



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO DE
2007 - 2017.**

TESIS PRESENTADO POR:

**TORRES CARDENAS
JANET CAROL**

ASESOR: OBST. LEILA ROSA MARINO PANDURO DE IBAZETA

PARA OPTAR:

EL TITULO DE OBSTETRA

**Pucallpa – Perú
2018**

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII
I. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la investigación	16
1.3 Formulación del Problema	16
1.3.1 Problema principal	16
1.3.2 Problemas secundarios	16
1.4 Objetivos de la investigación	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
1.5 Hipótesis de Investigación	18
1.5.1 Hipótesis	18
1.5.2 Variable	18
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	18
1.6 Diseño de la Investigación	19
1.6.1 Tipo de investigación	19
1.6.2 Nivel de la investigación	19
1.6.3 Método	19
1.7 Población y muestra de la investigación	19
1.7.1 Población	19
1.7.2 Muestra	20
1.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
1.8.1 Técnicas	21
1.8.2 Instrumentos	21
1.9 Justificación e importancia de la investigación	21

II. MARCO TEORICO	23
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	23
2.1.1 Antecedentes	23
2.1.2 Bases teóricas	42
2.1.3 Definición de términos básicos	50
III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	59
3.1 Presentación de resultados	59
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
4.1 Conclusiones	74
4.2 Recomendaciones	76
FUENTES DE INFORMACION	77
ANEXOS	82

Dedico a:

A mis tíos, Darío y Belén, por su gran apoyo y consejos, cuyos resultados se reflejan hoy.

A mis padres que son mi motivo de superación.

AGRADEZCO A:

A Dios por ser mi guía, darme fortaleza y fe para poder superar los obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi asesora de tesis Obsta. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta, por brindarme sus conocimientos, orientaciones y ser guía y ejemplo para mi superación.

A la universidad Alas Peruanas por brindarme docentes de calidad y profesionales de salud con vasta experiencia que pude recoger en toda mi etapa académica.

Al Hospital Amazónico de Yarinacocha, lugar de mi internado donde fui acogida por el personal de salud donde adquirí las habilidades y experiencia.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **Objetivo:** Determinar las causas de la mortalidad materna de pacientes atendidas en el hospital amazónico en el periodo de 2007 – 2017, **Material y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal univariado. **Resultados:** En relación a los características generales se encontró que el 60% de las muertes maternas se dio entre las edades de 20- 34 años, 27% de menores de 19 años, el 60% de la población estudiada solo tenían nivel secundario, el 73% de estado civil de convivencia, 27%, con un 83% dedicadas al cuidado del hogar, el 63 % procedieron de zonas alejadas fuera de jurisdicción de yarinacocha, el 73 % no contaban con documento de referencia por tanto vinieron por cuenta propia de sus domicilios. En relación a las características obstétricas se encontró el 73% de las pacientes fallecidas no tuvieron ninguna atención prenatal, el 10% solo con 1 a 2 controles, el 36% fueron multigestas y gran multigestas el 65 % de las pacientes fallecieron en la etapa del puerperio y el 29% durante el embarazo y solo el 6% ocurrió durante el parto. Respecto a las causas directas de mortalidad materna se encontró que el 54% fue por hemorragia obstétrica de ellas el 24% se dio por atonía uterina y aborto respectivamente, el 27% por trastornos hipertensivos de la gestación, el 15%(6) fue por síndrome de HELLP, 17% por cuadros de sepsis, 10% tuvo como causa óbito fetal y útero perforado seguido del 7% aborto infectado. Respecto a las causas indirectas de mortalidad materna se encontró que el el 11% fueron por TBC, Neumonía extra hospitalaria, Leucemia, accidente de tránsito, Meningoencefalitis bacteriana, respectivamente, 2 casos de cardiopatía congénita, 2 casos Intoxicaciones y causas desconocidas. **Conclusión:** El mayor índice de muerte materna fue en la edad de 20-34 años, de zonas rurales, sin controles prenatales, siendo la principal causa de muerte la hemorragias, en la etapa de puerperio.

Palabras claves: Mortalidad Materna, Embarazo, Parto y Puerperio.

ABSTRACT

The present study was proposed with the Objective: To determine the causes of maternal mortality of patients attended in the Amazonian hospital in the period of 2007 - 2017, Material and Method: Descriptive study of univariate cross section. Results: In relation to the general characteristics it was found that 60% of maternal deaths occurred between the ages of 20-34 years, 27% of children under 19 years, 60% of the studied population had only secondary level, the 73% of civil status of coexistence, 27%, with 83% dedicated to home care, 63% came from remote areas out of the jurisdiction of yarinacocha, 73% did not have a reference document therefore came on their own their addresses. Regarding the obstetric characteristics, 73% of the deceased patients had no prenatal care, 10% only with 1 to 2 controls, 37% were multigesta and multigesta 65% of the patients died in the stage of puerperium and 29% during pregnancy and only 6% occurred during delivery; 58% of the patients died during the attention of the abdominal childbirth 31% due to several interventions in the surgical center. Regarding the direct causes of maternal mortality, it was found that 54% was due to obstetric hemorrhage. Of these, 24% were due to uterine atony and abortion respectively, 27% due to hypertensive disorders of pregnancy, 15% (6) was due to hellp syndrome, 17% due to sepsis, 10% was caused by fetal death and perforated uterus followed by 7% infected abortion. Regarding the indirect causes of maternal mortality, it was found that 11% were due to TB, extra-hospital pneumonia, leukemia, traffic accident, bacterial meningoencephalitis, respectively, 2 cases of congenital heart disease, 2 cases of poisoning and amniotic fluid embolism. Conclusion: The highest maternal death rate was in the age of 20-34 years, from rural areas, without prenatal controls, being the main cause of death the hemorrhages, in the puerperium stage.

Key words: Maternal Mortality, Pregnancy, Childbirth and Puerperio.

INTRODUCCIÓN

La Muerte Materna se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días posteriores al parto, muerte materna directa que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su atención, muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición.

La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene gran impacto familiar, social y económico. Constituye un desafío de origen multifactorial relacionado, por una parte, con la cobertura y calidad de los servicios de salud; por otra parte, con factores socioeconómicos y culturales, incluidos la condición nutricional y sanitaria de la población.

En el año 2012 la razón de muerte materna en el Perú fue de 93 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos; según el último estudio de la mortalidad materna en el Perú desde el año 2002 al 2011 realizado por la Dirección General de Epidemiología con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo objetivo sostiene la meta específica de reducir en 66 las cifras de mortalidad materna, cuyo meta no fue alcanzada.

En el Hospital Amazónico la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud por estas razones es evidente la necesidad de contar con información actualizada en nuestra localidad con el fin de reducir las muertes maternas. Por consiguiente la presente investigación se desarrollará con el objetivo de determinar las causas de la mortalidad materna de las pacientes atendidas en el hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo de 2007 – 2017.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Muerte Materna se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días posteriores al parto, independientemente de la duración y sitio del embarazo, siendo cualquier causa relacionada con el agravamiento del embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. (1)

Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su atención, y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. (1)

Una causa de muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas con el mismo se denominan accidentales, incidentales o no obstétricas (1)

Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en: Hemorragia Obstétrica: que incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto que puede estar asociada con afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia, traumatismos obstétricos y hemorragia post parto. - Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada. (1-2)

Muerte materna indirecta: Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en: Enfermedades infecciosas. Ej. Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.

Enfermedades metabólicas y endocrinas: Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc. - Procesos tumorales: Ej. Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros. - Otras patologías: Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros. (2-6)

Muerte materna incidental o accidental Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas (1-6)

En países como el nuestro, ser madre en el presente siglo sigue siendo un riesgo. En el mundo, cada minuto muere una mujer de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, lo cual significa más de 500.000 muertes al año. En los países en desarrollo el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva y contribuyen a la muerte de 1,5 millones de neonatos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos. Siendo enorme el costo social y económico que estas muertes traen a las familias, comunidades y a sus países. (2-6)

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la

mayoría de ellas podrían haberse evitado. Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%. (1-2-10)

El desglose por regiones indica que la tasa más elevada, más de la mitad de las muertes, se registró en África (820), donde no hubo cambios, seguida por un tercio en Asia meridional (330), excluido el Japón; Oceanía (430), excluidos Australia y Nueva Zelanda; América Latina y el Caribe (130), y los países desarrollados. La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7,300 en las regiones desarrolladas; también es más elevada en las zonas rurales, las comunidades más pobres y con menor nivel educativo. Es decir las mujeres africanas tienen una probabilidad 175 veces más alta de morir en el parto que las mujeres de las regiones desarrolladas. (6-7)

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. (7-8)

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas. (7-8)

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. (7-8-9)

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la ENDES 2010 indica a 93 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso. El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se relaciona a la salud materna, y para el caso del Perú se debe alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, "Trends in maternal mortality: 1990 to 2010" la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA) se observa que aún tenemos direcciones regionales de

salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca. (7-8)

Analizando los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna del 2000 al 2012 y del Estudio de la Mortalidad Materna 2002 - 2011 realizado por la Dirección General de Epidemiología y el Fondo de Población de Naciones Unidas, se ha observado que el subregistro ha disminuido al 11%. Así mismo, que la mortalidad materna es mayor en regiones de la sierra y selva, zonas rurales, y en mujeres del nivel socioeconómico más pobre o quintil de pobreza. (7-8)

Según la Dirección General De Epidemiología (DGE), del Ministerio de Salud (MINSA), el año 2012 en el Perú se presentó un total de 440 casos de muertes maternas directas e indirectas, en el año 2013 presento un gran descenso con un total de 383 casos de muertes maternas, en el año 2014 se incrementó con 411 casos de muertes maternas y en el año 2015 continúa incrementándose con 415 y considerando la clasificación preliminar se notificaron 443 casos de muerte materna, de los cuales 415 son muertes maternas de clasificación directa e indirecta (63.4% y 30% casos respectivamente) son 6 los departamentos que concentraron el 53.9 % del total de casos de muertes a nivel nacional (Lima, Piura, Cajamarca, La Libertad, Loreto y Puno). (12-16)

Los departamentos de Moquegua, Tacna y Madre de Dios son los departamentos que presentan números de casos menores a nivel nacional Los departamentos de Lima (59 casos), Piura (41 casos), Cajamarca (38 casos), La Libertad (29 casos), Loreto (28 casos), Puno (28 casos) y Junín (27 casos) son los que concentran el mayor número de casos a nivel nacional. Los departamentos de Lima, con un aumento de 17 casos, Piura y Huánuco con un aumento de 12 y 9 casos

respectivamente, han registrado el mayor aumento en el número de casos en comparación al año 2014. Los departamentos de Cusco, con una disminución de 12 casos, la Provincia Constitucional del Callao, con una disminución de 8 casos, y Pasco, con una disminución de 7 casos; han registrado la mayor reducción con respecto al número de casos en comparación al año 2014, lo que representa un incremento de 4 casos comparado al año 2014, en el año 2016 tuvo un descenso considerable con 326 casos de muertes maternas, para el año 2017 se ve reflejado los esfuerzos en el personal de salud por preservar la vida de las madres alcanzando el más bajo porcentaje de muertes maternas con 231 casos. (7-9-12)

Al analizar las muertes maternas por región selva en el año 2010 al 2017 se encontró que el departamento de Loreto es el que encabeza la estadística con 220 casos de Mortalidad Materna, seguido de San Martín con 109, seguido de Ucayali con 115 casos de Mortalidad Materna siendo el más bajo Madre de Dios con 20 Muertes Maternas. (10-11-14)

Ucayali en el año 2013 presentó 15 casos de muertes maternas, incrementándose en el año 2014 con 24 casos de Mortalidad Materna, En el año 2015 disminuyó con 18 casos de Mortalidad Materna, en el año 2016 disminuyó con 11 casos de Mortalidad Materna y en el año 2017 llegó a su pico más bajo en estadística con 4 casos de Mortalidad Materna. (10-11-14)

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación espacial

El presente estudio se realizó en el Hospital Amazónico, Establecimiento de Salud Nivel II.2, ubicado en el Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

1.2.2. Delimitación temporal

El estudio se realizó en el periodo de 2007 - 2017.

1.2.3. Delimitación social

El sujeto de estudio de la investigación fueron todos los casos de Muerte Materna acontecidas en el Hospital Amazónico en el periodo en el periodo de 2007 - 2017.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal:

¿Qué causas determinaron la mortalidad materna en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de 2007 – 2017?

1.3.2. Problemas Secundarios:

- ¿Cuáles son las características generales de las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico que terminaron en muerte materna en el Periodo de 2007 - 2017?
- ¿Cuáles son las características Obstetricias de las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico que terminaron en muerte materna en el Periodo de 2007 - 2017?

- ¿Cuáles fueron las causas directas que determinaron la muerte materna en las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el Periodo de 2007 - 2017?
- ¿Cuáles fueron las causas indirectas que determinaron la muerte materna en las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el Periodo de 2007 - 2017?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar las causas de la mortalidad materna en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de 2007 – 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características generales de las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico que terminaron en muerte materna en el Periodo de 2007 - 2017.
- Describir las características obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico que terminaron en muerte materna en el Periodo de 2007 - 2017.
- Identificar las causas directas que determinaron la muerte materna en las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el Periodo de 2007 - 2017.

- Identificar las causas indirectas que determinaron la muerte materna en las pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el Periodo de 2007 - 2017.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio no se planteará hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo en la que no habrá manipulación de las variables.

1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores

Estudio Univariado.

V1: Mortalidad Materna.

1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS DIMENSIONES	INDICADORES
MORTALIDAD MATERNA	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ EDAD ✓ GRADO DE INSTRUCCIÓN ✓ ESTA CIVIL ✓ OCUPACIÓN ✓ PROCEDENCIA ✓ REFERENCIA ✓ LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS
	CARACTERÍSTICAS OBSTETRICA DE LAS PACIENTES QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ATENCIÓN PRENATAL. ✓ PARIDAD ✓ ETAPA OBSTETRICA
	CAUSAS DIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ TRAUMA OBSTETRICO ✓ TONO ✓ TEJIDO ✓ TROMBINA ✓ TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DE EMBARAZO. ✓ ABORTOS ✓ INFECCIONES
	CAUSAS INDIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ENFERMEDADES CRONICAS ✓ ENFERMEDADES ACTUALES ✓ INTOXICACIONES ✓ ACCIDENTES DE TRANSITO

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Tipo de investigación

El presente estudio es un diseño descriptivo transversal univariado.

Descriptivo: Está orientada a obtener información precisa tal como se presenta, sin sufrir alteración o manipulación.

Transversal: La recolección de datos se realizó en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo.

1.6.2. Nivel de investigación

La investigación corresponde al nivel exploratorio de tipo univariado con el propósito de describir los indicadores del estudio.

