres embarazadas pueden generar estos problemas y agravarlo¹⁷.

La corioamnionitis o infección intraamniótica entendida como inflamación aguda de la placenta y el corion, generalmente debida a una infección bacteriana polibacteriana ascendente en ruptura prematura de las membranas, puede ocurrir con membranas intactas, especialmente cuando se asocia con las especies de ureaplasma y mycoplasma hominis que se encuentran en el tracto genital inferior en más del 70% de las mujeres. La diseminación hematógena rara vez está involucrada en la corioamnionitis, como ocurre en caso de infecciones por *Listeria monocytogenes*².

Epidemiología. La incidencia de corioamnionitis es mayor en presencia de parto prematuro que en la del embarazo a término. Es una de las tres principales causas de interrupción prematura del embarazo y está presente en el 75% de las gestantes que dan a luz en caso de ruptura prematura de membranas (RPM), mientras que, en el embarazo a término, la corioamnionitis ocurre en presencia de ruptura prematura de membranas y complica alrededor del 4% de los partos prematuros⁸.

El término "corioamnionitis clínica" se refiere a una entidad diagnosticada por fiebre (> 37,8 °C) y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna (> 100 latidos/min), leucocitosis materna, recuento de glóbulos blancos (GB) > 15.000 células/mm³, sensibilidad uterina, taquicardia fetal (> 160 latidos/minuto) y líquido amniótico maloliente⁸.

En general, del 1% al 4% de los nacimientos en los Estados Unidos tienen corioamnionitis. Sin embargo, la frecuencia de corioamnionitis varía

significativamente según los criterios de diagnóstico, los factores de riesgo específicos y la edad gestacional⁸.

La corioamnionitis complica hasta el 40% al 70% de los partos prematuros con ruptura prematura de membranas, y del 1% al 13% de los partos a término. El 12% de los partos por cesárea se debe a corioamnionitis clínica, y la indicación más frecuente de parto por cesárea en estos casos suele ser la falta de progresión del trabajo de parto tras la rotura de membranas¹.

La corioamnionitis representa el diagnóstico más frecuente de los informes de patología placentaria y generalmente se cree que representa la presencia de infección intraamniótica o síndrome de infección del líquido amniótico. Sin embargo, la corioamnionitis aguda, que puede ocurrir con "inflamación intraamniótica estéril" que ocurre en ausencia de microorganismos demostrables. Por lo tanto, la corioamnionitis aguda es evidencia de inflamación intraamniótica, no de infección intraamniótica^{1,2}.

Se estima que del 1 al 5% de los fetos de más de 35 semanas de gestación nacen de madres con corioamnionitis, pero la incidencia reportada en la literatura varía ampliamente según la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. La corioamnionitis es un factor de riesgo para complicaciones a corto y largo plazo (tales como, sepsis neonatal, displasia broncopulmonar, leucomalacia periventricular y parálisis cerebral)^{1,2}.

Síntomas clínicos. Los principales hallazgos clínicos asociados con la corioamnionitis clínica incluyen fiebre, sensibilidad de la cavidad uterina, taquicardia materna (> 100 / min), taquicardia fetal (> 160 / min) y líquido amniótico purulento de mal olor. La fiebre materna es la manifestación clínica más importante de la corioamnionitis^{2,18}.

La fiebre está presente en el 95-100% de los casos de corioamnionitis clínica y suele ser necesaria para el diagnóstico. La anestesia epidural enmascara signos de corioamnionitis, como dolor a la palpación del fondo uterino. Los fármacos administrados durante la anestesia epidural pueden dar un diagnóstico falso pues se puede producir taquicardia materna o fetal y por tanto confunde con corioamnionitis^{18,20}.

La taquicardia materna (> 100 lpm) y la taquicardia fetal (> 160 lpm) ocurren con frecuencia en la corioamnionitis y se han informado en 50-80% y 40-70% de los casos, respectivamente. La taquicardia puede estar presente en ausencia de corioamnionitis y requiere una evaluación cuidadosa de una etiología alternativa. Los medicamentos como la efedrina, los antihistamínicos y los agonistas beta pueden aumentar la frecuencia cardíaca de la madre o el feto. Sin embargo, la combinación de fiebre materna y taquicardia materna y/o fetal sugiere fuertemente una infección intrauterina y debe tratarse en consecuencia. Además de las medidas objetivas de fiebre materna y taquicardia, otros signos de corioamnionitis son altamente subjetivos como el flujo vaginal turbio y mal oliente^{18,20}.

Se han informado olor desagradable del líquido amniótico en solo el 4-25% de los casos de corioamnionitis. La hipersensibilidad en el contexto del trabajo de parto es difícil de interpretar y puede enmascarse con analgésicos o confundirse con el dolor asociado con el desprendimiento de placenta. Es probable que la supuración o el hedor del líquido amniótico estén asociados con una infección grave o prolongada y pueden ser un signo importante de diagnóstico de corioamnionitis, en cualquier caso, el médico puede evaluarlo²¹.

La corioamnionitis, que es asintomática por definición, no presenta los signos clínicos anteriores, pero puede manifestarse como parto prematuro o, más generalmente, ruptura prematura de membranas (RPM). Además, la ruptura prematura de membranas en una gestación de más de 37 semanas, pero antes del inicio de las contracciones del trabajo de parto, ocurre en menos del 8% y se asocia con un mayor riesgo de corioamnionitis²¹.

Patógeno. La inflamación en la membrana amniótica por microorganismos puede provocar la producción de las siguientes quimiocinas: IL-8, citocinas inhibitoras de macrófagos, MCP, MCP-2, MCP-3, MIP-1 α , CXCL6, CXCL10, CXCL13, ENA -78, RANTES y GRO- α . Por tanto, la concentración de quimiocinas en el líquido amniótico es elevada, estableciéndose un gradiente quimiotáctico que favorece la migración de neutrófilos. En ausencia de microorganismos, las señales de peligro emitidas por las células en

condiciones de estrés o muerte celular pueden inducir una inflamación intraamniótica (inflamación estéril). El diagnóstico de esta condición es una excepción y requiere el examen del líquido amniótico por cultivo y técnicas de microbiología molecular²¹.

Métodos de diagnóstico. La leucocitosis materna es el hallazgo de laboratorio más utilizado en el diagnóstico de la corioamnionitis clínica. Se considera un recuento de glóbulos blancos (WBC) de 15.000 / mm³ o superior como punto de corte para este criterio. Debe tenerse en cuenta que la leucocitosis materna es relativamente inespecífica y puede desencadenarse por una variedad de factores, incluidos los corticosteroides prenatales²¹.

Los corticosteroides prenatales son particularmente relevantes porque a menudo se administran a pacientes con alto riesgo de desarrollar corioamnionitis, como parto prematuro y ruptura prematura de membranas²¹. Existen otras pruebas de laboratorio, como la proteína C reactiva, la interleucina-6, la molécula de adhesión intracelular soluble (sICAM), la procalcitonina, la proteína de unión a lipopolisacáridos, la metaloproteinasa-8, pero tienen un valor clínico limitado y, a menudo, se usan solas en la investigación²¹.

Entre los marcadores séricos utilizados en la práctica clínica habitual para el diagnóstico de corioamnionitis se encuentran la proteína C reactiva (PCR), que tiene una sensibilidad del 56-86% y una especificidad del 55-82%. Otra herramienta útil es el recuento de glóbulos blancos, muestra alta especificidad cuando el umbral está por encima de 16.000/mm³²¹.

Aunque existen criterios clínicos y de laboratorio claros para el diagnóstico de corioamnionitis, el feto puede desarrollar una respuesta inflamatoria aguda no solo en presencia de infecciones manifiestas, sino también durante el curso de infecciones asintomáticas. Esto permite buscar alternativas al diagnóstico precoz para reducir la probabilidad de complicaciones²¹.

La procalcitonina sérica es un péptido hormonal inactivo de 116 aminoácidos de calcitonina, con una vida media corta, de rápido aumento, si hay un 0,5 ng/ ml indica infección bacteriana, y se debe a la endotoxina²².

La corioamnionitis generalmente se desarrolla como resultado de una infección ascendente desde el tracto genital inferior a través de la vagina pasando por el cuello uterino y ocurre con mayor frecuencia en situaciones de ruptura prematura de membranas (RPM). Con poca frecuencia, por diseminación hematológica a la placenta, diseminación retrógrada desde la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio, o por inoculación accidental después de procedimientos invasivos como amniocentesis, y biopsia coriónica²³.

