

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

TESIS

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS - CLINICAS DE LAS
MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL JOSÉ AGURTO TELLO DE EL TAMBO -
HUANCAYO, ENERO – OCTUBRE 2018**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PARA OPTAR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

PRESENTADO POR:
OBSTA. ROSA LARA SAMANIEGO

HUANCAMELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de mayo a las 12:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

LARA SAMANIEGO ROSA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico López

Para calificar la Tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS - CLÍNICAS DE LAS MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL JOSÉ AGURTO TELLO DE EL TAMBO - HUANCAYO, ENERO - OCTUBRE 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 165-2019 concluyendo a las 13:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de mayo 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

[Signature]
PRESIDENTE

Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
P. OBSTETRICIA

[Signature]
SECRETARIO

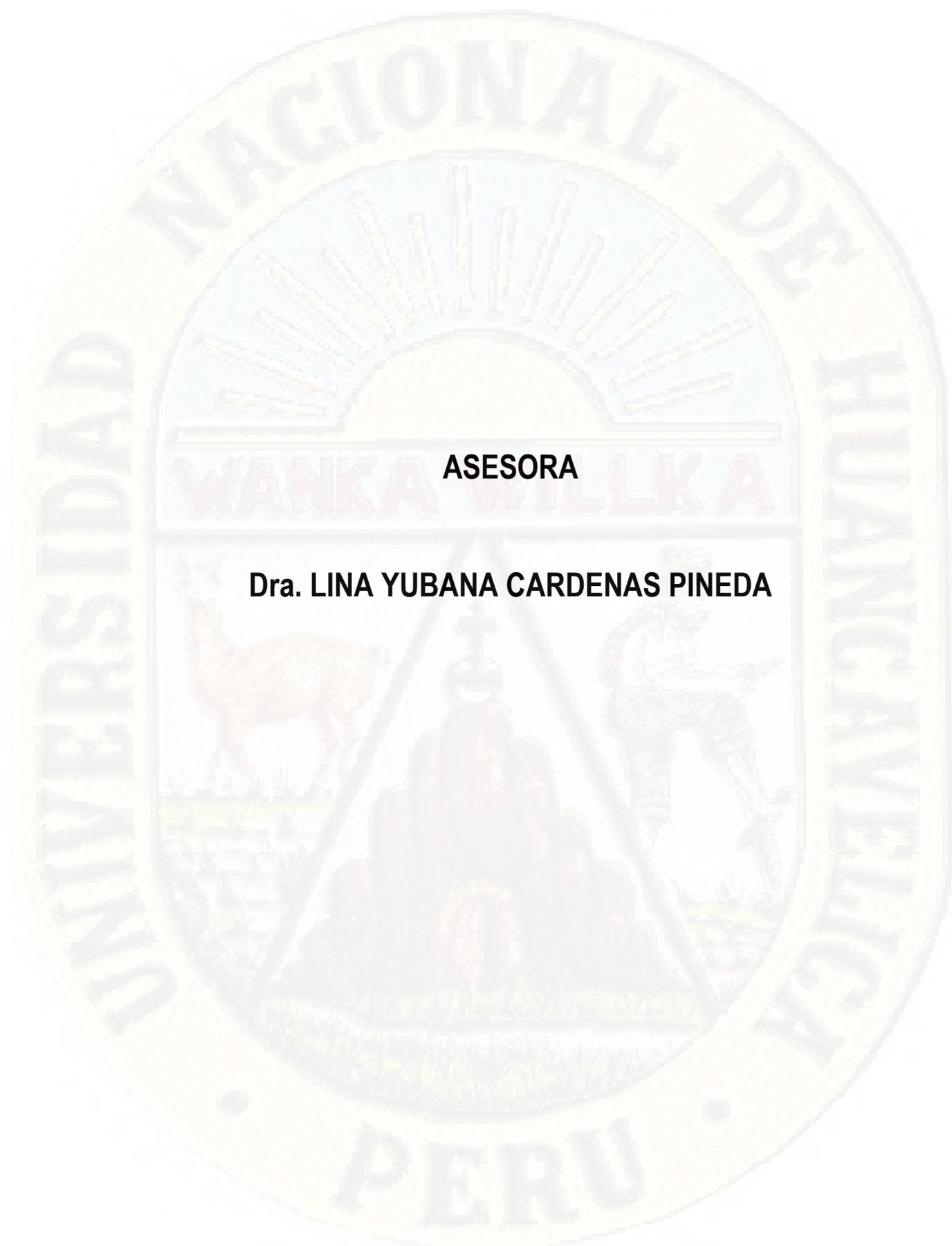
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
P.S.E. OBSTETRICIA

[Signature]
Obsta. Ada Lizbeth Larico López

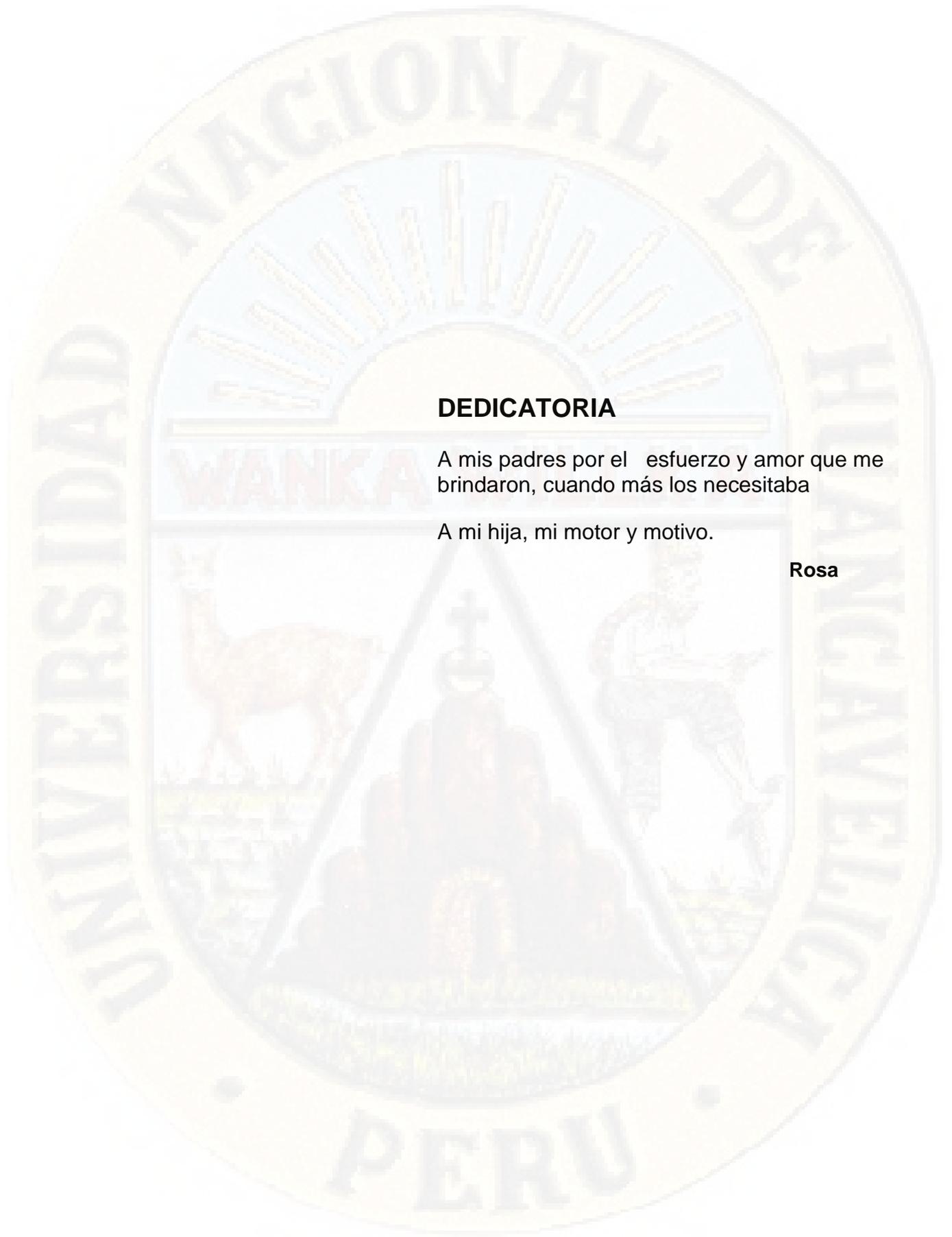
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
[Signature]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
V° B° DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
[Signature]
Kally Y. Riveros Laurente
OBSTETRA DOC.
C.O.P. N° 36759



ASESORA

Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA



DEDICATORIA

A mis padres por el esfuerzo y amor que me brindaron, cuando más los necesitaba

A mi hija, mi motor y motivo.

Rosa

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica por fortalecer mis conocimientos en la especialidad y darme la oportunidad de mejorar mis habilidades.

A mi asesora Dra. Lina Cárdenas Pineda, por su orientación y paciencia.

A las autoridades y trabajadores del Centro de Salud Materno Infantil de El Tambo.

La autora.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCION.....	x

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS.....	13
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.2 BASES TEÓRICAS.....	21
2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	33
2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.....	33
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	35

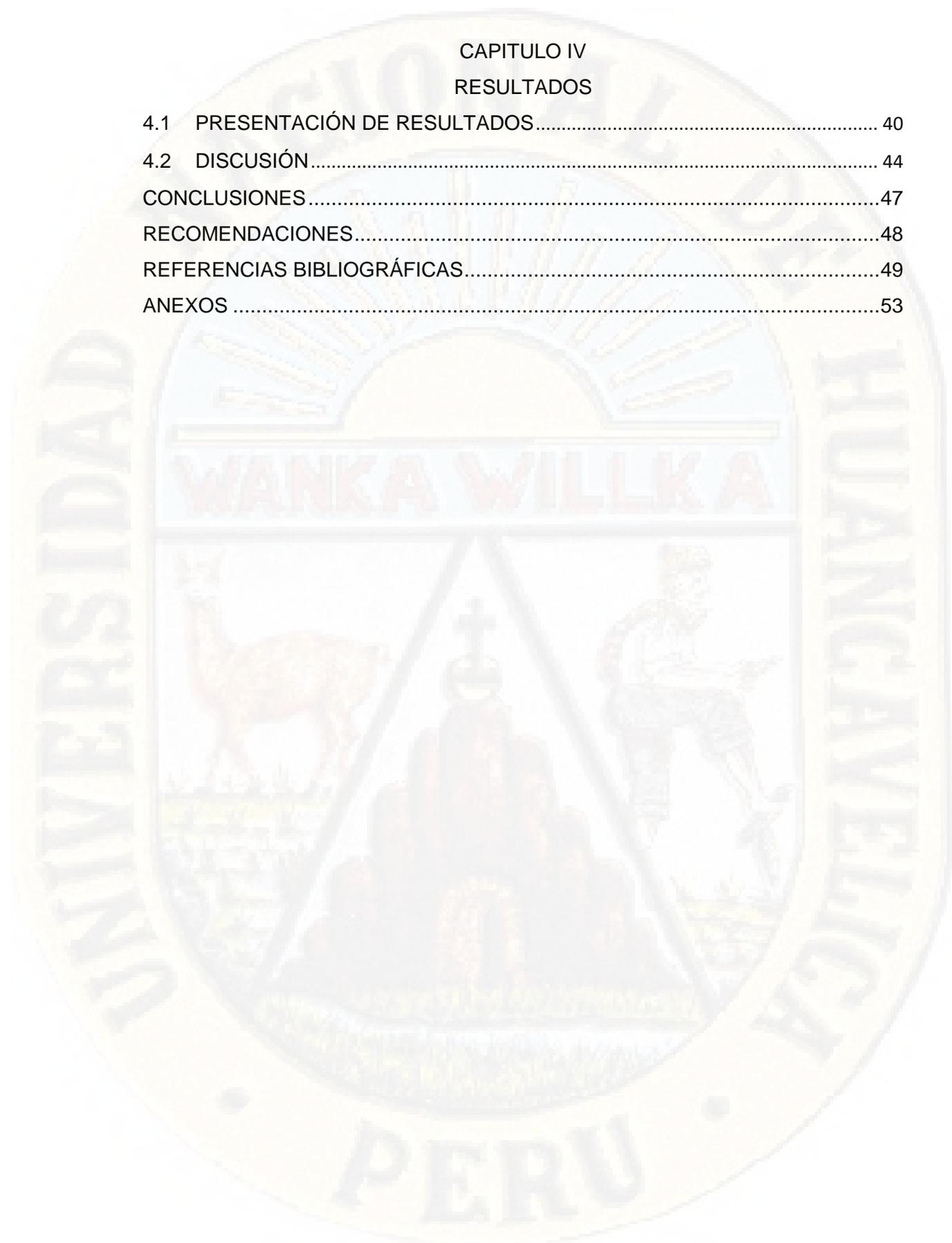
CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 AMBITO DE ESTUDIO.....	36
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	37
3.7 TÉCNICAS EN INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	39

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	40
4.2 DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	53



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01	Características epidemiológicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.	42
Tabla 02	Características clínicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018	43
Tabla 03	Causas de morbilidad materna extrema que se presentó en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.	44

RESUMEN

Objetivo: determinar las características epidemiológicas - clínicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018. **Metodología** estudio descriptivo – retrospectivo; en una población de 2205 emergencias atendidas, la muestra fue 95 por conveniencia, la técnica revisión documentaria, se usó la estadística descriptiva con la hoja de cálculo Microsoft office Excel 2010.

