UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS ASOCIADAS A MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DURANTE EL PERIODO 2018

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

FRANK CLEVER RODRIGUEZ MONTES

PUCALLPA - PERU
2019

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS ASOCIADAS A MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DURANTE EL PERIODO 2018

1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

1.3 AUTORES

FRANK CLEVER RODRIGUEZ MONTES
BACHILLER EN MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

1.4 ASESOR

M.C. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
DOCENTE NOMBRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

1.5 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

1.6 INSTITUCIÓN QUE FINANCIA

AUTOFINANCIADO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, Primero a mis padres por el constante apoyo
que me brindaron en los buenos y malos momentos.
A mis hermanos que si no hubieran sido ellos
no sería la persona que ahora soy.
A mi abuelita que su sueño era verme profesional,
pero por cuestiones del destino no se pudo.
Y a toda mi familia.

AGRADECIMIENTOS

Primero agradecer a DIOS por darme salud y fuerza para seguir en este largo camino, agradezco a mis padres por haberme brindado la confianza y apoyo necesario para lograr este objetivo.

Agradezco a mis docentes, los cuales contribuyeron en mi formación profesional y como persona.

Agradecer a la Universidad Nacional de Ucayali, el alma mater, la cual dejare su nombre en alto, y prometo volver con más honores para contribuir con ella.

Agradecer al Hospital Regional de Pucallpa y personal que labora ahí por haberme apoyado en mis prácticas de pregrado. Sobre todo, al Hospital Amazónico, donde me acogieron de muy buena manera en una de mis últimas etapas como estudiante que es el INTERNADO, donde hice muy buenos amigos que me enseñaron y guiaron para ser un buen profesional.

ÍNDICE

Dedicatoria
Agradecimientos
Resumen
abstract
Introducción
CAPÍTULO I: PROBLEMA
1.1. Planteamiento del Problema 1
1.2. Formulación del Problema 2
1.3. Objetivos 3
1.3.1. Objetivo general 3
1.3.2. Objetivos específicos 3
1.4. Justificación 4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO 5
2.1 Antecedentes 5
2.1.1. Antecedentes internacionales 5
2.1.2. Antecedentes nacionales 6
2.1.3. Antecedentes locales 7
2.2 Bases Teóricas 9
2.3 Hipótesis 10
2.3.1. Hipótesis general 10
2.3.2. Hipótesis especificas 10
2.4 Variables de estudio. 11
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 12
3.1 Ámbito de estudio 12
3.2 Tipo de investigación 12
3.3 Nivel de Investigación 12
3.4 Método de Investigación 12
3.5 Diseño de Investigación 13
3.6 Población 13

3.6.1. Muestra 14
3.6.2. Muestreo 14
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 15
3.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 15
CAPITULO IV: RESULTADOS 16
4.1 Presentación de Resultados 16
4.2 Discusión 25
CONCLUSIONES 26
RECOMENDACIONES 27
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS 28
ANEXOS 31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01.- Muertes maternas evitadas durante el periodo de estudio. Pág. 16

Tabla 02.- condición de post cesareada de las pacientes. Pág. 17

Tabla 03.- lugar de procedencia de las muertes maternas evitadas Pág. 18

Tabla 04.- diagnóstico de preclamsia en muertes maternas evitadas. Pág. 19

Tabla 05.- diagnóstico de shock hipovolémico en muertes maternas Evitadas. pág. 19

Tabla 06.- ingresaron al servicio de UCI Pág. 20

Tabla 07.- diagnóstico de hemorragia postparto en las muertes maternas Evitadas. Pág. 21

Tabla 08.- relación entre el lugar de procedencia y hemorragia postparto. Pág. 22

Tabla 09.- relación entre el lugar de procedencia el diagnóstico de Preclamsia. Pág. 23

Tabla 10.- relación entre la procedencia y el diagnóstico de shock Hipovolémico. Pág. 23

Tabla 11.- relación entre la variable edad y las enfermedades más frecuentes de las muertes maternas evitadas. Pág. 24

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfica 01.- Muertes maternas evitadas durante el periodo de estudio. Pág. 17

Grafica 02.- condición de post cesareada de las pacientes Pág. 17

Grafica 03- edad de las muertes maternas evitadas. Pág. 18

Grafica 04- lugar de procedencia de las muertes maternas evitadas Pág. 18

Grafica 05- diagnóstico de preclamsia en muertes maternas evitadas. Pág. 19

Grafica 06- Presencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios Pág. 20

Grafica 07- ingresaron al servicio de UCI Pág. 20

Grafica 08- diagnóstico de hemorragia postparto en las muertes maternas evitadas Pág. 21

Grafica 09- relación entre la procedencia y la hemorragia postparto. Pág. 22

Grafica 10- relación entre la procedencia y el diagnóstico de preclamsia. Pág. 23

Grafica 11- relación entre la procedencia y el diagnóstico de shock hipovolémico. Pág. 24

RESUMEN

Objetivo principal: Determinar las características epidemiológicas y clínicas a asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.

Materiales y método: Estudio analítico de corte transversal, realizado en el hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2018.

Resultados: El estudio evaluó a un total de 346 muertes evitadas, siendo la atención de gestantes en el servicio de UCIO donde ocurrieron las principales muertes maternas evitadas (preeclampsia severa, cardiopatía severa, diabetes severa, renal severa, ofidismo, accidente de tránsito, etc.) Con un 74,88% La edad presento una mediana de edad de 26 años con rango intercuartilico de 21 – 33ños. El lugar de procedencia y la edad no se asociaron con los diagnósticos más frecuentes de muertes maternas evitadas (preclamsia, shock hipovolémico, hemorragia postparto) esto debido que su valor p fue mayor al 0,05.

Conclusiones: Según lo evaluado en nuestro estudio, Se concluye que las enfermedades más frecuentes son las de origen hemorrágico y de tipo hipertensivo. La edad no se asocia con los diagnósticos más frecuentes de las muertes maternas evitadas. El lugar de procedencia no se asocia con los diagnósticos más frecuentes de las muertes maternas evitadas. Se concluye que la edad promedio para la aparición de casos de muertes evitadas fue de 26 años. Se concluye que el distrito de procedencia con mayor representatividad fue el de Yarinacocha.