1.6.3. Método

El método de investigación es cualitativo, por que estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a la interpretación y análisis de los mismos.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Población

La población está constituida por 60 pacientes que fallecieron a causa directa o indirecta del embarazo.

1.7.2. Muestra

Para determinar el cálculo de la muestra para el estudio, se aplicó la fórmula estadística para población finita o conocida y variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 P \cdot q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (60) \cdot (0.5)^2}{(0.05)^2 (60-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 52 =$$

52

Por tanto, la Muestra está conformada por 52 pacientes fallecidas, a causa directa o indirecta del embarazo.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

La técnica para la recolección de datos fue a través de la revisión de las historias clínicas y revisión del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000)

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó en el estudio fue la ficha de recolección de datos. (Anexo 1).

El instrumento consta de cuatro componentes:

- Características Generales
- Características obstétricas.
- Muerte Materna directa.
- Muerte Materna Indirecta.

Validez de los instrumentos. - No se requiere de validar el instrumento debido a que los datos que sirvieron de fuente de información son aquellos que están plasmados en la historia clínica y son utilizados sin realizar modificación alguna.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Por muchos años, nuestro País se ubicó entre los tres primeros países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos) solo por encima de Bolivia y Haití, por lo que es este un problema de salud pública ha sido considerado como una prioridad sanitaria. Sin embargo, en la actualidad, la mortalidad materna en el país ha bajado a 93 por cada 100 mil nacidos vivos, según los

resultados de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2010, lo que representa un importante descenso. (2-3-5)

Según la Dirección General De Epidemiología (DGE), del Ministerio de Salud (MINSA), para el año 2013, el Perú presentó un total de 379 muertes maternas directas e indirectas, presentando un gran descenso en comparación al año 2012 con 440 casos de muertes maternas; al analizar las muertes maternas por regiones se encontró que Loreto presentó las mayor cantidad de muertes maternas, 32 en total, seguido por la Libertad con 29 casos, Puno con 26 casos, y las regiones con menos muertes maternas reportadas son Moquegua con 3 casos, Tacna y Tumbes con 5 casos cada uno, tomando de suma importancia que la región de Ucayali en el año 2013 presento 15 casos de muertes maternas, incrementándose en el año 2014 con 24 casos de Mortalidad Materna, En el año 2015 disminuyo con 18 casos de Mortalidad Materna, en el año 2016 disminuyo con 11 casos de Mortalidad Materna y en el año 2017 llego a su pico más bajo en estadística con 4 casos de Mortalidad Materna según Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA 2017. (4-6-7)

La problemática de la muerte materna está fuertemente asociada a la situación de la pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, servicios de salud insuficientes, difícil acceso a los servicios de salud, etc. Por lo que se considera no necesariamente un problema de salud, sino por el contrario un problema social, que, de ser atendido adecuadamente con acciones y programas de política social, muchas muertes maternas podrían ser evitadas, ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos, y, además, se cuenta desde hace mucho tiempo con el conocimiento científico y la tecnología para impedir las. A pesar de toda esta realidad, la región de Ucayali continúa siendo una de las regiones con mayores tasas de mortalidad materna; por lo que considero que es de gran importancia realizar este estudio con el fin de Identificar los casos de la Mortalidad Materna en pacientes atendidas el Hospital Amazónico en el Periodo de 2007 al 2017. (4-6-7)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Orozco J. (Mayo del 2001 a Abril del 2002) – Guatemala, Tesis realizada sobre: “Factores Asociados a Mortalidad Materna” con el **Objetivo:** Identificar el perfil epidemiológico de la mortalidad en la población de mujeres en edad fértil (10 a 49 años). Identificar las condiciones que exponen a mujeres en edad fértil a mayor riesgo de muerte materna. **Material y método:** Casos y Controles. Se tomó de archivos de registro de defunción de municipalidades, registros médicos de hospitales nacionales, centros de salud y puestos de salud. **Resultados:** La mortalidad materna de los 3 municipios totalizó 4 casos de un total de 14 muertes de mujeres en edad fértil. Si los casos fueran directamente proporcionales a las causas que desencadenaron las

muerres maternas hablaríamos que en estos municipios si murieran 100 mujeres en edad fértil 25 mujeres aproximadamente morirían por causas maternas. Nuevo Progreso totaliza 7 casos de Muertes de mujeres en edad fértil, lo que representa el 50 % del total de los casos; 2 de estos casos fueron muertes maternas representado el 29 % del 50% antes mencionado. El resto de los municipios tanto para La Reforma y el Quetzal totalizaron solamente 1 caso de mortalidad materna para cada municipio. Es importante mencionar que en estos municipios los casos de mortalidad materna son pocos, pero los casos de mortalidad en mujeres de edad fértil también son pocos; lo cual preocupa ya que la “muerte materna” es la segunda causa que propicia las muertes en las mujeres de los municipios antes mencionados De acuerdo a los casos encontrados durante el periodo de mayo del 2001 a abril del 2002, para Nuevo Progreso el año pasado la TMM es de 331.85 x 100,000NV, la encontrada en el periodo investigado es de 256.73 x 100,000NV; la cual ha tenido una baja considerable, pero es necesario percatarse del sesgo que ocasiona los casos no tomados en cuenta los 6 meses antes del mes de mayo del 2001, los cuales podrían aumentar o disminuir la TMM. Continuando con la descripción del cuadro para el Quetzal el año pasado la TMM es de 132.27, la encontrada fue de 126.90 un dato no muy significativo, tomando en cuenta que el crecimiento vegetativo no fue tan acelerado. Para el municipio de la Reforma la TMM es de 146.19 y el año pasado es de 488.99; dato que se podría evaluarse como significativo tomando en cuenta la ayuda que recibió el año pasado el municipio de La Reforma, poniéndose a funcionar programas internacionales como el Hope Care. Para los 3 municipios son tasas de mortalidad materna elevadas, las cuales concuerdan con datos estadísticos registrados en el ámbito nacional. De las muertes de mujeres en edad fértil y las muertes maternas los 14 casos eran de origen indígena (100%), en cuanto a su situación económica de los 14 casos, 12 se situaron en Pobreza y el resto (2) en extrema pobreza. Se puede mencionar que la mayoría de las familias son numerosas con una X de 5 integrantes. De las muertes maternas 75 % eran casadas y de las muertes de mujeres en edad fértil solamente el 22% eran casadas, el resto eran unidas. Se puede comparar

con el dato siguiente que en los municipios en estudio las mujeres en edad fértil se dedican al comercio y al momento de casarse se dedican únicamente al hogar, ya que de las muertes maternas el 75% eran amas de casa y de las mujeres en edad fértil solamente el 22% eran amas de casa. La edad media para las muertes maternas es de 25 años. La mortalidad materna afecta a las mujeres pobres, desposeídas y analfabetas. Que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados. De las 4 muertes maternas probablemente a los accesos de servicios de salud escasos, los cuatro casos fallecieron en casa(100%) al igual que las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil. (100%) Se puede observar que en las muertes maternas 2 casos tenían antecedente de aborto previo. (50%) En las muertes de mujeres en edad fértil el aborto no es representativo ya que 92 % de las mujeres no tenían historial de aborto previo. De la mayoría de muertes en mujeres en edad fértil y las muertes maternas no existe una paridad alta, probablemente por la edad ya que en estos municipios la edad media de muerte materna de 25 años. Lo mismo sucede con la variable hijos vivos para ambos grupos la media es de 2 representado el 75 % para los casos de muerte materna y casi el 60 % para las muertes de mujeres en edad fértil. Para la variable hijos muertos de los casos de muerte materna ninguna había experimentado la muerte de un hijo. De las mujeres muertas en edad fértil el 70 % no había experimentado la muerte de un hijo. **Conclusiones:** Las características Biosociales y Obstétricas de las muertes maternas ocurridas en los municipios en estudio, son semejantes a las muertes ocurridas en mujeres en edad fértil. Factores como la pobreza, la inaccesibilidad a servicios de salud y la raza demuestran una tendencia al incremento de las muertes maternas, así como también de las mujeres en edad fértil. En los municipios estudiados los antecedentes obstétricos no son factores predisponentes al incremento de muerte materna, ya que tiene el mismo riesgo de muerte una mujer con alta paridad en comparación con una nulípara. Es importante enfocar los programas de prevención de Mortalidad Materna sin riesgo, al grupo de mujeres comprendidas entre

los 22 a 29 años ya que la mayoría de muertes maternas y de mujeres en edad fértil, ocurren a cortas edades en los municipios estudiados. La caracterización epidemiológica de los lugares investigados demuestra altas tasas de mortalidad materna en un periodo corto de evaluación. Las muertes maternas de mujeres en edad fértil en municipios como La Reforma y El Quetzal para el periodo evaluado son pocas; sin embargo la frecuencia de las muertes maternas totaliza el 25% del total de los casos encontrados. Queda demostrado que la precariedad así como los problemas de falta de dotación de servicios públicos y equipamiento comunitario, contribuyen como pilar primordial para el aumento de la mortalidad materna en Guatemala. (25)

Calderón N. (2002- 2006) - Caracas – Venezuela realizó un estudio sobre Mortalidad Materna: Factores de Riesgo **Objetivo:** Establecer los factores de riesgos demográficos, sociales y obstétricos de las defunciones maternas en el Estado Táchira. **Material y Métodos:** La investigación realizada es de campo (34, 35) y un estudio de caso - control (36) ,donde los casos están representados por las 81 defunciones maternas ocurridas en el periodo 2002 al 2006 y los controles por 170 mujeres embarazadas que acudieron en la misma fecha a los servicios de obstetricia **Resultados:** En esta sección se presentan los resultados obtenidos en la investigación, donde la información recolectada una vez aplicado el instrumento diseñado, según los objetivos planteados en el estudio. Se observa en el cuadro 1 que el mayor riesgo a morir por defunciones maternas en el periodo en estudio en el estado Táchira, correspondió al año 2006 con una tasa de 99,7 por 100.000 nacidos vivos registrados. Durante los cinco años del estudio se observa que el estado presenta tasas altas de mortalidad materna iniciándose en el 2002 con una tasa de 72,0 por 100.000 nacidos vivos registrados observándose un descenso a 65,8 y 45,6 por 100.000 NVR durante los años 2003 y 2004 respectivamente. En los años 2005 y 2006 se observa un incremento en la tasa de mortalidad materna en 99,6 y 99,7 por 100.000 NVR .En comparación con la tasa nacional el estado Táchira presenta tasa de

mortalidad materna superiores al promedio nacional en el período en estudio, excepto en el año 2004 que presenta una tasa inferior al promedio nacional. El riesgo a morir por causas obstétricas en el estado es superior a la del país; donde la tasa de mortalidad materna promedio quinquenal del periodo en estudio para el estado Táchira es superior en 28,8 por 100.000 NVR a la tasa Nacional. Se observa en el cuadro 2, que en el periodo estudiado la preeclampsia-eclampsia representa el mayor riesgo como causa de muertes maternas, con una tasa promedio quinquenal de 24,4 por 100.000 NVR, seguido de las roturas del cuello uterino y los abortos con un riesgo a morir de 7,1 y 6,1 por 100.000 NVR respectivamente. En el ítem otros se registran 22 defunciones por diversas causas con una tasa promedio quinquenal de 22,3 por 100.000 NVR siendo un alto número de ellas por causas obstétricas indirectas entre las cuales se mencionan enfermedades cardiovasculares, endocrino metabólicas y cerebro vasculares Se observa en el cuadro 3 que el mayor riesgo de morir por causas obstétricas, según el diagnostico principal final de la historia clínica fue por Sepsis con una tasa promedio quinquenal de 19,3x100.000 NVR, seguido de la preeclampsia -eclampsia con un riesgo a morir de 14,2x100.000 NVR y el desprendimiento prematuro de placenta con un riesgo a morir de 5,1x100.000 NVR. (Ver anexo C) Se observa en los cuadros 4 y 5 al realizar la asociación, que las variables edad, grado de instrucción, ocupación, número de gestas, número de paridad, antecedente de aborto, antecedentes de cesárea, edad gestacional, semanas de gestación, antecedentes personales, condiciones al ingreso, tipo de parto, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, resultaron estadísticamente significantes. **Conclusiones:** El estado Táchira presenta altas tasas de mortalidad materna superiores al promedio de la tasa nacional, excepto en el año 2004 la cual fue de 45,64 por 100.000 NVR, cifra esta inferior de la tasa nacional que fue de 45,9 por 100.000 NVR, debido a deficiencias en el control del embarazo, complicaciones del embarazo, parto, puerperio y a la presencia de factores de riesgo. La variable demográfica edad mayor de 35 años, la variable social grado de instrucción media, ocupación estudiante y las variables clínicas cuatro gestas y más, paridad mayor a cinco partos,

antecedente de abortos, antecedente de cesáreas, embarazo pretérmino, embarazo de 21 a 36 semanas de gestación, regulares a malas condiciones al ingreso a los centros asistenciales, tipo de parto distócico, antecedentes de preeclampsia eclampsia, complicaciones en el embarazo de hemorragias, preeclampsia-eclampsia, infecciones y abortos espontáneos, complicaciones en el parto de preeclampsia- eclampsia y complicaciones en el puerperio de preeclampsia-eclampsia, hemorragias e infecciones, son estadísticamente significativas con un 5% de significancia y un 95% de confianza lo que indica una asociación causal con las muertes maternas. En el periodo en estudio los municipios con mayor riesgo de muertes maternas según residencia resultaron: Fernández Feo, García de Hevia y Andrés Bello y los distritos sanitarios con mayor riesgo de muertes maternas son el Piñal, Coloncito y Pregonero. La causa básica de muerte según el certificado de defunción el mayor riesgo de muertes maternas son debidas a preeclampsia-eclampsia, hemorragias y abortos incompletos y según el diagnóstico clínico final registrado en la historia clínica son debidas a sepsis, preeclampsia, eclampsia y desprendimiento prematuro de placenta; no existiendo concordancia diagnóstica entre la causa básica registrada en el certificado de defunción y el diagnóstico clínico final reportado en la historia clínica lo que origina un subregistro de la mortalidad materna. (26)