Los microorganismos aislados con mayor frecuencia en el líquido amniótico son los micoplasmas genitales como el *Mycoplasma hominis*, especialmente el *Ureaplasma urealyticum*, que se ha identificado en el 30% y el 47% de los cultivos²³.

Otras bacterias que se aíslan con frecuencia en caso de corioamnionitis son *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus agalactiae*, *E. coli* y estreptococo α -hemolítico²³.

Cuando estos microorganismos alcanzan la cavidad y los tejidos amnióticos, se produce una reacción inflamatoria tanto en la madre como en el feto, liberando sustancias como quimiocinas y citocinas²³.

La morbilidad y mortalidad neonatales asociadas con las infecciones de las vellosidades coriónicas incluyen sepsis neonatal, neumonía, hemorragia intraventricular y daño de la sustancia blanca cerebral con posibles secuelas a corto y largo plazo, como parálisis cerebral. El análisis microbiológico de la corioamnionitis se basa en el cultivo y análisis microscópico de muestras de líquido amniótico y membrana placentaria²³.

El cultivo de líquido amniótico es la prueba más específica y se considera el estándar de oro para diagnosticar la corioamnionitis. Sin embargo, los resultados microbiológicos no son inmediatos y pueden retrasarse varios días²³.

Además, alrededor del 30% de los cultivos bacterianos son negativos, a pesar de la sospecha de presencia de infección intraamniótica en otras pruebas de laboratorio²³.

Otro inconveniente del cultivo de líquido amniótico es que no revela infecciones en las membranas fetales. Por tanto, parece beneficioso complementarlo con cultivos de placenta. De hecho, cuando se cultiva líquido amniótico vellosos y líquido amniótico en la misma gestante, es claro que se aísla el doble de microorganismos en la membrana en comparación con el líquido amniótico (20% vs. 9%)²³.

Además, en un grupo de mujeres con cultivo de placenta positivo, la persistencia de la infección a pesar del tratamiento puede estar debida a patógenos o cepas resistentes, lo que sugiere la posibilidad de infecciones neonatales más graves. Por lo tanto, los recién nacidos donde existe cultivo de placenta positivo tienen más probabilidades de tener un Apgar a los 5 minutos de menor a 7, infección neonatal (sepsis, bacteriemia o meningitis) o síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Esta asociación, que empeora significativamente los resultados neonatales, es independiente de la edad gestacional al nacer²³.

En este sentido, el cultivo de placenta aporta información sobre la etiología de la corioamnionitis posparto, es un importante predictor de morbilidad neonatal y puede contribuir a cambios en el tratamiento del RN a corto plazo²³.

Hallazgos histológicos. La asociación entre los hallazgos histológicos de corioamnionitis en la placenta y la infección está bien establecida. Se ha encontrado que los hallazgos histológicos positivos son más sensibles que la corioamnionitis clínica confirmada por cultivo de líquido amniótico. Además, la corioamnionitis histológica a largo plazo, los embarazos de bajo riesgo a menudo se asocian con inflamación placentaria en lugar de infección del líquido amniótico^{9,24}.

El diagnóstico de corioamnionitis histológica es retroactivo después del parto. Los criterios de diagnóstico se basan en el estadio y la extensión de la infiltración de leucocitos polimorfonucleares maternos ^{9,21}.

Muchos estudios han demostrado una correlación entre el cultivo de líquido amniótico positivo y la corioamnionitis, pero las infecciones asintomáticas también muestran un cultivo de líquido amniótico positivo. De manera similar,

los resultados positivos del cultivo de patógenos a partir de las membranas placentaria, coriónica y amniótica se correlacionan con la infección intraamniótica²¹.

La mayoría de las infecciones intraamnióticas se originan en el tracto reproductivo por lo que su etiología es multibacterianas con bacterias anaerobias y aerobias aisladas^{6,21}.

Con las precauciones adecuadas, se puede reducir el riesgo de infecciones intraamnióticas iatrogénicas con evitar tratamientos invasivos o procedimientos de diagnóstico prenatal^{6,21}.

Complicaciones asociadas a la corioamnionitis

Sepsis neonatal

Los recién nacidos después de una infección de las membranas corioamniótica o corioamnionitis tienen un mayor riesgo de infección neonatal. Los organismos que infectan el corion están muy cerca del feto y pueden causar infección fetal como consecuencia natural de esta proximidad. Los organismos que con mayor frecuencia provocan la aparición de sepsis neonatal precoz son los que también son causa frecuente de corioamnionitis: *Escherichia coli* y estreptococos del grupo B. La exposición a corioamnionitis parece resultar en un riesgo de 1 a 3 % de sepsis de inicio temprano, y es 10 veces mayor que el riesgo general de sepsis de inicio temprano^{25,26}.

Parálisis cerebral

La corioamnionitis se asocia con una alta incidencia de daño nervioso en etapa temprana, que incluye hemorragia intraventricular grave (VIH) y leucomalacia periventricular (PVL), que se han establecido como causas de trastornos del neurodesarrollo en bebés prematuros. Incluso si el diagnóstico prenatal de VIH o PVL no está documentado, la corioamnionitis parece estar asociada con un mayor riesgo de parálisis cerebral²⁶.

Enfermedad pulmonar

La relación entre la corioamnionitis y la prevalencia de displasia pulmonar neonatal es controvertida. Varios estudios han evaluado el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y displasia broncopulmonar (DBP) después de la exposición a corioamnionitis²⁷.

Displasia broncopulmonar (DBP)

La relación entre Displasia broncopulmonar y corioamnionitis también es controvertida. El mayor riesgo de Displasia broncopulmonar después de la corioamnionitis es que la exposición intrauterina a la inflamación puede provocar un desarrollo pulmonar anormal posterior, lo que lleva a la Displasia broncopulmonar²⁷.

Muerte fetal. Estudios recientes de las causas de muerte fetal han reportado corioamnionitis histológica en 6,3% a 41,3% de los casos. Los cambios inflamatorios en el líquido amniótico son una causa importante de muerte fetal y la corioamnionitis es la más común en este grupo.

Parto prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los bebés prematuros como los nacimientos que ocurren antes de completar las 37 semanas de gestación o 259 días antes de la gestación^{28,29}.

Más del 60% de los nacimientos prematuros ocurren en África y el sur de Asia, lo cual es un problema global real. En los países de bajos ingresos, un promedio del 12% de los niños nacen de partos prematuros, en comparación con el 9 % en los países de altos ingresos. Las familias pobres tienen un mayor riesgo de parto prematuro³⁰.

Los 10 países con mayor número de partos prematuros son: India, China, Nigeria, Pakistán, Indonesia, Estados Unidos: Bangladesh, Filipinas, República Democrática del Congo, Brasil ³⁰.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud OMS; anunció que 15 millones de niños en todo el mundo cada año son producto de partos

prematuros (antes de llegar a las 37 semanas de gestación). Los bebés prematuros son la principal causa de muerte neonatal, con 1,1 millones de muertes al año, incluso entre niños menores de cinco años³¹.

El 90% de las muertes ocurren dentro del primer mes de vida y el 98% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo³⁰.

La asociación entre corioamnionitis y parto prematuro es evidente sobre todo cuando existe rotura prematura de membranas antes de las 37 semanas de gestación³⁰.

La presencia de neutrófilos en el espacio intercoriónico subcoriónico debajo de la capa de corion en ausencia de inflamación en otra parte no es sinónimo de corioamnionitis aguda y se informa como corioamnionitis. Y está presente en el tercio (27 %) de los partos prematuros, demostrando la importancia de este problema en la ruptura prematura de membranas^{32,33}.

Dentro del rango de recién nacidos prematuros, es posible distinguir el grado establecido en función del número de semanas de gestación³³.

a) Los recién nacidos extremadamente prematuros (<28 semanas de gestación) representan del 5,2% al 5,3% de todos los recién nacidos prematuros.

b) Recién nacidos muy prematuros (28-31 semanas de gestación) corresponde al 10,4% de todos los prematuros.

c) El parto prematuro moderado (32-36 semanas de gestación) representa el 84,3% de los partos prematuros. Entre estos prematuros moderados se clasifica un subgrupo denominado “prematuros tardíos” (34-36 semanas de gestación)²⁸.

Debido a que estas fechas pueden ser inciertas o desconocidas, los recién nacidos también pueden clasificarse según el peso al nacer de bebés prematuros con bajo peso al nacer. Se trata de un recién nacido con un peso inferior a 2500 g dentro de la primera hora de nacido³¹.

