

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS E
INDIRECTAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO ENTRE LOS AÑOS 2003 AL 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

PEÑA FLORES LIZ SATURNINA

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

LIMA- PERÚ

2019

ASESOR

DR. WALTER BRYSON MALCA

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por todas sus bendiciones y en especial a mis padres, esposo e hijos; por su apoyo constante y comprensión, para poder finalizar con éxito los estudios.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria; por brindarme amor, paciencia palabras de aliento que me ha permitido cumplir un sueño más.

RESUMEN

Objetivo: Fue determinar la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se aplicó un muestro por conveniencia intencional 100% de casos (muestreo no probabilístico), se obtuvieron 52 historias clínicas de gestantes que fallecieron por causas obstétricas directas e indirectas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se procedió a la revisión y recolección de datos en una ficha elaborada por el investigador. Se utilizó el programa IBM SPSS v25 para el procesamiento de datos.

Conclusión: Las gestantes que fallecieron entre los años 2003 al 2018 en el Hospital Nacional Dos de Mayo por causas indirectas fue 57.7% y por causas directas 42.3%; mayor porcentaje de muerte materna por causa directa durante el embarazo fue 9.6% por infección obstétrica y durante el puerperio 23.1% por trastorno hipertensivo; así mismo los que fallecieron por causas indirectas en mayor porcentaje durante el embarazo 9.6% fue por infección no obstétrica y; durante el puerperio 7.7% fue por infección no obstétrica y enfermedad neurológica.

PALABRAS CLAVE: mortalidad materna, causas directas, causas indirectas, embarazo, puerperio.

ABSTRACT

Objective: It was to determine the maternal mortality due to direct and indirect obstetric causes in pregnant women treated at the National Hospital Dos de Mayo between 2003 and 2018.

Methodology: An observational, descriptive study was carried out. Transverse and retrospective. A sample was applied for intentional convenience 100% of cases (non-probabilistic sampling), 52 medical records were obtained from pregnant women who died from direct and indirect obstetric causes in the National Hospital Dos de Mayo, and then the review and collection of data in a card prepared by the researcher. The IBM SPSS v25 program was used for data processing.

Conclusion: The pregnant women who died between 2003 and 2018 in the Dos de Mayo National Hospital were 57.7% indirect causes and 42.3% for direct causes; higher percentage of maternal death due to direct cause during pregnancy 9.6% was due to obstetric infection and during the puerperium 23.1% due to hypertensive disorder; likewise, those who died of indirect causes in a greater percentage during pregnancy 9.6% were due to non-obstetric infection and; during the puerperium 7.7% was due to non-obstetric infection and neurological disease.

KEY WORDS: maternal mortality, direct causes, indirect causes, pregnancy, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es una tragedia social, refleja el estado de salud de un País; las inequidades de género, la desigualdad económica y social de la población; es una variable muy importante en los estudios de la población; continúa siendo un problema de salud en muchos países del mundo como el nuestro; puede ser causada por causas obstétricas directas e indirectas.

El presente estudio fue realizado para conocer cuáles son las principales causas obstétricas de muerte materna en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

El capítulo I se desarrolló el problema de investigación, para luego realizar el planteamiento del problema, formulación del problema general y específico, justificación, delimitación del estudio realizado, objetivos generales y específicos y el propósito del tema.

El capítulo II contiene el marco teórico con los antecedentes bibliográficos, base teórica, el desarrollo del marco conceptual, hipótesis general y específicos, definición de variables y definición operacional de términos.

El capítulo III se realizó la metodología de investigación se hizo referencia al diseño metodológico, tipo y nivel de investigación, se menciona la población y muestra de estudio, la técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos; y finalmente los aspectos éticos.

El capítulo IV se desarrolla el análisis de los resultados y la discusión del tema de investigación.

El capítulo V se realizó las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se muestra las referencias bibliográficas y anexos del trabajo de investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
ASESOR.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO.....	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA.....	11
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	24

2.4. HIPÓTESIS.....	26
2.5. VARIABLES.....	26
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..	30
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	32
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	32
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS.....	33
4.2. DISCUSIÓN.....	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES.....	44
5.2. RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	49

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	33
TABLA 2: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	35
TABLA 3: Mortalidad materna por causa obstétrica directa durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	36
TABLA 4: Mortalidad materna por causa obstétrica directa durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	37
TABLA 5: Mortalidad materna por causa obstétrica indirecta durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	39
TABLA 6: Mortalidad materna por causa obstétrica indirecta durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	34
GRÁFICO 2: Mortalidad materna por causa obstétrica directa durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	36
GRÁFICO 3: Mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	38
GRÁFICO 4: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	40
GRÁFICO 5: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.....	42

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables.....	50
ANEXO 2: Instrumento.....	52
ANEXO 3: Validez de instrumento – consulta de expertos.....	54
ANEXO 4: Matriz de consistencia.....	57

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte de una mujer es una de las mayores preocupaciones del mundo, cada día mueren aproximadamente ochocientas treinta mujeres relacionadas con la gestación y sus etapas: embarazo, parto, puerperio; durante el 2015 murieron unas trecientos tres mil mujeres; la mayoría de ellas en países de ingreso bajos; gran parte se hubieran evitado. La razón de mortalidad materna para el año 2015 en países en vías de desarrollo es de 239 y en países desarrollados es 12, por cien mil nacidos vivos.²²

Las causas obstétricas de muerte materna son principalmente las directas en un 80% dentro de ellas las más representativas son: hemorragia, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido; y las indirectas 20% como: anemia, VIH_SIDA, enfermedades cardiovasculares; se presentan durante las etapas de la gestación (embarazo, parto y puerperio).²²

La razón de muerte materna en el Perú, en los años 2014, 2015 y 2016 fue de 83.3, 83.8, 66.1 respectivamente por cada cien mil nacidos vivos; se puede observar un gran avance en su reducción para el 2016.²³

En el año 2017 notificaron 377 muertes maternas directas e indirectas esto es un incremento de 14.6% en relación al 2016; en el primer semestre del año 2018 se han notificado 169 fallecimientos.²⁴

El Hospital Nacional Dos de Mayo; es un centro de referencia nacional donde llegaron gestantes con complicaciones para su atención; por tal motivo se realizó el estudio para determinar las causas de mortalidad materna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son las causas obstétricas directas e indirectas de mortalidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las causas obstétricas directas de mortalidad materna durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?
- ¿Cuáles son las causas obstétricas directas de mortalidad materna durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?
- ¿Cuáles son las causas obstétricas indirectas de mortalidad materna durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?
- ¿Cuáles son las causas obstétricas indirectas de mortalidad materna durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo es una causa frecuente de consultas en los hospitales, ha habido un aumento sobre todo en sectores socioeconómicos bajos.

a. Justificación Teórica: La muerte de una mujer es inaceptablemente alta; no se logró alcanzar el objetivo del milenio trazado para el año 2015, sin embargo, ha descendido notoriamente a comparación de años anteriores; la meta del Ministerio de Salud para el año 2021 es reducir a 58 por cada cien

mil nacidos vivos; por ello es importante identificar las principales causas obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio. El Perú está comprometido con su reducción por lo que este estudio ayudara a cumplir los objetivos trazados.

b. **Justificación Práctica:** Es importante conocer las principales causas obstétricas de muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio; y de esta manera identificar si existe una causa diferente o una causa general durante estos periodos; y para así poder establecer programas y tener un adecuado control en las gestantes y de esta manera reducir el fallecimiento de la mujer mientras está embarazada.

c. **Justificación Metodológica:** para poder lograr los objetivos se acudirá al empleo de técnica de investigación como la revisión de los registros de atención de las pacientes, historias clínicas y las fichas de datos; y su análisis estadístico, para conocer cuáles son las causas más importantes de muerte en gestantes. Así los resultados de la investigación se apoyan en técnicas de investigación validas en el medio.

d. **Justificación Económico Social:** causa un impacto negativo en la familia, el estudio va evitar en un futuro consecuencias en el bienestar de los niños, y preservar el núcleo familiar y evitar gastos económicos.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación espacial:** Se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima – Perú; Departamento de Gineco- Obstetricia.

- **Delimitación temporal:** Este estudio se realizó entre los años 2003 al 2018.

- **Delimitación social:** Gestantes que han sido atendidas dentro del Hospital Nacional Dos de Mayo.