Stanford - Lima – Perú Departamento de Córdoba - (2008 - 2011) Tesis: Relación entre los Factores Determinantes que inciden en la Mortalidad Materna del Departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011. **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores determinantes que inciden en la Mortalidad Materna del Departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011. Hallándose que existe relación significativa entre los factores determinantes que inciden en la Mortalidad Materna del Departamento de Córdoba en los años 2008 al 2011. **Material y Metodos:** El presente estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional. De diseño no experimental, en una población de 107 muertes maternas acaecidos desde el 2008 al 2011.**Resumen:** Los

resultados demuestran una relación directa y significativa entre las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema y no han identificado su factor de oportunidad (0.550 y $p= 0.000$). Igualmente, las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema con un difícil acceso a la atención (0.661 y el valor $p= 0.000$). De la misma manera las gestantes que no han tenido un reconocimiento del problema y recibieron una deficiente calidad de atención (0.645 y el valor $p= 0.000$) factores relaciones que inciden en la mortalidad materna. Por otro lado, las que no tuvieron oportunidad de decisión frente a un difícil acceso a la atención (0.721 y el valor $p= 0.000$) y los que presentaron dificultades en su oportunidad de decisión además de una calidad de atención pésima (0.757 y el valor $p= 0.000$); inciden en un grado más considerable sobre la mortalidad materna. Cabe resaltar que las mayores relaciones entre los factores que inciden en la mortalidad materna producto de este estudio se dan en mayor énfasis relacionados al servicio y sistema de salud como se evidencia en el factor del difícil acceso a la atención con una deficiente calidad de atención (0.700 y el valor $p= 0.000$) como factores relevantes que inciden en la mortalidad materna en el Departamento de Córdova (30)

Salinas J. (2014) - Zumpango Estado de México - Tesis realizada Mortalidad Materna en México, **Objetivo:** Indagar sobre la Mortalidad Materna en México. **Resultados:** 2014 solo se ha logrado 21.7- 43.3 % en la reducción de la Mortalidad Materna en el Estado de México, Durango, Baja California Norte y Tamaulipas. Así mismo reporta Baja California Sur, reporta un avance menos del 21 %; El estado de Veracruz, Guadalajara, Guanajuato, Yucatán, Puebla, Morelos, y Querétaro están del 43.4- 64.3 %; así mismo reporta Baja California Sur un avance menor del 21 %, este reporte nos brinda una orientación hacia qué estados están por cumplir la Meta de Desarrollo del Milenio y que estados están lejos de cumplir los Objetivos del Milenio. Lo que significa que para 2015 se haya disminuido la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimados. Los

compromisos establecidos establecen disminuir la mortalidad materna en 40% en su población general y en 50% en los municipios de alta marginación. La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna se ha plasmado en diversas acciones, que si bien han contribuido a su disminución, no han logrado los resultados esperados para asegurar que las metas comprometidas puedan ser alcanzadas. Es importante señalar que México tienen una RMM 17 veces mayor que países como Suecia o tres veces mayor que países similares como es el caso de Chile. En el país hay diferencias importantes, así, los municipios con población indígena (70% y más) tienen RMM hasta tres veces mayores que aquellos municipios sin población indígena, o RMM siete veces mayores entre mujeres que fallecieron en el IMSS con respecto a las que no cuentan con seguridad social.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años, esta situación es relevante porque a pesar de la cantidad de información, medios de acceso a la información, recursos profesionales a disposición de una prevención exitosa, la disposición de los métodos anticonceptivos y otros elementos en la actualidad es un problema de Salud Pública en México los embarazos en adolescentes. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo, como nuestro país. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ello. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: Las hemorragias graves (post-parto), las infecciones (post parto), la hipertensión gestacional (Preeclampsia y Eclampsia) y los abortos peligrosos. La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren más de 3 millones de recién nacidos, y otros 2.6 millones mueren antes de nacer. (27)

Guerra L. (2014) - Barcelona - Tesis Mortalidad Materna
Complejo Hospitalario Universitario Dr. Luis Razetti
Objetivo: Clasificar las causas de muerte materna en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti"
Material y Metodos: Se realizó un estudio detallado de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se tomó el número de defunciones maternas del HURL en el periodo comprendido entre el 01 de enero de año 2007 hasta el 31 de diciembre del año 2013. El cual ocupó un total de 99 muertes maternas. Se consultó los libros del servicio de historias médicas del Hospital. Resultados: Distribución de frecuencia de Mortalidad Materna. Según autopsias realizadas. Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Estado Anzoátegui. Lapso 2007-2013. Vegas (2010) Yaracuy reporta que del 100% de las muertes maternas registradas el 71.42% de los casos se les practico autopsias correspondientes a muertes maternas directas. Asimismo, con respecto a la mortalidad materna indirecta el 50% de las fallecidas se les practico autopsia. Se determinó que existe una relación entre los factores de riesgos y las mortalidades maternas ocurridas en el hospital universitario Dr. Luis Razetti. Observándose los mayores porcentajes en aquellos factores como la edad comprendida entre 26-33 años de edad, embarazos no controlados, trastornos hipertensivos, sepsis, infecciones respiratorias bajas. Se observó que del total de defunciones maternas ocurridas en el lapso de estudios el mayor porcentaje fue el de las muertes maternas obstétricas directas. Predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de las sepsis y las hemorragias. Según el momento de la ocurrencia en el cual se suscitó las Muertes maternas el mayor porcentaje se ubicó en el puerperio y dentro de las mismas el mayor porcentaje de la culminación del embarazo fue las cesáreas. (28)

ANTECEDENTES NACIONALES

Wong y col. (2010) realizaron un estudio en Lima para la revista peruana de Ginecología y Obstetricia. Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash, con el **Objetivo:** Determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash. **Diseño:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo. **Institución:** Dirección Regional de Salud de Ancash. **Población:** Gestantes que murieron. **Métodos:** Se analizó las Fichas de Investigación Epidemiológica de las muertes maternas ocurridas en la red de los servicios de salud de la DIRESA, así como las muertes maternas ocurridas en los domicilios de la jurisdicción correspondiente, ocurridas entre los años 1999 a 2009. Principales medidas de resultados: Razón de muertes maternas. **Resultados:** Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. El tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. **Conclusiones:** La razón de mortalidad materna en la DIRESA Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio. (29)

Solórzano 2013 - Lima – Perú, Tesis sobre: Factores de Riesgo Asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2013. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo que compara un grupo

de CASOS de morbilidad materna extrema (n=50) y otro de CONTROLES (n=100) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de abril a octubre del 2013. Se analizó la asociación de las variables mediante la prueba de Chi cuadrado y Odds Ratio con la variable independiente con un intervalo de confianza al 95 %. Además, se realizó un análisis estratificado Mantel Haenzel con la finalidad de detectar algún efecto confusor. Por último, se realizó el análisis de regresión logística para identificar los Odds Ratio ajustados de las variables que predicen la Morbilidad Materna Extrema (MME). **Resultados:** Ser adolescentes (OR: 3,16 IC95%: 1,27 -7,85) o tener edad \leq 25años (OR: 2,45 IC95%: 1,22 - 4,90) el periodo intergenésico corto (OR: 4,81 IC95%: 1,34 -17,23), Número inadecuado de Control prenatal (OR: 3,76 IC 95%: 1,81 -7,84), y el inicio tardío del Control prenatal (OR: 3,81 IC95%: 1,87 -7,77) fueron identificados como factores de riesgo para la morbilidad materna extrema. En el análisis estratificado encontramos que la edad \leq 19 años ejerce un efecto confusor en la relación del Control prenatal y la MME, modificando el OR de 3,76 a un OR (MH): 3,28 con un IC 95% (1,59 – 6,79). En el análisis de regresión logística encontramos que el tener un Control prenatal inadecuado (Numero inadecuado de CPN para la edad gestacional y/o inicio tardío del CPN) y el ser adolescente son factores de riesgo para MME, con OR ajustados de 2,739 Y OR de 3,467 respectivamente, con significancia estadística. **Conclusiones:** El Número inadecuado de Control prenatal, el inicio tardío del Control prenatal, el periodo intergenésico corto, y la edad \leq 19 años o la edad \leq 25 años son factores de riesgo de MME, por ello se sugiere orientar las políticas de salud hacia los determinantes de estos componentes. Se debería poner mayor énfasis en la población joven, educándolos y previniendo embarazos no deseados, fortaleciendo los programas preventivos como planificación familiar y sensibilizando sobre la importancia del CPN. (32)

Leiva (2007- 2014) - Cajamarca – Perú, Mortalidad Materna: Principales Factores Clínicos y Epidemiológicos. Hospital Regional de Cajamarca- Perú, durante los años 2007- 2014. **Objetivo:** Este estudio

tiene como finalidad determinar los principales factores clínicos y epidemiológicos de las muertes maternas atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el período de enero del 2007 a diciembre del 2014. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. La población estuvo conformada por las todas las muertes maternas ocurrida en el Hospital Regional de Cajamarca en el período 2007-2014. Se notificaron 56 muertes maternas, de las cuales solo 44 cumplían con los criterios de inclusión, se estudiaron las variables: Edad materna, procedencia, estado civil, grado de instrucción, controles prenatales, número de gestación, período intergenésico, edad gestacional, causas de muerte materna, momento del fallecimiento; antecedente de: hipertensión en el embarazo, Hipertensión arterial, anemia, infección de transmisión sexual, infección del tracto urinario. **Resultados:** Se registraron 27 862 Nacidos Vivos y 44 Muertes Maternas, obteniendo una tasa de 157.9 Muertes Maternas por cada 1 00 mil nacidos vivos. La razón de Mortalidad Materna fue baja en el año 2007 con respecto al año 2014 respectivamente (164.6 por 100 000 nacidos vivos, 254 por 100 000 nacidos vivos). Los factores clínicos más importantes fueron: infección del tracto urinario 36.4 %y anemia 18.2%, Los factores epidemiológicos fueron edad, el 31.8% tenía entre 27 y 35 años; 47.7% poseían un grado de instrucción primaria; 70.5 % procedían de zona rural, 31.8% fueron nulíparas; 34.1% tuvo un periodo vi intergenésico mayor de 49 meses; 50% tuvo menos de 5 controles prenatales; 61.4% fueron convivientes. La principal causa de muerte materna fue de tipo directa predominando la hipertensión en el embarazo (Pre eclampsia, eclampsia y Hellp), con 62, 5%; seguida de hemorragias con 21.9. las causas de muerte materna indirectas, fueron: Tumor Maligno del Encéfalo, Síndrome Convulsivo EAD, ICC Grado IV, Hipoxemia Refractaria, Shock Multifactorial EAD, Shock Cardiogénico, Síndrome (H1n1), Pioderma Gangrenoso, Tirotoxicosis, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Cardiopatía Hipertensiva. **Conclusiones:** Hubo un aumento de la razón de muerte materna en el Hospital Regional de Cajamarca entre los años 2007 y 2014, 90.1 muertes maternas por cada 1 00000 nacidos vivos; porcentaje considerable de muerte materna es por causas directas, predominando la

Hipertensión en el embarazo (Pre eclampsia, Eclampsia y Síndrome Hellp), seguido de la hemorragia, coincidiendo con otros estudios realizados en diferentes ciudades. Los principales factores clínicos son: Infección del Tracto Urinario y anemia; los epidemiológicos de las muertes maternas son la edad de 27- 35 años, tener primaria, proceder de zona rural, ser conviviente, nulípara, tener un periodo intergenésico > 49 meses, tener < 5 controles prenatales. (31)

Quispe (2010- 2014) - Cusco Factores asociados a la Muerte Materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014. **Objetivo:** Calcular la Razón de Mortalidad Materna en la Región de Salud Cusco. Describir las características de las muertes maternas según: tipo de muerte materna, momento, lugar de fallecimiento y causa de fallecimiento. Identificar los factores asociados a la muerte materna relacionados a la persona, factores económicos, factores socioculturales, accesibilidad a los servicios de salud y respuesta de los servicios de salud. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo transversal descriptivo relacional. Se tomó datos de las Fichas de Investigación Epidemiológica de las Muertes Maternas directas e indirectas ocurridas en la Región de salud Cusco durante el periodo del 2010 al 2014 con una muestra de 114 casos. **Resultados:** En la Región de Salud Cusco la Razón de la Mortalidad Materna durante el periodo de estudio oscila entre 81.3 a 121 por cien mil nacidos vivos para el año 2014 se estima una razón de mortalidad materna de 111.5 por cien mil nacidos vivos; esta cifra continúa siendo alta en comparación al estándar nacional. En cuanto a las características de las muertes maternas: 71.9% fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y el puerperio inmediato con un porcentaje similar de 42.1%, el 52.6% fallecieron en un establecimiento de salud, la causa de fallecimiento fue la hemorragia post parta en un 36.0%. En relación a los factores asociados a la persona se dio en mujeres entre los 20-34 años en un 55.3%, eran multíparas en 37.7%, con periodo intergenésico corto en 34.2%, el 58.8% fueron convivientes, 38.6% tenían instrucción primaria, el 60.5% no

usaron planificación familiar; el 64.9% eran amas de casa, el 57% vivían en zona rural, distancia al establecimiento < 1 hora en un 59.6%, el 58.8% no reconocieron signos de alarma, el 28.1% no accedieron a un establecimiento de salud, el 87% contaba con un seguro de salud, solo el 50.9% conocían sobre el parto vertical, el 60.5% no tenían conocimiento sobre casas de espera, inicio de su atención prenatal en el primer trimestre en un 33.3%, no fueron controladas en un 37.7%, el proveedor de la última atención prenatal fue la obstetra en un 53.5%, los familiares inician la atención de emergencia en un 36%, fueron hospitalizadas en un 60.5%, necesitaron referencia en un 58.8%, el parto/aborto fue atendido por personal de salud en un 44.0%, el lugar de atención del parto/aborto fue en hospital en un 32.5%. **Conclusiones:** En la Región Cusco durante el periodo de estudio la Razón de Mortalidad Materna oscila entre 81.3 a 121.02 por cien mil nacidos vivos; para el 2014 se estima una razón de mortalidad materna de 111.5 por cien mil nacidos vivos. En relación a las características de las muertes maternas fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y puerperio inmediato en un mismo porcentaje; fallecieron en un establecimiento de salud; como causa de muerte fue hemorragia post parto. En cuanto a los factores asociados existe relación significativa con la multiparidad; gestantes no controladas, persona que atiende el parto/aborto y el lugar de atención del parto/ aborto. No existe relación significativa con los factores económicos, socioculturales, accesibilidad a los servicios de salud. (33)

Pozo (Abril 2013 – Mayo 2014) Artículo original: Muertes Maternas y Modelo de las Tres Demoras **Objetivo:** Determinar la mortalidad materna en función al modelo de las tres demoras que desencadenaron el suceso, en el Hospital Daniel Alcides Carrión (HNDAC) durante el período abril 2013 – mayo 2014. **Material y método:** Diseño mixto cuantitativo (tipo retrospectivo, descriptivo) y cualitativo (mediante autopsia verbal). El universo fueron los casos de muertes maternas ocurridas en el HNDAC durante el periodo de estudio y para la muestra se tomaron el 100% de los casos que fueron 8. **Resultados:** La

razón de muerte materna durante el período de estudio en el HNDAC fue de 0,002 X 100.000 N.V. La primera causa de muerte materna en el HNDAC fue hipertensión inducida por el embarazo. En relación con las demoras encontradas, la de mayor frecuencia fue la primera demora, específicamente la falta de reconocimiento de signos de alarma por parte de las pacientes. **Conclusiones:** En relación con las muertes maternas según las demoras, la de mayor frecuencia fue la primera; específicamente, por la falta de reconocimiento de los signos de alarma y búsqueda oportuna de ayuda. (34)

