



**“FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y DE SERVICIOS DE
SALUD DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
AMAZONICO DURANTE EL PERIODO DEL 2007 AL 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERIA**

BACHILLER: DEL AGUILA RUIZ, MARIA EMIRA

PUCALLPA – PERÚ

2017

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

RESUMEN

i

ABSTRACT

ii

INTRODUCCION

iii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema Principal	4
1.2.2. Problemas Secundarios	4
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivos general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de términos	32
2.4. Variables de Estudio	34
2.4.1 Definición conceptual de la variable	34
2.4.2 Definición operacional de la variable	35
2.4.3 Operacionalización de la variable	36

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	37
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	38
3.3 Población y muestra	38
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	39
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	40
3.7 Plan de análisis de datos	40

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	41
-------------------------	----

CAPITULO V: DISCUSION	59
-----------------------	----

CONCLUSIONES	64
--------------	----

RECOMENDACIONES	65
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

Anexo 1: Formulario de recolección de datos.

Anexo 2: Matriz de Consistencia.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a mis distinguidos maestros que con nobleza y entusiasmo vertieron en mi todo su experiencia y conocimiento para lograr mi formación como profesional.

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Nº	Título	Pág.
1	Número de muertes maternas 2007 - 2016	42
2	Clasificación de las muertes maternas	43
3	Causas de muerte materna.	44
4	Edad de los casos de muerte materna.	45
5	Casos de muerte materna según grupo étnico.	46
6	Casos de muerte materna según grado de instrucción.	47
7	Casos de muerte materna según religión.	48
8	Casos de muerte materna según estado civil.	49
9	Casos de muerte materna según ocupación.	50
10	Casos de muerte materna según procedencia.	51
11	Casos de muerte materna según paridad.	52
12	Casos de muerte materna según lugar de ocurrencia.	53
13	Casos de muerte materna según control pre natal.	54
14	Casos de muerte materna según referencia.	55
15	Casos de muerte materna según tipo de parto.	56
16	Casos de muerte materna según momento de fallecimiento.	57
17	Casos de muerte materna según tipo de defunción.	58

RESUMEN

Objetivo Describir los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico en el periodo del 2007 al 2016. Metodología. Investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, la muestra estuvo conformada por 47 casos de muerte materna. Resultados: Con relación a los factores sociodemográficos, el 89.4% fueron clasificadas como directa, la principal causa fue la hemorragia 36.2%, según la edad el 31.9% se presentó en gestantes adolescentes, 95.7% fueron de la etnia mestiza, 70.2% con grado de instrucción secundaria, 80.3% de religión católica, 76.6% de estado civil conviviente, 80.9% de ocupación ama de casa, 46.8% con procedencia de la zona rural, 48.9% fueron primigestas, el 83.0% fallecieron en el hospital. Según los factores de servicios de salud, el 59.6% recibieron control pre natal, el 57.4% no fueron referidas, el 42.5% tuvieron parto cesáreo, el 65.9% fallecieron en el periodo de puerperio, 38.3% fueron defunciones extrahospitalarias. Conclusiones Los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico son: La hemorragia, la edad adolescente, la etnia mestiza, el estado civil, grado de instrucción, religión católica, estado civil, control pre natal y periodo de puerperio.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, de servicios de salud, mortalidad materna.

ABSTRACT

Objective To describe the sociodemographic and health services factors of maternal mortality in the Amazonian Hospital in the period from 2007 to 2016. **Methodology.** Research of descriptive, retrospective type, the sample consisted of 47 cases of maternal death. **Results:** Regarding sociodemographic factors, 89.4% were classified as direct, the main cause was hemorrhage 36.2%, according to age 31.9% was presented in adolescent pregnant women, 95.7% were mestizo, 70.2% with grade Of secondary education, 80.3% of Catholic religion, 76.6% of married civil status, 80.9% housewife occupation, 46.8% came from rural areas, 48.9% were primigravidae, 83.0% died in the hospital. According to the factors of health services, 59.6% received pre-natal care, 57.4% were not referred, 42.5% had cesarean delivery, 65.9% died in the puerperium period, 38.3% were out-of-hospital deaths. **Conclusions.** The sociodemographic and health services factors of maternal mortality in the Amazonian Hospital are: Hemorrhage, adolescent age, mestizo ethnicity, marital status, education level, catholic religion, marital status, pre-natal control and period of puerperium.

Key words: Sociodemographic factors, health services, maternal mortality.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por esta, o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales, pudiendo estas ser directas e indirectas. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Cada día en el mundo mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de la mortalidad materna ocurre en los países en desarrollo, siendo mayor en zonas rurales y en comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. (2)

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. (2)

El informe de las Naciones Unidas muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para el 2015. (3)

El Perú no ha cumplido la meta de reducir la tasa de muerte materna a 66 por cada 100,000 nacidos vivos debido a su demagogia. El 46% de estos fallecimientos ocurre en el puerperio (después del parto) a causa de hemorragias; sin embargo, según una encuesta del INEI del 2014 el 34% de

establecimientos de salud encuestados (801 en total) no tenía oxitócicos en sus farmacias, medicamento precisamente para cohibir las hemorragias. La misma encuesta señala que el 68% de establecimientos carece de equipos e instrumental médico para resolver las emergencias obstétricas, entre ellas la retención de placenta, una de las causas de muerte materna por hemorragia. Según la misma fuente estadística 51,9% de 162 hospitales encuestados no tiene refrigeradora conservadora de sangre, necesaria para evitar la muerte por hemorragia. (4)

En la Región Ucayali en el año 2015 se han registrado un total de 18 defunciones maternas, lo que representa el 4.3% del total de muertes ocurridas a nivel nacional. La primera causa de muerte materna es la Retención de Placenta por Acretismo seguido de eclampsia, el grupo etario afectado son las mujeres de 18 a 35 años, ocurriendo el mayor número de muertes maternas en pacientes que tuvieron de 1 a 5 controles prenatales, la mayoría tuvieron secundaria incompleta, las defunciones se produjeron en el puerperio, mayormente en la etnia mestiza. (5)

En la literatura se describe sobre la presencia de una serie de factores relacionados a la mortalidad materna entre ellas las de tipo socioeconómicos, demográficos, culturales y de servicios de salud. Esta diversidad de factores asociados a la muerte materna forma parte de las diversas acciones o estrategias para controlar las muertes maternas. (Romero, M et al. Citado por Delgado, R. (6)

El Hospital Amazónico de Categoría II-2, es el Centro de Referencia de la Red de Salud Carretera Federico Basadre/Yarinacocha, anualmente reporta un promedio de 05 casos de muertes maternas, por lo que analizar los diversos factores de las muertes maternas permite tener otros elementos para tomar acciones concretas para hacer frente al problema.

El objetivo de este estudio es describir los factores sociodemográficos y de servicios de salud en la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. (7)

En los últimos 25 años esta se dividió casi por dos, aunque solo nueve países alcanzaron los objetivos de las Naciones unidas en este campo, entre ellas Bután, Cabo Verde, Camboya, Irán, Laos, Maldivas, Mongolia, Rwanda y Timor Oriental. Otros 39 países registraron "progresos significativos". Los mayores avances tuvieron lugar en el este de Asia, con una reducción del 72% de la mortalidad materna entre 1990 y 2015. África Subsahariana continúa siendo la región más afectada, con el 66% de los casos (dos muertos de cada tres). A pesar de ello, la situación de esta región ha mejorado y la tasa de mortalidad se ha reducido un 45%. (8)

Según el estudio, publicado en la revista médica británica The Lancet, 303.000 mujeres murieron en 2015 como consecuencia de complicaciones durante o después del embarazo, durante el parto o en las semanas siguientes. Actualmente la tasa de mortalidad materna es de 216 muertes por cada 100.000 nacimientos, frente a las 385 muertes por cada 100.000 nacimientos de 1990. Las complicaciones durante el embarazo o el parto son la principal causa de fallecimiento entre las adolescentes en la mayoría de países en desarrollo. (8)

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en el 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. (7)

En el Perú reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 al 2015 es uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio (9) debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo o parto. La estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos). (10)

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015 tiene por finalidad contribuir a modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio especialmente de los sectores menos favorecidos de la población nacional. (9)

En el Boletín Epidemiológico N° 52, se muestra la información referente a los casos de muerte materna ocurridas en el Perú en el año 2015, con un total de 441 casos, del mismo 281 relacionadas con causas directas, 132 con causas indirectas y 28 por causa incidental. (11)

Según las estimaciones realizadas por el Banco Mundial nos muestran que el periodo de 1990 al 2015 la Tasa de Mortalidad Materna en el Perú se ha reducido de 251 a 68 x 100,000 nacidos vivos (12), no habiéndose alcanzado la meta indicada en el compromiso de los

objetivos del milenio asumidos por nuestro país, que es reducir la Tasa de Mortalidad Materna a 66.3 x 1000,000 nacidos vivos.

Palacios, M. (13) Presidente del Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú, señala que el Perú no ha cumplido la meta de reducir la tasa de muerte materna a 66.3 por cada 100,000 nacidos vivos debido a su demagogia y que el 46% de estos fallecimientos ocurre en el puerperio (después del parto) a causa de hemorragias.

En la Región Ucayali entre los años 1997 al 2015 se ha reportado 258 defunciones maternas, lo que representa en promedio 14 defunciones por año, se ha observa un comportamiento creciente en la presentación de casos, alcanzando la mayor frecuencia en el año 2014 donde se reportaron 24 defunciones maternas. (14)

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha entre los años 2009 al 2015 se ha reportado 47 defunciones maternas, lo que representa en promedio 05 defunciones por año, la mayor frecuencia de casos ha ocurrido en el año 2015, donde se reportaron un total de 07 casos. La evolución en el tiempo muestra un comportamiento creciente en la presentación de casos de muerte matera en el Hospital Amazónico. (15)

Lo ideal debería ser que tanto a nivel mundial, nacional, regional y local, la tasa de mortalidad materna debería haberse reducido, pero sin embargo las estadísticas y diversos reportes de instituciones de salud existentes tanto a nivel mundial, latinoamericano y local, muestran un comportamiento creciente de la mortalidad materna, por lo que continua el mismo siendo un problema de interés para la salud pública de los diversos países.

En la actualidad se conoce que la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio, tiene relación con diversos factores de tipo

sociales, económicos, culturales, institucionales, por lo que se pretende realizar la presente investigación con el propósito de identificar aquellos factores involucrados con las defunciones maternas ocurridas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, en el periodo del 2007 al 2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la clasificación de los casos de muerte materna en el Hospital Amazónico durante el periodo del 2007 al 2016?

¿Cuáles son las causas de los casos de muerte materna en el Hospital Amazónico durante el periodo de 2007 al 2016?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016?

¿Cuáles son los factores de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos generales

Describir los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar cuál es la clasificación de los casos de muerte materna en el Hospital Amazónico durante el periodo del 2007 al 2016?

Identificar cuáles son las causas de los casos de muerte materna en el Hospital Amazónico durante el periodo de 2007 al 2016?

Identificar los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016?

Identificar los factores de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2016?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La muerte materna, es una expresión de injusticia social. El 99% de estas mujeres viven y mueren en países en desarrollo (16,17) lo que traduce que las mujeres pobres presentan un mayor riesgo de morir en el embarazo, parto o puerperio, por lo que su análisis, implica considerar además de los factores biológicos y clínicos, aquellos aspectos culturales, económicos y geográficos que determinan que mujeres embarazadas de una misma sociedad mueran de manera inequitativa.

El que un embarazo o parto conduzca a la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud; de hecho es el más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que vive un sector de las mujeres a nivel mundial; así como las personas que conviven con ellas, del personal de salud y autoridades gubernamentales.

Este estudio se justifica por la importancia que ha adquirido el problema de la mortalidad materna en los últimos 15 años, y por el impacto negativo que tiene para la salud pública y la calidad de vida de la mujer de a nivel mundial, latinoamericano, nacional y local.

