

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el
Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR :

Ayton Kriss Mori Salinas

ASESOR :

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el
Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR :

Ayton Kriss Mori Salinas

ASESOR :

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el
Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Ayton Kriss Mori Salinas

ASESOR:

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el
Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**

AUTOR:

Ayton Kriss Mori Salinas

Sustentada y aprobada el día 18 de mayo del 2019, por los siguientes jurados:

.....
Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano

Presidente

.....
Obsta. Mg. Hilda Gonzalez Navarro

Secretario

.....
Obsta. Mg. Manuela Aurora Vega Celis

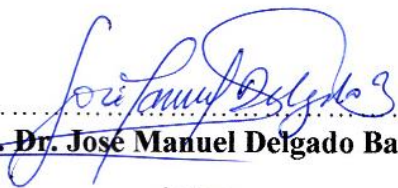
Vocal

Constancia de asesoramiento

El que suscribe Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales, por el presente documento, hace **CONSTAR:**

Que, he revisado y corregido el informe final de tesis titulado **Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**, elaborado por el Bachiller en Obstetricia Ayton Kriss Mori Salinas, la misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 18 de mayo del 2019.


.....
Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales
Asesor

Declaratoria de Autenticidad

Ayton Kriss Mori Salinas con DNI N° 71611279, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis de investigación presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene esta tesis no ha sido auto plagiada.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 18 de mayo del 2019



Bach. Ayton Kriss Mori Salinas

DNI N° 71611279

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Mori Salinas Ayton Kriss.		
Código de alumno :	114118	Teléfono:	921540843
Correo electrónico :	Krissmori9@gmail.com	DNI:	71611279

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud.
Escuela Profesional de:	Obstetricia.

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título:	Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017
Año de publicación:	2019.

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”**.




Firma del Autor

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

28 / 06 / 2019




Firma del Responsable de Repositorio
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso
Abierto de la UNSM – T.

* **Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A Dios por protegerme y darme mucha salud, por las bendiciones, la inteligencia y la vida misma.

A mis padres por ser moldes y brújulas en mi vida quienes depositaron su confianza en mi persona, donde ven culminado sus logros.

Con mucho amor a mis hermanos y demás familiares que han contribuido de manera incondicional en mi desarrollo profesional.

Con mucho cariño para los profesionales de la Facultad Ciencias de la Salud que contribuyeron en incrementar mis conocimientos, mis valores y actitudes para esta hermosa carrera “Obstetricia”, que representa la vida.

Ayton

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

Al Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales asesor de la investigación por su ejemplo de vida profesional, dedicación y asesoramiento en el presente trabajo de investigación.

Al personal de salud, en especial a los profesionales Obstetras del servicio de Obstetricia del Hospital Santa Gema Yurimaguas, que contribuyeron en la obtención de los datos de la investigación y me brindaron las facilidades para la ejecución de mi tesis.

Igualmente, un agradecimiento especial a todas las personas que nos brindaron su apoyo incondicional para la finalización de nuestro trabajo.

El Autor

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de Contenido.....	viii
Índice de Tablas.....	ix
Resumen.....	x
Abstract	x
Título	1
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Marco Conceptual.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Bases Teóricas.....	8
1.4 Justificación.....	18
1.5 Problema.....	20
II OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo General.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
2.3. Hipótesis de Investigación.....	21
2.4. Operacionalización de variables.....	21
III MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
IV RESULTADOS.....	26
V DISCUSIÓN.....	30
VI CONCLUSIONES.....	35
VII RECOMENDACIONES.....	36
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
IX ANEXOS.....	41

Índice de tablas

Tabla	Título	Pág.
1	Factores sociodemográficos de las pacientes, como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	26
2	Factores clínicos: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	27
3	Razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017 para el periodo de estudio.	28
4	Factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	29

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo “Determinar los factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017”, investigación no experimental, descriptivo y retrospectivo, la población y muestra fue 11 gestantes. La técnica fue la revisión documentaria y como instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados, entre los factores sociodemográficos de las pacientes que terminaron en mortalidad materna fueron: 36,4% son menores de 19 años y de 19 – 29 años respectivamente, 36,4% de procedencia urbana, 63,6% solteras, 63,6% de ocupación ama de casa, 27,3% tienen instrucción primaria y secundaria incompleta respectivamente, 45,5% son nulíparas. Los factores clínicos según causas directas principales de mortalidad materna encontramos: las hemorragias (81.8%) y pre-eclampsia (18.2%). Entre las causas indirectas tenemos a las neumopatías (81.8%) y la TBC (18.2%). Los accidentes de tránsito representan el 100% de los factores incidentales de muerte materna. Del 100% de pacientes que recibieron atención prenatal 72.7% fue inadecuada, según lugar de ocurrencia de la muerte 54.5% fue en un establecimiento de salud. El 63.6% fallecieron durante la etapa puerperal. La razón de mortalidad materna ha venido incrementándose hasta el año 2012 (RM= 0.000967118) al 2015 (RM=0.002072539), para luego descender en el año 2017 a RM=0.000465983. En conclusión entre los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, periodo 2012 al 2017, encontramos: edad < 29 años (72.8%), estado civil soltera (63.6%), grado de instrucción primaria (45.5%), ocupación ama de casa (63.6%), procedencia rural (54.5%) y paridad nulípara (45.5%). Entre los factores clínicos resaltan causa directa las hemorragias (81.8%) y causa indirecta neumopatías (81.8%), como factor incidental los accidentes de tránsito 100%.

Palabras clave: muerte materna, factores sociodemográficos, factores clínicos.

Abstract

The objective of this study was "To determine the sociodemographic and clinical factors of maternal mortality in Santa Gema Yurimaguas Hospital, 2012-2017"; the following is a non-experimental, descriptive and retrospective research, the population and sample was 11 pregnant women. The technique was the documentary review and as an instrument the data collection card. The results, among the sociodemographic factors of the patients that ended in maternal mortality were: 36.4% are under 19 years old and 19 - 29 years old respectively, 36.4% of urban origin, 63.6% single, 63, 6% of housewife occupation, 27.3% have incomplete primary and secondary education respectively, 45.5% are nulliparous. The clinical factors according to the main direct causes of maternal mortality were: hemorrhages (81.8%) and pre-eclampsia (18.2%). Among the indirect causes we have lung diseases (81.8%) and TB (18.2%). Traffic accidents represent 100% of the incidental factors of maternal death. Of the 100% of patients who received prenatal care, 72.7% were inadequate, according to the place of occurrence of death 54.5% was in a health facility. 63.6% died during the puerperal stage. The maternal mortality ratio has been increasing until the year 2012 (RM = 0.000967118) to 2015 (RM = 0.002072539), to then descend in 2017 to RM = 0.000465983. In conclusion among the sociodemographic factors of maternal mortality in Santa Gema Yurimaguas Hospital, period 2012 to 2017, we find: age <29 years (72.8%), single marital status (63.6%), primary education degree (45.5%), occupation housewife (63.6%), rural origin (54.5%) and nulliparous parity (45.5%). Among the clinical factors, hemorrhages (81.8%) and indirect cause of lung diseases (81.8%) stand out, as an incidental factor, traffic accidents 100%.

Keywords: maternal death, socio demographic factors, clinical factors.



TITULO

Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

La Muerte Materna se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días posteriores al parto, independientemente de la duración y sitio del embarazo, siendo cualquier causa relacionada con el agravamiento del embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Se clasifica como causa directa cuando es el resultado de una complicación obstétrica del estado de embarazo (embarazo, parto o puerperio), y como causa indirecta como el resultado de enfermedades preexistentes o que evolucionan durante el embarazo (1, 2).

Según la OMS, la muerte materna constituye la mayor inequidad en salud que enfrenta la mujer de los países en desarrollo. La probabilidad de que una mujer muera por causas relativas al embarazo y parto a lo largo de su vida es más elevada en países de África, Asia, América Latina y el Caribe. También se afirma que, en todo el mundo, la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (3).

Por muchos años, nuestro País se ubicó entre los tres primeros países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos) solo por encima de Bolivia y Haití, por lo que este problema de salud pública ha sido considerado como una prioridad sanitaria. Sin embargo, en la actualidad, la mortalidad materna en el país ha bajado a 93 por cada 100 mil nacidos vivos, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, lo que representa un importante descenso (4).

Según la Dirección General De Epidemiología (DGE), del Ministerio de Salud (MINSA), para el año 2013, el Perú presentó un total de 379 muertes maternas directas e indirectas,

presentando un gran descenso en comparación al año 2012 con 440 casos de muertes maternas; al analizar las muertes maternas por regiones se encontró que la región Loreto presentó las mayor cantidad de muertes maternas, 32 en total, seguido por la Libertad con 29 casos, Puno con 26 casos, y las regiones con menos muertes maternas reportadas son Moquegua con 3 casos, Tacna y Tumbes con 5 casos cada uno. La razón de mortalidad para el total de asegurados de ESSALUD en nuestro país fue de 2.6 por 100000 nacidos vivos y para ESSALUD Loreto fue de 108.2 por 100000 nacidos vivos, resultando el segundo más alto del país, solo superado por Puno (5, 6).

La problemática de la muerte materna está fuertemente asociada a la situación de la pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, servicios de salud insuficientes, difícil acceso a los servicios de salud, etc. Por lo que se considera no necesariamente un problema médico, sino por el contrario un problema social, que de ser atendido adecuadamente con acciones y programas de política social, muchas muertes maternas podrían ser evitadas, ya que las principales causas y los factores que las determinan son conocidos, y además, se cuenta desde hace mucho tiempo con el conocimiento científico y la tecnología para impedirlos. A pesar de toda esta realidad, la región Loreto continúa siendo una de las regiones con mayores tasas de mortalidad materna; por lo que considero que es de gran importancia realizar este estudio con el fin de conocer los factores sociodemográficos y clínicos de las muertes maternas en el Hospital Santa gema Yurimaguas del año 2012 al 2017.

