

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Factores asociados a mortalidad materna en el hospital maria
auxiliadora durante el año 2011-2015**

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

Llerena Flores, Joel

ASESORA DE TESIS:

Susana Oshiro Kanashiro

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas Ph. D., MCR, MD

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, quienes son el pilar fundamental en mi vida. Que han estado conmigo en todo momento, expresándome su amor y transmitiéndome sus sabios consejos a través de sus experiencias, cuidando cada pasó que doy a lo largo de mi vida.

RESUMEN

La mortalidad materna refleja las condiciones de salud y de vida, a nivel mundial se ha reducido, ya que la razón de muerte materna global ha disminuido en un 44% hasta el 2015, un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años por causas maternas. En el Perú se han tenido importantes avances con respecto a la disminución de muerte materna en los últimos años. **Objetivo General:** Identificar los factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el periodo 2011-2015. **Metodología:** Es un estudio observacional, analítico, tipo caso control y retrospectivo; la información se recolecto a partir de la FIEMM, utilizado en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en el periodo 2011-2015. Con una población de 33, durante este periodo. **Resultados:** El número de muertes maternas ha descendido descendiendo a 58x 100 mil nv para el 2015 y el mayor durante el año 2012 llegando a 151 x 100 mil nv. Un 60.6% de pacientes han fallecido por causas de muerte tipo directa. La causa genérica que predomino fue la hipertensión con un 55%, en segundo lugar es por causa de aborto. Hasta un 70% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación. **Conclusión:** No hubo relación estadísticamente significativa de los factores estudiados y mortalidad materna. Los factores comunes en muerte materna en el periodo

2011-2015 está representado por una mujer adulta entre 20- 30 años, sin trabajo, multigesta, que a pesar de tener controles prenatales, desarrolla hipertensión asociada al embarazo, es limitada su atención debido a la demora tipo 1 y fallece durante el puerperio.

Palabras clave: factores comunes, razón de mortalidad, tipo de muerte, control prenatal, hipertensión materna.

ABSTRACT

Maternal mortality reflects global health and life conditions, as the overall maternal death rate has declined by 44% by 2015, 13.6 million women have died in the last 25 Years for maternal causes. In Peru, important advances have been made regarding the decrease in maternal death in recent years.

General objective: To identify the sociodemographic factors, prenatal care and factors associated with labor conditions and complications from labor to maternal death in patients who were treated in the gynecological obstetrics service of the Hospital of Support María Auxiliadora during the period 2011-2015. **Methodology:** This is an observational, analytical, case control and retrospective study; The information was collected from the FIEMM, used in the medical records of the patients hospitalized in the Gynecology-Obstetrics service of the Hospital of Support of Mary Help of Christians in the period 2011-2015. With a population of 33, during this period. **Results:** The number of deaths descending descending a 58x 100 thousand nv for 2015 and the greatest during 2012 reaching 151 x 100 thousand nv. 60.6% of patients have died from direct death. The generic cause that predominates with hypertension with 55%, secondly is because of abortion. Up to 70% of the deaths occurred in women who would have had more than one gestation. **Conclusion:** There was no statistically significant relationship between the factors studied and maternal mortality. The common factors in maternal death in the period 2011-2015 is represented by an adult female between 20-30 years of age, without work, multigesta, who despite having prenatal

controls , Develops hypertension associated with pregnancy, is limited due to type 1 delay and dies during the puerperium.

Key words: common factors, mortality ratio, type of death, prenatal control, maternal hypertension.

PRESENTACIÓN

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la mortalidad materna como una meta clave del desarrollo, entre los que cabe señalar la Iniciativa de la Maternidad Segura, Nairobi (1987), la Declaración del Milenio y sus Metas (2000). En la Cumbre del Milenio, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015.¹

En el Ministerio de Salud, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la responsable de conducir el diseño y ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Muerte Materna y Perinatal; en el compromiso sobre el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con las Naciones Unidas, en las prioridades sanitarias que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional.²

En el año 2009, el INS establece las prioridades regionales y nacionales de investigación para el periodo 2010-2014, mediante una metodología participativa y descentralizada. Luego se pasó a la elaboración de “agendas temáticas”, llegando a definir seis agendas nacionales donde se incluía la muerte materna.

El Hospital de Apoyo María Auxiliadora es parte de la región DISA II, Lima Sur, la que tiene una jurisdicción de aproximadamente 2 millones de habitantes. Que tiene dentro de sus objetivos reducir la morbilidad VII materna y neonatal, en la población más vulnerable y principalmente excluida del ámbito de la DISA II Lima Sur.^{4,7}

ÍNDICE

Capítulo I: Introducción	
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Objetivos de la investigación	14
Capítulo II: Marco teórico	
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas	25
Capítulo III: Hipótesis y variable	
3.1. Hipótesis	31
Capítulo IV: Metodología	
4.1. Tipo de investigación	32
4.2. Población y muestra	32
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	33
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
4.5. Instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de datos	34
4.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos	35
Capítulo IV: Resultados y discusión	
5.1. Resultados	36
5.2. Discusión de resultados	61

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones	
6.1. Conclusiones	69
6.2. Recomendaciones	71
Referencias bibliográficas	72
Anexos	75

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS) aproximadamente 303 000 mujeres morirán de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto en el 2015, por ello se debe considerar un problema de salud pública con trascendencia social, por lo que el objetivo de su reducción es considerado una prioridad de estado en salud y a nivel internacional está contemplado dentro de los objetivos del desarrollo de milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Además UNICEF describe la mortalidad materna como indicador de mayor disparidad en el mundo y representa la inequidad, la discriminación y la violación de los derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres en los países en desarrollo, situación lamentable que aún es vigente en nuestro país.

En Latinoamérica según la OMS aproximadamente son 6000 de muertes maternas que se produjeron para el año 2015, con una tasa de 1 por cada 760 mujeres tiene riesgo de muerte materna a lo largo de la

vida. Siendo desde el 2000 dentro de las prioridades políticas de la ONU, reducir hasta en un 75% la razón de mortalidad materna.

En el Perú, hay un marco político y normativo favorable a la salud materno-neonatal, a pesar de que aún tiene restricciones. De manera más específica está el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, aprobado en marzo del 2009. Este incluye como meta de mortalidad materna la misma que se estableció para el país en los ODM, de 66 muertes maternas por 100,00 nacidos vivos y una meta de reducción de la mortalidad perinatal de 16 por mil nacidos vivos. Entre los indicadores considerados en el Plan están los que corresponden a los indicadores de atención especializada y necesidades de planificación familiar de los ODM, con metas de cobertura muy altas para lo logrado hasta el momento.

En el periodo 2013 se notificaron un total de 24 muertes maternas ocurridas en nuestra la jurisdicción de Lima Sur, solo hasta la semana epidemiológica 38. El 16.7% de ellas ocurrieron en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora y 12.5% ocurrieron en el Instituto Materno Perinatal. Los distritos con mayor número de muertes acumuladas San Juan de Miraflores (4 muertes), Villa El Salvador (3 muertes) y Comas (3 muertes).

El Hospital de Apoyo María Auxiliadora es parte de la región DISA II, Lima Sur, la que tiene una jurisdicción de aproximadamente 2 millones de habitantes. Que tiene dentro de sus objetivos Reducir la morbimortalidad materna y neonatal, en la población más vulnerable y principalmente excluida del ámbito de la DISA II Lima Sur. Obteniendo una razón de mortalidad materna de 21 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el periodo 2011-2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Perú, en su valiosa diversidad, encierra grandes disparidades culturales, económicas, educacionales, geográficas, entre otras, que complejizan su manejo político y administrativo. En el campo de la salud, esta situación dificulta el diagnóstico y control de los problemas de salud, contribuyendo a la elevación de los indicadores negativos de morbilidad y mortalidad. Por ello, es de suma importancia tratar factores relacionados con las mencionadas disparidades.

En la evaluación del problema de las muertes maternas, es fundamental considerar que la muerte materna no sólo implica la pérdida de una vida en edad productiva. Ella también afecta la dinámica familiar, con lo que se generan problemas de índole social que impactan en el desarrollo del país, como la orfandad, el abandono infantil y sus consecuencias.

El presente trabajo pretende reafirmar cualquier modelo teórico que considere a la mortalidad materna como un problema de cobertura y acceso a servicios de salud de calidad y derechos humanos. Además de proveer información relevante sobre la relación entre la muerte materna y algunos de sus factores socio sanitarios asociados, que contribuya a la propuesta de iniciativas vinculadas a su reducción, las mismas que deben ser desarrolladas por las instituciones estatales y de la sociedad civil.

Asimismo, se esperaría que las conclusiones y recomendaciones del presente estudio favorezcan la toma de decisiones, beneficio de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad en cuanto a su salud reproductiva, pues la muerte materna tiene un alto grado de evitabilidad.

1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General: Identificar los factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el periodo 2011-2015.

1.4.2. Objetivos específicos:

1. Identificar el número de casos y razón de mortalidad materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
2. Identificar los factores socio demográfico de mayor frecuencia en mortalidad materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
3. Identificar las principales causas de muerte materna y clasificación en pacientes que se atendieron en el servicio de gineco -obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

4. Identificar los antecedentes gineco obstétricos como condicionantes de mayor mortalidad materna en pacientes que se atendieron en el servicio de gínico-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
5. Determinar los factores que limitaron la atención de la muerte materna producida en pacientes que se atendieron en el servicio de gínico-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A nivel internacional, las estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas; la muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (RMM)a nivel mundial disminuyó en cerca de un 44% en los últimos 25 años: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos (intervalo de incertidumbre del 80% [359 a 427) en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos (206 a 249) en 2015. El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, de aproximadamente 532 000 (496 000 a 590 000) en 1990 a una cifra estimada de 303 000 (291 000 a 349 000) en 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180. Aproximadamente el 99% (302 000) de las muertes maternas registradas en el mundo en 2015 se produjeron en las regiones en desarrollo. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Nueve países que en 1990 tenían una RMM de más de 100 están ahora entre los que han «logrado la meta 5A de los ODM». La consecución de la meta de los ODS consistente en lograr una RMM mundial inferior a 70 necesitará una reducción media de la RMM mundial del orden del 7,5% anual entre 2016 y 2030. Para ello será

necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, del 2,3%, se multiplique por más de tres.¹

En América Latina y El Caribe la mortalidad materna se redujo en promedio un 40% entre 1990 y 2013 en la región. Sin embargo, alrededor de 9.300 mujeres murieron por causas maternas en 2013 Washington, DC, 6 de mayo de 2014 (OPS/OMS).- Un nuevo 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 2015. A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embazado (7.700 menos que las 17.000 de 1990). "Hemos registrado progresos salvando la vida de muchas madres en las Américas, y estamos complacidos por eso", señaló Suzanne Serruya, directora del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). "Pero el hecho de que más de 9.000 mujeres perdieron la vida el año pasado por causas maternas es inaceptable (2014) y significa que tenemos un reto importante para reducir esas cifras aún más."²

Washington, DC, 18 de marzo de 2015.- Una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Para prevenir estas muertes, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) lanzó recientemente la iniciativa Cero muertes maternas por hemorragia. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el

parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causa. Se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. "Ninguna mujer debería morir durante el proceso de ser mamá", afirmó la Directora de la OPS/OMS, Carissa F. Etienne, y señaló que "se cuenta con el conocimiento y las herramientas para evitar que las mujeres mueran por causas que se pueden prevenir". Asimismo, abogó por "mejorar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, para que puedan planificar la familia que desean tener".³

Se realizó un estudio en el Hospital Nacional Rebagliati Martins, EsSalud, hospital docente. Don de se analizó las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes. Donde hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas (72) con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pretérmino ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g. Llegando a la conclusión que hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo. El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.⁴

La Tasa de Mortalidad General en mujeres en el Perú para el año 2011, fue de 4.1 muertes por cada mil mujeres. Las principales causas de muerte en población femenina son predominantemente enfermedades crónicas degenerativas. Las infecciones respiratorias agudas siguen ocupando el primer lugar, las enfermedades

cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, le siguen las enfermedades hipertensivas, sepsis, enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus. Asimismo, aparecen a partir del sétimo lugar las enfermedades neoplásicas, entre las principales se presentan las neoplasias malignas del estómago, neoplasias del hígado y vías biliares, del cuello del útero y por último el de la mama.⁵

Se estudió la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash. Con un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo en la Dirección Regional de Salud de Ancash, ocurridas entre los años 1999 a 2009. Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. El tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. Conclusiones: La razón de mortalidad materna en la DIRESA Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio.⁶

Ticona Rebagliati estudio conocimientos y practicas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé, Lima - Perú . Ya que para poder cumplir los objetivos del milenio y reducir la posibilidad de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es posible mediante la identificación de estos signos de alarma por lo que se realizó una encuesta sobre el conocimiento y prácticas de estas obteniendo como resultado 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como

indicadores de peligro para la madre y el feto; el 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Prácticas: Los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). Conclusiones: La mayoría de pacientes consideró a los signos de alarma como peligro; de presentarse algunos de estos signos, todas conocían que deben acudir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían. Se requiere estudios cualitativos para determinar las causas por las cuales, a pesar del conocimiento, algunas gestantes no acuden a tiempo.⁷