Challocuro - (2004-2014) - Arequipa - Tesis: Factores de Riesgo y Causas Asociadas a la Mortalidad Materna en la Región de Salud Arequipa en el Periodo 2004 – 2014, **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo y las causas asociadas a la mortalidad materna en la Región de Salud Arequipa durante el periodo 2004 - 2014. **Material y Métodos:** El presente trabajo de investigación es de campo, transversal, descriptivo - retrospectivo. Se realizó un estudio de las Fichas de Investigación Epidemiológica de las Muertes Maternas ocurridas en la Región de Salud Arequipa entre los años 2004 al 2014, con una muestra de 178 casos notificados. Resultados: Dentro de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna se encontró: las edades entre 20 a 34 años un 66.8%, convivientes 61%, lugar de fallecimiento en hospital de 71%, momento de fallecimiento en el puerperio 52%, si tuvieron control prenatal 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras un 54%. Dentro de las causas de Muerte Materna se encontró; directas con 58% (Enfermedad hipertensiva del embarazo 38%), indirectas de 31%, incidentales o accidental un 11%. **Conclusión:** La mortalidad materna se asoció a factores de riesgo tales como edades de 20 a 34 años, lugar de fallecimiento en hospitales, muerte materna durante el puerperio. Y tienen causas directas como la enfermedad hipertensiva del embarazo. (35)

Flores J. (2011- 2015) - Lima – Perú Factores asociados a mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2011-2015, **Objetivo General:** Identificar los factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el periodo 2011-2015. **Metodología:** Es un estudio observacional, analítico, tipo caso control y retrospectivo; la información se recolecto a partir de la FIEMM, utilizado en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en el periodo 2011-2015. Con una población de 33, durante este periodo. **Resultados:** El número de muertes maternas ha descendido descendiendo a 58x 100 mil nv para el 2015 y el mayor durante el año 2012 llegando a 151 x 100 mil nv. Un 60.6% de pacientes han fallecido por causas de muerte tipo directa. La causa genérica que predomino fue la hipertensión con un 55%, en segundo lugar, es por causa de aborto. Hasta un 70% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación. **Conclusión:** No hubo relación estadísticamente significativa de los factores estudiados y mortalidad materna. Los factores comunes en muerte materna en el periodo 2011-2015 está representado por una mujer adulta entre 20- 30 años, sin trabajo, multigesta, que, a pesar de tener controles prenatales, desarrolla hipertensión asociada al embarazo, es limitada su atención debido a la demora tipo 1 y fallece durante el puerperio. Palabras clave: factores comunes, razón de mortalidad, tipo de muerte, control prenatal, hipertensión materna. (36).

Chuquimia (2012 – 2015) - Puno - Tesis: Causas Básicas y Factores más Frecuentes de la Mortalidad Materna Directa en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2012-2015. **Objetivo:** fundamental de la presente investigación fue el de conocer las causas básicas y los factores más frecuentes de la mortalidad materna directa en el Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, **Material y Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo transversal de las historias clínicas de los casos de muerte materna ocurridas desde el 2012 al 2015. Se utilizó una ficha de recolección de datos para las causas y factores. Los datos se procesaron con el software IBM SPSS. **Resultados:** fueron identificados 16 casos de muerte materna, y de éstos, 75% fueron por causa directa y 25% por causas indirectas. Los factores relacionados a la mortalidad materna de causa directa fueron: la edad intermedia de 28 a 31 años de edad y la máxima de 39 años de edad. El 93,7% de muertes tenían el seguro integral de salud; el 62,5% eran de procedencia rural; el 37,5% tenía cierto nivel de educación; el 75% tuvo control pre-natal. Se realizaron cesáreas por eclampsia a un 37,5%; el 56,3% fallecieron en el primer día de puerpera y el 25% tuvo tratamiento quirúrgico en el puerperio. Las razones de mortalidad materna por año en el hospital son: el año 2012 con 198,9 x 100,000 nacidos vivos; el año 2013 con 41,6 x 100,000 nacidos vivos; el año 2014 con 207,6 x 100,000 nacidos vivos; el año 2015 con 210,6 x 100,000 nacidos vivos. Los hallazgos nos permiten concluir que las razones de mortalidad materna en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, a nivel nacional, son altas. (37)

Álvarez. B.- (2007 - 2011 y 2012 – 2016) - Trujillo – La Libertad
Estudio Comparativo de factores asociados a mortalidad materna entre los periodos 2007 - 2011 y 2012 - 2016 en la región la libertad, **Objetivo:** Describir las principales causas de muerte y factores asociados a mortalidad materna comparativamente entre los periodos 2007-2011 y 2012-2016 en La Región La Libertad. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La población estuvo constituida por el total de muertes maternas ocurridas en La Región La Libertad entre los periodos 2007-2011 y 2012-2016. Se revisaron las fichas de investigación epidemiológica de muertes maternas ocurridas durante dichos periodos. Se recopiló la información mediante una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Se incluyeron 350 casos de muertes maternas registradas, de las cuales 205 (58.50%) ocurrieron en el periodo de 2007-2011 y 145 (41.50%) en el periodo de 2012-2016. El promedio de edad fue de 29 ± 7.62 años, no existiendo diferencia significativa entre ambos grupos (29 ± 7.86 en el grupo de 2007-2011 y 29 ± 7.29 en el grupo de 2012-2016). Se encontró que 221 (63.14%) fallecieron por causas directas, de las cuales la principal fue Hemorragia postparto (40.10%), mientras que 105 (30.00%) fallecieron por causas indirectas. También se registraron 16 casos de muertes por causas incidentales (4.57%), principalmente por intoxicación por organofosforados (68.00%) y asfixia (25.00%); además de 8 casos (2.29%) por causas no determinadas. Conclusiones: Los factores asociados a mortalidad materna que registran variaciones entre los periodos de estudio son: la escolaridad, primer control prenatal, semanas de gestación al momento de fallecimiento, tiempo de llegada al centro de salud y momento de fallecimiento. No existen variaciones en las causas de muerte materna en ambos periodos, además según los tipos de causas de muerte materna solo presenta variación la mortalidad por causa directa. (38)

ANTECEDENTES LOCALES

Leveau C. (2006 – 2010) - Ucayali –Tesis: Factores Asociados a la Mortalidad Materna en la Región de Ucayali del año 2006 al 2010, **Objetivo:** Determinar los Factores Asociados a la Mortalidad Materna en la Región de Ucayali del año 2006 al 2010 que es un daño que afecta a la salud pública y que en los últimos años la estrategia de reducción estuvieron dirigidas intervenir las causas biomédicas, pero que no dieron resultados. **Material y Métodos:** estudio no experimental de tipo de casos y controles de nivel analítico, se estudió 68 muertes maternas ocurridas en el periodo 2006 al 2010, las mismas que se compraron con sus controles en una tabla de dos por dos simple. **Resultados:** la gestación a una edad mayor a 38 años es un riesgo de mortalidad materna con una fuerza de asociación 3.67, con diferencias significativas al 95% $p=0.0012$, el periodo intergenésico corto menos de 2 años, la paridad mas de 4 hijos, la condición materna de desnutrida, la talla baja menos de 1.5 metros , la condición materna de indigente analfabeta y no planificada, no son factores de riesgo en la mortalidad materna pero sus diferencias no fueron significativas $p= > 0.05$ la inaccesibilidad es un factor de riesgo para la mortalidad materna con una fuerza asociada OR de 3.44 con diferencias significativas $p= 0.0329$ al 95%, las creencias negativas para la gestación son un factor de riesgo para la mortalidad materna con OR 3.62 m con diferencias significativas $p= 0.036$ al 95% , Los controles prenatales en menos de 6 veces se considera factor de riesgo para la muerte materna pues las diferentes son significativas $p= 0.01$ con una fuerza de asociación OR = 3. La demora de atención en sus diferentes periodos es un factor de riesgo importante OR= 4.5, con diferencias altamente significativas $p=0.0000$. la mortalidad materna ocurre en 61% durante post – parto, 13.2% en el intraparto, 14.7% en el post aborto y 10.3% en el embarazo. (39)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. (1-2-4)

Las definiciones empleadas en el estudio corresponden a la CIE 10 y a otras fuentes.

- Muerte Materna directa
- Muerte Materna Indirecta
- Muerte materna incidental o accidental (llamada también no materna).

MUERTE MATERNA DIRECTA

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos. (1).

Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

- **Hemorragias:**

Del embarazo, parto o puerperio (excluyendo a las producidas por el aborto). Éstas se subdividen en hemorragias de la primera mitad del embarazo (embarazo ectópico, mola hidatiforme), hemorragias de la segunda mitad del embarazo y del parto

(placenta previa, desprendimiento o separación prematura de la placenta, rotura uterina, retención de placenta) y hemorragias del puerperio (atonía uterina, retención de restos placentarios, desgarros de partes blandas tanto cervicales como perineos vaginales, inversión uterina). Debe tenerse presente que en un parto obstruido y prolongado una de las consecuencias puede ser una disfunción uterina hipotónica o hipertónica. Además, debe considerarse la posibilidad de la rotura uterina. (40-41)

- **Infecciones:**

Del contenido uterino, del útero, anexos, parámetros, cavidad pélvica; o la diseminación de ésta, durante el embarazo o parto, pero especialmente durante el puerperio. (40-41)

- **Enfermedad hipertensiva de la gestación:**

Que comprende a la preeclampsia, eclampsia, con o sin síndrome Hellp y a la hipertensión crónica con o sin preeclampsia - eclampsia sobreimpuestas. (41-42)

- **Aborto:**

La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 cm. de la cabeza al talón. (40-41)

En esta causa básica se agrupan las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo. En otras clasificaciones no se considera al aborto en el grupo de causas básicas, incluyendo al aborto séptico en el grupo de las Infecciones y a las complicaciones hemorrágicas del aborto en el grupo de Hemorragias. (40-41)

Esto impide reconocer la magnitud del aborto que en la mayoría de los casos de muerte es inducido en condiciones totalmente nocivas. (40-41)

- **Parto obstruido:**

Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del producto o por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan "estrechez pélvica" e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal. (40-41-42)

MUERTE MATERNA INDIRECTA

Es aquella debida no directamente a una causa obstétrica sino es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, parto o puerperio, pero que es agravada por la adaptación fisiológica al embarazo. (1)

No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en: (1)

- Enfermedades infecciosas. Ej. tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.
- Enfermedades metabólicas y endocrinas: Ej. diabetes mellitus, hipertiroidismo.

- Procesos tumorales: Ej. cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.
- Otras patologías: Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo.

MUERTE MATERNA INCIDENTAL O ACCIDENTAL

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La Muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas. (1)

TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Número de muertes maternas durante un periodo de tiempo dado por cada 100.000 mujeres en edad fecunda en el mismo periodo (1-4-8).

SEPSIS

La sepsis es una enfermedad grave. Ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana. Las sustancias químicas liberadas a la sangre para combatir la infección desencadenan una inflamación generalizada, lo que conduce a la

formación de coágulos de sangre y la filtración de vasos sanguíneos, lo que lleva a un shock séptico. (40-41-42)

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracterizan por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo. (40-41)

La Hipertensión arterial en el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, ó una presión arterial media (PAM) de 105 mm Hg, en dos tomas con un intervalo de 4 horas o una sola toma de 160/110 mmHg, a partir de las 20 semanas de gestación. (42)

CLASIFICACIÓN

Estos trastornos hipertensivos han sido agrupados por la FIGO dentro de un término denominado Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), que abarca fundamentalmente cuatro categorías:

- Hipertensión inducida por el embarazo: Preeclampsia – Eclampsia – HELLP.
- Hipertensión gestacional o transitoria.
- Hipertensión crónica.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada

PREECLAMPSIA

Es el desarrollo de presión sanguínea alta y proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo y puede estar asociada con edema de cara y manos.

- **EDEMA**

El acumulo excesivo de líquido en los tejidos, a nivel interventricular o solo extracelular, en los canales vasculares, espacio intersticial, que se detecta en parpados, manos región lumbo sacro o miembros inferiores sobre la rodilla.

- **PROTEINURIA**

Es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 300 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente.

- (+) > 300 mg en orina de 24 h
- (++) 1-2 g/L en orina de 24 h
- (+++) 2-3 g/L en orina de 24 h
- (++++>) > 3 g/L en orina de 24 h

PREECLAMPSIA LEVE

Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg hasta menor de 2

gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.

PREECLAMPSIA SEVERA

Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 3 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio que evidencian compromiso multiorgánico: Vasomotores: cefalea, tinnitus, alteraciones visuales, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho.

- Hemólisis microangiopática
- Plaquetas menores a 100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas TGO y LDH.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón y/o cianosis.
- Insuficiencia renal aguda. Creatinina sérica > 1,2 mg/Dl

Recientemente, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), así como la Sociedad Europea de Hipertensión, han emitido algunos nuevos criterios para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia.

Se acordó eliminar la dependencia de la proteinuria para establecer un diagnóstico de preeclampsia; este criterio había sido establecido y se mantuvo siempre para afirmar la existencia de la entidad.

En ausencia de la proteinuria es suficiente con la presencia de:

- Conteo de plaquetas < 100,000
- Elevación de las transaminasas al doble de sus valores normales.
- Aumento de la creatinina sérica a partir de 1,1 mg/% (97,24 mmol/L) o el doble de su valor normal de medida en sangre, en ausencia de enfermedad renal -- los valores normales de creatinina en el embarazo son de 0,8 mg/% (70,72 mmol/L).
- Edema pulmonar o aparición de alteraciones cerebrales o visuales.

Criterio para diagnosticar hipertensión arterial según el ACOG:

- Tensión arterial de 140/90 mm de Hg en 2 mediciones con diferencia de 4 horas
- Tensión arterial \geq 160/110 mm de Hg en corto tiempo (minutos)

ECLAMPSIA

Se caracteriza por convulsiones durante el embarazo, parto o puerperio, seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina, sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos.

SINDROME HELLP

Patología multisistémica, considerada como complicación de la preeclampsia severa. Síndrome cuyas siglas significa: H = Hemólisis; EL = Elevación de enzimas hepáticas; LP = Plaquetopenia.

2.1.2 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

FACTORES DE RIESGO:

Característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación de causa efecto.

GESTANTE CONTROLADA:

Gestantes con seis atenciones prenatales.

INTERGENESICO:

Tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.

PUERPERIO:

Período que abarca más o menos las seis semanas que siguen al parto y durante el cual el útero recupera su estado normal y se inicia la secreción láctea.

