

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE CASOS DE MUERTE
MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.**

2000 - 2010

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL

DE OBSTETRA

AUTOR: Bach. CULQUE MENDOZA YONY ALFONSO

ASESORA: MS. YVONNE MANTA CARRILLO

TRUJILLO-PERU

2014

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso.

A mí adorada madre, por su apoyo incondicional, su ejemplo, sus consejos, su cariño siempre ayudándome a salir adelante.

A mi padre que a pesar de no estar físicamente, nunca me ha dejado solo, y me ha servido siempre de ejemplo.

A mis hermanos Carlos, Gladis Y Nelvi siempre pendientes de mí apoyándome incondicionalmente.

A mi sobrina Katherine por su alegría y paciencia.

A la Obs. Yvonne Manta, quien además docente y amiga me ha brindado excelentes consejos y apoyo a encaminarme por este sendero.

A todos mil gracias

AGRADECIMIENTO

Para ti madre porque siempre estas a mi lado con tu paciencia, tolerancia, amor y confianza, apoyándome en todo momento, esto es tuyo.

INDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	03
INTRODUCCIÓN	05
MATERIALES Y MÉTODOS	14
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍAS	46
ANEXOS	53

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, se realizó revisando historias clínicas de pacientes fallecidas con muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo 2000 al 2010 con la finalidad de identificar las principales características epidemiológicas de casos de muerte materna.

La muestra estuvo constituida por 51 casos que cumplieron con los criterios de inclusión.

El presente estudio tuvo las siguientes conclusiones:

Las principales causas de las muertes maternas de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron los trastornos hipertensivos con 33.33% seguida de hemorragia con 25.49%

El grupo edad de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de 35 años o más con el 35.29% de las muertes maternas.

El momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue la etapa del puerperio con 58.82% seguido con el embarazo con 35.29%

La ocupación de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de "ama de casa" con 94.12%

El estado civil de las gestantes y/o puérperas fallecidas de muerte maternas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue el de conviviente con un 74.51%.

El grado de instrucción de gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010 fue de primaria incompleta con 43.14%.

La paridad o gesta de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010 fue de 5 a más con 27.45 %.

Respecto a la atención prenatal de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010, tenemos que el 54.90% no se realizó ningún control prenatal, sin embargo del 45% con atención prenatal, el número osciló entre 0 a 6 atenciones prenatales.

El lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de zona rural con 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 %

El lugar de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de Trujillo con 37.25%.

El lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas.

ABSTRACT

This quantitative, descriptive, retrospective, research study was conducted by reviewing medical records of deceased patients with maternal death occurred at "Hospital Regional Docente De Trujillo" 2000 - 2010 in order to identify the main epidemiological characteristics of cases of maternal death.

The sample consisted of 51 patients who met the inclusion criteria.

The present study had the following conclusions:

The main causes of maternal deaths of pregnant or postpartum women who died at Hospital Regional Docente De Trujillo" from 2000 to 2010 were hypertensive disorders with 33.33% followed by hemorrhage with 25.49%

The age group maternal death of pregnant or postpartum women who died at Hospital Regional Docente De Trujillo" from 2000 to 2010 was 35 years or older end is a factor associated with more than 35.29% of maternal deaths.

The time of death of pregnant or postpartum cases of maternal deaths at "Hospital Regional Docente De Trujillo" from 2000 to 2010 was stage postpartum with 58.82% followed pregnancy with 35.29%.

The occupation of maternal deaths of pregnant or postpartum women who died at "Hospital Regional Docente De Trujillo" from 2000 to 2010 was "housewife" with 94.12%

The marital status of maternal deaths in pregnant or postpartum women who died at "Hospital Regional Docente De Trujillo" from 2000 to 2010 were marital status with a partner but without marriage with an 74.51%.

The educational level of maternal deaths in pregnant or postpartum women died at “Hospital Regional Docente De Trujillo” from 2000 to 2010 is incomplete primary with 43.14%.

Parity or deed of pregnant or postpartum women died of maternal deaths occurred in at “Hospital Regional Docente De Trujillo” 2000 - 2010 is more with 5 to 27.45%.

If a deceased pregnant prenatal or postpartum cases of maternal death occurred at “Hospital Regional Docente De Trujillo” from 2000 to 2010 was performed, we have a 54.90% there was not prenatal care performed.

The number of prenatal visits of pregnant or postpartum women died of maternal deaths occurred at “Hospital Regional Docente De Trujillo” from 2000 to 2010 are between 0-1 prenatal control.

The place of origin of pregnant or postpartum women died of maternal deaths occurred at “Hospital Regional Docente De Trujillo” from 2000 to 2010 are from rural area with 49.0%, followed by 41.2% marginal areas and urban with 9.8%

The place of residence of pregnant or postpartum women died of maternal deaths occurred at “Hospital Regional Docente De Trujillo” from 2000 to 2010 are at the level of Trujillo with 37.25% but if cele told the various percentages of rural areas, this exceeds the numbers opposed to whether the various percentages of rural areas adds exceeds the number.

The reference place of pregnant or postpartum cases of maternal death occurred at Regional Hospital De Trujillo from 2000 to 2010 is registered with 49.02%, followed by health center with 23.53% of maternal deaths.

PALABRAS CLAVES: Muerte Materna, Muerte Materna Directa, Características Epidemiológicas.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna definida como la muerte ocurrida por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (42 días), afecta a las mujeres de todos los niveles sociales y económicos, pero un número desproporcionado vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema y habita en países que persiguen el desarrollo, en donde los problemas como su precario estado de salud, la desigualdad por razón de género, la falta de educación y la poca participación e intervención comunitaria que condicionan en esta tasa de muerte materna que se eleve drásticamente ¹

Más de medio millón de muertes maternas acontecen anualmente en el mundo, lo que significa que cada minuto se produce una muerte materna; de esas muertes, el 99% suceden en los países en desarrollo y las posibilidades de morir es 1 de cada 48 mujeres, en contraste con los países desarrollados donde la relación es de 1 en 1800 muertes maternas.²