Resultados: se evitó la muerte del 100% de las que presentaron morbilidad materna extrema (MME); las características epidemiológicas fueron, en edad reproductiva adecuada 44.21% (20 – 34 años) adolescentes 29.48%, y el 26.32% tuvo \geq a 35 años; nivel educativo secundaria 45.26%, seguido del técnico superior con 26.32% y nivel primario 25.26% y un 3.16% de iletradas; el 50.53% tiene unión estable (casada o conviviente), seguida de las solteras 41.05%; el 65.26% viven en zona urbana; el 51.58% son ama de casa, el 28.42% tiene trabajo independiente. Las características clínicas fueron: 35.79% primíparas, el 34.74% multíparas y el 8.42% gran multíparas; el 75.79% tiene de 1 a 6 hijos vivos, el 38.95% ha tenido un aborto, el 17.89% tuvo antecedente de cesárea, el 48.42% no recibió APN, inició APN en el primer trimestre 29.47% y el 21.05% en el segundo, un 9.47% cumplió con las 6 APN. Las causas de la MME fueron: shock séptico 44.21%, shock hipovolémico 41.05% y eclampsia 14.74%. **Conclusiones:** la mayoría de las mujeres que presentaron MME, se encuentran en los extremos de la vida reproductiva, poseen nivel de educación secundario, se encontró un 3,16% de iletradas, la mitad tiene unión estable, proceden de zona urbana, son amas de casa; tiene de 1 a 6 hijos, la mayoría no tuvo cuidados prenatales adecuados; la causa de morbilidad extrema fue: shock séptico, shock hipovolémico, y eclampsia.

Palabras clave: mortalidad materna, muertes maternas evitadas, epidemiología y clínica.

ABSTRACT

Objective: to determine the epidemiological - clinical characteristics of maternal deaths avoided in the Maternal and Infant Health Center José Agurto Tello of El Tambo - Huancayo, January - October 2018. Methodology descriptive study - retrospective; In a population of 2205 attended emergencies, the sample was 95 for convenience, the documentary review technique, the descriptive statistics was used with the Microsoft Office Excel 2010 spreadsheet. Results: the death of 100% of those with extreme maternal morbidity (MME) was avoided; the epidemiological characteristics were, in appropriate reproductive age 44.21% (20-34 years) adolescents 29.48%, and 26.32% had \geq to 35 years; secondary education level 45.26%, followed by the superior technician with 26.32% and primary level 25.26% and 3.16% of illiterate; 50.53% has stable union (married or cohabiting), followed by single women 41.05%; 65.26% live in urban areas; 51.58% are housewives, 28.42% have independent work. The clinical characteristics were: 35.79% primiparous, 34.74% multiparous and 8.42% large multiparous; 75.79% have 1 to 6 children alive, 38.95% have had an abortion, 17.89% had a history of cesarean section, 48.42% did not receive APN, started APN in the first quarter 31.58% and 22.11% in the second, 9.47% met the 6 NPCs. The causes of the MME were: septic shock 44.21%, hypovolemic shock 41.05% and eclampsia 14.74%. Conclusions: most of the women who presented MME, are at the extremes of reproductive life, have a secondary education level, 3.16% were illiterate, half have a stable union, come from urban areas, are mistresses From home; has 1 to 6 children, most did not have adequate prenatal care; The cause of extreme morbidity was: septic shock, hypovolemic shock, and eclampsia. Key words: extreme maternal mortality, maternal deaths avoided, epidemiology and clinical.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en sudamérica ha disminuido en diferentes proporciones, siendo Chile el que tiene la más baja; el Perú, también ha mostrado un descenso del 42%, si vemos la razón de mortalidad materna, del periodo 1990 - 1996, fue de 265 muertes maternas x 100,000 nacidos vivos, en el año 2015 se registra la mortalidad más baja de 68 x 100,000, para el 2017 se muestra un incremento a 79 x 100,000. Todo esto se debe a múltiples estrategias de abordaje que se tiene en el tema y el compromiso de los profesionales mayormente del primer nivel de atención, que actúan en la identificación oportuna de la morbilidad materna extrema (MME), para brindarle el tratamiento o estabilización y referencia al segundo nivel, que también es loable el trabajo que se desempeña en este nivel. En concreto la sobrevivencia de las mujeres depende de un equipo sólido en todos los niveles de atención e interconectados coordinadamente.

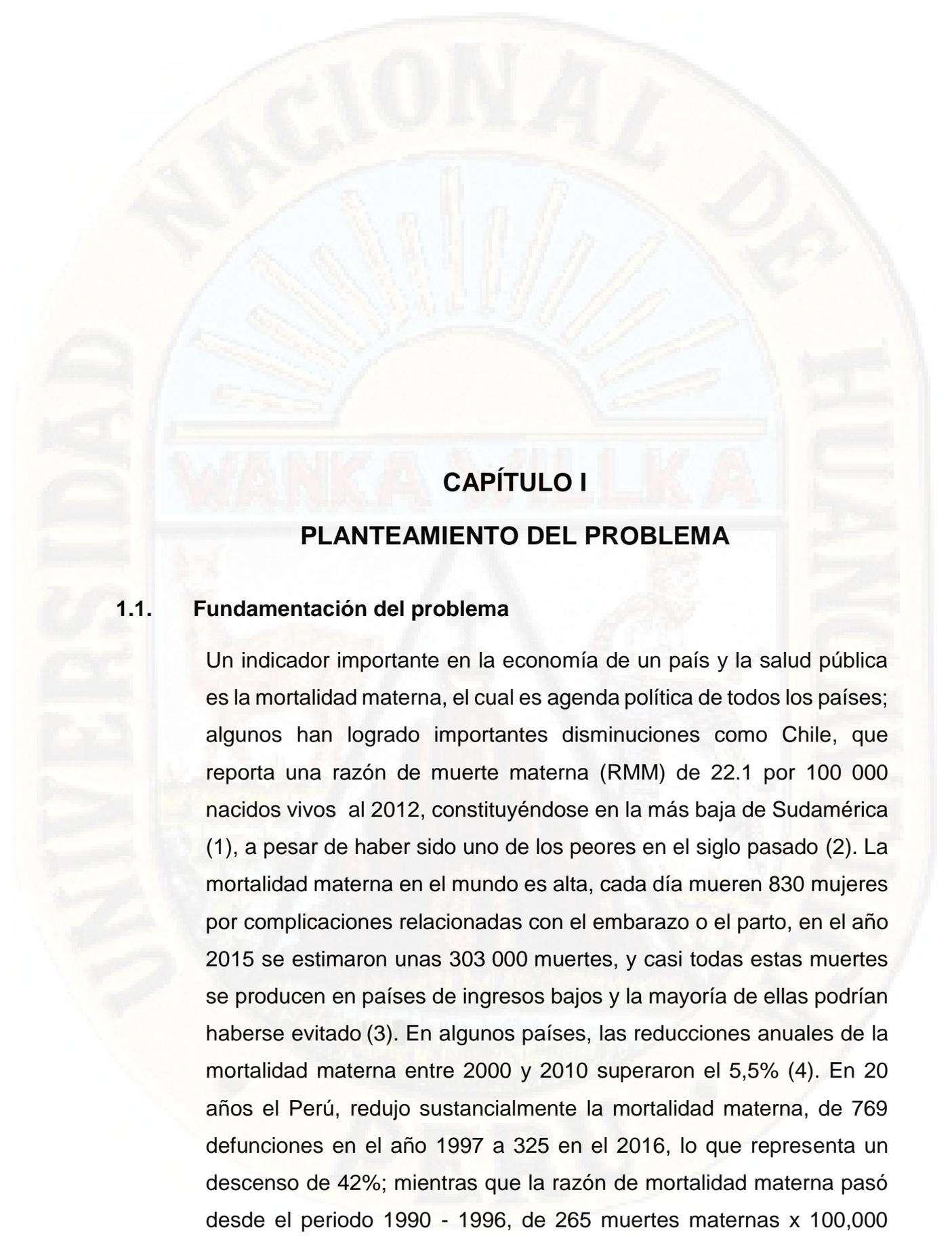
La mejor forma de evitar las muertes maternas es conociendo las características epidemiológicas y clínicas de las que padecieron de MME; esta información es muy útil para equipar e implementar mejor los servicios, fortalecer competencias de los profesionales que intervienen directamente. a fin de que puedan responder con calidad a toda eventualidad.

Por ello en el presente trabajo hemos conocido de cerca la situación epidemiológica y clínica de las mujeres que presentaron morbilidad materna extrema, para poder focalizar y aplicar medidas preventivas a toda mujer con las características encontradas.

La investigación se divide en cuatro capítulos, en el primero tenemos el planteamiento de problema, marco teórico, metodología y resultados de investigación.

Esperemos aportar con estos hallazgos, a la toma de decisiones informadas y estratégicas para la mejora continua, sustancial en toda acción de servicio.

La autora

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem. It features a central sun with rays, a banner below it with the word 'WANKA WILKA', and a figure at the bottom. The text 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' is written around the perimeter of the emblem.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Un indicador importante en la economía de un país y la salud pública es la mortalidad materna, el cual es agenda política de todos los países; algunos han logrado importantes disminuciones como Chile, que reporta una razón de muerte materna (RMM) de 22.1 por 100 000 nacidos vivos al 2012, constituyéndose en la más baja de Sudamérica (1), a pesar de haber sido uno de los peores en el siglo pasado (2). La mortalidad materna en el mundo es alta, cada día mueren 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, en el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes, y casi todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (3). En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% (4). En 20 años el Perú, redujo sustancialmente la mortalidad materna, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, lo que representa un descenso de 42%; mientras que la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990 - 1996, de 265 muertes maternas x 100,000

nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75% (5). Para el año 2017 la razón de mortalidad materna en el Perú fue de 79 x 100,000 nacidos vivos (6). El comportamiento del descenso de la mortalidad materna es inestable, lo que indica que aún no se ha atacado el fondo del problema. En el 2015 las causas de muertes maternas directas, registradas por el Ministerio de Salud (MINSA) fueron: Hemorragias (33%), Trastornos hipertensivos del embarazo, (31%), Infecciones relacionada al embarazo (13%), Aborto (9%), Trauma (3%), otras causas directas (11%) (6). Sin embargo, esto va cambiado para el 2017, la hipertensión y hemorragia se han presentado en proporciones iguales, 24% para cada una, seguida por el aborto en un 8%. De Acuerdo a la edad el 63.1% ha ocurrido entre los 20 – 35 años, y en mayores de 35 años 21.2%, y en adolescentes 15.6% (7).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La mortalidad materna se define como, “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención”, pero no por causas accidentales o incidentales, (8).

El estudiar las muertes maternas evitadas, nos ayuda a verificar la organización, equipamiento de los servicios maternos y de referencia, así mismo permite focalizar a las mujeres con características comunes de presentar morbilidades extremas que pueden llevarle a la muerte; los resultados de esta investigación es un insumo que les permitirá tomar correctivos de una manera más oportuna (9). A pesar de haber sido el tema bastante estudiada se ha visto que en cada región tiene su particularidad, de ahí deviene la importancia del estudio (10), además es un buen indicador para evaluar la calidad de cuidado obstétrico de los establecimientos de salud (11).

Por ello nos planteamos la siguiente pregunta:

1.2. Formulación de problemas

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas - clínicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil José Augusto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?