1.2. Antecedentes

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. (2012). En su estudio “Las causas mundiales de muerte materna: Un análisis sistemático de la OMS”, EE.UU., Se realizaron búsquedas en bases de datos bibliográficas especializadas y generales de los artículos publicados entre el 1 enero de 2003 y 31 de diciembre de 2012 para los datos de investigación, sin restricciones de idioma, y la base de datos de mortalidad de la OMS para registros de datos vitales. Resultados: Se identificaron 23 estudios elegibles (publicada 2003-12). Se incluyeron 417 conjuntos de datos de 115 países que comprenden 60 799 muertes en el análisis. Alrededor del 73% (1 771 000 de los 2 443 000) de todas las muertes maternas entre 2003 y 2009 se debieron a causas dirigidas y muertes obstétricas debido a causas indirectas representó el 27 · 5% (672 000, el 95% de interfaz de usuario 19 · 7-37 ·

5) de todas las muertes. Hemorragia representó el 27 · 1% (661 000, 19 · 9-36 · 2), trastornos hipertensivos 14 · 0% (343 000, 11 · · 1-17 4), y la sepsis 10 · 7% (261 000, 5 · 9-18 · 6) de las muertes maternas. El resto de las muertes se debieron al aborto (7 · 9% [193 000], 4 · · 7-13 2), embolia (3 · 2% [78 000], 1 · 8-5 · 5), y todas las demás causas directas de muerte (9 · 6% [235 000], 6 · · 5-14 3). Las estimaciones regionales variaron sustancialmente. Conclusión: Entre 2003 y 2009, hemorragia, trastornos hipertensivos y sepsis fueron responsables de más de la mitad de las muertes maternas en todo el mundo. Más de una cuarta parte de las muertes se debieron a causas indirectas. Estos análisis deben informar a la priorización de las políticas de salud, programas y fondos para reducir las muertes maternas a nivel regional y global. Se necesitan más esfuerzos para mejorar la disponibilidad y calidad de los datos relacionados con la mortalidad materna (7).

Yupangui E. (2008). En su estudio “Riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el Cantón Saquisilí 2004-2008”, Guayaquil – Ecuador, estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal, realizado sobre el riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el período, enero 2004 a diciembre 2008, en el Centro Materno Infantil Saquisilí. Se tomó como muestra 150 casos a través de variables maternas, con el objetivo de caracterizar y analizar las principales causas de riesgo de la morbilidad y mortalidad materna. Este estudio abarcó a todas las madres que ingresaron a esta casa de salud, cuyos datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas y registros médicos de defunción. Resultados: predominio del grupo de edad de 20 a 29 años 67%, baja escolaridad 70%, menos de cinco controles prenatales 41%. La principal causa de morbilidad materna fue la hemorragia postparto con 13 % seguida por el aborto incompleto 4%. También se evidenció como resultado 8 muertes maternas que representa el 5%, en las que predominó el grupo de edad mayor de 30 años con el 38%, las principales causas de muerte materna en este periodo fueron la hemorragia postparto caracterizado por el 38%, seguida por las Infecciones del postparto 37%, y eclampsia 25%. Llama la atención el 50% de muerte institucional equilibrándose con el 50% de muerte domiciliaria (8).

Donoso E, Carvajal J. (2012). En su estudio “El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio”. Chile, un análisis descriptivo de la población utilizando datos brutos obtenidos de los anuarios del Instituto Nacional de Estadística de Chile. Mortalidad maternal. Las causas de muerte y la edad de las madres muertas. Las causas de la Muerte se clasificaron de acuerdo con la

décima revisión de la Clasificación Enfermedades. Los estudios de tendencia se realizaron utilizando el análisis de correlación de Pearson. Resultados: En El período estudiado no hubo cambios significativos en la mortalidad materna y la fecundidad. Las cinco causas principales de muerte materna fueron las enfermedades concurrentes, la hipertensión, Aborto, embolia obstétrica y hemorragia postparto. Mortalidad asociada con la enfermedad concurrente mostró una tendencia ascendente significativa ($r = 0,656$, $p = 0,035$) a aborto. La mortalidad asociada tuvo una tendencia a la baja significativa ($r = -0.712$, $p = 0.023$). Los Grupo de mujeres mayores de 40 años aumentó significativamente su tasa de natalidad ($r = 0.930$, $P < 0,001$), este grupo mostró la mayor mortalidad materna, especialmente en asociación con enfermedades intercurrentes. Conclusiones: El aumento de la tasa de natalidad en mujeres Mayor de 40 años y su mayor tasa de mortalidad materna, probablemente obstaculicen la Cumplimiento del 5° Objetivo del Milenio en Chile (9).

Aggarwal A, Pandey A, Bhattacharya, B. (2007). En su estudio “Los factores de riesgo para la mortalidad materna en los suburbios de Delhi: Un estudio de casos y controles basado en la comunidad”. Toronto Canadá, Estudio de casos y controles basado en la comunidad fue diseñado, en el que se utilizó el método de bola de nieve-muestreo para identificar las muertes maternas (casos) en la comunidad, y se utilizó el procedimiento de muestreo aleatorio sistemático circular para seleccionar los controles de la misma zona donde se encontró una muerte materna. Análisis estadístico: Los datos sobre 70 casos y 384 controles que tenían nacidos vivos como se analizó el resultado del embarazo. Se aplicó la regresión logística para identificar los factores de riesgo. Resultados: En la población de estudio, la mayoría de las entregas se llevaron a cabo en su casa por no entrenados, los casos eran en su mayoría analfabeta, joven, que tiene una alta paridad y la falta de atención prenatal toma durante el embarazo ($P < 0,05$) en comparación con los controles 'estrado.'. También se encontró la distancia del centro de salud de residencia a ser un importante factor de riesgo para la muerte materna ($P < 0,05$). Las complicaciones durante el embarazo, como la ictericia, sangrado excesivo y la anemia, también se encontraron que eran significativas. Las principales causas de muerte materna se encontró que la hemorragia después del parto, retención de placenta y la anemia. Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren que las mujeres deben ser educadas sobre la importancia del registro prenatal y chequeos regulares. El personal sin entrenamiento "deben ser entrenados para reconocer las complicaciones obstétricas en una etapa temprana y derivar los casos de alto

riesgo para la gestión adecuada. Estas medidas preventivas pueden ayudar a reducir la mortalidad materna a nivel comunitario (10).

Gómez J. (2014). En su estudio, “Factores Epidemiológicos y Clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014”. Iquitos Perú, estudio de tipo Descriptivo retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 20 muertes maternas en un periodo comprendido entre el año 2000 a 2014. El análisis estadístico fue con medidas de tendencia central. Resultados: la RMM fue de 78.47 muertes maternas x 100000 NV. El 30% (6) pacientes fallecidas tenían edades mayores de 35 años, el mismo número tenían edades entre 20 a 24 años; solo 1 caso era soltera y 19 (95%), eran convivientes. La mayoría de muertes maternas estaban relacionadas a factores directos con el 80% de los casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo son las más frecuentes y dentro de los factores indirectos, las Neumopatías y la TBC son las más frecuentes. El control prenatal fue adecuado solo en el 65% de los casos; El lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el Establecimiento de salud con el 95% y 100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio. Conclusiones: La razón de mortalidad materna (RMM); en el Hospital III-Essalud Iquitos es una de las más altas del país con 78.4 por 100000 nacidos vivos, ya que el promedio nacional anual de RMM para EsSalud es de 2.6 por 100000 nacidos vivos. A mayor edad y paridad, mayor frecuencia de muerte materna (11).

Challo V. (2014). En su estudio “Factores de riesgo y causas asociadas a la mortalidad materna en la región de salud Arequipa en el periodo 2004 – 2014”. Arequipa Perú. El presente trabajo de investigación es de campo, transversal, descriptivo - retrospectivo. Se realizó un estudio de las Fichas de Investigación Epidemiológica de las Muertes Maternas ocurridas en la Región de Salud Arequipa entre los años 2004 al 2014, con una muestra de 178 casos notificados. Resultados: Dentro de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna se encontró: las edades entre 20 a 34 años un 66.8%, convivientes 61%, lugar de fallecimiento en hospital de 71%, momento de fallecimiento en el puerperio 52%, si tuvieron control prenatal 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras un 54%. Dentro de las causas de Muerte Materna se encontró; directas con 58% (Enfermedad hipertensiva del embarazo 38%), indirectas de 31%, incidentales o accidental un 11%. Conclusión: La mortalidad materna se asoció a factores de riesgo tales como edades de 20 a 34 años, lugar

de fallecimiento en hospitales, muerte materna durante el puerperio. Y tienen causas directas como la enfermedad hipertensiva del embarazo (12).

Delgado R. (2015). En su estudio “Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015”, Lima Perú, estudio descriptivo y retrospectivo. La población estuvo constituida por el total de muertes maternas ocurridas en el Hospital Santa Rosa en el periodo 2000-2015. Se revisaron las fichas de investigación epidemiológica de muerte materna del total de fallecidas. Se recopiló la información mediante una ficha de recolección de datos previamente validada. Para el análisis se utilizaron las distribuciones absolutas y porcentuales. Resultados: En el periodo 2000 – 2015, se han registrado 21 muertes maternas en el Hospital Santa Rosa. El 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio y el 86% fueron por causas directas. Las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (38.1%), Atonía uterina (23.8%) y Endometritis puerperal (14.3%). El promedio de edad de todas ellas fue de 30 años, el 80% procedían del Departamento de Lima y en su mayoría tenían como ocupación principal su casa (86%). El total de las fallecidas había tenido por lo menos una demora para llegar al Hospital y el 52.4% no reconocieron la situación de riesgo. El 86% eran primípara o nulíparas, el 38% no había tenido ningún control pre natal. El 71% de los hijos de las madres fallecidas nacieron vivos. Conclusiones: Entre el 2000 y el 2015 se registraron 21 muertes maternas, predominantemente directas (86%), siendo la principal causa de muerte la enfermedad hipertensiva del embarazo (38%). La proporción de muertes maternas en adolescentes es superior al nivel nacional. La totalidad de los casos tuvieron por lo menos una demora. El 86% de las occisas tenían como ocupación su casa y un 9% eran empleadas del hogar. El 38% de las occisas no tenían ningún control pre natal (13).