Según la Organización Panamericana de la Salud estima que el 95 % de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres accedieran a servicios de salud, si éstos fueran de calidad y si todas las embarazadas recibieran atención prenatal, hoy morir “de parto”, por trastornos hipertensivos del embarazo, de hemorragia durante el parto o el postparto, de parto obstruido o fiebre puerperal, por complicaciones de un aborto, es causa injustificada para que una mujer fallezca, considerando que los distintos niveles de gobierno tienen el compromiso de respetar y garantizar los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos reproductivos, es evitar los decesos maternos que convierte a éstos automáticamente en un problema de salud pública y de justicia social que debe afrontar el gobierno en sus distintos niveles, pues los estudios realizados hasta ahora muestran que si

bien el proceso reproductivo representa riesgos para todas las mujeres, no todas lo sufren en el mismo grado.³

Por otro lado en América Latina mueren por lo menos 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, siendo su probabilidad de morir de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer⁴

En Venezuela, a pesar de que en los últimos años se ha presentado un descenso en las tasas de mortalidad materna gracias a la implementación de programas de atención materna, y de la existencia de los comités de prevención y control de la mortalidad materna continúan registrándose fallecimientos.⁵

En Perú, la mortalidad materna, es similar a lo que ocurre en los países en desarrollo, aunque ha experimentado una disminución en los últimos años, la razón de mortalidad materna es de 85 muertes por 100,000 nacidos vivos, lo que en números absolutos significa 1,258 muertes maternas anuales^{2,4}, en su mayoría son madres adolescentes de las cuales un 91% de todas las adolescentes no usa métodos anticonceptivos, a pesar que 98% de ellas los conoce y hay una alta tasa de fecundidad, que es mayor en las jóvenes de los estratos sociales más desprotegidos de las áreas rurales y urbanas marginales.⁶

Urbina A. quien en el 2009 al analizar 43 muertes maternas ocurridas en el Hospital Berta Calderón Roque (Venezuela), encontró que el 42,9% de las fallecidas presentaban escolaridad primaria.⁶ A su vez, Mosquera V y col en 2008 mencionan por primera vez una fuerte asociación entre la muerte materna y el bajo nivel educativo en un estudio descriptivo de muertes maternas registradas durante los 10 últimos años en los cinco hospitales del Callejón de Huaylas.⁷

En Perú- Huancavelica, Marquina M, 2010 según estudios sobre algunos condicionantes indirectos de la mortalidad materna concluyeron que el sistema educativo es totalmente influyente en la muerte, encontrándose una tasa de 1008 por 100.000 nacidos vivos. El 71% fueron mujeres analfabetas, además de existir barreras culturales que impiden el acceso a servicios de salud como la oposición del esposo de no dejar que su mujer sea atendida en un establecimiento de salud, por temor a ser vista por algún hombre; terminando su parto en domicilio atendida por partera o un familiar.⁸

Estos resultados coinciden con lo reportado por García J y col quienes en el 2011 en Venezuela al estudiar la tasa de mortalidad materna y sus principales causas ocurridas en los Hospitales del Municipio Maracaibo – Venezuela; hallaron que el 73,46% de las gestantes no habían controlado su embarazo.⁹

Hernández B y col en 2008 con la finalidad de conocer algunos factores relacionados con la mortalidad materna en el estado de Morelos – México; hallaron que las mujeres fallecidas asistieron al control prenatal en igual número de ocasiones que las que se controlaron, pero su primera visita fue, en promedio, un mes más tarde.¹⁰

Alcántara D. en el Perú 2010 en su presente estudio la mayor frecuencia de muerte materna ocurre entre las edades de 26 a 30 años, con un (37%), comprendiéndose que la muerte materna sucede con más frecuencia en mujeres más jóvenes, en comparación con otros países americanos.¹¹

Por otro lado Maguiña M. et al. En Perú 2013, estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011, de los cuales se estima en el momento del fallecimiento obteniendo los siguientes resultados con un 38.7% ocurrieron en el embarazo, específicamente el 22.8% en el tercer

trimestre, mientras que 20.2% ocurrieron en el parto y 36.5% en el puerperio.¹²

Chumbe y col en 2009 (Perú) con la finalidad de determinar la tasa de mortalidad materna durante los 10 últimos años, y los factores causales y características de la población; analizaron 121 casos de muerte materna ocurridos en el Hospital "María Auxiliadora", entre enero de 1999 a junio de 2009, encontrándose que sólo 28% tuvo algún control prenatal.¹³

Por otro lado difieren de lo descrito por Faneite P. y col quienes en el 2009 en Venezuela al estudiar los factores asociados a la muerte materna; encontraron que la soltería (84,21%) es un factor que predomina para la ocurrencia de muerte materna.¹⁴

A su vez, Cataño O en 2008 en Colombia al realizar un estudio poblacional de casos y controles que realizo para identificar los principales factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna; encontró que los antecedentes personales y obstétricos asociados a la muerte materna fue el estado civil: soltera.¹⁵

Al respecto, Vélez G y col en 2010 con el objetivo de identificar los factores que predisponen a la mortalidad materna en el departamento de Antioquía – Colombia durante los años 2006-2009, identificaron tres retrasos, 1: de la comunidad para identificar la enfermedad o consultar, 2: dificultades de acceso al servicio de salud y 3: deficiencias en la calidad o en la oportunidad de la atención.¹⁶

Hernández A, en México, 2009, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, nos habla que a partir de los datos disponibles en el país en 2010, se identificó que la mortalidad materna en el ISSSTE contribuye con 2.7% del total en México (menor al 4.6% del año 2000, pero superior al 2.1%

de 2008). Del análisis de la información nacional destaca que 86% de las muertes ocurren en unidades hospitalarias, tiene que ver con la mala calidad de la atención médica.¹⁷

Tzul AM, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C. 2010. Los resultados de investigaciones llevadas a cabo en distintas poblaciones muestran que las mujeres que se embarazan a edades muy tempranas o muy tardías tienen mayor riesgo de fallecer en ese proceso; lo mismo sucede con las mujeres que viven en zonas rurales o en comunidades pequeñas, cuya escolaridad es baja o nula, su fecundidad alta y carecen de pareja estable^{18, 19}

Santos K. en el departamento de La Libertad 2006, según la edad tempranas de 15 a 19 años existe un mayor riesgo de consecuencia de muerte materna con 38.2% de fallecimientos.²⁰

Mientras que en el departamento de La Libertad es la segunda región que ha mostrado un mayor incremento en el índice de mortalidad materna, donde ésta se ha triplicado.¹⁷