1.2.2. Problemas Específicas

¿Qué porcentaje de muertes maternas evitadas se tuvo en razón a la morbilidad materna extrema, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?

¿Qué características epidemiológicas presentaron las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?

¿Qué características clínicas presentaron las mujeres en las que se evitó muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?

¿Cuáles son las principales morbilidades maternas extremas que se presentó, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas - clínicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.

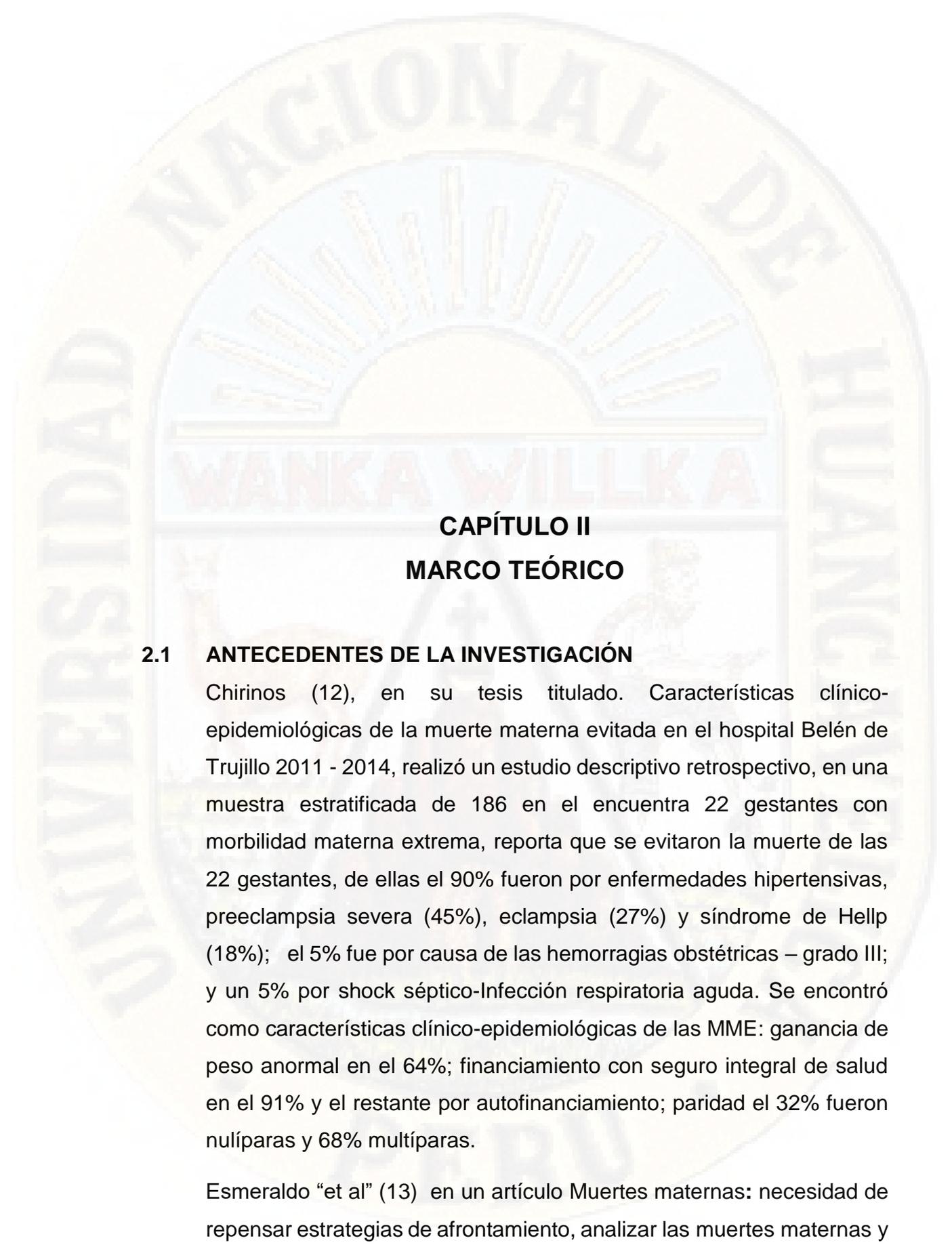
1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar la frecuencia de las muertes maternas evitadas, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo Huancayo, enero - octubre 2018.
2. Identificar las características epidemiológicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.
3. Identificar las características clínicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.
4. Determinar las principales causas de morbilidad materna extrema que se presentó en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.

1.4. Justificación e importancia

El presente estudio, se realizó porque es un buen indicador de la calidad de los servicios maternos y al ser un establecimiento especializado en el área se hace necesario la investigación. Los resultados nos ayudaran a tomar mejores decisiones en la prestación de nuestros servicios maternos y coordinar con los establecimientos de nuestra jurisdicción para mejorar los proceso y procedimientos en la atención obstétrica, para evitar las muertes maternas con mayor eficacia y bajar la morbilidad extrema. La característica epidemiológica nos ayudará a focalizar mujeres con el perfil encontrado para una mejor vigilancia obstétrica y el perfil clínico nos ayudará a prepararnos para responder con calidad a este tipo de emergencias, decisiones sobre los diferentes recursos adecuados en el centro materno del Tambo.

A los investigadores, de base para profundizar algún tema.

The logo of the Universidad Nacional de Huancayo is a large, semi-circular emblem. It features a central sun with rays, a banner below it with the text 'WANKA WILKA', and a shield at the bottom containing a figure. The words 'UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYO' are written around the perimeter of the emblem.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Chirinos (12), en su tesis titulado. Características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el hospital Belén de Trujillo 2011 - 2014, realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en una muestra estratificada de 186 en el encuentra 22 gestantes con morbilidad materna extrema, reporta que se evitaron la muerte de las 22 gestantes, de ellas el 90% fueron por enfermedades hipertensivas, preeclampsia severa (45%), eclampsia (27%) y síndrome de Hellp (18%); el 5% fue por causa de las hemorragias obstétricas – grado III; y un 5% por shock séptico-Infección respiratoria aguda. Se encontró como características clínico-epidemiológicas de las MME: ganancia de peso anormal en el 64%; financiamiento con seguro integral de salud en el 91% y el restante por autofinanciamiento; paridad el 32% fueron nulíparas y 68% multíparas.

Esmeraldo “et al” (13) en un artículo Muertes maternas: necesidad de repensar estrategias de afrontamiento, analizar las muertes maternas y

presentar la Razón de Mortalidad Materna en Fortaleza noreste del Brasil. Encontraron los siguientes hallazgos, después de haber revisado sistema de información y las fichas de investigación de muerte materna de la Secretaria de Salud del municipio. Determinando, la Razón de Mortalidad en 39,75/100.000 nacidos vivos. El grupo de edad predominante fue de 20 a 29 años (50,0%). Entre las muertes maternas obstétricas directas, los trastornos hipertensivos fueron las causas más frecuentes (50,0%). En los obstétricos indirectos, fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias (28,1%). Casi totalidad de las muertes se consideraron prevenibles o probablemente evitables (91,1%). Se puede inferir que la mayoría de las muertes se podrían haber evitado, a través de la seguridad de la calidad de la atención prenatal.

Dávila, “et - al” (14) en el artículo titulado, Mortalidad materna en el Hospital Universitario de Coro, estado Falcón, Venezuela. tuvo como objetivo estudiar la mortalidad materna ocurridos del 2005 - 2009. Para ello se realizó una investigación de tipo cuantitativo y descriptivo; con un diseño de campo sobre el total de las defunciones maternas registradas durante el período de estudio. Los resultados evidenciaron que el grupo etario donde se presentó la mayor cantidad de muertes maternas comprende de 18 a 35 años, la tasa de mortalidad materna hospitalaria para los años 2005 y 2006 fue de 1,20 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos registrados, para el 2007 fue de 0,60, para el 2008 fue de 0,40 y para el 2009 fue de 2,20 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos registrados. El 100% de las historias clínicas fueron analizadas por el Comité para la prevención y control de la mortalidad materna. Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron los trastornos hemorrágicos, la preeclampsia y la eclampsia y las infecciones. Las recomendaciones principales fueron empoderar a los Comités de Salud y a las redes sociales en la promoción de la salud de la madre, de los niños y niñas; fortalecer la Atención Integral en el primer y segundo nivel de atención. En este grupo etario.

Jurado (15). Evaluó los factores de riesgo para morbilidad materna extrema en las gestantes del Hospital de Colombia entre enero del 2009 a diciembre de 2013. Se realizó un estudio de casos y controles, comparando pacientes con MME y sin MME. Resultados: Provenir de estrato socioeconómico bajo con un OR de 1,84 (IC95%: 1,45- 2,3), haber tenido 2 o menos partos OR 1,14 (IC95%: 1,60-2,16), ser tipo de sangre negativo ($p=0,000$), tener menos de 3 controles prenatales OR 3,48 (IC95% 1,4-8,2), tener antecedente de preeclampsia OR 13,25 (IC95%: 4,88-50,4) son factores de riesgo significativos para presentar MME. Entre los factores protectores están tener más de tres partos OR 0,60 (IC95%: 0,17-0,82) y 7 o más controles prenatales OR 0,23 (IC95%: 0,09-0,55). No se encontraron resultados estadísticamente significativos para la edad materna menor a 26 años con un OR 1,1 (IC95%: 0,57-2,14, $p=0,79$).

Gonzales (16). en Colombia, realizó un estudio Caso y control donde el objetivo era establecer si la morbilidad materna extrema (MME) se asociaba con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos de las gestantes. Se encontró que las variables sociodemográficas como edad, nivel educativo y estrato socioeconómico no se encontraban relacionadas significativamente con la MME, así mismo las variables obstétricas como número gestaciones, cesáreas previas, número de control prenatal, inicio del control prenatal y antecedentes personales de patologías no se asociaron estadísticamente a la MME El porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0%. La etnia (OR = 1,8; IC95%: 1,0-2,9) y el retraso por deficiencias en la calidad de la atención prestada (OR = 8,3; IC95%: 5,0- 13,7) fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME.

Pacheco, “et al” (17) en un artículo titulado: Factores asociados con la morbilidad materna extrema y muertes evitadas, en el valle de São Francisco, Brasil: estudio retrospectivo y de cohorte, realizado durante los meses de mayo – agosto 2011, en una población de 2.291 mujeres embarazadas o puérperas que recibieron atención entre mayo a agosto del 2011. Los índices de riesgo (RR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC del 95%) se calcularon como una medida del riesgo relativo. También se realizó regresión logística múltiple jerárquica. Se utilizaron valores p de dos colas para todas las pruebas y el nivel de significación adoptado fue del 5%.

Tras el análisis multivariado los factores que permanecieron significativamente asociadas con un mayor riesgo de Morbilidad materna extrema fueron: la presencia de una cesárea en el embarazo actual (OR: 2.6, IC 95%: 2,0-3,3), comorbilidades clínicas (OR: 3,4, IC 95%: 2.5 a 4.4), menos de seis consultas prenatales (OR: 1.1, IC 95%: 1,01 a 1,69) y la presencia de la tercera demora (es decir, retraso en recibir atención en el establecimiento de salud) (OR: 13,3; 95 % IC: 6,7 a 26,4). CONCLUSIONES: El riesgo de SMM / NM fue mayor en las mujeres que habían sido sometidas a una cesárea en el embarazo actual, en presencia de comorbilidades clínicas, menos visitas prenatales y cuando estaba presente el tercer retraso. Todos estos factores podrían minimizarse iniciando un amplio debate sobre políticas de salud, introduciendo medidas preventivas y mejorando la capacitación de los profesionales y servicios que brindan atención obstétrica.

Amaral (18) en la ciudad de Sao Paulo – Brasil, realizó un estudio descriptivo, basado en la población, que investigó los casos de morbilidad materna aguda severa en la ciudad de Campiñas. Entre todos los casos, un poco más de la mitad (58,4%) vivía en Campiñas, el 14% eran adolescentes, y una quinta parte tenía más de 35 años de edad. Casi la mitad de las mujeres no tenían actividad profesional. Tres cuartas partes de las mujeres que vivían con una pareja estable, y tenía baja paridad. La mayoría se han realizado visitas prenatales regulares.