Un estudio realizado en Chile por Enrique determinó que el rango de edad materna de menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años, siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Sugerimos que ese rango etario sea usado para comparaciones en estudios de riesgo reproductivo, como también para un adecuado consejo preconcepcional. Las mujeres de 40 o más años presentaron las tasas más altas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil.⁸

El último estudio encontrado sobre mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora es del año 1997 realizado por el actual jefe del servicio de ginecología el Dr. Ovidio Chumbe con el objetivo de Determinar la tasa de mortalidad materna (MM) durante los 10 últimos años, con la finalidad de establecer su tendencia, los factores causales y características de la población. Encontrándose que la tasa de mortalidad fue de 250,18 por cien mil nacidos vivos. Las características más frecuentes fueron edad de 20-24 años (44/36,6%), instrucción

secundaria (45/48,4%), unión estable (45/49%), edad gestacional a término (33/34,3%) y antes de las 20 semanas (28/29%). Solo 28% (34) tuvo algún control prenatal la mayoría de las MM ocurrió en el puerperio (62/51,2%) y el 31,13% (35) fallecieron en su primer embarazo; 84 (69,4%) fueron de causa directa y 36 (29,8%) de causa indirecta, La primera causa de la muerte fue el aborto (28/23%), seguida por la infección (23/19%) y la HIE (23/19%). El 95% (115), fue previsible. La causa indirecta más frecuente fue la TBC (14/11,6%). 65 (53,7%) ocurrieron después de las 48 horas de hospitalización. ⁹

Jéssica Hanae Zafra-Tanaka en su carta al editor Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo, Lamas. 2014, refirió que en los países en vías de desarrollo las complicaciones durante el embarazo y el parto se dan en su mayoría en mujeres que carecieron de un cuidado adecuado durante el embarazo. Por ello, el Ministerio de Salud busca lograr un manejo estandarizado y de calidad de la salud materna perinatal; así, define como gestante controlada aquella que ha cumplido con 6 atenciones prenatales y que recibió el paquete básico de atención a la gestante. ¹⁰

En Illinois se realizó la evaluación de la prevención de la mortalidad materna en Illinois: 2002-2012 encontrándose 610 muertes maternas en Illinois durante el período de estudio (31,8 por 100.000 nacidos vivos). Un tercio de las muertes maternas (n = 210) estaban relacionadas directa o indirectamente con el embarazo, el 7,0% (n = 43) posiblemente estaban relacionados y el 52,6% (n = 321) no estaban relacionados. Las causas vasculares fueron la causa más común de muerte relacionada con el embarazo, seguidas por causas cardíacas y hemorragias. Un tercio de las muertes relacionadas directa o indirectamente con el embarazo se consideraron potencialmente prevenibles. La hemorragia y las muertes debidas a causas

psiquiátricas tenían más probabilidades de considerarse evitables, mientras que el cáncer y las muertes relacionadas con la vascularización generalmente no se consideraban prevenibles. Así es como se llegó a la conclusión que este análisis de las muertes relacionadas con el embarazo en Illinois, el primero en más de 60 años, encontró causas similares de muerte y posible prevención como revisiones relacionadas con el embarazo relacionadas con la muerte en otros estados. Analizar las causas de la muerte relacionada con el embarazo es un paso crítico y necesario para mejorar los resultados de la salud materna, en particular para disminuir las muertes potencialmente evitables relacionadas con el embarazo. Se debe prestar mayor atención a la intervención en el proveedor, los sistemas y los factores del paciente que contribuyen a las muertes evitables.¹¹

Bendezú en Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú realizó un estudio en Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud, Ica, Perú. Donde encontró que la media de edad fue $30,67 \pm 6,06$, rango entre 20 y 42 años, 48% eran convivientes, la mayoría con nivel secundaria (43%) y el 58% era ama de casa. La gravidez promedio fue de $2,84 \pm 1,66$, siendo las multigrávidas el 67,2%. Las causas principales de MMEG fueron las hemorragias en el posparto (35%) y embarazo ectópico complicado (31%). El 31% de las pacientes fue internado en UCI para su manejo. La razón de MMEG fue de 3,57 por 1 000 nacidos vivos, con un índice de mortalidad de 6,1 y una relación MMEG/MM de 0,1. Conclusiones: Las causas más frecuentes de MMEG en el grupo estudiado fueron las hemorragias en el posparto y el embarazo ectópico complicado. Solo un tercio de las pacientes ingresó a UCI. Palabras clave: Morbilidad materna, mortalidad materna, cuidados intensivos, hemorragia posparto, pre eclampsia, eclampsia.¹²

La situación de Perú en la evaluación realizada por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud pública DGE-MINSA es que durante el año 2015 y considerando la clasificación preliminar se notificaron 443 casos de muerte materna, de los cuales 414 son muertes maternas de clasificación directa e indirecta (63.4% y 30% casos respectivamente). El 6.6% representan casos de muerte materna de clasificación incidental. Los casos de muerte materna indirecta a partir del año 2012 han tenido un ligero incremento en comparación a los años 2010 y 2011.

Según Franke, Arroyo y Guzmán (2010), la situación sanitaria en el Perú es precaria y así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad, desnutrición y anemia, y la persistencia de enfermedades infectocontagiosas que ya fueron erradicadas en otros países.¹³

Lo más grave es que más del 25% de la población peruana está excluida del sistema de salud, a pesar de que el estado, a través del MINSA, ha aumentado su cobertura, y a pesar de haberse triplicado el número de establecimientos y recursos humanos en todo el país. Bajo este escenario, queda claro que los patrones de gasto en salud refuerzan las inequidades existentes.¹⁴

Según el estudio publicado por physicians for human rights (2007), la falta de respeto hacia la idiosincrasia del otro hace que en el Perú se evidencien actitudes discriminatorias extendidas entre los profesionales de salud. Señala que, en diferentes ocasiones, el personal de salud en puno y Huancavelica manifestó que los pobladores del lugar tenían una «idiosincrasia atrasada» o «ignorante». Del mismo modo, en lo que se refiere a las poblaciones indígenas, señalaban que «tienen que aprender» o «les falta educación». Incluso, un director regional de salud en puno, dijo que «la mortalidad materna en estos lugares es un

problema cultural, un problema que está en la mente de los pobladores».

Physicians for human rights halló casos de coerción abierta dirigida a las poblaciones indígenas para dar a luz en establecimientos de salud, como el uso de la fuerza policial y/o amenazas de encarcelamiento en el centro de salud, además de multas para obtener el certificado de nacido vivo cuando los partos se producen dentro de la casa. ¹⁵

TICONA, (2011) Analizó los factores de riesgo preconceptionales, no encontró riesgo en madres adolescentes, pero sí en madres de 35 años a más, debido a que no es la edad en sí, sino principalmente su asociación con la gravedad de las complicaciones que se presentan durante el embarazo. La baja escolaridad materna es otro factor de riesgo debido a que estas madres tienen menor acceso a medios de información, su condición económica es deficiente, no acuden a sus controles prenatales y su parto generalmente es domiciliario. La gran multiparidad (5 a más partos), constituye otro factor de riesgo debido a que se asocia a madres desnutridas, fatigadas, muchas veces con embarazos no deseados y con un desgaste físico mayor. La recurrencia de muerte fetal dependerá de la presencia de los factores asociados o causales de la muerte fetal como son: las patologías médicas crónicas (diabetes, hipertensión arterial, nefropatías, etc.). La falta de control prenatal, es el factor más grave, pues solo la madre llegará en busca de asistencia tardíamente en el curso del parto, sin conocerse nada de ella, sin exámenes auxiliares, sin historia clínica, afectada en algunos casos con enfermedades intercurrentes, con complicaciones del embarazo ya establecida, distocias en marcha, etc., todo lo cual puede ya definitivamente haber ocasionado daño irreparable al feto y a la misma gestante. ¹⁶

Para evitar la mortalidad materna y los casos de casi pérdidas, los esfuerzos se deben dirigir a reducir los casos de embarazos no deseados y las probabilidades de que una mujer embarazada sufra una complicación evitable y grave durante el embarazo o el parto (por ej. tratando la anemia grave o malaria durante los primeros meses de embarazo, o brindando abortos seguros), y mejorar los resultados para las mujeres una vez que las complicaciones se presentan. Sin embargo, la reducción de la mortalidad materna ha sido más lenta de lo esperado. El modelo de Thaddeus y Maine es una herramienta poderosa, pero es un modelo explicativo y no brinda una comprensión completa del fenómeno de las muertes maternas. La información sobre los factores que generan mortalidad materna es muy valiosa para los planificadores y gerentes de salud pues les permitirá cambiar y reducir “el camino hacia la muerte. El uso del marco de las “tres demoras” por parte de comités de mortalidad materna se ha expandido y los vacíos en los sistemas de salud se han hecho más evidentes.¹⁷

2.2. BASE TEÓRICA

Conocer la magnitud de la mortalidad materna, sus causas y factores asociados, es un aspecto fundamental para orientar las políticas sociales, definir las acciones en salud pública y monitorear los progresos de las acciones para lograr una maternidad segura. Desde una óptica demográfica, al estudiar los hechos vitales, entre ellos la mortalidad materna, se considera con preferencia la determinación de los siguientes aspectos: los niveles o la frecuencia del hecho vital en la población, las diferencias de nivel o diferenciales entre distintos grupos o segmentos de población, los cambios del nivel a través del tiempo o tendencia y, en el caso de la mortalidad, se considera, además, el estudio de las causas de muerte. En consecuencia, el estudio de la mortalidad materna debería considerar al menos estos cuatro aspectos. No obstante, los problemas empiezan justamente al analizar la

información que permitiría conocer estas características de la mortalidad materna, es decir, los niveles, diferenciales, tendencias y causas de muerte, pues las encuestas no consignan información que posibilite el análisis de las causas de muerte y los diferenciales; en tanto que los registros continuos, que sí dan datos sobre las causas de muerte, lugar de ocurrencia de la muerte y edad, están afectados por un alto subregistro.

2.2.1. ESTRUCTURA SEGÚN CAUSAS DE MUERTE MATERNA

A fin de orientar la organización de la información sobre causas de la muerte materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS) provee la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), actualmente en su versión N° 10. También la Federación Internacional de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), proveen definiciones, directivas u otras orientaciones relacionadas con la atención y los estudios en este campo.

2.2.2. DEFINICIONES

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

- Muerte materna: Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término de su embarazo, independiente de su duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (CIE-10).

- Muerte materna directa: Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del embarazo,

parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de acontecimientos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. Algunos ejemplos son las muertes causadas por la eclampsia, parto obstruido, aborto séptico, rotura uterina, retención placentaria, atonía uterina, sepsis puerperal, etc.

- Hemorragia que puede deberse a un embarazo ectópico, placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematura de placenta, rotura uterina, retención de placenta o atonía uterina.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.
- 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.

- Parto obstruido. Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anormalidades del producto o por anormalidades de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal.
 - Otras complicaciones obstétricas: en este grupo se incluye la hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, complicaciones venosas del embarazo, traumatismo obstétrico, retención de placenta y membranas sin hemorragia, embolia obstétrica, complicaciones del puerperio no relacionadas en los grupos anteriores (dehiscencia de herida de la cesárea, hematomas de herida obstétrica miocardiopatía durante el puerperio o tiroiditis post parto).
 - Complicaciones de manejo no previstas: en este grupo se incluye las complicaciones de la anestesia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.
- Muerte materna indirecta: Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una previa al embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, VIH/SIDA, anemia, malaria, etc. Para estos efectos se consideran también los casos de suicidio durante el embarazo o durante el periodo puerperal.

- Muerte materna incidental o accidental: Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, herida por arma de fuego, homicidio, etc.

2.2.3. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA

Son el conjunto de factores biológicos, sociales y patológicos independientes o relacionados con las causas básicas que de alguna manera contribuyen, condicionan o predisponen a la presentación de la causa básica. Si bien las tablas o listados de factores de riesgo han perdido vigencia debido a que se considera que en los países del tercer mundo todas o casi todas las gestantes son de riesgo, no debe olvidarse que hay una serie de condiciones que predisponen a la presentación de determinadas patologías (causas básicas) actuando como factores de riesgo o factores asociados. Entre las principales tenemos la placenta previa, frecuente en grandes multíparas, añosas, con antecedentes de abortos, endometritis, etc. Asimismo, la atonía uterina es frecuente en partos prolongados, en corioamnionitis, en partos precipitados, en úteros fibromatosos, en casos de sobre distensión uterina como embarazo múltiple, hidramnios, feto grande, etc. La pre-eclampsia - eclampsia es frecuente en los extremos de la vida reproductiva, en mujeres con antecedente personal o familiar de pre eclampsia - eclampsia, en mujeres diabéticas o con enfermedad trofoblástica, enfermedad renal, hipertensión

crónica, diabetes. El aborto inducido complicado es más frecuente en las mujeres de condición socioeconómica modesta, con muchos hijos, etc. Partiendo del principio de multicausalidad y multifactorialidad de los problemas de salud y de lo sostenido por la OMS en su 50 aniversario (1998), al considerar la maternidad segura como una inversión vital, social, económica, una cuestión de derechos humanos y de justicia social, podemos asegurar que las condiciones de vida derivadas de la situación de pobreza y marginalidad constituyen factores de riesgo o condicionantes de la mortalidad materna.