Palabras clave: muerte materna, preclamsia, hemorragia postparto, shock hipovolémico, lugar de procedencia, hipertensión (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

objective: To determine the epidemiological and clinical characteristics associated with maternal deaths avoided in the Amazonian Hospital during the 2018 period.

Materials and methods: Analytical cross-sectional study, carried out in the Amazonian hospital of Yarinacocha during the 2018 period.

Results: The study evaluated a total of 346 deaths avoided, being the care of pregnant women in the UCIO service where the main maternal deaths avoided (severe preeclampsia, severe cardiopathy, severe diabetes, severe renal disease, ophidism, traffic accident, etc.). .) With 74.88% Age showed a median age of 26 years with an interquartile range of 21 - 33 years. The place of origin and age were not associated with the most frequent diagnoses of maternal deaths avoided (preclaimsia, hypovolemic shock, postpartum hemorrhage) because their p-value was greater than 0.05.

Conclusions: As evaluated in our study, it is concluded that the most frequent diseases are hemorrhagic and hypertensive types. Age is not associated with the most frequent diagnoses of maternal deaths avoided. The place of origin is not associated with the most frequent diagnoses of maternal deaths avoided. It is concluded that the average age for the occurrence of cases of deaths averted was 26 years. It is concluded that the district with the highest representativeness was Yarinacocha.

Key words: maternal death, preclamsia, postpartum hemorrhage, hypovolemic shock, place of origin, hypertension (source: DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

El término muerte materna evitada (MME) se refiere al cuadro en que la gestante o puérpera presenta alguna complicación obstétrica con morbilidad extrema; donde es necesario una intervención médica oportuna para evitar la evolución natural de la enfermedad, evitándose así su fallecimiento (1). Forma parte de los objetivos de desarrollo a nivel mundial para disminución de la tasa de mortalidad materna (2).

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte materna evitada (MME) es el cuadro en que la gestante o puérpera presenta alguna complicación obstétrica con morbilidad extrema; donde es necesario una intervención médica oportuna para evitar la evolución natural de la enfermedad, evitando su fallecimiento (1). Forma parte de los objetivos de desarrollo a nivel mundial para disminución de la tasa de mortalidad materna (2).

La OMS estableció un modelo con intervención en tres momentos para disminuir las cifras de mortalidad materna. Estos momentos son: antes del embarazo con la planificación familiar; durante el embarazo y/o parto con la atención prenatal con el parto institucional y/o fortaleciendo el sistema de referencia contra referencia y la organización para atender la morbilidad obstétrica extrema (3,4,5).

Dentro de los principales diagnósticos de muerte materna encontramos: la hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva y el shock séptico (4-8). La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo, siendo la atonía uterina la causa más prevalente con un 40% (6,7). La enfermedad hipertensiva del embarazo se define mayor o igual de 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es la segunda de causa materna (4,5,8). El shock séptico, caracterizado por hipotensión arterial sostenida, acompañada de signos de disfunción orgánica en presencia de un foco infeccioso se convierte en la tercera causa (4).

Las emergencias obstétricas ponen en peligro inmediato la vida de la gestante. La posibilidad de intervenir sobre los factores intervinientes en la evolución natural de la enfermedad, clasifican a la muerte materna como evitable o inevitable. Luego la muerte materna como hecho biológico ocurre en circunstancias que no le fueron

proporcionadas las atenciones que según el contexto y protocolo debería recibir, la califica como una muerte materna evitable9 y por tanto injustificable (10,11,12).

Debido a la carencia de datos en relación a los factores epidemiológicos y clínicos asociados a muertes evitadas en la región de Ucayali, se hace necesario el desarrollo de esta investigación con el único fin de poder brindar datos actuales y mostrar nuestra problemática en salud pública.

Es de gran interés para la salud pública conocer la influencia de la pornografía en la salud sexual y mental en los colegios de Calleria – Pucallpa, para mejorar los estilos de vida a nivel familiar.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿cuáles son las características epidemiológicas y clínicas a asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018?

1.2.2. PROBLEMA SECUNDARIO

¿Cuál es la totalidad de muertes maternas evitadas en el hospital amazónico en el periodo 2018?

¿Cuáles son las causas de las muertes maternas evitadas en el hospital amazónico en el periodo 2018?

¿Cuáles es la prevalencia de las características clínico-epidemiológicas asociadas a las muertes maternas evitadas en el hospital amazónico durante el periodo 2018?

1.3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características epidemiológicas y clínicas a asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la totalidad de muertes maternas evitadas en el hospital amazónico en el periodo 2018.

Identificar la causa de las muertes maternas evitadas en el hospital amazónico en el periodo 2018.

Distinguir las características clínico-epidemiológicas asociadas a las muertes maternas evitadas de mayor prevalencia en el hospital amazónico en el periodo 2018.

1.4. **JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

El alto número de muertes materna identificadas a nivel nacional es un motivo para poder desarrollar la investigación.

Este estudio podrá identificar los factores epidemiológicos y clínicos que se asocian a las muertes no evitadas.

Se podrá identificar el diagnostico con mayor asociación a muerte materna evitada.
Permitirá reformular el manejo para las pacientes en riesgo de presentar una muerte materna

Por otra parte, la investigación contribuirá:

a) Sugerir una mayor educación a la gestante o puérpera con el fin de poder identificar correctamente aquellos factores que generen una muerte materna.
b) Disminuir en un futuro próximo los nuevos casos de muerte materna a nivel local.
c) Extrapolar nuestros datos a otras regiones del país que compartan la misma problemática.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

Neggers YH. (EE.UU, 2016)

La mortalidad materna es una gran preocupación mundial. Aunque una disminución notable en la mortalidad materna en los Estados Unidos ocurrió a mediados del siglo XX, este progreso se estancó a finales del siglo XX. Además, las tasas de mortalidad materna han aumentado a principios del siglo XXI. Alrededor del año 2000, la tasa de mortalidad materna comenzó a aumentar y desde entonces casi se ha duplicado. Dado que al menos la mitad de las muertes maternas en los EE. UU. Se pueden prevenir, el aumento de las muertes maternas en los EE. UU. Es histórico y preocupante (13).

