UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS QUE SE ASOCIARON A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2010-2017

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

LUIS GILBERT MARTÍNEZ NAVARRO

PUCALLPA – PERÚ

2019

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:

Dr. Walter Roman Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Demsi José Angles Pérez
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Magno Romero Pacheco
Asesor

Bach. Luis Gilbert Martínez Navarro
Tesista

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 080

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS QUE SE ASOCIARON A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2010 - 2017"

Cuyo autor es:

Luis Gilbert, Martinez Navarro

Asesor: **Dr. Magno, Romero Pacheco**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **09%.**

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 05/03/2019

Firma: UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL DRA. CINA PARI QUISPE Dirección General

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE LA PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Luis Gilbert, Martinez Navarro

Autor de la TESIS titulada:

" CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS QUE SE ASOCIARON A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2010 - 2017"

Sustentada el año: _____

Con la asesoría de: Dr. Magno, Romero Pacheco

En la Facultad de: Medicina Humana

Escuela profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:

Primero: otorgo a la Universidad Nacional Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar, (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido mi resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

Tercero: autorizo la publicación

[X] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF, será compartido en el repositorio).

[ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi tesis de investigación en la página Web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 14 / 03 / 19

Email: lgmn_123@hotmail.com

Teléfono: 921 612 720

Firma _____

DNI: 47251745

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

"CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS QUE SE ASOCIARON A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2010-2017"

1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública

1.3 AUTOR

Luis Gilbert Martínez Navarro
Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 ASESOR

Dr. Magno Romero Pacheco

Docente Nombrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

Universidad Nacional de Ucayali
Hospital Amazónico de Yarinacocha

DEDICATORIA

A mis padres, mi esposa, mi hijo y a mis hermanos.

Luis Gilbert Martínez Navarro

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han depositado su confianza en mí, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Esencial para ayudarme a definirme y formarme como persona de bien.

A mi hijo Luis Antonio por ser mi motivo y mi esposa por alentarme en esta meta.

A mis hermanos; José, Percy, Jhonsy y Sandra porque han fomentado en mí, el deseo de superación.

A mis docentes que contribuyeron en mi formación universitaria.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA v
DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
INDICE viii
RESUMEN xi
ABSTRACT xii
INTRODUCCIÓN xiii
CAPÍTULO I 15
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 15
1.1. Descripción del problema 15
1.2. Formulación del problema 17
1.2.1. Problema general 17
1.2.2. Problemas específicos 17
1.3. Objetivo general y objetivos específicos 188
1.4. Justificación 20
CAPÍTULO II 22
MARCO TEÓRICO 22
2.1. Antecedentes del Problema. 22
a) Investigaciones extranjeras 22
b) Nivel Nacional 24
c) Nivel local 27
2.2. Bases teóricas 28
2.2.1. Características sociodemográficas y obstétricas 28
2.2.1.1. Características Socioedemográficas 28
a) Edad 28
b) Estado civil 29
c) Grado de instrucción 29
d) Ocupación 29
e) Lugar de residencia 30

f) Distancia al Hospital 30
2.2.1.2.Características obstétricas 31
a) Periodo intergenésico 31
b) Controles prenatales 31
c) Paridad 33
2.2.2. Muerte materna 34
a) Muerte Materna Directa 34
I. Hemorragia 34
II.Infección 35
III.Trastornos hipertensivos 36
IV.Aborto 39
V.Parto obstructivo 39
b) Muertas Materna Indirecta 39
2.2.3.Razón de Mortalidad Materna 40
2.2.4.Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe 42
2.2.5.Mortalidad Materna en el Perú 44
2.3. Hipótesis 45
2.4. Variables 47
2.5. Definición de términos básicos 47
CAPÍTULO III 50
MARCO METODOLÓGICO 50
1.1. Ámbito de aplicación 50
1.2. Tipo de investigación 50
1.3. Nivel de investigación 50
1.4. Método de la investigación 50
1.5. Diseño de investigación 51
1.6. Población y muestra 51
1.7. Técnica e Instrumentos de recolección de datos. 52
1.8. Procedimiento de recolección de datos 53
1.9. Técnica de procesamiento de y análisis de datos 54

CAPÍTULO IV 55
RESULTADOS 55
1.1. Presentación de resultados 55
1.2. Discusión 67
CONCLUSIONES 70
RECOMENDACIONES 71
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA 72
ANEXOS 82

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre las características sociodemográficas, obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

Estudio descriptivo correlacional, retrospectivos de corte transversal, la población estuvo constituida por 45 casos de muerte maternas ocurridas durante en años 2010 – 2017 en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, la muestra estuvo constituido por 34 casos y el método utilizado fue por conveniencia aplicando el criterio de inclusión. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos y la técnica empleada el análisis documental. Resultados; a) características sociodemográficas; La edad mínima de los casos de mortalidad materna fue de 13 años y la máxima de 49 años, siendo el grupo etario que prevaleció de 20 – 35 años con el 55,9%, (p = 0,984), ser mujeres convivientes ((79,4% (p =0,291)), tener secundaria ((52,9% (p = 0,984)), tener como ocupación ama de casa ((73,6% (p = 0,703)), vivir en una zona rural ((76,4% (p =0,763)) con una distancia al Hospital mayor de 30 minutos ((76,4% (p =0,624)). b) Características obstétricas; Ser mujeres multíparas ((50%, (p= 0,624)), con un periodo intergenésico menor de 60 meses ((58,8% (p= 0,955)) y tener atención prenatales de 1 – 5 (41,2&) y ≥ 6 (41,2%) (%, (p= 0,238)). Y el tipo de mortalidad materna que prevaleció fue la de causa directa con un 70,6% siendo los diagnostico más frecuentes atonía uterina y desprendimiento prematura de placenta. Y entre las causas indirectas tenemos las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía congénita descompensada, insuficiencia cardiaca congestiva y taquicardia maligna materna). Conclusión que las madres que viven en una zona rural y a más de 30 minutos del Hospital tiene mayores casos de mortalidad materna.

Palabras clave: Características sociodemográficas, obstétricas, muerte materna directa, indirecta

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between sociodemographic, obstetric characteristics and maternal mortality in the Amazonian Hospital of Yarinacocha during the period 2010 - 2017.

Correlative descriptive study, cross-sectional retrospective, the population was constituted by 45 cases of maternal deaths occurred during years 2010 - 2017 in the Amazonian Hospital of Yarinacocha, the sample consisted of 34 cases and the method used was for convenience applying the criterion of inclusion. The instrument used was the data collection form and the technique used in the documentary analysis. Results; a) sociodemographic characteristics; The minimum age of cases of maternal mortality was 13 years and the maximum age of 49 years, being the age group that prevailed from 20 - 35 years with 55.9%, (p = 0.984), being cohabiting women ((79 , 4% (p = 0.291)), have secondary ((52.9% (p = 0.984)), have as housewife occupation ((73.6% (p = 0.703)), live in a rural area ((76.4% (p = 0.763)) with a distance to the Hospital greater than 30 minutes ((76.4% (p = 0.624)) b) Obstetric characteristics: Being multiparous women ((50%, (p = 0.624))), with an intergenesic period of less than 60 months ((58.8% (p = 0.955)) and having prenatal care of 1 - 5 (41.2%) and ≥6 (41.2%) (%, (p = 0.238).) And the type of maternal mortality that prevailed was that of direct cause with 70.6% being the most frequent diagnoses uterine atony and premature detachment of the placenta, and among the indirect causes we have cardiovascular diseases (decompensated congenital heart disease , congestive heart failure and tachycardia maternal malignant day.) Conclusion that mothers who live in a rural area and more than 30 minutes from the hospital have higher cases of maternal mortality.

Keywords: Sociodemographic, obstetric characteristics, direct maternal death, indirect

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es considerada como un grave problema de salud pública, afecta principalmente a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, se estima que 1 de cada 180 mujeres muere en países en vías de desarrollo en comparación de las mujeres que viven en países desarrollados donde la proporción es de 1 cada 4900 mujeres. La mayoría de estas muertes son prevenible incluso se puede tratar. (1)

Ante ello Sesia, menciona que este es un hecho que va en contra de los derechos humanos especialmente de las mujeres (2) (3). Por lo que es necesario recalcar que los altos índice de mortalidad materna se presentan en poblaciones en los que es vulnerable aspectos como lo social, económico, político y cultural. (4)

La razón de mortalidad materna en el años 2015 fue mucho mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, 239 por 100000 nacidos vivos y 12 por 100000 nacidos vivos respectivamente, existiendo una diferencia abismal. Es un claro ejemplo de desigualdad e inequidad que enfrentan las mujeres del todo el mundo, la misma que incluso representa una serie implicancias que afecta no solo a la mujer sino también a sus hijos por nacer, familiares e incluso a la sociedad. (5)

A nivel nacional, en los últimos años se ha logrado disminuir los casos de mortalidad materna gracias los avances significativos que se tuvo, en lo que respecta a la salud materna esta no han sido suficientes debido a que existen determinadas características las sociodemográfico que favorecen a la incidencia de este problema, entre ello podemos mencionar a; edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de residencia, distancia al Hospital. Y finalmente las características obstétricas para la cual solo abarcaremos algunas; Periodo intergenésico, atención prenatal y paridad. Estas características son elementos causales relacionados en cierta medida con la mortalidad materna. (5)

Para la cual el presente trabajo permitió conocer la relación entre las características sociodemográfico y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

La investigación está dividida en 4 capítulos:

CAPITULO I: Parte del planteamiento del problema de investigación, seguidamente se formula el problema de investigación, para arribar al objetivo general y los objetivos específicos y finalmente el capítulo culmina con la justificación del problema de investigación.

CAPITULO II: Se desarrolló el marco teórico, donde se describen los antecedentes de la problemática en el contexto internacional, nacional y regional, posteriormente se describe las bases teóricas, las hipótesis, las variables de estudio y las definiciones de términos básicos.

CAPITULO III: Se define el marco metodológico, el cual inicia con definir el ámbito de estudio, tipo de investigación, nivel de investigación, método de investigación, diseño de investigación, la población, muestra y muestreo, la técnica e instrumento de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos y finalmente la técnica de procesamiento y análisis de datos.

CAPITULO IV: Se presentan los resultados mediante tablas en función a los objetivos, se describieron cada una de ellas con la ayuda de la estadística de distribuciones de frecuencias, así mismo se llegó a la constatar las hipótesis planteadas posteriormente se realizó la discusión.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y se anexa el instrumento de investigación y las pruebas estadísticas.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La muerte materna viene siendo un tema de mayor importancia en la salud pública. Esto se debe a que su interpretación según la tasa de fallecimientos x 100 000 habitantes representa el grado de desarrollo de un país y de los servicios de salud brindados. (6)

La UNICEF describe la mortalidad materna como un indicador de mayor frecuencia en el mundo y es considerada como la violación de los derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres en los países en vías de desarrollo, situación que se refleja en nuestro país. (7)

Según la OMS cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas como el embarazo y el parto. El alto número refleja las inequidades a los servicios de salud y es necesario mencionar la diferencia entre ricos y pobres. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y más de la mitad se presenta en África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional, más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. (8)

En el 2016 se plantearon los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en ello se propuso como tercera meta reducir la razón de la mortalidad materna a escala mundial, donde la proporción de la misma sea por cada 100 000 nacidos vivos 70 de muerte materna, y lograr que ningún país tenga más del doble de la media planteada para los años 2016 al 2030. (9)

En los países en desarrollo, las complicaciones de causa directa corresponden a poco más de dos tercios de la tasa total de Mortalidad Materna, lo que muestra la baja calidad

de la atención obstétrica. Por el contrario, en los países desarrollados, la situación se revierte. (10) Siendo aproximadamente el 1.6% de las muertes maternas mundiales tipo indirecta relacionada con el sida. (11)

Los estudios realizados en Latinoamérica determinaron que la muerte materna presentó una frecuencia > 50% durante la etapa puerperal (12) y que la categoría de edad donde ocurre estos sucesos se da en el grupo adulto joven (13). Otra característica de las pacientes que fallecieron fue la condición civil que presentaron: casados o convivientes durante dicho suceso. (14)

A pesar que el Perú cuenta con un marco político y normativo favorable a la salud materno-neonatal, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, no es suficiente. Debido a que existen diferentes características sociodemográficas propias de cada región y por ente un punto álgido que contribuye a la prevalencia de la mortalidad materna, no se puede dejar de mencionar a las características obstétricas, si bien están definidas, pero debido a las distintas culturas que presenta cada persona hace que los veamos de manera subjetiva y no de manera objetiva.