Con la presente investigación se podrá obtener información relevante respecto a factores sociodemográficos y de servicios de salud, a partir del cual se identificará diversas variables relacionadas al problema de la muerte materna. Así mismo podrá servir como insumo importante para el diseño de programas de prevención y control de la muerte materna en los establecimientos de salud.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones importantes de la presente investigación es que se trata de estudio de nivel retrospectivo, por lo que solo se ha estudiado las variables identificadas mediante la revisión documental. Se revisó las historias clínicas y las fichas clínico epidemiológico de cada una de las mujeres gestantes fallecidas en el periodo de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Mejía, M; Ortiz, R; Laureano, J; Guillermina, E; López, M; Gil, Elisa. (México, 2013). Objetivo: Analizar los aspectos sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital General de Occidente, Jalisco, México (2006-2010). Método: Se recurrió al archivo del hospital para identificar los expedientes de las muertes maternas ocurridas durante el periodo de estudio. Las fuentes de información fueron certificados de defunción, autopsia verbal, cuestionario confidencial y dictamen de las muertes. Se utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central para el análisis de la información. Resultados: Se identificaron 22 muertes maternas, evidenciando un aumento de las muertes maternas durante el periodo de estudio. La edad media fue de 28, 27 años, el 68,27% se dedicaba actividades del hogar, 45% vivían en unión libre, 55% no tenían registro de tener seguridad social, el 50% poseían estudios de primaria o menos, y solo 77,2% presentaba control prenatal. Conclusiones: La presencia de factores sociales, que además de los clínicos, y que inciden en la muerte materna, deben ser conocidos por el personal del servicio de obstetricia, y deben ser considerados para el diseño e implementación de acciones para

disminuir la muerte materna en todos los niveles de atención. (18)

Millán M, Sánchez C, Rodríguez R, Rodríguez A, Fajardo Y. (Cuba, 2011). Objetivos: mostrar el comportamiento de la mortalidad materna en Granma en el periodo del 1995 al 2010, describir el comportamiento de las defunciones según tasa general y directa de muerte materna por año, mes, sitio de ocurrencia, municipio y causa. Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre mortalidad materna en el periodo desde 1995 hasta el 2010 en la provincia de Granma, Cuba. Los resultados se expusieron en tablas simples en números, porcentajes y tasas. Resultados: la tasa de mortalidad general y directa más elevada (84.4 y 67,4%) se reportó en el año 1995, mientras que la más baja fue en el 2010 (9,5%) en el que no hubo muertes maternas de causa directa. Las defunciones fueron más frecuentes en el mes de enero, agosto y diciembre. Las pacientes fallecieron mayoritariamente en el Hospital "Carlos M. de Céspedes". Los municipios que más fallecidas tuvieron fueron Manzanillo y Bayamo. Predomino la hemorragia como principal causa de muerte, seguida por el embolismo de líquido amniótico. Conclusiones: la tasa de muerte materna general y directa por meses y años en el periodo desde 1995 hasta el 2010 en la provincia Granma en Cuba ha disminuido de forma evidente, aunque su descenso no ha sido uniforme por lo que se impone perfeccionar las estrategias para resolver esta compleja problemática de salud. (19)

Cordero, M; González, G. (México, 2011). Objetivo: Identificar factores socio económicos y la prestación de los servicios de salud y su impacto en la mortalidad materna. Metodología: se realizó una búsqueda de la literatura en bases de datos electrónicas mediante palabras clave con relación al tema, para detectar los factores socioeconómicos y la prestación de los servicios de salud. Se

buscaron artículos desde enero de 1998 hasta diciembre del 2010. Se identificaron 16 factores (o temas) los cuales se observaron para establecer relación con mortalidad materna. Resultados: Los temas o factores socioeconómicos asociados a mortalidad materna identificados fueron el nivel de educación, paridad materna, la edad, región, estado civil, condiciones de la vivienda y de los servicios de salud, controles prenatales y seguridad de los servicios de salud. Conclusión: el bajo nivel socioeconómico y por ende la pobreza constituyen determinantes de muerte materna. La falta de disponibilidad y los impedimentos al acceso a los cuidados prenatales también tienen una influencia significativa. (20)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

Delgado. R (Lima, 2016). Objetivo Describir las características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa en el período 2000-2015. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, la población estuvo constituida por el total de muertes maternas ocurridas en el Hospital Santa Rosa en el periodo 2000-2015. Se revisaron las fichas de investigación epidemiológica de muerte materna del total de fallecidas. Se recopiló la información mediante una ficha de recolección de datos previamente validada. Para el análisis se utilizaron las distribuciones absolutas y porcentuales. Resultados: En el periodo 2000 – 2015, se han registrado 21 muertes maternas en el Hospital Santa Rosa. El 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio y el 86% fueron por causas directas. Las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (38.1%), Atonía uterina (23.8%) y Endometritis puerperal (14.3%). El promedio de edad de todas ellas fue de 30 años, el 80% procedían del Departamento de Lima y en su

mayoría tenían como ocupación principal su casa (86%). El total de las fallecidas había tenido por lo menos una demora para llegar al Hospital y el 52.4% no reconocieron la situación de riesgo. El 86% eran primípara o nulíparas, el 38% no había tenido ningún control pre natal. El 71% de los hijos de las madres fallecidas nacieron vivos. Conclusiones: Entre el 2000 y el 2015 se registraron 21 muertes maternas, predominantemente directas (86%), siendo la principal causa de muerte la enfermedad hipertensiva del embarazo (38%). La proporción de muertes maternas en adolescentes es superior al nivel nacional. La totalidad de los casos tuvieron por lo menos una demora. El 86% de las occisas tenían como ocupación su casa y un 9% eran empleadas del hogar. El 38% de las occisas no tenían ningún control pre natal. (21)

Gómez, J. (Iquitos, 2015). Objetivo conocer y describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-EsSALUD Iquitos del Año 2000 al 2014. Metodología: Es un estudio de tipo Descriptivo retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 20 muertes maternas en un periodo comprendido entre el año 2000 a 2014. El análisis estadístico fue con medidas de tendencia central. Resultados: la RMM fue de 78.47 muertes maternas x 100000 NV. El 30% (6) pacientes fallecidas tenían edades mayores de 35 años, el mismo número tenían edades entre 20 a 24 años; solo 1 caso era soltera y 19 (95%), eran convivientes. La mayoría de muertes maternas estaban relacionadas a factores directos con el 80% de los casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo son las más frecuentes y dentro de los factores indirectos, las Neumopatías y la TBC son las más frecuentes. El control prenatal fue adecuado solo en el 65% de los casos; El lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el Establecimiento de salud con el 95% y

100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio. Conclusiones: La razón de mortalidad materna (RMM); en el Hospital III-EsSALUD Iquitos es una de las altas del país con 78.4 por 100000 nacidos vivos, ya que el promedio nacional anual de RMM para EsSALUD es del 2.6 por 100000 nacidos vivos. A mayor edad y paridad, mayor frecuencia de muerte materna. (22)

Culque, Y. (Trujillo, 2011). El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, se realizó revisando historias clínicas de pacientes fallecidas con muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo 2000 al 2010 con la finalidad de identificar las principales características epidemiológicas de casos de muerte materna. La muestra estuvo constituida por 51 casos que cumplieron con los criterios de inclusión. Conclusiones: Las principales causas de las muertes maternas de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron los trastornos hipertensivos con 33.33% seguida de hemorragia con 25.49%. El grupo edad de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de 35 años o más con el 35.29% de las muertes maternas. El momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue la etapa del puerperio con 58.82% seguido con el embarazo con 35.29%. La ocupación de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de “ama de casa” con 94.12%. El estado civil de las gestantes y/o puérperas fallecidas de muerte maternas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue el de conviviente con un 74.51%. El grado de instrucción de gestantes o puérperas fallecidas en el

Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010 fue de primaria incompleta con 43.14%. La paridad o gesta de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000-2010 fue de 5 a más con 27.45 %. Respecto a la atención prenatal de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010, tenemos que el 54.90% no se realizó ningún control prenatal, sin embargo, del 45% con atención prenatal, el número osciló entre 0 a 6 atenciones prenatales. El lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de zona rural con 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 %. El lugar de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de Trujillo con 37.25%. El lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas. (23)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

A nivel local no se encontraron estudios publicados en los últimos cinco a siete años relacionados al tema de la presente investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Muerte Materna – Definición.

Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por ésta o con su forma

de atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas pueden ser directas o indirectas. (24)

2.2.2. Clasificación de la muerte materna.

La muerte de una mujer durante el proceso grávido puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna). (25)

A. 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 o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

- **Hemorragia Obstétrica.**

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 intraparto 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, preeclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.

- **Infección relacionada con el embarazo.**

En este grupo se incluye la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.

- **Embarazo que termina en 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.

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 este grupo se incluye el embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido, aborto espontáneo, aborto médico, intento fallido de aborto.

B. Muerte materna indirecta.

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellos que deriva no directamente de 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 efectos fisiológicos propios del embarazo.

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

- **Enfermedades infecciosas.** Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía – bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia.
- **Enfermedades metabólicas y endocrinas.** Diabetes mellitus, hipertiroidismo.
- **Procesos tumorales.** Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma.
- **Otras patologías.** Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, purpura trombocitopenica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria, paludismo.

C. Muerte materna incidental o accidental.

Es la muerte de una mujer durante el proceso de 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.

La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de la razón o tasa de muertes maternas.

2.2.3. Causas de muerte materna.

La Organización Mundial de la Salud (26) menciona que muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- Las infecciones (generalmente tras el parto);
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

2.2.4. Distribución de la muerte materna.

El informe de la OMS (27) menciona que el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad materna ratio 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.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La meta de la Agenda de Desarrollo

Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

2.2.5. Reducción de la mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud (27) señala que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados, dado que la atención y el tratamiento a tiempo pueden suponer para la mujer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección. La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes,

deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

2.2.5. Factores de riesgo asociados

Los factores son múltiples dentro de ellos se mencionan: multiparidad, embarazos no deseados, intervalo intergenésico corto, embarazo en la adolescencia, ausencia de control prenatal, desconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y puerperio, demora en acudir al establecimiento de salud en busca de ayuda, entre otros. Sin embargo, también podemos clasificarlos en factores de riesgos sociales, económicos, ambientales, educacionales, culturales, biológicos y otros. (25)

A continuación, se presentan los factores agrupados en:

- A. Biomédicos.** Hemorragia, complicaciones del aborto, hipertensión del embarazo, infección y complicaciones del parto.
- B. Obstétricos indirectos.** Malaria, hepatitis, anemia o enfermedad cardíaca postraumática, tuberculosis, diabetes, anemia y desnutrición, entre otros.
- C. Económicos.** Una población sin empleo - o subempleada - carece de los ingresos necesarios para acceder a un mínimo de bienestar en salud y satisfacer otras necesidades como educación y alimentación.
- D. Vivienda y servicios básicos.** Las malas condiciones del piso, techo, iluminación y ventilación; el escaso número de habitaciones, escasa disponibilidad de agua potable y alcantarillado, favorecen la aparición de riesgos asociados a patologías comunes.

E. Educación. Las tradiciones, creencias, hábitos y costumbres de los habitantes ejercen gran influencia sobre el estado de salud de las personas.

F. Sociales. La condición social, la educación, el estilo y la calidad de vida de las familias influyen en el proceso salud-enfermedad de las mujeres embarazadas. Los factores sociales que condicionan la salud de los habitantes son:

- **Ambiente.** Tiene una gran influencia sobre nuestro bienestar y es de dos tipos: el ambiente asociado a la pobreza extrema y el ligado al desarrollo e industrialización.
- **Estado de salud.** Dado por la conducta y los cuidados de la salud, por ejemplo, la anemia puede ser el resultado de falta de dinero (estado socioeconómico) o de hábitos alimentarios deficientes.
- **Accesibilidad y calidad de la atención de salud.** El acceso deficiente a una atención de salud de calidad, por razones de transporte, costo o por las características de los servicios disponibles, tiene gran impacto sobre la salud materna.
- **Comportamiento en materia de procreación.** Son las relaciones entre la muerte materna y condiciones como la edad, paridad, intervalo intergenésico y deseo del embarazo, entre otros.

Cordero, M; González, G. (20). Realizaron una revisión de la literatura y encontraron diferentes evidencias relacionados con los factores socioeconómicos y demográficos y de servicios asociados a la mortalidad materna.

1. Factores de riesgo socioeconómicos y demográficos

A. Educación.

Evaluando mortalidad materna en un país de África, **Konteh (1990)**, revela una alta tasa de analfabetismo, ya que la mayoría de las mujeres nunca habían asistido a alguna institución educativa. Un número considerable de mujeres tenían solo educación primaria y la proporción de mujeres que iban a la escuela disminuyó con la residencia en zonas distantes. Muchos estudios sostienen que la utilización de servicios médicos se incrementa con el nivel de educación. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar si existe una asociación entre la mortalidad materna y educación de la mujer, sin embargo el nivel de educación no fue considerado como factor de riesgo en el análisis multivariado. La educación materna estuvo negativamente asociada con la mortalidad materna. El promedio de odds ratio de mortalidad materna de mujeres con educación secundaria comparado por encima de aquellas cuya educación es primaria o educación no formal es de 0.56; el autor no menciona intervalos de confianza. En otro estudio se señala que la falta de educación formal básica es un factor asociado con las tasas de mortalidad materna. Uno de los principales factores que se ha documentado es la educación materna donde los hallazgos ya mencionados muestran variabilidad en sus resultados, sin embargo, en la presente revisión no se ha encontrado evidencia sólida que sugiera que la mortalidad materna esté directamente relacionada con la educación de la mujer.