SINDROME DE HELLP:

El Síndrome de Hemólisis, Disfunción Hepática y Trombocitopenia ha sido reconocido por muchos años como complicación de la preeclampsia severa.

SINDROME METABOLICO:

Está conformado por una serie de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la intolerancia a la glucosa por la resistencia a la insulina y la obesidad visceral, elevando la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular.

NEUMONÍA:

Inflamación de los pulmones, causada por la infección de un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos y expectoración.

INSUFICIENCIA RENAL:

Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

TUBERCULOSIS:

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Es curable y prevenible.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID):

La coagulación intravascular diseminada (CID) o síndrome de desfibrinación es un proceso patológico que se produce como resultado de la formación excesiva de trombina, y que induce el consumo de factores de coagulación y plaquetas en la sangre.¹

El organismo pierde el control homeostático de la coagulación, generando de manera excesiva trombina y plasmina, lo que produce la aparición de hemorragias en diferentes partes de cuerpo trombosis obstructivas de la microcirculación, necrosis y disfunciones orgánicas.

TROMBINA

La trombina es una enzima del tipo de las peptidasas. No es parte de la sangre, sino que se forma como parte del proceso de coagulación sanguínea. Ayuda a la degradación del fibrinógeno a monómeros de fibrina.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

En el campo de la medicina, pérdida del flujo de sangre a una parte del cerebro que daña el tejido cerebral. La causa de los accidentes cerebrovasculares son los coágulos de sangre y los vasos sanguíneos del cerebro que se rompen. Los síntomas incluyen mareo, adormecimiento, debilidad en un lado del cuerpo y problemas para hablar, escribir o entender el lenguaje. También se llama ACV y derrame cerebral.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA (DP):

Separación del lecho placentario de la decidua antes del nacimiento. Se presenta como hemorragia vaginal, útero leñoso y aumento de la actividad uterina. En ocasiones no es visible porque se acumula en forma de hematoma retroplacentario (incluso 1 a 2 litros). Con frecuencia, produce coagulopatía (10%) sobre todo si coexiste con muerte fetal (50%). El modo y el momento del parto vienen determinados por el compromiso materno y fetal. Se puede optar por una actitud expectante ante edad gestacional temprana, sin alteraciones de la coagulación ni existencia de otros problemas maternos y fetales. Aun así, la regla general es parto inmediato ante un DP.

PLACENTA PREVIA (PP):

La hemorragia por placenta previa total, parcial o marginal ocurre en 0,3-0,5% de los embarazos sobre todo si se asocia a cicatriz uterina por cesárea previa, cirugía uterina y placenta previa anterior. El signo clásico es un sangrado vaginal no doloroso. El primer episodio de sangrado suele ceder espontáneamente y no conlleva compromiso fetal.

ROTURA UTERINA:

La existencia de una cesárea previa es el principal factor de riesgo para la rotura uterina con cicatriz uterina previa, la rotura uterina puede ser incompleta y no dar dolor siendo la alteración en la FCF el único síntoma junto con contracciones uterinas anárquicas o hipertonía. Puede presentarse también como un cuadro de shock en la madre junto con dolor abdominal intenso, agudo y continuo.

VASA PREVIA:

El cordón se inserta en la placenta a través de la superficie de las membranas ovulares. Los vasos del cordón umbilical recorren determinada longitud entre las membranas ovulares antes de llegar a la placenta en vez de insertarse libre y directamente en ella. Los vasos fetales están por delante de la presentación. La rotura de las membranas puede resultar en un desgarro de vasos fetales y llevar a un feto exangüe. Se debe de sospechar si una mínima pérdida de sangre se acompaña de distress fetal. Como el volumen sanguíneo fetal es pequeño, de aproximadamente 250 ml, una pequeña cantidad de sangrado puede llevar a la muerte fetal en unos minutos si no se realiza una cesárea inmediatamente.

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Es un cuadro grave, afortunadamente poco frecuente, pero con una alta letalidad, que ocurre durante el parto o en horas subsiguientes y que es secundario al paso del líquido amniótico (LA) al torrente circulatorio con la consiguiente embolización de los vasos pulmonares

ATONÍA UTERINA:

Se produce cuando fracasa el mecanismo fisiológico de la contracción y retracción uterina tras la expulsión del feto. El útero al contraerse y retraerse disminuye la superficie de implantación de la placenta y facilita la separación de la misma. Al separarse totalmente la placenta quedan múltiples vasos desgarrados que se comprimen con las contracciones uterinas, son las "ligaduras

vivientes de Pinard”, siendo éste el mecanismo hemostático fundamental para el control de la hemorragia postparto. Si falla, la hemorragia se perpetua.

PLACENTA RETENIDA:

Definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 min. En alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido. (11)

Es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior al nacimiento. La placenta se puede encontrar adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada y la cavidad uterina ocupada no logrará contraerse eficazmente, y el sangrado continúa. Se puede esperar hasta 30 min para que se produzca la salida de la placenta mediante maniobras de tracción controlada más oxitocina, si la placenta y membranas no se eliminan durante este tiempo, se debe sospechar de una placenta retenida,

LACERACIONES CERVICALES Y/O VAGINALES:

Generalmente asociadas a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre rápido, antes de dilatación cervical completa, o a la realización de episiotomía. El diagnóstico se hace cuando se ha descartado la existencia de atonía uterina y la presencia restos placentarios retenidos. Se examina vagina y cérvix, para lo que se requiere anestesia. El diagnóstico con frecuencia es tardío, cuando el acúmulo de sangre en espacio perivaginal y fosa isquiorrectal es tan importante que la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, alteraciones en la coagulación y aumento del dolor pélvico. La

episiotomía puede derivar en un sangrado importante si no se repara pronto.

INVERSIÓN UTERINA:

Complicación rara y grave La exteriorización parcial o completa del cuerpo del útero a través del cérvix se produce cuando se hace una tracción excesiva del cordón umbilical o se aplica presión abdominal excesiva, se ve favorecida por la existencia de atonía uterina. El diagnóstico es obvio. La clínica incluye dolor abdominal, gran pérdida hemática e inestabilidad hemodinámica. Se debe revertir el útero de inmediato. Se necesita una buena relajación uterina, se emplean nitratos en primera línea, como tocolífticos, asociados a vasopresores potentes para contrastar la hipotensión.

LOS TRASTORNOS DE COAGULACIÓN:

Se pueden deber a varios aspectos: trombofilias, coagulopatías y problemas de plaquetas. La hemostasia es el proceso mediante el cual la coagulación se inicia y se termina y permite mantener la integridad de la circulación en el organismo. Entonces, se necesita que la sangre fluya pero que en caso de hemorragia ésta se pueda controlar. Esto depende de la integridad de los vasos sanguíneos, de las plaquetas y de los factores de coagulación. Es un proceso local, si tengo una lesión en un dedo necesito que sólo allí se forme un coágulo que no se extienda a todo el organismo, el sistema fibrinolítico junto con los inhibidores de la coagulación son los que se encargan de limitar este proceso.

ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA:

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una enfermedad infecciosa que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino interno (útero, ovarios y trompas de Falopio). Aparece por la ascensión de bacterias patógenas desde la vagina y el cuello uterino.

ABORTO:

Interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto haya alcanzado un grado suficiente de desarrollo como para poder sobrevivir fuera del útero.

ABORTO ESPONTÁNEO:

Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación por una anomalía del producto de la concepción o del ambiente materno.

ABORTO PROVOCADO:

El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es el cómo el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

ACCIDENTE DE TRANSITO:

Un accidente de tráfico, accidente de tránsito, accidente vial o siniestro automovilístico es un suceso imprevisto y ajeno al factor humano que altera la marcha normal o prevista del

desplazamiento en las vialidades. Especialmente es aquel suceso en el que se causan daños a una persona o cosa, de manera repentina ocasionada por un agente externo involuntario. Factores externos e imprevistos que contribuyen la acción riesgosa, negligente o irresponsable de un conductor

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA N° 01

DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

EDAD	FRECUENCIA	%
<19	14	27
20-34	31	60
>35	7	13
TOTAL	52	100

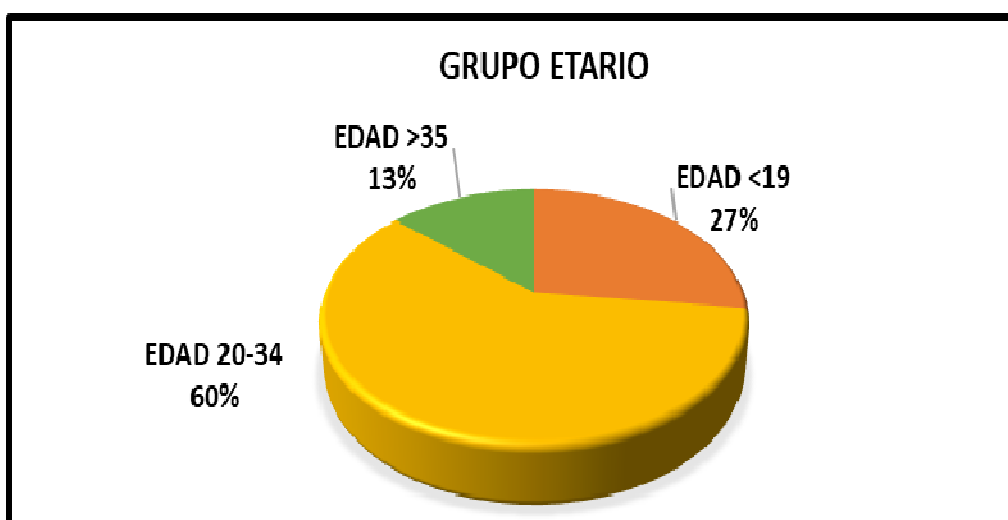
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 01 Observamos que el 60% de los casos de muerte materna se encontraban en el rango de edades de 20 - 34 años, el 27 % fueron menores de 19 años y 13 % mayores de 35 años.

Contrastando el estudio realizado por Cárdenas Reynoso Aida – Fernández Polín Martina cuyo Objetivo: Conocer la Morbilidad y Mortalidad en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015. Lima – Perú se encontró similitud con los resultados que indican que el 64.5% de las pacientes tienen edad entre los 20 a 34 años. Las edades extremas obtuvieron porcentajes importantes menores de 20 años con 19.4% y mayores de 35 años con 16.1%.

GRÁFICO N° 01



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017.

TABLA N° 02

DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
Iletrada	3	6
Primaria	13	25
Secundaria	31	60
Superior	5	10
TOTAL	52	100

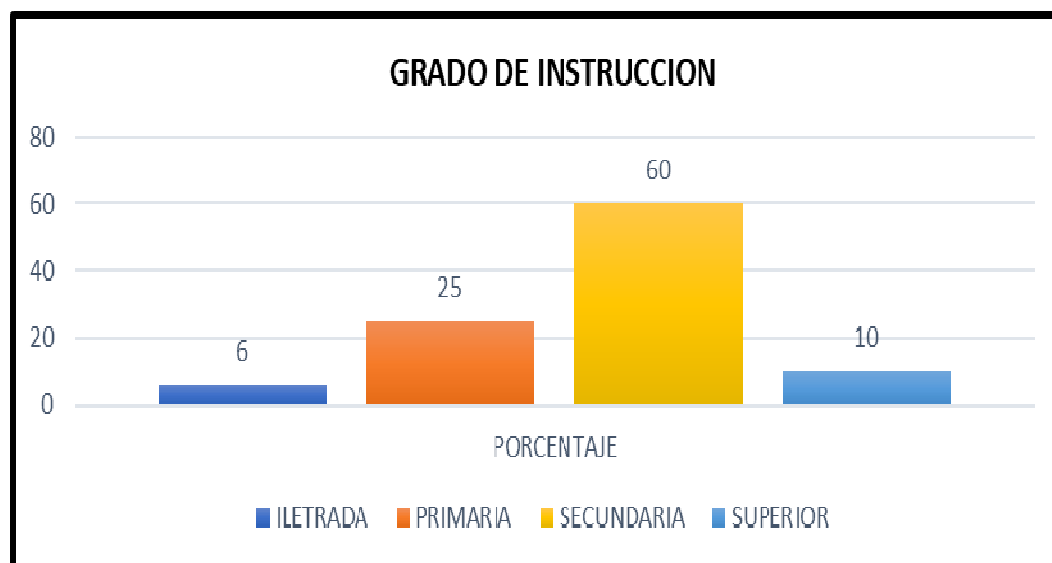
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 02 Observamos que el 60% de los casos de muerte materna en cuanto al grado de instrucción pertenecían al nivel educativo de secundaria, el 25 % al nivel primario y un 10 % nivel superior y solo un 6 % sin ningún tipo de estudio.

Contrastando el estudio realizado por Cárdenas Reynoso Aida – Fernández Polín Martina cuyo Objetivo: Conocer la Morbilidad y Mortalidad en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, julio – diciembre 2015. Lima – Perú se encontró similitud con los resultados que indican que el 64.5% de las pacientes tienen estudios secundarios, seguido de superior no universitario con 16.1% y estudio primario y superior universitario alcanzó un mínimo de 9.7% cada uno.

GRÁFICO N° 02



Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 03

DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltera	14	27
Casada	0	0
Viuda	0	0
Conviviente	38	73
TOTAL	52	100

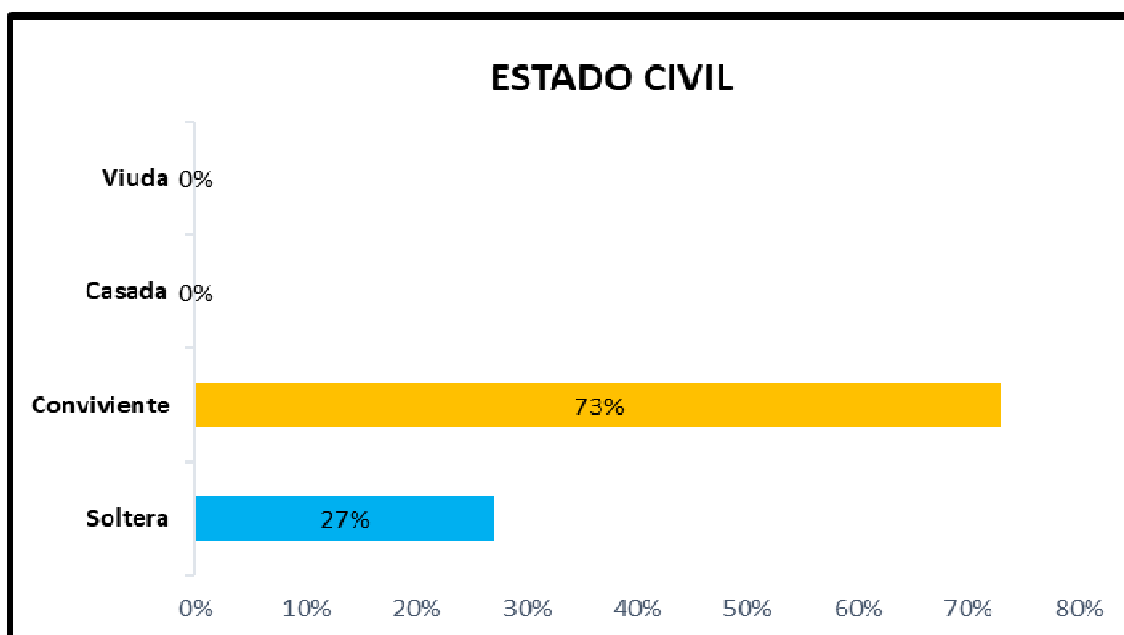
Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 03 Observamos que el 73% de pacientes fallecidas mantenían un estado civil de convivencia, el 27 % fueron solteras.