Pero existen variaciones regionales y diferencias entre las zonas rurales y urbanas que se mantienen hasta la actualidad, expresión de las desigualdades socioeconómicas para las mayorías nacionales, que conducen a la inequidad en el acceso a los servicios de salud de la gestante.²¹

Por consiguiente la Mortalidad Materna es un problema de salud pública a nivel mundial y nacional y a pesar de que se considera una prioridad nacional aún no se ha logrado una reducción importante de estas cifras en nuestro país.²²

Como se observa, la mortalidad materna es un problema crucial para la sociedad, de profundas implicancias sociales y prioritario en la agenda sanitaria de los países en desarrollo, porque, entre otros aspectos, desentraña las inequidades existentes y su solución es multidisciplinario y obliga a plantear una agenda social que mejore las condiciones de vida y la respuesta social organizada; de lo contrario la situación se agravará con el transcurrir de los años y las brechas sociales se acentúen como es la tendencia.^{23,24}

En la última década se le ha dado importancia al estudio de los factores de riesgo en la mortalidad materna, que se ha hecho relevancia en los relacionados con las condiciones de la mujer como las edades extremas, la multiparidad, el estado nutricional deficiente; mostrándose mayor frecuencia las áreas rurales y zonas deprimidas de las ciudades, donde la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel de instrucción, los escasos niveles de ingreso, la marginación social y el deplorable estado de salud, muestran niveles alarmantes.^{25,1}

Mientras también en el momento de la atención post-parto en las mujeres de los diferentes grupos edad es importante, porque un porcentaje considerable de muertes maternas se producen sobre todo en las 24 horas posteriores al parto como consecuencia de los problemas ocasionados por el parto, no tratados a tiempo.^{26,27}

En muchas gestantes el control prenatal modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos, pero aún existen criterios divergentes acerca de cuál debe ser el modelo adecuado del mismo, teniendo como criterio adecuado que el número mínimo debe de ser seis controles en todo el tiempo del embarazo²⁸

Se pretende que esta investigación, contribuya a tomar conciencia acerca de la importancia que una muerte materna representa para la población, a los entes públicos regionales, al personal médico u otros encargado de la atención; con vista a incrementar sus conocimientos sobre la prevención de las muertes maternas con el mejoramiento de la atención materna y condiciones de la misma(no solo en el momento del parto, sino también durante todo el embarazo y puerperio), con la consecuente disminución de las muertes maternas, repercutiendo esto en la conservación de la estructura familiar al evitarse la pérdida de la vida de ese pilar fundamental que constituye la madre, se espera que además sirva de referencia a las diferentes instituciones gubernamentales para que se le preste cada día más importancia a la mortalidad materna y la necesidad de realizar seguimientos y evaluaciones periódicas de los programas de atención materna y reproductiva, para que de esta manera sean corregidas las fallas encontradas precozmente, pues solo así se lograra realizar una atención materna más efectiva, que contribuya a las disminución de los riesgos y por ende de las muertes maternas a nivel regional y nacional para que se continúen haciendo este tipo de estudios que contribuyen de una manera u otra a perfeccionar las ejecución y funcionamiento de los diferentes programas de salud, es por ello que me planteo el siguiente problema:

FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características epidemiológicas de los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010?

OBJETIVOS:

a) OBJETIVO GENERAL

- Identificar las características epidemiológicas de los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2000 al 2010.

b) OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar las principales causas de muerte de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar el grupo edad de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar el momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar la ocupación de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

- Identificar el estado civil de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar el grado de instrucción de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010.
- Identificar la paridad o gesta de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010.
- Identificar la realización de la atención prenatal de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar el lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar la zona de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.
- Identificar el lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

1. MATERIAL:

1.1 UNIVERSO:

Se consideraron el total de casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo durante el periodo 2000 - 2010 según reporta el sistema informático perinatal (SIP).

A.CRITERIOS DE INCLUSION:

- Historias clínicas de pacientes en las que ocurrieron las muertes maternas de causas directas ocurridas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2000 – 2010
- Historias clínicas con más del 80% de datos completos.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Historias clínicas de pacientes en las que ocurrieron las muertes maternas de causas indirectas ocurridas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 2000 – 2010
- Historia clínica con datos incompletos.

1.2 MUESTRA :

Se consideraron 51 casos de muerte materna ocurridas y reportadas en el sistema informático perinatal (SIP) que cumplieron en los criterios de inclusión, ocurridas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2000 – 2010.

2. MÉTODO :

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO:

- Cuantitativa, descriptiva, retrospectiva

2.2 CONCEPTO Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Para el presente trabajo de investigación se seleccionaron como variables principales las siguientes:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CLASIFICACION DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	<p>Conjunto de cualidades y modos de conducta que influyen en la presentación, distribución y causas de las enfermedades humanas.²²</p> <p>Se medirá a través de: causa, edad, momento del fallecimiento, ocupación, grado de instrucción, estado civil, paridad, si se realizó controles, número de controles, procedencia, residencia, lugar de referencia.</p>	<p>CAUSA DE MUERTE DE LA MADRE: Es la causa específica (básica) por la cual falleció la gestante o puerpera.</p>	Cuantitativa discreta	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>EDAD: Tiempo cronológico desde el nacimiento hasta la actualidad que presenta una persona.</p> <p>Menores de 15 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a a34 años Más de 35 años²⁹</p>	Cuantitativa discreta	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>MOMENTO EN QUE OCURRIÓ MUERTE MATERNA.</p> <p>Embarazo Parto Puerperio</p>	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.

		<p>OCUPACION. Es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, que no necesariamente en remunerativo. Estudia. Trabaja dependientemente. Trabaja independientemente Quehaceres domésticos</p>	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>ESTADO CIVIL: Situación de la fallecida en relación con las leyes y costumbres matrimoniales Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada Separada</p>	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>GRADO DE INSTRUCCIÓN: Proceso de socialización y aprendizaje</p>	Cualitativa	Ordinal	Revisión de Historias Clínicas.