Muy bajo peso al nacer por parto prematuro si el peso al nacer es inferior a 1500 gramos. Si pesa menos de 1000g al nacer, es muy prematuro ^{28,31}.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Corioamnionitis histológica: Serie de cambios inflamatorios que ocurren en la placenta, cordón umbilical y membranas fetales en respuesta a la invasión de líquido amniótico por microorganismos que proceden del canal del parto, caracterizada por la presencia de leucocitos polimorfonucleares confirmado por estudios histológicos.

Rotura prematura de membranas pre término: Presencia de rotura de las membranas corioamnióticas entre las semanas 22 y 36 de embarazo.

Corioamnionitis: Infección de las membranas ovulares manifestada por fiebre materna, hipersensibilidad uterina, leucocitosis, taquicardia fetal y/o materna, y líquido amniótico maloliente. Los criterios de Gibbs y Duff son la presencia de fiebre superior a 37,8 °C, y por lo menos 2 o más de: taquicardia fetal (> 160 lpm), dolor uterino a la palpación, leucocitosis materna (> 15.000 leucocitos/mm³), mal olor del líquido amniótico y taquicardia materna (> 100 lpm).

Edad gestacional: Tiempo que transcurre desde la unión de los gametos hasta la fecha de la gestación.

Gestante pretérmino: Embarazada que presenta una gestación menor de 37 semanas.

Parto pre término. Parto que se produce antes de la semana 37 de gestación.

Retención de restos placentarios. Partes de la placenta que pueden quedar retenidas en el útero luego del alumbramiento, habitualmente cotiledones.

Endometritis. Es una inflamación del endometrio, que son las membranas mucosas que recubren el útero y el epitelio, y es donde se desarrolla el proceso de implantación del embrión durante la concepción.

Apgar. Es una prueba rápida que se realiza entre 1 y 5 minutos después del nacimiento del bebé. La puntuación del primer minuto determina lo bien que su bebé ha soportado el proceso de parto. La puntuación del minuto 5 indica la salud del niño fuera del útero.

Sepsis neonatal. Proceso infeccioso generalizado que ocurre antes de los 28 días de nacido pudiendo deberse a bacterias, virus u hongos que afectan la oxigenación del recién nacido.

Tipo de fin del parto. Finalización del trabajo de parto vía abdominal o vaginal.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Ha: Las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis son la retención de restos placentarios, la endometritis, el Apgar bajo, la sepsis neonatal y el tipo del fin del parto en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

2.4.2. Hipótesis específicas

Ha: El parto pre término una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Ha: La retención de restos placentarios una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Ha: La endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Ha: El Apgar bajo una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Ha: La sepsis neonatal una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Ha: El tipo del fin del parto una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

2.5. Variables

2.5.1. Variables dependientes

Parto pre término

Retención de restos placentarios

Endometritis

Apgar

Sepsis neonatal

Tipo de fin del parto

2.5.2. Variable Independiente

Corioamnionitis

2.6. Definición operacional de términos

Definición operacional

Corioamnionitis. Infección de las membranas ovulares manifestada por fiebre materna, hipersensibilidad uterina, leucocitosis, taquicardia fetal y/o materna, y líquido amniótico maloliente. Los criterios de Gibbs y Duff son la presencia de fiebre superior a 37,8 °C, y por lo menos 2 o más de: taquicardia fetal (> 160 lpm), dolor uterino a la palpación, leucocitosis materna (> 15.000 leucocitos/mm³), mal olor del líquido amniótico y taquicardia materna (> 100 lpm).

Parto pre término. Gestación producida antes de las 37 semanas.

Retención de restos placentarios. Retención de cotiledones en el útero luego del alumbramiento registrado en la historia clínica.

Endometritis. Se establece según los siguientes criterios. Criterio 1: Existencia de cultivo de al menos un microorganismo de tejido endometrial o fluidos corporales obtenidos con aspiración o con aguja o hisopo o cepillado. Criterio 2: Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa posible que lo explique: fiebre $T \geq 38$ °C, dolor abdominal, sensibilidad del útero, drenaje purulento del útero.

Apgar. Test que evalúa bienestar fetal en base a 5 parámetros: Esfuerzo para respirar, frecuencia cardíaca, tono de los músculos, presencia de reflejos, y coloración de la piel. Puntaje a los 5 minutos.

Sepsis neonatal. Hay seis criterios que deben tenerse en cuenta en la definición. Taquipnea, Taquicardia, Inestabilidad térmica, $<36^{\circ}\text{C}$ o $>37,9^{\circ}\text{C}$; Llenado capilar mayor de 3 segundos; leucopenia <4.000 o leucocitosis >34.000 o relación I/T $>0,20$; y PCR elevada

Tipo de fin del parto. Según la finalización del parto haya sido por cesárea o eutócico.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo

No experimental en razón que las variables fueron tomadas según su desarrollo natural.

Transversal porque las medidas de las variables fue una sola vez.

Retrospectiva, en el sentido que las variables se midieron en el pasado.

Analítica, pues el estudio es de dos variables.

3.1.2. Nivel

Relacionar, porque se determinó la asociación entre la corioamnionitis y las complicaciones maternas y perinatales.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población. Constituida por todas las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2021 que son 1440 estimándose una prevalencia de corioamnionitis de 10% (144 casos)

3.2.2. Muestra:

Fórmula para estudio de casos y controles 2 controles por cada caso

$$n' = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - Z_{1-\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor error tipo 1	$Z_{1-\alpha/2}$	1.96
$Z_{1-\beta}$ = Valor error tipo 2	$Z_{1-\beta}$	0.84

p1 = Proporción de complicaciones en los casos ⁷ .	P1	0.15
p2 = Proporción de complicaciones en los controles ¹⁵ .	P2	0.04
r= Número de controles	2	2
Po = Media de p1 y p2	Po	0.095
Tamaño del grupo caso	N	87

Caso= 87 gestantes con corioamnionitis

Controles= 174 gestantes sin corioamnionitis

Muestra total =261 gestantes

CRITERIOS DE CASO

- Gestantes que presentó los criterios de corioamnionitis atendida en el año 2021.
- Gestante que presentó parto por cesárea o por vía vaginal
- Gestante que tenga su historia clínica completa.
- Gestante que no presente enfermedades consuntivas

CRITERIOS DE CONTROL

- Gestantes que no presentó los criterios de corioamnionitis atendida en el año 2021.
- Gestante que presentó parto por cesárea o por vía vaginal
- Gestante que tenga su historia clínica completa.
- Gestante que no presente enfermedades consuntivas

Se excluyó:

- Gestante que no tenga su historia clínica completa.
- Gestante que presente enfermedades consuntivas

Técnica de muestreo

La muestra será seleccionada al azar hasta completar el tamaño de muestra para los casos y controles.

3.3. Técnica e instrumentos de recolección de información

3.3.1. Técnica

La técnica fue la documental pues para obtener los datos se necesitó de las historias clínicas donde estuvieron registradas los eventos ocurridos en el año 2021.

3.3.2. Instrumento

El instrumento es una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora para fines de obtener los indicadores de cada variable, esta ficha fue validado por 3 expertos.

3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos a través de la ficha de recolección de datos fueron tabulados directamente al programa SPSS v24 debidamente codificadas, a fin de obtener a partir este programa los estadísticos descriptivos como son los valores absolutos y valores porcentuales. Además, se obtuvieron los estadísticos inferenciales que para este caso fue el chi cuadrado.

3.5. Diseño y esquema de análisis estadístico

		Con Complicación	Sin Complicación	Total
Corioamnionitis	SI			
	NO			
Total				

3.6. Aspectos éticos

La investigación se rigió según las normas éticas de Helsinki Reporte de Belmont y Código de Nüremberg cumpliendo con los principios de estas normas.

Principio de no maleficencia: El estudio no provocó daños a la salud física ni mental de los participantes pues se estudió en sus historias clínicas.

Principio de beneficencia. La investigación se desarrolló para beneficio de las gestantes a fin de mejorar la calidad de la gestación sin complicaciones maternas ni fetales a partir de los resultados del estudio.

Principio de justicia. La investigación se desarrolló sobre fichas de datos numeradas correlativamente respetando el anonimato de los participantes lo que garantiza el trato por igual de cada registro clínico.