Contrastando con el estudio de Jhon Paolo Gomez Guerra cuyo Objetivo: Conocer y Describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Es salud Iquitos del Año 2000 al 2014 se encontró similitud con los resultados respecto al estado civil, el 74.2% de las pacientes eran convivientes.

GRÁFICO N° 03



Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 04

DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACION DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

OCUPACION	FRECUENCIA	%
Estudiante	7	13
Ama de casa	42	81
Trabajador independiente	3	6
TOTAL	52	100%

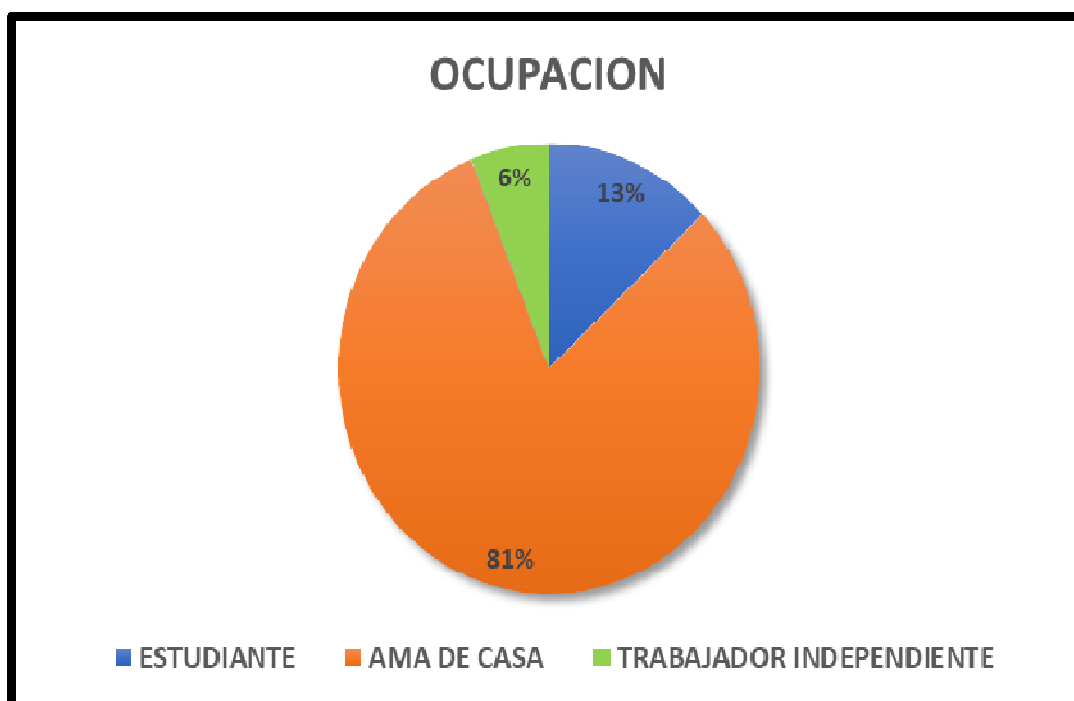
Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 04 Observamos que el 81% de las pacientes fallecidas se dedicaba al cuidado del hogar, el 13 % eran estudiantes y solo un 6 % tenían trabajo independiente.

Contrastando con el estudio de Jhon Paolo Gomez Guerra cuyo Objetivo: Conocer y Describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Es salud Iquitos del Año 2000 al 2014 se encontró similitud con los resultados donde se puede observar que solo 1 caso tenía un trabajo profesional, 18 (90%), eran amas de casa.

GRÁFICO N° 04



Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 05

DISTRIBUCION SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
Calleria	4	8
Yarinacocha	13	25
Manantay	2	4
Otros	33	63
TOTAL	52	100

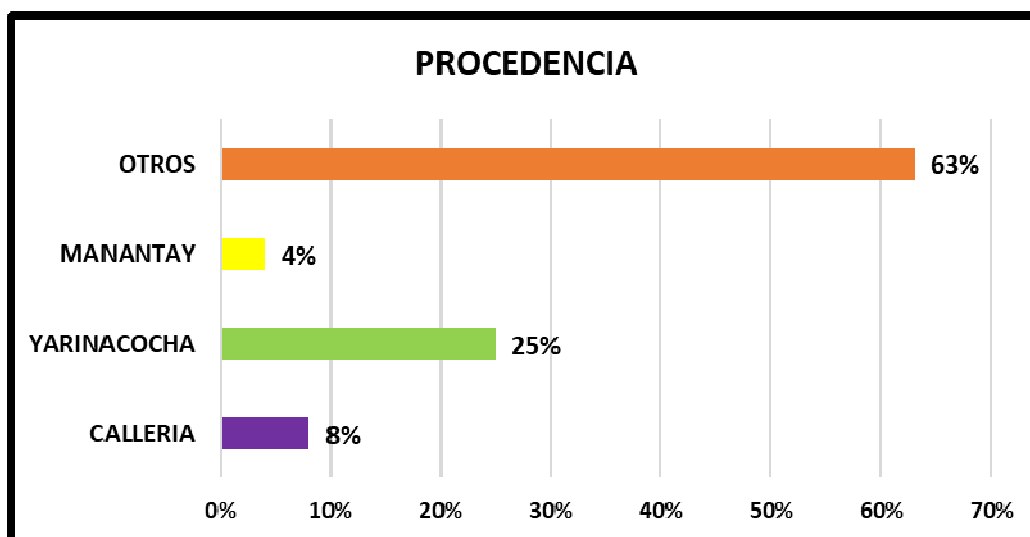
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 05 Observamos que el 25 % procedieron del distrito de Yarinacocha, el 63 % de otros lugares aledaños.

Contrastando con el estudio de Dany Yesenia Leiva Izquierdo cuyo Objetivo: Mortalidad Materna principales factores clínicos y epidemiológicos. Hospital regional de Cajamarca- Perú, durante los años 2007- 2014, teniendo los resultados cierta semejanza con nuestros hallazgos que el mayor porcentaje de muertes maternas proceden de la zona rural 70.5% y en menor porcentaje 29,5 % (13) son procedentes de la zona urbana, teniendo similitud con el estudio realizado.

GRÁFICO N° 05



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017.

TABLA N° 06

DISTRIBUCION SEGÚN REFERENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017.

REFERENCIA	FRECUENCIA	%
Si	14	27%
No	38	73%
TOTAL	52	100%

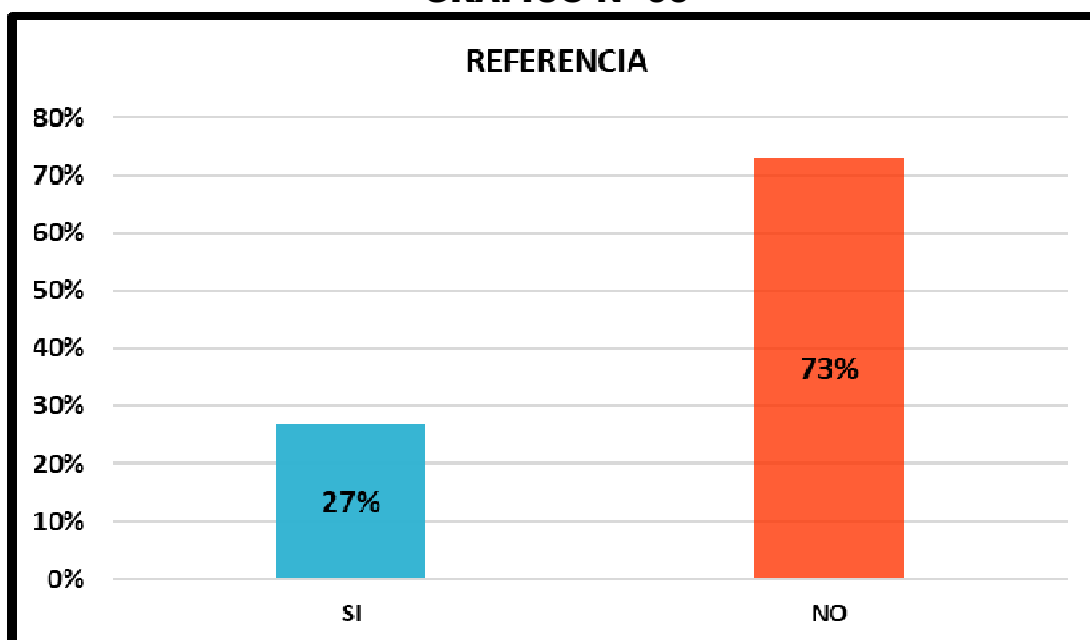
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 06 Observamos que el 73 % no contaba con documento de referencia al llegar al establecimiento con capacidad resolutive.

Contrastando con el estudio de estudio de Jhon Paolo Gomez Guerra cuyo Objetivo: Conocer y Describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Es salud Iquitos del Año 2000 al 2014. Se encuentra similitud de los resultados que el mayor porcentaje fue 95% (19), no conto con referencia y no acudió a ningún servicio de salud.

GRÁFICO N° 06



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 07

DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES	FRECUENCIA	%
Puesto de salud	9	17
Centro de salud	5	10
Domicilio	38	73
TOTAL	52	100

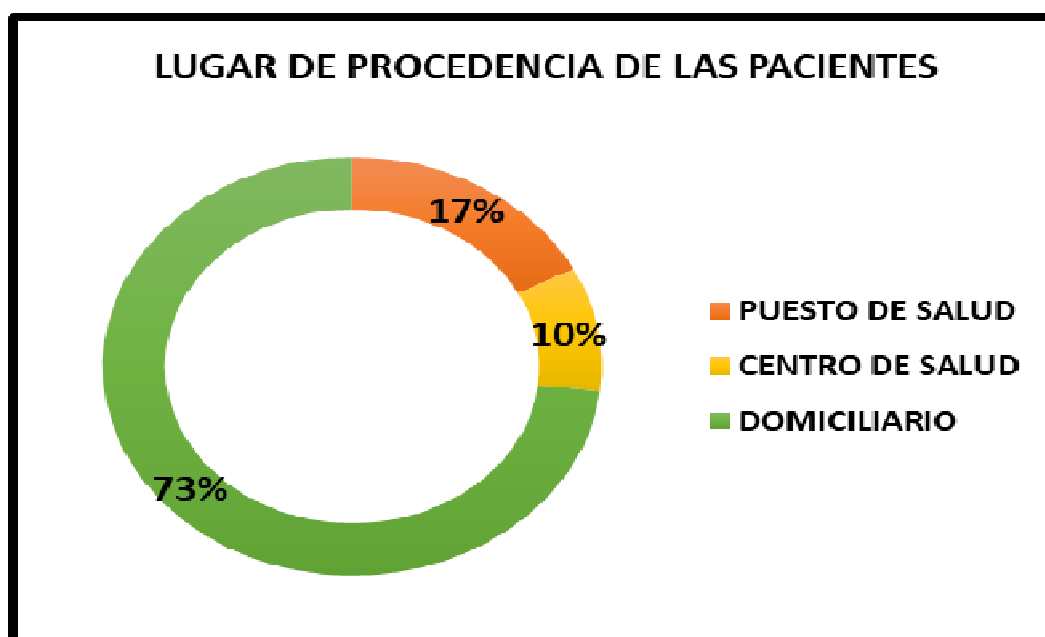
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 7 Observamos que el 73 % de los casos de muerte no tuvieron ningún tipo de atención lo que incrementa considerablemente el riesgo de padecer patologías no detectas y no tratadas por tanto generan condiciones que favorecen las complicaciones.

Contrastando con el estudio de Jhon Paolo Gomez Guerra cuyo Objetivo: Conocer y Describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Es salud Iquitos del Año 2000 al 2014. Se encuentra los mismos resultados en el estudio que el 95% (19) no acudió a ningún servicio de salud.

GRÁFICO N° 07



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 08

DISTRIBUCION SEGÚN NUMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017.

NUMERO DE APN	FRECUENCIA	%
0	38	73
1 A 2	5	10
3 A 5	6	12
≥6	3	6
TOTAL	52	100

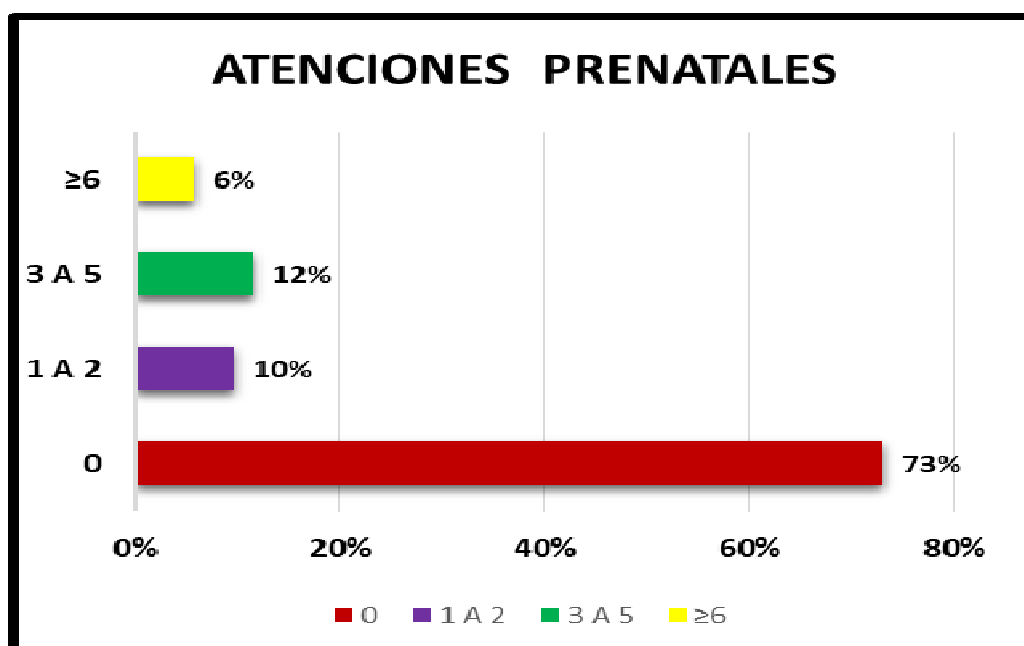
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 08 se aprecia que el 73 % de las pacientes atendidas no tuvieron atenciones prenatales siendo este uno de los factores más determinantes para detección temprana de las complicaciones obstétricas.