La importancia de este trabajo radica en conocer y determinar qué factores son los que se asociaron con mayor frecuencia a las madres que fallecieron durante nuestro periodo de estudio. Asimismo, permitiendo corregir en un futuro próximo estos factores y reduciendo en gran medida la tasa de mortalidad.

Frente a la situación planteada se formula las siguientes preguntas:

¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Existe relación entre el grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre el estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre el grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre el lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre la distancia al Hospital y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre la paridad y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre el periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Existe relación entre atención prenatal y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?

- ¿Qué tipo mortalidad materna directa es más frecuente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017?

- ¿Qué tipo mortalidad materna indirecta es más frecuente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación que existe entre el grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

- Identificar la relación que existe entre el estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

- Identificar la relación que existe entre grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

- Identificar la relación que existe entre la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

- Identificar la relación que existe entre el lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017
- Identificar la relación que existe la entre la distancia al Hospital y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

- Identificar la relación que existe entre la paridad y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

- Identificar la relación que existe entre periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

- Identificar la relación que existe entre la atención prenatal y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

- Identificar el tipo mortalidad materna directa en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

- Identificar el tipo mortalidad materna indirecta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

1.4. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna (MM) sigue siendo un desafío para la salud, especialmente en los países en desarrollo, donde los servicios de atención de la mujer no son completamente efectivos. El MM es un indicador intrínseco de la calidad de vida de la población y se considera una violación de los derechos humanos, principalmente porque es una tragedia prevenible en casi el 92% de los casos, lo que representa un problema de salud pública. (15)(16)

El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud. (17)

En los últimos años América del sur tal es el caso de Brasil, Ecuador y Perú tuvieron importantes avances respecto a la mejora de la salud materna debido a la reducción de la razón de mortalidad materna que tuvieron hasta el año 2015. (18)

Sin embargo los avances que se tiene en la disminución de la muerte materna en el Perú y en la regiones no es algo tangible y prometedor debido a la ausencia de políticas en salud y sobre todo al modelo de Salud que el gobierno central y el gobierno regional ejecutan, es decir mayor es la inversión del estado en la rehabilitación de la salud que en promoción de la salud.

El presente trabajo de investigación pretende indagar y demostrar las características sociodemográficas y obstétricas de las madres, que recibieron atención en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, así mismo veremos cómo estas influyen de manera significativa o están relacionadas con la mortalidad materna. Por ende, es necesario realizar este estudio de investigación ya que permitirá fortalecer los conocimientos que se tiene sobre estas

características. Y con el objetivo de mejorar comprensión de la problemática y ser base para futuras investigaciones que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

A. INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

Gonzales (19). En su estudio Mortalidad Materna: Análisis medica forense, encontró que 16% de las pacientes tenían menos de 20 años, el 65% tenía de 21 a 30 años y 9,5% de ellas sobrepasaban los 30 años; 37% eran primigestas, 26% cursaban su segunda gesta y el resto se encontraba más allá de la tercera gesta. El 52% fallecieron en el tercer trimestre y el 28% de las mujeres fallecieron en el periodo postparto. Con respecto a las complicaciones el 30% de los casos presentó trastorno hipertensivos y causaron la muerte de 22%(coagulación intravascular diseminada, sangrado intracraneal, fallo renal agudo, etc.), el 18% de las muertes presentó septicemia, el 9.5% presentó hemorragia de tracto genital de los cuales y la causa predominante fue el shock hemorrágico.

Bula (20). En la investigación denominada "Mortalidad materna en la gestante Wayúu de uribia, departamento de la guajira, Colombia. Teniendo como objetivo describir el comportamiento de la mortalidad materna en la gestante Wayúu del Municipio de Uribia en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2016. Estudio descriptivo retrospectivo, la información fue extraída de los registros históricos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en relación con los casos de muerte materna reportados en el periodo comprendido entre 2010 y 2016. Entre los resultados encontraron que los mayores casos de mortalidad materna (24.6%) se presentó en las mujeres de 20 – 24 años y la hemorragia posparto fue la principal causa seguido de los trastornos hipertensivos.

Ramos (21). En su investigación denominada "Mortalidad materna en la población indígena y no indígena en Pará: contribución a la vigilancia de las muertes". Teniendo como objetivo Analizar la ocurrencia de mortalidad materna en general y en la población indígena en el estado de Pará. Estudio cuantitativo analítico y retrospectivo, de una fuente histórica de 2005 a 2014. Para el análisis de los resultados, se utilizó las pruebas estadísticas no paramétricas, la prueba de Chi-cuadrado y la prueba G que se procesaron en el programa de software BioStat 5.0. Teniendo como resultado que el edema, la proteinuria y los trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio representan el 30,5% (n = 270) de las muertes maternas, seguido de la complicaciones durante el parto 21,9% (n=149).

Bello (22). En la investigación denominada "Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013". Teniendo como objetivo caracterizar el comportamiento de la mortalidad materna (MM) en poblaciones indígenas colombianas durante el trienio 2011-2013. Estudio basado en la vigilancia epidemiológica de los casos de mortalidad materna, la población de estudio incluyó todas las muertes maternas, directas e indirectas y los nacidos vivos reportados en la población indígena en el país. Resultados; la mediana de la edad de las mujeres que fallecieron fue de 28 años, siendo 47,77% de 25 – 35 años, con rango de 11- 49 años, se produjeron en mujeres con baja escolaridad, que vivían en zona rurales y cuya ocupación fue trabajos domésticos, el 31,6% había dado a luz 5 o más veces, el 62% no había asistido a la atención prenatal, el 38% de las madres murió en el periodo posparto medio y tardío, el 74% de las mujeres recibió atención en una institución de salud, entre las causas de la mortalidad materna encontraron las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, el parto o el puerperio (29.2%), seguido de los trastornos hipertensivos gestacional (28.8%), entre las principales causas de la complicaciones hemorrágica encontraron que fue el sangrado posparto (78,4%), la eclampsia fue la causa de los trastornos hipertensivos (55,5%), y la sepsis posparto fue la principal causa de infecciones obstétrica (63,2%).

Donoso (23). En su trabajo de investigación denominado "La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil", teniendo como objetivo determinar el rango de edad materna con el menor riesgo reproductivo. Estudio poblacional (2005-2010) que analizó los datos en bruto de anuarios de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística de Chile. Se analizó la asociación de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil con la edad materna. Este último se estratificó en quinquenio, entre las edades de 10 y 54 años. El análisis de riesgo se estimó según *Odds Ratio* (OR) con intervalo de confianza de 95% (IC 95%). El riesgo también se estimó con razón de tasas sin cambiar la estimación de la asociación por la baja incidencia de los eventos. Teniendo como resultado: las mujeres de 15 – 19 años presentaron menor tasa de mortalidad materna, las mujeres de 45 – 49 años presentaron mayores tasas de mortalidad materna. No hubo diferencia significativa en los grupos 10-14 años (OR; 3,86 (0,90-16,53)), 20-24 años (OR; 1,37 (0,78-2,41)) y 25-29 años (OR; 1,61 (0,93-2,80)) años comparados con el grupo control de 30-34 años (OR; 2,13 (1,25-3,66)). En otros rangos de edad materna el riesgo fue significativamente mayor siendo 18 veces mayor en las de 45-49 años (OR; 18,21 (5,27-56,30)). Concluyendo que el rango de edad de menor riesgo comprende las mujeres menores de 30 años, siendo los grupos de mujeres de menor riesgo de 20- 29 años.

B. NIVEL NACIONAL

Pinto (24). En su investigación realizado en la ciudad de Arequipa denominado. "Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017. Teniendo como objetivo Identificar y analizar algunos factores asociados a la muerte materna de pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017. Estudio de observación, retrospectivo y de corte transversal mediante la revisión de historias clínicas, se consideró 80 casos de muertes maternas durante los últimos 13 años. Resultados; el 58.7% tenía una edad reproductiva ideal, el 60% tenía educación secundaria, la ocupación

predominante fue ama de casa (51,2%), el 32,5% fallecieron a término de su embarazo, el 71,5% tenía menos de 6 controles prenatales y el 66,5% murieron en el puerperio. Siendo el 60% muertes maternas directas y los trastornos hipertensivos la causa más frecuente (58.3%) seguido de la hemorragia obstétrica con un 20.8%. En la causa indirecta el 25% se debieron a complicaciones neoplásica, seguido del shock séptico en un 12,5%. Concluye que los factores inherentes a la mortalidad materna es ser ama de casa, tener edad reproductiva temprana, educación secundaria y registrar inadecuada controles prenatales.

Según el MINSA (25) en el año 2017, se notificaron 340 casos de muerte materna directa como indirecta, con un incrementado de un 11,1% en comparación del año 2016. El 60.6% fueron causas obstétrica directas. Hasta la semana epidemiologia 47 el 60.9% de las muertes se produjo en el puerperio, siendo el 31,2% trastornos hipertensivos y el 22.1% hemorragia. Con respecto al grupo etario las mujeres mayores de 19 años representaron el 83,5% de los casos.

Llerena (26) en Lima en su investigación denominada "Factores asociados a mortalidad materna en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2011-2015". Teniendo como objetivo Identificar los factores del ámbito sociodemográfico, la atención prenatal y factores asociados con condiciones del parto y complicaciones del trabajo de parto a muerte materna en pacientes que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora durante el periodo 2011-2015. Estudio observacional, analítico, tipo caso y controles y retrospectivo. Resultados, la edad donde se presentaron más del 50% de las muertes comprende de 20 – 31 años, según estado civil el 69.7% de las madres fueron convivientes y con respecto al grado de instrucción el 72,7% tenían secundaria. El 69.9% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación, el 36.4% de las muertes se dio en gestantes de más 37 semanas y el 48.5% presentaron de 1 – 5 controles prenatales. El 84.8% de las muertes se dio en el puerperio siendo 60,6% de tipo directa finalmente la primera causa de muerte fue la hipertensión en

un 55% seguido del aborto en un 20%, en el caso del tipo de muerte indirecta el shock no especifico predomino

Delgado (27) en Lima en su investigación denominada "Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015". La investigación tenía como objetivo describir las características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa en el período 2000-2015. Estudio descriptivo y retrospectivo, la muerte estaba constituida por 21 muertes registra durante el periodo de 2000 – 2015. Entre los resultados que encontró fue que el 90% de las muertes se dio en el puerperio y el 86% fueron por causa directas. Las principales causa de la mortalidad fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (pre eclampsia - Eclampsia) en un 38.1% y la atonía uterina en un 23.8%. El 81% de las muertes tenia de 19 – 35 años, el 38% era casada, el 38% de las madres eran solteras, el 55.5% tenían secundaria y el 86% de las madres era ama de casa. Entre las causas obstétricas el 33% fueron primigestas, segundigestas o multigestas, de acuerdo al número de partos el 48% era primípara, el 38% de las madres no había tenido embarazos previos y el 43% tenían más de 6 controles prenatales.