En Lima Sur, Pachacámac, Villa María del Triunfo y Lurín son los distritos con mayores porcentajes de personas en situación de pobreza y pobreza extrema en Lima Sur. Así, en Pachacámac, la pobreza alcanza al 34,0% de su población. Le sigue Villa María del Triunfo, donde el 27,1% de su población es pobre y Lurín con el 26,6%. Se puede, entonces, considerar adicionalmente un gran número de condiciones sociales que, de una u otra manera, estarían asociadas o relacionadas a las causas para acelerar, condicionar, facilitar o predisponer el inicio de la cadena de eventos que al final conducen a la muerte. Entre ellos se encuentran los relacionados con la educación, salud, economía, lugar de residencia y acceso a los servicios de salud de calidad y con la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. La pobreza en todo el país se ha reducido en 10 puntos porcentuales en los últimos cuatro años (2009-2013). En zonas rurales, incluso, ha disminuido en 20 puntos. Casi un cuarto de los peruanos son pobres (23,9%); en Lima esta cifra se reduce al 14,8%. Es decir, cerca de 1'300.000 limeños hoy son pobres según el Mapa de la Pobreza Distrital 2013, publicado el mes pasado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS:

3.1.1. General:

- Alterna: Hay asociación entre factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto con una mayor mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
- Nula: no hay asociación entre la mortalidad materna es y factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal, demoras relacionadas con la muerte y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto en pacientes hospitalizados en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio sin intervención. Según el propósito de estudio es de tipo observacional, analítico, tipo caso control y retrospectivo.

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, TIPO DE MUESTREO. UNIDAD DE ANÁLISIS:

El universo de estudio son todas muertes de mujeres durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, que haya ocurrido entre el 1 de enero del 2011, al 31 de diciembre del 2015 y fueron atendidos por el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora. No se realizará muestreo debido a que se tomará toda la población, que es de 33 muertes maternas. Se tiene 20 casos y 13 controles.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

4.3.1. GRUPO CASOS

- Criterios de inclusión:
 - Todas las muertes maternas con diagnóstico de defunción relacionado a la gestación, parto y puerperio en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, ocurridas durante el periodo 2011-2015.
 - Edades comprendidas entre los 12 y 50 años de edad.

- Criterios de exclusión:
 - Defunciones con historias clínicas que no cuenten con Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM).

4.3.2. GRUPO CONTROL

- Criterios de inclusión:
 - Todas las muertes maternas con diagnóstico de defunción no relacionado a la gestación, parto y puerperio en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, ocurridas durante el periodo 2011-2015.
 - Edades comprendidas entre los 12 y 50 años de edad.

- Criterios de exclusión:
 - Defunciones con historias clínicas que no cuenten con Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM).

4.4. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Se revisó el banco de datos de donde registran 21261 historias clínicas atendidas entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015 del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora recolectando 33 historias clínicas ingresadas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

4.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se usó la Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM) del Ministerio de Salud (ANEXO 1). Los errores y ausencias de algunos datos en estas fichas no desmerecen el valor de ellas como fuente de información para realizar un trabajo de investigación. Las FIEMM del año 2000 constituyeron un aporte importante por la cantidad remitida por los establecimientos de salud al nivel central del Ministerio de Salud.

4.6. INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE LA CALIDAD DE DATOS:

Para el debido procesamiento de datos se utilizará el Sistema Informático Perinatal (SIP2000) además de SPSS v22 y Microsoft Excel 2013.

Los datos recogidos fueron llevados a un fichero de datos en SPSS, que posibilitara conformar tablas y gráficos con la finalidad de demostrar relaciones entre variables.

Se crearon tablas de distribución de frecuencias con valores absolutos (número de casos) y relativos (porcentajes). Determinamos

la media y desviación estándar para edad, además de calcular estas medidas para las gestiones, partos, edad gestacional al momento del ingreso.

4.7. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación fue revisado por el comité del curso taller de tesis de la Universidad Ricardo Palma para su aprobación. En segunda instancia fue aprobado por el comité de ética del Hospital de Apoyo María Auxiliadora para su aprobación y revisión. Una vez aprobada por las autoridades se inició con la recolección de datos, para lo cual se respetó la confidencialidad de los pacientes.

CAPÍTULO V:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

TABLA N°1. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Factores asociados

Factores	chi-cuadrado	Probabilidad(p)	Prueba exacta de Fisher	Odds ratio	Inferior	Superior
Edad	2.896	0,235	-	-	-	-
Edad mayor 35	1.213	0,271	0,366	0,288	0,028	2,917
Gestación	0,337	0,561	-	0,643	0,144	2.869
Ausencia de CPN	1.764	0,184	0,363	1,700	0,284	10,088
Ocupación	1.612	0,446	0,555	-	-	-
Estado Civil	3.554	0,313	-	-	-	-
Reconoce riesgo	0,062	0,803	-	1,204	,280	5,182
Edad menor 20	1.742	0,186	0,233	0,337	,065	1,754
Convivencia	0,337	0,561	-	,643	,144	2,869
Mayor igual 4 CPN	0,062	0,803	-	,831	,193	3,576
ITU	0,172	0,678	-	1,455	,247	8,581

Se analizan los diferentes factores presentados en la tabla N°1 de tal manera de buscar asociación entre la presencia de dichos factores y la muerte materna por causa originada propiamente por el embarazo, parto o puerperio. Sin embargo ninguno demuestra ser estadísticamente significativo, al tener un $p > 0.05$, así mismo al evaluarlos como probable factor de riesgo o de protección, como la edad mayor de 35 años demuestra un $OR = 0.2$, sin embargo, los límites inferiores y superiores engloban la unidad por lo tanto no es significativo, así mismo pasa con las demás variables evaluadas.

NÚMERO DE CASOS A NIVEL INSTITUCIONAL

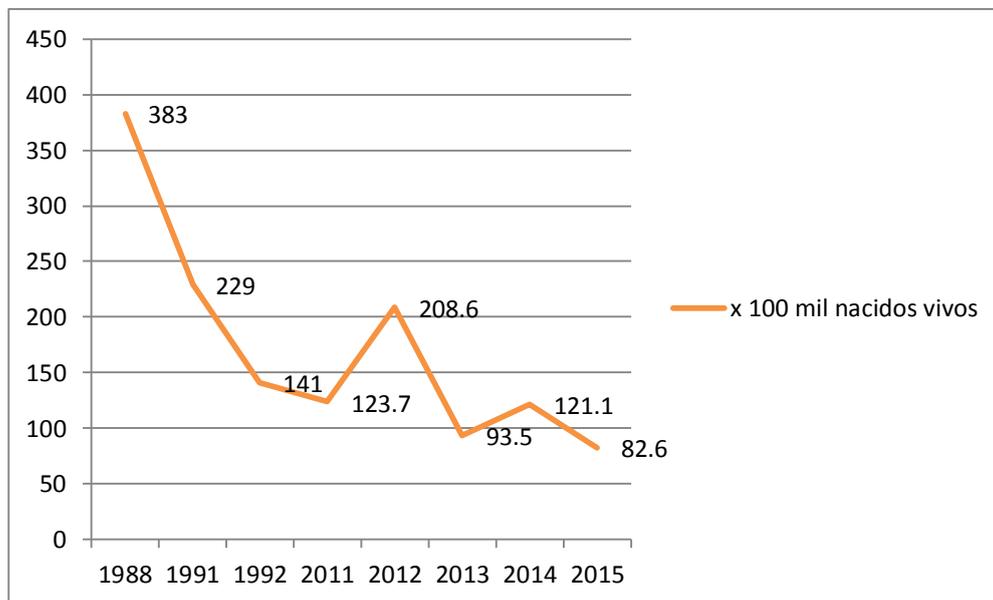
TABLA N°2. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Número de defunciones por año

Año	Defunciones	Porcentaje	Número de nacidos vivos	Razón Muerte Materna
2011	7	21,2	7655	91
2012	11	33,3	7271	151
2013	5	15,2	7347	68
2014	6	18,2	6953	86
2015	4	12,1	6842	58
Total	33	100,0	26068	126

Como se muestra en el Tabla 1 del 2011 al 2015 el número de muertes total es de 33, los que se registraron en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. En el gráfico N°1 muestra que la razón de muerte ha ido descendiendo a través de estos años, con un mayor pico durante el año 2012 y el menor durante el año 2015. En dicho año se obtuvo la menor razón de mortalidad alcanzando 58 muertes por cada 100 mil nacidos vivos y el mayor durante el año 2012 llegando a una razón de mortalidad materna de 151 como se muestran en la tabla N1.

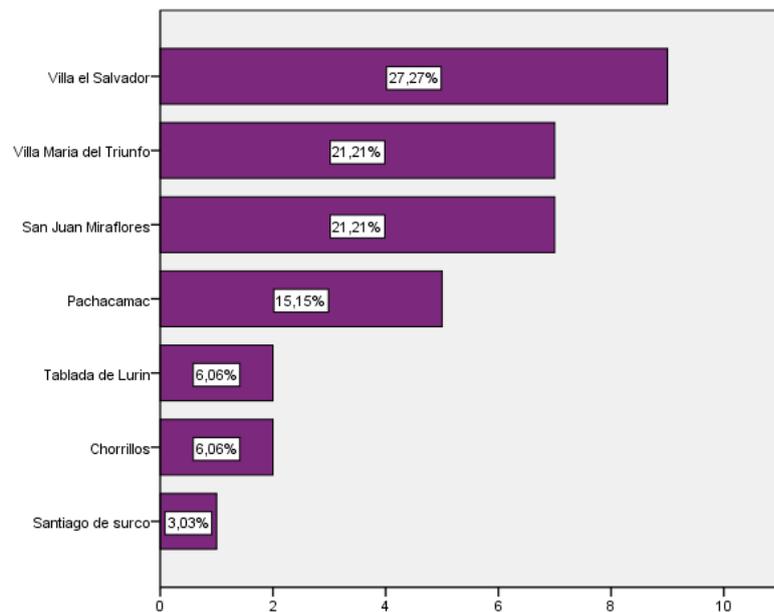
GRÁFICO N1. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Número de defunciones



DISTRITO DE PROCEDENCIA

La población muestra diversidad de situaciones geográficas, económicas, sociales, de calidad de atención y accesibilidad a los servicios de salud para las mujeres embarazadas, dichos factores son condicionados según el distrito de origen de la madre.

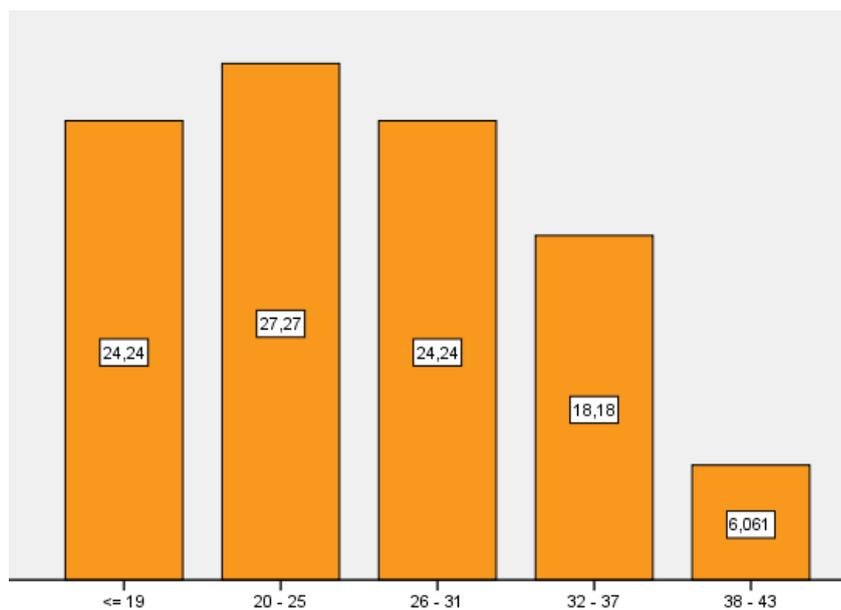
GRÁFICO N2. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Según distrito de origen



Para la distribución de muertes en los distintos distritos de donde proceden las gestantes se muestra que los primeros lugares lo tiene villa el Salvador con 27.7 % y en segundo lugar Villa María del Triunfo y San Juan de Miraflores con 21.2%. El distrito con menor tasa de mortalidad es Santiago de Surco con 3% como se muestra en el gráfico N2.