- **Delimitación conceptual:** Gestantes que fallecieron en el Hospital Nacional Dos de Mayo, por causas obstétricas directas e indirectas.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Administrativo: El personal de archivo del Hospital Nacional Dos de Mayo, no nos brinda facilidades para revisar las historias clínicas y acceder a las estadísticas de atención de pacientes; mal archivamiento de las historias clínicas.
- Económico: no se cuenta con financiamiento por lo que será autofinanciado.
- Personal: no buena disponibilidad de tiempo.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Identificar la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.
- Identificar la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.
- Conocer la mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

- Conocer la mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

1.7. PROPÓSITO

El propósito de este trabajo fue identificar las principales causas obstétricas de mortalidad materna durante las diferentes etapas de la gestación: embarazo, parto y puerperio; para así poder tener un panorama más amplio y brindar una atención materna de calidad; con un enfoque más integral; y de esta manera poder contribuir a su reducción. Es importante generar políticas públicas y estrategias sanitarias efectivas y para así poder mejorar los servicios de salud y tener mayor compromiso por parte de los trabajadores de salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

- Gonzales Rosales Ricardo et al; año 2010; Mortalidad materna durante un periodo de 10 años, ocurridas del 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2007; realizaron una Revisión en Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie en Tamaulipas, México, fue un estudio: Descriptivo, transversal, retrospectivo y serie de casos. Registraron treinta muertes maternas obstétricas; una tasa de 87.2 por cien mil nacidos vivos. El promedio de edad fue de 25.1 ± 7.8 años, 54% primer embarazo, 20% tuvo control prenatal adecuado; 60% por causas directas y por indirectas 40%; las más frecuentes fueron: preeclampsia-eclampsia (27%), hemorragia obstétrica (20%) y la sepsis grávido-puerperal (13%). El 83% fueron previsibles.⁶

Concluyeron que hay una reducción de la muerte materna en los años estudiados.⁶

- Mazza María Margarita et al; año 2012; Análisis de las características de la mortalidad materna ocurrida en el Distrito Capital durante los años 2008-2009, aplicando el modelo de las tres demoras; realizaron una revisión en la Maternidad Concepción Palacios; Venezuela; Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; registraron setenta y ocho casos. La razón fue en el 2008 de 98,97 y el 2009 fue 103,9 por cada cien mil nacidos vivos; por causas directas (57,7 %) como: los trastornos hipertensivos del embarazo (40 %), hemorragias (31,1 %) y sepsis (26,7 %); y la causa indirecta que encontraron la sepsis (62,2 %). Identificaron la demora 3 (69,2 %), la demora 1 (38,5 %). Treinta pacientes fueron referidas a otro establecimiento para su atención médica definitiva; 80% de las

pacientes fueron referidas. Concluyeron que la muerte materna es alta; sobre todo en el año 2007; la demora 3 como principal causa.⁹

- **Millán Vega María Margarita y et al; año 2012; Mortalidad Materna en la Provincia de Granma; realizaron un estudio en el Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes, Bayamo, Granma, Cuba; Estudio Descriptivo Retrospectivo:** En el periodo de 1995 al 2010; donde en 1995 la tasa general fue de 84.4 por cien mil nacidos vivos y la causa obstétrica directa 67.4 %; en el año 2010 fue la más baja con 9.5 por cada 100 mil nacidos vivos, donde no hubieron muertes maternas por causas directas; con mas frecuencia en los meses de enero, agosto y diciembre; mas fallecimientos se reportaron en los municipios de Manzanillo y Bayamo; identificaron la hemorragia como principal causa , seguida por embolismo de líquido amniótico. Llegaron a la conclusión que la tasa de muerte general y directa ha disminuido notoriamente pero no en forma uniforme, por ello debe implementar mejores estrategias.¹⁰

- **Zonana-Nacach Abraham y et al; año 2014; Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria; realizaron un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) durante 2005-2012 en Tijuana, Baja California. Estudio Descriptivo, Retrospectivo:** Donde encontraron 44 casos. Por causa obstétrica directa 19 (43%), indirecta 21 (48%) y 4 (9%) por causa no obstétrica; 30 (68%) tuvieron atención prenatal, de ellas el 18 (41%) fue adecuada; por periodos de la gestación: embarazo 8 (18%), parto 2 (4%) y puerperio 34 (77%). Llegaron a la conclusión que las gestantes deben tener una vigilancia prenatal lo más temprano posible, periódica y sistemática; de esta manera se podrá identificar y brindar un diagnóstico oportuno a las mujeres con alto riesgo de complicaciones durante el embarazo.²¹

- **Galindo Lozada Sofía Liliana; año 2015; Causas de Muerte Materna en el estado de Chihuahua durante los años 2010, 2011 y 2012; Tesis de Grado; Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez; México; realizo un estudio Retrospectivo, Observacional y analítico:** Revisaron 28 casos producidas desde el primero de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2012; encontraron la edad media fue de 26.3 años; 50% en el municipio de Juárez; el 85.7% tenía educación media; el 57% con menos de 3 gestas; 90% de los casos ocurrieron durante el embarazo (tercer trimestre); todas las pacientes recibieron atención hospitalaria; casi el 90% de los casos que se registraron en el 2011, la mayoría de los casos corresponde a causas obstétricas directas (67.9%); 75% tenía una enfermedad previa no identificada. Las causas principales encontradas fueron en primer lugar: enfermedad hipertensiva del embarazo (32.14%), hemorragia (24.99%), otras causas en tercer lugar (35.71%) y en cuarto lugar sepsis (7.14%).⁴

NACIONALES

- **Wong Luis y et al; año 2011; Mortalidad materna; realizaron un estudio en la Dirección Regional de Salud de Ancash; mediante estudio descriptivo, retrospectivo:** registraron 242 casos, la razón de disminuyó de 209 en 1999 a 90 en 2009 por cien mil nacidos vivos. Identificaron que fue por causa directa 83%: principalmente por hemorragia 56%, seguida de enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%. Concluyeron que el fallecimiento materno se está reduciendo en forma significativa, pero es aun considerada alta en comparados a nivel internacional; siendo la hemorragia la principal causa, y la mayor parte falleció en su casa.²⁰

- **Del Carpio Ancaya Lucy; año 2013; situación de la Mortalidad Materna en el Perú 2000- 2012; realizo una revisión; Revista Peruana Medica Exp. Salud Pública. 2013; 30(3):461-4.** Según ENDES en el año 2000 la razón fue de 185 y en 2010 refiere 93 muertes maternas por cada

cien mil nacidos, estas cifras representan un gran descenso. En el año 2000 las causas directas identificadas fueron hemorragia 49%, hipertensión inducida por el embarazo 16%, y el aborto 7%; y en 2012 fueron hemorragia 40.2%, hipertensión inducida por el embarazo 32%, aborto 17.5% y las infecciones relacionadas al embarazo 4.1%; y las causas indirectas han ido en ascenso en año 2000 representaban un 18% y en el año 2012 es 29.4%. En conclusión, hay una disminución de la razón de muerte materna; las causas directas siguen siendo los principales, representada por la hemorragia; todo ello por falta de equidad y empoderamiento de la mujer; por ello se debe fortalecer las estrategias implementadas.³

- **Guevara Ríos Enrique; año 2016; Estado actual de la Mortalidad Materna en el Perú; realizo una Revisión; Revista de Investigación Materno Perinatal; 2016; 5(2):7-8.** Encontró que en el Perú la mortalidad materna se ha reducido en los últimos veinte años, en 1997 se registraron 769 casos y el 2016 fueron reportados 325 casos, esto representa un descenso de 42%; la razón paso de 265 a 68 por cien mil nacidos vivos, corresponde a un descenso del 75%; durante el año 2016 se registró la cifra más baja de casos 325 de los últimos veinte años.⁷

Para lograr un descenso significativo el Perú está trabajando incansablemente con un enfoque en derechos humanos y de esta manera promover la defensa de los derechos reproductivos; otros países también están comprometidos y han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible que consiste en reducir la razón de fallecimiento materno a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos, y ningún país debe superar el doble de la media mundial.⁷

- **Delgado Escalante Ruth Raquel; año 2016; Características Epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa, 2000 al 2015; Tesis de grado; Universidad Nacional Mayor**

de San Marcos; Lima- Perú; Estudio descriptivo y retrospectivo: Se registraron 21 casos, de ellas 90% ocurrió durante el puerperio y 86% fue por causas directas. Encontró que las principales causas directas fue 38.1 % trastornos hipertensivos del embarazo, 23.8% atonía uterina, 14.3% endometritis puerperal; 80% de las fallecidas procedían del Departamento de lima; promedio de edad 30 años; ocupación su casa 80%; el 52% no fallecidas no reconoció la situación de riesgo; 38% no tuvieron ningún control prenatal; 86% eran nulíparas o primíparas; 71% de los hijos nacieron vivos. Llego a la conclusión los fallecimientos ocurrieron mayoritariamente por causas directas representada por la enfermedad hipertensiva.²

- Pinto Ramos Danna Victoria; año 2018; Factores Asociados a la Muerte Materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 2005 al 2017; tesis de grado; Universidad Nacional de San Agustín; Arequipa- Perú; estudio Observacional Retrospectivo y corte transversal: Reportan 80 casos; de ellas en el 2008 fueron 12 casos y en año 2017 fueron 2 casos; 30% en el embarazo, 3.75% parto, 66.25% puerperio; el 60% por causas directas como: el trastorno hipertensivo del embarazo (58.33%), hemorragia (20.83%), infecciones (10.2%), complicaciones del aborto (8.33%); parto obstruido (2.08%); y 40% por causas indirectas como: 25% complicaciones neoplasias, 18.75% shock séptico; 12.5% SIDA; 6.25% aneurisma cerebral, cardiopatía, influenza, TBC miliar, entre otras; el 10% tenían menos de 20 años; 58.75% edad reproductiva ideal; 31.25% gestantes añosas; 60% estado civil conviviente; 21.5% eran solteras; 60% educación secundaria; 51.25 % ocupación ama de casa; 50% residencia habitual Arequipa; 71.25 % menos de 6 atenciones prenatales.¹⁶