Mariño (10), en Colombia encontraron que la principal causa de morbilidad materna extrema en su orden corresponde a Preeclampsia-Eclampsia, 11 complicaciones hemorrágicas y patología infecciosa. La morbilidad materna extrema se presenta en población joven, 56% en menores de 25 años y bajo nivel de escolaridad, solo el 8% supera el nivel de Bachillerato. El 24% era soltera, mientras un 76% vivía en unión estable. La mitad de las pacientes cursaba con su primer embarazo. El 22% de las pacientes no tenía control prenatal. De las que tenían controles prenatales 50% lo iniciaron en el primer trimestre, el otro 50% lo inició de forma tardía.

Llerena (20), en su tesis Factores asociados a la mortalidad materna. Estudio observacional, analítico, tipo caso control y retrospectivo; las informaciones se recolectaron a partir de la ficha de investigación epidemiológica de muertes maternas (FIEMM), utilizado en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora en el periodo 2011-2015. Con una población de 33, durante este periodo. Resultados: El número de muertes maternas ha descendido a 58 x 100 mil NV para el 2015 y el mayor durante el año 2012 llegando a 151 x 100 mil NV. Un 60.6% de pacientes han fallecido por causas de muerte tipo directa. La causa genérica que predominó fue la hipertensión con un 55%, en segundo lugar, es por causa de aborto. Hasta un 70% de las muertes se dio en mujeres que habrían tenido más de una gestación. Conclusión: No hubo relación estadísticamente significativa de los factores estudiados y mortalidad materna. Los factores comunes en muerte materna en el periodo 2011-2015 está representado por una mujer adulta entre 20- 30 años, sin trabajo, multigesta, que, a pesar de tener atenciones prenatales, desarrolla hipertensión asociada al embarazo, es limitada su atención debido a la demora tipo 1 y fallece durante el puerperio.

Acho (21) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de la ciudad de Lima realizó un estudio descriptivo para determinar la frecuencia, diagnóstico de ingreso, estancia y tasa de letalidad de pacientes Gineco - obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). En el período estudiado, se analizó 52 historias clínicas, que representaron 0,54% de las intervenciones obstétricas en el hospital. Se revisó 26 del año 2008, en las cuales la edad promedio de las pacientes fue 26,9 años; la primera causa de ingreso a UCI fue la hemorragia posparto con shock hipovolémico, en 23% (n = 6), seguida por preeclampsia severa, eclampsia, shock séptico por aborto incompleto y miocardiopatía, cada una con 11,5% (n = 3, cada una). En las 26 pacientes de 2009, la edad promedio fue 27 años; las primeras causas de ingreso a UCI fueron preeclampsia severa, eclampsia y shock séptico por aborto infectado, cada una con 19,5% (n= 5, cada una); la hemorragia posparto con shock hipovolémico y las cardiopatías congénitas representaron 7,6% (n = 2, cada una). La mediana de días de hospitalización en UCI fue 4 días en el 2008 y 5,5 día en 2009, requiriéndose usar principalmente ventilación mecánica, plasma fresco congelado y soporte inotrópico; hubo tres muertes en 2008 y dos en 2009. Conclusiones: En el período de estudio, 80,8% de pacientes gineco obstétricas que ingresaron a la UCI acudieron al hospital para atención de la gestación y complicaciones del puerperio. La hemorragia posparto con shock hipovolémico y preeclampsia severa fueron las causas más frecuentes de ingreso a UCI; hubo 5 muertes.

Reyes (22) en su tesis Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima. Realizo un estudio descriptivo entre enero del 2007 y diciembre 2009 donde se revisaron 206 historias clínicas que cumplieron con criterios de inclusión de morbilidad materna extrema relacionados con la enfermedad específica, falla orgánica o manejo. Resultado: la morbilidad materna extrema afecto a un 0.94% de las pacientes del hospital con un índice de mortalidad del 0.032 y una razón de morbilidad materna de 9.43 y

una relación de MME / MM de 30.43. Estuvo relacionado con una edad materna mayor de 35 años, bajo nivel educativo, multiparidad, falta de control prenatal, período intergenésico corto o prolongado, gestaciones pre término, terminando la mayor parte en cesáreas con alta tasa de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la 15 coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7.

Chirinos (12), en su tesis titulado. Características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el hospital Belén de Trujillo 2011 - 2014, realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en una muestra estratificada de 186 en el encuentra 22 gestantes con morbilidad materna extrema, reporta que se evitaron la muerte de las 22 gestantes, de ellas el 90% fueron por enfermedades hipertensivas, preeclampsia severa (45%), eclampsia (27%) y síndrome de Hellp (18%); el 5% fue por causa de las hemorragias obstétricas – grado III; y un 5% por shock séptico-Infección respiratoria aguda. Se encontró como características clínico-epidemiológicas de las MME: ganancia de peso anormal en el 64%; financiamiento con seguro integral de salud en el 91% y el restante por autofinanciamiento; paridad el 32% fueron nulíparas y 68% múltiparas.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Mortalidad Evitable

Son enfermedades, incapacidades y otras causas, que amenazan la vida, que puede afrontarse oportunamente para prevenir la muerte con un entorno social favorable, políticas y recursos de atención sanitaria idóneo y preparado de acuerdo al perfil de morbilidad y mortalidad de cada región. A Rutstein, se le atribuye ser el padre del concepto de evitabilidad, por su trabajo valioso de realizar una lista de enfermedades, incapacidades y causas de muerte conocidas, consideradas

innecesariamente precoces, tomando como fuente el concepto de médicos especialistas. Este concepto fue usado por el Reino Unido desde el año 1928, para mejorar la mortalidad materna, con la finalidad de identificar los errores y las áreas en las que se podrían realizar mejoras, para evitar muertes innecesarias, y en Estados Unidos en 1930; lo que conllevó a reducciones importantes en las tasas de mortalidad materna (23).

Uso de la mortalidad para evaluar el estado de los servicios
El uso de la mortalidad por causas específicas ayuda a evaluar el estado de los servicios sanitarios y las políticas públicas en salud asistencial ello tiene su inicio en el siglo XX. en 1983 Charlton inicia el uso como indicador para monitorizar el proceso y los resultados de la atención sanitaria (23).

2.2.2 Muerte materna

Las definiciones empleadas en el estudio corresponden a la CIE 10 y a otras fuentes. Las principales son: - Muerte materna: Se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término de su embarazo, independiente de su duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (CIE-10) (24).

- Muerte materna directa: Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de acontecimientos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. Algunos ejemplos son las muertes causadas por la eclampsia, parto obstruido, aborto séptico, rotura uterina,

retención placentaria, atonía uterina, sepsis puerperal y otros

Hemorragia que puede deberse a un embarazo ectópico, placenta previa, embarazo molar, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, retención de placenta o atonía uterina.

Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.

Infección relacionada con el embarazo: en este grupo se incluye la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.

Embarazo que termina en aborto. La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 cm. de la cabeza al talón: en esta causa básica se agrupan las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo, también se incluye el embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido, aborto espontáneo, aborto médico, intento fallido de aborto.

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

Otras complicaciones obstétricas: en este grupo se incluye la hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos, complicaciones venosas del embarazo, traumatismo obstétrico, retención de placenta y membranas sin hemorragia, embolia obstétrica, complicaciones del puerperio no relacionadas en los grupos anteriores (dehiscencia de herida de la cesárea, hematomas de herida obstétrica miocardiopatía durante el puerperio o tiroiditis post parto).

Complicaciones de manejo no previstas: en este grupo se incluye las complicaciones de la anestesia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Muerte materna indirecta: Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una previa al embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, tuberculosis, VIH/SIDA, anemia, malaria, etc. Para estos efectos se consideran también los casos de suicidio durante el embarazo o durante el periodo puerperal.

Muerte materna incidental o accidental: Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, herida por arma de fuego, homicidio (20) (24).

2.2.3 Los aspectos éticos en la mortalidad materna

Basados en la investigación hecha en el año 2007 en el Perú, podemos afirmar que, para asegurar una vida saludable, manteniendo la integridad física y mental, que les permita vivir la experiencia de la maternidad con el menor riesgo posible, es indispensable una atención de calidad, indistintamente por quien lo brinde, la mortalidad está relacionado con la edad de inicio de la atención prenatal, lugar y persona quien atiende el parto y seguimiento después (25).

2.2.4 Morbilidad materna extrema

es una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. (26)

A partir del año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ha promovido la iniciativa de la vigilancia de los eventos de Morbilidad materna extrema (Near miss) en la Región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que establecieron la denominación del evento como “Morbilidad Materna Extrema” y determinaron los criterios para la identificación de casos (11).

no existe homogeneidad en la definición, lo importante es que se emplee una de acuerdo a las circunstancias locales de tal manera que permita implementar acciones orientadas a mejorar el cuidado materno de acuerdo con sus posibilidades (27). Fin fundamental por el que se implementó esta vigilancia.

En caso de la investigación, para la identificación de la Morbilidad Materna Extrema, se utilizarán las definiciones y los criterios propuestos por la Federación Latinoamericana de

Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Considera como caso a toda gestante o puérpera sobreviviente que durante el embarazo, parto o puerperio presente uno o más de los criterios de inclusión determinados por la OMS (27).

2.2.5 Modelo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema

En algunos países se ha probado este modelo con el objetivo de disminuir las muertes maternas, es un modelo que aporta información adecuada para que en los establecimientos de baja y mediana complejidad puedan identificar el riesgo y actuar oportunamente. Este modelo inicia con la detección de casos teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a. Signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, chock séptico, choque hipovolémico.
- b. Signos de falla o disfunción orgánica: cardíacas, vasculares, renales, hepáticas, metabólicas, cerebrales, respiratorias y de coagulación.
- c. Aspectos relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o transfusión sanguínea con tres o más unidades. (28)

En esta sección se pasa a detallar mejor:

Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica

Eclampsia: presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos identificados.

Choque séptico: estado de hipotensión (PAS <90 – PAD<60) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica.

Choque hipovolémico: es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

Relacionados con falla o disfunción orgánica

Cardiaca: paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.

Vascular: ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico). Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg, índice cardíaco >3.5 L /min. m², llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo.

Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la PAS sea >160 mmHg o PAD>110 mmHg persistente por más de 20 minutos.

Renal: deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (< 0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.

Hepática: alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas

a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, o elevación de LDH \geq 600 UI/L.

Metabólica: aquella que corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras, y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo, por hiperlactacidemia >200 mmol/L, hiperglucemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.

Cerebral: coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, presencia de lesiones hemorrágicas o isquémicas.

Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo.

Coagulación: criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).

Relacionados con el manejo instaurado a la paciente

Ingreso a UCI: paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva.

Cirugía: procedimientos diferentes a un legrado parto o cesárea, practicados de urgencia para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. Entre ellas tenemos Histerectomía post parto, post Cesárea o post aborto, laparotomía exploratoria.

Transfusión sanguínea aguda: transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo (11).

2.2.6 Estrategias para disminuir la mortalidad materna.

Atención prenatal (APN): Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, realizada en todos los establecimientos de salud por profesional calificado: médico general, Gineco obstetra u Obstetra. Incluye como mínimo 6 atenciones durante el embarazo en gestantes a término. (29) La frecuencia óptima de atención prenatal es una: atención mensual hasta las 32 semanas, atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas y una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto. El número de atenciones deben de ser como mínimo 6, distribuidas como sigue: dos atenciones antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 a 24 semanas, cuarta entre las 27 a 29, quinta entre las 33 a 35, y la sexta entre las 37 a 40 semanas. La primera APN, debe ser antes de las catorce semanas de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el feto. Se dice que la atención prenatal es adecuada cuando cumple con estos criterios.

Suplementación de hierro durante el embarazo, puerperio

Como manejo preventivo, en el estado peruano se tiene consignado dentro de las normas lo siguiente:

El manejo preventivo de la anemia se realiza en todas las gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia de acuerdo a la norma técnica, en el indica que debe realizarse la medición de la hemoglobina con periodicidad, y la suplementación con hierro es bajo la forma de Sulfato Ferroso y Ácido Fólico o Hierro Polimaltosado y ácido fólico, según su equivalencia en hierro elemental. Para el manejo preventivo de anemia en las gestantes y puérperas se hará de acuerdo a lo siguiente:

1. Las gestantes, a partir de la semana 14 de gestación y las puérperas, hasta los 30 días después del parto, recibirán

suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug. De ácido fólico (1 tableta diaria) durante tres meses.