El estudio fue previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Juan Bautista.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla N° 1. Complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Edad gestacional	N°	Porcentaje
< de 37 semanas	41	15,7%
≥ de 37 semanas	220	84,3%
Total	261	100,0%
Retención de restos placentarios		
Con retención de restos placentarios	26	10,0%
Sin retención de restos placentarios	235	90,0%
Total	261	100,0%
Endometritis		
Con endometritis	15	5,7%
Sin endometritis	246	94,3%
Total	261	100,0%
Apgar		
< 7 a los 5 minutos de nacer	22	8,4%
≥ 7 a los 5 minutos de nacer	239	91,6%
Total	261	100,0%
Sepsis neonatal		
Con sepsis neonatal	8	3,1%
Sin sepsis neonatal	253	96,9%
Total	261	100,0%
Tipo de parto		
Cesárea	79	30,3%
Vaginal	182	69,7%
Total	261	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la muestra de estudio se determinó que 41 (15,7%) eran prematuros, 26 (10%) tuvieron retención de restos placentarios, 15 (5,7%) tuvieron endometritis, 22 (8,4%) nacieron con Apgar menor de 7 tomados a los 5 minutos de nacer, 8 (3,1%) tuvieron sepsis neonatal y 79 (30,3%) nacieron por cesárea.

Tabla N° 2. El parto pre término como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Prematuro		Total
	< de 37 semanas	≥ de 37 semanas	
	22	65	87
Con corioamnionitis	53,7%	29,5%	33,3%
	19	155	174
Sin corioamnionitis	46,3%	70,5%	66,7%
	41	220	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Con $X^2=9,1$ $p= 0,003$ OR=2,76 (IC95%:1,4-5,4).

Los recién nacido de madres con corioamnionitis tienen más probabilidad de nacer prematuros (22) 53,7% que a término (65) 29,5%, hasta 2,76 veces más.

Tabla N° 3. Retención de restos placentarios como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Retención de restos placentarios		Total
	Con retención de restos placentarios	Sin retención de restos placentarios	
	14	73	87
Con corioamnionitis	53,8%	31,1%	33,3%
	12	162	174
Sin corioamnionitis	46,2%	68,9%	66,7%
	26	235	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. $X^2= 5,47$ $p= 0,019$ OR= 2,6 (IC95%: 1,1 -5,9)

Las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad de tener retención de restos placentarios (14) 53,8% que no tener retención de restos placentarios (73) 31,1%, hasta 2,6 veces más.

Tabla N° 4. La endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Endometritis		Total
	Con endometritis	Sin endometritis	
	10	77	87
Con corioamnionitis	66,7%	31,3%	33,3%
	5	169	174
Sin corioamnionitis	33,3%	68,7%	66,7%
	15	246	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. $X^2= 7,96$ $p= 0,005$ $OR= 4,4$ (IC95%: 1,5 -13,3)

Las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad de tener endometritis (10) 66,7% que no presentar endometritis (77) 31,3%, hasta 4,4 veces más.

Tabla N° 5. El Apgar bajo como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Apgar a los 5 minutos de nacer		Total
	< 7	≥ 7	
	12	75	87
Con corioamnionitis	54,5%	31,4%	33,3%
	10	164	174
Sin corioamnionitis	45,5%	68,6%	66,7%
	22	239	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. $X^2= 4,87$ $p= 0,027$ $OR= 2,6$ (IC95%: 1,1 -6,3)

Las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad de tener neonatos con Apgar menor de 7 a los 5 minutos de nacer (12) 54,5% que nacer con Apgar de 7 a más (75) 31,4%, hasta 2,6 veces más.

Tabla N° 6. La sepsis neonatal como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Sepsis Neonatal		Total
	Con sepsis neonatal	Sin sepsis neonatal	
	6	81	87
Con corioamnionitis	75,0%	32,0%	33,3%
	2	172	174
Sin corioamnionitis	25,0%	68,0%	66,7%
	8	253	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. $X^2= 6,4$ $p= 0,011$ $OR= 6,4$ (IC95%: 1,3 -32,3)

Las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad de tener sepsis neonatal (6) 75% que no presentar sepsis neonatal (81) 32%, hasta 6,4 veces más.

Tabla N° 7. Tipo del fin del parto como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Corioamnionitis	Tipo de parto		Total
	Cesárea	Vaginal	
	41	46	87
Con corioamnionitis	51,9%	25,3%	33,3%
	38	136	174
Sin corioamnionitis	48,1%	74,7%	66,7%
	79	182	261
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. $X^2= 17,6$ $p= 0,000$ $OR= 3,2$ (IC95%: 1,8 -5,5)

Las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad de tener parto por cesárea (41) 51,9% que parto vaginal (46) 25,3%, hasta 3,2 veces más.

4.2. Discusión

La corioamnionitis generalmente producida por una previa rotura prematura de membranas puede generar complicaciones tanto maternas como perinatales como se demuestra en el estudio siendo una de las complicaciones el parto prematuro atribuido a una interrupción del embarazo por el riesgo de infección del feto observándose en el estudio que este riesgo es de hasta 2,76 veces más respecto a los partos donde no existe corioamnionitis. Ferrer⁶ demuestra en su estudio que el parto prematuro es una complicación de la corioamnionitis así como la sepsis neonatal siendo el riesgo hasta 3 veces más para el parto prematuro. Esta complicación asociada a la corioamnionitis es también demostrada en el estudio de Macías⁸ siendo la edad gestacional más frecuente en estas gestantes la de 32 a 33 semanas. De La Cruz Dávila¹¹ encuentra que en las gestantes con corioamnionitis el 51,5% de los niños nacen prematuros. Pellanne¹⁴ en su investigación menciona que el 41,8% de los niños de madres con corioamnionitis nacen prematuros.

La retención de restos de la placenta es más frecuente en las gestantes que tuvieron corioamnionitis, lo que se debe a la fragilidad de los tejidos en casos de infecciones que dificulta el normal desprendimiento del tejido placentario del lecho placentario materno, este riesgo se incrementa hasta 2,6 veces más respecto a los que no tuvieron corioamnionitis en la gestación. El sangrado postparto por retención de restos es también observado en el estudio de Ferrer⁶. La endometritis es otra complicación atribuida a las gestantes que presentan corioamnionitis, pues en el estudio se demuestra que esta patología es de presentación más frecuente en las gestantes que presentan infección de las membranas amnióticas durante el proceso de la gestación, este riesgo es aumentado hasta en 4,4 veces más en comparación con las gestantes que no tuvieron corioamnionitis. La endometritis puerperal como complicación atribuida a la corioamnionitis es demostrada en el estudio de Juárez¹⁰ encontrando hasta 4,3% de casos en las gestantes con corioamnionitis.

El Apgar al nacer tiende a ser menor en los niños que nacen de madres que tuvieron corioamnionitis, condición que es explicada por las complicaciones que la gestante tienen por el proceso infeccioso que afectan un normal desarrollo

del parto, provocando sufrimiento fetal con manifestación en el puntaje Apgar, el estudio demostró que este riesgo de tener Apgar menos de 7 a los 5 minutos de nacer es 2,6 veces mayor en los niños de gestantes con corioamnionitis que en los niños nacidos de madres sin corioamnionitis. La investigación de Godoy⁷ en Paraguay demuestra que las gestantes con corioamnionitis tienen niños con puntaje de Apgar al nacer más bajos que las gestantes sin corioamnionitis encontrando que el 69,8% de los niños de madres con corioamnionitis nacen con Apgar bajo así mismo el porcentaje de cesáreas en estas gestantes es mayor. La sepsis neonatal como una complicación grave en los recién nacidos es una complicación observada en los niños nacidos de madres con corioamnionitis, que se debe a la infección del feto por gérmenes que migran del canal vaginal infectando a las membranas amnióticas y luego al feto, esta complicación se produce hasta 6,4 veces más en los niños que nacen de madres con corioamnionitis en comparación de los niños que nacen de madres sin corioamnionitis. Esta asociación es demostrada en la investigación de Ortiz⁵ en Colombia que indica la corioamnionitis de 28-34 semanas a >34 semanas se asocia con inicio temprano de sepsis neonatal ($p < 0,05$). De La Cruz Dávila¹¹ determina en su investigación que el 56,2% de los niños nacidos de madres con corioamnionitis tuvieron sepsis neonatal, tal como lo demuestra también el estudio de Guillén¹² demostrando un riesgo de 2,2 veces más de presentar sepsis en estos niños. Del mismo modo demuestra en su estudio Ferrero¹³ que indica que esta complicación ocurre sobre todo cuando existe una rotura prematura de membranas de más de 18 horas. También el estudio de Hermoza¹⁵ encuentra una asociación significativa entre corioamnionitis y sepsis neonatal. Finalmente, producto de las complicaciones que son atribuidas a la presencia de corioamnionitis el parto se interrumpe mediante la práctica de una cesárea por lo que este procedimiento es más frecuente en las gestantes con corioamnionitis en comparación con las que no tuvieron corioamnionitis, el riesgo de que el parto termine en cesárea es 3,2 veces más en las gestantes con corioamnionitis. El parto por cesárea ocurre con mayor frecuencia en las gestantes con corioamnionitis demostrada en el estudio de Venkatesh⁹ atribuido a mayores complicaciones maternas en las gestantes con corioamnionitis. Del

mismo modo encuentra el estudio De La Cruz Dávila¹¹ pues el 85% de las gestantes con corioamnionitis terminan su gestación mediante cesárea.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

El parto pre término está asociado significativamente a las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 2,76 veces más.