		<p>encaminado al desarrollo intelectual y ético de una persona</p> <p>Analfabeta. Si no tiene algún grado de escolaridad.(no sabe leer, ni escribir)</p> <p>Primaria incompleta. Si tiene algún grado de escolaridad del nivel primario.</p> <p>Primaria completa. Si ha concluido el nivel primario.</p> <p>Secundaria incompleta: si tiene algún grado de escolaridad del nivel secundario.</p> <p>Secundaria completa: si ha concluido el nivel secundario.</p> <p>Superior: si tiene algún estudio superior, ya sea universitario, pedagógico, tecnológico.</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>PARIDAD: Dado por el número de embarazos que terminaron en partos de término, pre terminó, abortos y nacidos vivos. 0 , 1, 2, 3o mas</p>	Cuantitativa	Discreta	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>CONTROL PRENATAL Si No</p>	Cualitativa	Ordinal	Revisión de Historias Clínicas.
		<p>PROCEDENCIA Lugar en el que la fallecida se refugió y se defendió de los factores ambientales hostiles, y en el que transcurrió gran parte de su vida personal y de relación Zona urbana. Vive en la ciudad. Zona urbano marginal. Vive en los alrededores de la ciudad. Zona rural. Vive en el campo</p>	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.

		RESIDENCIA Lugar donde reside la paciente Distrito Provincia Departamento.	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.
		LUGAR DE REFERENCIA Lugar de donde la paciente es trasladada. Puesto de salud. Centro de salud. Hospital. Clínica particular. Domicilio.	Cualitativa	Nominal	Revisión de Historias Clínicas.

3. TÉCNICAS, PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTACIÓN UTILIZACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- **TÉCNICAS:**

- Se empleó un formato de recolección de datos donde se registró de la historia clínica los datos del estudio de investigación.
- Los datos del estudio fueron almacenados en una base especialmente preparada para el presente estudio, a partir de los reportes y registros de información, que son documentos oficiales del MINSA y obran en la Oficina de Sistema Informático Perinatal de HRDT, Fichas de Notificación inmediata de muerte Materna, la Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna, la Historia Clínica Perinatal Base (CLAF-OPS/OMS), la Historia Clínica del Hospital Regional Docente De Trujillo y los informes remitidos por los Comités de Mortalidad Materna del Hospital Regional Docente De Trujillo

- **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS** (ver anexo1)

- Se diseñó un instrumento de recolección de datos llamado “Formato de Recolección de Datos” en el cual se incluyó el número de historia clínica, el número de pacientes así como también las características epidemiológicas y la cantidad de paciente fallecidos por cada una de ellas.

- **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

- No se necesita validar el instrumento ya que solo es un formato de recolección de datos.

- **PROCEDIMIENTO:**

- Se presentó una carta de solicitud a las autoridades del Hospital Regional Docente De Trujillo, para la realización del trabajo respectivo.

- Se presentó la autorización al encargado del área del sistema informático (SIP), para la información necesaria y también la revisión respectiva de las historias clínicas para la recolección de datos.
- Se coordinó con el sistema estadístico para obtener la información necesaria y también la recolección de datos de las historias clínicas sobre las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo.
- Se aplicó un cuadro de recolección de datos para poder identificar las características epidemiológicas de muerte materna más frecuente.
- Se clasificó las características epidemiológicas más frecuentes para lograr identificar la característica principal de las que las condujo a las muertes maternas, para luego ingresar la información en una base de datos.
- Luego se realizó el vaciado de datos al sistema SPSS para su posterior procesamiento.
- **PROCESAMIENTO DE DATOS**
Los datos se procesaron empleando el paquete SPSS versión 15 para Windows y los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos simples trabajados en Excel y Power Point, Word. Las pruebas estadísticas empleadas fueron la frecuencia simple y porcentaje.
- **ASPECTOS ÉTICOS**
Se garantiza la privacidad respecto a la identificación de la paciente y los datos obtenidos de su historia clínica.

Resultados

Tabla N° 1: Frecuencia de las principales causas de muerte materna de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Causa de muerte de la madre	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
Hemorragia	13	25.49
Síndrome hipertensivo	17	33.33
Infección	7	13.73
Otras causas	14	27.45
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 2: Frecuencia del grupo edad de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010

Grupo De Edad	Casos De Muerte Materna	
	N°	%
< -15	0	0
15 – 19	5	9.80
20 - 24	8	15.69
25 -29	11	21.57
30 – 34	9	17.65
> - 35	18	35.29
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 3: Frecuencia del momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Momento del fallecimiento	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
Embarazo	18	35.29
Parto	3	5.88
Puerperio	30	58.82
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 4: Frecuencia de la ocupación de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Ocupación	Casos De Muerte Materna	
	N°	%
Estudiante	1	1.96
Trabajadora	2	3.92
Ama de casa	48	94.12
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 5: Frecuencia según el estado civil de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Estado civil	Casos De Muerte Materna	
	N°	%
Soltera	6	11.76
Casada	7	13.73
Conviviente	38	74.51
Viuda	0	0.00
Divorciada	0	0.00
Separada	0	0.00
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 6: Frecuencia según el grado de instrucción de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010

Grado de instrucción	Casos De Muerte Materna	
	N°	%
Analfabeta	2	3.92
Primaria incompleta	22	43.14
Primaria completa	6	11.76
Secundaria incompleta	5	9.80
secundaria completa	13	25.49
Superior	3	5.88
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 7: Frecuencia según la paridad de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010.

Gesta	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
0	10	19.61
1	11	21.57
2	7	13.73
3	5	9.80
4	4	7.84
5 o mas	14	27.45
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 8: Frecuencia de la atención prenatal de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Realizo atención prenatal	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
SI	23	45.10
NO	28	54.90
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 9: Frecuencia según el número de atenciones prenatales de las gestantes o puérperas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010

N° de controles prenatales	Casos De Muerte Materna	
	N°	%
1	28	54.90
2	13	25.49
3	4	7.84
4 o mas	6	11.76
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 10: Frecuencia según el lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

zona de procedencia	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
Urbana	5	9.8
Urbano marginal	21	41.2
Rural	25	49.0
Total	51	100.0

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 11: Frecuencia según la zona de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Lugar de residencia	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
Trujillo	19	37.25
Ascope	9	17.65
Bolívar	0	0.00
Chepen	6	11.76
Gran chimú	1	1.96
Julcán	2	3.92
Otuzco	2	3.92
Pacasmayo	2	3.92
Patáz	1	1.96
Sánchez Carrión	0	0.00
Santiago de Chuco	3	5.88
Virú	0	0.00
Otros	6	11.76
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

Tabla N° 12: Frecuencia según el lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010.