2. En caso que la gestante no hubiera iniciado la suplementación en la semana 14 de gestación lo hará inmediatamente después de la primera atención prenatal.
3. En los casos que la gestante inicie la atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, se le dará una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de ácido fólico durante tres meses (2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de ácido fólico su equivalente n hierro Polimaltosado), de acuerdo a lo señalado en la tabla N° 3.
4. Cuando la adherencia al sulfato ferroso más ácido fólico no sea adecuada (<75 %) o se presentan efectos adversos que limitan su continuidad se podrá emplear como alternativa el hierro Polimaltosado.
5. para minimizar la intolerancia al sulfato ferroso se recomienda empezar con una dosis baja 30 mg d hierro elemental por día y aumentar gradualmente en un lapso de 4 a 5 días, según tolerancia con dosis divididas. También puede recomendarse la toma de los suplementos con las comidas, aunque la absorción de hierro puede disminuir, por lo que de ser posible tomar los suplementos con el estómago vacío; sim embargo, en algunos casos no se puede tolerar.
6. La indicación de hierro y ácido fólico deberá ir acompañada de la consejería nutricional (30).

Educación materna

Es la educación, orientación y consejería que se brinda a la madre, pareja o acompañante, en proceso del embarazo a través de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, estimulación pre

natal, talleres y otros. Los temas abordados son: signos de alarma, cuidados nutricionales, emocionales, y cuidados propios del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido (31).

Reducción de las cuatro demoras para alcanzar una atención:

El camino a la supervivencia (CS), se basa en el supuesto de que para reducir la MME no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente sino en las **barreras que generan retrasos** a las pacientes para poder acceder a ellos (32). Es claro que para disminuir la mortalidad materna se deben focalizar las intervenciones en la categoría de MME; sin embargo, aún existen altas tasas de mortalidad materna asociada a episodios de MME con **retrasos** de diversa índole: (33).

Demora 1: Tomar la decisión de buscar ayuda. La decisión de buscar ayuda es el primer Paso si una mujer con una complicación Quiere recibir cuidados obstétricos. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores. Primero que la mujer o su familia o la partera tenga la capacidad de reconocer que tiene una complicación que amenaza la vida de la mujer. También debe conocer donde debe acudir para pedir ayuda. Puede ser que las personas saben cuándo buscar ayuda, pero escogen no ir a un hospital, porque saben que no hay médicos con habilidades obstétricas. Los factores culturales juegan un papel importante en tomar la decisión de buscar ayuda.

Demora 2: Llegando al Establecimiento de Salud. Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde le pueden brindar ayuda obstétrica. La accesibilidad a las instalaciones de salud por lo tanto influenciará la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia

del transporte y el costo. La accesibilidad puede ser también, función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo, la distancia a una unidad de salud que brinda atención obstétrica aumenta, si el personal de salud no puede ofrecer servicios básicos en atención obstétrica.

Demora 3: Recibiendo tratamiento. Es importante recordar que la mayoría de las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobre pasado las barreras de las demoras 1 y 2. La provisión de la atención obstétrica de emergencia depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros y la condición general de la instalación. Además, existe un elemento crucial, el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos y aun así brindar un mal servicio.

Una muerte materna es resultado de una serie de factores que actúan sobre la vida de la mujer, desde el nacimiento hasta su edad productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, por ejemplo; el estado de inferioridad o dependencia económica, educativa, legal o familiar y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar. Así mismo, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior. (31)

Mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de los embarazos. Pero realmente, facilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud, que realicen la

detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados (32).

Cabe mencionar que un número importante de las muertes maternas y complicaciones médicas del embarazo registradas, son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos la Atención prenatal, lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de una manera responsable en el auto cuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo. (10)

2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La presente investigación no requiere de hipótesis.

2.4 Identificación de variables.

Muertes maternas evitadas

2.5 Operacionalización de variables.

Morbilidad Materna Extrema

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	VALOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Muertes maternas evitadas	Son las morbilidades maternas extremas que se recuperan con una atención con eficacia y prontitud, lo cual evalúa la capacidad de los establecimientos de salud para responder con una	Son las morbilidades maternas extremas que pudieron afrontarse con eficacia en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil y se evitó el deceso de la madre. (11)	Características epidemiológicas	Grupo etario	grupo etario al que pertenece la gestante	≤ de 15 años (1) 16 a 19 años (2) 20 a 34 años (3) ≥ 35 años (4)	Ordinal
				Nivel de instrucción	Grado de instrucción de la gestante	Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior técnico (4) Superior universitario (5)	Ordinal
				Lugar de procedencia	lugar de procedencia de la gestante	Rural (1) Urbano(2)	Nominal
				Estado civil	Estado civil de la gestante	Soltera (1) Casada/Conviviente (2) Separada/ Divorciada (3) Viuda(4)	Nominal

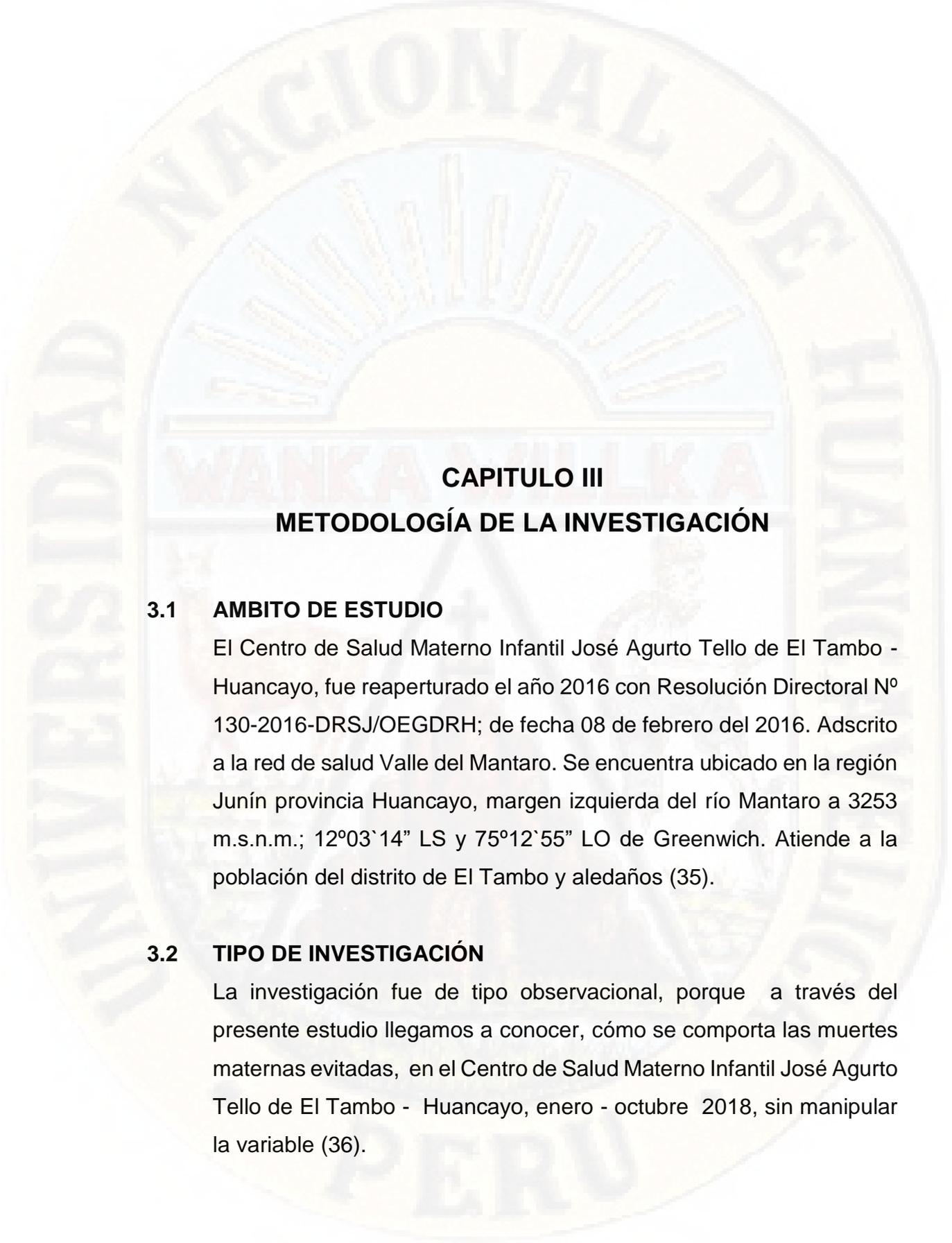
atención de calidad frente a eventos de esta naturaleza (11).		Ocupación	A que se dedicó la gestante durante su embarazo	ama de casa (1) trabajo en chacra (2) independiente (3) empleada pública (4) Otro: (5)	
	Características Clínicas	Semanas de embarazo, en caso de ser gestantes	Semanas de embarazo en la que presenta la morbilidad extrema		Cuantitativa discreta
		Número de partos	Cuantos partos registra		
		Número de hijos vivos	Cuantos hijos vivos registra en la H.C.		Cuantitativa discreta
		Número de abortos	Cuantos abortos registra en la H. C.		Cuantitativa discreta
		cesáreas	Número de cesareas		
		Número de controles prenatales	Cuantos APN registra en la H. C.		Cuantitativa discreta
		Inicio de atenciones prenatales	A qué semana de embarazo inició la APN		
	Principales patologías que le llevaron a la MME	Patologías frecuentes	Diagnóstico consignado en la epicrisis	Eclampsia Choque Hipovolémico Choque séptico	

2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Morbilidad materna extrema. - Es una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, clasificado según la OMS (27) (11).

Muertes Maternas evitadas. - Son las morbilidades maternas extremas que pudieron afrontarse con eficacia en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil y se evitó el deceso de la madre (11).

Mortalidad materna. – Se define como la muerte de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (34).



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 AMBITO DE ESTUDIO

El Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, fue reaberturado el año 2016 con Resolución Directoral N° 130-2016-DRSJ/OEGDRH; de fecha 08 de febrero del 2016. Adscrito a la red de salud Valle del Mantaro. Se encuentra ubicado en la región Junín provincia Huancayo, margen izquierda del río Mantaro a 3253 m.s.n.m.; 12°03`14" LS y 75°12`55" LO de Greenwich. Atiende a la población del distrito de El Tambo y aledaños (35).

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo observacional, porque a través del presente estudio llegamos a conocer, cómo se comporta las muertes maternas evitadas, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018, sin manipular la variable (36).

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es de nivel descriptivo, retrospectivo de corte transversal, ya que se observó la variable de muertes maternas evitadas a través de sus dimensiones en su comportamiento natural, revisando las historias clínicas (36).

3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Los métodos empleados en la presente investigación fueron, desde una perspectiva general el método científico, y como método específico el descriptivo, primero se describió la variable de estudio y luego se analizó el comportamiento de la misma en su estado natural (37).

3.5 Diseño de investigación

El diseño usado corresponde a una investigación descriptivo retrospectivo, en donde la muestra fue observada a través de fuentes secundarias registros de atención e historias clínicas (38) y responde a la siguiente estructura:

M → O

Donde:

M: muestra. Gestante con complicaciones que cumple con criterio de MME.

O: observación a la variable.

3.6 Población, muestra y muestreo

Población. - La población estuvo conformada por todas las emergencias obstétricas atendidas de enero a octubre del año 2018, un total de 2205, procedentes del servicio de emergencias obstétricas y otros ocurridos dentro del establecimiento de salud.

Muestra. - como muestra se tomó a todas las que presentaron morbilidad materna extrema, conformado por 95 historias clínicas.

Muestreo. - el muestreo usado fue por conveniencia, se eligió de todas las emergencias obstétricas las que cumplían con los criterios de morbilidad materna extrema. Estos criterios se convierten en criterios de inclusión para esta investigación:

Diagnóstico eclampsia, shock hipovolémico, shock séptico;

Fallas orgánicas: corazón, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria, coagulación.

Tratamiento haya requerido de unidad de cuidados intensivos, transfusión de tres a más unidades de sangre o cuando le practican una cirugía de emergencia.

Criterio de exclusión:

- ❖ Pacientes con registros clínicos inadecuado.
- ❖ Pacientes que tengan acceso restringido a la historia clínica por problemas legales.

3.7 Técnicas en instrumentos de Recolección de datos

Se usó la técnica de revisión documentaria, con el apoyo de una ficha de revisión documentaria. La información se recolectó previa autorización del establecimiento de salud, cada ficha pasó por un control de calidad, en el que se descartó una muestra.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

1. Se solicitó autorización a la dirección del establecimiento de salud.
2. Para identificar la morbilidad materna extrema se revisó los registros del servicio de emergencia, hospitalización, cuaderno de referencia y contrareferencia, para identificar el diagnóstico final.