Contrastando con el estudio de María Rosa Pozo Guerrero, cuyo Objetivo: Determinar la mortalidad materna en función al modelo de las tres demoras que desencadenaron el suceso, en el Hospital Daniel Alcides Carrión (HNDAC) durante el período abril 2013 – mayo 2014. Que el 62,5% no acudió a sus controles prenatales encontrando similitud con nuestros hallazgos.

GRÁFICO N° 08



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 09

DISTRIBUCION SEGÚN PARIDAD DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

PARIDAD	FRECUENCIA	%
Primigesta	16	31
Segundigesta	5	10
Tercigesta	12	23
Multigesta	9	17
Gran multigestas	10	19
TOTAL	52	100

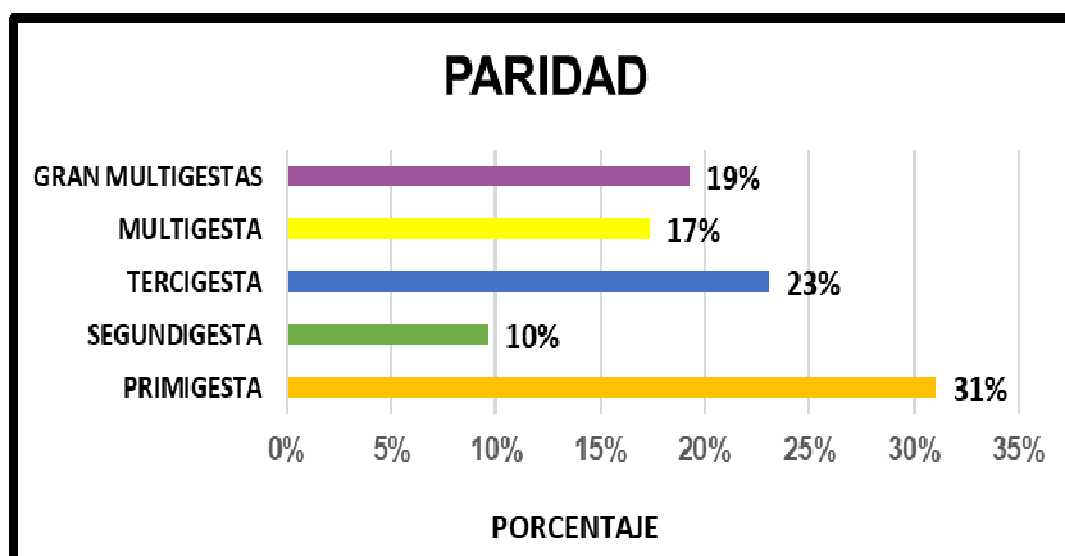
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 08 09 se aprecia que el 31 % de las pacientes de las pacientes atendidas fueron primigestas, seguido de un 23% en pacientes que ya experimentaron el parto, finalmente un 36% de pacientes multigestas y gran multigestas respectivamente.

Se encuentra diferencia con el estudio de Jhon Paolo Gomez Guerra cuyo Objetivo: Conocer y Describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Es salud Iquitos del Año 2000 al 2014 según la Paridad se puede observar que la mayoría eran multíparas 10 (50%), seguida por Primíparas, con 7 (35%) de los casos y 3 (15%) eran aún nulíparas.

GRÁFICO N° 09



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 10

DISTRIBUCION SEGÚN ETAPA OBSTERICA EN LA QUE OCURRIO LA MUERTE MATERNA DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MORTALIDAD MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017

ETAPA OBSTETRICA EN LA QUE OCURRIO LA MUERTE MATERNA	FRECUENCIA	%
Embarazo	15	29
Parto	3	6
Puerperio	34	65
TOTAL	52	100

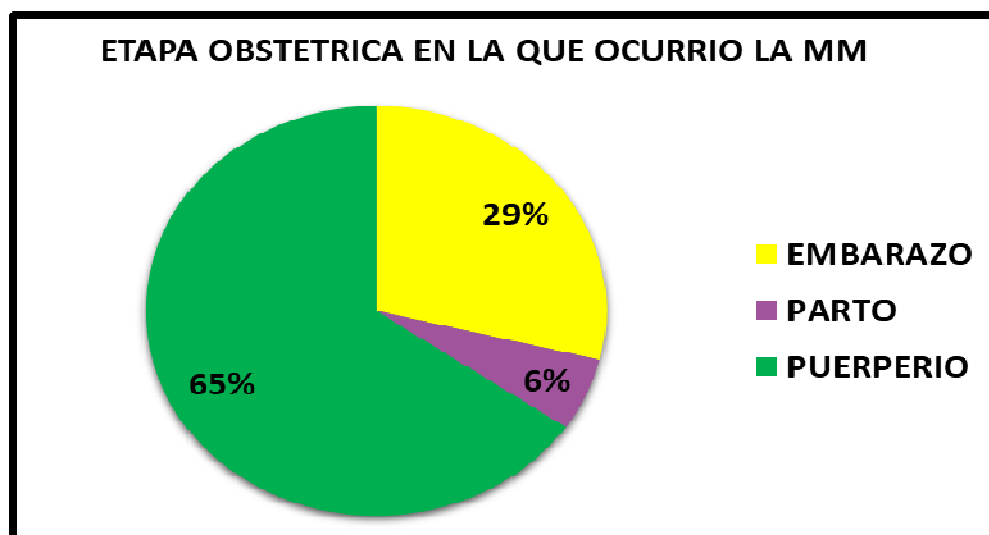
Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 10 se aprecia que el 65 % de las pacientes fallecieron en la etapa del puerperio seguido de 29 % durante el embarazo y 6 % durante el parto.

Contrastando con el estudio realizado por Jhon Paolo Gomez Guerra, cuyo objetivo: Factores epidemiológicos y clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III Essalud Iquitos 2000-2014, que la mayoría de fallecimientos se dio en el puerperio con el 65% (13) de los casos; el 30% (6) se dio durante la gestación y solo un de fallecimiento durante el parto, se encuentra similitud con los hallazgos de nuestro estudio.

GRÁFICO N° 10



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 11

**DISTRIBUCION POR CAUSAS DIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN
LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
PERIODO DE 2007 - 2017**

CAUSAS DIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA		FRECUENCIA	%
Trastornos hipertensivos de la gestación	Preclampsia severa	0	0
	Eclampsia	5	12
	Síndrome de hellp	6	15
Hemorragia de la 1ra mitad del embarazo (complicada)	Aborto	5	12
	Embarazo ectópico roto	3	7
Hemorragia de la 2da mitad del embarazo (complicada)	Desprendimiento prematuro de placenta (CID)	2	5
Hemorragia post parto	Atonía uterina	5	12
	Desgarro cervical	3	7
	Desgarro pared vaginal	2	5
	Retención placentaria	3	7
Sepsis causa obstétrica	Aborto infectado	3	7
	Óbito fetal	2	5
	Útero perforado	2	5
TOTAL		41	100

Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

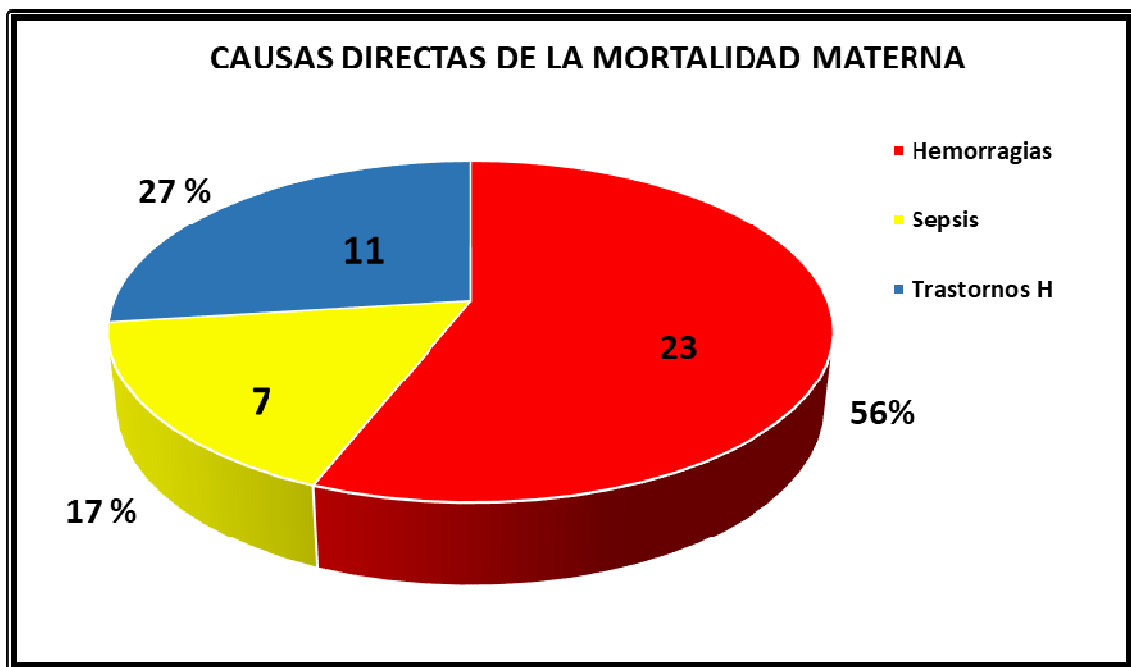
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 12 se observa que el 54%(23) de las causas directas fueron por causas hemorrágicas de ellas el 24% se dio por atonía uterina y aborto respectivamente, el 27 % por trastornos hipertensivos de la gestación de ellos, el 15% fue por síndrome de hellp, por cuadros de sepsis el 10% tuvo como causa óbito fetal y útero perforado seguido del 7% aborto infectado.

Contrastando con estudio realizado por Jhon Paolo Gomez Guerra, cuyo objetivo: Factores epidemiológicos y clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III Essalud Iquitos 2000-2014, que los casos de mortalidad materna,

(80%) eran por factores directas de los 16 casos de muerte materna por factores directas, 7 (43.8%), eran por hemorragias; 2 (12.5%) por Eclampsia y síndrome Hellp, 4 casos (25.0%), por infecciones y 1 caso por Preeclampsia grave; de las causas hemorrágicas, 4 fueron por atonía uterina y 3 por coagulación Intravascular Diseminada; y de las causas infecciosas, 3 muertes fueron por sepsis puerperal y un caso de sepsis por Óbito fetal, estos resultados tienen similitud con los resultados del presente estudio

GRÁFICO N° 11



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

TABLA N° 12**DISTRIBUCION POR CAUSAS INDIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO DE 2007 - 2017**

CAUSA INDIRECTA MORTALIDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
TBC	1	9
Neumonía Extra hospitalaria	1	9
Cardiopatía congénita descompensada	2	18
Leucemia	1	9
Intoxicaciones por otras sustancias	2	18
Accidente de transito	1	9
Meningocefalitis bacteriana	1	9
Causas desconocidas(embolia de líquido amniótico, shock anafiláctico en investigación)	2	18
TOTAL	11	100%

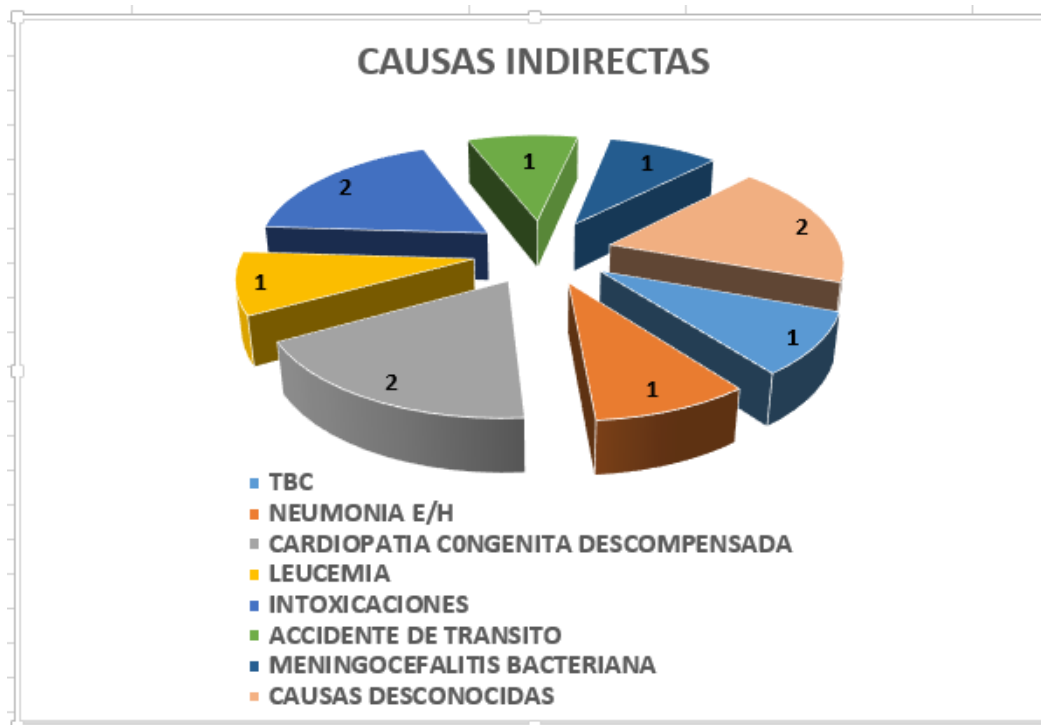
Fuente: historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico N° 13 se observa que el 11% de las causas indirectas de la mortalidad materna fueron por causas indirectas, encontrándose 11 casos en general entre ellos por TBC, Neumonía, Leucemia, accidente de tránsito, Meningoencefalitis bacteriana respectivamente, 2 casos de cardiopatía congénita, 2 Intoxicaciones y 2 causas desconocidas.