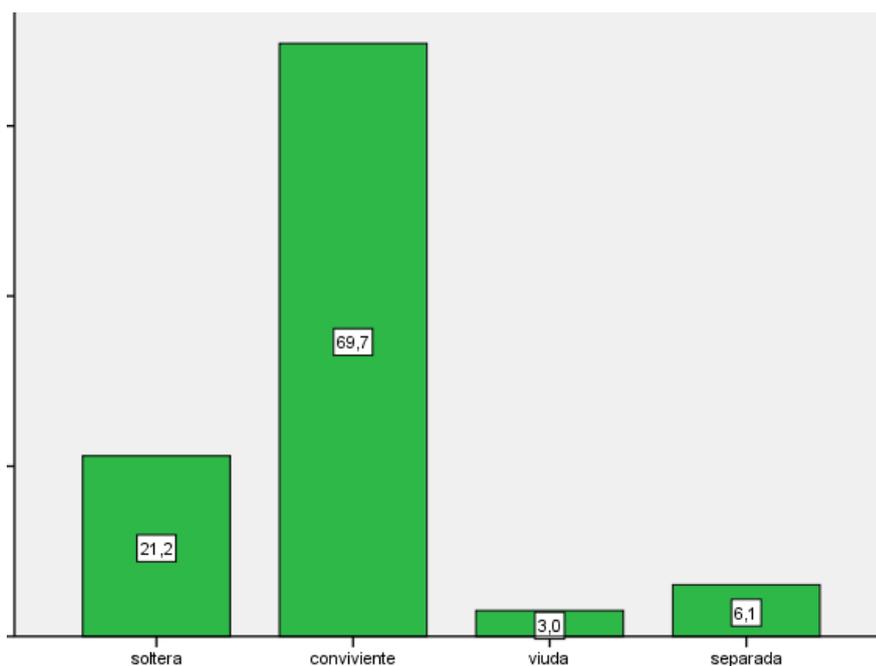
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

GRÁFICO N3. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Según edades agrupadas



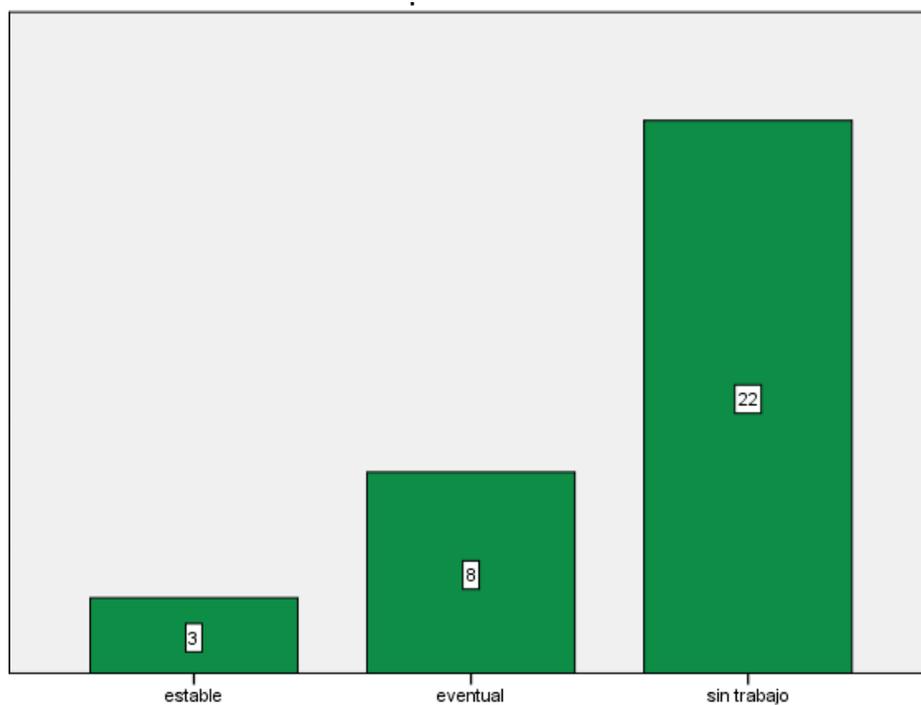
En el grafico N3 se observa la distribución por grupo de edad, destaca que más del 50% de las muertes se dieron entre los 20 y 31 años de edad. Las muertes maternas en adolescentes corresponden al 24%. Y mayores de 38 años, solo corresponde al 6 %.

GRÁFICO N4. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Según estado civil



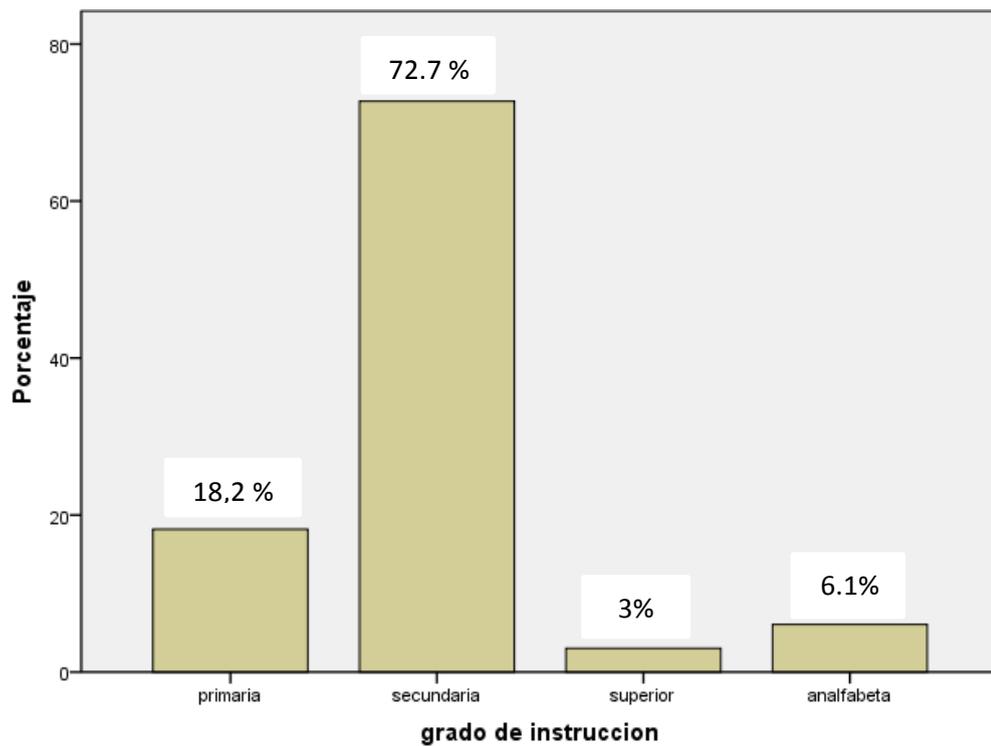
Dentro de los factores sociales se estudia el estado civil en el cual se encontró la paciente. En el grafico N4 de un total de 33 pacientes, un 69.7% corresponde a mujeres que conviven con su pareja. Un 21.2% refiere a madres solteras.

GRAFICO N5. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Tipo de Ocupación



En esta variable el porcentaje de mujeres que no tiene trabajo son aproximadamente el 67%, solo el 9% tiene un trabajo estable.

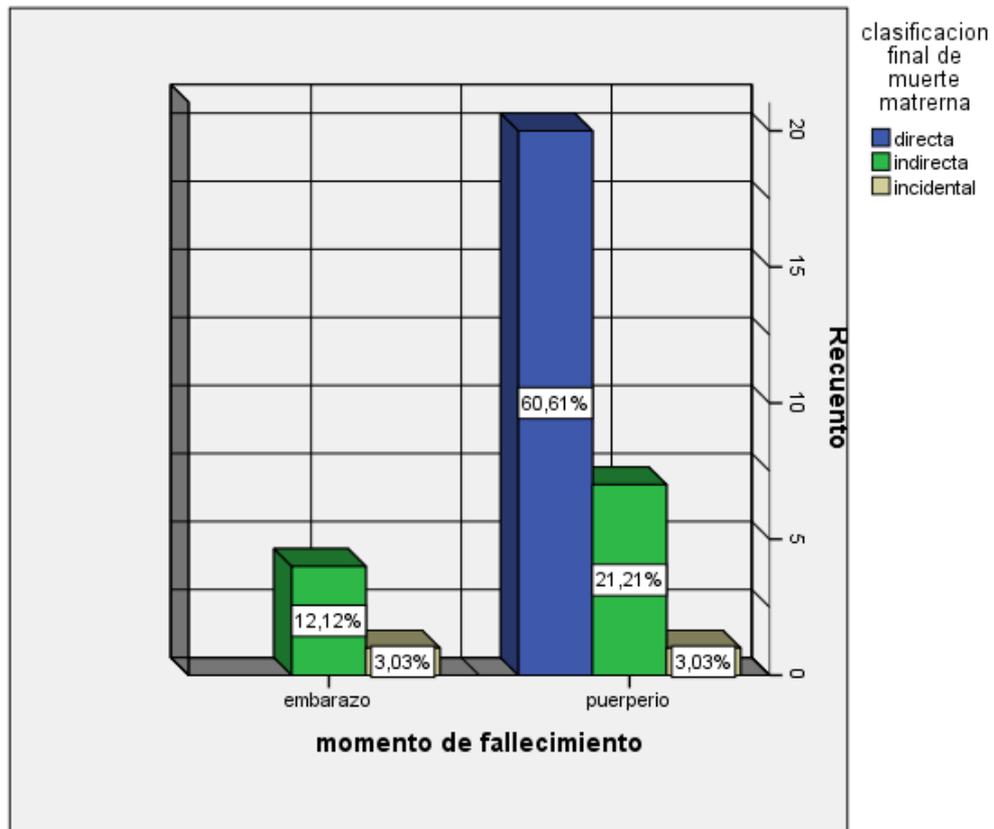
GRÁFICO N6. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Grado de instrucción



En esta variable el porcentaje de pacientes que pacientes que llegado a concluir la secundaria son de un 72.7%(24), seguido por un 18.2%(6) de pacientes que solo han culminado la educación primaria.

MOMENTO Y TIPO DE FALLECIMIENTO

GRÁFICO N7 HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Según momento de fallecimiento



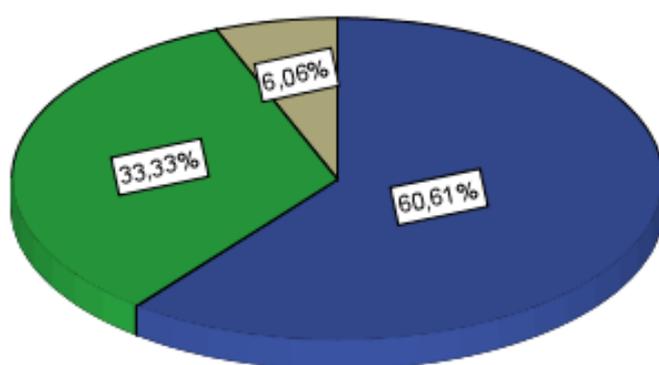
El mayor número de muerte ocurrieron durante el puerperio con un total de 84.8%. En el grafico N7 dentro del tipo de muerte materna el que predomino fue el tipo directo, se evidencia que todas las muertes de tipo directo ocurrieron durante el puerperio alcanzando hasta el 60.6%. No se registraron muertes durante el parto.