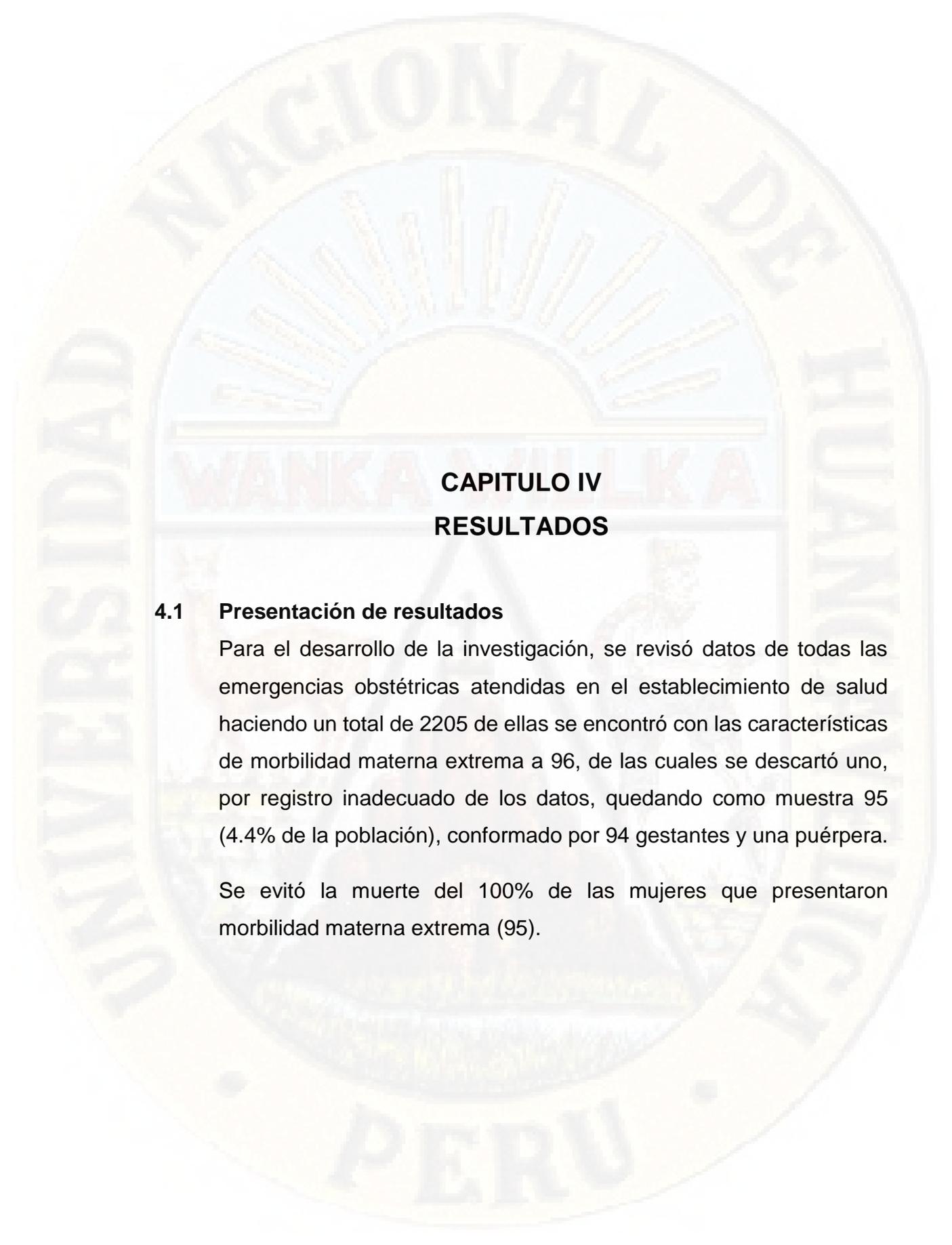
3. Se realizó seguimiento de las referencias, con el objetivo de identificar si usó cuidados intensivos, requirió de transfusión sanguínea, y si le practicaron intervenciones quirúrgicas de emergencia.
4. Se buscó la historia clínica de las pacientes u hoja de emergencia
5. Se revisó cada ficha, con el objetivo de que los datos no tengan errores.

3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos recabados, se ordenaron en una base de datos, haciendo uso de la hoja de cálculo Microsoft Excel.

Para el análisis estadístico se usó la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Para organizar los resultados se usó la estadística descriptiva, presentando los datos en tablas de una y dos entradas con distribuciones de frecuencia absoluta y porcentual.



CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

Para el desarrollo de la investigación, se revisó datos de todas las emergencias obstétricas atendidas en el establecimiento de salud haciendo un total de 2205 de ellas se encontró con las características de morbilidad materna extrema a 96, de las cuales se descartó uno, por registro inadecuado de los datos, quedando como muestra 95 (4.4% de la población), conformado por 94 gestantes y una puérpera.

Se evitó la muerte del 100% de las mujeres que presentaron morbilidad materna extrema (95).

Tabla 01: Características epidemiológicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.

Variable	MME	
	n=95	%
Grupo etario		
≤ 15	3	3.16
16 - 19	25	26.32
20 – 34	42	44.21
≥ 35 a mas	25	26.32
Grado Instrucción		
Iletrada	3	3.16
Primaria	24	25.26
Secundaria	43	45.26
Superior / técnico	25	26.32
Estado civil		
Soltera	39	41.05
Casada/conviviente	48	50.53
Separada/divorciada	8	8.42
Lugar de procedencia		
Rural	33	34.74
Urbano	62	65.26
Ocupación		
Ama de casa	49	51.58
Trabaja en agricultura	6	6.32
Independiente	27	28.42
Otros oficios	13	13.68

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 01: las características epidemiológicas resaltantes son, la mayoría se encuentra en los extremos de la edad reproductiva (adolescencia el 29.48% y las ≥ 35 el 26.32%) y el 44.21% se encuentra en edad reproductiva adecuada. El nivel educativo que predominó fue el nivel secundario con 45.26% seguido del nivel técnico superior con 26.32% y nivel primario 25.26% y se observa un 3.16% de mujeres iletradas. La mayoría tienen unión estable casada o conviviente en un 50.53%, seguido de las solteras en un 41.05%. el 65.26% viven en zona urbana y son ama de casa en un 51.58%, seguido de un 28.42% que tiene trabajo independiente.

Tabla 02: Características clínicas de las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.

VARIABLE	MME	
	n=95	%
Número de partos		
Nulípara (0)	20	21.05
Primípara (1)	34	35.79
Múltipara (2 – 3)	33	34.74
Gran múltipara (4 a 6)	8	8.42
Número de hijos vivos		
0	23	24.22
1	32	33.68
2 a más	40	42.10
Número de abortos		
0	54	56.84
1	37	38.95
2	4	4.21
Antecedente de cesarea		
No	78	82.11
Si	17	17.89
Atención prenatal		
no tiene	46	48.42
de 1 a 3	25	26.32
4 a 5	15	15.79
≥ 6	9	9.47
Semana de embarazo que inicia la atención prenatal		
≤ a 14ss	28	29.47
15 - 27ss	20	21.05
28 - 40ss	1	1.05
no inició	46	48.42

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla 02: del total de mujeres en las que se evitó muerte materna, el 21.05% fueron nulíparas. 35.79% primípara, el 34.74% múltipara y solo un 8.42% gran múltiparas. El 24.21% no tienen hijos vivos, y el 75.79% tiene de 1 a 6 hijos. El 38.95% ha tenido un aborto y el 4.21% presentó dos abortos. El 17.89% tuvo antecedente de cesárea. El 48.42% no recibió APN, y solo el 9.47% cumplió con las seis APN. 29.47% inició su atención prenatal en el primer trimestre de embarazo el 21.05% en el segundo trimestre.

Tabla 03: principales morbilidades maternas extrema que se presentó en el Centro de Salud Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.

Patologías	MME	
	n=95	%
eclampsia	14	14.74
shock hipovolémico	39	41.05
shock septico	42	44.21

Tabla 03: de los 95 casos de MME, se identificó shock séptico en el 44.21%, seguido de shock hipovolémico de 41.05% y la eclampsia representó el 14.74%.

4.2 Discusión

El analizar la morbilidad materna extrema, nos lleva a identificar que el 4.4% (95), de todas las emergencias gineco-obstétricas, presentaron morbilidad materna extrema y se evitó la muerte del 100% de estos casos, quiere decir que se respondió adecuadamente a este tipo de emergencias ya sea dando la atención final o referencia oportuna a un establecimiento de mayor complejidad. Ahí se ve la importancia del funcionamiento de un establecimiento de salud del primer nivel de categoría I – IV especializado, estos datos coinciden con el de Chirinos (12) en Belén - Trujillo quién encuentra que se evitó la muerte del total de las mujeres que presentaron morbilidad extrema (22), con la diferencia que este hallazgo se dio en un hospital de segundo nivel. Sin embargo en Brasil Esmeraldo “et al” (13), reporta que el 91.1% de las muertes maternas sucedidos pudieron ser evitables a través de la seguridad de la calidad de la atención prenatal, afirmación que podríamos refutarle ya que no solo la atención prenatal juega un papel importante si no también un buen sistema integral e integrado del cuidado de la salud de la madre, desde la organización familiar, comunal, de los establecimientos de salud a través de un sistema coordinado de referencia y contrareferencia.

Dentro de las características epidemiologías de las mujeres que se evitaron la mortalidad materna, se encuentra predominancia de la edad reproductiva adecuada 44.21% seguido por las adolescentes con un 29.48% y el 26.32% correspondió a las ≥ 35 años. El nivel educativo que predominó fue secundaria con un 45.26% seguido del nivel técnico superior con 26.32% y nivel primario 25.26% y se observa un 3.16% de mujeres iletradas. La mayoría tienen unión estable casada o conviviente en un 50.53%, seguido de las solteras en un 41.05%. el 65.26% viven en zona urbana y son ama de casa en un 51.58%, seguido de un 28.42% que tiene trabajo independiente. Al respecto **Amaral** (18) en la ciudad de Sao Paulo – Brasil, encuentra el 14% en adolescentes inferior al nuestro, y una quinta parte tenía

más de 35 años de edad, en caso de nuestro estudio la cuarta parte se situó en este rango; casi la mitad de las mujeres no tenían actividad profesional, mientras en nuestro estudio la mayoría (80%) no tiene actividad profesional; las tres cuartas partes de las mujeres que vivían con una pareja estable, similar al reportado por **Mariño** (10) 76%, en nuestra población solo la mitad mantiene esta condición. El nivel educativo juega un rol importante en la prevención de la mortalidad materna, es lamentable aun en pleno siglo XXI, veamos todavía mujeres iletradas y en edad reproductiva. Otro punto que nos llama a la reflexión es que si no se hubiera evitado estas muertes en el 80% de los casos habría niños en orfandad.

En nuestro estudio las características clínicas estuvieron relacionados a los aspectos obstétricos, encontrando que el 21.05% fueron nulíparas. 35.79% primípara, el 34.74% múltipara y solo un 8.42% gran múltiparas. El 24.21% no tienen hijos vivos, y el 75.79% tiene de 1 a 6 hijos. El 38.95% ha tenido un aborto y el 4.21% presentó dos abortos. El 17.89% tuvo antecedente de cesárea. El 48.42% no recibió APN, y solo el 9.47% cumplió con las seis APN; el 29.47% inició en el primer trimestre y el 21.05% en el segundo trimestre. reporta una cifra inferior al nuestro, 22% de las mujeres no recibieron APN, de los que tienen APN, el 50% inició en el primer trimestre y el otro 50% en el segundo. Con respecto a la paridad Chirinos (12), encuentra un 32% de nulíparas, ligeramente superior a nuestros hallazgos, y el 68% múltiparas cifra superior a nuestro estudio. Jurado (15) encuentra como factores de riesgo de padecer MME, el tener menos de tres partos, menos de tres controles prenatales, mientras Pacheco “et al” (17) encuentra como factor de riesgo el tener menos de 6 APN, probablemente por ello en nuestro estudio encontramos solo un 9.47% que cumplieron con la APN, sin embargo Gonzales (16) no encuentra asociación a la MME. la edad gestacional en el que se inicia la atención prenatal. Personalmente consideramos que el inicio temprano previene muchas complicaciones, al permitirnos educar y

vigilar sigilosamente todo el proceso reproductivo, otro factor de riesgo que encontró fue el antecedente de cesárea, situación que en nuestra investigación se presentó solo en el 17.89%, que probablemente se deba a que el estudio se realizó en el primer nivel de atención con capacidad quirúrgica, mientras la mayoría de los estudios se desarrollaron en hospitales del segundo nivel. El antecedente de aborto, nos pareció importante, ya que el historial obstétrico de la gestante jugó un rol en la vitalidad y salud de la misma.