Quispe H. (2014). En su estudio “Factores asociados a la Muerte Materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014”, Cusco Perú, estudio retrospectivo transversal descriptivo relacional. Se tomó datos de las Fichas de Investigación Epidemiológica de las Muertes Maternas directas e indirectas ocurridas con una muestra de 114 casos. Resultados: En la Región de Salud Cusco la razón de la mortalidad materna durante el periodo de estudio oscila entre 81.3 a 121 por 100000 nacido vivos para el año 2014 se estima una razón de mortalidad materna de 111.5 por 100000 nacidos vivos; esta cifra continua siendo alta en comparación al estándar nacional. En cuanto a las características de las muertes maternas: 71.9% fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y el

puerperio inmediato con un porcentaje similar de 42.1%, el 52.6% fallecieron en un establecimiento de salud, la causa de fallecimiento fue la hemorragia post parto en un 36.0%. En relación a los factores asociados a la persona se dio entre los 20-34 años con 55.3%, multíparas con 37.7%, con periodo intergenésico corto en 34.2%, 58.8% convivientes, 38.6% instrucción primaria, 60.5% no usaron planificación familiar; 64.9% amas de casa, 57% vivían en zona rural, distancia al establecimiento < 1 hora con 59.6%, 58.8% no reconocieron signos de alarma, 28.1% no accedieron a un establecimiento de salud, 87% contaba con un seguro de salud, 50.9% conocían sobre el parto vertical, 60.5% no tenían conocimiento sobre casas de espera, inicio de su atención prenatal en el primer trimestre 33.3%, no fueron controladas en un 37.7%, el proveedor de la última atención prenatal fue la obstetra en 53.5%, familiares inician la atención de emergencia en 36%, fueron hospitalizadas en un 60.5%, necesitaron referencia el 58.8%, el parto/aborto fue atendido por personal de salud en 44.0%, el lugar de atención del parto/aborto fue hospital con 32.5%. Conclusiones: la razón de mortalidad materna oscila entre 81.3 a 121.02 por 100000 nacidos vivos; para el 2014 se estima una razón de mortalidad materna de 111.5 por 100000 nacidos vivos. Según características las muertes maternas fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y puerperio inmediato en un mismo porcentaje; fallecieron en un establecimiento de salud; como causa de muerte fue hemorragia post parto. En cuanto a los factores asociados existe relación significativa con la multiparidad; gestantes no controladas, persona que atiende el parto/aborto y el lugar de atención del parto/ aborto (14).

Chávez M. (1992). En su estudio “Mortalidad materna en Hospital de apoyo I – integrado – IPSS Juanjuí 1988 – 1992”, San Martín Perú, estudio descriptivo, retrospectivo, encontrándose 18 muertes maternas en los archivos de la oficina de estadística, sobre 2385 nacidos vivos. Resultados: Una tasa de 75.47 x 10,000 nv. Que es alta al comparar con otros hospitales. La causa más frecuente de muerte materna es directa con el 77.77%, dentro de ella infección puerperal ocupa el primer lugar con el 27.77% seguido por la hemorragia y el aborto con el 22.22% respectivamente. El 53.84% de las muertes maternas ocurren en primigestas. El 55.55% fallecieron en las primera 24 horas (muerte no institucional). El 100% de las pacientes no tuvieron control prenatal. El 61.11% fueron pacientes que han sido atendidas fuera del hospital y llegaron en condiciones grave de salud (15).

1.3. Bases teóricas

1.3.1. Mortalidad Materna

La mortalidad materna está definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada al proceso de gestación, sin tener en cuenta la duración de éste. La mortalidad materna constituye un agudo problema de salud pública, además de representar una violación a los derechos humanos de las mujeres, ya que atenta contra sus derechos a la salud y a la vida, a no ser discriminadas, a no ser violentadas, entre otros.

La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna). El sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna en el año 2012, notificó 452 defunciones de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, de ellas el 67% (302 defunciones) correspondieron a muertes maternas de causas directas, 28% (126 defunciones) a causas indirectas y 5% (24 defunciones) a causas incidentales. En consecuencia, teniendo en cuenta la definición de muerte materna (defunciones de causas directas e indirectas) se considerarían 428 muertes maternas notificadas hasta la semana epidemiológica 52 (16).

Muerte materna directa

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. En los países de América predominan las causas obstétricas directas de muerte, que superan el 70%. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre las causas médicas primarias figuran la hemorragia (25%), la septicemia (15%), las complicaciones del aborto (13%), la eclampsia (12%) y el parto obstruido (8%). Las mujeres con complicaciones obstétricas mueren generalmente en un plazo de 48 horas. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de morbilidad y mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública. Las defunciones causadas por la hemorragia y la septicemia están más relacionadas con el propio parto. La hipertensión del embarazo es un riesgo importante de morbilidad y

mortalidad materna. El aborto, especialmente aquel que es provocado, es un problema importante de salud pública (17).

En nuestro país las causas directas son las más frecuentes, pero sin embargo algunos estudios informaron que las enfermedades hipertensivas fueron las más frecuentes de las causas directas; así podemos encontrar que la Dirección General de Epidemiología (DGE), para el año 2012, afirmaron que las causas directas produjeron un 71% de las muertes maternas y el 29% eran por causas indirectas. Del total de muertes maternas la mayoría fueron por causas hemorrágicas con el 35.5%; seguida por enfermedad hipertensiva del embarazo, seguida por infecciones, etc. Y de las causas hemorrágicas, la retención placentaria fue la más frecuente con el 44%, seguido por la atonía uterina con el 17%, la retención de restos con el 10%, etc. (18).

En el año 2013, el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (INMP), publicó en su boletín epidemiológico que para el periodo del 2006 al 2013, el 72% de las muertes maternas fueron de causas directas, y el 28% por causas indirectas. Siendo la pre-eclampsia la causa más frecuente de muerte materna con el 65% de los casos, seguido por aborto con el 15%, hemorragia con 12% e infecciones como sepsis con el 8%. Al revisar los casos de muerte materna de causa indirecta, observamos que el cáncer 21%, las Neumopatías (Neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, Bronconeumonía, Edema pulmonar, etc.) 21%, TBC 16% y cardiopatías 16% son las principales causas de muerte materna indirecta (19).

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

- **Hemorragia Obstétrica:** que incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto que puede estar asociada con afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinolisis, hipofibrinogenemia, traumatismos obstétricos y hemorragia post parto (19).

- **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 (19).
- **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 (19).
- **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 (19).
- **Parto obstruido.** Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del producto o por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal (19).
- **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 (19).

Muerte materna indirecta

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una

enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en:

- **Enfermedades infecciosas.** Ej. Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.
- **Enfermedades metabólicas y endocrinas:** Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.
- **Procesos tumorales:** Ej. Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.
- **Otras patologías:** Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros (19).

Muerte materna incidental o accidental

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas (19).

1.3.2. Características Sociodemográficas

En Loreto en el año 2005, Vásquez J., encontró reportes de 124 muertes maternas. La razón fue 194,7 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Las causas directas representaron 54,1% del total de las muertes maternas y dentro de ellas las hemorragias fueron 33,9%, las enfermedades hipertensivas de la gestación 8,9% y las infecciones 8,1%. Las causas indirectas significaron 43.5% y dentro de ellas la malaria grave representó 14.5%, no encontró relación estadísticamente significativa entre la muerte materna y edad de la madre, la paridad, lugar de procedencia, lugar de fallecimiento, estado civil, grado de instrucción, momento del inicio de la atención prenatal e intervalo entre la última atención prenatal y el momento de la muerte. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la muerte materna y la menor edad gestacional ($p=0.01223$), el puerperio ($p=0.000001$), la ausencia

o deficiencia del control prenatal ($p=0.0255$), la demora en solicitar ayuda ($p=0.01869$) y la demora en el traslado de La paciente ($p=0.1869$) (20).

Son múltiples los factores epidemiológicos relacionados a la mortalidad materna en general por lo que se detallarán algunas:

- **Edad materna y Ocupación**

El riesgo de mortalidad materna para las mujeres de 20 a 24 años suele ser menor. Las probabilidades de muerte materna parecen aumentar de manera significativa con la edad después de 25 años de edad. El mayor riesgo de mortalidad materna en relación con la edad materna elevada, se asocia con la maternidad tardía. La probabilidad media de la mortalidad materna para las mujeres mayores de 35 años es mayor que para las mujeres en los 20 - 24 años por un factor de 3.7, después de controlar los efectos de la asistencia prenatal, el nivel de la educación y la variación aleatoria entre los hospitales (21).

A su vez en una evaluación Lubbock L. (2008) señala que la media de edad de mujeres que presentaron muerte materna fue de 26 años. La asociación entre la edad, estado civil y paridad, son conocidas predictores de muerte materna. El embarazo a edad muy temprana es un riesgo adicional de parto en todo el mundo. Después de los 30 a 35 años de edad el riesgo de mortalidad materna también se incrementa. Este riesgo es especialmente importante en los países en desarrollo, donde las mujeres mayores tienen con frecuencia numerosos hijos. En conjunto la edad y la paridad, son factores de riesgo usados frecuentemente para definir el alto riesgo materno. Además la edad y la paridad, están consideradas determinantes de pobreza e importantes en cuanto a mortalidad materna y puede ser atribuida a condiciones desfavorables en los servicios de salud (22, 23).

Según la Dirección General de Epidemiología del MINSA para el periodo 2002 al 2011, agrupando las edades para establecer alguna relación con el riesgo de morir, evidenciamos que existe un leve aumento en la proporción de muertes maternas en la etapa de vida adolescente y joven, de 6.0% a 6.6% en la etapa de vida adolescente (< 18 años) y de 42.9% a 44.6% en la etapa de vida joven (18 – 29 años). La etapa adulta proporcionalmente acumula el 50.0% del total de muertes maternas, con una tendencia al descenso. La variación en las etapas de vida se presentó sin significancia estadística. La razón de muerte materna es mayor en el ámbito rural que en la urbana, siendo el grupo etario de 15 a 19

años en el ámbito rural el que presentó la mayor Razón de Muerte Materna (RMM), presentando una tendencia a la reducción en el periodo 2007-2011. Además se observa en el periodo 2007-2011 un incremento de la RMM en los grupos etarios de 20 a 24 años y de 45 a 49 años. En el ámbito urbano, el grupo etario de 15 a 19 años presenta la mayor RMM y su tendencia en el tiempo es al incremento para el periodo 2007-2011, observándose también incremento de la RMM en el grupo de 10 a 14 años. En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje de muertes maternas se presentaron en el estado civil casada, 61.9% (IC 95% 60.3% - 63.4%). Le siguen en magnitud, las mujeres de estado civil conviviente con un 22.1%, con una evidente tendencia al incremento en el último periodo de análisis. La tendencia es al aumento en el estado civil soltera, de 13.9% a 16.3%, y de 0.6% a 46.9% en mujeres convivientes. En cuanto a la Ocupación la principal ocupación de las mujeres que fallecieron a causa de las complicaciones obstétricas y no obstétricas, es la de ama de casa, factor que a lo largo del periodo 2002-2011 representó el 84.9% (IC 95% 38.1 – 86.6) del total de muertes (24).