2.2. BASE TEÓRICA

MORTALIDAD MATERNA

Es la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio; no depende de la duración y la localización; o puede ser debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por este o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²²

La tasa de mortalidad materna se expresa como el número de muertes maternas por cien mil nacidos vivos.²²

Las causas de muerte materna en el mundo; son directas como: hemorragia, infección, Pre-eclampsia, aborto provocado, obstrucción del trabajo de parto, entre otras; e indirectas, como anemia y malaria.²²

El Perú se comprometió desde el año 2000 junto con 189 estados miembros que acudieron a la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas; en reducir la mortalidad materna en un 75% en el año 2015. El Perú alcanzó la meta un año después.¹⁷

A nivel mundial se está reduciendo, desde el año 1990 con 385 al 2015 con 216, por cien mil nacidos vivos; con una reducción del 44% de la razón de muerte materna; aproximadamente han fallecido 13.6 millones de mujeres.²³

En el Perú, se ha tenido grandes avances en la reducción de muerte materna, disminuyó en un 64,9%, desde 1990 al 2010, pasó de 265 a 93 por cien mil nacidos vivos.²³

La última razón reportada es del año 2016 con 66.1, en el 2015 fue 83.8, en el 2014 fue 83.3; por cien mil nacidos vivos.²³

Distribución de muertes maternas por departamentos durante el año 2016 fue de: Lima con 42, Piura con 41, Cajamarca con 38, La libertad con 26, Puno y Loreto con 28, Junín con 27, Huánuco con 18, Cuzco con 19, Ucayali con 17, Lambayeque con 16 , San Martín con 14, Amazonas con 13 , Ancash con 15, Arequipa con 11 ,Callao con 10, Huancavelica con 6, Ayacucho e Ica con 5; Apurímac, Pasco y Tumbes con 4; Madre de Dios y Tacna con 2; finalmente Moquegua presento 1 muerte materna por causas directas e indirectas.²³

En Lima las muertes maternas por causas directas e indirectas va en aumento en el año 2000 fue de 22, 2001 de 38, 2002 de 46, 2003 de 44, 2004 y 2005 fue de 60, 2006 de 46, 2007 de 56, 2008 de 63, 2009 de 61, 2010 de 51, 2011 de 58, 2012 de 70, 2013 de 47, 2014 de 42, 2015 de 59; y en el primer trimestre del año 2016 ya se han producido 10 muertes maternas reportadas.²³

En general en el País se está reduciendo las muertes maternas debido a un gran esfuerzo técnico y presupuestal del ministerio de Salud y el Estado peruano; para ello se cuenta con una mejor oferta de servicios, mayor asignación de recursos, y sobre todo una respuesta oportuna; de esta manera se mejorará la atención de la madre y el recién nacido.²⁴

Las estadísticas anuales muestran que han sido producidas en mayor número por hemorragias, toxemias gravídicas e infecciones; estas tres grandes causas siguen todavía figurando como las principales responsables de la mortalidad.²⁴

Aunque las estadísticas actuales son decrecientes, la hemorragia como factor de mortalidad ha sufrido un aumento relativo, aun considerando que, según algunas estadísticas, las muertes debidas a hemorragia se califican como evitables en un 50% de los casos. Con la mejoría del tratamiento de

las complicaciones obstétricas, se inscriben también frecuentemente como causas de mortalidad con aumento relativo la tromboembolia, anestesia, enfermedades cardíacas y reacciones transfusionales.¹⁸

La muerte materna es uno de los principales motivos de vigilancia epidemiología desde 1998 por parte del Ministerio de Salud, para contribuir en su disminución, esto se ve reflejado en las actividades que se está realizando por parte del personal de salud en los lugares más alejados del país para una adecuada atención de salud; ha contribuido en esto la creación del Seguro Integral de Salud; brinda facilidades y ayuda la cobertura de la atención prenatal y el parto institucional.²³

CAUSAS OBSTÉTRICAS DE MORTALIDAD MATERNA

Se clasifican en:

- Causas Obstétricas Directas
- Causas Obstétricas Indirectas
- Causas no Obstétrica

Las muertes maternas también son clasificadas en:

Muertes evitables: Son las que ocurren por un tratamiento inadecuado, o por condiciones adversas, problemas en el transporte, ignorancia o desconfianza u otras condiciones similares.¹

Muertes no evitables: no se pudo alterar la historia natural de la enfermedad, esto a pesar de haber tomado medidas oportunas y correctas. ¹

Finalmente, Las muertes evitables es de acuerdo con la responsabilidad: profesional, hospitalaria o de la paciente. ¹

Las mortalidades maternas pueden clasificarse según cuando se presentan en el embarazo: durante el periodo preparto, en el parto o en posparto, o puede tratarse de un estado crónico conocido con el nombre de secuela a largo plazo. Pero también es posible que una mujer experimente una o más morbilidades en diferentes momentos durante el mismo embarazo.¹¹

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Es cuando se produce como resultado de complicaciones obstétricas que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio; o por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de acontecimientos originados por alguna de las circunstancias mencionadas.²⁵

Las causas de muerte materna son clasificadas en tres grandes grupos o categorías:

- Hemorragias.
- Infecciones.
- Trastorno hipertensivo del embarazo.

También se agregan el parto obstruido, la cirugía obstétrica, el aborto provocado y sus complicaciones.¹⁵

HEMORRAGIA

Es la causa más frecuente de la muerte materna en el mundo (25%).¹

En Perú es la principal causa de mortalidad materna hospitalaria es más común inmediatamente después del parto; en el embarazo las más representativas son el desprendimiento prematuro de placenta y la Placenta previa.¹⁴

El papel de la hemorragia como causa de mortalidad materna depende de las facilidades que tenga el personal que está atendiendo el parto para acceder a los servicios de un banco de sangre que puede permitir la recuperación del volumen sanguíneo y evitar un shock hemorrágico irreversible.¹⁵

En el embarazo: Es toda pérdida de sangre durante el embarazo. Es menester proceder a un minucioso estudio semiológico para confirmar que sea sangre, y el origen genital o extra genital de la pérdida sanguínea, la localización, semana del embarazo en que se produce, el color, el dolor.⁵

- **Amenaza de aborto - aborto**

La amenaza de aborto es la presencia de sangrado genital de cantidad variable antes de las 22 semanas de independientemente si ha ocurrido muerte fetal o no; generalmente acompañado de dolor supra púbico de tipo contracción en hemi abdomen inferior y región lumbosacra.¹⁵

Sin las medidas adecuadas y oportunas es inminente el aborto, que es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o con un peso menor de 500gr.¹⁵

- **Placenta previa**

Es la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero que puede cubrir el orificio cervical interno parcial y totalmente.¹²

En estas condiciones, la hemorragia ocurrirá, con mayor probabilidad, debido a la dilatación del conducto cervical, al inicio del parto. El cuadro clínico se presenta con una hemorragia discreta, sangrado de color rojizo y fresco.¹²

La frecuencia fluctúa entre un caso cada 200 a 300 embarazos.^{15,18}

Entre los factores de riesgo que dan lugar a la placenta previa se considera: defectos de irrigación de la pared uterina, que podría estar asociado a leiomiomas o cicatrices de histerotomías anteriores, el hábito de fumar, los embarazos múltiples y la gestación de edad avanzada.^{15, 18}

▪ **Desprendimiento prematuro de placenta**

Es el desprendimiento o separación de la placenta normalmente insertada después de las 22 semanas de gestación y antes del tercer estadio del parto, parte del sangrado es retro placentario; para después drenar por el cuello uterino, de esta manera produce hemorragia externa. Menos frecuentemente, la sangre no sale al exterior y queda retenida entre la placenta despegada y el útero, produciendo una hemorragia oculta el cuadro clínico que presenta es sensibilidad abdominal hemorragia de color rojo rutilante, hiperactividad contráctil uterina. Aumenta mucho el riesgo materno que puede llevar a que se desarrolle coagulopatía por consumo.^{15,18}

Cual quiera que sea el mecanismo, la hemorragia puede ser tan severa como para causar la muerte. Los pacientes que sufren de hipertensión inducida por el embarazo tienen alto riesgo de presentar esta entidad.^{15,18}

Hemorragia del trabajo de parto

Se pueden producir por maniobras inadecuadas durante la atención del parto, sobre todo si se utilizó fórceps o versión interna; también se puede presentar después de un parto precipitado; las lesiones pueden ser en el periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero.¹⁵

Hemorragias posparto

Causa principal de morbilidad y mortalidad materna durante el puerperio, y se considera que es la pérdida sanguínea en cantidad de mayor de 500ml

durante las primeras 24 horas; es un problema serio y grave; y es la más frecuente 75% de casos.¹