GRÁFICO N8. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Tipo de muerte materna

clasificacion
final de
muerte
materna

- directa
- indirecta
- incidental

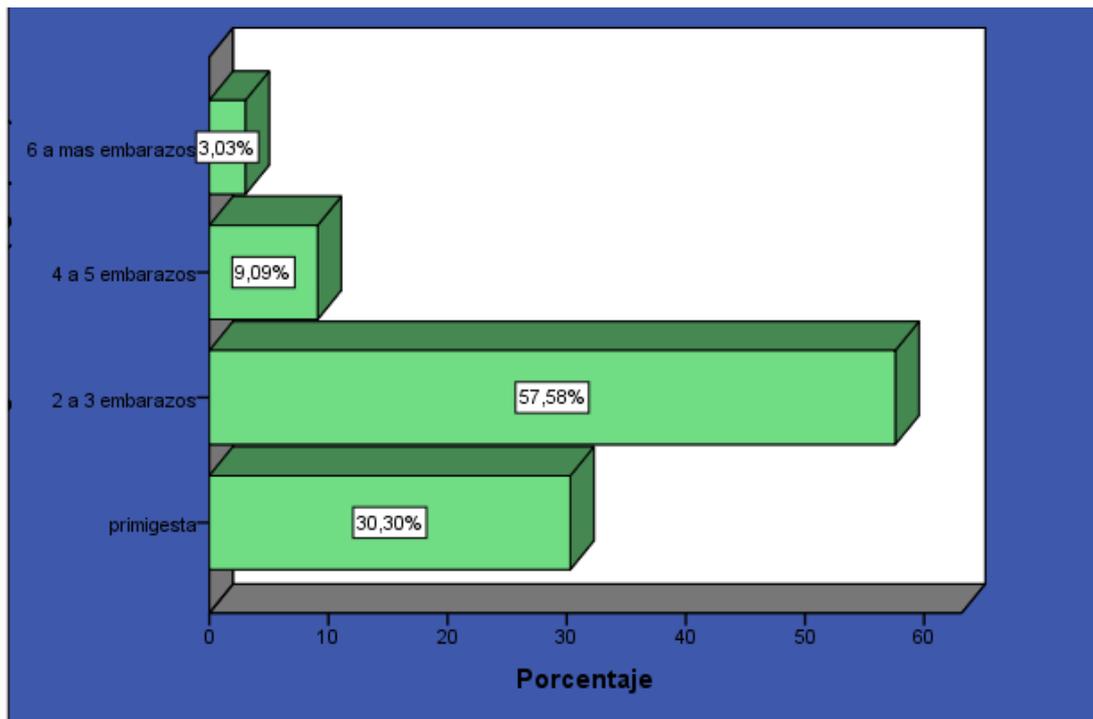


Según el gráfico N8 en esta variable un 60.6% de pacientes han fallecido por causas de muerte tipo directa, un 33.3% pacientes fallecieron por causas de tipo indirecto y un 6% de tipo incidental.

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

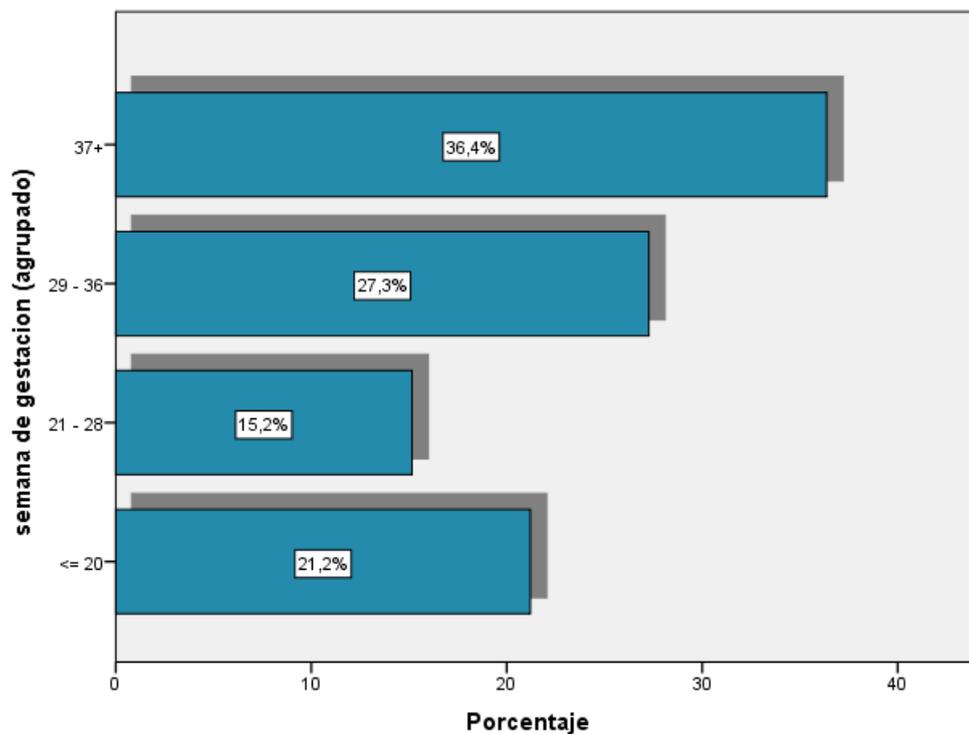
GRÁFICO N9. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Gravidez



De la gráfica N9 puede observarse que solo un 3% que ha presentado 6 a más embarazos. Las primigestas ocupan casi la tercera parte con un 30.3% de la población de estudio. El mayor porcentaje con 57.5% con aquellas pacientes con 2 o 3 gestaciones.

GRÁFICO N10. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Semana Gestacional a la Muerte



En el Gráfico N10 se aprecia que hasta el 36.4 % de pacientes fallecieron a término de su gestación (37 semanas o más). Hasta un 42.5% de pacientes fallecieron aun encontrándose en una gestación pre término, siendo este porcentaje aún mayor que los de a término. Un 21.2 % de las muertes ocurrió antes de las 20 semanas.

TABLA N3. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Número de Controles prenatales

	clasificación final de muerte materna			Total
	directa	indirecta	incidental	
Número de ninguna APN	2 (6.1%)	3(9.1%)		5 (15.2%)
de 1 a 3 controles	4 (12.1%)	1(3%)	1(3%)	6(18.2%)
4 a 5	7 (21.2%)	3 (9.1%)		10 (30.3%)
6 a más	7 (21.2%)	4 (12.1%)	1(3%)	12 (36.4%)
Total	20 (60.6%)	11(33.3%)	2(6.1%)	33(100%)

El 84% de las mujeres del estudio tuvo controles prenatales (28). De ellas, el 66.7% tuvo cuatro o más controles prenatales. De las muertes directas más de la mitad tuvo un control prenatal adecuado. La clasificación que tuvo mayor número de pacientes con un control prenatal inadecuado corresponde al de tipo de muerte directa hasta con un 18.2%.

TABLA N4. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
 Personal que atendió parto según lugar de atención

	Personal que atendió parto						Total
	ignora	G-O	residente	medico	obstetra	partera	
lugar de atención de parto					1 (3 %)		1(3%)
I-3							
I-4		1(3%)			1 (3%)		2(6,1%)
II-2		1(3 %)					1(3%)
III-1		9(27,3%)	2(6.1%)	6(18.2%)	1(3%)		18(54.5%)
domicilio						1(3%)	1(3%)
ignora	9(27.3%)						9(27,3%)
essalud				1(3%)			1(3%)
Total	9(27.3%)	11(33.3%)	2(6.1%)	7(21.2%)	3(9.1%)	1(3%)	33(100%)

En cuanto al lugar del parto, de las 33 mujeres del estudio, solo se registra un 3% como parto domiciliario, el 69.6 % el parto fue en un establecimiento de salud, Más del 50% fue atendido en un establecimiento nivel III-1. Hay un 27.3% de pacientes que no se consigna dato en el FIEMM o es ignorado por la persona que proporciono la información. La atención del parto por un profesional de salud fue de hasta un 69.7%, atendido por un médico, Solo un 3% por un personal no profesional en salud (partera). Hasta un 33.3 % el parto fue atendido por un especialista.

TABLA N5. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Antecedentes patológicos

	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	19	57,6
HTA crónica	1	3,0
Anemia	3	9,1
ITU	6	18,2
Síndrome de Marfan	1	3,0
Hipertiroidismo	1	3,0
Asma bronquial	1	3,0
Cardiopatía congénita	1	3,0
Total	33	100,0

En esta variable el 57.5 %(19) pacientes fallecidas no tuvo ningún antecedente de importancia previo a la gestación. El antecedente más común en un 18.18%(6) fueron la infecciones urinarias previas, seguida por la anemia en un 9%.

CAUSAS BASICAS DE MUERTE

TABLA N6. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Según momento de fallecimiento

		Clasificación de muerte materna			Total
		Directa	Indirecta	Incidental	
Momento de fallecimiento	Embarazo	0	4	1	5 (15.2%)
	Puerperio	20	7	1	28 (84.8%)
Total		20	11	2	33
		60,6%	33,3%	6,1%	100,0%

El mayor número de muerte ocurrieron durante el puerperio con un total de 84.8% como se ve en la tabla N5. En el gráfico N11 dentro del tipo de muerte materna el que predominó fue el tipo directo, se evidencia que todas las muertes de tipo directo ocurrieron durante el puerperio alcanzando hasta el 60.6% del total. No se registraron muertes durante el parto.

TABLA N7. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
 Número de gestaciones según causa genérica de muerte tipo
 directa

Clasificación final de muerte materna			Causa genérica				Total
			hemorragia	hipertensión	infección	aborto	
Directa	gestaciones	primigesta	1 (5%)	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	6(30%)
		multigesta	2(10%)	8(40%)	1(5%)	3(15%)	14(70%)
	Total		3(15%)	11(55%)	2(10%)	4(20%)	20(100%)

Como se mostró en el grafico N4 el mayor porcentaje de muerte son de tipo directa, por lo que se evalúa las causas de esta según el número de gestaciones obteniendo que el 70%(14) de las pacientes pertenece al grupo de las multigestas y el 30% restante al grupo de primigesta. En el gráfico N12, en ambos grupos la causa genérica que predominó fue la hipertensión con un 55%, en segundo lugar es por causa de aborto. Hasta un 70% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación.

CUADRO N1. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Causas de muerte tipo indirecta

Dentro de las causas tipo indirecta de igual manera en mayor proporción de muerte maternas son durante le puerperio hasta un 64%, las principales causas son mencionadas en el cuadro N1.

Shock no especifico
Tuberculosis
Sind. Marfan
Leucemia linfoide aguda
Hemorragia intracraneal
Infección de pélvica o del tracto urinario
Infección de membranas amnióticas

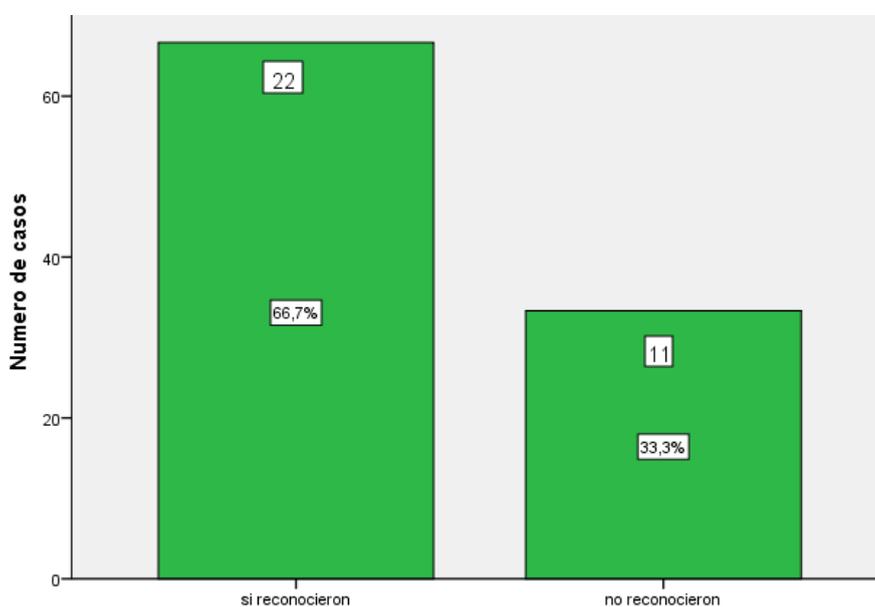
DEMORA EN ATENCIÓN

DEMORAS RELACIONADAS CON LA MUERTE

Se toma como referencia las tres demoras de thaddeus y maine. Demora en reconocer que la demora era de riesgo, esta constituye la primera demora.

GRÁFICO N11. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Reconocieron que la situación era de riesgo



La tercera parte de los familiares encuestados dijeron no haber reconocido que la situación era de riesgo. Se reconoció el riesgo en el 66.7% de los encuestados.

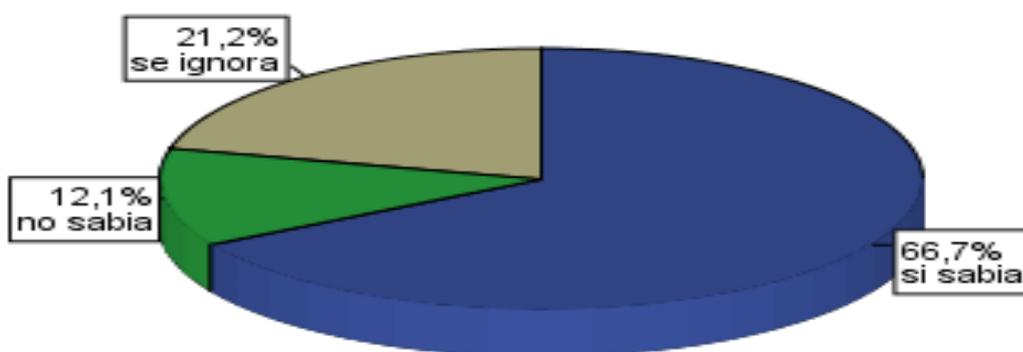
TABLA N8. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Tiempo que espero antes de pedir atención

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Tiempo menos de 30 minutos	6	18,2	18,2
de 30 min a menos de 1 hora	4	12,1	30,3
de 1 a 2 horas	3	9,1	39,4
De 3 a 4 horas	1	3,0	42,4
De 5 a 12 horas	2	6,1	48,5
De 13 a más horas	4	12,1	60,6
Se ignora	13	39,4	100,0
Total	33	100,0	

En cuanto al tiempo, desde el inicio de las molestias hasta que decidieron buscar ayuda en un establecimiento o establecimiento de salud, En el grafico N13 se observa que solo un 18.2% tomo la decisión en menos de 30 minutos. Un 12.1% demoro entre trece a más horas. Hay que tener presente que hay un importante casi 40% que familiares ignoran tiempo que demora en pedir atención en algún establecimiento de salud.