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna para el año 2012, de las 428 muertes maternas notificadas, el 9,6% (41) ocurrieron en mujeres adolescentes (12 a 17 años de edad), el 45,8% (196) ocurrieron en mujeres jóvenes (18 a 29 años) y el 44,6% (191) ocurrieron en mujeres adultas (30 a 59 años). La edad de las fallecidas varió entre 13 y 45 años, con un promedio de 28 años. A nivel internacional se considera adolescente al grupo entre 10 a 19 años, observándose que en este grupo etario se notificaron 70 defunciones lo que representa un 16.4% en relación al total de muertes maternas.

- **Estado civil**

La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. Ello ocurre especialmente porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de la familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda (21).

El sistema de vigilancia epidemiológica para el año 2012, anunció sobre el estado civil, la mayoría viven en una unión estable de convivencia o casadas (74,4%), habiendo llegado a cursar el nivel primaria y secundaria en mayor proporción (70,5%), la ocupación de estas mujeres son amas de casa (76,7%) (16).

- **Grado de instrucción:**

Evaluando mortalidad materna en un país de África, Konteh (1990), revela una alta tasa de analfabetismo, ya que la mayoría de las mujeres nunca habían asistido a alguna institución educativa. Un número considerable de mujeres tenían solo educación primaria y la proporción de mujeres que iban a la escuela disminuyó con la residencia en zonas distantes. Muchos estudios sostienen que la utilización de servicios médicos se incrementa con el nivel de educación. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar si existe una asociación entre la mortalidad materna y educación de la mujer, sin embargo el nivel de educación no fue considerado como factor de riesgo en el análisis multivariado (25).

La educación materna estuvo negativamente asociada con la mortalidad materna. El promedio de odds ratio de mortalidad materna de mujeres con educación secundaria comparado por encima de aquellas cuya educación es primaria o educación no formal es de 0.56; el autor no menciona intervalos de confianza. En otro estudio realizado por Álvarez J, Gil R, Hernández V, et al (2009); señalan que la falta de educación formal básica es un factor asociado con las tasas de mortalidad materna. Uno de los principales factores que se ha documentado es la educación materna donde los hallazgos ya mencionados muestran variabilidad en sus resultados, sin embargo, en la presente revisión no se ha encontrado evidencia sólida que sugiera que la mortalidad materna esté directamente relacionada con la educación de la mujer (26).

- **Paridad**

La asociación entre paridad y mortalidad materna tiene una alta significancia sobre todo en las mujeres que tienen más de cinco hijos. ROMERO et al. En estudio realizado en México, asevera que en 110 casos de muertes maternas estudiadas, la media de la paridad fue de 3.6 y de los 440 controles la media fue 2.4 para una probabilidad de 0.001. A su vez HOJ, et al. (2002), en estudio de casos y controles realizado en áreas rurales de Guinea Bissau de las 85 muertes maternas estudiadas el 29% de los casos y los controles respectivamente tenían más de 6 hijos. La multiparidad en mujeres de cualquier edad representa más peligro que el segundo o tercer nacimiento. En Jamaica, las mujeres en su quinto a noveno embarazo, tienen 43% más probabilidades de morir que las mujeres en su segundo embarazo (27).

Los primeros nacimientos de riesgo deben ser manejados con mayor cuidado, pero se deben formular recomendaciones en cuanto a demorar el primer embarazo hasta algunos años después de la adolescencia. Los embarazos de mujeres de más edad tienden a ser de alta paridad. Existe asociación entre la multiparidad y el riesgo de muerte materna.

- **El periodo intergenésico**

Es una connotación importante. Un intervalo entre embarazos de menos de seis meses y más de cincuenta y nueve meses, está asociado con un mayor riesgo de resultados maternos adversos (28).

- **Procedencia**

Ronsmans (2003), describen que los intervalos de confianza son amplios, pero la mortalidad materna fue significativamente mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Se observó una notable agrupación de los niveles de uso de servicios en las zonas urbanas y rurales. Análisis estratificado en zonas urbanas y rurales no reveló una tendencia clara, sin embargo, ninguna de las asociaciones dentro de los estratos fueron significativas. Este estudio revela grandes desigualdades en el acceso a la atención obstétrica y los niveles de mortalidad materna en las zonas urbanas y rurales en África del oeste. La mayoría de las mujeres rurales dan a luz en casa, en la ausencia de atención especializada, mientras que las mujeres urbanas tienden a dar a luz en un hospital con un personal calificado. Al mismo tiempo, la mortalidad materna es muy alta en las zonas rurales, y sustancialmente más bajas en las zonas urbanas. Sin embargo, dentro de las áreas urbanas o rurales, no hubo asociación evidente entre la mortalidad materna y la atención obstétrica especializada, los nacimientos en el hospital o las cesáreas (29).

1.3.3. Factores clínicos

- **Lugar de Ocurrencia de la muerte**

Bashour H, Asmaa A, Jabr A, et al. (2009), describen las muertes maternas según lugar del parto y lugar de ocurrencia de la muerte. Comparando la información de prevalencia de muertes maternas desglosándolos en tres grupos los hallazgos fueron: las mujeres que parieron en casa; se encontró que la muerte de la madre en casa equivale al 13.3%, mujeres que murieron durante el traslado al hospital corresponden al 31 % y las que murieron en el hospital al 55.6%. En el grupo de madres que parieron en el hospital se encontró que las

que murieron en casa corresponden al 1.8%, murieron durante el traslado al hospital un 3.5% y mujeres que murieron en el hospital un 94.7%. Y el grupo de mujeres que parieron en clínicas privadas pero murieron en la casa un 21.4%, las que murieron durante el traslado al hospital 78.6%; en este grupo no hubo fallecidas en el hospital (30).

Walraven (2000), en otro estudio señala que el 33% de las muertes maternas ocurrieron en la casa, 33% en el Centro de Salud, 27% en el Hospital y el 5% durante el traslado. La distancia a los centros de salud y de la región de nacimiento, no son considerados factores de riesgo en la proyección oficial del programa materno infantil, pero tienen una mayor importancia más que la edad y la paridad de la mujer. La mujer tendría que dejar a su familia, a menudo durante un mes o más. Sólo un hospital en las zonas rurales de Guinea-Bissau ofrece instalaciones para la madre en caso de espera, así que en la mayoría de los casos la parturienta tiene que tramitar alimento y refugio. Aunque muchas mujeres no siguen los consejos que reciben, ya que es claramente poco realista, factores de riesgo deben ser evaluados cuidadosamente antes de ser ejecutado por el sistema de atención primaria. En los países en desarrollo gran parte de las mujeres que mueren en los hospitales por causas asociadas con el embarazo llegan muy tarde para prestarles atención eficaz. Es claro que la gran mayoría de muertes maternas pueden evitarse por medio del manejo y atención tanto adecuada como oportuna, como señalan las bajas tasas de mortalidad materna de los países desarrollados (31).

En nuestro país la Dirección General de Epidemiología (DGE), del MINSA, publicó el 2013 que la mayoría de las muertes maternas ocurrieron en los establecimientos de salud, con un 54% de los casos; un 29% de las muertes ocurrieron en los domicilios, el 14% fallecieron durante la referencia y 3% se desconocían (18).

- **Etapa o momento obstétrico que se produjo la muerte**

Según la DGE del MINSA; para el periodo 2002 al 2011, se produjo 6846 muertes maternas, 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. Según los datos obtenidos el 4.6% fueron los casos relacionados con el aborto de los que no se precisa si la muerte materna ocurrió antes de la expulsión del feto o posterior a ello. En el análisis de la tendencia, en el periodo 2007-2011 se aprecia una reducción del porcentaje de muertes maternas en el puerperio; sin embargo, observamos un incremento

por encima del 70% de muertes maternas más durante el primer y tercer trimestre del embarazo. Para este mismo periodo se obtuvo 90 muertes maternas x 100000 nv. de tipo directas, 18 muertes x 100000 nv de muertes indirectas y solo 3.2 muertes x 100000 nv. de muertes incidentales.

También se demostró una disminución de las muertes maternas en el puerperio, principalmente en el puerperio inmediato que comprende el tiempo de más de 2 horas menos de 24 horas post parto o aborto, se observa también reducción en la etapa del puerperio mediato así como en el puerperio tardío es decir entre el 2° y 42° días post parto o aborto. No se observa la misma tendencia en el puerperio inmediato post parto o post aborto (tiempo comprendido a las 2 primeras horas post parto o aborto) que ha presentado incremento, esta observación posiblemente está relacionada con la primera causa de muerte materna que son las hemorragias obstétricas. Además se observa un incremento importante de las muertes maternas durante la gestación, principalmente en el primer y tercer trimestre del embarazo (24).

- **Atención 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. Especial atención debe prestarse a través de la buena calidad de la atención prenatal a las mujeres con riesgo reconocido, factores tales como una enfermedad crónica o antecedentes de muerte fetal. Atención obstétrica de emergencia también necesita ser fortalecida (30).

En 1994 el grupo técnico de trabajo en cuidados prenatales de la OMS recomendó un mínimo de cuatro visitas prenatales, muestra que la media del número de visitas prenatales en mujeres que presentaron muerte materna fue de 4.6 frente al 7.1 de visitas en mujeres que no tuvieron muerte materna. Los hallazgos sugieren que las mujeres deben ser educadas acerca de la importancia del control prenatal. El profesional de salud debe estar capacitado para reconocer las complicaciones obstétricas en una fase temprana y remitir los casos de alto riesgo a centro especializados de manera oportuna (10).