Nathan LM (EE.UU, 2018)

Indicaron que la hemorragia obstétrica es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en el mundo. Las disparidades en la prevalencia de hemorragia obstétrica y su mortalidad relacionada, tanto a escala global como local en los Estados Unidos, indican que una proporción significativa es prevenible. En muchas partes del mundo, incluyendo los Estados Unidos, también ha habido un aumento inexplicable en las tasas de hemorragia posparto. Los esfuerzos deben centrarse en la implementación de un conjunto completo de herramientas / paquetes de hemorragia, que, según las investigaciones, pueden tener la posibilidad de reducir la morbilidad materna grave por hemorragia (14).

Filipek A, Jurewicz E. (EE.UU, 2018)

La preeclampsia, también conocida como EPH-gestosis, es un síndrome específico del embarazo. Afecta al 3-5% de las embarazadas y se caracteriza por edemas, hipertensión arterial y proteinuria. Además, en las mujeres con preeclampsia se diagnostica la disfunción de muchos órganos, como el riñón y el hígado, mientras que en el caso del feto se observa una restricción del crecimiento. La preeclampsia, cuando no se trata, puede llevar a la muerte. En los países de bajos ingresos, este trastorno es una de las principales causas de mortalidad materna e infantil. La preeclampsia predispone a las mujeres en la vejez a las enfermedades cardiovasculares. Hasta ahora, en los casos agudos de preeclampsia, la estabilización de la madre y el feto y, finalmente, la interrupción del embarazo en un momento óptimo solo puede considerarse (15).

World Health Organization (suiza, 2018)

Indican que se debe mejorar el cuidado de las mujeres durante el embarazo y en el momento del parto para prevenir y tratar la preclamsia y la eclampsia para el logro de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los esfuerzos para prevenir y reducir la morbilidad y la mortalidad debidas a estas condiciones pueden ayudar a abordar las profundas inequidades en la salud materna y perinatal a nivel mundial. Para lograr esto, los proveedores de atención médica, los administradores de salud, los encargados de formular políticas y otras partes interesadas necesitan recomendaciones actualizadas y basadas en evidencia para orientar las políticas y prácticas clínicas (16).

2.1.2. INVESTIGACIONES NACIONALES

Pozo Guerrero, M. R. (Perú,2015)

Realizaron una investigación para determinar la mortalidad materna en función al modelo de las tres demoras que desencadenaron el suceso, en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el período abril 2013 – mayo 2014. El estudio

presento un diseño mixto: Cuantitativa (tipo retrospectivo, descriptivo) y Cualitativa (mediante autopsia verbal). El universo fueron los casos de muertes maternas ocurridas en el HNDAC durante el periodo de estudio y para la muestra se tomaron el 100% de los casos que fueron 8. La razón de muerte materna durante el período de estudio en el HNDAC fue de0.002 X 100000 N.V. La primera causa de muerte materna en el HNDAC fue Hipertensión Inducida por el Embarazo, del total de casos que llegaron para atención. En relación a las Demoras encontradas, la de mayor frecuencia fue la Primera Demora, específicamente la falta de reconocimiento de signos de alarma por parte de las pacientes. En relación a las muertes maternas según las demoras, la de mayor frecuencia fue la primera, específicamente por la falta de reconocimiento de los signos de alarma y búsqueda oportuna de ayuda (17).

Jarquín, J. D., & Sagastume, E. A. (Perú,2018)

Buscaron conocer y describir los Factores Clínicos y Epidemiológicos de la Mortalidad Materna en el Hospital III-Essalud Iquitos del Año 2000 al 2014. Es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 20 muertes maternas en un periodo comprendido entre el año 2000 a 2014. El análisis estadístico fue con medidas de tendencia central. La relación de muertes maternas fue de 78.47 muertes maternas x 100000 NV. El 30% de las 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 Neuropatías y la TBC son las más frecuentes. El control prenatal fue adecuado solo en el 65% de los casos; El lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el Establecimiento de salud con el 95% y 100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio. Conclusiones: La razón de mortalidad materna (RMM); en el Hospital III-Essalud Iquitos es una de las altas del país con 78.4

por 100000 nacidos vivos, ya que el promedio nacional anual de RMM para Essalud es del 2.6 por 100000 nacidos vivos. A mayor edad y paridad, mayor frecuencia de muerte maternal (18).

Quispe Ramirez, D. T., & Oyola Loayza, E. E. (Perú, 2015)

Con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017, se realizó la presente investigación, de tipo descriptivo simple en una muestra de 177 historias clínicas, la recolección de los datos, se realizó mediante protocolo. Los tipos de emergencias obstétricas registrados fueron: shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9%. Las características epidemiológicas presentadas en los registros de los casos con emergencias obstétricas fueron; el 34.5% registran un rango de edad de 26 a 35 años; con una media de 27.6 años y una desviación estándar de ±8 años, el 80.2% eran convivientes, el 29.9% registran como procedencia el distrito El Porvenir, un 63.8% tuvo un promedio de 3.3 atenciones prenatales, según los antecedentes obstétricos el 74.6% no registró abortos, el 28.4% no registró recién nacidos a término previos. Según las características clínicas el 66.7% ingreso estable al hospital, el 63.8% tuvo parto por cesárea, el 46.3% ingreso a UCIM, el 51.4% tuvo una evolución favorable, la media de la estancia hospitalaria fue ±6.3 con una desviación estándar de ±5.2 días y en el 59.3% registró una condición de alta al egreso de sana (19).

2.1.3. INVESTIGACIONES LOCALES

Se carecieron de estudios a nivel local, esto se puede deber a que la variable principal no fue tomada para un periodo de 1 año.

2.2. BASES TEÓRICAS

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (20).

Para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna, los países han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 que consiste en reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial (20).}

En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, lo que representa un descenso de 42%; mientras que la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75%. En el 2016 se han producido 325 muertes maternas, lo que resulta un hecho muy importante, al consignar el menor número de muertes maternas en los últimos 20 años (21-23).

Este avance es muy significativo en lo que corresponde a la mejora de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, que además implica que el Perú está trabajando con un enfoque de derechos humanos fundamentales, que promueve la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres y sus parejas (24).

2.2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1) Muerte materna: La muerte del progenitor femenino.

2) Muerte materna evitada: es el cuadro en que la gestante o puérpera presenta alguna complicación obstétrica con morbilidad extrema; donde es necesario una intervención médica oportuna para evitar la evolución natural de la enfermedad, evitando su fallecimiento.