Leiva (28) en Cajamarca, en su investigación denominada: "Mortalidad materna: principales factores clínicos y epidemiológicos. Hospital regional de Cajamarca-Perú, durante los años 2007- 2014". Teniendo como determinar los principales factores clínicos y epidemiológicos de las muertes maternas atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca durante el período de enero del 2007 a Diciembre del 2014. Estudio descriptico, retrospectivo, la muestra es estuvo constituida por 56 madres pero solo 44 cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados; entre los factores clínicos más importantes encontró que el 36,4% fueron infecciones de tracto urinario y entre los factores epidemiológicos encontró que el 31,8% tenía entre 27 y 35 años, el 47,7% tenía primaria, el 70.5% procedían de zona rural, el 31,8% fueron nulíparas; el 34,1% presentaron un periodo intergenésico mayor de

49 meses, el 50% tuvo menos 5 controles y el 61,4% fueron convivientes. Dentro de la principal causa de muerte directa encontró que el 62,5% presento hipertensión en el embarazo (Pre eclampsia, eclampsia y Hell) y entre la muerte indirecta que prevaleció fue el shock multifactorial EAD con un 16,7%.

Rodríguez (29) en Ica en su investigación denominada "Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en los hospitales de Ica, teniendo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en los Hospitales de Ica". Estudio observacional, transversal y analítico de tipo casos y controles, el grupo de caso fueron 7 mujeres fallecidas y el segundo grupo de control de 14 mujeres que sobrevivieron. Resultados; con respecto al estado civil el 72% fueron convivientes, la mayor frecuencia de casos de muertes maternas fueron entre las edades de 20 – 24 años (43%), entre la causa de muerte directa más frecuentes fue la hemorragia con un 29% seguida de la toxemia en un 14% y la causa de muerte indirecta que encontró fue la neumonía en un 29%.

C. NIVEL LOCAL

Rabanal (30), en la ciudad de Pucallpa en su estudio denominado "Preeclampsia y Muerte Materna en el Hospital Regional de Pucallpa, decenio 2005-2014". El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre preeclampsia y muerte materna en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Estudio analítico y retrospectivo y se identificaron 58 casos de mortalidad materna. Entre los resultados encontrados menciona para el caso de los controles prenatales el 76,6% presentaron 1 – 6 y el 25% tuvo más de 6 controles, el grado de instrucción que predomino fue primaria con un 58,3%, el 50% de las madres residían en zona rurales. Entre las causas principales de muerte materna esta la hemorragias (36,2%), infecciones (25,9%) y la hipertensión (20,7%). Las patologías asociadas a muerte materna fueron la hemorragia posparto (20,69%) y las infecciones puerperales (12%). En cuanto a la asociación de preeclampsia y muerte materna se encontró relación significativa (p=0.05) y para el caso del Chi cuadrado de

Pearson fue X2=6.555> 5.99, existiendo relación significativa. Concluyendo que existe relación directa entre preeclampsia y muerte materna.

Según el ASIS en la región Ucayali en 2015 se registraron 18 casos de mortalidad materna (directa e indirecta), en las primeras causas de la mortalidad directa esta la retención de placenta y la eclampsia ambas con el 16,6%. De acuerdo al grupo etáreo la que predomino fue de 18 – 35 años con el 57,8%, según el número de controles prenatales el 38.8% de los caso presentaron de 1 – 5 controles prenatales y el 50% de las madres tenía secundaria. Según momento de la ocurrencia el 77,7% ocurrió en el puerperio. (31)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

2.2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

a) Edad

Es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el periodo llamado edad fértil. Este periodo caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. Se considera que el embarazo antes de los 20 años es decir; en la adolescencia y después de los 35 años, guarda estrecha asociación con los riesgos materno y perinatal. (23)

Para fines de este estudio se trabajó según grupo etario; a) 10 – 19 años; inicio de las fertilidad b) 20 – 35 años y c) mayores 35 años haciendo referencia a las gestantes añosas (32).

b) Estado civil

Condición particular que presenta toda persona de manera indivisible en relación a la institución del matrimonio es decir; soltero, casado, viudo, etc. y como también con el parentesco es decir; padre, madre, hijo, etc. Para Maguiña et al, menciona que es una situación de la fallecida en relación con las leyes y costumbres matrimoniales: Casada, conviviente, soltera y viuda. Donde la mayor proporción de muertes maternas según el estado civil se da en convivientes con un 74.51%, seguido con el estado civil, casada con un 13.73%. (33)

c) Grado de instrucción

Grado de instrucción académico que alcanzó o periodo de tiempo de estancia en un sistema educativo de una persona, esta puede ser: Sin estudios o analfabeta, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa y Estudios superiores. Siendo esta condición la que previene indirectamente diversas patologías o enfermedades, las misma que es un factor protector para la tasa de mortalidad. El hecho de que una mujer embarazada tenga un bajo nivel educativo constituye ser un factor de riesgo, incrementando la probabilidad de muerte de 10.9 veces más en comparación con aquellas que tienen educación secundaria o superior (34). Muchos estudios sostienen que la utilización de los servicios médicos se incrementa con el nivel de educación (35).

d) Ocupación

Actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. En el Perú, más de las ¾ parte de las mujeres trabajan en actividades no agrícola, siendo la actividad agrícola más frecuente en el quintil inferior de la riqueza.

En la mayoría de los países de tercer mundo donde las tasas de mortalidad materna es elevada, las mujeres en muchas ocasiones se amoldan los patrones culturales (identidad sexual), que hacen que las identifique con las labores hogareñas, realicen diferentes actividades y de manera simultánea y sobre todo les obligan a ser madres. La percepción de estos patrones refleja un golpe duro a las mujeres especialmente a los de bajo recursos, que los convierte en susceptible a los riesgos de padecer alguna enfermedad incluyo en ocasiones llevarle a la muerte por causas que se asocian con el proceso reproductivo (36). Para fines del estudio se trabajara con las siguientes ocupaciones; a) Ama de casa, b) Estudiantes, c) Independiente y d) Dependiente

e) Lugar de residencia

Localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate (37). En el Perú, el ámbito rural registra la mayor proporción de muertes maternas y se estima en 55.1% y la urbana el 44.9% del total de muertes. (27)

f) Distancia al Hospital

La residencia en zonas alejadas, con dificultades de transporte y vías en malas condiciones, que constituyen una barrera importante para la posibilidad de acceder oportunamente a servicios de salud. (38), Para fines del presente estudio se trabajó con un tiempo de referencia; a) menos 30 minutos y b) Más de 30 minutos, debido al tiempo que le cuesta a la población de la zona rural acceder al Hospital Amazónico de Yarinacocha.

2.2.1.2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

a) Periodo intergenésico

El intervalo intergenésico se definió como el periodo en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. El periodo intergenésico adecuado para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 24 meses a 48 meses, lo que hace necesario educar a la población acerca de la importancia de una adecuada planificación de los embarazos. (39)

Aunque el periodo intergenésico corto no es una patología como tal, representa un problema de salud principalmente en el área rural del país y que podría aumentar los índices de morbi-mortalidad materno-infantil; de manera que es necesario aportar información valiosa al enfocarse en estos factores de riesgo, de forma que en un futuro se pueda generar algún programa encaminado a la salud materno infantil y a la prevención de los diversos factores de riesgo relacionados al periodo intergenésico corto y así poder evitar complicaciones materno – fetales durante el embarazo, parto y post parto. (40)

Para fines del presente estudio se trabajó con el siguiente periodo intergenésico; a) < de 24 meses, b) De 24 – 60 meses y c) Más de 60 meses (41)

b) Controles prenatales

Se denomina a la vigilancia y evaluación integral que se brinda la gestante y el feto durante un periodo de tiempo, es realizado por un profesional de la salud, que tiene como objetivo el nacimiento del producto sano, sin deterioro y complicación de la salud y la vida de la madre. (42)

Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, por lo que es necesario que la gestante tenga un

paquete básico, el cual permita identificar de manera oportuna los signos de alarma y los diferentes factores de riesgo, y sobre todo involucre la participación de la familia. Se caracteriza como una actividad de autocuidado. Es necesario que en el marco de los derechos humanos las gestantes debe tener como mínimo 6 atenciones prenatales (43).

Según MINSA todo establecimiento de salud debe cumplir con lo establecido en las normas para lograr que cada gestante reciba como mínimo 6 atenciones prenatales, de las cuales se recomiendo que el médico Gineco – obstetra realice la primera y segunda atención, en su ausencia por médico cirujano con la finalidad de realizar el examen físico general minucioso, detectando alguna patología que pudiera complicar al embarazo. (44)

Objetivos de la atención prenatal (42)

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
- Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia

c) Paridad

La paridad se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas y no por el número de fetos nacidos. La paridad es la misma para el embarazo de un solo producto o múltiples o el parto de un lactante vivo o muerto. Para fines del estudio se trabajó de acuerdo a la siguiente clasificación (45):

- **Nulípara:** una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico.

- **Primípara:** Mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más.

  La primiparidad precoz, es considerada como el primer parto que ocurre antes de los 19 años, las adolescentes con un embarazo a esa edad el aparato genital es insuficientemente desarrollado. La posibilidad de presentar aborto o partos prematuros por la mala adaptación del útero a su contenido es mucha. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y aquí, como en el alumbramiento, pueden originarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina. (46)

- **Multípara:** una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más. Se ha considerado un factor de mayor riesgo en el embarazo, parto o puerperio, dado que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractibilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero no llega a contraerse rápidamente, perdiendo así su energía, produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos,

retención de placentas, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina. (47)

- **Gran multípara:** Mujer que ha completado 5 o más embarazos hasta las 20 semanas o más.

2.2.2. MUERTE MATERNA

Según la OMS se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días del puerperio, independientemente del tiempo y el sitio del embarazo. La definición incluye muertes por aborto o embarazo ectópico pero excluye aquellas causas incidentales (accidente de tránsito, malignidad y suicidio). (48)

CLASIFICACIÓN DE LA MUERTE MATERNA

Según el CIE 10 se subdivide en 2 grupos:

A. MUERTE MATERNA DIRECTA

Son consideradas a causas de las complicación obstétricas (embarazo, parto y puerperio), intervenciones, omisión, tratamiento incorrecto o de una cadena de evento resultantes de cualquiera que se mencionó con anterioridad. (49)

A continuación se muestran las causas básicas de la muerte materna directa:

I. Hemorragia

Dentro de ello incluye a 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. (50)

II. Infección

Endometriosis Puerperal.- Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria. La sintomatología de inicio generalmente brusco, se inicia entre el 3° y 5° día después del parto, con escalofríos, acompañados de temperatura que oscila entre 39 y 40 °C y taquicardia. El útero se palpa sub involucionado, blando y doloroso, los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos. (51)

Sepsis Puerperal.- Cuando los gérmenes que han invadido el torrente circulatorio se multiplican en el mismo, se produce la septicemia.

La septicemia puerperal primitiva se debe, en la mayoría de los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo. Se anuncia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío, con temperatura que asciende a 40°C, de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140-160 por minuto y se presenta pequeño y blando. El estado general desmejora rápidamente. (46)

La septicemia puerperal secundaria sobreviene, a menudo, en la evolución grave de la endometritis. Puede sospecharse la septicemia cuando el estado general de la paciente se altera progresivamente, la facies se hace grisácea

y la lengua se seca, la temperatura oscila entre 39 y 40°C. El pulso es pequeño, blando, con una frecuencia que alcanza a 140-160 por minuto. El hemocultivo debe realizarse en forma seriada y se efectuará antibiograma. A veces la evolución es nefasta, la diarrea hace su aparición, el estado general decae con rapidez y el óbito llega, inevitablemente al cabo de unos días, en medios de síntomas de profunda intoxicación: adinamia, postración y delirio. (52)

III. Trastornos hipertensivos

Se incluye a los trastornos hipertensivos preexistente con proteinuria agregada; Trastornos con edema y proteinuria gestacionales sin hipertensión; Hipertensión gestacional con y sin proteinuria significativa; Pre eclampsia; Síndrome HELLP, Eclampsia e Hipertensión materna no especificada.