En Nuestro País la DGE informó que del total de muertes maternas, se observa que tuvieron controles prenatales (CPN) el 72.2% (IC 95% 70.7% - 73.7%). La tendencia de esta

característica es al aumento en relación al último periodo de análisis, dato que no debe llamar la atención, al haberse ampliado la cobertura de este y otros servicios asociados. Al realizar el contraste estadístico de la presencia del control pre-natal entre periodos, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Existe suficiente evidencia científica que afirma que la presencia de controles prenatales no garantiza el proceso final de la gestación, sin complicaciones y que se deben a otros factores relacionadas con la respuesta de atención de las complicaciones obstétricas, tales como la atención oportuna de la emergencia o referencias adecuadas. Para el análisis se ha tomado en cuenta la información que se consigna en las fichas de investigación epidemiológica, consignando la categoría si tuvo o no tuvo control prenatal independiente del número de controles pre natales que recibió la mujer (24).

1.4. Justificación

La crisis económica, política y social, que nuestro país viene atravesando por varias décadas, tiene impactos negativos en nuestra población cuyos efectos más relevantes son la existencia de altas proporciones de pobladores que viven en situación de pobreza y marginados de los servicios esenciales como educación y salud. Según la ENDES 2018, el 40% de las mujeres en edad fértil tienen un nivel de instrucción primaria o menos, la tasa de natalidad en las áreas rurales y sectores marginales de las ciudades alcanza niveles superiores a 30 por mil al año, solamente el 32% de las mujeres practican la contracepción con métodos eficaces, en las zonas rurales el 27% de las gestantes no recibieron atención prenatal en tanto que el 75% señaló como lugar del parto su domicilio (32).

En esta situación, el deterioro de la salud materna y el bajo acceso de las mujeres gestantes a los servicios de salud originan cientos de muertes relacionadas con el embarazo, las que muestran mayor frecuencia en las áreas rurales y zonas deprimidas de las ciudades, donde la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel de instrucción, los escasos niveles de ingreso, la marginación social y el deplorable estado de salud, muestran niveles alarmantes, esta realidad es aún mayor en la región Loreto sobre todo por el difícil acceso a los servicios de salud sumado a su difícil geografía en algunas zonas.

La incidencia de la mortalidad materna en el país según el informe de la última ENDES 2018, habría sido de 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos, pero nuestro país se

caracteriza por la existencia de grandes disparidades regionales y departamentales, de ahí que se considere necesario ampliar la investigación a un mayor nivel de desagregación, con el fin de focalizar las regiones y departamentos donde la incidencia de la mortalidad materna sea mayor, de ahí la importancia de realizar este estudio para conocer aún más a las pacientes que sufren muerte materna. Ante esta realidad, reconocer los factores epidemiológicos y clínicos de la mortalidad materna servirá de guía a estudios de mayor cobertura que serán fundamentales para orientar las políticas sociales, y definir las acciones en salud pública (32).

Este trabajo es beneficioso para la sociedad, porque la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud mundial, pese a los esfuerzos de cada día. En las Regiones de las Américas, cada veinticinco minutos se produce una muerte materna. Por décadas el Perú se ubicó entre los tres primeros países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos), según estudios recientes de la “Organización Mundial de la Salud”, Perú registra un 64% menos de decesos relacionados con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Asimismo fue catalogado dentro de la categoría de baja mortalidad materna – menos de 100 muertos (89 exactamente) por cada 100 mil nacidos entre 1990 y 2013. A veces la Mortalidad Materna ocurre por la falta de acceso a los establecimientos salud y el desinterés por parte de la familia para la atención prenatal (3).

Esta investigación se realiza con el propósito de indagar, sobre los principales factores sociodemográficos y clínicos que llevan a la Mortalidad Materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017, para así poder educar a la población sobre la importancia de la atención prenatal en la gestación, el parto y la atención esencial en el puerperio.

El presente proyecto de investigación es factible, porque se cuenta con la colaboración de la oficina de epidemiología del Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017. Por lo que ayudará a analizar sobre los factores de riesgo que intervienen en la Mortalidad Materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017, como centro de referencia.

La presente investigación, contribuye a tomar conciencia acerca de la importancia que una muerte materna representa para la población, a los entes públicos regionales, al personal médico u otros encargado de la atención; con vista a incrementar sus conocimientos sobre la prevención de las muertes maternas con el mejoramiento de la atención materna y

condiciones de la misma (no solo en el momento del parto, sino también durante todo el embarazo y puerperio), con la consecuente disminución de las muertes maternas, repercutiendo esto en la conservación de la estructura familiar al evitarse la pérdida de la vida de este pilar fundamental que constituye la madre, se espera que además sirva de referencia a las diferentes instituciones gubernamentales para que se le preste cada día más importancia a la mortalidad materna y la necesidad de realizar seguimientos y evaluaciones periódicas de los programas de atención materna y reproductiva, para que de esta manera sean corregidas las fallas encontradas precozmente, pues solo así se lograra realizar una atención materna más efectiva, que contribuya a las disminución de los riesgos y por ende de las muertes maternas a nivel regional y nacional para que se continúen haciendo estudios que contribuyen de una manera u otra a perfeccionar las ejecución y funcionamiento de los diferentes programas de salud.

1.5. Problema:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar y describir los factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.

2.2. Objetivos Específicos

1. Determinar la razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017 para el periodo de estudio.
2. Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes, como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.
3. Conocer e identificar los factores clínicos: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el

parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.

2.3. Hipótesis de investigación:

Existen factores sociodemográficos y clínicos afines a la muerte materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 – 2017.

2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Variable Única: Factores de la Muerte Materna	Factores sociodemográficos y clínicos que conllevan a la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada al proceso de gestación	Factores sociodemográficos, conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas que conllevan a la muerte materna. Se medirá a través de: edad, estado civil, grado de instrucción ocupación, procedencia y paridad	Factores sociodemográficas	Edad	Menor de 19 años De 19 a 29 años De 30 a 39 años De 40 a más años	Ordinal
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada	Nominal
				Grado de instrucción	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleto Superior completo	Nominal
				Ocupación	Ama de casa Empleada Obrera Comerciante Agricultora Otro (especifique)	Nominal
				Procedencia	Urbana Rural Urbano Marginal	Nominal
				Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Nominal
				Factores clínicos,	Factores clínicos,	Factores clínicos

		<p>Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de la muerte materna. Se medirá a través de: causas directas, causas indirectas, causas incidentales o accidentales, atención prenatal, lugar de ocurrencia de muerte, lugar de producido el parto y etapa en que se produjo la muerte</p>		Pre-eclampsia Eclampsia Infecciones Aborto Parto obstruido Otros (especifique)	
			Causas Indirectas	TBC Neumopatías Enf. Metabólicas y Endocrinas Cáncer ACV Malaria Otros (especifique)	Nominal
			Causas Incidentales o accidentales	Accidentes de tránsito Caídas accidentales Accidentes de trabajo Ahogamiento, Aplastamiento Asfixia Envenenamiento Asesinato Otros (especifique)	Nominal
			Atención Prenatal	Adecuado (6 controles hasta las 40 semanas o 4 controles hasta las 32 semanas).	Nominal
			Lugar de ocurrencia de la muerte	EE. SS Domicilio Durante la Referencia Lo ignora	Nominal
			Lugar de producido el parto	EE. SS Domicilio Durante la Referencia Lo ignora	Nominal
			Etapa en que se produjo la muerte	Gestación Parto Puerperio	Nominal

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación fue del tipo descriptivo, porque el propósito es determinar y describir los factores clínicos de la muerte materna, en el Hospital Santa Gema Yurimaguas del 2012 al 2017, y es Retrospectivo, porque se va a utilizar la información de las historias clínicas del Hospital Santa Gema Yurimaguas del 2012 al 2017 con anterioridad a la ejecución de la presente investigación

3.2. Diseño de la investigación

El estudio fue de diseño descriptivo simple y se esquematiza de la siguiente manera:



M = muestra, casos de muertes maternas en el Hospital Santa Gema Yurimaguas del 2012 al 2017

X₁ = Factores sociodemográficos

X₂ = Factores clínicos

3.3. Universo, población y muestra

Universo:

Estuvo constituido por todas las muertes maternas suscitadas, en el Hospital Santa Gema del 2012 al 2017

Población:

Estuvo conformada por todas las muertes maternas suscitadas, en el Hospital Santa Gema del 2012 al 2017

Muestra:

La muestra estuvo constituida por el 100% de población, que son todos los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Santa Gema del 2012 al 2017 y que cumplen con los criterios de inclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Muerte materna (Directa, Indirecta e incidental) durante el embarazo o 42 días después del parto.
- Historia clínica accesible y con información requerida completa.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Muerte materna en otra institución de salud.
- Historia clínica con información requerida incompleta.

3.4. Procedimiento

- Se realizó la revisión bibliográfica y se procederá a elaborar el proyecto de investigación.
- Se presentó el proyecto de investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Se socializó el proyecto con los directivos del Hospital Santa Gema Yurimaguas para acceder a la ejecución.
- Posteriormente se solicitó formalmente la autorización para acceder a las historias clínicas del Hospital Santa Gema Yurimaguas.
- Se capacitó al personal respecto al contenido y proceso de la recolección de la información.
- Se aplicó de la ficha de recolección de datos, la cual fue llenada minuciosamente previa revisión de historias clínicas a fin de recabar íntegramente toda la información necesaria.
- Una vez recogida la información se tabularon y se analizaron los datos.
- Posteriormente se elaboró el informe de tesis.
- Se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud para su revisión, aprobación y designación de jurado.
- Finalmente se procederá con la sustentación de la tesis.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la revisión documental a través de la revisión de historias clínicas. Como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para

la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información sobre los factores sociodemográficos y la segunda parte destinada a recolectar datos de los factores clínicos.