Lugar de referencia	Casos De Muerte Materna	
	N °	%
Puesto de salud	5	9.80
Centro de salud	12	23.53
Hospital	8	15.69
Clínica particular	1	1.96
Domicilio	25	49.02
Total	51	100.00

Fuente: Base de datos del SIP

DISCUSIÓN

A pesar del comienzo de un nuevo milenio se puede afirmar que cada año siguen falleciendo en el mundo medio millón de mujeres por causa relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y que alrededor del 99% de estas muertes suceden en los países pobres; cuando una mujer de un país en desarrollo se embaraza, su riesgo de morir es de 100 a 200 veces mayor que cuando lo hace una mujer de un país desarrollado.

Hoy en día se sabe que las muertes maternas son el resultado de múltiples problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud; muchas veces suceden por la falta de accesibilidad a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo parto y puerperio. Por todo ello, las acciones de los servicios de salud para reducir las muertes maternas son generalmente complejas debido a la multiparidad de factores de riesgo existente.

El presente trabajo se realizó en el Hospital Regional Docente De Trujillo en el año 2000 – 2010; se han registrado 62 casos de muertes maternas, de los cuales se encontraron 51 casos (82.3 %) con datos completos, y 11 casos (17.7%) con datos incompletos.

En la Tabla N° 1 Se observa las principales causas de las muertes maternas de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 son los trastornos hipertensivos con 33.33% seguida de hemorragia con 25.49%

Similar resultados se encontró en un estudio realizado por Díaz D. en México (2009), donde se registra los trastornos hipertensivos del embarazo, con el 31.6 % y las hemorragias en el embarazo y parto, con 26.1%, en el Perú

también se describe el mismo fenómeno; las causas mencionadas anteriormente pueden ser detectadas oportunamente para un tratamiento adecuado, disminuyendo de esta manera la probabilidad de muerte materna.³⁰

En la tabla N° 2. Se observa que el grupo edad promedio de las gestantes o puérperas fallecidas fue 30.7años, la mediana de 33 años con una desviación estándar de 7.42 años. El grupo de edad que registra mayor número de muerte maternas es de 35 años o más que es un factor relacionado con más del 35.29% de las muertes maternas.

Similares resultados se encuentra en un estudio realizado ORDAS K. en México (2010) donde el grupo de edad que registra mayor número de muerte materna es el de 35-39 años con 35.7%.⁽¹⁾

Esto puede deberse a que todavía las mujeres no toman como factor de riesgo la edad extrema, o muchas actualmente están retrasando el embarazo siendo este tardío, o existe también una disminución en la prevalencia de métodos anticonceptivos.

Ha comparación de otros estudios encontré que las mujeres gestantes que tienen 30 a más años, su edad es considerada como factor de riesgo de muerte materna; estudios previos como el de Ordaz K. en México (2010), Faneite P.et al en Venezuela (2009)¹⁴y Tzul A. et al en Guatemala (2010), señalan el mismo comportamiento en relación a la edad materna¹⁸. Sin embargo hallazgos de Alcántara D. En el Perú (2009), así como en el presente estudio la mayor frecuencia de muerte materna ocurre entre los 26 a 30 años, comprendiéndose que la muerte materna sucede con más frecuencia en mujeres más jóvenes, en comparación con otros países americanos.³¹

En la Tabla N° 3. Se observa que el momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 es la etapa del puerperio con 58.82% seguido con el embarazo con 35.29%

Cifras parecidas lo describe Faneite P.et al en Venezuela, (2009); Tejada R.et al, en el Perú (2010), también reporta que la mayoría de muerte materna sucede en el puerperio.^{8, 14}

Por otro lado según estudios realizados por Maguiña M. et al. En el Perú (2013), estima que 6846 muertes maternas ocurrieron en el periodo 2002-2011, de los cuales el 38.7% ocurrieron en el embarazo, específicamente el 22.8% en el tercer trimestre, mientras que 20.2% ocurrieron en el parto y 36.5% en el puerperio.¹²

En donde si relacionamos la mayoría de casos de muerte materna fueron causados por la enfermedad hipertensiva del embarazo durante el puerperio, podemos señalar que existieran deficiencias en los profesionales de la salud, para detectar y diferenciar la gravedad de la enfermedad.

En la Tabla N° 4, Se observa que la ocupación de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 es “ama de casa” con 94.12%

Los resultados son similares a los de Maguiña M; en el Perú (2013) en un estudio realizado en el departamento de la libertad, encontró que según la ocupación, ama de casa fue en un 92.4% de muertes maternas.¹²

Hallazgo similar según la ocupación, de ama de casa de los casos de muerte materna lo describe Mogollón K. en Guatemala (2009) en su trabajo de investigación con un 89.2% de los casos de muertes maternas.³²

Por ende no se halló información acerca de implicancia el hecho de ser ama de casa en la ocurrencia de la muerte materna. Hay que tener en cuenta que las amas de casa en su gran mayoría no son remuneradas, dependiendo económicamente del cónyuge o jefe de familia. ⁽²⁷⁾

En la Tabla N° 5, Se observa según el estado civil de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 son de estado civil, conviviente con un 74.51%, seguido con el estado civil, casada con un 13.73%.

Los resultados son similares a los de Vantroy J, Ávila A. en Perú – Cusco (2003), encontró que según el estado civil, conviviente fue en un 58% de muertes maternas³³

De la misma manera mis datos difieren con Ramírez J. en Perú- Cajamarca (2012), un estudio realizado de Muerte Materna en la Dirección Regional de Salud Cajamarca - Oficina de Epidemiología, donde encontraron según el estado civil, en mujeres convivientes es un 79%, por consiguiente en un 14% son en mujeres casadas y finalmente en un 7% son en mujeres solteras. ³⁴

Comparando con otros estudios Tzul A. en Guatemala (2009), encontró con 82% según el estado civil conviviente; lo contrario descrito por Faneite P. et al en Venezuela (2008), que halló un mayor porcentaje de muerte materna en solteras.¹⁸

A su vez, Cataño O en Colombia (2008), al realizar un estudio poblacional de casos y controles que realizó para identificar los principales factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna; encontró que los antecedentes personales y obstétricos asociados a la muerte materna fue el estado civil: soltera.³⁵ la diferencia de los resultados indicaría que el estado civil

aparentemente no jugaría un papel importante en la ocurrencia de las muertes maternas. La razón de la inclusión de esta característica en el presente estudio, es que la idea de vivir sin pareja o cónyuge, podría incrementar el riesgo o probabilidad de muerte materna, fenómeno que no ocurre en nuestra realidad.