En relación al estudio realizado por Jhon Paolo Gomez Guerra, cuyo objetivo: Factores epidemiológicos y clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III Essalud Iquitos 2000-2014, se encuentra similitud encontrado que según los factores indirectas de mortalidad materna, 1 (25%), fue por Neumonía, 1 (25%) caso por tuberculosis, 1 (25%) por insuficiencia respiratoria aguda y por ultimo 1 (25%) caso por malaria grave. No hubo casos por factores incidentales.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Historia clínica de las pacientes atendidas en Hospital Amazónico periodo 2007-2017

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Luego de obtener los resultados de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones en la que se identificó

1. En relación a los características generales se encontró que el 60%(31) de las muertes maternas se dio entre las edades de 20- 34 años, 27%(14) de menores de 19 años, el 60%(31) de la población estudiada solo tenían nivel secundario, el 73%(38) de estado conyugal de convivencia, con un 83% (42) dedicadas al cuidado del hogar, el 63% (33) procedieron de zonas alejadas fuera de jurisdicción de yarinacocha, el 73 %(38) no contaban con documento de referencia.

2. En relación a las características obstétricas se encontró el 73%(38) de las pacientes fallecidas no tuvieron ninguna atención prenatal, el 10% (5) solo con 1 a 2 controles, el 37%(21) fueron multigestas y gran multigestas el 65 % (34) de las pacientes fallecieron en la etapa del puerperio y el 29% (15) durante el embarazo y solo el 6% (3) ocurrió durante el parto.
3. Respecto a las causas directas de mortalidad materna se encontró que el 54% fueron por hemorragia obstétrica siendo el 12%(5) por atonía uterina y 12%(5) por aborto, el 27%(11) por trastornos hipertensivos de la gestación el 15%(6) fueron por síndrome de hellp, 17% (7) por cuadros de sepsis de ellos el 5%(2) fueron por óbito fetal, el 5%(2) útero perforado y el 7%(3) aborto infectado.
4. Respecto a las causas indirectas de mortalidad materna se encontró que el 18 %(2) corresponde a cardiopatía congénita descompensada, el 18%(2) a intoxicaciones por otras sustancias, el 18%(3) por causas desconocidas, el resto correspondiente cada uno al 9 %(1), por TBC, Neumonía, Leucemia, accidente de tránsito, Meningoencefalitis bacteriana.

4.2. RECOMENDACIONES

Concluida la investigación se realiza las siguientes recomendaciones que están encaminadas al fortalecimiento de las estrategias existentes para reducir la Mortalidad Materna.

- 1.- Se recomienda al Gobierno Regional, Gobiernos Locales, MINSA en coordinación con la DIRESA y los Establecimientos de Salud, se realicen mayores campañas de difusión sobre métodos anticonceptivos poniendo especial énfasis en el trabajo con las/los adolescentes facilitando el acceso a los programas de planificación familiar y salud sexual y reproductiva implementando consultorios diferenciados para la población adolescente.
2. Se recomienda al personal que se encarga de la atención a las gestantes realizar campañas de difusión sobre la importancia de la atención prenatal, para identificar tempranamente patologías que podrían complicar la gestación.
3. Se recomienda al personal que atiende a la gestante realizar capacitaciones constantes al equipo multidisciplinario en el manejo y organización de las claves, (roja, amarilla, azul) como herramienta indispensable que permita la adecuada respuesta activando la participación de cada uno de los actores involucrados en la atención de las emergencias obstétricas.
4. Se recomienda a médicos y obstetras que atienden a la gestante realizar el examen clínico completo desde la atención prenatal y no limitarse únicamente al examen obstétrico de esta manera se hará una detección integral de patologías que no sean propias del proceso de gestación pero que complican la misma con el fin de tener una detección temprana para que el control sea más orientado a cada caso en particular y cuente con una preparación adecuada para la atención del parto.

FUENTES DE INFORMACION

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. Citado el 06/11/2016. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). ¿Qué significa “jóvenes” para las Naciones Unidas y cómo son diferenciados de los niños? Citado el 06/11/2016. Disponible en http://www.cinu.mx/minisito/UNjuventud/preguntas_frecuentes/.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Nota descriptiva N°345, Mayo de 2014. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
4. INFOABE. Niñas madre: 20.000 menores de 18 años dan a luz por día en América Latina. MIÉRCOLES 30 DE OCTUBRE 2013. Disponible en <http://www.infobae.com/2013/10/30/1520058-ninas-madre-20000-menores-18-anos-dan-luz-dia-america-latina/>.
5. RPP Noticial (Sitio de Internet). INEI: Embarazo adolescente en Perú sube al 14,6 %. 9 Julio, 2015. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>.
6. INEI. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Citado el 06/11/2016. Disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>.
7. Movimiento Manuela Ramos. Desafíos pendientes de las políticas públicas, derechos sexuales y derechos reproductivos de la región Ucayali. Boletín informativo regional. Lima, Perú. Abril, 2014. Disponible en http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/Desafios_Pendientes_de_las_politicas_publicas_derechos_sexuales_y_derechos_reproductivos_region_Ucayali_175.pdf.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Las adolescentes y su comportamiento reproductivo 2013. Lima, 2015. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1199/libro.pdf.
9. Fernández H, Gerez S, Ramírez N, Pineda A. Caracterización de la terminación voluntaria del embarazo en adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40 (2). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin07214.htm.
10. Suarez AC. Incidencias y complicaciones del aborto incompleto en adolescentes de 13 a 19 años del “Hospital Matilde Hidalgo De Procel” de septiembre del 2012 a febrero del 2013 de la Provincia del Guayas. Tesis de pregrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil. 2013 – 2014. Disponible <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1805/1/tesis%20empastar%20TOTAL.....pdf>.
11. Barrozo, M. y Pressiani, G. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Tesis de grado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. 2011. Disponible en http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf.
12. Doblado NI, De La Rosa I y Junco A. Ginecología y Salud Reproductiva: Aborto en la adolescencia un problema de salud Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2010; 36(3)409-421. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin11310.pdf.
13. Paliza OU. Complicaciones obstétricas y perinatales de adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba. Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015. Disponible en <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/550/1/Tesis%20completa.pdf>.
14. La Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. Prevención del embarazo adolescente en el Perú. Por una mejor calidad de vida de las y los adolescentes. 2012 Disponible en <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MCLCP-Embarazo-Adolescente.pdf>.

15. Segundo Acho, Dennis Camposano, Eduardo Canova. (2005). Aborto en adolescentes. Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev Per Ginecol Obstet [internet] 2005 [citado 29 abril 2017]; pag: 100-104. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/402/371>.
16. Moreno CA y Salazar MR. Complicaciones del embarazo y parto en pacientes que cursaron con amenaza de aborto en el primer trimestre Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz", julio 2000 – junio 2003. Tesis de grado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa de Cybertesis Perú, 2004. Disponible en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2972/1/Moreno_sc.pdf.
17. Diccionario Médico. Términos de obstetricia. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-obstetricia>.
18. Diccionario Médico. Términos de cirugía. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-cirugia>.
19. Diccionario Médico. Términos de embriología. Citado el 06/11/2016. Disponible en <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/definiciones-por-temas/diccionario-de-embriologia>.
20. Hernández R, Fernández A, Baptista P. Metodología de la investigación México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
21. Ander-Egg E. Técnicas de investigación social Buenos Aires: Editorial LUMEN; 1995.
22. Arias F. El proyecto de investigación. Guía para su elaboración Caracas, Venezuela; 1999.
23. Sánchez JM. Técnicas de Muestreo Estadístico. : Universidad Rey Juan Carlos; 2003.
24. Diana V, Jorge R. obstetricia integral siglo XXI [internet]. 2da ed. Bogotá: 2010. [actualizado 25 Mar 2011; citado 5 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>.

25. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Spong. Aborto. En: Javier de León Fraga. Williams obstetricia. 23ª ed. México: McGrawHill; 2011.p. 215-237.
26. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo [internet]. Madrid.:2009. [citado 5 ene 2017]. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>.
27. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Aborto; p. 4.
28. Ramón C, Ana A, Osvaldo M Y María Y. Aborto septico. Revista Cubana Med Milit [revista en internet] 2006. [acceso 5 ene 2017]. 35(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_4_06/mil09406.htm.
29. Schwarcz, Salas, Duverges. Embarazo patológico. En: Ricardo Leopoldo schwarcz. Obstetricia. Buenos aires: argentina; 2009.p: 193-290.
30. Congreso Mujer y realidad del aborto [internet]. España: 2007 [6 ene 2017]. Complicaciones médicas del aborto. [aprox. 11 pantallas]. Disponible en: <http://www.mujiyaborto.com/archivospdf/complicacionesmedicas.pdf>.
31. Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [internet]. Bogotá: 2014 [citado 6 de ene 2017]. Atención postaborto (ApA) y sus complicaciones [aprox. 76 pantallas]. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-IVE-DT-Atencion-postaborto.pdf>.
32. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Anemia; p. 64.
33. blogspot.pe. [internet]. Blogspotpe; 2011 [actualizado 21 jul 2011; citado 10 ene 2017]. Disponible en: <http://mireliabonilla1.blogspot.pe/2011/07/el-aborto-causas-y-efectos.html>.
34. Marco H. Aborto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) [internet] 2015 [citado el 10 de ene 2017]. Disponible en: https://prezi.com/nntivtylm_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/.

35. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Esterilidad; p. 527.
36. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Embarazo ectópico; p. 446.
37. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Placenta previa; p. 1041.
38. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. Infección; p. 742.
39. Diccionario de medicina océano mosby. 4ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. infección; p. 1168.
40. Organización mundial de la salud (OMS), Temas de salud; factores asociados [internet] 2002. [citado 21 de jul 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
41. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica: Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_aborto_espontaneo.pdf.

ANEXOS



ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO DE 2007 - 2017.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>PROBLEMA PRINCIPAL:</p> <p>¿QUÉ CAUSAS DETERMINARON LA MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 – 2017?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017? • ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS OBSTETRICIAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017? • ¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS DIRECTAS QUE DETERMINARON LA MUERTE MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>DETERMINAR LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 – 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017. • DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO QUE TERMINARON EN MUERTE MATERNA EN EL PERIODO DE 2007 - 2017. • IDENTIFICAR LAS CAUSAS DIRECTAS QUE DETERMINARON LA 	<p>EN EL PRESENTE ESTUDIO NO SE PLANTEARÁ HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN POR TRATARSE DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN LA QUE NO HABRÁ MANIPULACIÓN DE LAS VARIABLES</p>	<p>ESTUDIO UNIVARIADO: V1: MORTALIDAD MATERNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CARACTERÍSTICAS GENERALES. <ul style="list-style-type: none"> - EDAD - GRADO DE INSTRUCCIÓN - ESTADI CIVIL. - OCUPACION. - PROCEDENCIA. - REFERENCIA - LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA PACIENTE. ✓ CARATERISTICA OBSTERITCAS <ul style="list-style-type: none"> - ATENCION PRENATAL. - PARIDAD. - ETAPA OBSTETRICA. - RELACION ENTRE LA ATENCION Y EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO. ✓ CAUSA DIRECTA DE MM. <ul style="list-style-type: none"> - TRAUMA OBSTETRICO DESGARRO DE CUELLO. DESGARRO DE CANAL DEL PARTO. DESGARRO PERINEL. RUPTURA UTERINA. - TONO ATONIA: FETO GRANDE, EXPULSIVO PROLONGADO, OTROS - TEIJO RETENCION DE RESTOS PLACENTARIO. RETENCION PLACENTARIA. - TROMBINA ADQUIRIDA CONGENITA. - TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PREECLAMPSIA ECLAMPSIA SINDROME DE HELLP - ABORTOS SI NO - INFECCIONES SI 	<p>EL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN SERÁ EL CUALITATIVO, POR QUE ESTUDIARÁ LA REALIDAD EN SU CONTEXTO NATURAL TAL COMO SUCEDIERON LOS HECHOS, PROCEDIENDO LUEGO A LA INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS MISMOS.</p>

<p>EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 - 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS INDIRECTAS QUE DETERMINARON LA MUERTE MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 - 2017? 	<p>MUERTE MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 - 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> IDENTIFICAR LAS CAUSAS INDIRECTAS QUE DETERMINARON LA MUERTE MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL PERIODO DE 2007 - 2017 			<p>NO</p> <p>✓ CAUSA INDIRECTA DE MM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ENFERMEADES CRONICAS <ul style="list-style-type: none"> INSUF RENAL INSUF HEPATICA VIH TBC - ENFERMEADES ACTUALES <ul style="list-style-type: none"> NEUMONIA DENGUE CHICUNGUNYA - INTOXICACIONES <ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS ORGANOS FOSFORADOS INFUSIONES VEGETALES. <p>ACCIDENTE DE TRANSITO</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	
--	---	--	--	--	--

ANEXO N° 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título de la investigación: Mortalidad Materna en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de 2007 - 2017.

Objetivo: Determinar las causas de la Mortalidad en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo de 2007 – 2017.

I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES

1.- Edad

- a) < 19
- b) > 20 – 34
- C) ≥ 35

2.- Grado de Instrucción:

- a) Illetrada
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3.- Estado Civil:

- a) soltera.
- b) casada.
- c) conviviente.
- d) viuda.
- e) divorciada.

4.- Ocupación

- a) Estudiante.
- b) Trabajadora.
- c) Oficio Del Hogar.
- d) Otros.

5.- Procedencia

- a) Yarinacocha
- b) Callería
- c) Manantay.
- d) Otros

6.- Referencia

- a) Si
- b) No

7.- Lugar de procedencia de la paciente

- a) Puesto De Salud.
- b) Centro De Salud.
- c) Domiciliario

II. CARACTERISTICAS OBSTETRICOS

8.- Atención Prenatal

- a) 0
- b) 1 - 2
- c) 3 - 5
- d) ≥ 6 .

9.- Paridad

- a) Primigesta
- b) Secundigesta
- c) Tercigestas
- d) Multigestas
- e) Gran Multigestas

10.- Etapa Obstétrica

- a) Embarazo
- b) Parto
- c) Puerperio

III. CAUSAS DIRECTAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

11.-Trauma Obstétrico

- a) Desgarro De Cuello
- b) Desgarro Canal Del Parto
- c) Desgarro Perineal
- d) Ruptura Uterina

12.- Tono

Atonía Uterina Por:

- a) Feto Grande
- b) Expulsivo Prolongado
- c) Otros

13.- Tejido

- a) Retención de restos placentarios
- b) Retención placentaria

14.- Trombina

- a) Adquirida
- b) Congénitas

15.- Trastornos hipertensivos del embarazo

- a) Preeclampsia
- b) Eclampsia
- c) Síndrome de Hellp

16.- Abortos

- a) Si
- b) No

17.- Infecciones

- a) Si
- b) No

IV. CAUSAS INDIRECTAS DE LA MORTALIDA MATERNA

18.- Enfermedades Crónicas

- a) Insuficiencia Renal
- b) Insuficiencia Hepática
- c) VIH
- d) TBC

19.- Enfermedades Actuales

- a) Neumonía.
- b) Dengue.
- c) Chicungunya.
- d) Zika

20.- Intoxicaciones

- a) Medicamentos.
- b) Órganos Fosforados.
- c) Infusiones Vegetales.

21.- Accidentes De Transito

- a) Si
- b) No