Las fuentes a utilizar fueron primarias y secundarias, comprendidas en la revisión de la Historia Clínica, que a su vez incluye la ficha de vigilancia epidemiológica e informe de investigación de muerte materna.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Se elaboró una base de datos informática y se ingresaron los datos en el programa SPSS versión 23 y Microsoft Office Excel 2007 para obtener las tablas y los gráficos. Las variables se presentaron como frecuencias y porcentajes. Para los datos de las variables numéricas con distribución normal se presentaron con medias y desviación estándar. Para los datos de las variables numéricas sin distribución normal se presentaron con mediana.

3.7. Aspectos éticos

El estudio no afectó la integridad de la usuaria porque se trabajó con historias clínicas, ni vulneró la información de la institución porque se solicitó la autorización respectiva para proceder con la recolección de información. Por lo tanto se respetaron los principios de libre decisión en la participación, justicia y no maleficencia.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017 para el periodo de estudio.

Razón de Muerte Materna		Frecuencia	RMM / 1,000 nv
2012	Nro. muertes maternas	2	0.000967118
	Nro. nacidos vivos	2068	
2013	Nro. muertes maternas	1	0.000519481
	Nro. nacidos vivos	1925	
2014	Nro. muertes maternas	3	0.001507538
	Nro. nacidos vivos	1990	
2015	Nro. muertes maternas	4	0.002072539
	Nro. nacidos vivos	1930	
2016	Nro. muertes maternas	0	0
	Nro. nacidos vivos	1888	
2017	Nro. muertes maternas	1	0.000465983
	Nro. nacidos vivos	2146	

Fuente: elaboración propia

La razón de mortalidad materna ha venido incrementándose hasta el año 2012 (RM= 0.000967118) al 2015 (RM=0.002072539), para luego descender en el año 2017 a RM=0.000465983.

Tabla 2. Factores sociodemográficos de las pacientes, como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.

	Características	Frecuencia	Porcentaje
Edad	< 19 años	4	36.4%
	19 - 29 años	4	36.4%
	30 - 39 años	3	27.3%
	≥ 40 años	0	0.0%
Estado civil	Soltera	7	63.6%
	Conviviente	4	36.4%
	Casada	0	0.0%
	Viuda	0	0.0%
	Divorciada	0	0.0%
Grado de instrucción	Analfabeta	2	18.2%
	Primaria incompleta	3	27.3%
	Primaria completa	2	18.2%
	Secundaria incompleta	3	27.3%
	Secundaria completa	1	9.1%
	Superior incompleta	0	0.0%
	Superior completa	0	0.0%
Ocupación	Ama de casa	7	63.6%
	Empleada	0	0.0%
	Obrera	1	9.1%
	Comerciante	1	9.1%
	Agricultora	2	18.2%
	Otros	0	0.0%
Procedencia	Urbana	4	36.4%
	Rural	6	54.5%
	Urbano - rural	1	9.1%
Paridad	Nulípara	5	45.5%
	Primípara	0	0.0%
	Múltipara	3	27.3%
	Gran múltipara	1	9.1%

Fuente: elaboración propia

Observamos que al identificar los factores sociodemográficos de los pacientes que terminaron en mortalidad materna encontramos: El 36,4% son menores de 19 años y de 19 – 29 años respectivamente y procedencia urbana, el 63,6% tienen un estado civil soltera y de ocupación ama de casa respectivamente, el 27,3% tienen un grado de instrucción primaria y secundaria incompleta respectivamente. El 45,5% son nulíparas.

Tabla 3. Factores clínicos: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.

	Características clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Causas Directas	Hemorragias	9	81.8%
	Pre-eclampsia	2	18.2%
	Eclampsia	0	0.0%
	Infecciones	0	0.0%
	Aborto	0	0.0%
	Parto obstruido	0	0.0%
	Otros	0	0.0%
Causas Indirectas	TBC	2	18.2%
	Neumopatías	9	81.8%
	Enf. Metabólicas y endocrinas	0	0.0%
	Cáncer	0	0.0%
	ACV	0	0.0%
	Malaria	0	0.0%
	Otros	0	0.0%
Factores incidentales	Accidentes de tránsito	11	100.0%
	Caídas accidentales	0	0.0%
	Accidentes de trabajo	0	0.0%
	Ahogamiento	0	0.0%
	Aplastamiento	0	0.0%
	Asfixia	0	0.0%
	Envenenamiento	0	0.0%
	Asesinato	0	0.0%
	Otros	0	0.0%
Atención prenatal	Adecuada	3	27.3%
	Inadecuada	8	72.7%
Lugar de ocurrencia	Establecimiento de salud	6	54.5%
	Domicilio	3	27.3%
	Durante la referencia	0	0.0%
	Lo ignora	2	18.2%
Etapa obstétrica de ocurrencia	Durante la gestación	3	27.3%
	Durante el parto	1	9.1%
	Durante el puerperio	7	63.6%

Fuente: elaboración propia

Entre las causas directas principales de mortalidad materna encontramos a las hemorragias (81.8%) y la pre-eclampsia (18.2%). Entre las causas indirectas tenemos a las Neumopatías

(81.8%) y la TBC (18.2%). Los accidentes de tránsito representan el 100% de los factores incidentales de muerte materna.

Del 100% de pacientes que recibieron atención prenatal solo el 27.3% fue adecuada y el 72.7% fue inadecuada. En cuanto al lugar de ocurrencia de la muerte el 54.5% fue en un establecimiento de salud y el 27.3% en domicilio. El 63.6% fallecieron durante la fase puerperal, el 27.3% durante la gestación y el 9.1% durante el parto.

Tabla 4. Factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Factores sociodemográficos		
Edad: < 29 años	4	72.80%
Estado civil: soltera	7	63.60%
Grado de instrucción: primaria	3	45.50%
Ocupación: ama de casa	7	63.60%
Procedencia: Rural	6	54.50%
Paridad: nulípara	5	45.50%
Factores clínicos		
Causa Directa: Hemorragia	9	81.8%
Causa indirecta: Neumopatías	9	81.8%
Factores incidentales: Accidentes de tránsito	11	100.0%
APN: Inadecuada	8	72.7%
Lugar ocurrencia: Establecimiento de salud	6	54.5%
Etapas de gestación de ocurrencia: Puerperio	7	63.6%

Fuente: elaboración propia

Entre los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, durante el periodo 2012 al 2017, encontramos; edad < 29 años (72.8%), estado civil soltera (63.6%), grado de instrucción primaria (45.5%), ocupación ama de casa (63.6%), procedencia rural (54.5%) y paridad nulípara (45.5%).

Entre los factores clínicos tenemos que la hemorragia es causa directa de mortalidad materna (81.8%), neumopatías como causa indirecta (81.8%), los accidentes de tránsito como factor incidental (100.0%), atención prenatal inadecuada (72.7%), el lugar de ocurrencia es en establecimiento de salud (54.5%) y la etapa de gestación de ocurrencia durante el puerperio (63.6%).

V. DISCUSIÓN

La mortalidad materna es considerada como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio, lo cual refleja problemas estructurales, tanto de acceso a los servicios de salud como cultural y económico, porque comúnmente son las mujeres de bajos recursos las que más mueren en estos periodos del parto. Por lo tanto la mortalidad materna es inaceptable, ya que va en incremento sobre todo en zonas vulnerables de nuestro país. Todo ello nos conlleva a poder entender que el Estado a través del Ministerio de Salud no está cumpliendo con su rol fundamental de asegurar el bienestar y vida a las personas.

En el presente estudio se pudo identificar que el primer resultado nos muestra la razón de mortalidad materna, la cual se ha incrementado del año 2012 (RM= 0.000967118) al 2015 (RM=0.002072539), para luego descender en el año 2017 a RM=0.000465983. Resultado que se relaciona con Chávez M. (1992), quien encontró una tasa de muerte materna 75.47 x 10,000 nv. También se relaciona con Quispe H. (2014), quien encontró que la Mortalidad Materna osciló entre 81.3 a 121 por cien mil nacido vivos para el año 2014 estimando una razón de mortalidad materna de 111.5 por cien mil nacidos vivos. Igualmente se relaciona con Gómez J. (2014), quien encontró una RMM de 78.47 muertes maternas x 100000 NV.

Por lo mencionado podemos establecer que la razón de mortalidad materna va en incremento según los estudios realizados, condición que coloca en manifiesto que los programas de salud abocados a la reducción de la muerte materna no están dando resultados y amerita tomar acciones para revertir este indicador que pone en manifiesto la vulnerabilidad de las mujeres gestantes y perinatos.

El segundo resultado nos muestra los factores sociodemográficos de los pacientes que terminaron en mortalidad materna encontramos: El 36,4% son menores de 19 años y de 19 – 29 años respectivamente y procedencia urbana, el 63,6% tienen un estado civil soltera y de ocupación ama de casa respectivamente, el 27,3% tienen un grado de instrucción primaria y secundaria incompleta respectivamente, el 45,5% fueron nulíparas.

Resultados que se relacionan con Yupangui E. (2008), quien encontró predominio del grupo de edad de 20 a 29 años 67%, baja escolaridad 70%, menos de cinco controles prenatales

41%. Igualmente se relaciona con Donoso E, Carvajal J. (2012) quienes encontraron que los grupos de mujeres mayores de 40 años aumentó significativamente su tasa de natalidad ($r = 0.930$, $P < 0,001$), este grupo mostró la mayor mortalidad materna, especialmente en asociación con enfermedades intercurrentes. También se relaciona con Aggarwal A, Pandey A, Bhattacharya, B. (2007), quienes encontraron que los casos estudiados eran en su mayoría analfabetas, jóvenes, de alta paridad y falta de atención prenatal durante el embarazo ($P < 0,05$) en comparación con los controles. También se encontró la distancia del centro de salud de residencia a ser un importante factor de riesgo para la muerte materna ($P < 0,05$).

Por lo mencionado podemos establecer que las características sociodemográficas están vinculadas a las gestantes de edades extremas para desarrollar la enfermedad de hipertensión inducida al embarazo, así mismo es común las cualidades de acceso, bajo número de atenciones prenatales y escasos recursos socioeconómicos que los convierte en vulnerables para generar morbilidad o mortalidad materna perinatal, más aun si no se detecta oportunamente la hipertensión inducida a la gestación.