Las causas de la morbilidad extrema se presentaron casi empatados el shock séptico en el 44.21%, seguido de shock hipovolémico con el 41.05% y la eclampsia representó el 14.74%. Dávila, "et - al" (14) Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron los trastornos hemorrágicos, la preeclampsia y la eclampsia y las infecciones en el periodo del 2005 al 2009; mientras Chirinos (12), encuentra a las enfermedades hipertensivas en un 90%, seguida del 5% por las hemorragias obstétricas – grado III; y un 5% por shock séptico. Las patologías más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos (60,71 %), seguida de las hemorragias (32,74%) y sepsis (6,55 %).similar al de Chirinos (12).

CONCLUSIONES

1. Se evitó la muerte del 100% de las mujeres que presentaron morbilidad materna extrema (95).
2. Las características epidemiológicas de las mujeres en las que se evitó muerte materna son, en cuanto a la edad, un poco menos de la mitad se encuentran en edad reproductiva adecuada 44.21% y más de la mitad se encuentra en los extremos de la vida reproductiva (adolescencia 29.48% y ≥ 35 años 26.32%). El nivel educativo que predominó fue el secundario con 45.26% seguido del nivel técnico superior con 26.32% y nivel primario 25.26% y se observa un 3.16% de mujeres iletradas. La mayoría tienen unión estable casada o conviviente en un 50.53%, seguido de las solteras en un 41.05%. el 65.26% viven en zona urbana y son ama de casa en un 51.58% y el 28.42% tiene trabajo independiente.
3. Las características clínicas de las mujeres en las que se evitó muertes maternas son: primíparidad (35.79%), multiparidad (34.74%) y solo el 8.42% fue gran múltiparas. El 75.79% tiene de 1 a 6 hijos vivos, el 38.95% ha tenido un aborto, El 17.89% tuvo antecedente de cesárea. El 48.42% no recibió APN, el 31.58% inició en el primer trimestre de embarazo y el 22.11% en el segundo trimestre, solo un 9.47% cumplió con las seis APN.
4. Las causas de MME son shock séptico 44.21%, seguido de shock hipovolémico 41.05% y eclampsia en un 14.74%.

RECOMENDACIONES

Al Red de Salud del Valle del Mantaro

Evaluar y fortalecer los servicios de emergencias obstétricas con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta los cuadros de la morbilidad materna extrema, para evitar las muertes maternas.

Centro de Salud Materno Infantil

Gestionar los recursos para el servicio de emergencias obstétricas teniendo en cuenta las causas que ocasionan morbilidad extrema, de tal forma se pueda responder adecuadamente.

Capacitar y actualizar al recurso humano que cumple un rol importante para tener estos resultados.

A los investigadores

Abordar en profundidad los temas de mortalidad y morbilidad extrema en el país para continuar con el descenso de la mortalidad materno perinatal.

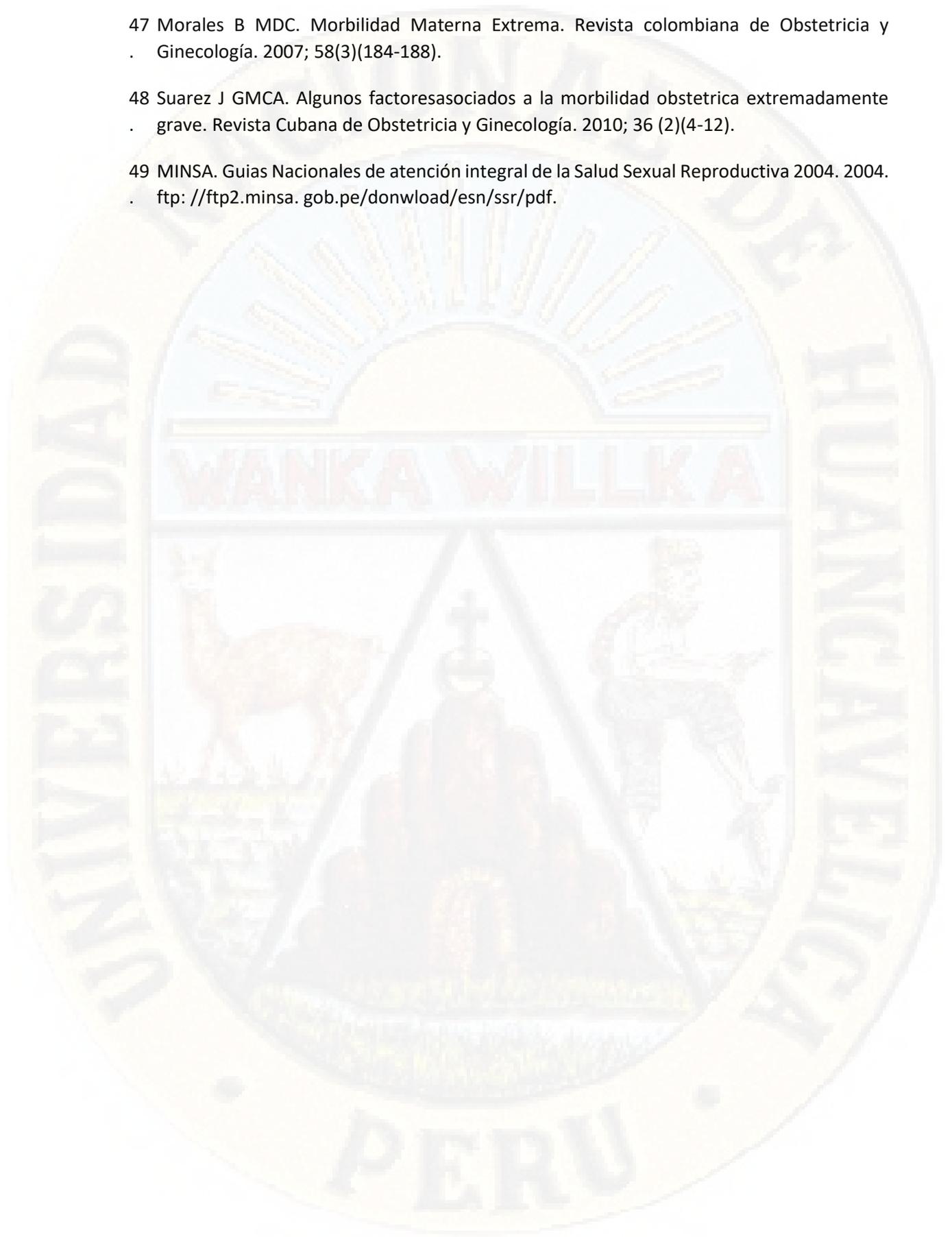
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAL. Guía Perinatal. Técnico. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, Programa Nacional Salud de la Mujer; 2015. Report No.: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf.
2. Gonzales R. Chile, un buen lugar donde nacer: Morbimortalidad materna e infantil a nivel global y nacional. Revista Médica Clínica los Condes. 2014 noviembre; 25(6): p. 874-878.
3. UNICEF. Levels and trends in child mortality. United Nations population division - New York. 2015.
4. FLASOG wwi. , Comité de mortalidad materna FLASOG; 2012.
5. empleo Mdtypd. Resultado de encuesta de hogares. <http://www.mintra.gob.pe/archivos/files/estadísticas/peel/publicacion>. Lima: Ministerio del trabajo y empleo, Lima; 2008.
6. wayca.pe. <https://wayca.pe/mortalidad-materna-en-peru/>. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo 15].
7. Wayka.pe. Mortalidad materna en el Perú. 2017. EPIDEMIOLOGIA - MINSA 2017.
8. OPS. Estandares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna. OMS. 2003;(139-140).
9. OMS. Mortalidad materna. Perú investigación mortalidad materna. 2016.
- 10 Mariño C, Vargas D. Caracterización de la morbilidad materna extrema en el instituto materno infantil. Trabajo de grado presentado para optar el título de: especialista en ginecología y obstetricia. Bogotá: Hospital La Victoria - Colombia, Ginecología y Obstetricia; 2010.
- 11 Ortiz El, Quintero CA, Mejía J, Romero E, Obspino L. Vigilancia de la Mortalidad Materna Extrema. 1st ed. Acuña BM, editor. Bogotá: Legis; 2010.
- 12 Chirinos C. Características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el hospital belén de Trujillo 2011-2014. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, repositorio institucional UNITRI; 2016. Report No.: <info:eu-repo/semantics/openAccess>.
- 13 Esmeraldo AC, Leite MA, Braga AF, Vieira RF, Paes S. Muertes maternas: necesidad de repensar estrategias de afrontamiento. (Spanish). Enfermagem do Nordeste. 2014 julio; 14(4).
- 14 Dávila F, Gómez W, Romer O. Mortalidad materna en el Hospital Universitario de Coro 'Dr. Alfredo Van Grieken' estado Falcón, Venezuela. Comunidad y Salud. 2012 junio; 10(1): p. 10 - 12.