B. Religion.

El factor religioso afecta a la mortalidad materna en larga escala. La religión es un problema no solamente por los efectos de posición social de la mujer sino por las creencias y tradiciones perjudiciales en relación al parto, por ejemplo, la costumbre islámica de Purdah trata de la reclusión de las mujeres de la vista de los hombres. Purdah se aplica generalmente a las mujeres casadas y las niñas que han alcanzado la pubertad, aunque la práctica varía de país a país y de región a región. La práctica limita a las mujeres de sus derechos a la libertad de circulación y de asociación, de sus derechos de acceso a la educación y a otros servicios sociales.

C. Paridad.

La asociación entre paridad y mortalidad materna tiene una alta significancia sobre todo en las mujeres que tienen más de cinco hijos. **Romero et al.** En el estudio realizado en México, asevera que, en 110 casos de muertes maternas estudiadas, la media de la paridad fue de 3.6 y de los 440 controles la media fue 2.4 para una probabilidad de 0.001. A su vez, **L Hoj, et al.** (2002), en estudio de casos y controles realizado en áreas rurales de Guinea Bissau de las 85 muertes maternas estudiadas el 29% de los casos y los controles respectivamente tenían más de 6 hijos. La multiparidad en mujeres de cualquier edad representa más peligro que el segundo o tercer nacimiento. En Jamaica, las mujeres en su quinto a noveno embarazo, tienen 43% más probabilidades de morir que las mujeres en su segundo embarazo. Los primeros nacimientos de riesgo deben ser

manejados con mayor cuidado, pero se deben formular recomendaciones en cuanto a demorar el primer embarazo hasta algunos años después de la adolescencia. Los embarazos de mujeres de más edad tienden a ser de alta paridad. Los servicios de planificación familiar dirigidos a este grupo etáreo pueden llevar una reducción significativamente importante de la mortalidad materna. Existe asociación entre la multipliaridad y el riesgo de muerte materna. Parte de la problemática no mencionada en esta sesión son los hijos huérfanos nacidos de la madre que fallece situación que abona a la pobreza de cada país.

D. Edad materna

Contén (1990) establece una relación entre edad materna y paridad; describe en su estudio que alrededor del 85% de las mujeres de 45 a 49 años habían tenido seis hijos o más. El riesgo de mortalidad materna para las mujeres de 20 a 24 años suele ser menor. Las probabilidades de muerte materna parecen aumentar de manera significativa con la edad después de 25 años de edad. El mayor riesgo de mortalidad materna en relación con la edad materna elevada, se asocia con la maternidad tardía. La probabilidad media de la mortalidad materna para las mujeres mayores de 35 años es mayor que para las mujeres en los 20 - 24 años por un factor de 3.7, después de controlar los efectos de la asistencia prenatal, el nivel de la educación y la variación aleatoria entre los hospitales. En el estudio de **Romero et al.** (2007) la edad media de las muertes maternas fue de 28.6 y en los controles 25.5 años. Para un odds ratio de 1.1 con un intervalo de confianza de 95% y una

probabilidad de 0.001. Para un odds ratio de 1.1 con un intervalo de confianza de 95% y una probabilidad de 0.001. A su vez en una evaluación **Lindsey** (2008) señala que la media de edad de mujeres que presentaron muerte materna fue de 26 años. La asociación entre la edad, estado civil y paridad, son conocidos predictores de muerte materna. El embarazo a edad muy temprana es un riesgo adicional de parto en todo el mundo. Entre los Países en desarrollo, Bangladesh exhibe la incidencia más alta de matrimonio precoz, 90% de las mujeres se casan antes de cumplir 18 años. Después de los 30 a 35 años de edad el riesgo de mortalidad materna también se incrementa. Este riesgo es especialmente importante en los países en desarrollo, donde las mujeres mayores tienen con frecuencia numerosos hijos. En conjunto la edad y la paridad, son factores de riesgo usados frecuentemente para definir el alto riesgo materno. Además, la edad y la paridad, están consideradas determinantes de pobreza e importantes en cuanto a mortalidad materna y puede ser atribuida a condiciones desfavorables en los servicios de salud.

E. Estado Civil

La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. Ello ocurre especialmente porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de la familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda. **Konteh** (1990) en un estudio realizado en Sierra

Leona encuentra que el 40% de las mujeres están casadas a los 15 años de edad, existen pocos casos de divorcio y separación. **Romero et al.** (2007) no encuentran significancia estadística para el estado civil.

F. Pobreza

La pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado en la mortalidad materna. Las mujeres de niveles socioeconómicos bajos tienen menor probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud. Las primeras tienen menos oportunidades de educación formal, de buscar y recibir atención médica. El análisis de los determinantes de la pobreza requiere la profundización del conocimiento de los factores de género, las variables de vinculación sectorial, el capital humano, la dependencia económica y la demografía. Estos son algunos de los indicadores que explican la vulnerabilidad de ciertos sectores sociales exponiéndolos a mayores situaciones de riesgo o profundizar su pobreza. En las familias pobres, en las que hay pérdida de perceptores de ingresos y en las altas tasas de dependencia demográfica, por lo general se observa cierta incapacidad de actualizar el capital humano o de pasarse a actividades productivas de mayores ganancias. La elevada maternidad en la adolescencia, no muestra cambios en la última década, lo que estaría marcando o la ausencia de políticas para incidir en ese problema o la ineficacia de las que se están instrumentando en los países de la región. En términos promedios una cuarta parte de las mujeres latinoamericanas ha tenido su primer hijo antes de los 20 años de edad. En las zonas rurales, esa situación es más preocupante, donde se eleva al 30%. La tasa de

fecundidad disminuye en las ciudades con relación al campo entre un 15 % y 20%. La impresión general es que las mujeres víctimas de muertes maternas murieron a causa de la pobreza. Estas personas usualmente no pueden pagar el costo de los medicamentos, operaciones, transporte y cuidados postoperatorios. Tampoco reciben atención prenatal y posnatal, ni el recurso para cubrir el costo de su suministro en hospitales. La mayoría de las mujeres que fallecen en gestación o por causas relacionadas con el embarazo están desnutridas y anémicas, porque carecen de una dieta adecuada y equilibrada. Los bajos factores socioeconómicos tales como vivir en área rural, desempleo, pobre higiene y no disponibilidad de cuidados antenatales tienen una influencia en la alta mortalidad materna en Indonesia, las mujeres con bajo estatus socioeconómico son a menudo ignoradas.

E. Condiciones de la vivienda

En un estudio de 85 muertes maternas, el 28% no tenía acceso al agua dentro de la vivienda y el 71% tenía que traerla de fuera. De los controles el 32% tenían acceso al agua dentro de la vivienda y el 67% debían traerla de fuera. La disponibilidad de letrina entre las mujeres que presentaron muerte materna tuvo significancia en el análisis multivariado pero no con la presencia de embarazo gemelar ni la distancia al hospital. Es interesante que la falta de disponibilidad de aseo facilite la aparición de riesgo de mortalidad materna. Esto implica que los beneficios de la salud podrían ser maximizados solo cuando en las viviendas tengan agua segura y servicios

sanitarios. Tanto las condiciones generales de la vivienda en la comunidad, como la disponibilidad de casas suministradas a precios razonables y las políticas del gobierno en materia de vivienda son factores influyentes.

H. Área de residencia

J Hojet al (2002) muestran que, de 85 muertes maternas estudiadas, el 15% eran de área urbana y un 84% del área rural. **Ronsmans et al.** (2003), describen que los intervalos de confianza son amplios, pero la mortalidad materna fue significativamente mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Se observó una notable agrupación de los niveles de uso de servicios en las zonas urbanas y rurales. Análisis estratificado en zonas urbanas y rurales no reveló una tendencia clara, sin embargo, ninguna de las asociaciones dentro de los estratos fueron significativas. Este estudio revela grandes desigualdades en el acceso a la atención obstétrica y los niveles de mortalidad materna en las zonas urbanas y rurales en África del oeste. La mayoría de las mujeres rurales dan a luz en casa, en la ausencia de atención especializada, mientras que las mujeres urbanas tienden a dar a luz en un hospital con un personal calificado. Al mismo tiempo, la mortalidad materna es muy alta en las zonas rurales, y sustancialmente más bajas en las zonas urbanas. Sin embargo, dentro de las áreas urbanas o rurales, no hubo asociación evidente entre la mortalidad materna y la atención obstétrica especializada, los nacimientos en el hospital o las cesáreas.

H. Lugar de ocurrencia de la muerte

Bashour H, et al. (2009) describen las muertes

maternas según lugar del parto y lugar de ocurrencia de la muerte. Comparando la información de prevalencia de muertes maternas desglosándolos en tres grupos los hallazgos fueron: las mujeres que parieron en casa; se encontró que la muerte de la madre en casa equivale al 13.3%, mujeres que murieron durante el traslado al hospital corresponden al 31 % y las que murieron en el hospital al 55.6%. En el grupo de madres que parieron en el hospital se encontró que las que murieron en casa corresponden al 1.8%, murieron durante el traslado al hospital un 3.5% y mujeres que murieron en el hospital un 94.7%. Y el grupo de mujeres que parieron en clínicas privadas pero murieron en la casa un 21.4%, las que murieron durante el traslado al hospital 78.6%; en este grupo no hubo fallecidas en el hospital.

G. Walraven (2000), en otro estudio señala que el 33% de las muertes maternas ocurrieron en la casa, 33% en el Centro de Salud, 27% en el Hospital y el 5% durante el traslado. La distancia a los centros de salud y de la región de nacimiento, no son considerados factores de riesgo en la proyección oficial del programa materno infantil, pero tienen una mayor importancia más que la edad y la paridad de la mujer. La mujer tendría que dejar a su familia, a menudo durante un mes o más. Sólo un hospital en las zonas rurales de Guinea-Bissau ofrece instalaciones para la madre en caso de espera, así que en la mayoría de los casos la parturienta tiene que tramitar alimento y refugio. Aunque muchas mujeres no siguen los consejos que reciben, ya que es claramente poco realista, factores de riesgo deben ser evaluados cuidadosamente antes de ser ejecutado por el sistema de atención primaria.

En los países en desarrollo gran parte de las mujeres que mueren en los hospitales por causas asociadas con el embarazo llegan muy tarde para prestarles atención eficaz. Es claro que la gran mayoría de muertes maternas pueden evitarse por medio del manejo y atención tanto adecuada como oportuna, como señalan las bajas tasas de mortalidad materna de los países desarrollados.

2. Factores de riesgo de servicios de salud.

La intervención temprana lleva a reducir los riesgos de muerte materna. Las mujeres vulnerables y con bajo nivel socioeconómico, tienen más riesgo de sufrir una enfermedad grave del embarazo y el parto, usualmente porque no tienen acceso a servicios de salud. Sin embargo, muy poco se ha hecho para evaluar los factores de riesgo de la mortalidad materna asociada con bajo nivel socioeconómico y el cumplimiento en la atención prenatal (8). Las visitas a las clínicas antenatales están ligadas o asociadas significativamente con la reducción en la mortalidad materna. Los factores que contribuyen a la mortalidad materna en Nicaragua son la falta de acceso a servicios de salud, la alta fecundidad, la violencia doméstica y las complicaciones de abortos.

Muchas estrategias se han implementado en un intento para mejorar la salud materna en todo el mundo, buscando disminuir la mortalidad materna. Programas destinados a la reducción de los tres retrasos en la búsqueda incluyen: (A) Mejorar la prevención primaria mediante la educación y los servicios. (B) Desarrollar prevención secundaria mediante la detección precoz y el tratamiento temprano de las condiciones patológicas. (C) Prevención

terciaria a través del tratamiento de las condiciones para reducir la mortalidad.

A. Control prenatal

Es fundamental el control prenatal. **H Bashour** (2009) señala que de un grupo de mujeres que tuvieron muerte materna el 77 % recibió atención prenatal durante su embarazo y el 24 % no recibió atención prenatal. Especial atención debe prestarse a través de la buena calidad de la atención prenatal a las mujeres con riesgo reconocido, factores tales como una enfermedad crónica o antecedentes de muerte fetal. Atención obstétrica de emergencia también necesita ser fortalecida. En otro estudio, de 18 muertes maternas, el 33% tenían de 0 a 3: Controles prenatales, 11.1% de dos a cuatro, 11% de cinco a seis controles y un 44% no sabían el número de asistencia. Las visitas prenatales tienen un efecto protector contra muerte materna. En 1994 el grupo técnico de trabajo en cuidados prenatales de la OMS recomendó un mínimo de cuatro visitas prenatales. **Taguchi** muestra en un estudio que la media del número de visitas prenatales en mujeres que presentaron muerte materna fue de 4.6 frente al 7.1 de visitas en mujeres que no tuvieron muerte materna. Los hallazgos sugieren que las mujeres deben ser educadas acerca de la importancia del control prenatal. El profesional de salud debe estar capacitado para reconocer las complicaciones obstétricas en una fase temprana y remitir los casos de alto riesgo a centro especializados de manera oportuna.