3) Hemorragia Posparto: exceso de pérdida de sangre por sangramiento uterino asociado a trabajo de parto o nacimiento. se define como pérdida de sangre mayor a 500 ml o una cantidad que afecta adversamente a la fisiología materna, como la presión sanguínea y el hematocrito. la hemorragia posparto se divide en dos categorías: inmediata (dentro de las primeras 24 horas del nacimiento) o retrasada (después de las 24 horas del posparto).

4) Hipertensión: presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada. en base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o más.

5) Atención medica: Conjunto de serviços que se proporcionan al individuo, con la finalidad de prevenir enfermedades, restablecer y proteger su salud (Material IV - Glosario de Protección Civil, OPS, 1992).

6) Paridad: Cantidad de progenie que ha tenido una hembra. Se diferencia de GRAVIDAD que se refiere al número de embarazos independientemente del resultado de los mismos.

2.3. HIPOTESIS

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: Existen características epidemiológicas y clínicas a asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.

H0: No Existen características epidemiológicas y clínicas a asociadas a muertes maternas evitadas en el Hospital Amazónico durante el periodo 2018.

2.4. VARIABLES DEL PRESENTE ESTUDIO

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE O

Factores clínicos

Factores epidemiológicos

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Muerte materna evitada

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Edad

Lugar de procedencia

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2018.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se aplicó fue de tipo analítico (buscaba identificar asociaciones entre las variables principales del estudio). La asociación planteada se basó en el modelo inductivo.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio realizado fue un no experimental, solo se observaron y midieron los fenómenos ocurridos por las asociaciones.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se solicitó la base de datos de las muertes maternas registradas durante el periodo de estudio en el hospital amazónico de Yarinacocha. Se planteó un análisis secundario de la base de datos.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional: Debido a que solo se observó las variables y se buscó objetivar los resultados a través de una muestra para hacer una inferencia a una población en

dónde se recopilaron y analizaron datos numéricos a través de la construcción de instrumentos de medición para la prueba de hipótesis.

- Transversal: Debido a que se midieron las variables en un solo momento

- Analítico: se estableció las relaciones entre variables de asociación o en algunos casos de causalidad. De esta forma se probaron las hipótesis específicas surgidas en estudios anteriores. De esta forma se determinará la asociación entre los factores epidemiológicos y clínicos que llevaron a una muerte materna evitada.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

3.6.1. POBLACION

las muertes maternas evitadas en el servicio de gineco- obstetricia del hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2018.

3.6.2. MUESTRA

El estudio no contara con una muestra ya que se piensa utilizar el total de la población de pacientes del servicio de gineco-obstetricia que ingresaron a la base de muertes maternas evitadas durante el periodo 2018.

3.6.3. MUESTREO

No se requirió de muestreo por que se trabajó con toda la población.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1. TÉCNICA

El presente estudio será un análisis secundario de una base de datos, donde se registró la población de muertes maternas evitadas durante el periodo 2018.
Se realizaron los protocolos correspondientes para el acceso a la base de datos del mencionado hospital y para el análisis del mismo.

3.7.2. INSTRUMENTO

No se trabajó con ningún instrumento porque solo se desarrolló un análisis secundario de la base de datos de muertes maternas evitadas en el hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2018.

3.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados descriptivos se mostraron con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas. La asociación entre la variable independiente (factores epidemiológicos y clínicos) y las variables dependientes (muertes maternas evitadas). Para la fase analítica se tomó en cuenta una significancia estadística del 95%, se aplicó los modelos lineales generalizados, encontrando asociaciones entre la variable principal y las variables secundarias mediante las razones de prevalencia (RP), los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y su significancia a través del valor *p*. Se consideró valores $p<0,05$ como estadísticamente significativa. Los programas utilizados fueron Microsoft Excel para la creación de una base de datos y STATA 11,1 para el procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

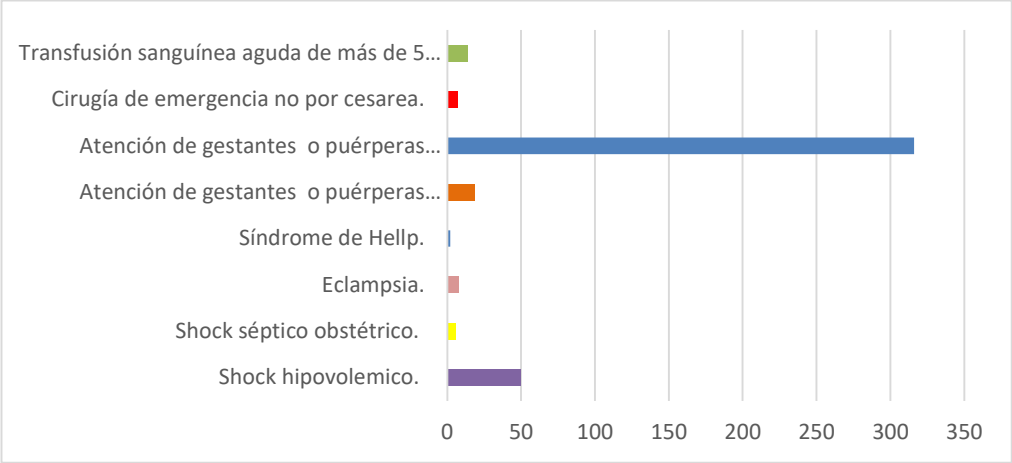
ANÁLISIS UNIVARIADO

El estudio evaluó a un total de 346 muertes evitadas, siendo la atención de gestantes en el servicio de UCIO donde ocurrieron las principales muertes maternas evitadas (preeclampsia severa, cardiopatía severa, diabetes severa, renal severa, ofidismo, accidente de tránsito, etc.). Con un 74,88% **Tabla 01.**

Tabla 01.- Muertes maternas evitadas durante el periodo de estudio.