El tercer resultado evidencia las causas directas principales de mortalidad materna donde encontramos a las hemorragias (81.8%) y la pre-eclampsia (18.2%). Entre las causas indirectas tenemos a las Neumopatías (81.8%) y la TBC (18.2%), además los accidentes de tránsito representan el 100% de los factores incidentales de muerte materna. Además observamos que del 100% de pacientes que recibieron atención prenatal solo el 27.3% fue adecuada y el 72.7% fue inadecuada. En cuanto al lugar de ocurrencia de la muerte el 54.5% fue en un establecimiento de salud y el 27.3% en domicilio. El 63.6% fallecieron durante la fase puerperal, el 27.3% durante la gestación y el 9.1% durante el parto.

Resultados que se relacionan con Gómez J. (2014) quien encontró que la mayoría de muertes maternas estaban relacionadas a factores directos con el 80% de casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo son las más frecuentes y dentro de los factores indirectos, las Neumopatías y la TBC son las más frecuentes. El control prenatal fue adecuado en el 65%; el lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el establecimiento de salud 95% y 100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio. También se relaciona con Chalho V. (2014), quien encontró que el lugar de fallecimiento fue el hospital 71%, momento de

fallecimiento en el puerperio 52%, si tuvieron control prenatal 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras 54%. Dentro de las causas de Muerte Materna se encontró; directas con 58% (Enfermedad hipertensiva del embarazo 38%), indirectas de 31%, incidentales o accidental un 11%.

A su vez se relaciona con Delgado R. (2015) quien encontró que el 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio y el 86% fueron por causas directas. Las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (38.1%), atonía uterina (23.8%) y endometritis puerperal (14.3%). A su vez se relaciona con Quispe H. (2014) quien encontró que el 71.9% fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y el puerperio inmediato con un porcentaje similar de 42.1%, el 52.6% fallecieron en un establecimiento de salud, la causa de fallecimiento fue la hemorragia post parto en un 36.0%. Igualmente se relaciona con Chávez M. (1992), quien encontró que la causa más frecuente de muerte materna es directa con el 77.77%, dentro de ella la infección puerperal con el primer lugar con el 27.77% seguido por la hemorragia y el aborto con el 22.22% respectivamente. El 53.84% de las muertes maternas ocurren en primigestas. El 55.55% fallecieron en las primera 24 horas (muerte no institucional). El 100% de las pacientes no tuvieron atención prenatal. El 61.11% fueron pacientes que han sido atendidas fuera del hospital y llegaron en condiciones grave de salud.

Por lo mencionado podemos señalar que las causas directas de mortalidad materna son principalmente las hemorragias y la pre-eclampsia condición que se relaciona con los cambios físicos y biológicos de la madre durante la gestación que altera la circulación sanguínea y en especial los factores de coagulación. Sin embargo también están presentes las causas indirectas como las Neumopatías y la TBC que tienen que ver con el acceso a los servicios de salud y los factores socioculturales, que por su idiosincrasia actúan indiferentes a la problemática que padecen. Además los accidentes de tránsito resaltan grandemente como factores incidentales de muerte materna lo cual resalta el problema social que puede revertirse si trabajamos articuladamente con las autoridades locales para promover una conducta de autocuidado responsable para los conductores. En relación a la atención prenatal se resalta que puede realizarse en algunos lugares de rutina sin embargo demanda mayor evaluación clínica para llegar al diagnóstico precoz y oportuno, ya que ocurre la muerte mayormente en los servicios de salud, siendo el periodo puerperal el de

mayor riesgo a muerte materna, por lo tanto es el periodo al que debemos darle mayor interés e importancia.

El último resultado nos muestra los factores sociodemográficos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, periodo 2012 al 2017, donde se resalta la edad < 29 años (72.8%), estado civil soltera (63.6%), grado de instrucción primaria (45.5%), ocupación ama de casa (63.6%), procedencia rural (54.5%) y paridad nulípara (45.5%). Entre los factores clínicos tenemos la hemorragia como causa directa de mortalidad materna (81.8%), neumopatías como causa indirecta (81.8%), los accidentes de tránsito como factor incidental (100.0%), atención prenatal inadecuada (72.7%), el lugar de ocurrencia el establecimiento de salud (54.5%) y la etapa de gestación de ocurrencia el puerperio (63.6%).

Resultado que se relaciona con Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. (2012), quienes concluyen que entre los años 2003 y 2009, la hemorragia, los trastornos hipertensivos y sepsis fueron responsables de más de la mitad de las muertes maternas en todo el mundo. Más de una cuarta parte de las muertes se debieron a causas indirectas. También Donoso E, Carvajal J. (2012) quienes determinaron que el aumento de la tasa de natalidad en mujeres mayores de 40 años y su mayor tasa de mortalidad materna, probablemente obstaculicen el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio en Chile. Igualmente se relaciona con Gómez J. (2014), que encontró una razón de mortalidad materna (RMM) en el Hospital III-Essalud Iquitos una de las más altas del país con 78.4 por 100000 nacidos vivos, a mayor edad y paridad, mayor frecuencia de muerte materna. Asimismo se relaciona con Chalho V. (2014) quien encontró que la mortalidad materna se asoció a factores de riesgo tales como edades de 20 a 34 años, lugar de fallecimiento en hospitales, muerte materna durante el puerperio. Y tienen causas directas como la enfermedad hipertensiva del embarazo. Igualmente se relaciona con Delgado R. (2015) quien encontró entre los años 2000 y el 2015 predominantemente causas directas (86%), como la enfermedad hipertensiva del embarazo (38%). La totalidad de los casos tuvieron por lo menos una demora. El 86% de las occisas tenían como ocupación su casa y un 9% eran empleadas del hogar. El 38% de las occisas no tenían ninguna atención pre natal.

Por lo mencionado podemos establecer que entre los factores sociodemográficos presentes en la mortalidad materna resalta la edad < 29 años, el ser soltera, grado de instrucción

primaria (45.5%), ser ama de casa, procedencia rural y paridad nulípara. Entre los factores clínicos resaltan la hemorragia como causa directa de mortalidad materna y las neumopatías como causa indirecta, sin embargo los accidentes de tránsito como factor incidental es potencialmente importante atender ya que podemos revertir los mayores números de muerte maternas. Sin embargo tenemos que resaltar que el equipo de salud gestor y proveedor, debe dar especial importancia a la atención prenatal porque es donde podemos detectar los factores de riesgo según su evolución y las complicaciones, para atenuar o eliminar dicha condición y asegurar un adecuado acceso a los servicios de salud ya que son el lugar de mayor ocurrencia de muerte materna sobre todo en la etapa del puerperio.

VI. CONCLUSIONES

1. La razón de mortalidad materna se ha incrementado del año 2012 (RM= 0.000967118) al 2015 (RM=0.002072539), para luego descender en el año 2017 a RM=0.000465983.
2. Los factores sociodemográficos de las pacientes que terminaron en mortalidad materna fueron: 36,4% son menores de 19 años y de 19 – 29 años respectivamente, 36,4% de procedencia urbana, 63,6% son solteras, 63,6% de ocupación ama de casa, 27,3% tienen un grado de instrucción primaria, 27,3% secundaria incompleta, 45,5% son nulíparas.
3. Los factores clínicos por causas directas de mortalidad materna fueron las hemorragias (81.8%) y pre-eclampsia (18.2%). Entre las causas indirectas tenemos las neumopatías (81.8%) y la TBC (18.2%). Los accidentes de tránsito representan el 100% de los factores incidentales. La atención prenatal en el 72.7% fue inadecuada, de ellas la ocurrencia de la muerte fue en establecimiento de salud 54.5% seguido de domicilio 27.3%. El 63.6% fallecieron durante la etapa puerperal, 27.3% en la gestación y 9.1% en el parto.
4. Las muertes maternas en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, durante el periodo 2012 al 2017, presentaron como factores: edad < 29 años, estado civil soltera, grado de instrucción primaria, ocupación ama de casa, procedencia rural y paridad nulípara. Así como clínicamente hemorragias, seguido de neumopatías y accidentes de tránsito 100%.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital Santa Gema Yurimaguas y sector salud, buscar estrategias que permitan revertir el problema de incremento de la razón de mortalidad materna, a través de un trabajo articulado multidisciplinario y multisectorial que asegure compromiso de las autoridades sociales y de la propia persona para el autocuidado de la salud. Además deben promover la priorización de políticas de salud, programas y fondos para reducir las muertes maternas a nivel regional y global, abocadas a mejorar la disponibilidad y calidad de los datos relacionados con la mortalidad materna.
2. Al equipo directivo del Hospital Santa Gema Yurimaguas y del sector salud, fortalecer las competencias del personal de salud en la micro red y red de salud para ejercer apropiadamente la promoción y prevención de la salud y de la muerte materna enfocado a los factores sociodemográficos y clínicos de las pacientes sobretodo en mujeres adolescentes y jóvenes que son las que más mueren.
3. Al jefe del servicio de Ginecobstetricia del Hospital Santa Gema Yurimaguas, fortalecer las competencias del personal para ejercer apropiadamente la recuperación de la salud sobre todo en emergencia obstétrica (claves rojo, azul y amarilla) e implementar con los materiales, equipos e insumos necesarios para la atención, enfocando básicamente los factores clínicos de mortalidad materna principalmente las hemorragias, pre-eclampsia neumopatías y los accidentes de tránsito.
4. A las entidades formadoras, promover la investigación cualitativa que permita profundizar más las investigaciones de muerte marte, para conocer el sentir y actuar de la familia frente a los diferentes casos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millenium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health. April, OMS. 2004.
2. Australian Institute of Health and Welfare National. Perinatal Statics Unit. This report was endorsed at the 138th Session of Council on 15-16 March 2001.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas; 26a Conferencia. Sanitaria Panamericana. 54a Sesión del Comité Regional. Resolución. CSP26.R13 OPS/OMS y USAID: WDC. 2006.
4. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev. Perú Med. Exp Salud Pública. 2013;30 (3):461-4. Lima Perú 2012.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Distribución de Muertes Maternas, Perú 2014; red nacional de epidemiología. Lima Perú 2014.
6. EsSalud. Indicadores Básicos Institucionales 2009. Oficina de Salud Ocupacional e Inteligencia Sanitaria. Lima Perú 2009.
7. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. En su estudio “Las causas mundiales de muerte materna: Un análisis sistemático de la OMS”. [Artículo Científico] Lancet Glob Salud. 2014 Jun; 2 (6): e323-333. doi: 10.1016 / S2214-109X (14) 70227-X. Epub 2014 5 de mayo. [Citado el 19/11/2016] Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
8. Yupangui E. “Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas En El Cantón Saquisilí 2004-2008”. Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil – Ecuador. 2012. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1018/1/TESIS%20RIESGO%20DE%20MORTALIDAD%20MATERNA%20EN%20EMBARAZADAS.pdf>
9. Donoso E, Carvajal J. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del Milenio. [Artículo Científico] Rev.