B. Seguridad en los servicios de salud.

El cuidado de la salud en Centros de salud aumentó su sentimiento de seguridad y vigilancia, lo que contribuyó a su percepción del valor de la atención institucional y alentó a la posterior utilización de los servicios. La percepción de las mujeres sobre el uso de las instalaciones de Salud y el cuidado provee un ambiente seguro para la atención que reciben evolucionado a partir de la calidad de la atención que recibieron y sus resultados con el parto de sus embarazos anteriores. Muchas mujeres que experimentaron complicaciones con los anteriores nacimientos tuvieron un aumento del miedo y la consciencia de los riesgos al no buscar atención médica y por lo tanto buscaron atención para evitar complicaciones. Otros autores, describen la experiencia de las mujeres con el sistema de salud. Los testimonios indican que los factores estructurales y de prestación y atención médica durante los embarazos alentaron a las mujeres para la búsqueda de atención.

Las mujeres deben tener acceso ilimitado a la asistencia sanitaria, no sólo durante el parto, sino también durante toda su vida. Enfermedades Infecciosas y no infecciosas comprometen el estado de salud antes y durante el embarazo. La hepatitis, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y la anemia fueron reportadas como factor contribuyente a la mortalidad materna. El tratamiento adecuado para estas enfermedades y todas las otras concomitantes con la gestación deben brindarse en los Centros de Salud. Las mujeres deben valorar los servicios prestados en las unidades de salud. El conocimiento de las mujeres y la aceptación de la importancia para el cuidado de la salud, embarazo saludable y las prácticas están determinados

por las experiencias previas así como la comunicación formal e informal dentro de la comunidad y los hogares. Muchas mujeres que usan los servicios de salud materna creen que era importante como medio de reducir los riesgos de complicaciones y garantizar la salud de los niños. Hay una relación relativamente estrecha entre los niveles de uso de servicios y la mortalidad materna.

Los partos institucionales han aumentado, y casi la mitad de las mujeres ahora tienen sus partos atendidos por personal sanitario. La atención posnatal sigue siendo el área más descuidada y pocas mujeres son visitadas en estas semanas vulnerables después del parto. Estos datos ponen de relieve la evolución lenta, a pesar del programa Nacional de maternidad sin riesgo.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Muerte materna:** Es la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

- **Factores de riesgo:** Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural.

- **Preeclampsia:** Síndrome multisistémico de severidad variable, específico de embarazo, caracterizado por una reducción de perfusión sistémica generada por vasos pasmos y activación de los sistemas de

coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de este.

- **Eclampsia:** Presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con Preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas después de este, en ausencia de otras causas de convulsiones.
- **Infección Puerperal:** Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales internos o externos antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.
- **Hemorragia obstétrica:** Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos y externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).
- **Puerperio.** Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
- **Puerperio Inmediato.** Comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- **Puerperio Mediato.** Comprende de 2 a 7 días.
- **Puerperio Tardío.** De los 8 a 42 días.
- **Primigesta.** Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez.

- **Multigesta.** Cuando la mujer ha tenido varios embarazos en el transcurrir de su vida.
- **Gran Multigesta.** Mujer que ha completado 6 o más embarazos.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Factores sociodemográficos y de servicios de salud

Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Muerte Materna.

Es la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (18)

2.4.2. DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores sociodemográficos y de servicios de salud

Se medirá a través de la edad, grupo étnico, grado de instrucción, religión, estado civil, procedencia, paridad, lugar de ocurrencia de la muerte, control pre natal, referencia, momento del fallecimiento, tipo de parto, tipo de defunción.

VARIABLE DEPENDIENTE

Muerte Materna.

Es la defunción producida en la mujer debido a cualquier causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio, teniendo en cuenta su clasificación y las causas del fallecimiento.

2.4.3. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA
VARIABLE DEPENDIENTE	CLASIFICACION	DIRECTA INDIRECTA INCIDENTALES	SI , NO
	MUERTE MATERNA	CAUSAS	HEMORRAGIA INFECCIONES PRE ECLAMPSIA ECLAMPSIA
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES SIOCIODEMOGRAFICOS Y DE SERVICIOS DE SALUD.	FACTORES SIOCIODEMOGRAFICOS	EDAD MATERNA	AÑOS CUMPLIDOS
		GRUPO ETNICO	MESTIZO
			SHIPIBO CONIBO, OTRO
		GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN INSTRUCCIÓN
			PRIMARIA
			SECUNDARIA
		RELIGION	SUPERIOR
			CATOLICA
			EVANGELICA
		ESTADO CIVIL	OTROS
	CASADA		
	CONVIVIENTE		
	OCUPACION	SOLTERA	
		VIUDA, OTRO.	
		AMA DE CASA	
	PROCEDENCIA	OTROS ()	
		ZONA URBANA	
		ZONA RURAL	
	PARIDAD	ZONA URBANO MARGINAL	
		PRIMIGESTA	
MULTIGESTA			
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE	GRAN MULTIGESTA		
	DOMICILIO		
	TRAYECTO AL HOSPITAL		
FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD	CONTROL PRE NATAL	HOSPITAL	
		SI RECIBIO CPN	
	REFERENCIA	NO RECIBIO CPN	
		SI	
	TIPO DE PARTO	NO	
		CESAREA, PARTOVAGINAL, ABORTO, NO HUBO PARTO	
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO	GESTACION PUERPERIO, LLEGO CADAVER		
TIPO DE DEFUNCION	INTRAHOSPITALARIA EXTRAHOSPITALARIA		

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de Investigación.

Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo sustantiva descriptiva. Carrasco, S. (28) refiere que este tipo de investigación permite describir y presentar sistemáticamente las características o rasgos distintivos de los hechos y fenómenos de las variables que se estudia.

3.1.2. Nivel de Investigación.

Nivel de investigación descriptiva. Carrasco, S. (28) refiere que este nivel de investigación nos dice y refiere sobre las características, cualidades internas y externas, propiedades y rasgos esenciales de los hechos y fenómenos de la realidad, en un momento y tiempo histórico concreto y determinado.

3.1.3. Diseño de Investigación.

Investigación no experimental de diseño retrospectivo simple. García, C y Rubio, P. (29) refieren que este diseño de investigación se selecciona un grupo de sujetos que poseen un determinado Valor de la variable dependiente (VD), a partir del cual podemos

analizar el porcentaje de casos que cada variable independiente (VI) comparte con la variable dependiente (VD).

M → **O**

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

La presente investigación se realizó en el área de archivos de historias clínicas la Oficina de Estadística y la Unidad de Epidemiología del Hospital Amazónico de Yarinacocha, el mismo que se encuentra ubicado en el Jr. Aguaytía N° 605 de la localidad de Puerto Callao, distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1. Población.

La población o universo de estudio estuvo constituida por 47 muertes maternas ocurridas en el Hospital Amazónico durante el periodo del 2007 al 2016.

3.3.2. Muestra.

No se realizó muestreo porque se consideró las 47 las muertes maternas ocurridas en el Hospital Amazónico durante el periodo del 2007 al 2016, se trabajó sobre las historias clínicas y fichas clínicas epidemiológicas que se encuentran en el área de archivos de historias clínicas de la Oficina de Estadística y la Unidad de Epidemiología del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

La presente investigación se realizó mediante la técnica de revisión documental de la historia clínica y la ficha clínico epidemiológica de cada una de las defunciones maternas ocurridas durante el periodo del 2007 al 2016. La revisión documental es una técnica de observación complementaria que permitió disponer de información de acuerdo a las variables de estudio planificadas.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento utilizado fue un formulario de recolección de datos que se confeccionó para la presente investigación. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por tres partes, la primera destinada a recolectar información sobre el número de casos, clasificación y causas de muerte materna, la segunda relacionada a la información sociodemográfica y la tercera orientada a la recolección de datos sobre los factores de servicios de salud.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Mediante la revisión de 10 historias clínicas, se recolectó los datos para verificar la validez del instrumento, los datos fueron procesados en la base de datos elaborada en el programa SPSS Versión 22.0, se generó un reporte con información que fue analizada, los resultados fueron presentados a especialistas (médicos, obstétricas) del servicio de ginecología, con el propósito de recibir sugerencias y recomendaciones para realizar correcciones necesarias, logrando el mejoramiento del instrumento de recolección de datos.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

3.6.1. Plan de recolección de datos.

Mediante oficio dirigido al director del Hospital Amazónico, se solicitó permiso para acceder a las fuentes de datos de la historia clínica y fichas clínicas epidemiológicas ubicadas en el área de archivos de la Oficina de Estadística y la Unidad de Epidemiología.

3.6.2. Plan de procesamiento de datos.

La información previo control de calidad se procesó en una base de datos elaborada en el programa SPSS Versión 22.0, de donde se generó un reporte para su revisión y análisis correspondiente. Los datos fueron presentados en tablas estadísticas simples con sus respectivos valores absolutos y frecuencias relativas.

3.7. Plan de análisis de datos.

Para el análisis univariado de los datos se utilizó la estadística descriptiva básica. Las variables cuantitativas fueron analizadas a partir del promedio. Las variables cualitativas a partir de sus frecuencias absolutas y relativas.

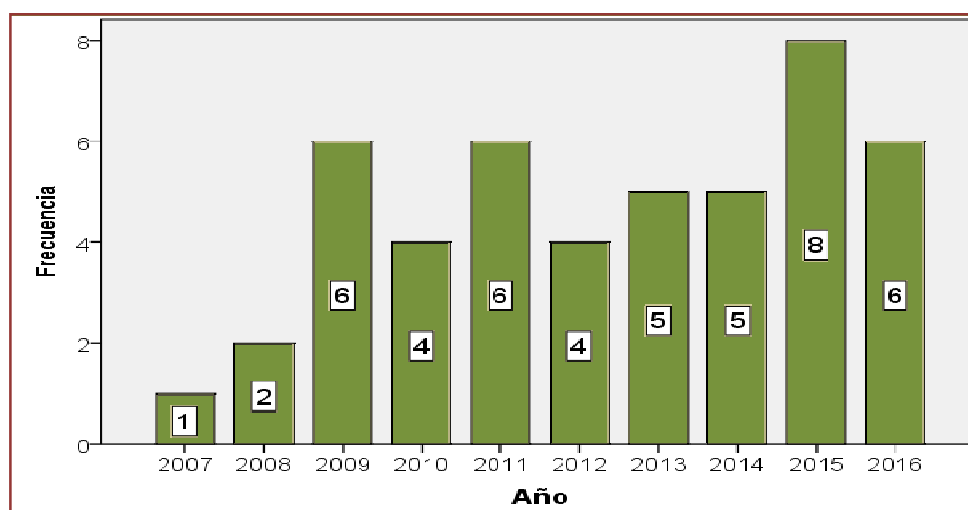
CAPITULO IV RESULTADOS

Tabla 1
Número de Muertes Maternas - 2007 - 2016

Año	Frecuencia	Porcentaje
2007	01	2.1
2008	02	4.3
2009	06	12.8
2010	04	8.5
2011	06	12.8
2012	04	8.5
2013	05	10.6
2014	05	10.6
2015	08	17.0
2016	06	12.8
Total	47	100.0

Fuente: Formato de recolección de datos.