La enfermedad hipertensiva del embarazo es considerada como complicación médica que suele aparecer de manera continua durante el embarazo, trayendo consigo en muchas ocasiones la mortalidad materna como perinatal. Esta dentro de un grupo de patologías que se caracteriza por tener a la hipertensión arterial en el transcurso del embarazo, parto o puerperio. También se denomina complejo Edema, Proteinuria, Hipertensión en el embarazo (CEPH), dicho de otra manera toxemia gravídica por la existencia de toxina que causa los signos y síntomas. (53).

La clasificación se muestra en cuatro grupos de acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia:

a) **Hipertensión gestacional transitoria:** Se caracteriza por ser sin proteinuria y suele aparecer en la durante el embarazo, la gestación o puerperio y recupera después del parto

b) **Hipertensión inducida por el embarazo.- dentro de ella tenemos:**

1. **Preeclampsia**

   Es un síndrome multisistémico en el cual la manifestación principal es la aparición de hipertensión arterial con proteinuria, asociada o no a edemas, que en ausencia de enfermedad del trofoblasto aparecen por primera vez a partir de las 20 semanas de gestación, durante el parto o hasta las 72 horas del puerperio, en una mujer previamente normotensa. En ausencia de proteinuria la preeclampsia puede ser diagnosticada en asociación con otros criterios como: trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar disturbios cerebrales o visuales. (54)
   La preeclampsia se puede clasificar en:

- **Preeclampsia leve.-** Se considera a la gestante hipertensa que presenta una PA sistólica < 160 mm Hg y diastólica < 110 mmHg, proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfasalícilico) ó 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa >= 300mg en orina de 24 hora, y que no presenta daño en otro órgano blanco (54)

- **Preeclampsia severa.-** Se registra una presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg con proteinuria mayor o igual a 3 gramos en orina de 24 horas más evidencia de compromiso multiorgánico: oliguria menos de 500 ml en 24 horas, cefalea intensa, alteraciones visuales y/o

epigastralgia, creatinina sérica elevada (mayor o igual a 1.2 mg/dL), Doppler de arteria umbilical anormal, edema pulmonar agudo o cianosis, trombocitopenia, hemólisis microangiopática.(54)

2. Eclampsia

Consiste en la aparición de convulsiones tonicoclónicas y/o coma no causada por una enfermedad neurológica coincidente (como la epilepsia) en una gestante que cumple los criterios de preeclampsia. La mayor parte de convulsiones ocurre durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato. Las convulsiones no se correlacionan directamente con el nivel de hipertensión arterial, apareciendo en muchos casos sorpresivamente, aun durante el puerperio en un tercio de los casos (53).

Cuando está por desencadenarse el ataque convulsivo, hay un breve periodo prodrómico, que se caracteriza por las siguientes manifestaciones: cefalea fronto-occipital ("en casco"), edema, dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho, alteraciones visuales (diplopía, escotomas, amaurosis), náuseas y vómitos, Hiperreflexia, petequias y equimosis, ictericia.

3. Síndrome HELLP

Siglas que significa H = hemólisis, EL; "elevated liver enzimes" = elevación de enzimas hepáticas; LP: "low platelets" = plaquetopenia. Es una patología multisitémica, considerada como una complicación de la preeclampsia severa, que presenta tres características principales:

- **Anemia hemolítica microangiopática,** determinada por la presencia de esquistocitos en el frontis de sangre periférico, incremento de bilirrubinas y deshidrogenasa láctica.

- **Trombocitopenia (**Plaquetas < 100. 000 por mm3).
- **Daño hepático,** con incremento de transaminasas glutámico oxalacética y deshidrogenada láctica.

IV. Aborto

Se denomina a la interrupción espontanea o de manera provocada en la gestación que en ocasiones implica la expulsión o no del producto, durante los primeros 120 días contadas a partir de la fecha ultima de regla, o cuando el peso del feto sea menos de 500 gramos. (24)

Se agrupan en complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones del aborto o su manejo. En este grupo se incluye el embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido, aborto espontaneo, aborto médico, intento fallido de aborto. (47)

V. Parto obstructivo

Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anormalidades del producto o por anormalidades de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan "estrechez pélvica" e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal. (33)

B. MUERTAS MATERNA INDIRECTA

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que resultan 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 (56):

i. **Enfermedades infecciosas**

Tenemos entre los más frecuentes a la tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.

ii. **Enfermedades metabólicas y endocrinas**

Dentro del grupo podemos mencionar a Hiperémesis gravídica, diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.

iii. **Procesos tumoral**

Se incluye el cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.

iv. **Otras patologías**

Incluye las enfermedades renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopenia o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros.

2.2.3. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

En el 2010 la OMS, realizo una estimación de 287 000 muertes relacionadas con el embarazo, esto equivale a casi 800 muertes relacionadas con el embarazo por día o a una tasa de mortalidad materna de 210 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos. La estimación de la mortalidad materna está influenciada por la probabilidad de que una mujer quede embarazada (tasa de fertilidad) y la probabilidad de muerte durante el embarazo. (57)

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se determina por el número de casos de muertes maternas ocurridas como producto de las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, se estima por cada 100 000 nacido vivos durante ese años (58). A demás se considera a las complicaciones producto del aborto natural o provocado.

La RMM es empleado como un indicador que tiene como objetivo ver el progreso como evaluar la labor que desempeña distintas regiones del mundo a favor de la reducción de la mortalidad materna, la misma que está relacionado con el ODM (quinto objetivo), que tenía como meta reducir la tasas de mortalidad materna en un 75% durante 1990 y 2015. (58)

Es el indicador de uso más común en la descripción de la mortalidad materna; posee más confiabilidad en áreas relativamente extensas, como los niveles regionales y nacionales. La RMM es utilizada como un indicador clave de las condiciones sociales y sanitarias que rodean a la población de un país.

Según la OMS la RMM puede dividirse en 5 grupos:

- Poblaciones con extremadamente alta RMM (≥ 1000) muertes maternas por 100 000 nacidos vivos
- Poblaciones con alta RMM (300 a 999) muertes maternas por 100 000 nacidos vivos
- Moderada RMM entre 100 y 299 muertes maternas
- Baja RMM entre 20 y 99 muertes maternas, y extremadamente baja ≤ 20 muertes maternas.

El radio de mortalidad materna (RMM) toma en consideración ambos y se calcula de la siguiente manera (59):

$$\frac{\textbf{RME} = \textbf{Numero de muertes maternas}(\textbf{directas e indirectas})}{\textbf{100000 nacidos vivos de la misma poblacion y el mismo pais}}$$

Pero existen una enorme variación y diferencia en cada región en la prevalencia de la mortalidad materna, la misma que depende de las políticas de salud pública que tenga cada región como: a) acceso a los servicios de salud, b) Control prenatal adecuado y el acompañamiento médico durante el parto. Mientras en algunas partes de África la tasa de mortalidad ha llegado al extremo como 1 muerte por cada 10 embarazos en comparación de Suiza y Noruega las tasas son bajas 1 cada 5000 embarazos. (60)

2.2.4. MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América Latina y el Caribe ha alcanzado varias metas en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluida la de reducir a la mitad los niveles de pobreza extrema, según se afirma hoy en el informe de las Naciones Unidas sobre los ODM. (57)

De acuerdo al Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondiente a 2013, presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Ban Ki-Moon, en Ginebra. Refiere que la mortalidad materna en el Caribe sigue siendo alta, en el 2010 se encontró con una tasa de 190 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Mientras la tasa de mortalidad materna de América Latina es mucho más baja: 72 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en 2010. (61)

La mortalidad materna se redujo un 40% en América Latina entre 1990 y 2013, y un 36% en el Caribe, en comparación con el descenso global del 45%. Son cinco países con razón de mortalidad materna más baja de la región son Canadá (11 por

100.000), Uruguay (14), Chile (22), los Estados Unidos (28), Bahamas (37) Aquellos con la razón más alta, Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140) y Surinam (130).(57)

Solamente cinco países de las Américas pasaron a la categoría de "baja" mortalidad materna (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Barbados (de 120 a 52), Brasil (de 120 a 69), Ecuador (de 160 a 87), El Salvador (110 a 69), Perú (250 a 89).

Colombia y Paraguay lograron solo un progreso mínimo con reducciones de 17% y 19% respectivamente. La razón de mortalidad materna de Haití continúa siendo la más alta de la región, sin embargo bajó un 43% (de 670 a 380 x 100.000) entre 1990 y 2013. El 2,8% de las muertes maternas en el Caribe estaban relacionadas con el VIH y en América Latina, el 1,2%. En comparación, el 3,8 % de las muertes maternas en África subsahariana eran relacionados con el VIH y el 2,6% a nivel mundial. (47)

En el año 2014 OPS/OMS remitió un nuevo informe de las Naciones Unidas, muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (- 61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). Varios de estos países presentaban las razones de mortalidad más altas de la región en 1990. A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990) (62).

2.2.5. MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

En el Perú la Razón Mortalidad Materna ha ido disminuyendo, las estimaciones de mujeres que pierden la vida, debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-1996 y 2004 – 2010, al pasar de 265 a 93 maternas por cada 100000 nacimiento. (33)

Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994 -2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna. (63)

Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, se observa que aún tenemos direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca. (47)

Entre las principales causas de muertes maternas durante el periodo 2002 – 2011 fueron las hemorragia obstétricas, que represento el 48.8% del total de las muertes, y es en la regiones de la sierra y selva, zonas rurales y en mujeres con un nivel socioeconómico más pobres donde se registran mayores casos. (63)

Según el reporte del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, se notificaron 340 casos de mortalidad maternas, siendo el 60.6% de las muertes fueron causas obstétricas directas y el 32.5% fueron indirectas. Las hemorragias y los trastorno hipertensivos representaron el 23.5% y 23.1% respectivamente. (64)

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. GENERAL

H0: Existe relación entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

H1: No existe relación entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

2.3.2. ESPECÍFICAS

H0: El grupo etario tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

H1: El grupo etario no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

H0: El estado civil tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: El estado civil no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: El grado instrucción tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: El grado de instrucción no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: La ocupación tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: La ocupación no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: El lugar de residencia tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: El lugar de residencia no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: La distancia al Hospital tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: La distancia al Hospital no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: El periodo intergenésico tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: El periodo intergenésico no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: La paridad tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: La paridad no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H0: La atención prenatal tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

H1: La atención prenatal no tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

Características sociodemográfico y obstétricas.

2.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Mortalidad materna

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. **Aborto:** Interrupción del embarazo por la muerte del feto o embrión, junto con los anexos ovulares. Puede ser espontáneo (aborto espontáneo, también conocido como "miscarriage" en inglés) o provocado (aborto inducido). Feto expulso con menos de 0,5 kg o 20 semanas de gestación.

2. **Atención prenatal:** Atención proporcionada a la mujer embarazada con el objetivo de prevenir complicaciones, y disminuir la incidencia de mortalidad materna y prenatal.

3. **Eclampsia:** Aparición de reflejo anormal, convulsiones o coma en un paciente que se le ha diagnosticado previamente una preeclampsia. Durante 2da mitad del embarazo, parto o puerperio, no atribuible a otras patologías.

4. **Edad:** Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de estudio de las gestante.