GRÁFICO N12. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Sabía dónde acudir



Un 66.7% de los encuestados si sabían dónde acudir en caso se presente una situación de peligro para la gestante.

TABLA N9. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Tiempo que demoro para llegar al establecimiento de salud luego de decidir pedir atención.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido menos de 30 minutos	15	45,5	45,5
de 30 minutos a menos de 1 hora	6	18,2	63,6
De 1 a 2 horas	3	9,1	72,7
De 3 a 4 horas	1	3,0	75,8
De 5 a 12 horas	1	3,0	78,8
ignoran	7	21,2	100,0
Total	33	100,0	

La segunda demora con lleva el llegar a un establecimiento de salud. En 33 FIEMM se registró 26 datos que fueron consignados. En ellas se halló que aproximadamente el 63.6% de las pacientes llegaron en menos de una hora. Menos del 50% pudo llegar al establecimiento de salud en menos de 30 minutos

Demora en la atención luego de llegar al establecimiento de salud. Esta constituye la TERCERA demora.

TABLA N10. HAMA: Muerte Materna 2011-2015

Tiempo que demoro desde que llegaron al establecimiento de salud hasta que la paciente fue atendida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
menos de 30 minutos	16	48,5	48,5
de 30 minutos a menos de 1 hora	4	12,1	60,6
de 1 a 2 horas	2	6,1	66,7
ignoran	11	33,3	100,0
Total	33	100,0	

Se debe anotar que la información referida a la atención en el establecimiento de salud, en muchos casos correspondía a la opinión del personal de salud que llenó la FIEMM. En otros, sea registrada la información dada por los familiares. Es posible que esté afectada por el momento y las circunstancias en que son recogidos los datos. Un 6.1% refieren que fueron atendidos luego de 1 o 2 horas desde que llegaron. Razones de la demora en el establecimiento de salud. Solo en 22 casos se registró esta información. En un 48.5 % de pacientes que participaron en el estudio fue atendida desde la llegada al establecimiento de salud en menos de 30 minutos.

TABLA N11. HAMA: Muerte Materna 2011-2015
Factores que limitaron la Atención en el Establecimiento de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
Económico	2	6,1
Tramites complicados	1	3,0
Demora en atención	6	18,2
Mala atención	3	9,1
Ignora	16	48,5
Otros	5	15,2
Total	33	100,0

De los 33 casos estudiados, se refiere, el 48% de casos ignoran el motivo por el cual se limitó la atención en la paciente. Dentro de la causa con mayor frecuencia se considera a la demora en la atención con un 18.2% como el factor causal. Dentro del 15.2% que se menciona se considera como la negativa a la intervención quirúrgica, demora en la obtención de resultados de laboratorio como factores causales.

5.2. DISCUSIÓN:

No se pudo encontrar asociación significativamente estadística para los factores sociodemográficos como edad mayor de 35 o menor de 20, según Chumbe(1995) A pesar que la literatura revela que el embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la nuliparidad y la gran multiparidad se comportan como factores de riesgo para la muerte materna, sin embargo, en esta revisión, El RR para la edad menor de 20 y mayor de 35 así como de la nuliparidad y gran multiparidad no fue significativo; sin embargo, la falta de control prenatal tuvo un RR de 3,02 con significancia estadística .Según cordero Rizzo (2011) 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.

Comparada con otras causas de muerte, la mortalidad materna podría parecer un hecho de menor magnitud dada su relativa poca frecuencia. Sin embargo, su trascendencia social amerita el despliegue de todos los esfuerzos posibles para disminuirla significativamente.

En el presente estudio se lleva a cabo en un intervalo de cinco años(2011-2015), reporta 33 casos de muerte materna registrados en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora desde el enero del 2011 a diciembre del 2015, en contraste con otros estudios como el realizado por Adolfo Pinillos en el Hospital Hipolito Unanue durante los años 2012-2014, para el año 2014 obtuvo una razón materna de 209 por 100 mil nv y 13 muertes maternas, mientras en nuestro estudio se obtuvo para ese año, 6 casos reportados, con una RMM de 86 x 100 mil nv para el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, siendo ambos hospitales nivel III, de Lima este y sur respectivamente, demuestra menor número de muertes maternas. Es

importante medir la RMM ya que mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada Gómez Guerra (2015) en un Hospital nivel III de Iquitos obtuvo en 12 años un promedio de 78.47 muertes maternas x 100000 NV, a diferencia de 5 años en el HAMA con 91 x 100 mil nv, se explica ya que aun en estas zonas del país muchos partos no son institucionalizados, así como la demanda del establecimiento de salud es mucho menor. Comparándolo con el promedio nacional para el 2015, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que el HAMA, 58 por 100 mil nv, resultando niveles por debajo del nacional. Sin embargo en el último estudio publicado por Ovidio Chumbe para el año 1992 en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora refiere una RMM de 232 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, evidenciándose una gran diferencia a la actual. Además del año 2011 al 2015 se denota un descenso de 36.2% en la RMM. En el HAMA, donde la RMM más alta de fue de 383 x 100 mil nv. El Grafico 1 demuestra la tendencia descendente que se ha tenido durante los últimos años. Es importante que la frecuencia continúe disminuyendo hasta alcanzar metas como en el hospital Cayetano Heredia, del Ministerio de Salud (Minsa), que logró disminuir a cero los casos de muerte materna durante el 2014, gracias al trabajo conjunto y monitoreo constante de sus especialistas. Recordar la importancia de dichos objetivos ya que la muerte de una madre trae profundas consecuencias en la familia por su secuela de orfandad. En los países no desarrollados la falta de la madre aumenta el riesgo de muerte de los hijos menores de cinco años hasta en un 50%, según estudios del Banco Mundial. También se debe considerar el hecho que las muertes maternas ocurren en las edades en que las mujeres son más productivas, esto afecta la economía familiar y por ende a toda la sociedad.

Las diferencias observadas en el nivel de la mortalidad materna, según el distrito de residencia, son grandes. Por ejemplo, mientras que en el distrito de Villa el Salvador se registra hasta 9 muertes, en Santiago de Surco tan solo una. El mayor riesgo de muerte de las estas mujeres se

origina indudablemente en sus más adversas condiciones sociales y económicas. Según el Mapa de la Pobreza Distrital 2013, publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática según este, los distritos con mayor pobreza están ubicados en Lima Sur como Pucusana Lurín, Villa el Salvador, Pachacamac, Villa María del triunfo de donde se registraron las cifras más altas de muerte materna. En nuestro estudio Villa el salvador se ubica como el distrito con mayor cantidad de muertes, según ENDES 2013 es el distrito más poblado del lima sur. No ha cambiado mucho la realidad, desde hace dos décadas según Chumbe et al.(1995) para el año 1992 los tres distritos con mayor número de muertes maternas eran San Juan de Miraflores, Villa Maria del Triunfo y Villa el Salvador, ello se reafirma con el estudio de Carpio Ancaya, et al. (2012)Refiere que en los países subdesarrollados la mortalidad materna es cien veces más alta que en los países desarrollados, lo cual afecta, principalmente, a las mujeres pobres y más vulnerables., en este caso los distritos. La mortalidad materna está ligado básicamente a la pobreza e inaccesibilidad geográfica, ya que según el INEI estos distritos coinciden con lo de mayor pobreza a nivel de Lima Sur. Mientras otros distritos como Santiago de Surco cuentan con mayores oportunidades relativas de participación social.

La edad donde recae la mayor proporción de muertes es sobre los 20-31 años que coinciden con la edad de mayor productividad lo que concuerda con diversos estudios revisados, como el del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA publica para el 2016 refiere que, la década de mayor frecuencia de muerte materna coincide con nuestro estudio. Así mismo obtuvimos que en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora aproximadamente la cuarta parte de muertes ocurre en adolescentes, según INEI revela que en el 2014, 14 de cada 100 adolescentes del país, entre 14 y 19 años, están embarazadas o ya son madres, pese a que el 59% de ellas no lo tenía en sus planes. Es así que el número de embarazos adolescentes no solo aumentó, sino también las muertes en este grupo etáreo, a diferencia del

estudio realizado por Chumbe, et al. (1995) donde los adolescentes solo representaba el 9.4% hace dos décadas. Demostramos claramente una mayor mortalidad fetal, neonatal, infantil y materna en los grupos de mujeres de 35 o más años. 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.

Según el estado civil el 69.7% son convivientes, diferencia de Chumbe et al(1995), refiere que el mayor porcentaje se lo llevaba las casadas, coincide con datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - DGE-MINSA para el 2012 donde el 56.4% se lo llevan las convivientes. En nuestro estudio no se registraron casadas. Con Rafael Donayre (2015) en un hospital de nivel III en Iquitos donde aproximadamente el 90% son convivientes, tampoco se registraron casadas.

Encontramos que el 67% no contaba con trabajo, coincide con Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - DGE-MINSA para el 2015, el 76.7% en el Perú la mayor ocupación consistía en ser ama de casa, Chumbe et al (1995) en el HAMA el 75% era ama de casa, , según Gómez Guerra hasta el 90% era ama de casa.

Según el grado de instrucción el 72.7% termino la secundaria, obteniendo el nivel de educación básico. La Dirección General de Epidemiología (2013), aproximadamente solo el 33% habría culminado el nivel secundario, asimismo según Gómez Guerra un 90% alcanza las mujeres que fallecen terminando la secundaria, Actualmente solo el 6% es analfabeto sin embargo según Chumbe, et al. (1995) alcanzaba hasta el 15%. Asociado al control prenatal se obtuvo como resultado de que un 100% de analfabetos no recibió control prenatal previo durante el embarazo, un tercio de los que solo había llevado primaria no llevaron

control prenatal. A diferencia de Las pacientes que habrían culminado la secundaria que hasta un 91% de ellas habrían tenido controles prenatales, lo que resalta la importancia de la educación para un adecuado manejo del embarazo por parte de la gestante.

Los grandes grupos de muerte materna no han variado ya que las causas directas siguen representando el 60% del total frente al 33% de causas indirectas. Estos hallazgos no son muy diferentes a los reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud pública DGE-MINSA es que durante el año 2015 y considerando la clasificación preliminar se notificaron 443 casos de muerte materna, de los cuales 414 son muertes maternas de clasificación directa e indirecta (63.4% y 30% casos respectivamente). Según Andrés Farro en el Hospital Edgardo Rebagliati La muerte obstétrica directa representó 71,7% (167 casos), incluyendo 27,0% (63) por preemclampsia-eclampsia, 23,2% (54) por infecciones, 14,6% (34) por hemorragias y 6,9% (16) por otras causas obstétricas directas. La mortalidad obstétrica indirecta fue 27,9% (65 casos) y la no relacionada 0,4% y en otro estudio ^{6,10}. Sin embargo a diferencia del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA para el 2015 refiere que el 39.8% de la causas son hemorrágicas y un 28.7% la enfermedad hipertensiva del embarazo. Nosotros asimismo coincidimos con que el mayor porcentaje se lo lleva la enfermedad hipertensiva del embarazo, sin embargo a nivel mundial, según la OMS aún sigue siendo la primera causa de muerte materna. En Iquitos la primera causa sigue siendo la hemorrágica. Luis Wong (2010) público que la causa de muerte fue directa en 201 (83%), indirecta en 32 (13%) e incidental en 9 (4%). La primera causa de muerte directa fue la hemorragia (56%). Para Chumbe, et al.(1995) dentro de las causas de muerte tipo indirecta como primera causa con un 9.4% es representado por tuberculosis, seguido por infección urinaria con un 7.8% del total. Nosotros encontramos como la sepsis no obstétrica como principal causa. Considerando el estudio de Chumbe y Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA para el 2015 Dentro de

las principales causas básicas de la muerte materna indirecta se encuentran principalmente los procesos infecciosos o sepsis no obstétricas, con el 24,2% de los casos (neumonía, infección de vías urinarias, TBC, paludismo y apendicitis).

La asociación entre paridad y mortalidad materna tiene una alta significancia sobre todo en las mujeres que tienen más de cinco hijos (5). 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.