Gráfico 1
Número de Muertes Maternas



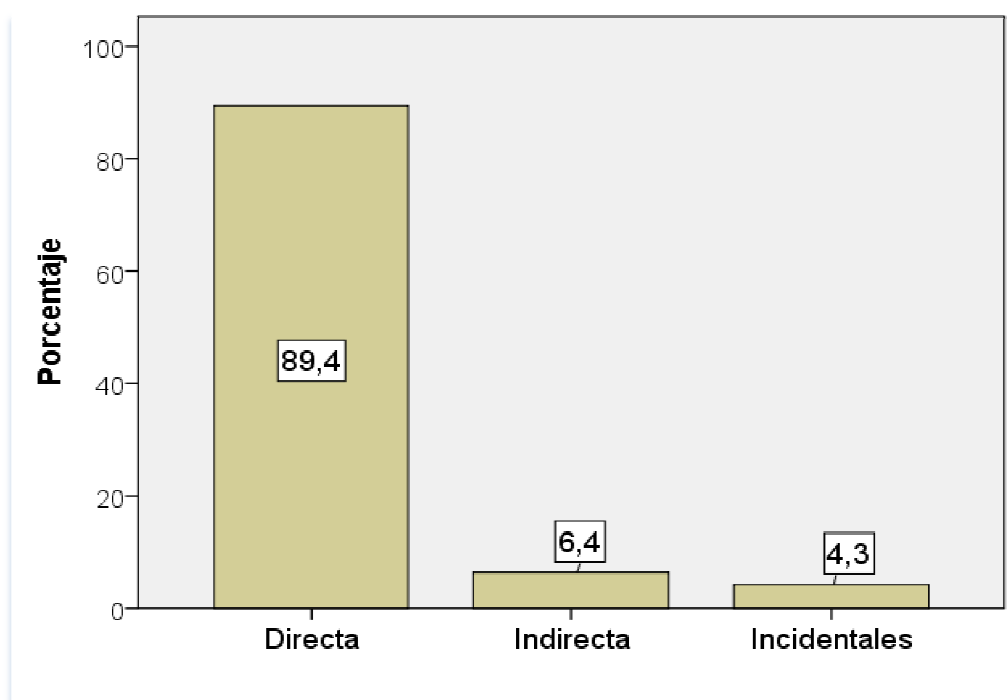
En la **Tabla 1**, se observa que en el periodo del 2007 al 2016 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, se han presentado 47 defunciones maternas.

Tabla 2
Clasificación de Muertes Maternas

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Directa	42	89.4
Indirecta	03	6.4
Incidentales	02	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 2
Clasificación de las Muertes Maternas



En la **Tabla 2**, se observa que según su clasificación el 89.4% (42) de defunciones maternas tuvieron relación con causas directas, 6.4% (03) por causas indirectas y 4.3% (02) por causas incidentales o accidentales.

Tabla 3

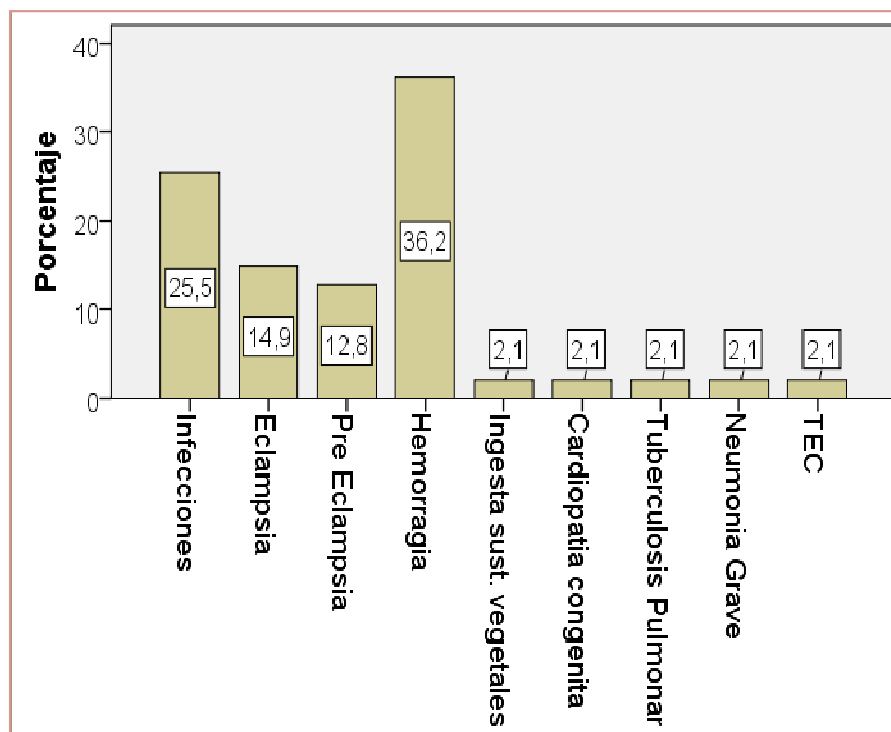
Causas de Muerte Materna

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	17	36.2
Infecciones	12	25.5
Eclampsia	07	14.9
Pre Eclampsia	06	12.8
Ingesta de sustancias vegetales	1	2.1
Cardiopatía congénita	1	2.1
Tuberculosis Pulmonar	1	2.1
Neumonía Grave	1	2.1
Traumatismo Encéfalo Craneal	1	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 3

Causas de Muerte Materna



En la **Tabla 3**, se observa que la principal causa de muerte materna fue la Hemorragia 36.2% (17), seguido de infecciones 25.5% (12), eclampsia 14.9% (07) y pre eclampsia 12.8% (06).

4.2. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

Tabla 4

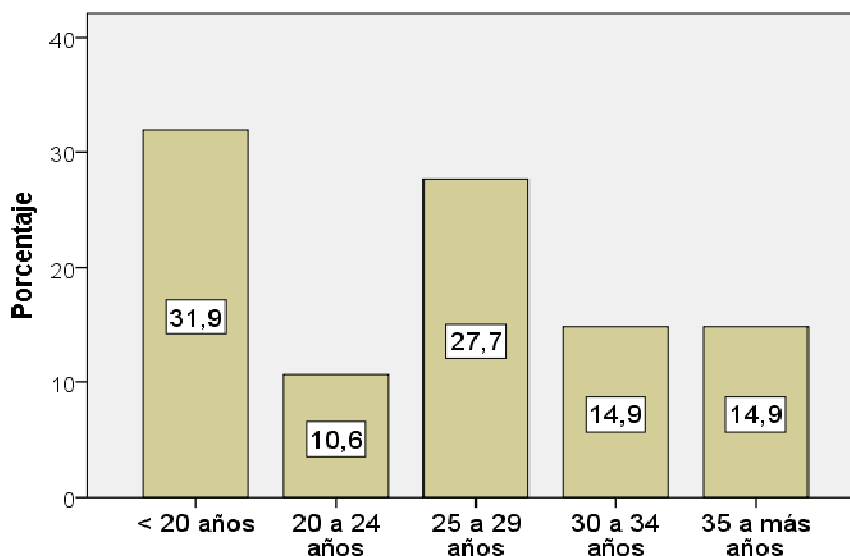
Edad de los casos de Muerte Materna

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	15	31.9
20 a 24 años	05	10.6
25 a 29 años	13	27.7
30 a 34 años	07	14.9
35 a más años	07	14.9
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 4

Edad de los casos de Muerte Materna



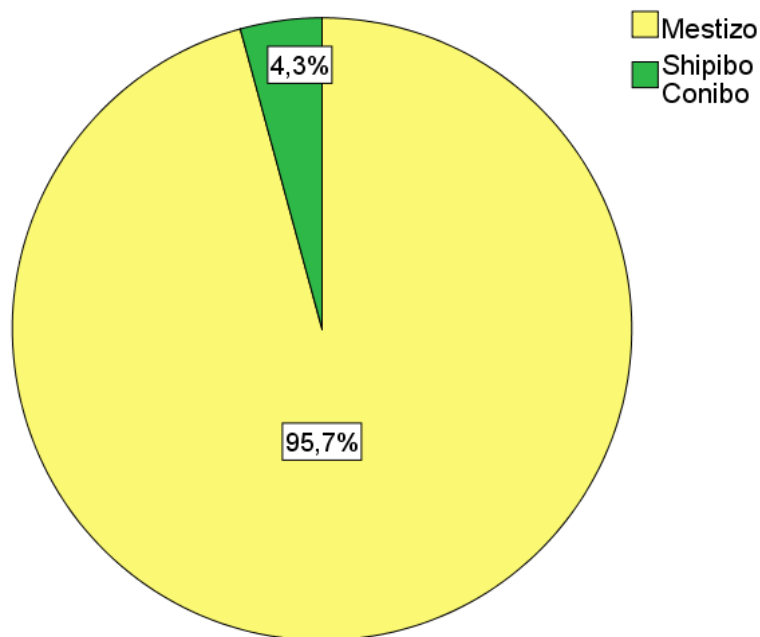
En la **Tabla 4**, con relación a la edad se observa que el 31.9% (15) de las defunciones maternas ha ocurrido en mujeres adolescentes menores de 20 años, seguido de 27.7% (13) en mujeres de 25 a 29 años, 14.9% (07) de 30 a 34 años, 14.9% (07) de 35 a más años y 14.9% (05) de 20 a 24 años. El promedio de edad es 27.74 años.

Tabla 5
Casos de Muerte Materna según Grupo Étnico

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	45	95.7
Shipibo Conibo	02	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 5
Edad de los casos de Muerte Materna



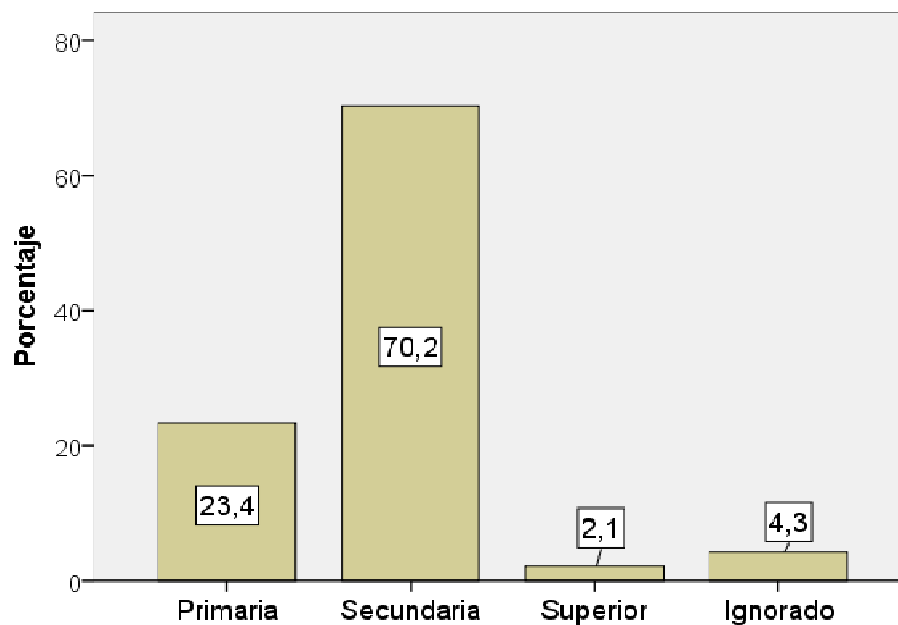
En la **Tabla 5**, con relación al grupo étnico, se observa que el 95.7% (45) de defunciones maternas fueron en mujeres del grupo étnico mestizo y 4.3% (02) del grupo étnico shipibo conibo.

Tabla 6
Casos de muerte materna según Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	11	23.4
Secundaria	33	70.2
Superior	01	2.1
Ignorado	02	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 6
Casos de muerte materna según Grado de instrucción



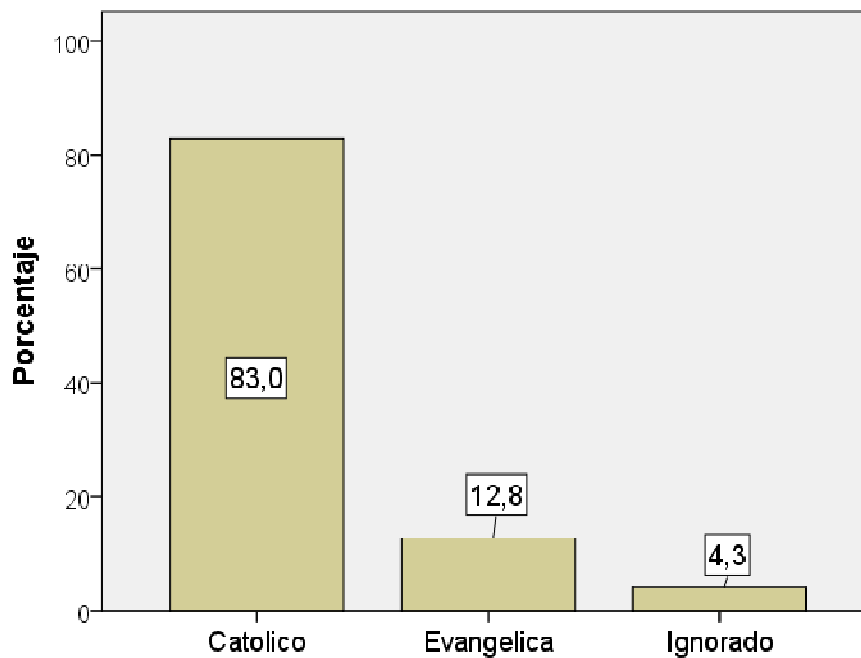
En la **Tabla 6**, con relación al grado de instrucción, el 70.2% (33) de defunciones maternas se ha producido en mujeres con grado de instrucción secundaria, 23.4% (11) primaria, 2.1% (01) superior y 4.3% (02) se ignora su grado de instrucción no se encuentra registrado en la historia clínica.