5. **Estado civil:** Parámetro demográfico y situación de la gestante o puérpera que se relaciona con los derechos y obligaciones.

6. **Hemorragia:** Perdida abundante de sangre ocurrida durante el parto o puerperio.

7. **Infección:** Invasión de microorganismo patógenos que se reproducen y multiplican y que causan enfermedad por lesión celular local al huésped.

8. **Paridad:** Se dice a la mujer que ha dado a luz por cualquier medio vaginal o cesaría uno o más producto que pese más de 500 g o que posee más de 20 semanas.

9. **Periodo intergenésico:** Se denomina al tiempo de culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.

10. **Preeclampsia:** Desorden multisistémico que se caracteriza por el aumento de la tensión arterial mayores de 140/90 mm Hg. Y presencia de la proteinuria ocurre con mayor frecuencia después de las 20 semanas.

11. **Puerperio:** Periodo de tiempos que transcurre después del parto hasta los 42 días.

12. **Proteinuria:** Presencia de proteínas en orina de 24 hora >= 300 mg; presencia de proteína de 2 + al usar tira reactiva o de 1 + con ácido sulfasalicílico (ASS) en muestra de orina tomada al azar por lo menos con 4 hora de diferencia.

13. **Muerte materna:** Se denomina a la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días posteriores al parto, independientemente de la duración y sitio del embarazo.

14. **Muerte materna directa:** Se denomina aquella producida por un complicación obstétrica del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisión tratamiento incorrecto o una cadena de eventos que resultasen de cualquier de los hechos mencionados (hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones, etc.).

15. **Muerte materna indirecta:** Se denomina aquella que resulta de una enfermedad pre-existente o producto del embarazo, parto o puerperio. El cual se agravó por causas fisiológicas propias del embarazo (neumonía, tuberculosis pulmonar).

16. **Síndrome de Hellp:** Complicación grave que se caracteriza por la presencia de hemolisis, disfunción hepática y trombocitopenia en progresión evolutiva a consecuencia de la hipertensión en el embarazo.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN

El trabajo investigación se ejecutó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha y tenía como objetivo determinar características sociodemográfico y obstétricas que se asocian a la mortalidad materna, durante el periodo del 2010 – 2017.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación corresponde a un nivel de investigación básica por los nuevos conocimientos que generó, correlacional porque no se manipulará las variables de estudio y se medirá la correlación entre las variables e hipotético deductivo porque busco refutar las hipótesis planteadas (65)

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

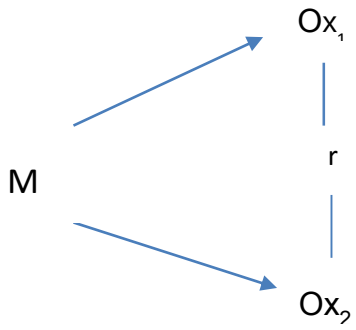
- **Descriptivo:** Porque se describió de la manera con se encuentren, es decir permitió conocer y describir las características sociodemográfico y obstétricas de la mortalidad materna (66).
- **Observacional:** Porque se medió las variables de estudio tomadas en cuenta.
- **Retrospectivo:** Porque utilizó información registrada en la historias clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha (66)
- **Transversal:** Debido a que la recolección de los datos se realizó en un solo momento.

3.4 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo Correlacional: Porque buscará conocer y analizar los características sociodemográficas y obstétricas que se asocian a la mortalidad materna, registradas en el Hospital Amazónica de Yarinacocha durante el periodo del 2010 - 2017.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación corresponde a una investigación no experimental porque no de manipulo las variable de estudio



Donde:

- M: Muestra
- Ox1: Observación de la variable independiente: Características Sociodemográficas y Obstétricas.
- Ox2: Observación de la variable dependiente; Mortalidad materna
- r: Relación entre las variables.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformado 45 casos de mortalidad maternas registrada en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017. La muestra estuvo constituida por 34 casos de mortalidad materna durante el periodo mencionado, la misma que cumplió con el criterio de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Muerte materna de causa directa.
- Muerte materna de causa indirecta.
- Muertes que ocurridas durante el periodo 2010 – 2017

Criterios de exclusión

- Historias clínica que no estuvieron correctamente registradas.
- Muerte materna que ocurrieron en el transcurso al Hospital.
- Muertes materna accidentales o incidentales.

3.7 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se empleó para la recolección datos para las variables fue el análisis documental debido a que se extrajo la información de las historias clínicas de los casos de mortalidad maternas ocurrida en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Los instrumentos para la recolección de datos fueron los siguientes:

V1. Características Sociodemográfico y Obstétricas: Se construyó una Ficha de Registro de Datos (Anexo N° 01) la misma que tendrá preguntas que incluyan las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes.

V2.- Mortalidad materna; Para el caso las preguntas son incluidas dentro de primer instrumento (Ficha de Registro de Datos). La misma que identificó el tipo de mortalidad materna.

I. VALIDACIÓN

Para determinar la validez del instrumento de recolección de datos, se llevará a cabo el "Juicio de Experto". Los expertos elegidos serán los siguientes:

- Dr. Aquiles G. Chacón Olivas
  Hospital Regional de Pucallpa
- Dr. Raúl Carrión Villazana
  Hospital Regional de Pucallpa
- Dr. Luis Makiya Onaya
  Hospital Regional de Pucallpa
- Dr. Ricardo Jacobo Conde Meléndez
  Hospital Regional de Pucallpa

- Dr. Jack Beltran Torres
  Hospital Regional de Pucallpa

La validez del instrumento alcanzo a 0,89 siendo el instrumento válido de acuerdo a juicio de experto.

II. PRUEBA PILOTO

Antes de aplicar el instrumento de manera definitiva se aplicó la prueba piloto a 15 casos de muertes materna registradas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de 2010 – 2017. El instrumento de acuerdo al nivel de redacción de los ítems y por ser politómicas se aplicó el Índice de Alfa de Cronbach, donde el $\alpha \geq 0,71$, siendo un instrumento confiable (Ver anexo N° 2).

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizó primero una solicitud dirigido al Director del Hospital Amazónico de Yarinacocha, posteriormente se realizó las coordinaciones con el encargado de la Oficina de Epidemiología para identificar las historias clínicas de las muertes maternas ocurridas durante el 2010 – 2017. Posteriormente se procedió a identificar de acuerdo al número de historias clínicas en Archivo Central. Las fichas de recolección de datos se llenaron conforme a los criterios de calidad de la Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud teniendo en consideración el Anexo 6. Formato de evaluación de la calidad de registro en emergencia y el Anexo 7 Formato de evaluación de la calidad de registro en hospitalización de la mencionada norma técnica.

3.9 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE Y ANÁLISIS DE DATOS

De acuerdo al tipo de variable se empleó la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) y bivariada. Posterior a la recolección de datos definitiva se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 24, donde se incluyó las dos variables de estudios, seguidamente se procedió a analizar cada uno de ellos y de acuerdo a los objetivos de investigación se procedió a realizar el análisis respectivo. Para constatar las hipótesis de investigación se hizo uso de la estadística no paramétricas, la prueba de hipótesis se realizó a través de la correlación de Spearman con un nivel de significancia de 0,05. La presentación de los datos se realizó mediante tablas de doble entrada

.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01. Características generales de mortalidad maternas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2010 - 2017

Características generales	N°= 34	%
Grupo etario		
10 – 19 años	9	26,5
20 – 35 años	19	55,9
Más de 35 años	6	17,6
Estado civil		
Casada	3	8,8
Conviviente	27	79,4
Soltera	4	11,8
Grado de instrucción		
Sin instrucción	1	2,9
Primaria	12	35,3
Secundaria	18	52,9
Superior	3	8,8
Ocupación		
Ama de casa	25	73,5
Estudiantes	3	8,8
Dependiente	3	8,8
Independiente	3	8,8
Lugar de residencia		
Urbano	8	23,5
Rural	26	76,5
Distancia al Hospital		
< 30 minutos	8	23,5
> 30 minutos	26	76,5

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 01, se muestra las características de la mortalidad maternas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Grupo etario; El 81,4% de los casos presentaron menor e igual de 35 años a diferencia del 17,6% de casos que presentaron más de 35 años, el

88,2% de los casos presentaron algún relación de convivencia, el 88,3% de los casos presentaron educación básica, en los respecta a ocupación más del 70% de era ama de casa y finalmente más del 75% reside en zona rural y vive a una distancia de más de 30 minutos al establecimiento de salud.

Tabla 02. Grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Grupo etario	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
10 – 19 años	7	20,6	2	5,9	9	26,5
20 – 35 años	12	35,3	7	20,6	19	55,9
Más de 35 años	5	14,7	1	2,9	6	17,6
Total	24	70,6	11	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 02, se muestra el grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. La edad mínima fue de 13 años, la máxima de 49 años y el promedio fue 26,6 años. La mortalidad materna directa es más del doble de la mortalidad materna indirecta. El 82,4% de los casos presento menos e igual de 35 años, siendo el grupo etario que prevaleció de 20 – 35 años con más del 55% de los casos, del mismo grupo la mortalidad materna directa fue la que prevaleció con un 35,3%.

De acuerdo a los resultados encontrados se puede concluir que las muertes maternas se presentan en mujeres que tienen menos e igual de 35 años, por consiguiente a menor edad mayor serán los casos de muertes maternas. Para constatar la prueba de hipótesis "relación en grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha", se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,984), donde se encontró que no existe asociación entre el grupo etario y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 03).

Tabla 03. Estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Estado civil	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Casada	2	5,9	1	2,9	3	8,8
Conviviente	18	52,9	9	26,5	27	79,4
Soltera	4	11,8	0	0	4	11,8
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 03, se muestra el estado y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Más del 87% de los casos presentaron unión en pareja, siendo el estado civil conviviente la que prevaleció con más del 79% de los casos, del mismo aproximadamente el doble fueron muertes maternas directas (52,9%)

En función a los resultados presentados se puede concluir que las muertes maternas se dan con mayor frecuencia en mujeres que tuvieron pareja “unión pareja”. Para constatar la prueba de hipótesis “relación en estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha”, se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,291), donde se encontró que no existe asociación entre el estado civil y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 04).

Tabla 04. Grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Grado de instrucción	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Sin instrucción	1	2,9	0	0,0	1	2,9
Primaria	8	23,5	4	11,8	12	35,3
Secundaria	13	38,2	5	14,7	18	52,9
Superior	2	5,9	1	2,9	3	8,8
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 04, se muestra el grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. La educación básica es la que prevaleció con el 88,2% de los casos de mortalidad materna, siendo el 52,9% los que cursaron secundaria, así mismo del mismo grupo las muertes maternas directas fue aproximadamente el doble de las indirectas.

En base a los hallazgos se puede concluir que las muertes maternas se presentan con mayor frecuencia en mujeres con educación básica (primaria y secundaria). Para constatar la prueba de hipótesis "Relación entre grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha", se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,984), donde se encontró que no existe asociación entre el grado de instrucción y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 05).

Tabla 05. Ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Ocupación	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	17	50	8	23,6	25	73,6
Estudiante	3	8,8%	0	0	3	8,8
Dependiente	2	5,9	1	2,9	3	8,8
Independiente	2	5,9	1	5,9	3	8,8
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 05, se muestra la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. La ocupación ama de casa fue la prevaleció con más del 73%, siendo las casos de muerte materna directa más del doble (50%) de los casos de muerte materna indirecta (23,6%). Por otro lado la ocupación estudiante, dependiente e independiente presentaron cada uno 8,8%, prevaleciendo en ellos la muerte materna directa.

En base a los hallazgos se puede concluir que las muertes maternas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que tiene como ocupación ama de casa. Para constatar la prueba de hipótesis “relación entre la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha”, se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,728), donde se encontró que no existe asociación entre la ocupación y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N°06).