Entre estos tenemos

- **Ruptura uterina:** La incidencia de ruptura uterina puede desarrollarse como resultado de una herida o anomalía preexistente, puede estar asociada con traumatismo o complicar un trabajo de parto en un útero previamente cicatrizado, lo más frecuente apertura de la cicatriz de una cesárea previa.¹⁸
- **Laceraciones Perineales:** Los desgarros en Vagina y periné pueden ser extensos y prolongarse en el primer caso hasta en fondos de sacos vaginales comprometiendo elementos vasculares que sangran profusamente¹⁶. Hay un alto índice en gestantes adolescentes de desgarros del perineo o de la vagina, desgarros generalmente de ligera o mediana gravedad.¹¹
- **Desgarros cervicales:** Los desgarros del cuello uterino pueden comprometer ramas de la arteria uterina manteniendo profusa hemorragia que se agrava naturalmente con la extensión del desgarro.¹³
- **Hemorragias por retención de restos placentarios.** Las lesiones del endometrio ocasionadas cirugías o enfermedades anteriores; puede originar una implantación irregular de la placenta y facilitan la retención de membranas y departamentos de cotiledones en proporciones variables. En algunos casos los restos placentarios retenidos se necrosan persistiendo los loquios sanguíneos, lo que además predispone a la infección como agravante del cuadro.¹³
- **Inercia o atonía uterina.**
Se define como la incapacidad del útero para mantener contracciones suficientes para desprender la placenta, cortar el aporte sanguíneo arterial; no hay retracción ni contracción

placentaria de esta manera se altera la hemostasia; el útero tiene un tamaño mayor y el fondo arriba del ombligo, blanda y sin formación del globo de seguridad de pinard.¹³

Hemorragia puerperal tardía. Es la que se presenta después de 24 horas del parto. Sus características en cuanto a cantidad pueden ser variables y sus factores etiológicos son diversos. Puede originarse después de esfuerzo físicos que lesiones las oclusiones vasculares; por congestión pélvica, por restos placentarios, por hemorragias recurrentes en lesiones traumáticas, por sub involución uterina, por infecciones uterinas que actúan demorando la regeneración de la mucosa y perturban la actividad contráctil, etc.¹³

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

El tercer gran grupo de causa materna obstétrica directa está constituido por la Hipertensión inducida por el embarazo también denominada toxemia del embarazo la entidad se caracteriza clínicamente por hipertensión, edema y proteinuria. Dentro de la Hipertensión inducida por el embarazo se reconoce hasta tres cuadros anatomoclicos: preeclampsia, eclampsia, y síndrome de hellp.¹⁵

El primer problema que se presenta es que, precisamente, no se conoce con exactitud la causa y los factores patógenos en juego. A pesar de que se ha hecho notables progresos en el conocimiento de esta entidad, todavía constituye un reto el alcanzar una total comprensión del problema. Será planteado como causal el factor genético basado en una mayor frecuencia en hermanas de pacientes toxemicas de madres o abuelas con toxemia.¹⁵

Entre los factores ambientales, además de la gestación múltiple es importante el nivel nutricional; lo que explica el por qué la mayor frecuencia en los grupos económicamente deprimidos de la sociedad, cuyo nivel de

ingesta proteica y calóricas es bajo. En algunas formas, deficiencia de algunos oligominerales, como el magnesio, el calcio y el zinc, participan favoreciendo la mayor frecuencia de preeclampsia, mientras que el sodio está involucrado en el desarrollo de la hipertensión arterial.¹⁵

- **Preeclampsia:** No se perfunde adecuadamente los órganos como consecuencia del vaso espasmo y activación endotelial. Hay un incremento en la presión arterial, la proteinuria mayor de 300 mg y a veces hay un edema generalizado, y suele presentarse en el tercer trimestre. La intensa constricción de las arteriolas se acompaña de la disminución del flujo sanguíneo uterino y, con ella, del aporte de oxígeno al feto.¹⁹

Las mujeres que presentan proteinuria más hipertensión tienen mayor riesgo de fallecer en el embarazo.¹⁹

Preeclampsia es una de las más peligrosas complicaciones de la gestación, ya que durante el último trimestre puede progresar rápidamente a Eclampsia, de esta manera es un riesgo para la vida del feto y madre.¹³

- **Eclampsia:** La gran vasoconstricción y alza tensional provocan una encefalopatía hipertensiva capaz de producir convulsiones tónico clónicas generalizadas en una mujer con preeclampsia no atribuidas a otra causa, las convulsiones son de tipo gran mal y pueden aparecer antes del trabajo de parto, durante o después del mismo. Pueden presentarse después de 48 horas y hasta los 10 días del parto especialmente en nulípara.^{14,19}

También incluye diversos signos clínicos, aumento rápido de peso derivado de la retención de sodio y agua, incremento de la presión arterial y proteinuria.¹⁹

La Eclampsia, cuarta causa más importante de muerte intrahospitalaria en el Perú y la segunda durante el embarazo. Es más frecuente en las primigestas, embarazo gemelar, gestantes adolescentes y mujeres con sobre peso.¹³

- **Síndrome de Hellp:** Es una complicación de las Eclampsias, siglas inglesas que describen los hallazgos del cuadro: hemólisis, enzimas elevadas y plaquetopenia; habitualmente se acompaña de dolor epigástrico, náuseas y vómitos.¹⁸

INFECCIONES OBSTÉTRICAS

Las infecciones de la gestación son principalmente a los cuadros anatomoclínicos: aborto séptico, endometritis puerperal. Los microorganismos causantes de dichos cuadros generalmente son los mismos e incluyen principalmente a los estreptococos, estafilococos, y entero bacterias. El manejo requiere de identificación del agente y su sensibilidad antibiótica.¹⁵

- **El aborto séptico:** Relacionada con el aborto provocado por una gestación no deseada. Con frecuencia la adolescente busca la solución con personas que no tienen el conocimiento, los recursos, o la destreza necesaria para manejar los casos. Se emplea objetos diversos e incluso instrumentos médicos, todos ellos deficientemente esterilizados con los cuales se contamina el huevo, la cavidad uterina y en los casos más graves la cavidad abdominal, al perforar la pared uterina como consecuencia de la falta de conocimiento y de habilidad quirúrgica.¹⁵

- **Corioamnionitis:** Los microorganismos generalmente las bacterias, llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. Se presentan en rotura prematura de membranas y también en algunas ocasiones con membrana ovular íntegra; tiene una frecuencia de 1 % de los embarazos. Los gérmenes son tanto aeróbicos como anaerobios. Si la corioamnionitis ocurre en el segundo trimestre, puede inducir al aborto. Si ocurre en el tercer trimestre provoca parto prematuro. La corioamnionitis es la causa más frecuente de ruptura prematura de membranas lo que a su vez favorece la infección de la cavidad amniótica.¹⁵

- **Infección Puerperal:** Es causa común de morbilidad y, todavía de mortalidad materna. El comité conjunto para el bienestar materno de los EE.UU. define a la morbilidad puerperal como la temperatura de 38 grados en dos de los primeros 10 días del puerperio, sin incluir el primero, y siempre que se registre tal parámetro por vía bucal por lo menos cuatro veces al día. En la actualidad algunos autores usan como criterio de morbilidad puerperal temperaturas de 37.5°C a 38.5°C después del segundo día acompañada de síntomas clínicos de infección y resultados positivos de los cultivos. Los sitios de infección incluirían las vías urinarias, las mamas, el perineo, la vagina, el cuello uterino, el endometrio, las venas pélvicas. Los síntomas infección incluyen fiebre, aceleración del pulso, letargia, pérdida de apetito y conforme al sitio de dolor secreciones o loquios de olor desagradable, hipotensión arterial, inflamación local e hipertermia. Los riesgos específicos de la infección son: el shock séptico, la insuficiencia renal y la coagulación intravascular diseminada.^{19,15}

- **Endometritis.** Cuando se produce la infección ovular ésta precozmente comprometerá al endometrio, en el que se encuentra

áreas de necrosis e infiltración celular inflamatoria. A partir de la endometritis el proceso se extiende con facilidad a las capas restantes del útero dando lugar a una panmetritis. En otros casos, por vía canicular la infección puede comprometer las trompas y extenderse a los ovarios, dando lugar a piosálpinx y absceso ovárico que pueden evolucionar a peritonitis. La infección puede no ser resultado de la introducción de gérmenes de exterior con instrumental contaminado, sino cuando se produce ruptura de membranas, la solución de continuidad permite que gérmenes comensales de la vagina por vía ascendente, contaminen el hueco y evolucione de manera similar del caso anterior.^{15,18}

LOS PARTOS PROLONGADOS U OBSTRUIDOS

Producidos por una desproporción céfalo pélvica o por la colocación anormal del feto. Esta circunstancia se puede evitar garantizando una buena alimentación a la mujer embarazada y evitando los embarazos en las jóvenes antes de que estén completamente desarrolladas (menores de 24 años).⁸

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICA INDIRECTA

Las muertes obstétricas indirectas son aquellas que ocurren como resultado de una enfermedad previa o que se presenta durante el embarazo, que pueden ser agravadas por el estado de gestación.²⁵

Enfermedades neurológicas: Se pueden agrupar en complicaciones neurológicas del embarazo, cuadros favorecidos, preexistentes agravados por el embarazo; se puede mencionar al accidente cerebro vascular, epilepsia, encefalopatía, aneurisma roto, entre otros.