En la Tabla N° 6, Se observa según el grado de instrucción de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010 es de primaria incompleta con 43.14% de las muertes maternas

Similar resultados encontré en estudios realizado por INEI en el Perú (2008), donde el grado de instrucción que registra mayor número de muerte es de primaria incompleta con un 48% y Portal R. en Perú – Cajamarca (2009), según el grado de instrucción es 53.3% de primaria incompleta que se registra mayor casos de muerte materna.⁽³⁶⁾

Según hallazgos por Urbina en Venezuela (2009), al analizar 43 muertes maternas ocurridas en el Hospital Berta Calderón Roque, encontró que el 42.9% de las fallecidas presentaban escolaridad primaria.⁷

Otros estudios más recientes por la oficina epidemiológica-DIRESA en Cajamarca(2012), según el grado de instrucción, primaria completa registra con 62% de muertes maternas, seguido de analfabeta con 23% y primaria incompleta con 15% de casos de muerte materna.³⁷El hecho de que una mujer embarazada tenga un bajo nivel educativo constituye por 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.

En la Tabla N° 7. Se observa según la paridad o gesta de las gestantes o púérperas fallecidas de los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010 es de 5 a más con 27.45 %.

Similar resultados encontré en un estudio realizado por Vegas D. en Venezuela (2010), donde se registra mayor número de muertes maternas con 4 o más gestas con 21.42%⁽³⁸⁾. Siendo necesario recalcar que tanto la nuliparidad como la multiparidad son factores de riesgo para la mortalidad materna.

En la Tabla N° 8 y N° 9, se observa los casos de muerte materna registrados según lo cual se realizan o no las atenciones prenatales, así como el número de ellos en la cual se registra más casos de muerte materna fueron los que no asistieron a ningún control prenatal con 54.90%.

Similar resultados encontré en un estudio realizado por Vegas D. en Venezuela (2010), donde se registra mayor número de muertes maternas sin acudir a ningún control prenatal con 42.85%⁽³⁸⁾

Estos resultados coinciden con lo reportado por García J y col en Venezuela (2011), al estudiar la tasa de mortalidad materna y sus principales causas ocurridas en los Hospitales del Municipio Maracaibo – Venezuela; hallaron que el 73,46% de las gestantes no habían controlado su embarazo.⁹ Según estudios internacionales como nacionales manifiestan que la mayoría de casos de muerte materna tuvieron por lo menos un control prenatal. Estos resultados confirman que los controles prenatales no alcanzaron su objetivo de identificar factores de riesgo, diagnosticar la condición fetal y, la condición materna de la misma forma educar a la madre en el autocuidado y detección de signos de alarma.

En la Tabla N° 10. Se observa según el lugar de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 es a nivel de Trujillo con 37.25% a diferencia que si se suma los diversos porcentajes de las zonas rurales supera el número

No se encontró trabajos donde se registren datos parecidos. En el Hospital Regional Docente de Trujillo es un hospital ubicado en Trujillo , por lo tanto habrá un mayor número de muerte materna de procedencia de Trujillo, a pesar que también funciona de centro de referencia de la mayoría de provincias de la sierra liberteña. Los lugares de accesibilidad geográfica tiene menor número de muertes maternas, sin embargo la mayoría de casos de muerte procede de lugares casi cercanos pero no accesibles y también se determina por la gravedad de los casos.

En la Tabla N° 11. Se observa según el lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 son de zona rural con 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 %

Similar resultados encontré en un estudio realizado por el Ministerio de salud pública en Guatemala (2011) con un 66.3 % donde habita el mayor porcentaje de población indígena y pobre. ⁽³⁹⁾

Según resultados llevadas a cabo en distintas poblaciones Tzul en Guatemala (2009), en su estudio menciona que las mujeres tienen mayor riesgo de fallecer en zonas rurales o en comunidades pequeñas.¹⁴

Esto se debe a que en zonas rurales, se carece de muchas necesidades económicas, educativas y de salud, es así que viviendo en estas zonas día a día aumenta más la población y mayores son las necesidades, para luego lo único que se obtiene es un porcentaje elevado de casos de muertes

maternas, mientras que en una zona urbana ya se cuenta con avances en salud, educación y economía y en el transcurrir del tiempo se tiene las tasas de casos de muerte materna con cifras bajas.

En la Tabla N° 12. Se observa el lugar de referencia de las gestantes o puérperas de los casos de muerte materna ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 es de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas.

Similar resultados encontré en un estudio realizado por INEI en el Perú (2008), donde se registra mayor número de muertes maternas que son procedentes de su domicilio con un 49.22 % ⁽⁴⁰⁾.

Por otro lado según estudios realizados por la oficina de epidemiología, DIRESA – Cajamarca (2012), se registra 57% procedentes del domicilio, con mayor índice de muerte materna.³⁷ Esto puede deberse mayormente que por la parte de la pareja o esposo, prefieren optar por un nacimiento de su hijo en su domicilio, ya sea atendidos por ellos mismos o una partera, por motivos de que no quieren que los vean el personal de salud en especial varones, o por parte de la pacientes no desean ir a un hospital por temor a ser tratadas mal; y es ahí cuando recién actúan en llevar al hospital tras las cosas que realmente están muy complicadas y muchas veces ya no se puede hacer nada, solo reportar el deceso de la paciente.

CONCLUSIONES

1. Las principales causas de las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron los trastornos hipertensivos con 33.33% seguida de hemorragia con 25.49%
2. El grupo edad de las gestantes o puérperas que fallecieron en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue de 35 años o más que es un factor relacionado con más del 35.29% de las muertes maternas.
3. El momento del fallecimiento de las gestantes o puérperas ocurridas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue la etapa del puerperio con 58.82% seguido con el embarazo con 35.29%
4. La ocupación de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue “ama de casa” con 94.12%
5. El estado civil de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fue el de conviviente con un 74.51%.
6. El grado de instrucción de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente Trujillo del 2000 al 2010 fue de primaria incompleta con 43.14%.