La retención de restos placentarios está asociado significativamente a las complicaciones maternas asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 2,6 veces más.

La endometritis está asociada significativamente a las complicaciones maternas asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 4,4 veces más.

El Apgar bajo está asociado significativamente a las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 2,6 veces más.

La sepsis neonatal está asociada significativamente a las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 6,4 veces más.

El tipo del fin del parto está asociado significativamente a las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021 hasta 3,2 veces más.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Monitorear a cada gestante de alto riesgo en sus controles clínico-laboratoriales a fin de evitar el parto prematuro, por lo que el seguimiento de cada gestante debe ser frecuente para dar tratamiento oportuno a las complicaciones que se podrían presentar.
2. La atención del alumbramiento debe ser de más cuidado en las gestantes con corioamnionitis por el riesgo de retención de restos placentarios, por lo que se deben tomar las precauciones necesarias a fin de que el alumbramiento sea completo revisando los componentes de la placenta.
3. Evitar realizar tactos vaginales frecuentes en las gestantes que se sospecha de corioamnionitis, por el riesgo de arrastrar gérmenes de la vagina al canal uterino y al feto produciéndose endometritis.
4. Tomar las medidas de atención y reanimación en niños que nacen de madres con corioamnionitis pues el riesgo de nacer con Apgar bajo es frecuente, debiendo el pediatra y ginecólogo tener un plan de atención inmediata del niño al momento de nacer.
5. La sepsis en el neonato es una complicación que debe ser tomada muy en cuenta por los profesionales de la salud para cubrir adecuadamente con antibióticos de amplio espectro y evitar daños producidos por la sepsis neonatal.
6. Tomar en cuenta que las gestantes con corioamnionitis tienen más probabilidad que el parto termine por cesárea por lo que se debe controlar adecuadamente a la gestante a fin de tomar la decisión en el momento adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Verdugo-Muñoz L. Caracterización de la corioamnionitis en pacientes atendidas en el Hospital Susana López de Valencia (Popayán, Colombia). Medicina y Laboratorio Volumen 23, Números 1-2, 2017
- 2.- Gobierno de la República de Honduras. Volumen 3: Manejo de las complicaciones obstetricas. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato Tegucigalpa Honduras 2016.
- 3.- Instituto nacional materno perinatal. Boletín estadístico 2020. <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- 4.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Nacidos vivos y Nacidas vivas con bajo peso 2015-2018. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1748/libro.pdf
- 5.- Ortiz R. Complicaciones neonatales asociadas al diagnóstico de Corioamnionitis histológica en pacientes con parto pretérmino espontáneo en un hospital de alta complejidad en Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.85 no.5 Santiago oct. 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500450>
- 6.- Ferrer Montoya R. Repercusión de la corioamnionitis como factor de riesgo en la sepsis materna y neonatal temprana Cuba 2020. Multimed vol.24 no.6 Granma nov.-dic. 2020 Epub 04-Nov-2020
- 7.- Godoy Torales GM. Sepsis neonatal en embarazos a término con corioamnionitis clínica, utilidad de la escala de sepsis Paraguay 2021. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 8 de julio de 2021 [citado 5 de abril de 2022];12(1):71-90. Disponible en:
<https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/14>
- 8.- Macías Carranza, F. Correlación entre corioamnionitis subclínica en parto pretérmino y resultados microbiológicos e histopatológicos. URI: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46754>

- 9.- Venkatesh K. Asociación de corioamnionitis y su duración con resultados maternos adversos por modalidad de parto: un estudio de cohorte. 2018. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15565>
- 10.- Juárez Montero, D. Complicaciones maternas de gestantes a término con ruptura prematura de membranas en el Hospital I Uldarico Roca Fernández en el periodo octubre a diciembre 2019
- 11.- De la Cruz-Dávila, C. C., & Munares-García, O. (2020). Resultados perinatales de embarazos con corioamnionitis en un hospital de III nivel de Lima, 2016 a 2018. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 9(1), 33–38. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020187>
- 12.- Guillén N. Riesgo de daño cerebral en prematuros menores de 34 semanas expuestos a corioamnionitis histológica, Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2020; 37 (2) <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.4779>
- 13.- Farromeque Eyzaguirre, A. Corioamnionitis, infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas asociadas a Sepsis neonatal, Chimbote 2019. URI. <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/9158>
- 14.- Pellanne Aro, J. Variación del perímetro cefálico en prematuros menores de 34 semanas gestacionales con antecedente de corioamnionitis histológica observados hasta los dos años de edad corregida 2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/8909>
- 15.- Hermoza Aguirre, J. Prevalencia de sepsis neonatal temprana y factores asociados en el Hospital III Es Salud Puno. agosto del 2016 a julio del 2017. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3276552>
- 16.- Hurtado Sánchez F. Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la Corioamnionitis. *Medica. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Rev. Latin. Perinat.* 2018, 21 (1)
- 17.- Barrera Hurtado, S. Conducta Obstétrica ante Corioamnionitis en primigesta de 19 años con embarazo de 33 semanas. Disponible en:
URI: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10480>

- 18.- Mantilla Mostacero, L. Relación entre el test no estresante anormal y la presencia de corioamnionitis histológica en pacientes con ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. URI:<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16138>
- 19.- Susacasa S. Guía de práctica clínica Rotura Prematura de Membranas. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/GPC_RPM_HMIRS_2019.pdf
- 20.- Armas-Roca M. Factores de riesgo clínicos maternos de embarazadas con fiebre intraparto y corioamnionitis. Ginecol. obstet. Méx. vol.87 no.11 Ciudad de México nov. 2019 Epub 20-Ago-2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i11.3315>
- 21.- Verdy Martínez, C. D., Matute Guerrero, E. F., Vásquez Vera, N. D., & Andrade Palacios, E. V. Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica 2020. Journal of American Health, 3(2), 84–94. <https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.35>
- 22.- Torrez Morales F, Morales Cespedes LS. Procalcitonina, como predictor subclínico de corioamnionitis. Gac Med Bol [Internet]. 31 de julio de 2019 [citado 5 de abril de 2022];42(1):29-31. Disponible en: <https://www.gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/48>
- 23.- Rodríguez-Zurita A. Cultivo de placenta como factor predictivo de morbilidad neonatal y materna en gestantes diagnosticadas de corioamnionitis. Obstetricia Ginecología y Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Prog Obstet Ginecol 2021;64:1-11
- 24.- González Cintora M. Corioamnionitis: una revisión bibliográfica. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/download/1196/1324>
- 25.- Camacho Gaibor, D. Sepsis puerperal post corioamnionitis. Disponible en: URI: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8384>
- 26.- Mantilla Fernández, K. Corioamnionitis Histológica y Sepsis Neonatal en pacientes con ruptura prematura de membranas del Hospital Materno Infantil German Urquidi. URI : <http://hdl.handle.net/123456789/10413>

- 27.- Canchingre Campos, J. Corioamnionitis histológica asociada a muerte fetal. URI : <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/23862>
- 28.- Matos-Alviso L.J. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. RevSalJal 2020; 7(3)
- 29.- Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS alerta del aumento de partos prematuros 2022. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-alerta-del-aumento-de-partos-prematuros>
- 30.- Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.3 Lima jul./set. 2018 <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
- 31.- Limo Zavaleta, O. Corioamnionitis como factor de riesgo de displasia broncopulmonar en prematuros menor de 1500 gramos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2014 – 2019. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/66079>
- 32.- Diaz Cisneros, M. Corioamnionitis como causa de parto pretermino. URI: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1557>
- 33.- Alburqueque Melgarejo, J., Roque Quezada, J. C., & Tasayco Saravia, J. C. (2020). Corioamnionitis: Evaluación del riesgo neonatal. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 9(2), 9–10. <https://doi.org/10.33421/inmp.2020197>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ALUMNO: KEYLA SOLANGE PAHUARA PLAZA