Muerte materna evitada	frecuencia
Shock hipovolémico.	50
Shock séptico obstétrico.	6
Eclampsia.	8
Síndrome de Hellp.	2
Atención de gestantes o puérperas complicadas que ingresan a UCIO.	316
Cirugía de emergencia no por cesárea.	7
Transfusión sanguínea aguda de más de 5 unidades.	14

Fuente: datos de la investigación



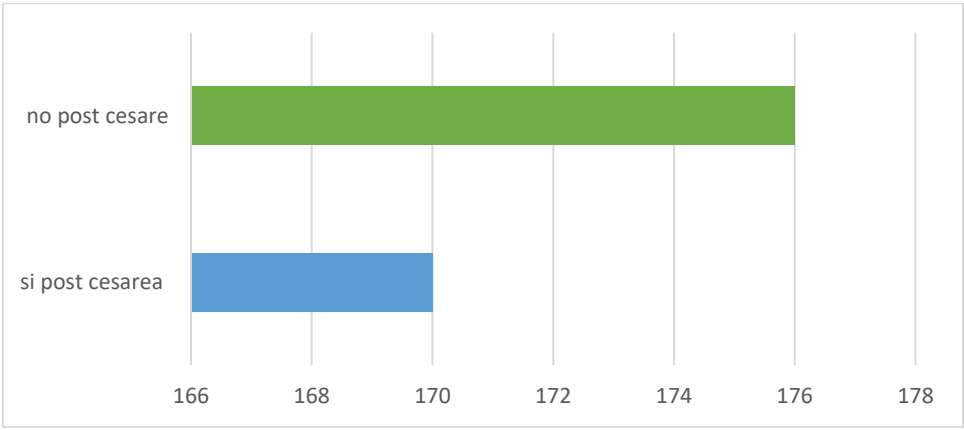
Gráfica 01.- Muertes maternas evitadas durante el periodo de estudio.

La condición que se repetía con mayor frecuencia era que la mujer debería ser post cesareada. **Tabla 02.**

Tabla 02.- condición de post cesareada de las pacientes.

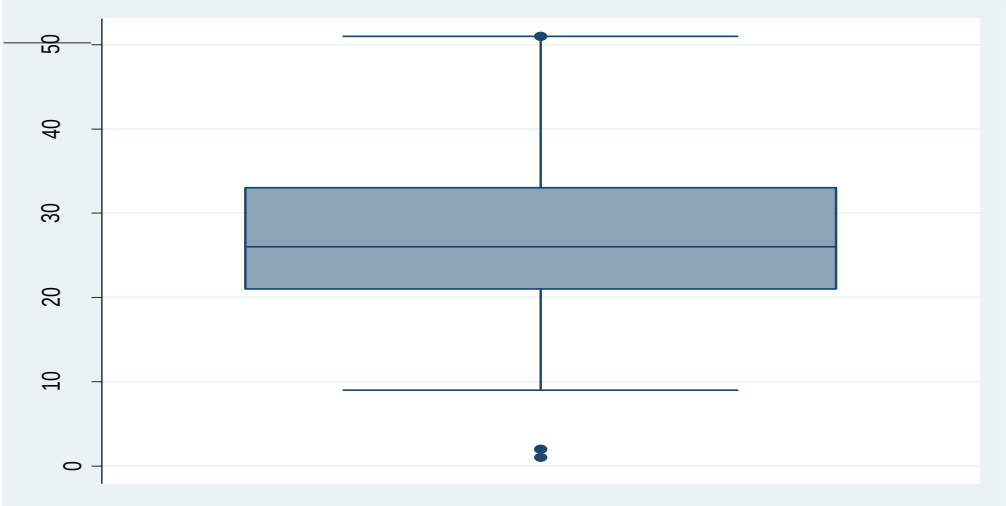
post-cesárea	frecuencia	porcentaje
No post cesárea	170	49,13%
Si post cesárea	176	50,87%

Fuente: datos de la investigación



Grafica 02.- condición de post cesareada de las pacientes

La edad presento una mediana de edad de 26 años con rango intercuartilico de 21 – 33ños.



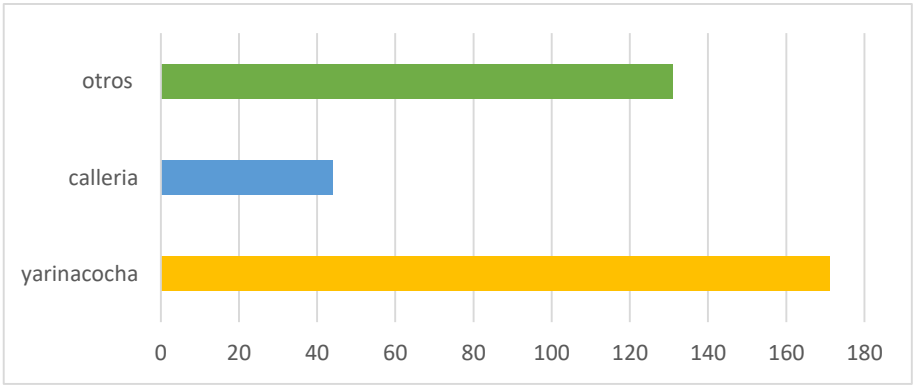
Grafica 03- edad de las muertes maternas evitadas.

En relación al lugar de procedencia se determinó que la mayor población provenía de Yarinacocha con un 49,42%. Tabla 03.

Tabla 03.- lugar de procedencia de las muertes maternas evitadas

lugar de procedencia	frecuencia	porcentaje
Yarinacocha	171	49,42%
Calleria	44	12,72%
otros	131	37,86%

Fuente: datos de la investigación



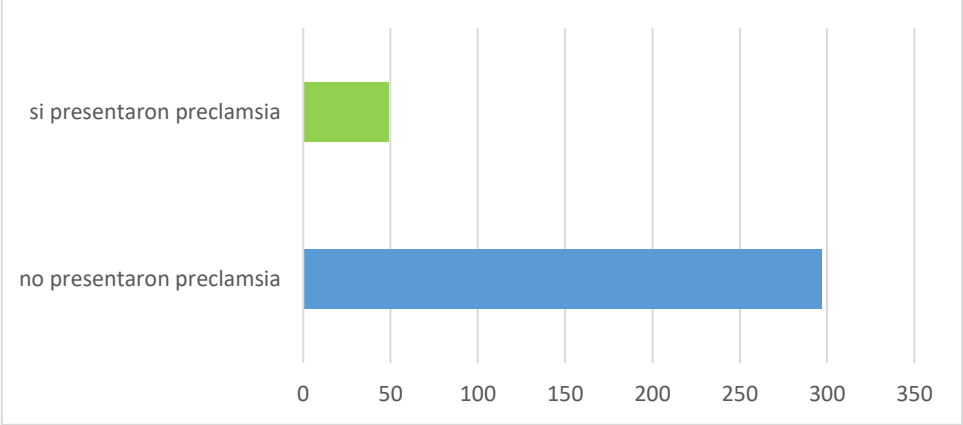
Grafica 04- lugar de procedencia de las muertes maternas evitadas

Con respecto al cuadro de la preclamsia se evidencio que solo el 14% había presentado este cuadro clínico. **Tabla 04.**

Tabla 04.- diagnóstico de preclamsia en muertes maternas evitadas.

diagnóstico de preclamsia	frecuencia	porcentaje
no presentaron preclamsia	297	85,84%
si presentaron preclamsia	49	14,16%

Fuente: datos de la investigación.