Tabla 06. Lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

Lugar de residencia	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Urbana	6	17,7	2	5,9	8	23,6
Rural	18	52,9	8	23,5	26	76,4
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 06, se muestra el lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Más del 76% de los casos de mortalidad materna procedieron de la Zona rural, siendo el 52,9% de los casos muerte materna directa. En el caso urbano la muerte materna directa prevaleció con un 11,8% más de las muertes maternas indirecta.

En base a los resultados presentados se puede deducir que las muertes maternas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que residen en zonas rurales. Para constatar la prueba de hipótesis "Relación entre lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha", se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,624), donde se encontró que no existe asociación entre el lugar de residencia y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 07).

Tabla 07. Distancia al Hospital y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

Distancia al Hospital	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
< 30 minutos	6	17,7	2	5,9	8	23,6
> 30 minutos	18	52,9	8	23,5	26	76,4
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 07, se muestra la distancia al Hospital y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. El 76,4% de los casos de mortalidad materna fueron de mujeres que vivían a más de 30 minutos del Hospital, siendo el 52,9% de ello mortalidad materna directa. Así mismo los que vivían a menos de 30 minutos, registraron mayores casos de muerte materna directas con el 17,6%.

En base a los resultados presentados se puede deducir que las muertes maternas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que residen a más de 30 minutos del Establecimiento de Salud. Para constatar la prueba de hipótesis "Relación entre distancia al establecimiento de salud y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha", se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,624), donde se encontró que no existe asociación entre la distancia al hospital y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 08).

Tabla 08. Paridad y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017

Paridad	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Nulíparas	6	17,6	1	2,9	7	20,5
Primíparas	4	11,8	4	11,8	8	23,6
Multíparas	12	35,3	5	14,7	17	50
Gran multípara	2	5,9	0	0	0	5,9
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 08, se muestra la paridad y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. El 50% de los casos de mortalidad materna se registraron en multíparas siendo más de la mitad (35,3%) casos de muertes directas. Por otro lado el 44,1% de los casos se registraron en nulíparas y primíparas, siendo el 29,4% casos de muerte materna directa. Finalmente con un mínimo porcentaje (5,9%) se encuentran la gran multíparas siendo en su totalidad muerte materna directa.

De acuerdo a la información presentada se deduce que las muertes maternas se presentan con mayor frecuencia en mujeres que son multíparas. Para constatar la prueba de hipótesis “relación entre paridad y mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha”, se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,470), donde se encontró que no existe asociación entre paridad y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 09).

Tabla 09. Periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Periodo intergenésico	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
< de 24 meses	6	17,6	4	11,8	10	29,4
De 24 – 60 meses	8	23,5	2	5,9	10	29,4
Más de 60 meses	5	14,7	2	5,9	13	18,6
No aplica	5	14,7	2	5,9	7	20,6
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 09, se muestra el periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. El 58,8% de los casos de mortalidad materna se registraron en los 60 primeros meses, del mismo el 41,1% fueron muertes maternas directas con mayor frecuencia en las mujeres de 24 – 60 meses. Sin embargo en el ítems “no aplica”, existe un 20,6% muertes maternas que no corresponde al periodo intergenésico por ser casos de mujeres nulíparas

En función a los hallazgos se puede deducir que las muertes maternas ocurren con mayor frecuencia en mujeres tengan un periodo intergenésico menor igual de 60 meses. Para constatar la prueba de hipótesis “relación entre periodo intergenésico y mortalidad materna en del Hospital Amazónico de Yarinacocha”, se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,955), donde se encontró que no existe asociación entre periodo intergenésico y la muerte materna, por lo que se rechaza la hipótesis planteada (Ver anexo N° 10).

Tabla 10. Control prenatal y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017

Control prenatal	Mortalidad Materna				Total	
	Directa		Indirecta			
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	6	14,7	0	0	6	17,6
1 – 5	10	29,4	4	11,8	14	41,2
≥ 6	8	23,5	6	17,6	14	41,2
Total	24	70,6	10	29,4	34	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 10, se muestra el control prenatal y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. El 41,2% de casos muertes maternas se registraron en mujeres que presentaron de 1 – 5 atenciones y >= 6 atenciones respectivamente, sin embargo las muertes directa fue mayor en la mujeres que presentaron de 1- 5 atención en comparación de las mujeres que presentaron >= 6 atención, la misma que registraron mayor casos de muertes materna directas.

De acuerdo a la información presentada se puede deducir que no existen diferencia entre el número de controles prenatales y la muerte materna. Para constatar la prueba de hipótesis “relación entre control prenatal y mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha”, se utilizó la prueba estadística de Spearman (0,238), donde se encontró que no existe asociación entre control prenatal y la muerte materna, por lo que no se acepta la hipótesis planteada (Ver anexo N° 11).

Tabla 11. Mortalidad materna directa en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

Tipo de mortalidad directa	Total	
	N	**%**
Hemorragia	10	39,1
Trastorno hipertensivo	6	26,1
Infección	7	30,4
Otros	1	4,4
Total	24	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 11, se muestra el tipo de mortalidad materna directa en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Más del 39% de fueron casos de hemorragias siendo los diagnostico más frecuentes atonía uterina y desprendimiento prematura de placenta, seguidamente con un porcentaje decreciente se encontró a la infección que representan más de 30% de los casos siendo los diagnósticos más frecuentes el sepsis / óbito fetal y la retención de placenta.

Tabla 12. Mortalidad materna indirecta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

Tipo de mortalidad indirecta	Total	
	N	**%**
Otras patologías	6	60
Enfermedades infecciosas	2	20
Proceso tumoral	2	20
Total	10	100

Fuente: Matriz de datos de las variables de estudio.

En la tabla 12, se muestra el tipo de mortalidad materna indirecta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. El 60% de las muertes indirectas, pertenece a "otras patologías" en su mayor parte por enfermedades cardiovasculares (cardiopatía congénita descompensada, insuficiencia cardiaca congestiva y taquicardia maligna materna) y con porcentaje decrecientes y similares encontramos a las enfermedades infecciosas (Neumonía y tuberculosis pulmonar) y Proceso tumoral (Mioma subcutánea y leucemia linfoblásticas) ambas con el 20%.

4.2 DISCUSIÓN

Diferentes estudios encontraron que el embarazo ocurrido antes de los 20 años y después de los 35 años se asocia al aumento padecer diferentes patologías que traen consigo una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (35) (67) (68). Así mismo la OMS menciona que las adolescentes menores de 15 tienen mayores riesgos de padecer complicaciones y muerte producto del embarazo (26). En el presente estudio la edad mínima fue de 13 años, la máxima de 49 años y el promedio 26 años, siendo el grupo etario de mayor frecuencia de 20 – 35 años confirmando estudios anteriores (19) (22) (24) (26) (29), sin embargo Donoso en su estudio encontró que las mujeres de 45 – 49 años presentaron mayores casos (23)

En el presente estudio se registró que las muertes maternas ocurren con mayor frecuencias en mujeres que son convivientes de la misma manera lo mencionan diferentes estudios realizados en Perú (26) (29) (28), a excepción de estudio realizado por Delgado donde las muertes maternas se registraron en mujeres casadas y solteras. (31)

En lo que respecta al grado de instrucción en este estudio, las mujeres que cursaron la secundaria presentaron mayores casos de mortalidad materna (24) (26) (31), así mismo lo confirma el ASIS de la región Ucayali (31). Sin embargo en otros estudios el grado de instrucción de las mujeres alcanzo el nivel primario (22) (28) (30).

En diferentes estudios realizados señalan que la condición ama de casa es la que mayores casos de muerte maternas registraron en los últimos años (22) (24) (26) (31), por consiguientes el presente estudio confirma que en la condición ama de casa ocurre mayores casos de muertes maternas.

La OMS refiere que la mortalidad materna es más frecuente en zonas rurales y en comunidades donde la condición económicas son desfavorables (26), de igual manera en otros estudios la mortalidad materna procedió de zonas rurales (28) (30) (35). En el presente estudio la situación no cambio, las muertes maternas procedieron de zonas rurales a una distancia mayor de 30 minutos del Establecimiento de Salud.

En el estudio realizado por Leivas, las muertes maternas se presentaron con mayor frecuencia en mujeres nulíparas (28), a su vez Gonzales (19) y Delgado (31) refieren que los casos de mortalidad materna en sus estudios se dieron en mujeres primíparas. Los resultados encontrado son distintos con el presente estudio, las muertes maternas se registraron con mayor frecuencia en mujeres multíparas (22) (26). Si bien el periodo intergenésico es el tiempo que transcurre entre el final del periodo gestacional y el inicio de otro, en el estudio de Carrión menciona que el periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 3 - 5 años, haciendo hincapié que los periodos extremos comprende a los casos menores 24 meses y mayores de 60 meses (69). En el presente estudio el periodo intergenésico que presento mayores casos de mortalidad materna se dio en los primeros 60 meses (28).

Se estima que en los últimos años las controles prenatales aumentaron a pesar de ello solamente el 51% de las mujeres de escasos recursos se benefician de una atención especializada durante el parto, en los países que tiene un ingreso elevado la mayoría de la mujeres reciben como mínimo 4 controles prenatales (26). Con cifras alarmantes en el estudio Bello más de la mitad de las muertes maternas no tenían ningún control prenatal (22), por otro lado estudios similares se registraron en mujeres con 1 – 5 controles prenatales (24) (26) (28), sin embargo en el presente no se observó diferencia entre los números de controles prenatales (1 – 5 y ≥6). Por otro lado en el estudio de Delgado las mujeres tenían más de 6 controles (31).

Finalmente la muerte materna en su mayoría fueron de tipo directa siendo la primera causa las hemorragias (20) (22) (29) (30) seguido de las trastornos hipertensivos, sin embargo existen estudios donde la primera causa de la mortalidad materna directa son los trastorno hipertensivos (19) (21) (25) (26) (28) (31). En lo que respecta a las muertes maternas indirectas la primera causa fueron enfermedades cardiovasculares (cardiopatía congénita descompensada, insuficiencia cardiaca congestiva y taquicardia maligna materna). Es necesario entender que la mayoría de las complicaciones que se producen en el embarazo, parto o después del parto, son tratable y sobre todo prevenible, por lo que son necesario las atenciones especializadas a las mujeres (26).

CONCLUSIONES

1. De acuerdo al estudio realizado la mayor incidencia en la mortalidad materna en nuestra región se presenta en la población de grupo etario de 20 – 35 años, seguida por la población de grupo etario de 10 a 19 años, aclarando que la edad mínima de las madres fallecidas 13 años de edad.

2. Conforme a la muestra poblacional materia de estudio, se obtuvo con mayor incidencia de mortalidad materna al sector con nivel de educación básica (primaria y secundaria); es decir una población con un nivel educacional con poco conocimiento del desarrollo del embarazo y las complicaciones que pueda acarrear.

3. En nuestra región a la actualidad, otro factor preponderante para que se produzcan muertes maternas, es la distancia que existe entre las comunidades nativas, distritos e incluso en provincias para llegar a los hospitales, postas medidas u otros centros de salud, es decir el acceso a ella es mayor a los 30 minutos e incluso de acuerdo al tipo de transporte usado podríamos hablar de días.

4. En el Hospital Amazónico de Yarinacocha una de las principales causas de muerte materna son las hemorragias (atonía uterina y desprendimiento prematura de placenta), es decir la mortalidad materna es tipo directa.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que a través de nuestras autoridades locales se ponga mayor énfasis en la población de alto riesgo de mortalidad materna como es la del grupo etario de 20 a 35 años, es decir una población netamente joven, que deja al desamparo a muchos menores.