Enfermedades cardiacas: los cambios hemodinámicos que hay durante el embarazo pueden llevar a la descompensación de la paciente con alteración estructural previa.

Cáncer: son las neoplasias malignas que se diagnostican en el embarazo, la incidencia es de 0.07%; el tipo más frecuente es de cérvix, seguido de mama.

Infección no obstétrica: las principales causas infecciosas identificadas como

- **Malaria:** enfermedad que debilita el estado nutricional y destruye los glóbulos rojos, lo que resulta en una anemia severa. Se presenta en la semana 14 del embarazo, En mayor medida en el primer embarazo y son más susceptibles a la malaria plasmodium falciparum.¹⁹
- **Tuberculosis:** No es más frecuente en la gestante que en la no embarazada, lo cual depende del nivel socioeconómico y especialmente de estado nutricional; el embarazo no influye en el curso de la enfermedad y tampoco altera las necesidades terapéuticas; solo hay que brindar vigilancia clínica y obstétrica intensa, durante su transcurso, el parto y el puerperio; presenta a menudo partos prematuros en algunas ocasiones.¹⁹

Otras patologías no obstétricas como:

- **Anemia:** Se presenta en aproximadamente a 500 millones de mujeres en el mundo; son más propensas a sufrir enfermedades y no toleran la pérdida de sangre; generalmente las causas de anemia son multifactoriales; a pesar de ello el infante almacena adecuadamente el

hierro, por ello presenta mayor gravedad la gestante. La anemia en una mujer embarazada incrementa el riesgo de muerte.¹⁴

- **Diabetes:** Es la entidad clínica diagnosticada, que se presenta por primera vez durante el embarazo, independientemente de la severidad, requerimiento de insulina o la persistencia más allá del parto; esto debido a los intensos cambios metabólicos en la mujer gestante.¹⁵

MUERTE NO OBSTÉTRICA

Las muertes maternas no obstétricas son aquellas que ocurren durante el embarazo o después de su terminación debido a causas accidentales o incidentales. En su mayoría en un 82% son debido a lesiones intencionadas como: homicidios, suicidios, accidentes de tráfico, caídas, incendios, etc. El resto 18% son debidos a enfermedades agudas o crónicas, cuya evolución no es agravada por el estado gestacional.²⁵

2.3. MARCO CONCEPTUAL

MORTALIDAD MATERNA

Fallecimiento de la mujer durante los periodos de la gestación: embarazo, parto y puerperio; y no por causas accidentales o incidentales.²⁵

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS

CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Fallecimiento de una mujer por causas obstétricas durante los periodos de la gestación: embarazo, parto y puerperio.²⁵

Son clasificadas en tres grandes grupos o categorías:

- Hemorragias.
- Infecciones obstétricas.
- Trastorno hipertensivo del embarazo.

También se agregan el parto obstruido, la cirugía obstétrica, el aborto provocado y sus complicaciones.¹⁵

A. Hemorragias

- Amenaza de aborto- aborto
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Rotura uterina
- Laceraciones perineales
- Desgarros cervicales
- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Hemorragia puerperal tardía

B. Trastorno hipertensivo del embarazo

- Preeclampsia
- Eclampsia
- Síndrome de hellp

C. Infecciones

- Aborto séptico
- Corioamnionitis
- Infección puerperal
- Endometritis

D. partos prolongados u Obstruidos

CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS

Fallecimiento de una mujer por una enfermedad que existía previamente o por una que se presentó durante el embarazo; y que fue agravada por el estado de gestación.²⁵

- Enfermedades neurológicas: epilepsia, accidente cerebro vascular, encefalopatía, aneurisma roto.
- Enfermedades cardíacas: como valvulopatías, cardiopatía congénita acianótica, insuficiencia cardíaca
- Infecciones no obstétricas: como Neumonía, tuberculosis, absceso abdominal
- Cáncer de diferentes órganos: cérvix, gástrico, recto, entre otras.

2.4. HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis.

2.5. VARIABLES

- Causas directas e indirectas de mortalidad materna

Causas obstétricas Directas

- Hemorragia
- Trastorno hipertensivo del embarazo
- Infección
- trabajo de parto prolongado.

Causas obstétricas Indirectas

- enfermedad cardíaca
- enfermedad neurológica

- infección no obstétrica
- cáncer de diferentes órganos

- Mortalidad materna

- mortalidad materna en el embarazo
- mortalidad materna en el puerperio

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Causas: Se considera como el fundamento u origen de la muerte.

Mortalidad materna: Es el fallecimiento de una mujer que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio; puede ser relacionada o agravada por el mismo.

Causa obstétrica directa: Es producida como resultado de una complicación obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio.

Causa obstétrica indirecta: Es debida a enfermedad previa o que se presenta durante la gestación; agravada por esta condición.

Muerte materna hospitalaria: Es la muerte materna directa o indirecta producida dentro del hospital, independientemente si el parto se produjo dentro del establecimiento o no.

Etapas de la gestación: Comprendida por el embarazo, parto y puerperio

Embarazo: Proceso comprendido desde implantación del ovulo fecundado en el útero hasta el parto; se producen importantes cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos.

Parto: se define como la expulsión del feto, este puede ser maduro o casi maduro

Puerperio: Comprende desde que se produjo el parto y salida de la placenta, hasta que el aparato genital de la mujer recupera sus características normales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: observacional, descriptivo, trasversal y retrospectivo.

- **Observacional:** Sin intervención del investigador, solo se limita a medir las variables a estudiar.
- **Descriptivo:** Se describe las variables sin manipularlos.
- **Trasversal:** Estudios en una población determinada y en un momento de tiempo.
- **Retrospectivo:** obtención de datos y análisis en un tiempo pasado.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Lo conformaron 52 Gestantes que fallecieron por causas obstétricas directas e indirectas; 30 fallecieron por causas indirectas y 22 por causas directas; atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años de estudio.

Muestra

No se cuenta con muestra se trabajó con toda la población.

Muestreo no probabilístico: por conveniencia (100% de casos).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

Gestantes quienes murieron debido a causas obstétricas directas e indirectas durante el embarazo y puerperio atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Criterios de Exclusión

- Gestantes que no presentaron ninguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio.
- Gestantes que enfermaron o murieron por causas no obstétricas (accidentales e incidentales).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica de recolección de datos

Análisis documental: revisión de los registros de atención de las pacientes, historias clínicas y las fichas de datos.

Instrumento

Ficha de recolección de datos: Fue elaborado en base al título y objetivos del estudio a realizar. Esta ficha está estructurada en seis partes: La primera parte permite identificar los datos generales de la paciente; segunda parte los antecedentes Gineco obstétricos; tercera parte el estado nutricional; cuarta parte las causas obstétricas directas de mortalidad materna; quinta parte las causas obstétricas indirectas de mortalidad materna; sexta parte datos de la necropsia en caso se haya realizado.

Primera parte:

- Datos generales: 03 preguntas

Segunda parte:

- Antecedentes Gineco- obstétricos: 06 preguntas

Tercera parte:

- Estado nutricional: 01 pregunta

Cuarta parte:

- Causas obstétricas directas de mortalidad materna: 02 preguntas

Quinta parte:

- Causas obstétricas indirectas de mortalidad materna: 02 preguntas

Sexta parte: Necropsia 02 preguntas.

Esta ficha de recolección de datos fue evaluada mediante juicio de expertos para constatar la validez del contenido y la estructura; por ello se contó con 3 jueces expertos en el tema: Dr. Walter Bryson Malca, Dr. Ojeda Mantari José; Lic. Elsi Bazán Rodríguez.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A través la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista, se solicitó autorización al director del Hospital Nacional Dos de Mayo; para permitirnos la revisión de las historias clínicas respectivas.