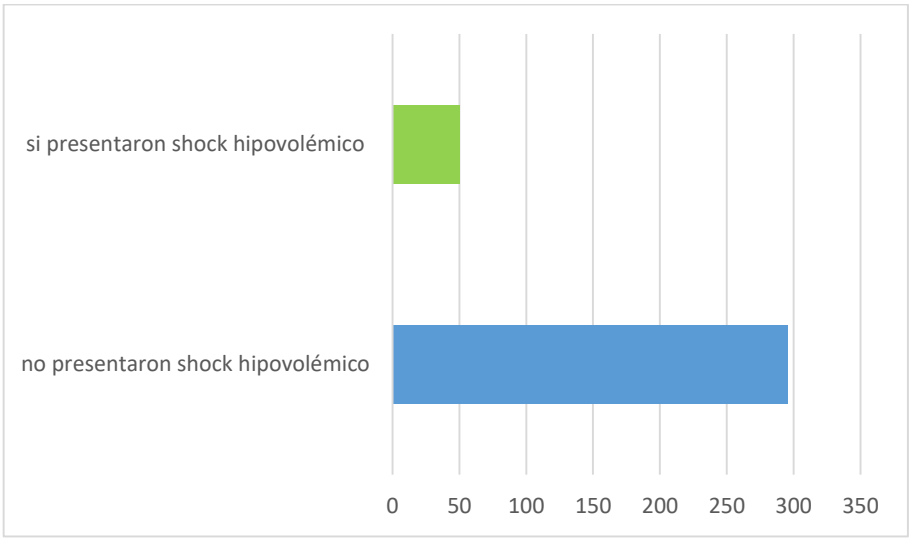
Grafica 05- diagnóstico de preclamsia en muertes maternas evitadas.

En relación al diagnóstico de shock hipovolémico, se identificó que 50 mujeres habían presentado este cuadro clínico **Tabla 05.**

Tabla 05.- diagnóstico de shock hipovolémico en muertes maternas evitaditas

Diagnóstico de shock hipovolémico	Frecuencia	Porcentaje
no presentaron shock hipovolémico	296	85,55%
si presentaron shock hipovolémico	50	14,45%

Fuente: datos de la investigación.



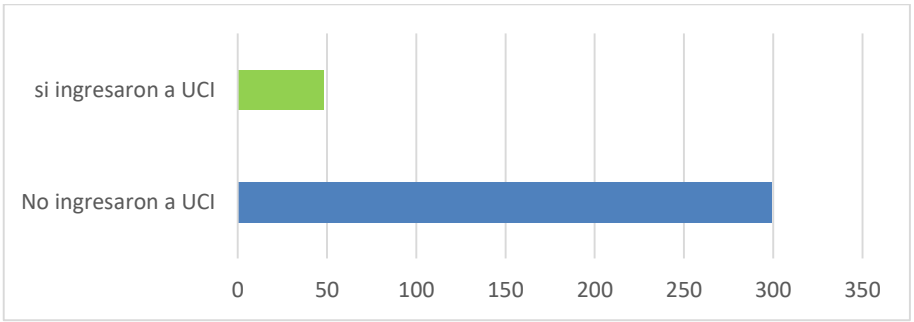
Grafica 06- Presencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarios

En relación a la variable si ingreso a UCI, fueron 48 mujeres las que ingresaron a este servicio. **Tabla 06.**

Tabla 06.- ingresaron al servicio de UCI

Servicio de UCI	frecuencia	Porcentaje
No ingresaron a UCI	299	86,13%
si ingresaron a UCI	48	13,87%

Fuente: datos de la investigación



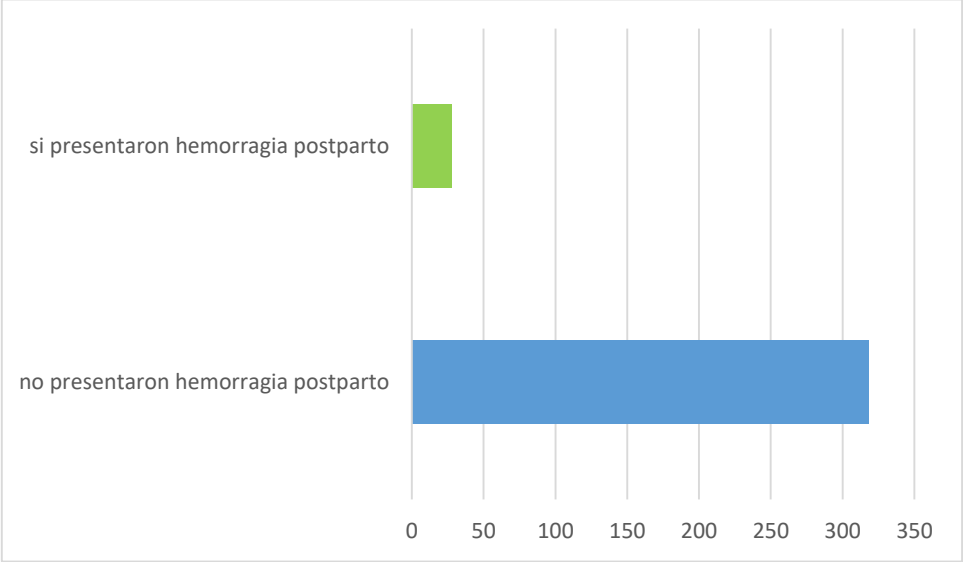
Grafica 07- ingresaron al servicio de UCI

En relación a la hemorragia post parto se evidencio que este cuadro se hizo presente en 28 pacientes **Tabla 07.**

Tabla 07.- diagnóstico de hemorragia postparto en las muertes maternas evitadas

diagnóstico de hemorragia postparto	frecuencia	porcentaje
no presentaron hemorragia postparto	318	91,91
si presentaron hemorragia postparto	28	8,09

Fuente: datos de la investigación.