ASESOR: MALLMA SOTO JOSE CARLOS

LOCAL: Filial Ica


TEMA: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021

VARIABLE INDEPENDIENTE						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Corioamnionitis	Infección de las membranas ovulares manifestada por fiebre materna, hipersensibilidad uterina, leucocitosis, taquicardia fetal y/o materna, y líquido amniótico maloliente.	Los criterios de Gibbs y Duff son la presencia de fiebre superior a 37,8 °C, y por lo menos 2 o más de: taquicardia fetal (> 160 lpm), dolor uterino a la palpación, leucocitosis materna (> 15.000 leucocitos/mm ³), mal olor del líquido amniótico y taquicardia materna (> 100 lpm).	Los criterios	Con Corioamnionitis Sin Corioamnionitis	Ficha de datos	HC

VARIABLES DEPENDIENTES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Parto pre término	Parto que se produce antes de la semana 37 de gestación.	Gestación producida antes de las 37 semanas.	Semanas de gestación	< 37 semanas ≥ 37 semanas	Ficha de datos	HC

Retención de restos placentarios	Partes de la placenta que pueden quedar retenidas en el útero luego del alumbramiento, habitualmente cotiledones.	Retención de cotiledones en el útero luego del alumbramiento registrado en la historia clínica.	Restos retenidos	Si No	Ficha de datos	HC
Endometritis	Es una inflamación del endometrio, que son las membranas mucosas que recubren el útero y el epitelio, y es donde se desarrolla el proceso de implantación del embrión durante la concepción.	Criterio 1: Existencia de cultivo de al menos un microorganismo de tejido endometrial o fluidos corporales obtenidos con aspiración o con aguja o hisopo o cepillado. Criterio 2: Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa posible que lo explique: fiebre $T \geq 38$ °C, dolor abdominal, sensibilidad del útero, drenaje purulento del útero.	Los criterios	Si No	Ficha de datos	HC
Apgar	Es una prueba rápida que se realiza entre 1 y 5 minutos después del nacimiento del bebé. La puntuación del primer minuto determina lo bien que su bebé ha soportado el proceso de parto. La puntuación del minuto 5	Test que evalúa bienestar fetal en base a 5 parámetros: Esfuerzo para respirar, frecuencia cardíaca, tono de los músculos, presencia de reflejos, y coloración de la	Puntaje a los 5 minutos	< 7 ≥ 7	Ficha de datos	HC

	indica la salud del niño fuera del útero.	piel. Puntaje a los 5 minutos.				
Sepsis neonatal	Proceso infeccioso generalizado que ocurre antes de los 28 días de nacido pudiendo deberse a bacterias, virus u hongos que afectan la oxigenación del recién nacido.	Hay seis criterios que deben tenerse en cuenta en la definición. Taquipnea, Taquicardia, Inestabilidad térmica, <36°C o >37,9°C; Llenado capilar mayor de 3 segundos; leucopenia <4.000 o leucocitosis >34.000 o relación I/T >0,20; y PCR elevada	Los criterios	Si No	Ficha de datos	HC
Tipo de fin del parto	Finalización del trabajo de parto vía abdominal o vaginal.	Según la finalización del parto haya sido por cesárea o eutócico.	Tipo	Cesárea Eutócico	Ficha de datos	HC



José Carlos Mallma Soto
 ABOGADO
 Reg. C.A.L. 49942

FIRMA DEL ASESOR



Dra. María Del Carmen Bendezi López
 GINECO OBSTETRA
 CMP 27418 RNE 29612

FIRMA DEL ESPECIALISTA



Harry Leveau Bartra Ph.D
 CMP. 27304 RNE. 11562
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
 Mg. y Dr. en Salud Pública
 Ph. D. en Investigación Bioestadística

FIRMA DEL ESTADISTICO

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: KEYLA SOLANGE PAHUARA PLAZA


ASESOR: MALLMA SOTO JOSE CARLOS

LOCAL: Filial Ica

TEMA: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>Problema general: ¿Cuáles son las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Es el parto pre término una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p> <p>¿Es la retención de restos placentarios una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p>	<p>Objetivo general: Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Precisar si el parto pre término es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Valorar si la retención de restos placentarios es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Determinar si la endometritis es una complicación asociada a la corioamnionitis</p>	<p>Hipótesis general: Ha: Existen complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ha: El parto pre término una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Ha: La retención de restos placentarios una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Ha: La endometritis una complicación asociada a la</p>	<p>Variables dependientes</p> <p>Parto pre término</p> <p>Restos placentarios</p> <p>Endometritis</p> <p>Apgar</p> <p>Sepsis neonatal</p> <p>Tipo de fin del parto</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Corioamnionitis</p>

<p>¿Es la endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p> <p>¿Es el Apgar bajo una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p> <p>¿Es la sepsis neonatal una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p> <p>¿Es el tipo del fin del parto una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021?</p>	<p>en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Verificar si el Apgar bajo es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Determinar si la sepsis neonatal es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Establecer si el tipo del fin del parto es una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p>	<p>corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Ha: El Apgar bajo una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Ha: La sepsis neonatal una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p> <p>Ha: El tipo del fin del parto una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021</p>	
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<p>- Investigación: Analítico, Observacional, Transversal, Retrospectiva.</p> <p>- Nivel: Relacional</p>	<p>Población. Constituida por todas las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro en el año 2021 que son 1440 estimándose una prevalencia de corioamnionitis de 10% (144 casos)</p> <p>Muestra: 87 casos y 174 controles</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p>		<p>Técnica: La técnica es la documental pues para obtener los datos se necesitará de las historias clínicas donde están registradas los eventos ocurridos en el año 2021.</p> <p>Instrumentos: El instrumento es una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora para fines de obtener los indicadores de cada variable, esta ficha será validado por 3 expertos.</p>



.....
José Carlos Mallma Soto
ABOGADO
Reg. C.A.L. 49942

FIRMA DEL ASESOR



.....
Harry Leveau Bartra Ph.D
CMP. 27304 RNE. 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
Mg. y Dr. en Salud Pública
Ph. D. en Investigación Bioestadística

FIRMA DEL ESTADISTICO



.....
Dra. María Del Carmen Bendeza López
GINECO OBSTETRA
CMP 27418 RNE 29612

FIRMA DEL ESPECIALISTA



Anexo 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

1.- Corioamnionitis

Fiebre superior a 37,8 °C, y por lo menos 2 o más de:

Taquicardia fetal (> 160 lpm)

Dolor uterino a la palpación

Leucocitosis materna (> 15.000 leucocitos/mm³)

Mal olor del líquido amniótico y taquicardia materna (> 100 lpm).

(SI CORIOAMNIONITIS) (NO CORIOAMNIONITIS)

2.- Parto pre término

Semanas de gestación

(< 37 semanas) (≥ 37 semanas)

3.- Retención de restos placentarios

Retención de cotiledones en el útero luego del alumbramiento registrado en la historia clínica.

(SI) (NO)

4.- Endometritis

Criterio 1: Existencia de cultivo de al menos un microorganismo de tejido endometrial o fluidos corporales obtenidos con aspiración o con aguja o hisopo o cepillado.

Criterio 2: Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa posible que lo explique: fiebre T ≥ 38 °C, dolor abdominal, sensibilidad del útero, drenaje purulento del útero.