Méd. Chile 2012; 140: pp1253-1262. [Citado el 20/11/2016] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n10/art03.pdf>

10. Aggarwal A, Pandey A, Bhattacharya B. Los factores de riesgo para la mortalidad materna en los suburbios de Delhi: Un estudio de casos y controles basado en la comunidad”. Artículo Científico. Medknow Publicaciones en nombre de Indian Journal of Medical Sciences Confianza Vol. 61, N°9, September 2007. Toronto Canadá. 2007. p517-526 [Citado el 20/11/2016] <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/55070>
11. Gómez J. Factores Epidemiológicos y Clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”. Iquitos Loreto Perú. 2014. 60p. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_2e5404608b11dc291fd24c9253af1577
12. Chalho V. Factores de riesgo y causas asociadas a la mortalidad materna en la región de salud Arequipa en el periodo 2004 – 2014. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura. Arequipa Perú. 2014. 111p. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3386/63.0652.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Delgado R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015. Tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina E.A.P. de Obstetricia. Lima Perú. 2015. 63p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4686/1/Delgado_er.pdf
14. Quispe H. Factores asociados a la Muerte Materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014. Tesis para optar el título de segunda especialidad en: alto riesgo obstétrico. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura. Cusco Perú. 2014. 97p. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5360/H8.0278.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Chávez M. Mortalidad materna en Hospital de apoyo I – integrado – IPSS Juanjuí 1988 – 1992”. Tesis para optar el título profesional de Obstetriz. Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. Facultad de Obstetricia. San Martín Perú. 1993. 40p. Disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/543/1/Maribel%20Chavez%20Flores.pdf>
16. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú. Boletín Epidemiológico 2012; 21 (52): 892 – 896. Lima. 2012.
17. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622 OPS: WDC. 2007.
18. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (DGE). Situación de la Mortalidad Materna. Taller Avances y Desafíos en Disminución de la Mortalidad Materna y Perinatal. En Regiones Priorizadas. MINSA, DGE, 2013.
19. Pérez C. Evolución de la Mortalidad Materno Perinatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Epidemiológico. Consolidado. Lima Perú. 2013.
20. Vásquez J. Factores Relacionados a la Mortalidad Materna en la Región Loreto, 1999 – 2002. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2005;51:196-202. Loreto Perú. 2002.
21. Romero G, Espitia A, Ponce A, Huerta L. Risk factors of maternal death in México. World Health Organization. 2007; 34(1): 21-25.
22. Lubbock L, Stephenson R. Utilization of maternal health care services in the Department of Matagalpa, Nicaragua. Pan American Journal of Public Health. 2008; 24(2), 75-84. EE.UU. 2008.
23. Souza J, Cecatti J, Faundes A, et al. Maternal near miss maternal death in the world health organizations. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88(2), 113-119. EE.UU. 2010.
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (DGE). Mortalidad Materna en el Perú. 2002 – 2011. Lima Perú. 2013.
25. Konteh R. Socio economic and other variables affecting maternal mortality in Sierra Leona. Community Development Journal. 1990; 49 – 64.

26. Álvarez J, Gil R, Hernández V, Gil A. Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2009; 9- 462.
27. Hoj L, Silva D Da, Hedegaard K, Sandstrom A. Factors associated with Maternal Mortality in Rural Guinea Bissau. *An International Journal of Obstetric & Gynaecology* 2002; 109(7),792-799.
28. Agudelo A, Belizan J. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *British Medical Journal* 2000; 1255-9.
29. Ronsmans C, Etard J, Walraven G, Hoj L, Dumont A, Bernis L, et al. Maternal Mortality and access to obstetric services in West África. *Tropical Medicine & International Health* 2003; 8(10), 940-948.
30. Bashour H, Asmaa A, Jabr A, Cheikha S, Tabbaa M, et al., Maternal mortality in Syria. *Trop Med Int Health* 2009; 1122 -1127.
31. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C. Maternal Mortality in rural Gambia. *World Health Organization* 2000; (5), 603.
32. INEI MEF. Peru: indicadores de resultados de los programas presupuestales primer semestre 2018. Encuesta Demográfica de Salud Familiar. Lima 2018. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf

IX. ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de Consistencia

Título: “Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema principal: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017?	Objetivo general: Determinar y describir los factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	Hipótesis general: Existen factores sociodemográficos y clínicos afines a la muerte materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.	Variable Independiente Factores sociodemográficos Definición Conceptual: Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas. Se medirá a través de: edad, estado civil, grado de instrucción ocupación, procedencia y paridad.	tipo de investigación: No experimental, cuantitativo, descriptivo y retrospectivo
Problemas específicos: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las pacientes como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017?	Objetivos específicos: Identificar los factores sociodemográficos de las pacientes, como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	Hipótesis específicas: Existen factores sociodemográficos como: edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y paridad, afines a la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017		Técnica: Análisis documental a través de la revisión de historias clínicas
¿Cuáles son los factores clínicos: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017?	Conocer e identificar los factores clínicos: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	Existen factores clínicos como: causas directas, causas indirectas y causas incidentales; atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de ocurrido el parto, etapa obstétrica en la cual se produjo la muerte (gestación, parto o puerperio); afines a la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017	Factores clínicos Definición Operacional: Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas. Se medirá a través de: causas directas, causas indirectas, causas incidentales o accidentales, atención prenatal, lugar de ocurrencia de la muerte, lugar de producido el parto, etapa obstétrica o de la	Instrumento: Se aplicará la ficha de recolección de datos que se ha confeccionado para la presente investigación, la cual será sometida al proceso de validación. La ficha de recolección de datos estará conformada por dos partes, la primera destinada a recolectar información sobre los factores sociodemográficos y la segunda parte destinada a

			gestación en la que se produjo la muerte.	recolectar datos de los factores clínicos
¿Cuál es la razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017?	Determinar la razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017.	La razón de mortalidad materna para el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017 es mayor al referente nacional		Población: Estará constituida por todas las muertes maternas suscitadas, en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017
				Muestra: La muestra lo constituye el 100% de población, que son todos los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012 al 2017

Anexo N° 02**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Estudio: Factores sociodemográficos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, 2012-2017.

Agradeceré a usted registrar la información veraz y precisa de esta ficha de recolección de información para el logro del siguiente objetivo Determinar y describir los factores sociodemográficos y clínicos de la mortalidad materna en el Hospital Santa Gema Yurimaguas 2012 al 2017.

Generalidades: esta información será utilizada en forma confidencial y acumulativa; por lo que la información debe ser veraz, precisa y confiable para ser realmente útil para la investigación.

Informantes: ninguno, los datos serán tomados de la Historia Clínica de los Casos de Muerte Materna ocurridos en el Hospital Santa Gema Yurimaguas, en el periodo 2012 al 2017.

I. Características sociodemográficas:

1. Edad:
 - a. Menor de 19 años ()
 - b. De 19 a 29 años ()
 - c. De 30 a 39 años ()
 - d. De 40 a más años ()
2. Estado civil:
 - a. Soltera ()
 - b. Conviviente ()
 - c. Casada ()
 - d. Viuda ()
 - e. Divorciada ()
3. Grado de instrucción:
 - a. Analfabeta ()
 - b. Primaria incompleta ()
 - c. Primaria completa ()

- d. Secundaria incompleta ()
 - e. Secundaria completa ()
 - f. Superior incompleto ()
 - g. Superior completo ()
4. Ocupación:
- a. Ama de casa ()
 - b. Empleada ()
 - c. Obrera ()
 - d. Comerciante ()
 - e. Agricultora ()
 - f. Otros () Especifique
5. Procedencia:
- a. Urbana ()
 - b. Rural ()
 - c. Urbano marginal ()
6. Paridad:
- a. Nulípara ()
 - b. Primípara ()
 - c. Multípara ()
 - d. Gran Multípara ()

II. Factores clínicos:

2.1.Causas Directas: Si () No (); si es si cual:

- a. Hemorragias ()
- b. Pre-eclampsia ()
- c. Eclampsia ()
- d. Infecciones ()
- e. Aborto ()
- f. Parto obstruido ()
- g. Otros () especifique _____

2.2.Causas Indirectas: Si () No (); si es si cual:

- a. TBC ()
- b. Neumopatías ()
- c. Enf. Metabólicas y endocrinas ()

- d. Cáncer ()
 - e. ACV ()
 - f. Malaria ()
 - g. Otros () especifique _____
-

2.3. Factores Incidentales: Si (); No (); si es si cual:

- a. Accidentes de tránsito ()
- b. Caídas accidentales ()
- c. Accidentes de trabajo ()
- d. Ahogamiento ()
- e. Aplastamiento ()
- f. Asfixia ()
- g. Envenenamiento ()
- h. Asesinato ()
- i. Otros () especifique _____

2.4. Atención prenatal adecuada: Si () No ()

(6 controles hasta las 40 semanas o 4 controles hasta las 32 semanas)

2.5. Lugar de ocurrencia de la Muerte Materna:

- a. Establecimiento de salud ()
- b. Domicilio ()
- c. Durante la referencia ()
- d. Lo Ignora ()

2.6. Lugar de producido el parto:

- a. EE. SS ()
- b. Domicilio ()
- c. Durante la referencia ()
- d. Lo Ignora ()

2.7. Etapa en la que se produjo la muerte materna:

- a. Durante la Gestación ()
- b. Durante parto ()
- c. Durante el puerperio ().