2. Es necesario, que a través de los actores locales se realicen programas promocionales y preventivos respecto a cómo se debe llevar un adecuado proceso gestacional y la identificación oportuna de las complicaciones, es decir explícitamente en la mayor población con nivel de educación básica (primaria y secundaria).

3. Que si bien es cierto debido a la extensión territorial de nuestra región y a las distancias que existen entre las comunidades nativas, distritos y provincias para tener acceso a los centro de salud, postas medicas u hospitales, se puede acortar la mortalidad materna a través de las visitas preventivas que realice el personal médico e incluso a través de las proyecciones sociales a nivel universitario.

4. El Hospital Amazónica de Yarinacocha debe mejorar un mayor control prenatal institucional, capacitando al personal de salud desde el correcto llenado de las Historias clínicas, visitas domiciliarias hasta un mejor servicio de emergencias obstétricas con utilización de tecnologías en su sistema de registro y atenciones de las mujeres embarazadas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo De Vigilancia En Salud Pública. Mortalidad Materna. Versión01 Junio 2014.

2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendien- tes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. [Internet] Chile: CEPAL; 2010. [Citado 18 de enero de 2018]. Disponible en: http:// www.eclac.org/cgi-bin/get-Prod.asp?xml=/publicaciones/ xml/9/41579/P41579.xml&xsl=/ celade/tpl/p9f.xsl&base= /celade/tpl/top-bottom.xs

3. Sesia P. Derechos humanos, salud y muerte materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. Rev Andal Antropol. 2013;(5):66-90.

4. Sesia P. El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica «crítica». En: Haro JA, coord. Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Centro de Estudios en Salud y Sociedad- El Colegio de Sonora, 2011: 241-269

5. Pisanty-Alatorre, J. Inequidades en la mortalidad materna en México: un análisis de la desigualdad a escala subestatal. Salud Pública de México [Internet]. 2017;59(6):639-649. Recuperado de: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653302012

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) [página de internet]. 2011 [Citado el 1 de setiembre del 2018]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/

7. Llerena Flores J. Factores asociados a mortalidad en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2011-2015. Tesis para optar el grado de médico cirujano.Universidad Ricardo Palma; 2017.

8. OMS. Mortalidad materna [Internet]. [cited 2018 Jul 21]. Available from: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.

9. Gil Cipirán F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, a la SE 47- 2017 [Internet]. Boletín Epidemiológico del Perú SE. Peru; 2017 [citado 2018 Agosto 4]. Disponible en : www.dge.go.pe

10. Ministério da Saúde (BR). Guía de vigilia epidemiológica de Óbito Materno. Brasilia (DF): Ministério da Saúde; 2009.

11. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (2015).

12. Jumbo Saltos R, Villavicencio Montes H. Muerte materna asociada a la tercera demora en la provincia de Manabí. [Tesis para optar el grado de médico cirujano]. Universidad Técnica de Manabí; 2016. Disponible en: http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/546/1/MUERTE%20MATERNA%20ASOCIADA%20A%20LA%20TERCERA%20DEMORA%20EN%20LA%20PROVINCIA%20DE.pdf

13. Delgado Escalante R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015 [Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina E.A.P. de Obstetricia; 2016 Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4686/1/Delgado_er.pdf

14. Pozo Guerrero M. 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. [Tesis para optar el grado de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de obstetricia y enfermería escuela profesional de obstetricia. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1548/3/pozo_gmr.pdf
15. Ministério da Saúde (BR). Uma análise da situação de saúde ea vigilância da saúde da mulher. Brasilia (DF): Ministério da Saúde; 2012.

16. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 Jul; [citado el 17 de enero de 2017]; 36 (7): 290-5. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140004892.

17. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

18. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.

19. González Sáenz M, Soto Cerdas J. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 21];34(1):112–9. Disponible: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112&lang=pt.

20. Bula Romero JA, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante wayúu de uribia, departamento de la Guajira, Colombia. Enfermería Cuid Humaniz [Internet]. 2017 [citado 2018 Jul 22];6. Disponible: http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1369

21. Ramos dos Santos D, Vidal Nogueira LM, Paiva BL, Ataide Rodrigues IL, Oliveira LF

de, Caldas SP, et al. Maternal mortality in the indigenous and non-indigenous population in Pará: contribution to the surveillance of deaths. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 Oct 19 [citado 2018 Jul 22];21(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400230&lng=en&tlng=en

22. Bello-Álvarez LM, Parada Baños AJ , Parada-Baños AJ. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Dec 20 [citado 2018 Jul 22];68(4):256. Disponible: https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2925
23. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chil [Internet]. 2014 Feb [citado 2018 Jul 22];142(2):168–74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

24. Pinto Ramos DV. Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 – 2017. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Univesrisad Nacional de San Agustin; 2018. Disponible en : http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5630/MDpiradv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Gil Cipirán F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, a la SE 47- 2017 [Internet]. Boletín Epidemiológico del Perú SE. Peru; 2017 [cited 2018 Aug 4]. Available from: www.dge.gob.pe

26. Llerena Flores J. Factores asociados a mortalidad en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2011-2015. Universidad Ricardo Palma; 2017

27. Delgado Escalante RR. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000–2015 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible: http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4686

28. Leiva Izpquierda DY. Mortalidad materna: Principales factores clínicos y epidemiológico [Internet]. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Cajarmarca; 2015. Available from: http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes3.pdf

29. Rodriguez Ayquipa V, Saavedra-Bendezu G, Galindo-Matta J, Ybaseta-Medina J. en los hospitales de Ica , Perú. Rev méd panacea. 2013;3(3):75–8

30. Rabanal Sajami AM. Preenclampsia y muerte materna en gestantes atentidas en el Hospital Regional de Pucallpa, decenio 2005 - 2014 [Internet]. Tesis para optar el grado de médico cirujano.de Universidad Nacional de Ucayali; 2016 [citado 2018 Aug 8]. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3196/000001817T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Leveau Bartra CE. Analisis Situacional de Salud Ucayali -2016 [Internet]. Ucayali; 2016 [citado 2018 Aug 10]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_ucayali.pdf

32. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL., Durán P, Serruya S., Mainero L, Rubino M. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1584)

33. Maguiña Guzmán M, Miranda Monzón J. La Mortalidad Materna en el Perú, 2002-2011 [internet]. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 2013. [citado 18 oct 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2896.pdf

34. Culque Mendoza Y. Características epidemiológicas de casos de muerte materna en el Hospital Regional docente de Trujillo, 2000 - 2010 [tesis para optar el título profesional de obstetra]. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia; 2014. Disponible en:http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/607/1/CULQUE_YONY_EPIDEMIOLOGICAS_MUERTE%20MATERNA.pdf

35. Cordero Rizo M. Gonzales G. Factores Socio-económicos y de servicio de salud asociados con la Mortalidad Materna. Rev. Cienc.biomed.2011;2(1):77-85www.revista.spotmediav.com(23-10-2018)

36. Rendón. L, Langer. A, Hernández, B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina.1995.Rev Cubana de salud pública.

37. Ministerio de Salud de la Nación, Natalidad, Mortalidad General, Infantil Y Materna por lugar de residencia, Argentina – Año 2015 [Internet]. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. 2016 [citado 18 Oct 2017]. Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/BoletinNro154xlugardeResidencia.pdf

38. Mazza M. Vallejo C. Mortalidad Materna: análisis de las tres demoras. Revista Obst. Ginecol. Venez. 2012. 72(4).www.sceilo.org.ve/pdf/org. (Fecha de acceso 21 julio 2018).

39. Domínguez, L. Vigil, P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Rev. Clínica e investigativa en ginecología obstetricia2005. 32(3). www.elsevier.es(02-11-15)

40. Ojeda R., Ángel K., Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. Rev. Cienc. Salud. [Internet]. 2016. [citado 23 Oct. 2017]; 3-8: 38-

42.http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8_5.pdf

41. Marston, C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. World Health Organization, 2005; 1-37.

42. Dirección general de salud de las personas. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo II.2004.

43. Ormerod P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. Thorax. 2001; 56: 494– 9.

44. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. N.T.S. N°105 -MINSA/DGSP-V.01 [Internet]. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud. Perú; 2013. [Citado 23 Oct. 2017]. Disponible en:https://saludmoquegua.gob.pe/web/images/Programas/Materno/jRM8272013_normas%20tecnicas%20de%20salud%20materna.pdf.

45. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, et al. Williams obstetricia.24° ed Buenos Aires.MC Graw Hill Castellano; 2015

46. Challo Cura VY. Factores de riesgo y causas asociadas a la mortalidad materna en la región de salud Arequipa en el periodo 2004 – 2014. Tesis de Licenciatura. Univerisdad Catolica de Santa María; 2015.
47. Mejía. M, Téllez. G, Gonzales Á. Investigación materno infantil. Morbilidad materna externa y muertes maternas. Rev. Medigrphic.2012. 4(3). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123e.pdf.

48. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision.Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.

49. Solórzano Ch. Factores de Riesgo Asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.2013.

50. Quispe Chancolla R. *Factores asociados a la muerte materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014. Tesis* de especialidad; Universidad Catolica de Santa Maria. 2016. Disponible en : http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5360/H8.0278.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

51. Charles B., Ling F., Barzansky B., William N. P. y Otros. Obstetricia y Ginecología. 6ta Edición, Editorial. Copyright. España. Pág. 209, 2010.

52. Iniesta. S, Engels. V, San Frutos. L, Botija. J, Izquierdo. F, Bajo, JM. Manejo De La Hemorragia Puerperal Masiva Por Atonía Uterina Con Desvascularizacion Progresiva Del Útero, Blynch Modificado Y Antitrombina III. Rev. Progr. De Obst. Y Gineco.2004. 47(12). Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501304760549

53. Alvarado J. Manual de obstetricia. Apuntes Médicos del Perú. Pág. 233. 52.

54. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia, Lima; 2017. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf

55. Cunningham G, Leveno K, Blom S. Williams Obstetricia. 23va ed. México: Me Graw Hill; 2011.

56. Gobierno Regional de Arequipa Oficina de Epidemiologia. Análisis de Situación de Salud, Gerencia Regional de Salud Arequipa 2007, Arequipa 2007, pág. 125 – 126.

57. Organización Mundial de la Salud .Guía de la OMS para la aplicación de la CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM. Ginebra.2012

58. Romero, I., Sánchez, G., Romero, E., & Chávez, M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores. Perinatología y Reproducción Humana, 42-50; 2010.

59. Oyston C, Rueda-Clausen C, Baker P. Current challenges in pregnancy-related mortality. Obstetrics, Ginecology And Reproductive Medicine, 2014; 162-169.

60. Lewis G. Reviewing maternal deaths to make pregnancy safer. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2008; 447-463.

61. Saavedra G, Ybaseta J., Rodríguez V., Matta J., Factores De Riesgo Asociados A La Mortalidad Materna En Los Hospitales De Ica, Peru. Rev. Méd. Panacea, Ica – Perú, 2013. 3 (3). Pág. 76.

62. Organización de las Naciones Unidas. Washington, DC ,6 de mayo 2014. [Internet]. Disponible en : http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de- america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun- nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias

63. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Perú Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES nacional y departamental 2013. Lima, Pág. 404 - 405. Mayo del 2014

64. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; United Nations Population Fund. La mortalidad materna en el Perú 2002 - 2011. LIMA. MINSA, pág. 24 – 26, 2013.

65. Carrasco, S. *Metodología de la Investigación Científica.* Lima: San Marcos; 2009

66. Hernández. Sampieri. R, Fernández Collado, y Baptista Lucio. L. *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill; 2010

67. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995; 332 (17): 1113-7.

68. Domínguez de la Peña, y Otros. Análisis De 129 Casos De Mortalidad Materna 2011 En La CONAMED. Rev. CONAMED 2012; 17 (1): 32 – 36.