Grafica 08- diagnóstico de hemorragia postparto en las muertes maternas evitadas

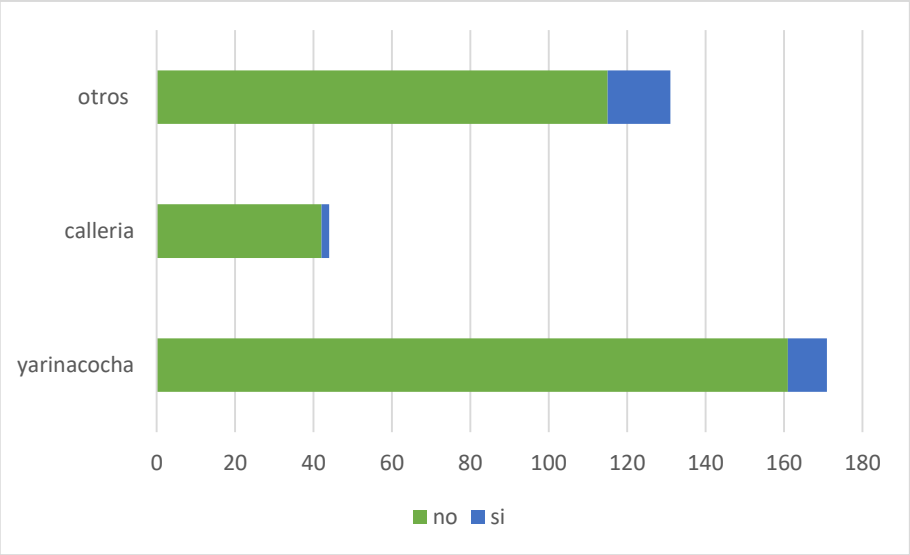
Análisis bivariado

En relación al análisis bivariado se determinó que el lugar de procedencia no se asocia al diagnóstico de hemorragia post- parto. **Tabla 08.**

Tabla 08.- relación entre el lugar de procedencia y hemorragia postparto.

	hemorragia postparto		
procedencia	**no**	**si**	**valor p**
Yarinacocha	161(94,15%)	10(5,85%)	0,10
calleria	42(95,45%)	2(4,55%)	
otros	115(87,79%)	16(12,21%)	

Fuente: *datos de la investigación*



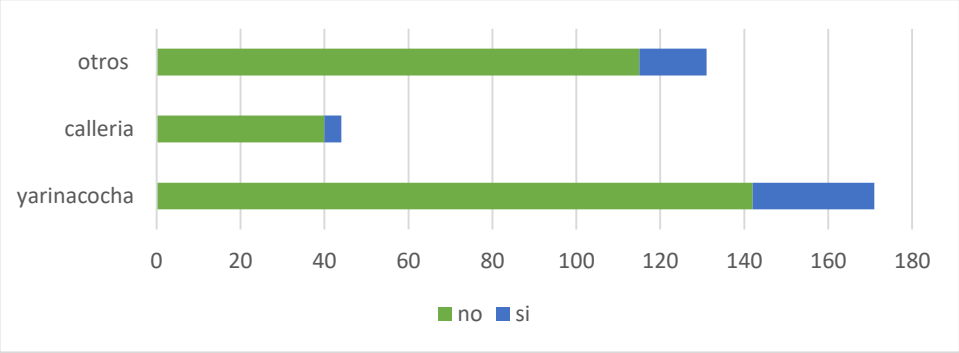
Grafica 09- relación entre la procedencia y la hemorragia postparto.

En relación al análisis bivariado se determinó que el lugar de procedencia no se asocia al diagnóstico de preclamsia. **Tabla 09.**

Tabla 09.- relación entre el lugar de procedencia el diagnóstico de preclamsia

	preclamsia		
procedencia	**no**	**si**	**valor p**
Yarinacocha	142(83,04%)	29(16,96%)	0,33
calleria	40(90,91%)	4(9,09%)	
otros	115(87,79%)	16(12,21%)	

Fuente: datos de la investigación.



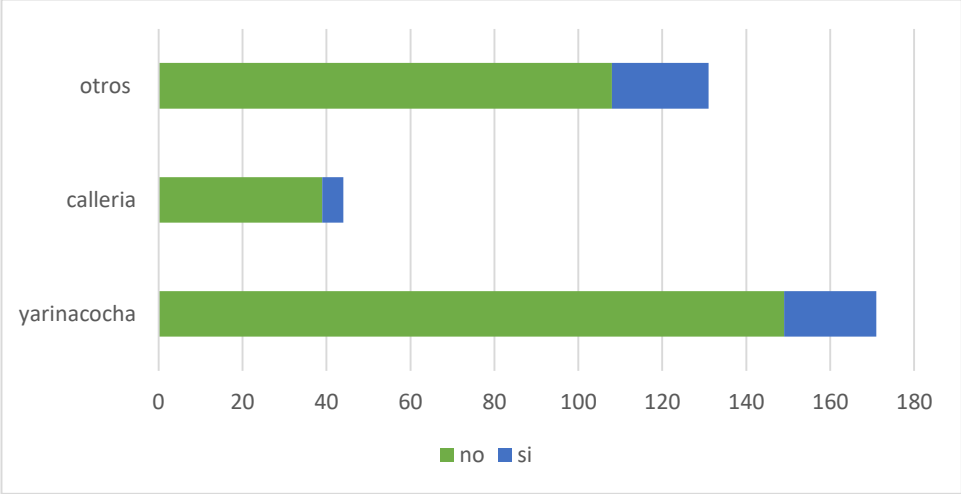
Grafica 10- relación entre la procedencia y el diagnóstico de preclamsia.

En relación al análisis de la variable procedencia y el diagnostico shock hipovolémico, se determinó que no existe relación entre estas variables. Tabla 10.

Tabla 10.- **relación entre la procedencia y el diagnóstico de shock hipovolémico.**

	shock hipovolémico		
procedencia	**no**	**si**	**valor p**
Yarinacocha	149(87,13%)	22(12,87%)	0,45
calleria	39(88,64%)	5(11,36%)	
otros	108(82,44%)	23(17,56%)	

Fuente: datos de la investigación.



Grafica 11- relación entre la procedencia y el diagnóstico de shock hipovolémico.