El factor control prenatal es muy importante, en nuestro estudio el 84% tuvo algún control prenatal. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, dentro de nuestro estudio más de las dos terceras partes recibió menos de 6 controles previos al parto a diferencia del estudio de Ovidio Chumbe(1995), et al. Refiere que 68.8% de madres fallecidas en el HAMA no había recibido ningún control prenatal. Es fundamental el control prenatal. 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, resultado parecido al obtenido en nuestro estudio y al de Rafael Donayre. Menciona que la 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.. En otro estudio¹⁶, 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. En nuestro estudio muestra que aquellas que no recibieron ningún control prenatal fallecieron antes de llegar a las 28 semanas y de aquellos que se obtuvo el producto como óbito, la gestación fue menor a las 37 semanas

para llegar a una gestación a término. Solo un 36 % llegó a una gestación a término. Coincide con la base teórica demostrando que a mayor semanas gestacional acercándose al término mayor probabilidad de supervivencia del producto.

Según Mirtha Maguiña y Guzmán (2013) El lugar más frecuente de ocurrencia de la muerte materna en el Perú son los establecimientos de salud, principalmente en el hospital o clínica, que acumulan 45.8% del total de muertes maternas. Le siguen el domicilio como segundo lugar de fallecimiento, con 28.3% de las muertes maternas, similarmente con tendencia al descenso, pero a diferencia de nuestro estudio donde hayamos solo un 3% de partos domiciliarios. Según Luis Wong (2010) en la Región Ancash aun el parto domiciliario representa un porcentaje importante, incluso por encima del parto institucional. Además para el 2012 según Maguiña y Guzmán (2013) aun solo el 32% de partos a nivel nacional eran atendidos por un personal médico (gineco obstetra, residente de la especialidad o médico general), en nuestro caso alcanza el 69.7%.

Mirtha Maguiña Guzmán (2013) estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011 en el Perú, de los cuales el 38.7% ocurrieron en el embarazo, específicamente el 22.8% en el tercer trimestre, mientras que 20.2% ocurrieron en el parto y 36.5% en el puerperio. Mientras nosotros hallamos en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora un 84.8% en puerperio. Según etapa obstétrica ocurrida la muerte, en el Hospital III Essalud Iquitos del 2000 al 2014. el 65% ocurrió durante el puerperio y solo una muerte que represento el 5% durante el parto. Esto se explica la posibilidad que la muerte durante el puerperio generalmente es debido a complicaciones durante el parto. Es por eso que durante las primeras 24h del puerperio se dan la mayoría de muertes.

Es por ello que se busca otro enfoque como lo establecido por Thaddeus y Maine quienes referían que Si bien muchas de las mujeres

que desarrollan complicaciones presentan uno o más factores de riesgo detectables, la mayoría de mujeres que comparten estos factores de riesgo no tienen problemas serios. En nuestro estudio hasta en un 70% esta implicada la primera demora, 57% la segunda demora y 27% la tercera demora, coincidiendo con Margarita Mazza (2012) refiere que, la demora 1 estuvo implicada en 38,5 % de los casos y la demora 3 en 69,2 % de los casos. El 38,5 % de los casos las mujeres identificaron tardíamente los síntomas, en 56,4 % hubo falta de personal médico y el 38,5 % hubo necesidad de referir a otro centro asistencial. A diferencia de Elsa Rodríguez-Angulo (2012) en el 29.4% se encontró la primera demora, 17.6% presentaron la segunda demora y 53% la tercera demora, se encontró que la tercera y la primera fueron las más frecuentes.

Es más, en números absolutos las complicaciones durante el embarazo y el parto pueden presentarse aun en las mejores condiciones. Una gran proporción de las complicaciones graves se presentan en mujeres que no tienen un factor de riesgo reconocible en absoluto. El intervalo promedio entre la aparición de una complicación obstétrica mayor y la muerte tiene un rango de 2 a 5.7 horas en caso de hemorragia posparto y de 3.4 a 6 días en casos de sepsis. Por lo tanto, cuanto más rápido se identifica y trata el problema, mayores son las probabilidades de frenar el avance del problema.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES:

- A pesar que la literatura revela que el embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la nuliparidad y la gran multiparidad, ausencia de control prenatal y las complicaciones asociados a la gestación se comportan como factores de riesgo para la muerte materna, sin embargo, en esta revisión, no lo confirmamos, al no ser estadísticamente significativos en pacientes hospitalizados en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora.
- El Hospital María Auxiliadora en el periodo 2011-2015 se registraron 33 muertes maternas, con una razón de 126 mujeres muertas por 100,000 nacidos vivos para este periodo y 58 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos par ale años 2015, observándose una sostenida reducción en los últimos años.
- La mayor cantidad de muertes se dio en el distrito de Villa El Salvador (27%), con una edad de 20-31 años (51.5%), conviviente con su pareja (69.7%), que no cuenta con trabajo (67%) y culmino el nivel secundario (72.7%).
- Las principales causas de muerte materna son de tipo directa (60.6%), 33.3% indirecta y un 6% incidental. Durante el puerperio (84.4%) se dan la mayor cantidad de muertes, donde como causa básica de muerte se tiene en primer lugar enfermedad hipertensiva

del embarazo (55%), segundo lugar el aborto (20%) y luego la hemorragia en (15%).

- Las multigesta representaron el 69.6% de las muertes, 84% con acceso al control prenatal, 69.6% atendiendo el parto en un establecimiento de salud, en su mayoría sin antecedentes patológicos previos al embarazo (57.6%).
- Los factores que limitaron la atención de la muerte materna se encontró que hasta en un 70% está implicada la primera demora.

6.2. RECOMENDACIONES:

- Es necesario hacer un acopio mayor de casos que nos permita hacer un análisis más valioso. Se recomienda necesario elaborar un acopio mayor de casos que nos permita hacer un análisis más valioso, para ampliar el conocimiento y encontrar datos significativos que sean útiles para el servicio de gineco obstetricia.
- Continuar y reforzar las estrategias para disminuir la mortalidad materna así garantizar la tendencia al descenso que se ha tenido en los últimos años en el hospital.
- Coordinación con diferentes distritos para una referencia adecuada, eficiente y segura de los casos de gestaciones con posibles complicaciones según factores de riesgo asociados.
- El mejoramiento del monitoreo materna durante el puerperio inmediato y recomendación del posterior control posnatal, ya que durante este periodo se dan la mayor cantidad de muertes maternas.
- Durante el control prenatal enfatizar en los signos de alarma y reconocimiento de peligro de la gestación para una atención inmediata, así como la planificación del lugar de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (2015). Pag 2.
2. Analia Oxandabarat. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU.Paho.org.2014:http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&id=839).
3. Cristina Mitchell. OPS OMS | Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015. Citado [citado 13 agosto de 2016) aviable from: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com>.
4. Urbina CPacheco J. embarazo adolescente. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; 52 (2):21-30. M.Guzmán, M.Monzón. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011.Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. 331 p.
5. Luis Wong, Esmeralda Wong, Yanet Husares. Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011; 57 (4):237-241.
6. T. Rebagliati, T. Bravo, V. Espinoza, H. Zafra Tanaka. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. . Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2014; 60 (2):123-130.

7. Enrique Donoso, Jorge A. Carvajal, Claudio Vera, José A. Poblete. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev. méd. Chile vol.142 no.2 Santiago feb. 2014.
8. Ovidio Chumbe, Nancy Molina, Kelvin Espinoza. Diez años de mortalidad materna en el Hospital "María Auxiliadora": análisis de las causas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetric. 1997,43 (3). 216-221.
9. Jessica Hanae Zafra-Tanaka, Miguel Angel Retuerto-Montalvo, Luis Enrique Carrasco. Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo, Lamas. 2014. Revista Peruana de Ginecología y Obstetric 2015, 61(1).65-66.
10. Stacie E. Geller, Abigail R. Koch, Nancy J. Martin, Deborah Rosenberg, Harold R. Bigger, Assessing preventability of maternal mortality in Illinois: 2002-2012 . Illinois Department of Public Health Maternal Mortality Review Committee Working Group American Journal of Obstetrics & Gynecology, Vol. 211, Issue 6, p698.e1–698.
11. Guido Bendezú, Guido Bendezú Quispe. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60 (4):291-297.
12. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública-DGE-MINSA. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74.
13. Francke, Pedro; Arroyo, Juan & Guzmán, Alfredo (2010). Políticas de salud 2006 - 2011. Aportes para el gobierno peruano 2006 - 2011. Lima: CIES.
14. Physicians for Human Rights. Demoras fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Washington: Physicians for Human Rights.2007;13(4).Pag 35-40.

15. TICONA RENDÓN, M. Et al. (2011). Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(3):431-443.
16. Rodolfo C. Pacagnella, Jose G. Cecatti. El papel de las demoras en la atención de la mortalidad y morbilidad materna graves: una ampliación del marco conceptual. *Temas de Salud Reproductiva* 2013;(7):68-77.
17. Mazza, María Margarita; Mortalidad materna: análisis de las tres demoras González Blanco, Mireya; Vallejo, Carla María. *Rev Obstet Ginecol Venez*; 2012(4): 233-248.
18. Torres de Galvis; Patricia Montoya; Factores asociados a mortalidad materna estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003; *Revista CES Medicina*; 2010(2): 150-155.

ANEXOS

ANEXO N1

 FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA	
I. DATOS DE LA FALLECIDA (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)	
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ EDAD <input type="text"/> ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOL <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> CONV <input type="checkbox"/> VIU <input type="checkbox"/> DIV <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> UPO ÉTNICO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Espc. _____ OCUPACIÓN: _____ DNI Nº <input type="text"/> ÚLTIMO NIVEL DE ESTUDIO _____ RESIDENCIA HABITUAL (últimos doce meses) _____ Dirección _____	
Comunidad/Localidad _____ Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____ CUBIERTA AL SIS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tiene otro tipo de seguro: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especifique _____	
II. DATOS DEL FALLECIMIENTO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS AL FINALIZAR LA INVESTIGACIÓN)	
INSTITUCIÓN DONDE FALLECIÓ: Minsa <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> FF. AA. <input type="checkbox"/> PNP <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique _____ DISA/DIRESA/GERESA/OTRO _____ ESTABLECIMIENTO QUE INVESTIGA _____ COD. UBIG. _____ LUGAR DE FALLECIMIENTO: Establecimiento de salud según categoría <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> Privad <input type="checkbox"/> Trayec <input type="checkbox"/> dom. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____ NIVEL DE ATENCIÓN CORRESPONDIA AL MANEJO DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Localidad _____ Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____ MOMENTO DE FALLECIMIENTO: <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPERIO <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA <input type="text"/> <input type="text"/> hh/mm	
CAUSAS DE MUERTE MATERNA (Llenar al final de la investigación y revisado por el CPMMYP):	
CAUSA FINAL _____ CODIGO DE CIE - 10 _____ CAUSA INTERMEDIA _____ CAUSA BÁSICA _____ CAUSA ASOCIADA _____ CLASIFICACIÓN FINAL DE MUERTE MATERNA: <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> INCIDENTAL ESPECIFICAR: _____ CAUSA GÉNERICA: <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> INFECCIÓN <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> SUICIDIO <input type="checkbox"/> NECROPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO _____ CÓDIGO CIE 10 _____	
III. ANTECEDENTES (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)	
ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS: Gestaciones anteriores (this incluye actual) <input type="text"/> Nº Abortos <input type="text"/> Nº Nacidos Vivos <input type="text"/> Nº Nacidos Muertos <input type="text"/> Nº Hijos vivos <input type="text"/> Nº Cesáreas <input type="text"/> Nº Partos Eutócicos <input type="text"/> Período inter genésico <input type="text"/> años/meses MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO: <input type="checkbox"/> NO USO <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> HORMONAL <input type="checkbox"/> QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> NATURAL	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: <input type="checkbox"/> SIN ANTECED. <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HTA CRÓNICA <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> OTRAS - ITS <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> ENF. RENAL <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
ANTECEDENTES SOCIALES	
Hábitos tóxicos <input type="checkbox"/> CIGARRO <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> Especifique _____	
IV. ÚLTIMA GESTACIÓN, ABORTO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL (LLENAR EN TODO LOS CASOS)	
EMBARAZO FECHA ÚLTIMA REGLA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA DE GESTACIÓN AL FALLECER <input type="text"/> ATENCIÓN PRENATAL (APN): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> LUGAR APN: Establecimiento de salud según categoría <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> CLÍNICA PRIVADA <input type="checkbox"/> CONS PRIVA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ NÚMERO TOTAL DE APN <input type="text"/> TUVO VISITA DOMICILIARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nº de veces <input type="text"/> ¿se realizó ficha de plan de parto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN EL CARNET PERINATAL SE IDENTIFICARON SIGNOS DE ALARMA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ COMPLICACIÓN EMBARAZO ACTUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> Cuales: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIE <input type="checkbox"/> ITU <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ANEMIA <input type="checkbox"/> DESNUTRIC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
ABORTO: FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HORA <input type="text"/> TIPO <input type="checkbox"/> INDUCIDO <input type="checkbox"/> ESPONTÁNEO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> LUGAR: Establecimiento de Salud según categoría <input type="checkbox"/> I-1 <input type="checkbox"/> I-2 <input type="checkbox"/> I-3 <input type="checkbox"/> I-4 <input type="checkbox"/> II-1 <input type="checkbox"/> II-2 <input type="checkbox"/> III-1 <input type="checkbox"/> III-2 <input type="checkbox"/> CLIN <input type="checkbox"/> CONS. PART <input type="checkbox"/> DOM <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique _____ ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> G-O <input type="checkbox"/> RES <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> OBS <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> PARTERA <input type="checkbox"/> FAM <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ ATENDIO EL ABORTO: <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> INFECCIÓN <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____ EVACUACIÓN UTERINA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LEGRADO <input type="checkbox"/> AMEU <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> Especifique: _____	