Mediante una revisión minuciosa de las historias clínicas se determinó las causas obstétricas directas e indirectas de mortalidad materna; después según las etapas de la gestación: embarazo, puerperio; todo esto en gestantes que fueron atendidas en los años de estudio. Se recolectaron los datos en la ficha de recolección de datos.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos y se analizó con el programa SPSS versión 25; y se presenta los resultados en tablas y gráficos; de acuerdo a los objetivos trazados.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El carácter retrospectivo del presente estudio podría llevar a que la información personal de los pacientes sea divulgada; sin embargo, se manejará con numeración en cada ficha de recolección de datos, esto va garantizar la confidencialidad; por ello fue evaluado y aprobado el presente estudio por el comité de ética de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, para garantizar los principios de Bioética que todo estudio debe respetar.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

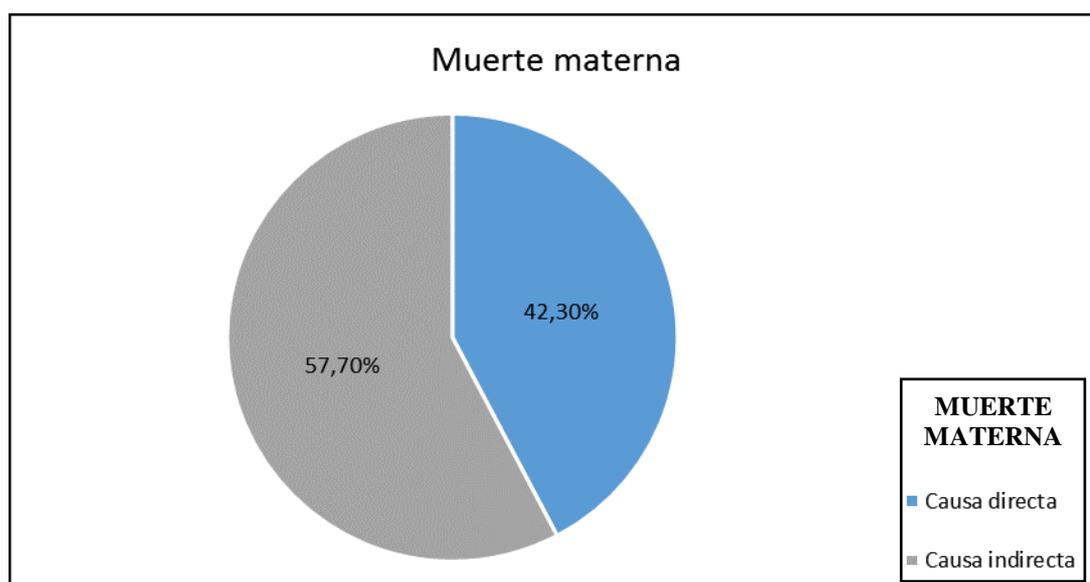
4.1. RESULTADOS

TABLA 1: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

MORTALIDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	TOTAL
Causa Directa	22	42.3 %	42.3%
Causa Indirecta	30	57.7%	57.7%
TOTAL	52	100.0%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 1: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 1, gráfico 1; nos muestra la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en los años de estudio, donde se observa que, de un total de 52 gestantes fallecidas, el 57.7 % fue por causas obstétricas indirectas y el 42.3% por causas obstétricas directas.

TABLA 2: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

CAUSAS OBSTÉTRICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAUSAS DIRECTAS	Hemorragia	2	3.8%
	Trastorno Hipertensivo	12	23.1%
	Infección Obstétrica	6	11.5%
	Otras patologías obstétricas	2	3.8%
CAUSAS INDIRECTAS	Enfermedad cardiaca	6	11.5%
	Infección no obstétrica	9	17.3%
	Cáncer de órganos diferentes	4	7.7%
	Enfermedad neurológica	7	13.5%
	Otras patologías	4	7.7%
TOTAL		52	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

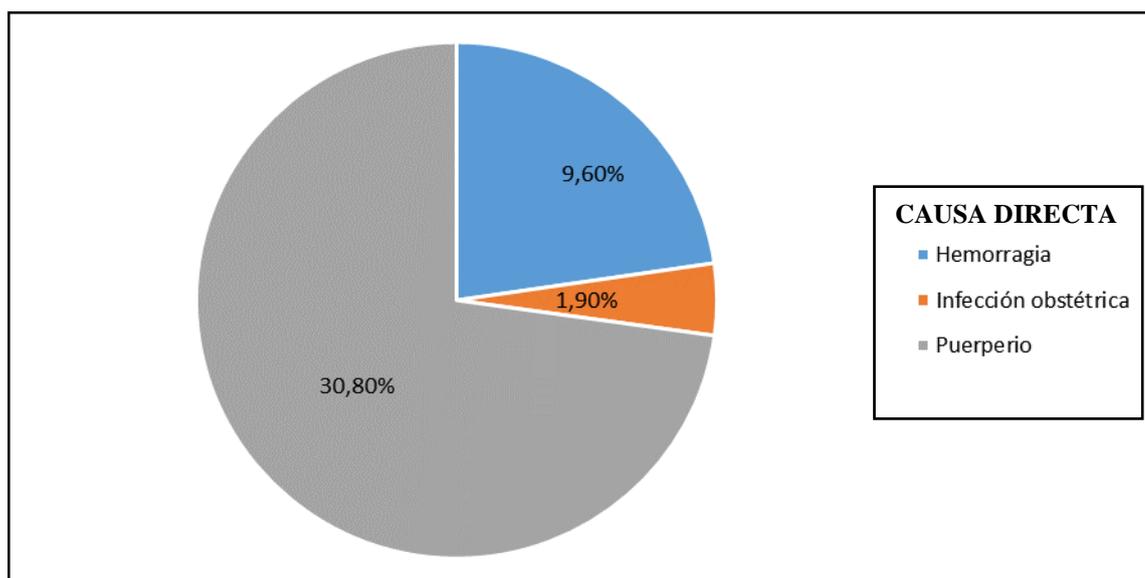
En la tabla 2, nos muestra la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas; donde se observa que, de un total de 52 gestantes fallecidas, el 23.1% fue por causa obstétrica directa como el trastorno hipertensivo del embarazo, y el 17.3% presentaron mortalidad materna por causa obstétrica indirecta por infección no obstétrica.

TABLA 3: Mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO	Hemorragia	1	1.9%
	Infección obstétrica	5	9.6%
PUERPERIO		16	30.8%
TOTAL		22	42.3%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 2: Mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

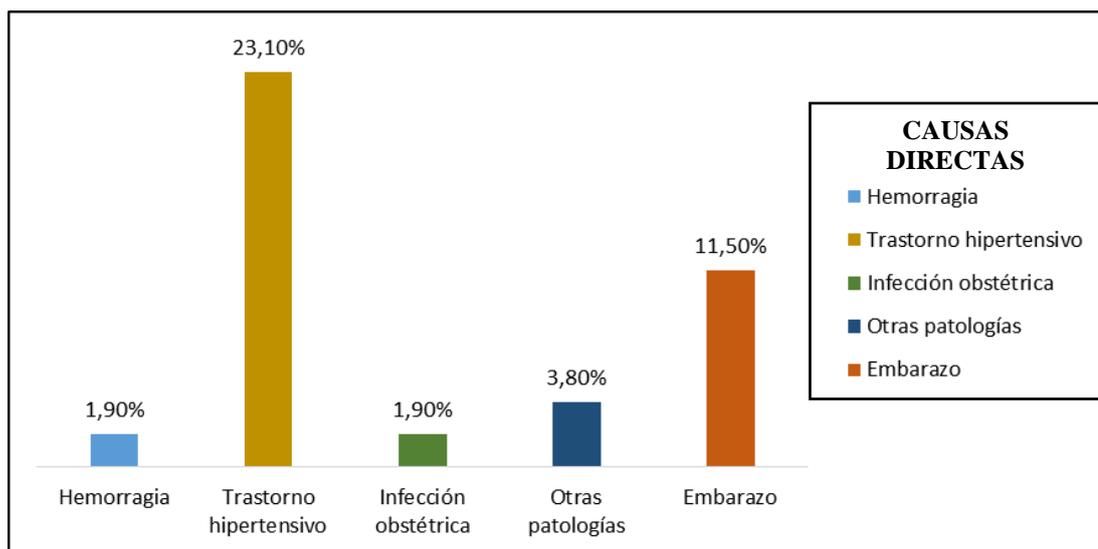
En la tabla 3, gráfico 2; se describe la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el embarazo, obteniendo que el 30.8% fallecieron por causas directas durante el puerperio; en tanto las que fallecieron durante el embarazo 9,6% fue por infección obstétrica y el 1.9% por hemorragia.

TABLA 4: Mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUERPERIO	Hemorragia	1	1.9%
	Trastorno hipertensivo del embarazo	12	23.1%
	Infección obstétrica	1	1.9%
	Otras patologías obstétricas	2	3.8%
EMBARAZO		6	11.5%
TOTAL		22	42.3%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 3: Mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

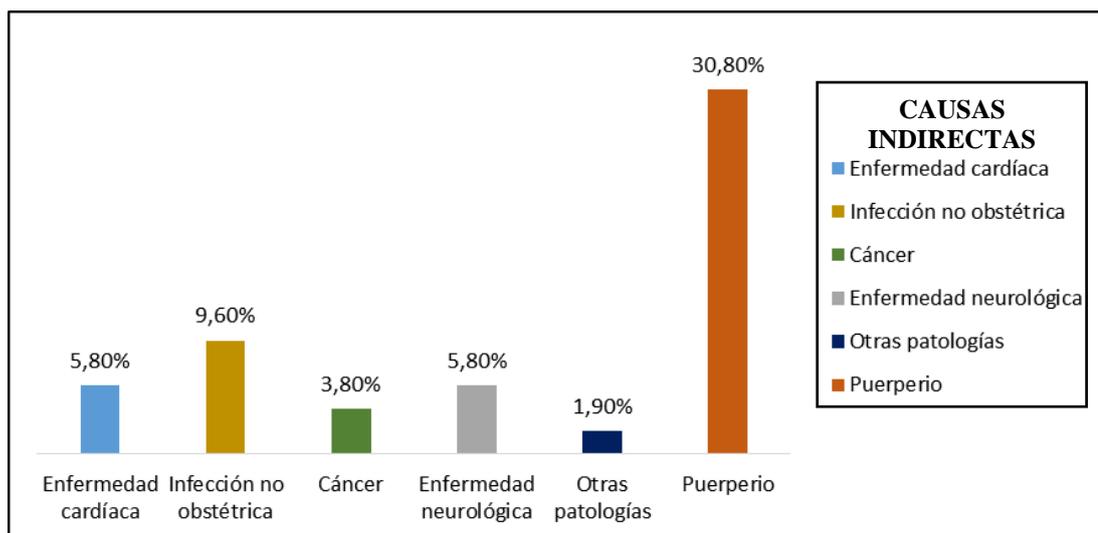
En la tabla 4; gráfico 3; se describe la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio; el 23,1% fue por trastornos hipertensivos, 3,8% por otras patologías, 1,9% por hemorragia e infección obstétrica.