Tabla 7
Casos de Muerte Materna según Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católico	39	83.0
Evangélica	06	12.8
Ignorado	02	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 7
Casos de Muerte Materna según Religión



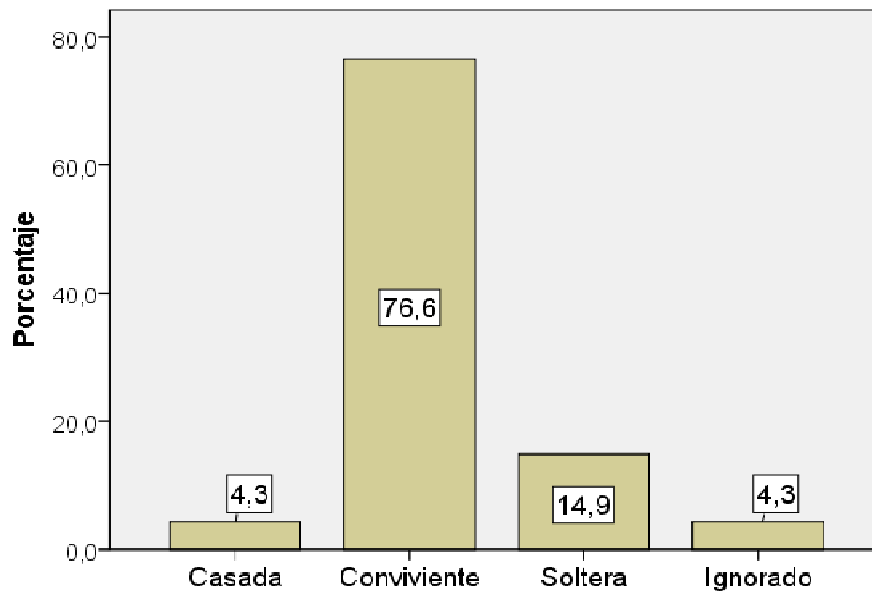
En la **Tabla 7**, se observa que el 83.0% (39) de defunciones maternas fueron en mujeres de religión católica, 12.8% (06) evangélicos y 4.3% (02) se ignora debido a que no se registra en la historia clínica.

Tabla 8
Casos de Muerte Materna Según Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	02	4.3
Conviviente	36	76.6
Soltera	007	14.9
Ignorado	02	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 8
Casos de Muerte Materna según Estado Civil



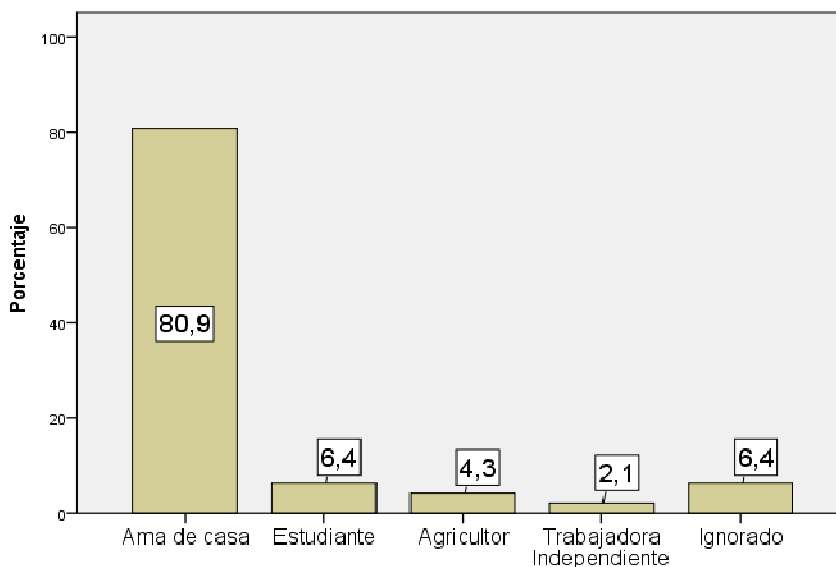
En la **Tabla 8**, se observa que el 76.6% (36) de defunciones maternas se ha producido en mujeres de estado civil conviviente, 14.9% (07) en mujeres solteras, 4.3% (02) casadas y 4.3% (02) se ignora debido a que no se encuentra registrado en la historia clínica.

Tabla 9
Casos de Muerte Materna según Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	38	80.9
Estudiante	03	6.4
Agricultor	02	4.3
Independiente	01	2.1
Ignorado	03	6.4
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 9
Casos de Muerte Materna según Estado Civil



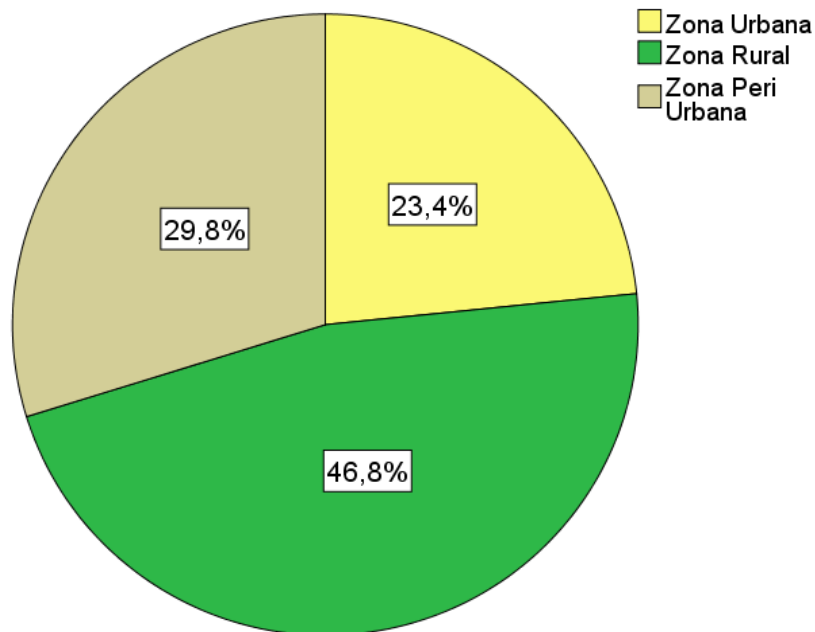
En la **Tabla 9**, con relación a la ocupación, se observa que el 80.9% (38) de las defunciones maternas se ha producido en mujeres amas de casa, 6.4% (03) en mujeres estudiantes, 4.3% (02) en mujeres agricultoras, 2.1% (01) trabajadora independiente y 6.4% (03) se ignora debido a que no se encuentra registrado en la historia clínica.

Tabla 10
Casos de Muerte Materna según Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona Rural	22	46.8
Zona Peri Urbana	14	29.8
Zona Urbana	11	23.4
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 10
Casos de Muerte Materna según Procedencia



En la **Tabla 10**, se observa que el 46.8%(22) de defunciones maternas se ha producido en mujeres que procedieron de la zona rural, 29.8% (14) de la zona peri urbana y 23.4% (11) de la zona urbana.

Tabla 11

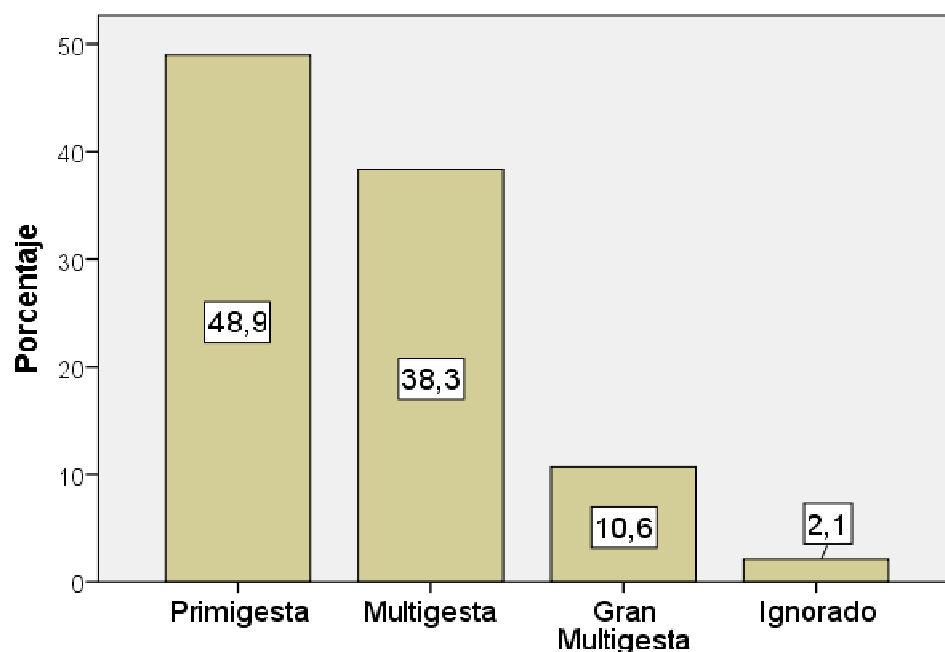
Casos de Muerte Materna según Paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	23	48.9
Multigesta	18	38.3
Gran Multigesta	05	10.6
Ignorado	01	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 11

Casos de Muerte Materna según Paridad



En la **Tabla 11**, se observa que el 48.9% (23) de defunciones maternas se ha producido en mujeres primigestas, 38.3% (18) en mujeres multigestas, 10.6% (05) en gran multigestas y 2.1% (01) se ignora debido a que no se encuentra registrado en la historia clínica.

Tabla 12

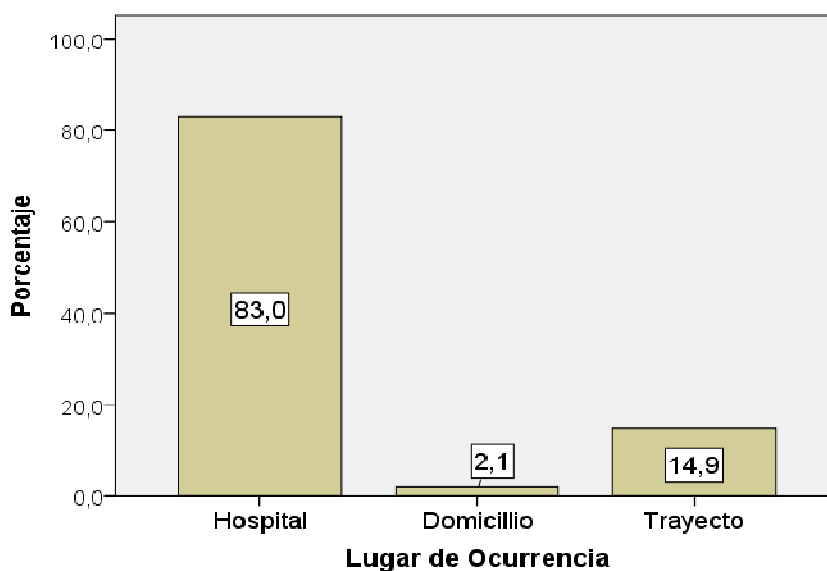
Casos de muerte materna según lugar de ocurrencia

Lugar de Ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	39	83.0
Trayecto	07	14.9
Domicilio	01	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 12

Casos de Muerte Materna según Lugar de Ocurrencia



En la **Tabla 12**, se observa que el 83.0% (39) de defunciones maternas se ha producido en mujeres atendidas en el Hospital, 14.9% (07) fallecieron en el trayecto al hospital y 2.1% (01) fallecieron en su domicilio.

4.3. FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD

Tabla 13

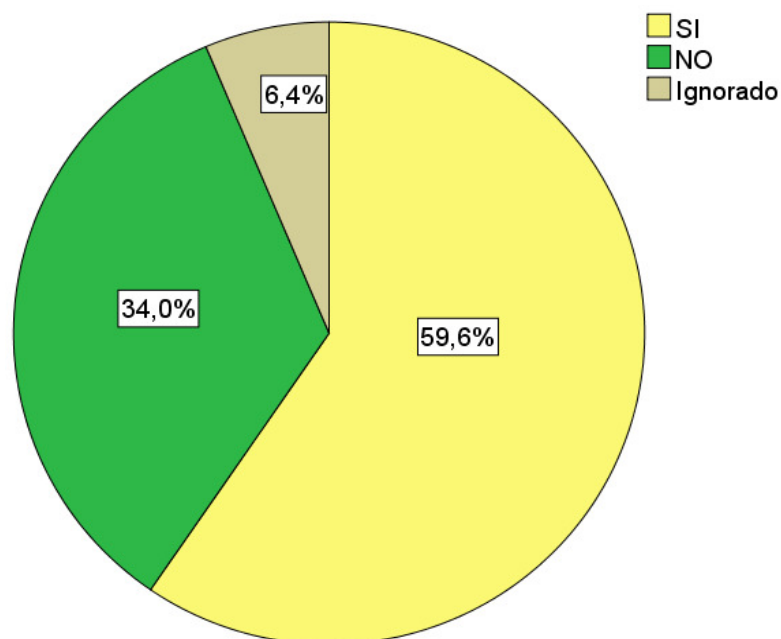
Casos de Muerte Materna según Control Pre Natal

Control Pre Natal	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	59.6
NO	16	34.0
Ignorado	03	6.4
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 13

Casos de Muerte Materna según control Pre Natal



En la **Tabla 13**, con relación al control pre natal, se observa que el 59.6% (28) de mujeres fallecidas recibieron control pre natal, 34.0% (16) no recibieron control pre natal y 6.4% (03) se ignora por que no se encuentra registrado en la historia clínica.