7. La paridad o gesta de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo. 2000 - 2010 fue de 5 a más con 27.45 %.
8. Respecto a la atención prenatal de las gestantes y/o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010, tenemos un 54.90% no se realizó ningún control prenatal, sin embargo del 45% con atención prenatal, el número osciló entre 0 a 6 atenciones prenatales.
9. El lugar de procedencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de zona rural con 49.0%, seguida de las zonas marginales con 41.2 % y urbana con 9.8 %
10. El lugar de residencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo del año 2000 al 2010 fueron de Trujillo con 37.25%.
11. El lugar de referencia de las gestantes o puérperas fallecidas en el Hospital Regional Docente De Trujillo en el año 2000 al 2010 fueron de domicilio con 49.02%, seguida de un centro de salud con 23.53% de las muertes maternas.

RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad y cobertura de la consulta prenatal.
- Capacitar al personal de salud y las comunidades en la identificación de riesgos reproductivos.
- Efectuar acciones de educación en salud reproductiva en todos los niveles educativos; y a través de medios nacionales de comunicación social.
- Reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, por medio de la educación de la comunidad de la embarazada y sus familiares, sobre la identificación de signos y señales de peligro, y el desarrollo de medidas de prevención para atender complicaciones.
- Tener disponibilidad de personal capacitado del primer y segundo nivel de atención para emergencias en casas, cuando no pueden acceder a los servicios de salud.
- Informar a las madres sobre los métodos disponibles para la planificación de los embarazos, sus indicaciones, formas de uso y posibles complicaciones.
- Aumentar las oportunidades de empleo a la madre que se encuentran en situaciones socioeconómicas desfavorables.
- Garantizar el acceso de las mismas a los servicios básicos y de atención en salud.
- Evaluar de manera periódica la tasa de mortalidad materna de la institución del estado y país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordaz M. Factores de riesgo asociado con mortalidad materna en el estado de Morelos. Ginecol. ObstetMex. México 2010. 78(7):357-364. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>. [Accesado el 09/05/2012]
2. Vargas R. Mortalidad Materna. 2008. Perú. Disponible en: <http://www.slideshare.net/consultoriauniversidad/mortalidad-materna-presentation>. [Accesado el 21/04/2012].
3. ESPINOSA G; PAZ L; BONILLA F, Protocolo de investigación de muerte materna, PERU. 2008 Disponible en : <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Guerrero/gro03.pdf> [Accesado el 26/08/2012]
4. OMS. Mortalidad Materna. Perú. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Accesado el 09/05/2012]
5. Ocanto B. Análisis De La Mortalidad Materna Hospitalaria. Hospital Central Universitario “DR. Antonio María Pineda “Estado Lara. Barquisimeto.2006 disponible en: <http://whobalquisimetowho/mariaauxiliadora.fd-analisisdelamortalidad>. [Accesado el 26/08/2012]

6. Távara L, Contribución De Las Adolescentes A La Muerte Materna En El Perú. 2009, Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/ginecologia/Vol50_N2/a06.htm
[Accesado el 21/04/2012]
7. Urbina A. Calidad de las auditorias en las defunciones maternas del Hospital Bertha Calderón Roque, período comprendido enero 2007 a diciembre del 2008. Managua; 2009. Disponible en:
[http://www.slider.calidad de las auditorias en las defunciones %muertematerna/](http://www.slider.calidad%20de%20las%20auditorias%20en%20las%20defunciones%20maternas/) [Accesado el 09/05/2012]
8. Tejada R, Rosas E, Tolentino M, Villón J. Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Ginecol. & obstet; abr. Huancavelica. 2010; 45(2):131-6
Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=270766&indexSearch=ID>>[Accesado el 26/08/2012]
9. García J, Molina R, Cepeda M. Tasa De Mortalidad Materna En Los Hospitales De Maracaibo: 2004-2010. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela 2011; 62(2): pag.103-108
10. Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado De Morelos, México. 2008 Pública Méx. 36(5):521-528
11. Alcántara D. Estimaciones de la mortalidad materna en el Perú. Trabajo libre presentado en el Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología, Lima ,2010 Disponible:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S23041322011000400005&script=sci_arttext. [Accesado el 26/08/2012]

12. Maguiña M; Miranda J. Mortalidad materna en el Perú. . MINSA, LIMA2013, Disponible: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf> [Accesado el 29/09/2014]
13. Chumbe O, Molina N, Espinoza K, Pinedo A, Vega G, Orderique L y col. Diez Años De Mortalidad Materna En El Hospital "María Auxiliadora": análisis de las causas. Ginecol. & obstet Perú. 2009; 43(3):216-21
14. Faneite P, Starnieri M. Mortalidad materna directa: Hospital Dr. Adolfo Prince Lara 2005-2008. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela 2009; 61(2):89-94.
15. Cataño O, Factores de riesgo para la mortalidad materna , Colombia 2008. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3496/3258>. [Accesado el 26/08/2012]
16. Vélez G, Gómez J, Zuleta J. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Años 2006 y 2009. Rev. Obstet. Ginecol. Colombia 2010; 57(3):147-155.
17. Hernández AM. Mortalidad materna. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SSA. en México, 2009. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/parteria/1erforo/18junio/Muerte%20Materna%20 Reunion%20Parteria.ppt>. [Accesado el 27/08/2012]
18. Tzul AM, Kestler E, Hernández-Prado B, Hernández-Girón C. Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte

hospitalaria y no hospitalaria. Salud Pública Mex. Guatemala 2006;
48:183-192.

19. Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Macfarlane A; MOMS-B Group. Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum haemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMS-B survey. *BJOG* Venezuela 2009; 112(1):89-96

20. Santos K. Mortalidad materna en la región la Libertad. 2006 Disponible en:<http://www.uwiener.edu.pe/biblioteca/verContenido.asp?codigo=51-019678&biblioteca=1&ejemplar=1&etiqueta=RV/618.4/U61C&titulo=REVISTA%20OBST%20TRICA%20VALLEJIANA&volumen=3&anopublicacion=2004&numero=3>. [Accesado el 27/11/2014]

21. MINSA, Mortalidad materna en el Perú. 2008, Disponible en: <http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>. [Accesado el 21/04/2012]

22. Oficina General de Epidemiología. Mortalidad Materna en el Perú. 1997-2002. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1015_OGE74.pdf [Accesado el 21/04/2012].