PARTO:	FECHA:	_____	HORA:	_____	nh/mm	TIPO DE PARTO:	VAGINAL	CESÁREA	INSTRUMENTADO	IGNORADO		
LUGAR ATENCIÓN:	Establecimiento de Salud según categoría					CLINICA	CONS. PART	DOM	OTRO	Especifique		
ATENDIÓ EL PARTO	G-0	RES	MED	INT	OBST	ENF	TEC	PART	FAM	OTRO	Especifique	
COMPLICACIONES EN EL PARTO	SI	NO	PERIODO EN LA QUE SE COMPLICÓ EL PARTO				I PERIODO	II PERIODO	III PERIODO			
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NO	IGN	TIEMPO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS				_____	_____	Horas		
TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO:	PROLONGADO > 12 HORAS			PRECIPITADO < 3 HORAS			De 3 a 12 HORAS	OTRO	IGN			
ALUMBRAMIENTO:	Completo	Incompleto	Retención > 30 min.	Retención > 15 min.	IGN	otras complicaciones		Especifique				
PUERPERIO:	FECHA:	_____	HORA:	_____	nh/mm							
LUGAR ATENCIÓN:	Establecimiento de Salud según categoría					CLINICA	CONS. PART	DOM	OTRO	Especifique		
ATENDIÓ EL PUERPERIO	G-0	RES	MED	INT	OBS	INT	ENF	TEC	PART	FAM	OTRO	
COMPLICACIONES EN PUERPERIO:	Endometritis	Eclampsia	Hemorragia por desgarro	Retención de restos placentarios	Sepsis	Atonía uterina	otro					
Especifique:	_____											
ETAPA DEL PUERPERIO EN LA QUE SE COMPLICÓ				INMEDIATO	MEDIATO	TARDÍO	IGN					
SI REALIZÓ PROCEDIMIENTOS	SI	NO	COMPLICACIONES EN PROCEDIMIENTO				NO	SI	Especifique			
REFERENCIA												
REFERENCIA	SI	NO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE:									_____
DISTRITO:	_____		PROVINCIA:	_____		DEPARTAMENTO:	_____					
TIEMPO REFERENCIA DEL EE.SS. ORIGEN AL EE.SS. DESTINO:	_____	HORAS	_____	MINUTOS	REFERENCIA OPORTUNA:	SI	NO					
MOTIVO DE LA REFERENCIA:	_____											
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:	_____											
HOSPITALIZACIÓN												
HOSPITALIZACIÓN EN LA GESTACIÓN ACTUAL:	SI	NO	HOSPITALIZACIÓN DURANTE:				EMBARAZO	ABORTO	PARTO	PUERPERIO		
FECHA DE INGRESO:	_____	HORA:	_____	Hr	REINGRESO:	SI	NO					
Nº HISTORIA CLÍNICA	_____	EDAD GESTACIONAL AL INGRESO:	_____	TIEMPO PERMANENCIA	_____	DÍAS	_____	HORAS				
REQUIRIÓ TRANSFUSIÓN:	SI	NO	EXPANSORES PLASMÁTICOS	SI	NO	SANGRE	SI	NO				
DIFICULTAD PARA OBTENER SANGRE:	SI	NO	Especifique:									
TIENE BANCO DE SANGRE?:	SI	NO	TIPO BANCO SANGRE:				TIPO I	TIPO II				
V. DATOS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (LLENAR EN TODOS LOS CASOS IGUAL AL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)												
CAUSAS DE FALLECIMIENTO REPORTADAS EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:												
CAUSA FINAL:	_____											
CAUSA INTERMEDIA:	_____											
CAUSA BÁSICA:	_____											
CAUSA ASOCIADA:	_____											
VI. DATOS DEL RECIÉN NACIDO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)												
SEXO:	M	F	PESO AL NACER g/s:	_____	ESTADO RECIÉN NACIDO:	Nacido vivo	Óbito Ante parto	Óbito Intra parto	Se ignora			
EDAD GESTACIONAL (CAPURRO)	_____	SEMANAS	APGAR: Al minuto	_____	A Cinco Minutos	_____						
VII. DATOS COMUNITARIOS PARA MUERTES MATERNAS OCURRIDAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (MUERTE MATERNA EXTRA INSTITUCIONAL)												
SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTABA ANTES DEL FALLECIMIENTO:	_____											
Con los datos recolectados en los ítems anteriores determina la probable causa de muerte utilizando para ello el anexo A												
CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE (CAUSA GENÉRICA):	HEMORRAGIA			HIPERTENSIÓN			INFECCIÓN			ABORTO		
OTRAS CAUSAS (describa)	_____											
Indague sobre maniobras realizadas durante el parto o alumbramiento												
¿QUÉ USARON PARA AYUDAR AL PARTO?	NADA	MANIOBRAS	MEDICINA TRADICIONAL	OTROS	Especifique							
¿QUÉ HICIERON PARA RETRASAR EL PARTO?	NADA	MANIOBRAS	MEDICINA TRADICIONAL	OTRO	Especifique							



L. SUÁREZ O.



13

VIII. INFORMACIÓN DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)

TIEMPO ESTIMADO DESDE EL DOMICILIO DE LA PACIENTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS CERCANO (VÍA USUAL): Hr Min.
 CATEGORÍA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD IDENTIFICADO COMO MÁS CERCANO
 LA FAMILIA Y LA GESTANTE TENÍAN CONOCIMIENTO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL: SI NO
 CONOCE DE LA EXISTENCIA DE CASAS DE ESPERA MATERNA: SI NO
 TUVO PERMANENCIA EN LA CASA DE ESPERA MATERNA: SI NO NO Días de permanencia en casa de espera materna
 VIVÍA CON SU PAREJA: SI NO
 RECONOCIERON QUE LA SITUACIÓN ERA DE RIESGO?: SI NO
 ¿QUÉN RECONOCIÓ LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD? ELLA MISMA PAREJA FAMILIA SUEGRA PARTERA PROMOTOR
 ¿CUÁNTO TARDÓ DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA QUE DECIDIÓ PEDIR ATENCIÓN? Horas
 ¿QUIÉN TOMÓ LA DECISIÓN DE SOLICITAR AYUDA? ELLA MISMA PAREJA FAMILIA SUEGRA PARTERA PROMOT IGN
 ¿SABÍA A DÓNDE ACUDIR? SI NO
 ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO LUEGO DE DECIDIR PEDIR ATENCIÓN? Hr. Min.
 ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA QUE LLEGÓ A UN ESTABLECIMIENTO? Hr. Min.
 ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ DESDE QUE LLEGÓ AL ESTABLECIMIENTO HASTA QUE FUE ATENDIDA? Horas min.
 FACTORES QUE LIMITARON LA ATENCIÓN DURANTE LA EMERGENCIA: ECONÓMICO TRÁMITES COMPLICADOS DEMORA EN ATENCIÓN IDIOMA
 MALA ATENCIÓN IGN OTRO Especificar: _____
 TUVO ATENCIÓN SANITARIA ANTES DE LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FALLECIÓ: SI NO
 PERSONA QUE ATENDIÓ ANTES DE LLEGAR AL EE SS MED OBST ENF TEC PART PROMOTOR IGN OTRO Esp: _____
 ¿CÓMO CONSIDERA QUE FUE LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO QUE FALLECIÓ?: BUENA REGULAR MALA NO RECIBIÓ ATENCIÓN IGN
 PERSONAS QUE PARTICIPARON EN BRINDAR LA INFORMACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA FALLECIDA:
 MADRE PADRE ABUELO(A) ESPOSO PARTERA TÍO(A) VECINO OTRO Especificar: _____
 PARA EL CASO DE MUERTE DOMICILIARIA, INDIQUE TRES MOTIVOS POR LOS CUALES NO ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

IX. DATOS DE LA PERSONA QUE DESARROLLÓ LA INVESTIGACIÓN (LLENAR EN TODOS LOS CASOS)

NOMBRE: _____
 CARGO: _____
 FECHA: PROFESIÓN: MÉDICO OBSTETRIZ ENFERMERA OTRO
 FIRMA _____

Nombre y Apellidos del Jefe del Establecimiento de salud: _____
 Firma y Sello del Jefe del Establecimiento de salud: _____
 Nombre y Apellidos del Presidente del Comité de Prevención de muerte materna y perinatal: _____
 Firma del Presidente del Comité de Prevención de muerte materna y perinatal: _____



L. SUAREZ

ANEXO 2. Definiciones Conceptuales y Operacionales: Operacionalización de variables.

Variable	denominación	Descripción variables	Tipo De variable	Operacionalización	Categorización y dimensiones	Definición	Indicador	Escala de medición	Unidad de medida
EPIDEMIOLOGICAS	Edad	Se formaran rangos de edad ...	Independiente cualitativa	1= 10-19 2= 20-39 3= 40-79	biológica	tiempo de vida	Fecha de nacimiento	nominal	Años/grupos etarios
	Genero	Condición orgánica masculina y femenina	Independiente Cualitativa	1= masculino 2= femenino	Biológica	Fenotipo	Identidad Sexual	nominal	%mujeres, % de hombres
	Distrito de origen	Se agrupara por distrito y provincias	Independiente Cualitativa	Lugar en donde habita el paciente más de 10 años	Lima metropolitana y provincias	Lugar donde el paciente reside	Nombre de los distritos	Nominal	-
	Grado de instrucción	Indica nivel intelectual	Independiente Cualitativa	0 = sin estudios 1=primaria 2= secundaria 3= superior	Intelectual	Clasificación de estudio adquirido	Nivel de estudio	ordinal	-
CLINICAS	gestaciones	Condición femenina	Independiente cuantitativa	Numero de gestaciones	Biológica	Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto	Ecografía, prueba de laboratorio	nominal	-

	Hijos muertos	Número de hijos muertos	Independiente cuantitativa	Número de hijos muertos	Cantidad	Hijos actualmente muertos	CLAP	Razón	Cantidad de hijos muertos
	Nacidos muertos	Numero de nacidos muertos	Independiente cuantitativa	Numero de nacidos muertos	Cantidad	Producto de la concepción cuyo fallecimiento le sobrevino antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre	CLAP	Razón	Cantidad de hijos nacidos muertos
	Nacidos vivos	Numero de nacidos vivos	Independiente cuantitativa	Numero de nacidos vivos	cantidad	nacido que sobrevive al menos las primeras 24 horas de vida	clap	Razón	Cantidad de hijos v nacidos vivos
	abortos	Presencia de cálculos en la vesícula biliar	Independiente cuantitativa	Número de abortos	cantidad	es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria antes de las 22 semanas	Reporte ecográfico	nomin al	-
	Causa básica	Patología desencadenante	Independiente cualitativa	Nombre de patología	patología	es la que da al traste con la vida, es la que justifica por sí sola el desenlace fatal,	Certificado de defunción	nomin al	
	Tipo de parto	Pueden ser de dos tipos	Independiente cualitativa	eutócico = 1 cesárea = 2	Tipo de parto	modalidades por las que puede nacer el bebé al término del embarazo	CLAP	nomin al	
	Semana	Tiempo de	Independiente	Numero de	biológica	tiempo de edad	FUR,	nomin al	

	gestacion al	vida intrauterina	ente cualitativa	semana		gestacional intrauterina	ecografí a	al	
	Tiempo de traslado desde referencia	Tiempo de traslado	Cuantitativ a intervalo	Número de minutos transcurridos	tiempo	tiempo transcurrido desde el centro de salud hasta la atención prestada en hospital	Docume nto de referenci a	interva lo	
	Motivo de referencia	Causa de derivación a hospital nivel III	Independi ente cualitativa	Razón por la que acude a un hospital nivel III	causal	causa de referencia	Docume nto de referenci a	nomin al	
Atención de servicio	Tiempo de espera	Tiempo que transcurre hasta atención	Independi ente Cuantitativ a intervalo	Numero de minutos transcurridos	tiempo	tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente hasta la atención prestada	Docume nto de referenci a	interva lo	minutos
	Controles prenatales	Controles >6 cpn se considera adecuado	Independi ente cuantitativ a	Adecuado =1 Insuficiente=2	cantidad	Acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.	CLAP	razón	-