Tabla 14

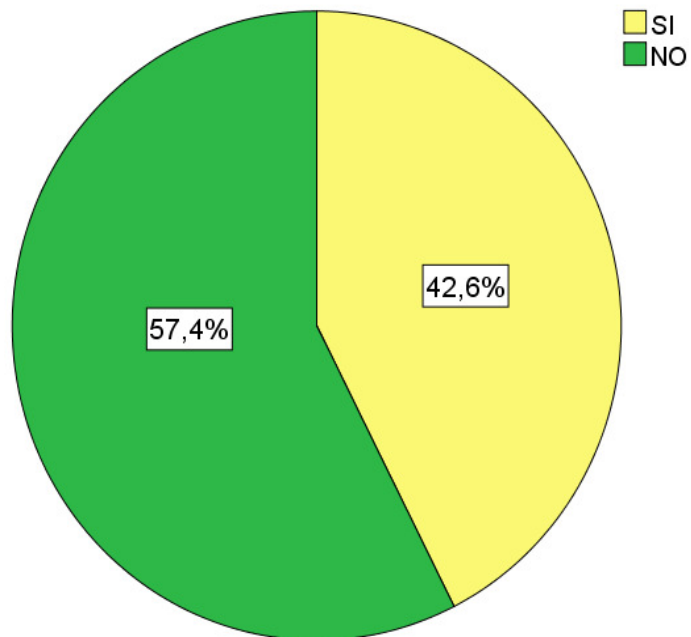
Casos de Muerte Materna según Referencia

Referencia	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	42.6
NO	27	57.4
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 14

Casos de Muerte Materna según Referencia



En la **Tabla 14**, se observa que 42.6% (20) de mujeres fallecidas fueron referidas de otros establecimientos de salud, mientras que el 57.4% (27) llegaron por su propia decisión.

Tabla 15

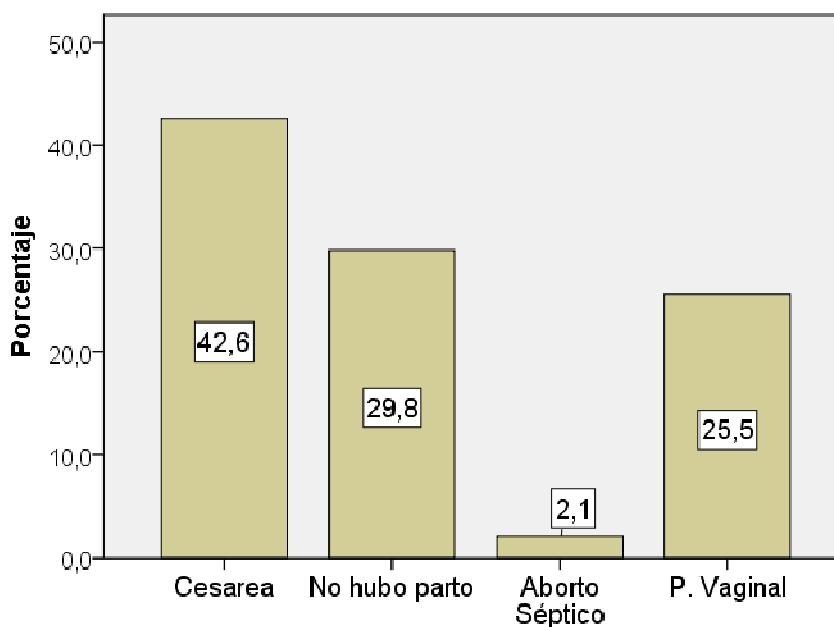
Casos de Muerte Materna según Tipo de Parto

Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	20	42.6
No hubo parto	14	29.8
Aborto Séptico	01	2.1
P. Vaginal	12	25.5
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Gráfico 15

Casos de Muerte Materna según Tipo de Parto



En la **Tabla 15**, con relación al tipo de parto, se observa que 42.6% (20) de mujeres fallecidas tuvieron parto cesárea, el 25.5% (12) parto vaginal. El 2.1% (01) falleció debido a aborto, en el 29.8% (14) de mujeres fallecidas no hubo parto.

Tabla 16

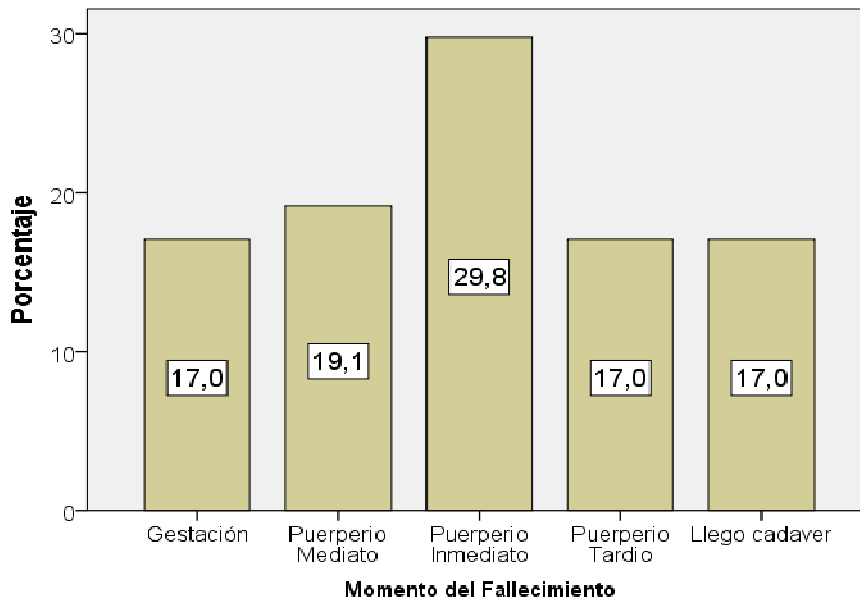
Casos de Muerte Materna según momento del fallecimiento

Momento del Fallecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Gestación	08	17.0
Puerperio Mediato	09	19.1
Puerperio Inmediato	14	29.8
Puerperio Tardío	08	17.0
Llego cadáver	08	17.0
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Tabla 16

Casos de Muerte Materna según momento del fallecimiento



En la **Tabla 16**, con relación al momento del fallecimiento, se observa que el 29.8% (14) fallecieron en el puerperio inmediato, 19.1% (09) en el puerperio mediato, 17.0% (08) durante la gestación, 17.0% (08) en el puerperio tardío. El 17.0% (08) llegaron cadáver.

Tabla 17

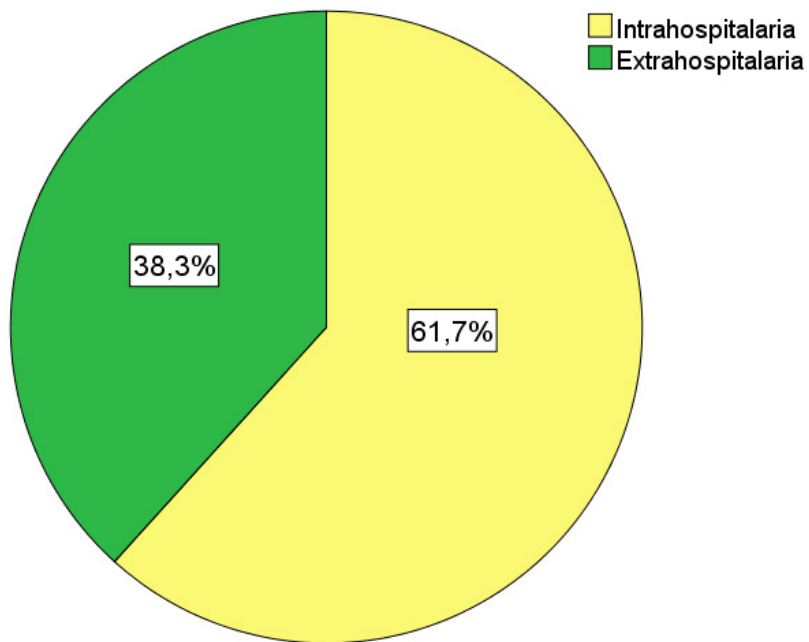
Casos de Muerte Materna según Tipo de Defunción

Tipo de Defunción	Frecuencia	Porcentaje
Intrahospitalaria	29	61.7
Extrahospitalaria	18	38.3
Total	47	100.0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Tabla 17

Casos de Muerte Materna según Tipo de Defunción



En la **Tabla 17**, se observa que el 61.7% (29) de defunciones maternas fueron de tipo intrahospitalaria, es decir que permanecieron más de 08 horas hospitalizados, mientras que el 38.3% (18) fueron de tipo extra hospitalarias, decir o llegaron cadáver o permanecieron menos de 08 horas hospitalizados.

CAPITULO V

DISCUSION

Los resultados encontrados en la presente investigación muestran que en el periodo de estudio del 2007 al año 2016 se ha presentado 47 casos de muerte materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Según su clasificación la mayoría de casos de muertes maternas estuvieron relacionadas con las causas directas en un 89.4%. Este resultado encontrado coincide con lo descrito por Delgado, R y Gómez, J (21,22) en estudios desarrollados en el Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Lima donde el 86.0% de muertes maternas fueron por causas directas y el Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos donde la mayoría de muertes maternas estaban relacionadas a causas directas en el 80% de los casos.

La principal causa de muerte materna fue la hemorragia en un 36.2% seguido de la muerte por enfermedad hipertensiva 27.7% y las infecciones 25.5%. Este resultado encontrado coincide con lo reportado en un estudio desarrollado en Cuba por Millán, M. et al (19) donde predominó la hemorragia como principal causa de muerte materna. En el Perú, Delgado, R. (21) realizó un estudio en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima donde encontró que las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo 38.1%, Atonía uterina 23.8% y Endometritis puerperal 14.3%. Gómez, J. (22) en su estudio realizado en el Hospital II EsSALUD encontró que las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo son las más frecuentes. Culque, Y. (23) en su estudio realizado en el Hospital Docente de Trujillo encontró que las principales causas de muerte materna fueron los trastornos

hipertensivos con 33.3% seguida de hemorragia con 25.4%.

Con relación a los factores sociodemográficos

El 31.9% de defunciones maternas ha ocurrido en mujeres adolescentes menores de 20 años, siendo la edad media 27.74 años. Este resultado encontrado coincide con lo reportado en un estudio realizado en México por Mejía, M et al (18) donde la edad media fue 28,27 años. Sin embargo, es diferente a lo encontrado por Gómez, J. (22) en un estudio realizado en el Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos donde encontró que el 30% de pacientes fallecidas tenían edades mayores de 35 años. Así como lo encontrado por Culque, Y. (23) donde el grupo de edad de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de 35 años o más con el 35.2% de las muertes maternas.

Con relación al grupo étnico, el 95.0% de defunciones maternas fueron en mujeres gestantes del grupo étnico mestizo y 4.3% en mujeres gestantes del grupo étnico shipibo conibo.

El 70.2% de defunciones maternas se ha producido en mujeres gestantes con grado de instrucción secundaria. Este resultado es diferente a lo reportado en un estudio realizado en México por Mejía, M. et al (18) quién encontró que el 50% de muertes maternas poseían estudios de primaria o menos. Así como lo reportado por Culque, Y (23) quién en su investigación encontró que el grado de instrucción de gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010 fue de primaria incompleta con 43.14%.

El 83% de defunciones maternas fueron en mujeres gestantes de religión católica, 12.8% en mujeres gestantes evangélicas.

El 76.6% de defunciones maternas se ha producido en mujeres gestantes de estado civil conviviente. Este resultado es similar a lo encontrado por Gómez, J. (22) en su investigación realizada en el Hospital III EsSALUD de

la ciudad de Iquitos donde el 95% de mujeres gestantes eran civil convivientes, así como lo reportado por Culque, Y. (23) quién encontró que el estado civil de las gestantes y/o puérperas fallecidas de muerte maternas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue el de conviviente con un 74.51%. Sin embargo, es diferente a lo encontrado por Mejía, M. (18) en su investigación realizada en México donde el 45% vivían en unión libre o eran solteros.