TABLA 5: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO	Enfermedad cardíaca	3	5.8%
	Infección no obstétrica	5	9.6%
	Cáncer de diferentes órganos	2	3.8%
	Enfermedad Neurológica	3	5.8%
	Otras patologías	1	1.9%
PUERPERIO		16	30.8%
TOTAL		30	57.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 4: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

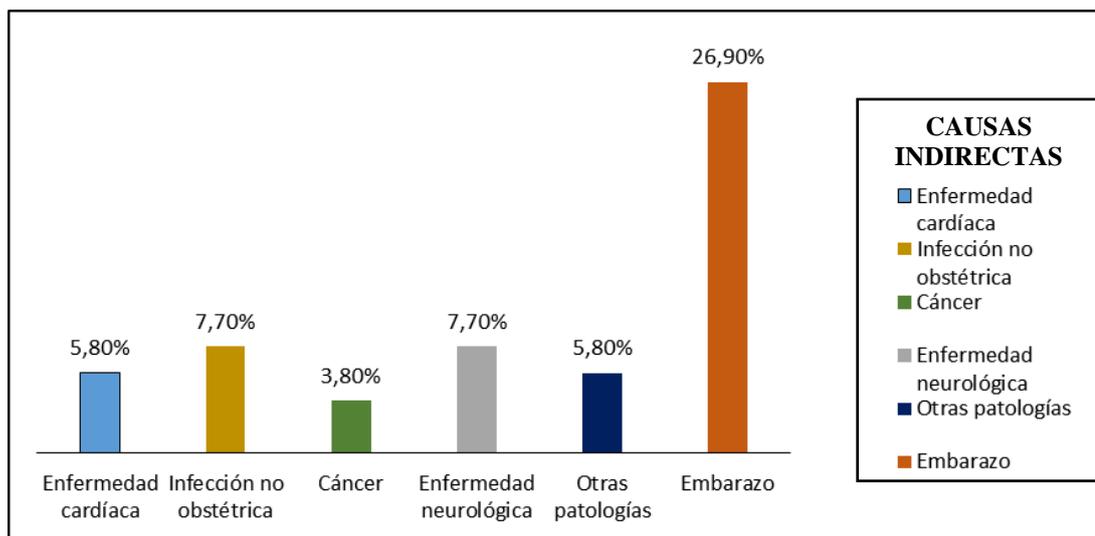
En la tabla 5, gráfico 4; se describe la mortalidad materna por causas indirectas durante el embarazo; donde encontramos que el 30.8% fallecieron por causas indirectas durante el puerperio; en tanto durante el embarazo con mayor frecuencia 9.6% fue por infección no obstétrica, 5.8% por enfermedad cardíaca y enfermedad neurológica, el 3.8% por cáncer en diferentes órganos y el 1,9% por otras patologías.

TABLA 6: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
PUERPERIO	Enfermedad cardiaca	3	5.8%
	Infección no obstétrica	4	7.7%
	Cáncer de diferentes órganos	2	3.8%
	Enfermedad neurológica	4	7.7%
	Otras patologías	3	5.8%
EMBARAZO		14	26.9%
TOTAL		30	57.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO 5: Mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 6, gráfico 5; se describe la mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio; el 7.7% fue por infección no obstétrica y enfermedad neurológica, el 5.8% por enfermedad cardíaca y otras patologías, el 3.8% por cáncer de diferentes órganos.

4.2. DISCUSIÓN

En la investigación que se realizó sobre mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas durante los años 2003 al 2018, se obtuvo información de las historias clínicas.

En el trabajo realizado se determinó que el mayor porcentaje de muerte materna fue por causas obstétricas indirectas 57.7%; lo cual concuerda con el estudio realizado en México por Zonana- Nacach Abraham y et al, en el cual el 48% de los pacientes fallecieron por causa obstétrica indirecta. En tanto en la mayoría de los trabajos de investigación se encontró que la principal causa de muerte se debe por causa obstétrica directa como por ejemplo el estudio realizado en el Perú por Wong Luis y et al donde el 83% fue por causas directas.

Con respecto a la causa obstétrica directa de muerte materna durante el embarazo se encontró que el 9.6 % fallecieron por infección obstétrica y durante el puerperio fue por trastorno hipertensivo del embarazo 23.1%; en comparación con otros estudios con resultados similares, como por ejemplo el trabajo realizado en el Perú en el año 2016 por Delgado Escalante Ruth donde el 86% de las muertes maternas fue por causa directa siendo la principal causa el trastorno hipertensivo del embarazo 38.1% seguido por atonía uterina con 28.3%.

En cuanto a la causa obstétrica indirecta de muerte materna durante el embarazo se encontró que el 9.6% fue por infección no obstétrica y durante el puerperio 7.7% fue por infección no obstétrica y enfermedad neurológica; a diferencia del trabajo realizado en Perú en el año 2018 por Pinto Ramos Danna, donde encontró que el 40% de las muertes maternas fue por causa indirecta siendo la principal causa 25% por neoplasias.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Se concluye que durante los años 2003 al 2018 en el Hospital Nacional Dos de Mayo fallecieron 52 gestantes, predominantemente por causas obstétricas indirectas 57.7% siendo la principal causa la infección no obstétrica con 17.3%; mientras que las muertes maternas por causas obstétricas directas representaron un 42.3% principalmente por el trastorno hipertensivo del embarazo con 23.1%.

2. La muerte materna por causas obstétricas directas durante el embarazo se encontró que principalmente fue por infección obstétrica 9.6% y hemorragia 1.9%; mientras que durante el puerperio fue en mayor porcentaje 23.1% por trastorno hipertensivo del embarazo. Siguen siendo todavía las tres principales causas de muerte materna directa a nivel nacional e internacional.

3. La muerte materna por causa obstétrica indirecta durante el embarazo en mayor porcentaje 9.6% fue por infección no obstétrica; y durante el puerperio el mayor porcentaje 7.7% fue por infección no obstétrica y enfermedad neurológica. De acuerdo a lo encontrado en los años de estudio la muerte materna por causa indirecta va en aumento, por tanto, es necesario desarrollar programas en control del embarazo enfocados en estas causas.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Considerar el presente trabajo en el Hospital Nacional Dos de Mayo para mejorar la calidad de atención y hacer estudios que nos permitan identificar los factores de riesgo de cada gestante; de esta manera se logrará una atención oportuna y evitar la muerte de una mujer mientras esta embarazada; para ello se debe destinar los recursos suficientes para fortalecer los servicios de atención obstétrica.

2. Las gestantes deben tener una atención y vigilancia prenatal lo más temprano posible, periódica, sistemática; esto va permitir realizar un tamizaje de las principales causas de muerte materna directa, especialmente en la detección de los trastornos hipertensivos del embarazo; de esta manera se podrá identificar, diagnosticar y brindar un manejo oportuno; por ser la causa obstétrica directa con mayor porcentaje de muerte materna.

3. Es necesario realizar protocolos de atención enfocados en el diagnóstico oportuno y tratamiento durante el embarazo y puerperio; producido por causas indirectas poniendo énfasis a las infecciones no obstétricas como principal causa de muerte materna indirecta; esto va permitir a los servicios de obstetricia mediante un adecuado control prenatal identificar los factores de riesgo relacionados con estas patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahued JR. y et al; Ginecología y Obstetricia aplicados; Segunda Edición, Editorial El Manual Moderno S.A. México.
2. Delgado RR.; Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa 2000-2015; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima-Perú 2016.
3. Del Carpio L.; Situación de la mortalidad materna en el Perú 2000- 2012; Revista Peruana médica Exp. Salud Pública; Lima- Perú 2013; 30(3):461-4.
4. Galindo SL.; Causas de muerte materna en el estado de Chihuahua durante los años 2010, 2011 y 2012; Universidad Autónoma de ciudad de Juárez; México 2015.
5. González J. y et al; Obstetricia, sexta Edición; Barcelona-España, Editorial Masson S.A. 2013.
6. Gonzales RR., Ayala I., Cerda JA, Cerón MA; Mortalidad materna en el Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie durante un periodo de 10 años; Revista de Ginecología y Obstetricia; México 2010; paginas 219- 225.
7. Guevara E.; Estado actual de la mortalidad materna en el Perú; Revista Peruana de investigación materna perinatal; Perú- 2016; 5(2):7-8.
8. López J. y et al; La adolescente embarazada: morbimortalidad materno y fetal", en Venezuela.