(CON ENDOMETRITIS) (SIN ENDOMETRITIS)

5.- Apgar

Puntaje a los 5 minutos

(< 7) (≥ 7)

6.- Sepsis neonatal

Criterios

Taquipnea

Taquicardia

Inestabilidad térmica, <36°C o >37,9°C

Llenado capilar mayor de 3 segundos

Leucopenia <4.000 o leucocitosis >34.000 o relación I/T >0,20;

PCR elevada

(CON SEPSIS NEONATAL) (SIN SEPSIS NEONATAL)

7.- Tipo de fin del parto

(Cesárea) (Eutócico)

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: LEVEAU BARTRA HARRY
 1.2. GRADO ACADÉMICO: MEDICO CIRUJANO
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: HOSPITAL REGIONAL DE ICA
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021
 1.6. TITULACIÓN
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					96%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					98%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					98%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					98%
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					98%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					96%
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					96%
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					96%
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					98%
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					98%
Sub Total						
Total						97.2%

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....Leyenda 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA..... 14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD..... 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Ica, 15 de mayo del 2022


 Harry Leveau Bartra Ph. D
 CMP. 27304 RNE. 11562
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
 Mg. y Dr. en Salud Pública
 Ph. D. en Investigación Bioestadística

Firma del Experto

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: URIBE PEREZ JAVIER JESUS
 1.2. GRADO ACADÉMICO: MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021
 1.6. TITULACIÓN
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					96%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					97%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					98%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					98%
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					98%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					97%
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					96%
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					97%
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					98%
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					98%
Sub Total						
Total						97.3%

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....Leyenda 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA..... 14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD..... 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Ica, 17 de mayo del 2022

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO
M.C. JAVIER JESUS URIBE PEREZ
MÉDICO GINECOOBSTETRA
C.N.D. 34560 - P.N.C. 2022

Firma del Experto

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE: BENDEZÚ LOPEZ MARIA DEL CARMEN
 1.2. GRADO ACADÉMICO: MÉDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GINECO OBSTETRICIA
 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO
 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021
 1.6. TITULACIÓN
 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					97%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					98%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					97%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					98%
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					98%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					97%
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					97%
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					97%
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					98%
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					98%
Sub Total						
Total						97.5%

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....Leyenda 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA..... 14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD..... 17-20 Aceptable

Lugar y Fecha: Ica, 18 de mayo del 2022



Dra. María Del Carmen Bendezú López
GINECO OBSTETRA
CMP 27418 RNE 29612

Firma del Experto

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) señor, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **“COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021”**. Antes que aceptes participar en el estudio se te ha tenido que explicar lo siguiente: Propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que finalmente puedas aceptar la participación de manera libre y voluntaria.

Propósito del estudio:

Identificar las complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

Riesgos:

El estudio de investigación trabajará con una ficha de datos y no se realizará ningún otro tipo de evaluación. Por tanto, se considera que el estudio no representa ningún riesgo para el participante, cualquier consulta puedes realizarla al Srta. KEYLA SOLANGE PAHUARA PLAZA que es la investigadora con teléfono 983662725 y/o el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Beneficios:

El estudio no representa beneficios económicos para los participantes, la información brindada de manera veraz ofrecerá datos que pueden utilizarse para gestionar soluciones acordes a la realidad estudiada.

Confidencialidad

Para efectos de la investigación, la única autorizada a la información será la investigadora, para efectos posteriores se procederá a colocar código de identificación (ID) que consistirá en un número correlativo, lo que permitirá la elaboración de la base de datos, para el posterior análisis estadístico. Así mismo

informo que antes de aplicar el cuestionario, el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista, con quien usted puede comunicarse a través del correo institucional: ciei@upsjb.edu.pe

Por lo tanto, yo _____, manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio de investigación.

Nombre y Apellidos

Firma

Constancia de aprobación por el Comité de Ética



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 809-2022- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N°809-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **“COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES ASOCIADAS A LA CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA 2021”**

Investigador (a) Principal: **PAHUARA PLAZA, KEYLA SOLANGE**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un período efectivo de **un año** hasta el **13/06/2023**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 13 de junio de 2022.



[Firma]
Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luís 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albilla 108 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888

Gráficos

Gráfico N° 1. Complicaciones maternas y perinatales asociadas a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

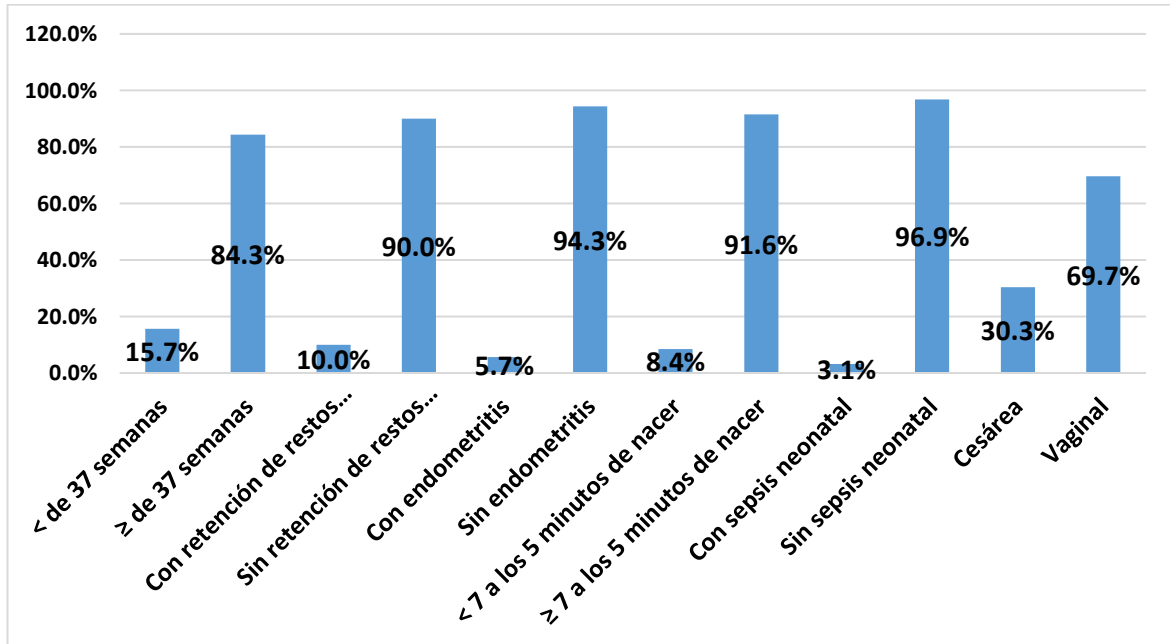


Gráfico N° 2. El parto pre término como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

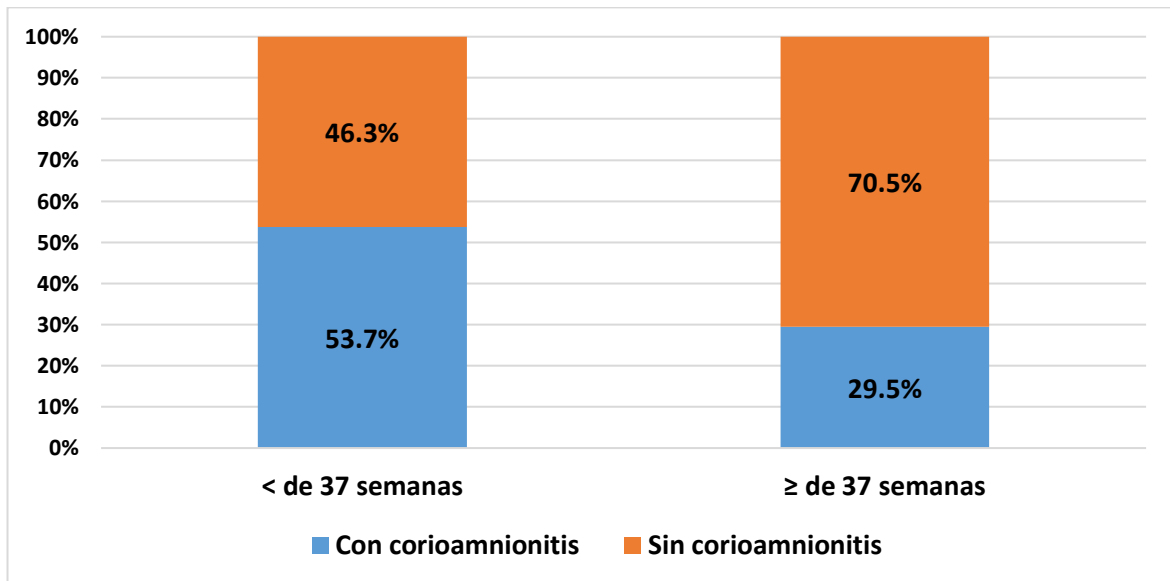


Gráfico N° 3. Retención de restos placentarios como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