Con relación a la ocupación, 80.9% de las defunciones maternas se ha producido en mujeres gestantes amas de casa. Este resultado coincide con lo encontrado en la investigación realizada en México por Mejía, M. et al (18) el 68,27% de defunciones maternas se ha producido en mujeres que se dedicaba a actividades del hogar. Así como lo encontrado por Culque, Y. (23) donde la ocupación de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de “ama de casa” con 94.12%.

Referente a la procedencia de los casos de muerte materna, el 46.8% de defunciones se ha producido en mujeres gestantes que procedieron de la zona rural, 29.8% de la zona peri urbana y 23.4% de la zona urbana. Este resultado encontrado coincide con lo reportado por Culque, Y. (23) quién en su investigación encontró que el lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de zona rural con 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 %

Con relación a la paridad, el 48.9% de defunciones se ha producido en mujeres primíparas, 38.3% en mujeres multigestas, 10.6% en gran multigesta. El resultado encontrado coincide con el estudio desarrollado por Delgado, R (21) en su investigación realizada en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima encontró que el 86% de defunciones maternas se ha producido en gestantes primípara o nulíparas

Según el lugar de ocurrencia de los casos de muerte materna, se encontró que el 83.0% de defunciones se ha producido en mujeres atendidas en el Hospital. Este resultado coincide con lo informado por Gómez, J. (22) quién en su investigación realizada en el Hospital III EsSALUD de la ciudad de Iquitos, encontró que el lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el Establecimiento de salud con el 95% de los casos.

Con relación a los factores relacionados con los servicios de salud Respecto al Control Pre Natal, se encontró que la mayoría de mujeres fallecidas recibieron control pre natal 59.6%. Este resultado coincide con lo encontrado en un estudio realizado en México por Mejía, M. et al (18), donde el 77,2% de defunciones maternas presentaba control prenatal, así como en la investigación realizada en el Perú en el Hospital Santa Rosa de la ciudad de Lima por Delgado, R. (21) quién encontró que el 62% de muertes materna había tenido control pre natal. Sin embargo, es diferente a lo informado por Culque, Y. (23) quien en su investigación respecto a la atención prenatal de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010, encontró que en su mayoría no se realizó ningún control prenatal 54.9%.

Con relación a la referencia, se encontró que el 57.4% de casos fueron referidas de un establecimiento de salud, mientras que el 57.4% llegaron por su propia decisión. Este resultado es diferente a lo reportado por Culque, Y. (23) quién en su investigación encontró que el lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas.

Según el tipo de parto, el 42.6%de casos de muerte materna tuvieron parto cesárea, el 25.5% parto vaginal. El 2.1% falleció debido a aborto, en el 29.8% de mujeres fallecidas no hubo parto.

Con relación al momento del fallecimiento, el 29.8% fallecieron en el puerperio

inmediato, 19.1% (09) en el puerperio mediato, 17.0% en el puerperio tardío. 17.0% durante la gestación. El 17.0% llegaron cadáver. Gómez, J. (22) la muerte materna fue más frecuente en el puerperio Delgado, R. (15) El 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio. Culque, Y. (23) El momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue la etapa del puerperio con 58.82% seguido con el embarazo con 35.29%.

Según el tipo de defunción, el 61.7% fueron de tipo intrahospitalaria, es decir permanecieron más de 08 horas hospitalizados, mientras que el 38.3% fueron de tipo extrahospitalarias, es decir permanecieron hospitalizados menos de 08 horas o llegaron cadáver al hospital.

CONCLUSIONES

- 1.** En el periodo del 2007 al 2016, se han producido 47 defunciones maternas, según su clasificación fueron predominantemente directas (89.4%), siendo la hemorragia la principal causa de muerte.
- 2.** Con relación a los factores sociodemográficos de la mortalidad materna, el 31.9% de muertes maternas se ha producido en mujeres en edad adolescente, 95.7% fueron de la etnia mestiza, 70.2% tuvieron grado de instrucción secundaria, 83% fueron de religión católica, 76.6% tuvieron estado civil conviviente, 80.9% fueron ama de casa, 46.8% procedieron del área rural, 48.9% fueron primigestas, el 83.0% de defunciones ocurrieron en el Hospital.
- 3.** Respecto a los factores de servicios de salud de la mortalidad materna, el 34.0% no tuvieron control pre natal, el 57.4% llegaron al hospital sin referencia, el 42.6% fueron sometidas a cesárea, el 48.9% fallecieron durante el periodo de puerperio, el 38.3% fueron defunciones extrahospitalarias.

RECOMENDACIONES

Al Gobierno Regional de Ucayali priorizar el financiamiento para la atención de la madre gestante y el fortalecimiento de los servicios de salud para mejorar la capacidad resolutoria en la atención de la mujer embarazada.

A la Dirección de Promoción de la Salud, fortalecer las acciones para la prevención del embarazo adolescente por medio de la educación de la comunidad, así como difundir la identificación de signos y señales de peligro orientado a la familia para evitar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

A la Dirección Regional de Salud, fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los diferentes niveles de atención de salud de la madre gestante priorizando el primer nivel de atención de salud.

Al Hospital Amazónico fortalecer el laboratorio tratando de tener una respuesta rápida y oportuna para la atención de situaciones de mujeres gestantes que presentan sangrado por complicaciones del embarazo.

Al Comité de Prevención y Control de la morbilidad materna del Hospital Amazónico, utilizar los resultados de la presente investigación para la planificación de medidas de prevención y control de la mortalidad materna.

A los médicos especialistas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico, concientizar al personal responsable del cuidado de la puérpera sobre el cuidado y monitoreo estricto de las gestantes y puérperas ya que se ha demostrado que la mayoría de los casos de muerte materna ha ocurrido en la fase puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Oficina General de epidemiología. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica. Parte 1. Consultado el 13/03/2017. Disponible en <http://www.google.com.pe/url?url=http://www.dge.gob.pe/buho/buho>.
2. OMS. Mortalidad materna Nota descriptiva. Septiembre de 2016. Consultado el 13/03/2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. OPS/OMS. Informe de las Naciones Unidas Washington, DC, 6 de mayo de 2014. Consultado el 13/03/2017. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view
4. Palacios, M. Mortalidad Materna en el Perú. Diario la República. .
5. Dirección Regional de Salud Ucayali. Análisis de Situación de Salud 2016.
6. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Hojas Informativas del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva., Buenos Aires, 2010. 8 p
7. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna Nota descriptiva N°348. Noviembre de 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
8. OMS. La mortalidad materna en el mundo <http://diariocorreio.pe/mundo/oms-la-mortalidad-materna-en-el-mundo-se-redujo-casi-a-la-mitad-en-25-anos-632187/12> de Noviembre del 2015 - 02:11 » Textos: AFP .
9. MINSA. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima, mayo 2009.
10. INEI. Indicadores: Objetivos del Milenio. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/.../cap013.pdf>
11. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico. Volumen 24, SE. N° 52. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
12. Banco Mundial. Tasa de mortalidad materna. Org/indicador/SH.STA.MMRT

13. Palacios, M. Pdte. Comité de SP del CMP. Mortalidad materna en el Perú. <http://larepublica.pe/impresia/opinion/18834-mortalidad-matema-en-el-peru>. Impresión, Julio de 2015.
14. DIRESA Ucayali. Boletín Epidemiológico N° 33, Del 14 al 20 de Agosto 2016.
15. Unidad de Epidemiología del Hospital Amazónico. Base de datos de mortalidad materna. 2009 - 2015.
16. Lozano AR, Núñez URM, Duarte GMB, Torres PLM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: Zúñiga HE. México ante los desafíos de desarrollo del milenio. México: Editorial Consejo Nacional de Población, 2005; 167-92.
17. Mortalidad materna. Nota descriptiva No. 348. Organización Mundial de la Salud. Mayo 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/>. Acceso 28/08/16
18. Mejía, M; Ortiz, R; Laureano, J; Guillermina, E; López, M; Gil, Elisa. Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco. México. 2013
19. Millán M, Sánchez C, Rodríguez R, Rodríguez A, Fajardo Y. "Mortalidad Materna N Granma": Mortalidad Materna en Granma Rev. Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2012.
20. Cordero, M; González, G. Factores socio económicos y de servicios asociados a la mortalidad materna. Rev. cienc. biomed. 2011; 2(1): 77-85. México.
21. Delgado, R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa, 2000 - 2015
22. Gómez, J. Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el hospital III ESSALUD Iquitos, 2000-2014. Iquitos 2015.
23. Culque, Y. Características epidemiológicas de casos de muerte materna en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000 – 2010.

24. Oficina General de Epidemiología – Ministerio de Salud. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Parte I.
http://www.dge.gob.pe/buho/buho_mmaterna.pdf
25. Ministerio de Salud del Perú. La mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011. Lima, Perú. Mayo 2013.
26. La Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna Nota descriptiva N°348. Noviembre de 2015.
27. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
28. [Carrasco, S. Metodología de la Investigación Científica. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar proyectos de investigación. Editorial San Marcos. Primero Edición, 2005.](#)
29. [García, P; Rubio, P. Fundamentos de investigación. Psicologgiauned.com.](#)

Anexo 1
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. MUERTE MATERNA

Clasificación de la muerte materna: Directa () Indirecta ()

Causa de Fallecimiento:.....

Hemorragias () Infecciones () Eclampsia () Pre Eclampsia ()

2. FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores Sociodemográficos:

Edad materna.....

Grupo étnico: Mestizo () Shipibo Conibo () Otro () ¿Cuál?.....

Grado de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

Religión: Católica () Evangélica () Adventista () Otros () ¿Cuál?.....

Estado civil: Casado () Conviviente () Soltera () Otros () ¿Cuál?.....

Ocupación: Ama de casa () Otros () ¿Cuál?

Lugar de Procedencia:

Procedencia: Zona Urbana () Zona Rural () Zona Peri urbana ()

Paridad: Primigesta () Multigesta () Gran Multigesta ()

Lugar de ocurrencia de la defunción: Domicilio () Trayecto () Hospital ()

2.2. Factores de servicios de salud:

Control PreNatal: SI () NO ()

Número de Controles Prenatales:

Referida de un EE.SS: SI () NO ()

Tipo de parto: P. Cesárea () No hubo parto () P. Vaginal () Aborto ()

Momento de fallecimiento: Gestación () Puerperio () Llego cadáver ()

Tipo de defunción: Intrahospitalaria () Extrahospitalaria ()

Anexo 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL				
¿Cuáles son los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo del 2007 al 2017?	Describir los factores sociodemográficos y de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016.	VARIABLE DEPENDIENTE Mortalidad materna	Unica	Clasificación	Tipo de investigación
					Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo.
					Nivel de Investigación
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS				
¿Cuáles son los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016?	Identificar cuales son los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016.	VARIABLE INDEPENDIENTE Factores sociodemográficos y de servicios de salud	Factores sociodemográficos	Edad	Nivel de investigación descriptivo
				Grupo etnico	
				Grado de instrucción	Diseño de investigación
				Religión	Diseño no experimental
				Estado civil	Población y muestra
				Ocupación	47 defunciones maternas
				Procedencia	Técnica de R.D
				Paridad	Revisión documental de fichas epidemiologicas e historias clínicas
				Lugar de ocurrencia de la muerte	Instrumento de R.D
					Formulario de recolección de datos
¿Cuáles son los factores de servicios de salud de la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016?	Identificar los factores de servicios de salud de la mortalidad materna en la muerte materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2007 al 2016.		Factores de servicios de salud	Control pre natal	Procesamiento de datos
				Referencia	
				Momento del fallecimiento	Programa estadístico SPSS versión 22.0
					Analisis estadistico de datos
				Tipo de defunción	Estadistica descriptiva básica.

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

Pucallpa, 22 de Febrero de 2017

Oficio N° 001-2017-MEAR-BACHILER-EAPE-UAP

Señor

Dr. Luís Satalin Romero Jara.

Director Ejecutivo del Hospital Amazónico.



De mi mayor consideración.

Grato es dirigirme a Usted., para expresarle mi saludo cordial y manifestarle con el propósito de lograr mi titulación como Licenciada en Enfermería, debo continuar con la fase de ejecución de mi proyecto de tesis titulado “**Factores de riesgo que influyen en la muerte materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo 2009 al 2016.** Por lo que recurro a su digno despacho para solicitar me brinde las facilidades para lograr el permiso y acceder a la información relacionada con los objetivos de la investigación.

Agradeciéndole anticipadamente por las facilidades otorgadas, me suscribo de Usted., no sin antes expresarle las muestras de mi mayor consideración y franca estima.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "M. Emira".

María Emira Del Aguila Ruiz.

Bachiller en Enfermería - UAP

DNI: 42165939.

Cc. Archivo.