69. Carrión Olazabal L, Celis Domenack F. Impacto del intervalo intergenésico en la morbimortalidad materno perinatal. Hospital María Auxiliadora. enero a diciembre 2011. Rev. Per. Obs. Enf. [Internet]. 2014 [citado 23 Oct. 2017]; Vol. 10, Núm. 1. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiG26WjyJvWAhWBfCYKHSLHCs8QFggyMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.aulavirtualusmp.pe%2Fojs%2Findex.php%2Frpoe%2Farticle%2Fdownload%2F716%2F560&usg=AFQjCNG9pGo-2UbuOCADA_8cUoUbhTlP5w

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Código: ……

Ficha de Registro de Datos

FICHA DE REGISTRO PARA DETERMINAR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS QUE SE ASOCIAN A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2010-2017

I. DATOS DE NOTIFICACIÓN

1. Fecha y hora:
Día:……. Mes:……. Años: …… Hora: ……...

2. Lugar de procedencia:
Departamento :……..…
Provincia :……..……..
Distrito : ……
Domicilio :…….

3. Seguro social
a) Si
b) No
c) Especifique que tipo de seguro: ……

II. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:……
a) 10 – 19 años b) 20 - 34 años c) 35 a más

2. Estado Civil:
a) Casada b) Conviviente c) Soltera d) Viuda e) Separada

3. Grado de Instrucción
a) Sin instrucción b) Primaria c)Secundaria e) Superior

4. Ocupación:
a) Ama de casa b) Estudiante c) Dependiente
d) Independiente

5. Lugar de residencia:
a) Urbano b) Rural

6. Distancia al establecimiento más cercano:……..
a) < 30 minutos b)> 30 minutos

III. CARACTERISTICAS OBTETRICAS

1. Periodo intergenésico: …….
a) <24 meses b) 25 – 60 meses c) > 60 meses

2. Atención prenatal:……..
a) Ninguno b) 1 – 5 atenciones c) >= 6 atenciones

3. Paridad:…….
a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara

IV. MORTALIDAD MATERNA

1. Tipo de muerte materna:
a) Directa b) Indirecta c) Incidental

2. Causa de muerte materna:
a) Hemorragia b) Trastorno hipertensivo c) Infección
d) Otros (especifique): …….

3. Momento del fallecimiento
a) Gestación (indicar semana):…….
b) Parto
c) Puerperio (Indicar día): …….

4. Lugar de fallecimiento:
a) Domicilio b) Establecimiento c) Trayecto d) Referencia

ANEXO N° 2

ESTADÍSTICA DE FIABILIDAD: PRUEBA DE ALFA DE CRONBACH

Prueba de confiabilidad de la variable: Factores

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,71	11

ANEXO N° 3

Correlaciones

			Grupo etario	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Grupo etario	Coeficiente de correlación	1,000	-,004
		Sig. (bilateral)	.	,984
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	-,004	1,000
		Sig. (bilateral)	,984	.
		N	34	34

ANEXO N° 4

Correlaciones

			Estado civil	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Estado civil	Coeficiente de correlación	1,000	-,187
		Sig. (bilateral)	.	,291
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	-,187	1,000
		Sig. (bilateral)	,291	.
		N	34	34

ANEXO N° 5

Correlaciones

			Grado de Instrucción	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Grado de Instrucción	Coeficiente de correlación	1,000	,004
		Sig. (bilateral)	.	,984
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,004	1,000
		Sig. (bilateral)	,984	.
		N	34	34

ANEXO N° 6

Correlaciones

			Ocupación	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Ocupación	Coeficiente de correlación	1,000	,062
		Sig. (bilateral)	.	,728
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,062	1,000
		Sig. (bilateral)	,728	.
		N	34	34

ANEXO N° 7

Correlaciones

			Lugar de residencia	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Lugar de residencia	Coeficiente de correlación	1,000	,087
		Sig. (bilateral)	.	,624
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,087	1,000
		Sig. (bilateral)	,624	.
		N	34	34

ANEXO N° 8

Correlaciones

			Distancia al establecimiento más cercano	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Distancia al establecimiento más cercano	Coeficiente de correlación	1,000	,087
		Sig. (bilateral)	.	,624
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,087	1,000
		Sig. (bilateral)	,624	.
		N	34	34

ANEXO N° 9

Correlaciones

			Paridad	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Paridad	Coeficiente de correlación	1,000	-,128
		Sig. (bilateral)	.	,470
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	-,128	1,000
		Sig. (bilateral)	,470	.
		N	34	34

ANEXO N° 10

Correlaciones

			Periodo intergenésico	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Periodo intergenésico	Coeficiente de correlación	1,000	,010
		Sig. (bilateral)	.	,955
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,010	1,000
		Sig. (bilateral)	,955	.
		N	34	34

ANEXO N° 11

Correlaciones

			Atenciones prenatal	Tipo de mortalidad materna
Rho de Spearman	Controles prenatales	Coeficiente de correlación	1,000	,208
		Sig. (bilateral)	.	,238
		N	34	34
	Tipo de mortalidad materna	Coeficiente de correlación	,208	1,000
		Sig. (bilateral)	,238	.
		N	34	34

ANEXO N° 12: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Nivel de medición de la variable	Valor final	Instrumento
Características Sociodemográficas y obstétricas	Son características o factores que potencialmente pueden provocar alteraciones en las condiciones de salud u otros resultados.	Determinantes que condicionan o favorecen a la mortalidad materna.	**Características Sociodemográficas**	- Grupo etáreo	Cuantitativo	Razón	1. Edad: 10 - 19 años ;1, 20 – 34 años; 2, ≥ 35 años;3	Ficha de recolección de datos
				- Estado civil	Cualitativo	Nominal	1. Estado civil: casada; 1, Conviviente; 2, soltera; 3, viuda; 4, divorciada; 5.	Ficha de recolección de datos
				- Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	1. Grado de instrucción: Primaria: 1, Secundaria: 2, Superior: 3	Ficha de recolección de datos
				- Ocupación	Cualitativo	Nominal	1. Ocupación: Ama de casa; 1, Estudiante; 2, Dependiente; 3, Independiente; 4	Ficha de recolección de datos
				- Lugar de residencia	Cualitativo	Nominal	1. Lugar de residencia; Urbana:1 Rural: 2	Ficha de recolección de datos
				- Distancia al Hospital	Cuantitativo	Intervalo	1. Distancias al hospital: < 30´: 1 y >30´: 2	Ficha de recolección de datos
			Características obstétricas	- Periodo intergenésico	Cuantitativa	Razón	1. Periodo intergenésico; < 24 meses, 25 – 48 meses, >49 meses	Ficha de recolección de datos
				- Controles prenatales	Cuantitativa	Razón	1. Atención prenatal: Ninguno; 1, 1 – 5 atenciones; 2, > = 6 atenciones.	Ficha de recolección de datos
				- Paridad	Cualitativa	Nominal	1. Paridad: Nulíparas;1, primípara; 2 multípara; 3, Gran Multípara; 4	Ficha de recolección de datos
Mortalidad materna	Definida como toda muerte materna resultante de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y abortos.	Muerte de la madre durante el embarazo o durante puerperio , pero no por causa accidental o incidente	**Directa**	- Hemorragia - Infección - Trastornos hipertensivos - Aborto - Parto obstructivo	Cualitativo	Nominal	1. Directo: Hemorragia; 1, aborto; 2, infección; 3, trastorno hipertensivo; 4, parto obstructivo;5	Ficha de recolección de datos
			Indirecta	- Enfermedades infecciosas - Enfermedades metabólicas - Proceso tumoral - Otras patologías	Cualitativo	Nominal	Indirecta: Enfermedades infecciosas; 1, enfermedades metabólicas; 2, proceso tumoral; 3, Otras patologías; 4	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°13: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Características Sociodemográfico y obstétricas que se asociaron a la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	DIMENSIONES	INDICADORES	CLASIFICACION	MARCO TEORICO
Problema General ¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas, obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017? **Problemas Específicos** - ¿Existe relación entre el grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre el estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre el grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre el lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre la distancia al Hospital y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre el periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017?	**Objetivo General** Determinar la relación entre las características sociodemográficas y obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017. **Objeticos Específicos** - Identificar la relación que existe entre el grupo etario y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - Identificar la relación que existe entre el estado civil y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - Identificar la relación que existe entre grado de instrucción y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - Identificar la relación que existe entre la ocupación y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - Identificar la relación que existe entre el lugar de residencia y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - Identificar la relación que existe la entre la distancia al Hospital y la mortalidad materna	**Características Sociodemográfico y Obstétricas**	**Hipótesis General** Existe relación entre las características sociodemográficas, obstétricas y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017. **Hipótesis especifica** - H0: El grupo etario tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - H0: El estado civil tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: El grado instrucción tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el per00iodo 2010 - 2017. - H0: La ocupación tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: El lugar de residencia tiene relación significativa con la mortalidad materna	- Características Sociodemográfico - Características obstétrico	- Grupo etario - Estado civil - Grado de instrucción - Ocupación - Lugar de residencia - Distancia al Hospital - Periodo intergenésico - Atención prenatales - Paridad	1. Grupo etario: < 10-19 años; 1, 20 – 34 años; 2, ≥ 35 años;3. 2. Estado civil: soltera; 1, casada; 2, divorciada;3, viuda; 4, convivientes; 5 3. Grado de instrucción: Primaria: 1, Secundaria: 2, Superior: 3 4. Ocupación: Ama de casa; 1, Estudiante; 2, Dependiente; 3, Independiente; 4; 5. Lugar de residencia; Urbana:1 Rural: 6. Distancias al hospital: < 30´: 1 y >30´: 2 1. Periodo intergenésico; < 24 meses, 25 – 60 meses, >60 meses 2. Atención prenatal: Ninguno; 1, 1 – 5 atención; 2, > = 6 atención. 3. Paridad: Nuliparas;1, primípara; 2 multípara; 3, Gran Multípara; 4	1. Antecedentes 1.1. Internacional. 1.2. Nacional. 1.3. Local 2. Características de la madre. 2.1. Concepto a. Características sociodemográficas b. Características obstétricas 3. Mortalidad materna 3.1. Concepto. 3.2. Mortalidad materna directa 3.3. Mortalidad materna indirecta

- ¿Existe relación entre la paridad y la mortalidad materna en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Existe relación entre control prenatal y la mortalidad materna en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017? - ¿Qué tipo mortalidad materna directa es más frecuente en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017? - ¿Qué tipo mortalidad materna indirecta es más frecuente en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017?	en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017 - Identificar la relación que existe entre el periodo intergenésico y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017 - Identificar la relación que existe entre la paridad y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017 - Identificar la relación que existe entre control prenatal y la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 – 2017 - Identificar el tipo mortalidad materna directa en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017 - Identificar el tipo mortalidad materna indirecta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017	**Mortalidad materna**	en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: La distancia al hospital tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: El periodo intergenésico tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: La paridad tiene relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: Los controles prenatales tienen relación significativa con la mortalidad materna en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017. - H0: El tipo mortalidad materna directa es alta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010 - 2017 - H0: El tipo mortalidad materna indirecta es alta en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2010-2017	- **Directa**	- Hemorragia - Infección - Trastornos hipertensivos - Aborto - Parto obstructivo	1. Directo: Hemorragia; 1, aborto; 2, infección; 3, trastorno hipertensivo; 4, parto obstructivo;5	
				- **Indirecta**	- Enfermedades infecciosas - Enfermedades metabólicas - Proceso tumoral - Otras patologías	1. Indirecta: Enfermedades infecciosas; 1, enfermedades metabólicas; 2, proceso tumoral; 3, Otras patologías; 4	