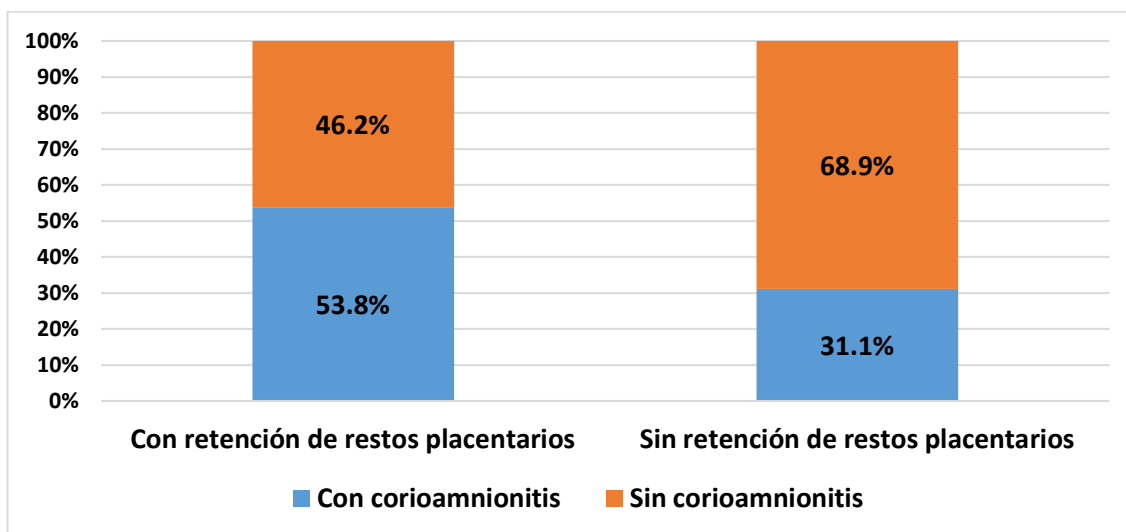


Gráfico N° 4. La endometritis una complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

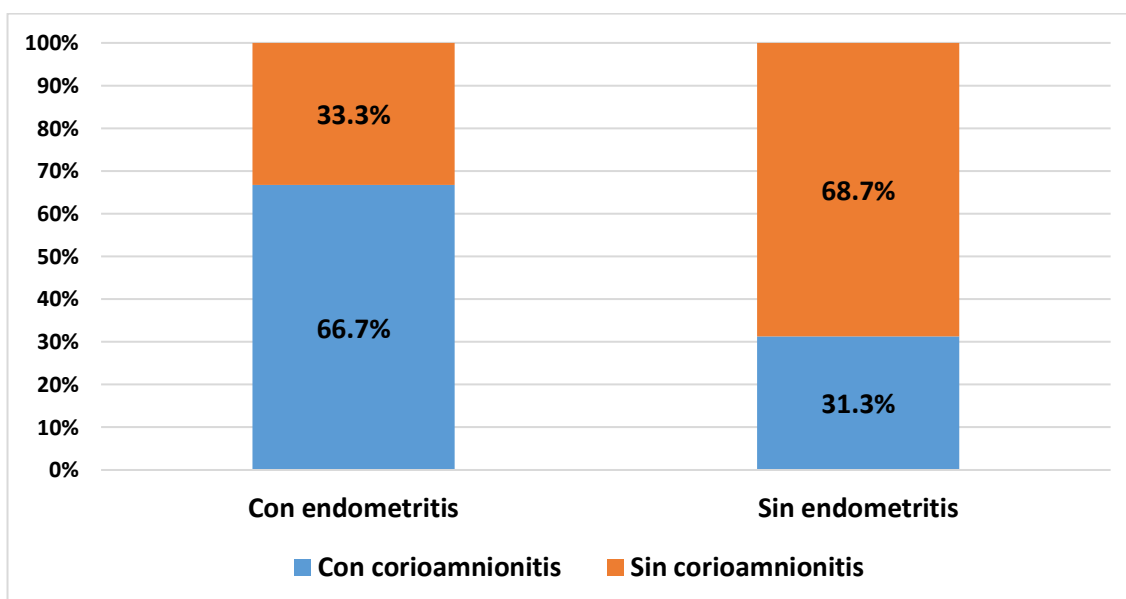


Gráfico N° 5. El Apgar bajo como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

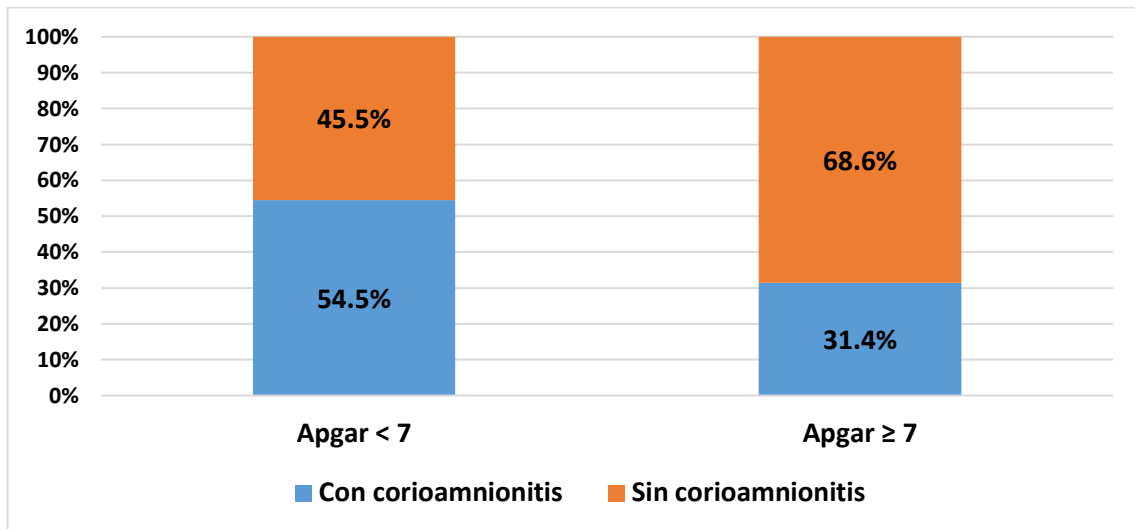


Gráfico N° 6. La sepsis neonatal como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

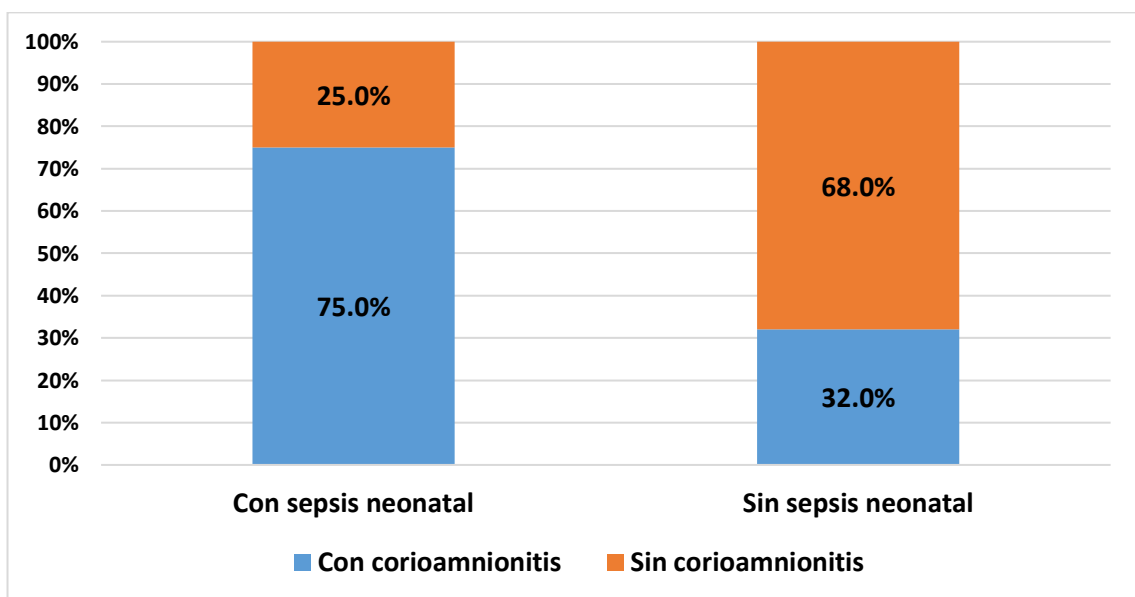


Gráfico N° 7. Tipo del fin del parto como complicación asociada a la corioamnionitis en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro de Ica 2021