Con respecto a la variable edad se determinó que no presenta relación con los diagnósticos más frecuentes de las muertes maternas evitadas. Tabla 11.

Tabla 11.- relación entre la variable edad y las enfermedades más frecuentes de las muertes maternas evitadas.

	hemorragia posparto		shock hipovolémico		preclamsia	
	valor p	Rp(IC95%)	valor p	Rp(IC95%)	valor p	Rp (IC95%)
edad	*0,42*	*1,01(0,97 - 1,06)*	*0,84*	*0,99(0,95 - 1,03)*	*0,55*	*1,01(0,97 - 1,05)*

Fuente: datos de la investigación

4.2. DISCUSIÓN

Las enfermedades más frecuentes relacionadas con las muertes evitadas fueron: shock hipovolémico, preclamsia y hemorragia post parto. En un estudio similar realizado a nivel nacional en el año 2015 las emergencias obstétricas fueron shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9% (19).

En nuestro estudio se evidencio que el diagnóstico de preclamsia se hizo más frecuente en los casos registrados de muerte materna evitada durante el periodo 2018. Se debe tener en cuenta que este diagnóstico es predominante en los países de bajos ingresos siendo considerado como una de las principales causas de mortalidad materna e infantil (15). La OMS Indica que se debe mejorar el cuidado de las mujeres durante el embarazo y en el momento del parto para prevenir y tratar la preclamsia y la eclampsia para el logro de los objetivos de Desarrollo Sostenible (16).

La edad promedio de las personas que participaron en nuestro estudio fue de 26 años con rangos de 21 a 33 años. Un estudio similar de casos evitados de muerte materna identificó una mediana de edad de 27 años con rangos de 26 a 35 años (15).

En relación a la hemorragia obstétrica, se considera como la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en el mundo. En muchas partes del mundo, incluyendo los Estados Unidos, también ha habido un aumento inexplicable en las tasas de hemorragia posparto (14). La mayoría de muertes maternas están relacionadas a factores directos con el 80% de los casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo (18). En nuestro estudio la hemorragia postparto es considerada como una enfermedad de mayor frecuencia en los casos de muerte materna evitadas.

Con respecto al ingreso al servicio de UCI el 13 % de nuestra población ingreso a este servicio. En un estudio similar realizado en el Perú se identificó que el 46.3% ingreso a UCIM.

CONCLUSIONES

Se concluye que las enfermedades más frecuentes son las de origen hemorrágico y de tipo hipertensivo.

La edad no se asocia con los diagnósticos más frecuentes de las muertes maternas evitadas.

El lugar de procedencia no se asocia con los diagnósticos más frecuentes de las muertes maternas evitadas.

Se concluye que la edad promedio para la aparición de casos de muertes evitadas fue de 26 años.

Se concluye que el distrito de procedencia con mayor representatividad fue el de Yarinacocha.

RECOMENDACIONES

Se deben generar políticas para reducir las muertes maternas a nivel regional y nacional.

Se debe enseñar a identificar a las gestantes los signos y síntomas asociados a las principales causas de muerte materna.

Se debe realizar un estudio por años para saber si los principales diagnósticos fueron aumentando en frecuencia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Acosta i. Caracterización y vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna (tesis), Guatemala, Chiquimula. 2014.

2. kassebaum, N. J., et a. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990 2013: a systematic analysis for the global burden of disease, Study 2013. Lancet, 384(9947), 980 – 1004.

3. Hogan M, foreman k. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980 – 2008: a systematic analysis of progress towards Milennium development goal 5. The lancet,2010. 375(9726);pp1609 – 1623.

4. Tavara L. tendendcia de la mortalidad materna en el peru. Desafíos pendientes. Rev peruana de ginecol obstet. 2013; 59: 157 – 160.

5. Lale S, Chou D, Gemmil A, Tuncalp O, Moller A, Daniel J, GulmezogluA, Temmerman M, Alkema L, Global causes of maternal death: a Who systemic analysis. The lancet. 2014, 2(6): 323 – 333.

6.Mclintock C, James H. Obstetric Hemorrhage. Journal of thrombosis and hemostasis. 2011;9(8): 1441-1451.

7. M. Roberts j; A. August P; Bakris G; Barton J; M. Bernstein I, et al. Hypertension in pregnancy: Executive Summary. Obstetrics &Gynecology. 2013: 122(5):1122- 1131.

8.Sibai BM. Diagnosis and Management of gestacional hipetension and preclamsia obstet Gynecolo. 2004: 69(4) 979-980.

9. Kesterton A, Cleland J, Sloggett A, Ronsmans C, Institutional delivery in rural India: The relative importance of accessibility and economic status. B.C Pregnancy and childbirth. 2010; 10(30): 1471 – 2393.

10 Duley L, Meher S, Abalos E. Managent of Pre – eclamsia. BMJ: British Medical Journal. 2006; 332(7539): 463 – 468.

11. Bradford T, London S, Leicester J, Leeds W. The management of severe Pre – eclamsia. England: Royal collage of obstetrician and Gynaecologist, setting standars to improve womens health; 2010;10(a)

12. manaj , Rrugia A, Manoku N. The impact of preclampsia in pregnancy. Journal of prenatal medicine .2011; 5(1): 19 -22.

13. Neggers YH. Trends in maternal mortality in the United States. Reprod Toxicol. 2016;64:72-6.

14. Nathan LM. An overview of obstetric hemorrhage. Semin Perinatol. 14 de noviembre de 2018.

15. Filipek A, Jurewicz E. [Preeclampsia - a disease of pregnant women]. Postepy Biochem. 29 de 2018;64(4):232-229.

16. WHO recommendations: Policy of interventionist versus expectant management of severe pre-eclampsia before term [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 5 de febrero de 2019]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535829/.

17. Pozo Guerrero, M. R. Muertes maternas y modelo de las tres demoras: estudio de casos, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo abril 2013–mayo 2014. 2015.

18. Gómez Guerra, J. P. Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014. 2015.

19. Quispe Ramirez, D. T., & Oyola Loayza, E. E. Características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el hospital belén de trujillo, 2015-2017. 2018.

20. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Notad escriptiva. Setiembre 2016.

21. Organización Mundial de la Salud. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division. 2014.

22. Organización Mundial de la Salud. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. 2015.

23. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016.

24. Enrique Guevara Ríos. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat 2016; 5(2):7-8.