23. UNFPA mortalidad materna, actualización 2009. En especial, atención obstétrica de emergencia Nueva York, 2010, Disponible en : <http://www.unfpa.org>[Accesado el 10/09/2012]

24. Dr. Miranda Paz, P. Muerte Materna y Perinatal en Arequipa Tacna y Moquegua Bajo un Enfoque De Derechos Perú. 2010. Disponible en : <http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Doc/PROP>

UESTA% 20DE%20ANALISIS%20DE%20MUERTE%20MATERNA.pdf
[Accesado el 09/05/2012]

25.LA REPUBLICA, 2011. La Libertad y Lima lideran muertes maternas en Perú. Disponible en: <http://laindustria.pe/trujillo/regional/la-libertad-y-lima-lideran-muertes-maternas-en-peru>. [Accesado el 21/04/2012]

26.Checa, S. Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. Mexico1996. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, XV, N°1. [Accesado el 04/05/2012]

27.Sespas. Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. República dominicana 1998. Disponible en:<http://salud.gob.do/download/docs/Normas/VigEpiMortalidadMaterna.pdf>. [Accesado el 04/05/2012]

28.Dres. Sergio C, Gustavo A. Sainz L, Hertz M y Andina E. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2009. 21 (2). Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/gpc/5.pdf> [Accesado el 09/05/2012]

29.Portal R. Consecuencias Sociales Y Familiares De La Muerte Materna En La Sub Región De Salud Cajamarca. Perú. 2009. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/22257852/5/ANEXOS> [Accesado el 26/08/2012]

30.Díaz D. Mortalidad Materna Una Tarea Inconclusa. Fundar, centro de análisis e investigación, A.C. México. 2009. Disponible

en:http://www.ossyr.org.ar/pdf/propuestas_reduccion/MM_fundar.pdf Citado el 9/11/2012

31. Alcántara R. Mortalidad materna en tres hospitales de Trujillo. Perú 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_43n3/bib_de_mortalidad.htm. [Accesado el 26/08/2012]
32. Mogollón K. Conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas sobre el modelo de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna. Guatemala, 2009. Disponible en : <http://mortalidadmaterna.guatemala/doc/22257852/5/220/> [Accesado el 26/08/2012]
33. Vantroy A, Grajeda A, Escudero A. características epidemiológicas de la mortalidad materna en el departamento de cusco - año 2003. Perú, 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/caracteristicas.htm [Accesado el 26/08/2012]
34. Ramírez. F Mortalidad Materna Tras Las Demoras De Salud, México 2009 Disponible en: <https://pdfprezi.com/5itix7mojuansbrnj/copy-of-mortalidad-materna/> [Accesado el 26/08/2012]
35. Cataño P. Muerte materna avanzada y riesgos ginecológicos Venezuela 2007 Disponible en: <http://www.mortalidadyriesgoVenezuelaMMfundar.pdf> Citado el 9/11/2012 [Accesado el 26/08/2012]

36. Portal R. Consecuencias Sociales Y Familiares De La Muerte Materna En La Sub Región De Salud Cajamarca. Perú. 2009. Disponible en : <http://es.scribd.com/doc/22257852/5/ANEXOS> [Accesado el 26/08/2012]
37. Diresa –Cajamarca. Concientización Sobre Mortalidad Materna. Cajamarca. Perú. 2009. Disponible en: <http://pdf/mortalidadmaternain/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=270766&indexSearch=ID> [Accesado el 26/08/2012]
38. Vegas D. Factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna hospital “Dr. Placido Daniel Rodríguez Rivero” san Felipe. Estado Yaracuy. Venezuela. , 2010. [Accesado el 9/11/2012]
39. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Estudio Nacional de Mortalidad Materna INFORME FINAL. Guatemala, noviembre de 2011. [Accesado el 09/11/2012]
40. INEI. Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE). Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú 2004-2008 Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE) Lima, Octubre 2008. Disponible en : <http://inei.centrodeinvestigacionesydesarrollomortalidadmaterna> [Accesado el 26/08/2012]

ANEXO

PROTOCOLO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS FALLECIDAS POR MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2000 – 2010			
NOMBRE: _____		HISTORIA CLINICA: _____	
DIRECCION: _____		FECHA DE FALLECIMIENTO: _____	PROCEDENCIA: _____
Instrucciones : Anotar en los espacios correspondientes, la respuesta de acuerdo como esta en las historias clínicas I. FACTORES SOCIOECONOMICOS DEMOGRAFICOS DE LA FALLECIDA:			
1 Edad (años) al fallecer: <input type="checkbox"/> Menor de 15 <input type="checkbox"/> 15 – 19 <input type="checkbox"/> 20 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 29 <input type="checkbox"/> 30 – 34 <input type="checkbox"/> Mas de 35	4 Grado De Instrucción : <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior	7 Momento Del Fallecimiento <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio	10 Paridad O Gesta <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 o mas
2 Estado civil : <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada	5 Zona De Residencia <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Urbano marginal <input type="checkbox"/> Rural	8 Causa de muerte <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Transtornos hipertensivos <input type="checkbox"/> Infección / Sepsis <input type="checkbox"/> Otras causas	11 Realizo Controles Prenatales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
3 Ocupación : <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajadora <input type="checkbox"/> Ama de casa	6 Lugar de procedencia <input type="checkbox"/> Trujillo <input type="checkbox"/> Gran chimú <input type="checkbox"/> Ascope <input type="checkbox"/> Sánchez C. <input type="checkbox"/> Bolívar <input type="checkbox"/> Otuzco <input type="checkbox"/> Chepen <input type="checkbox"/> Pacasmayo <input type="checkbox"/> Patáz <input type="checkbox"/> Santiago de C. <input type="checkbox"/> Julcán <input type="checkbox"/> Otros	9 Lugar De Referencia <input type="checkbox"/> Puesto de salud <input type="checkbox"/> Centro de salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica particular <input type="checkbox"/> Domicilio	12 Número de controles prenatales : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 o mas