9. Mazza MM., Vallejo CM., Gonzales M; Mortalidad materna: análisis de las tres demoras; Revista de Obstetricia y Ginecología; Venezuela 2012; pagina 233- 248.
10. Millán MM y otros; Mortalidad materna en la Provincia de Granma; Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes, Bayamo, Granma, Cuba 2012.
11. Mondragón H., Mondragón Alcocer H. Ginecología Y Obstetricia, sexta Edición, Editorial Trillas, México 2013.
12. Mongrut A; Tratado De Obstetricia, Cuarta Edición; Editorial San Marcos; Lima- Perú.
13. Moreno N; Salud reproductiva y demográfica; Editorial Universidad San Martín De Porras; Lima-Perú 2002.
14. Pacheco J; Ginecología y Obstetricia; Primera Edición; Editorial Mad Corp S.A.; Lima- Perú.
15. Pérez S.; Obstetricia; cuarta Edición, Santiago de Chile; Editorial Mediterráneo. 2011.
16. Pinto DV; Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 2005 al 2017; Universidad Nacional de San Agustín; Arequipa- Perú; 2018.
17. Rodríguez YL y Rodríguez A; Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe; movimiento científico iberoamericana; 2012; Vol.6 pagina 132- 146.

18. Schwarcz, R. y Otros; Obstetricia; sexta Edición; Editorial El Ateneo, Buenos Aires- Argentina; 2005.
19. Williams; obstetricia; 23ava edición, Editorial Mc Graw- Hill; España 2011.
20. Wong L, Esmeralda W y Húsares Y; Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash; Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología; v.57 n.4 Lima 2011.
21. Zonana-Nacach A, Gonzaga MR, Anzaldo MC, Olazarán GA; Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California; Revista de Salud pública; México 2014.
22. Who.int; Mortalidad materna; Organización mundial de la salud 2019 [actualizada 16 de febrero 2018; acceso enero 2019]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
23. Ministerio de Salud; Boletín Epidemiológico del Perú; Volumen 26-SE 24; Perú 2017; Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/24.pdf>
24. Ministerio de Salud; Boletín Epidemiológico del Perú; Volumen 27- SE26; Perú 2018; Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/26.pdf>
25. Ministerio de Salud; Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; Mortalidad materna; Perú 2018; disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2018/SE02/mmaterna.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de variables

ALUMNO: Peña Flores Liz Saturnina

ASESOR: Dr. Walter Bryson Malca

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

VARIABLES DE ESTUDIO: CAUSAS OBSTETRICAS			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
causas obstétricas directas	- Hemorragias - Infección obstétrica - Trastorno hipertensivo del embarazo - Trabajo de parto obstruido	nominal	Ficha de recolección de datos
causas obstétricas indirectas	- Enfermedad cardiaca - Enfermedad neurológica - Infección no obstétrica - Cáncer de diferentes órganos	nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DE ESTUDIO: MORTALIDAD MATERNA			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Mortalidad materna en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias - Infección obstétrica - Trastorno hipertensivo del embarazo - Trabajo de parto obstruido - Enfermedad cardiaca - Enfermedad neurológica - Infección no obstétrica - Cáncer de diferentes órganos 	nominal	Ficha de recolección de datos
Mortalidad materna en el puerperio	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias - Infección obstétrica - Trastorno hipertensivo del embarazo - Trabajo de parto obstruido - Enfermedad cardiaca - Enfermedad neurológica - Infección no obstétrica - Cáncer de diferentes órganos 	nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO 2: Instrumento



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTADA DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS E
INDIRECTAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS
DE MAYO ENTRE LOS AÑOS 2003 AL 2018.**

AUTOR: Peña Flores Liz Saturnina

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº FICHA.....

Fecha:.....

Nº HC.....

I.- DATOS GENERALES

Edad.....

Lugar de procedencia

Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente ()

II.- ANTECEDENTES GINECO- OBSTÉTRICOS

F.U.M..... EG.....

P:..... G.....

Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara ()

Control Pro-natal: sí () NO () Nº de CPN:

III.- ESTADO NUTRICIONAL

Normal () Desnutrido ()

Hemoglobina %.....

IV.- MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS

Durante el: Embarazo () Parto () Puerperio ()

Causa:

Hemorragia: Amenaza de aborto- Aborto () Placenta previa () DPP ()
Hemorragia en el parto () Hemorragia Posparto () otros ()

Infección: aborto séptico () Corioamnionitis () Infección puerperal () otros ()

Trastorno Hipertensivo: Preeclampsia () Eclampsia () Sd. Hellp () otros ()

Observaciones.....

V.- MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS

Durante el: Embarazo () Parto () Puerperio ()

Causa: Enfermedad cardiaca () Enfermedad neurológica () cáncer ()
Infección no obstétrica () otros ()

Observaciones:.....

VI.- NECROPSIA

Fecha.

Diagnóstico de muerte materna:

ANEXO 3: Validez de instrumento- consulta de expertos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Bryson Malca Wadita*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Medico Jefe UCI*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente (0 - 20%)	Regular (21 - 40%)	Buena (41 - 60%)	Muy Buena (61 - 80%)	Excelente (81 - 100%)
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas.				80	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer : Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas				80	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo				80	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Apliable* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima, Enero de 2019



Firma del Experto

D.N.I N° *08819198*

Teléfono *979047101*

Dr. Walter Bryson Malca

MEDICINA INTERNA
 CMP 14809 RNF 750

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: OJEDA MANTARI, JOSÉ A.
 1.2 Cargo e institución donde labora: MEDICO ASISTENTE SERVICIO OBSTETRICIA
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer : Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					90%

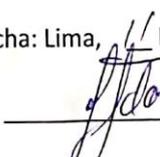
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 11 Enero de 2019


DR. JOSÉ A. OJEDA MANTARI
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 GMP 56421 RNE 11008

Firma del Experto
 D.N.I. Nº 417415321
 Teléfono 967689701

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *BAZÁN RODRÍGUEZ ELSI*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPSJB*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					<i>85%</i>
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					<i>85%</i>
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas.					<i>85%</i>
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					<i>85%</i>
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					<i>85%</i>
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer : Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas					<i>85%</i>
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					<i>85%</i>
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					<i>85%</i>
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptivo					<i>85%</i>

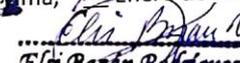
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Alicia* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: *Lima, 10* Enero de 2019


~~Elsi Bazán Rodríguez~~
 COESPE N° 444
 Firma del Experto
 D.N.I N° *19200983*
 Teléfono *977 414 879*

ANEXO 4: Matriz de Consistencia

ALUMNO: Peña Flores Liz Saturnina

ASESOR: Dr. Walter Bryson Malca

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son las causas obstétricas directas e indirectas de mortalidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO:</p>	<p>General: Determinar la mortalidad materna por causas obstétricas directas e indirectas en gestantes atendidas en Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018</p> <p>Específicos: 1. Identificar la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el embarazo en gestantes atendidas Hospital</p>	<p>General: Por ser un estudio Descriptivo no requiere hipótesis.</p>	<p>Variables de Estudio: Causas obstétricas de mortalidad materna</p> <p>Indicadores: - causas obstétricas directas - causas obstétricas indirectas</p> <p>Mortalidad materna</p> <p>Indicadores: - Mortalidad</p>

<p>1. ¿Cuáles son las causas obstétricas directas de mortalidad materna durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?</p> <p>2. ¿Cuáles son las causas obstétricas directas de mortalidad materna durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?</p> <p>3. ¿Cuáles son las causas Obstétricas Indirectas de mortalidad materna durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital</p>	<p>Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.</p> <p>2. Identificar la mortalidad materna por causas obstétricas directas durante el puerperio en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.</p> <p>3. Conocer la mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.</p> <p>4. Conocer la mortalidad materna por causas obstétricas indirectas durante el puerperio en gestantes atendidas en Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018.</p>		<p>materna en el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad materna en el parto
--	---	--	--

<p>Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?</p> <p>4.¿Cuáles son las causas Obstétricas Indirectas de mortalidad materna durante el puerperio; en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre los años 2003 al 2018?</p>			
Diseño metodológico	Población y Muestra		Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: observacional, transversal, retrospectivo.</p>	<p>Población: 52 gestantes que fallecieron por causas obstétricas directas e indirectas</p> <p>Criterios de Inclusión: Gestantes quienes murieron debido a causas obstétricas directas e indirectas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el hospital Nacional Dos de Mayo.</p>		<p>Técnica: análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gestantes que no presentaron ninguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio.▪ Gestantes que enfermaron o murieron por causas no obstétricas (accidentales e incidentales). <p>Población objetiva: 52</p> <p>Tamaño de muestra: se consideró a toda la población objetiva por ser pequeña</p> <p>Muestreo: Muestreo por conveniencia intencional (100% de casos)</p> <p>No probabilístico</p>	
--	---	--