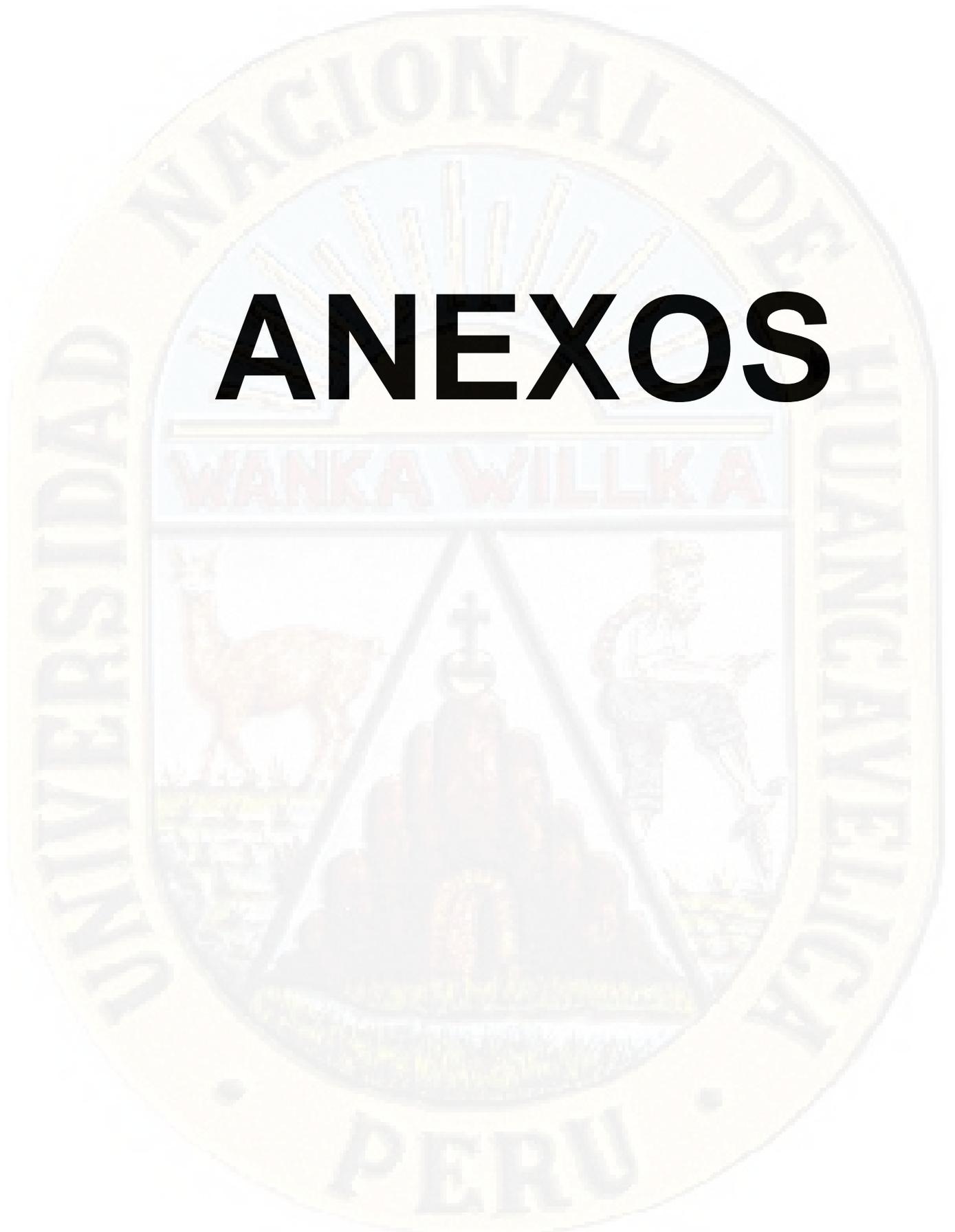
- 15 N J. Factores de riesgo para mortalidad materna extrema en gestantes - Colombia. 2014.
. Trabajo de grado para optar el Título de especialidad en Obstetricia y Ginecología.
- 16 Gonzales LE. Características de la Atención Hospitalaria y su relación con la morbilidad
. materna grave. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014; 35(15-22).
- 17 Pacheco AJ KLSA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576223>. [Online].; 2014 [cited
. 2018 AGOSTO. Available from: [Factores asociados con la morbilidad materna grave -
Brazil.](#)
- 18 Amaral ea. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/9>. [Online].; 2011 [cited 2018
. febrero. Available from: [A population based surveillance study on severe acute maternal
morbidity - Brazil.](#)
- 19 Amato R FPRC. Morbilidad materna extrema. Revista de Obstetricia y Ginecología de
. Venezuela. 2011; 71(2)(112-117).
- 20 Llerena J. Factores asociados a la mortalidad materna. Tesis. Lima: Universidad Ricardo
. Palma, Lima; 2017.
- 21 Acho S SJGM. Morbilidad Materna Extrema. Admisiones Gineco Obstetricas en UCI de un
. Hospital General. Lima: Hospital Nacional Hipolito Unanue, UCI; 2011.
- 22 Reyes I. Morbilidad materna extrema. Hospital docente madre niño San Bartolomé. 2012;
. 58(273-284).
- 23 Alí M. Arrieta AM, Flórez AJ, Alvis N. Impacto de la mortalidad evitable en los patrones de
. mortalidad de la región Caribe, 1999-2014. revista de economía del caribe. 2017
diciembre; 1(21).
- 24 OMS, OPS. CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas
. Relacionados con la Salud. 3rd ed. OMS , editor. Washington: OPS; 2008.
- 25 Bobadilla R, Jaime J, Lusuriaga I, Arteaga L. Ética en el control perinatal en relación a
. mortalidad materna en el Perú, 2007. Revista ANACEM. 2012 Enero; 6(1).
- 26 Zuleta J. La morbilidad materna extrema. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología.
. 2007; 58 (3)(180-181).
- 27 Salud OMdl. Mortalidad Materna. Boletin de la OMS. 2009; 87(734-734).
.
- 28 Salud INd. Protocolo de Vigilancia y control de la morbilidad materna extrema. 2012.
. www.vigepi.com.cosivigilapdfprotocolos 549p.
- 29 MINSA. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas
. estratégicos. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr>.
- 30 MINSA. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en
. niños,adolescentes,mujeres gestantesy puerpera. Norma Técnica. Lima.: MINSA; 2017.

- 31 cardenas LY. Recursos y prestación de los servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal en la Región Huancavelica 2016. Tesis. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Repositorio; 2018.
- 32 -PCM FdpdInU. <http://www.unfpa.org.pe>. [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero. Available from: [Perú: tercer informe Nacional del cumplimiento de objetivos de desarrollo del milenio](#).
- 33 MINSA. <http://www.minsa.gob.pe/index.asp>. [Online].; 2013 [cited 2018 junio. Available from: [Salud Sexual Reproductiva en el Perú](#).
- 34 Herrera M. M. Mortalidad materna en el mundo. Revista chilena obstetrica ginecológica. 2008;(7526).
- 35 Unidad operativa Red de salud valle del Mantaro. Analisis Situacional de salud distrito de El Tambo 2017. Informe tecnico. Huancayo: MINSA, Junin; 2017. Report No.: ISBN.
- 36 Supo J. Seminario de Investigación Científica - metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. 2nd ed. EIRL B, editor. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014.
- 37 Hernandez R, Fernandez P. Metodología de La Investigación - Sampieri y Fernández México: McGraw-Hill; 2010.
- 38 Espinoza C. Metodología de la Investigación Tecnológica. 2nd ed. Montes CE, editor. Huancayo: Soluciones Gráficas S.A.C.; 2014.
- 39 Word HO. Building a future for women and children. UNICEF. 2012.
- 40 OMS. Que se sabe acerca de la reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/BANCO MUNDIAL. 2016 Mayo.
- 41 presupuestales P. CONTENIDOS MÍNIMOS DE UN PROGRAMA PRESUPUESTAL. 2017. Anexo 02.
- 42 DIRESA C. Boletín de vigilancia de salud Pública. EPI. 2017; XVII(05).
- 43 Reproductiva EENSS. Informe operacional. Kimbiri: Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, Cusco; 2014 al 2017.
- 44 Cecatti J. Investigación sobre la mortalida materna y casos que casi conducen a la muerte. Reproductive Health Matters. 2007; 15(30)(125-133).
- 45 Oliveira FC SF. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24555831>. [Online].; 2014 [cited 2018 febrero 18.
- 46 Galvao LP ea. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24433516>. [Online].; 2014 [cited 2018 mayo. Available from: [Publicado en BCM pregnancy and childbirth - Brasil](#).

- 47 Morales B MDC. Morbilidad Materna Extrema. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007; 58(3)(184-188).
- 48 Suarez J GMCA. Algunos factores asociados a la morbilidad obstetrica extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36 (2)(4-12).
- 49 MINSA. Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual Reproductiva 2004. 2004. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/pdf>.



ANEXOS



Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADISTICO
<p>¿Cuáles son las características clínicas – epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar las características clínicas – epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar la frecuencia de las muertes maternas evitadas, en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018..</p> <p>Identificar las características epidemiológicas presentadas por las mujeres en las que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.</p> <p>Identificar las características clínicas presentadas en mujeres que se evitaron muerte materna, en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018.</p> <p>Determinar las principales morbilidades maternas extremas que se presentó en el Centro de Salud Materno Infantil Materno Infantil Materno Infantil José Agurto Tello de El Tambo - Huancayo, enero - octubre 2018del Tambo – Huancayo, 2017.</p>	<p>Muerte Materna evitadas</p>	<p>POBLACION:</p> <p>La población estará conformada por todas las emergencias obstétricas atendidas de enero a diciembre del año 2017, sea en el servicio de emergencias obstétricas y otros dentro del establecimiento de salud.</p> <p>MUESTRA Y MUESTREO.</p> <p>Muestra. - como muestra se tomará a todas las que cumplen con uno del criterio de morbilidad materna extrema.</p> <p>Muestreo. - el muestreo será por conveniencia.</p> <p>Criterio de exclusión: Pacientes con registro inadecuado. ❖ Pacientes que tengan acceso restringido a la historia clínica por problemas legales.</p>	<p>Descriptivo - retrospectivo</p> <p style="text-align: center;">M → O</p> <p>Donde:</p> <p>M: muestra</p> <p>a.</p> <p>O: observación a la variable.</p>	<p>Instrumento: ficha de revisión documental.</p>	<p>Se usará la estadística descriptiva , con el apoyo de la hoja de cálculo de Microsoft Excel.</p>



Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Muertes Maternas Evitadas en el Centro de Salud Materno Infantil de El Tambo – Huancayo, 2017.

La presente ficha, tiene por finalidad obtener información sobre las Muertes Maternas Evitadas en el EESS mencionado, para el cual se analizará los registros de atención y las historias clínicas de las pacientes seleccionadas y los registros de referencia y contrareferencia. En este sentido se consignará los datos solicitados de forma fehaciente tras una revisión exhaustiva.

INSTRUCCIÓN: revise, los registros de emergencias obstétricas, hospitalización, cuaderno de referencia, contra referencia para verificar e informes de vigilancia de mortalidad materna y las **HISTORIAS CLÍNICAS** de las pacientes que conforman la muestra, analice la información y consigne en la ficha, lo solicitado.

Código de Reg. _____ N° de Historia Clínica u hoja de emergencia:

1. Edad: Años
 - a) ≤ de 15 años (1)
 - b) 16 a 19 años (2)
 - c) 20 a 34 años (3)
 - d) ≥ 35 años (4)
2. Nivel educativo
 - a) Ninguno (1)
 - b) Primaria (2)
 - c) Secundaria (3)
 - d) Superior técnico (4)
 - e) Superior universitario (5)
3. Estado civil
 - a) Soltera (1)
 - b) Casada/conviviente (2)
 - c) Separada/divorciada (3)
 - d) Viuda (5)
4. Ocupación:
 - a) ama de casa (1)
 - b) trabajo en chacra (2)
 - c) independiente (3)
 - d) empleada pública (4)
 - e) Otro: (5)
5. Lugar de procedencia
 - a) Rural (1)
 - b) Urbano (2)

6. Semanas de embarazo (solo aplica para gestantes) _____
7. Días transcurridos desde el parto a la fecha de atención de la emergencia (solo para puérperas) _____
8. Número de partos _____
9. Número de hijos vivos _____
10. Número de aborto a la fecha de la atención _____
11. Número de cesáreas _____
12. Número de atenciones prenatales _____
13. Inicio de la APN: semanas de embarazo.

DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)

14. Diagnóstico Diagnóstico de egreso (considerar el que se reporta en la epicrisis de la historia clínica, en caso de que se refirió a la paciente ver el diagnóstico de contrareferencia.

- a) Eclampsia (1)
- b) Choque Hipovolémico (2)
- c) Choque séptico (3)

15. Falla orgánica detectada:

Instrucciones: Revise cuidadosamente la historia clínica, el diagnóstico de ingreso, de las evoluciones, el diagnóstico definitivo y los exámenes auxiliares y marque dentro del cuadro los hallazgos.

Órgano	Falla que presenta
	presentó paro cardíaco (1)
Corazón	edema pulmonar (1)
	ninguno (0)
	ausencia de pulso (2)
Vascular	hipotensión (2)
	ninguno (0)
	↑ de creatinina en 50% de su basal (3)
Renal:	oliguria <0.5cc/kg/hora) (3)
	ninguno (3)
Hepática:	ictericia de piel y escleras (4)

bilirribina > de 3.0mg/dl. (4)
 ninguno (0)
 Metabólica:
 cetoacidosis
 diabética. cetoacidosis diabética (5)
 no presenta (0)
 Coma (6)
 Convulsión (6)
 Cerebral:
 confusión (6)
 ninguno (0)
 Respiratoria:
 síndrome de dificultad respiratoria (7)
 no presenta (0)
 CID (8)
 Coagulación:
 Trombocitopenia (<100 000 plaquetas) o
 evidencia de hemólisis (LDH > 600) (8)
 Ninguno (0)

16. Manejo brindado

Ingresó a la unidad de cuidados intermedios (UCI)	Si (1) No (0)
Le practicaron alguna cirugía de emergencia	Si (2) No (0)
Recibió transfusión sanguínea aguda	Si (3) No (0)

SOLICITO: Autorización para ejecución de trabajo de investigación
en el **CENTRO DE SALUD JOSE AGURTO TELLO –EL TAMBO**

DR. MARIO SUÑIGA GALVEZ

MEDICO JEFE DEL CENTRO DE SALUD JOSE AGURTO TELLO.

Yo, **ROSA LARA SAMANIEGO**, identificado con el DNI N°20083823, domiciliado en la JR. PACHACUTEC 275, Distrito El Tambo-Huancayo, me dirijo ante UD. y expongo:

Que en vías de culminación de mis estudios de especialidad de **Emergencias y Alto riesgo Obstetrico**, solicito a usted la autorización debida para la ejecución de mi trabajo de invitación, el cual tiene como objetivo determinar las **CLÍNICAS DE LAS MUERTES MATERNAS EVITADAS EN EL CENTRO DE SALUD JOSÉ AGURTO TELLO DEL TAMBO** de enero a octubre del 2018.

Por lo expuesto:

Conocedor de su alto espíritu altruista de colaboración agradezco por anticipado la atención que merezca la presente.

El Tambo, 20 de octubre del 2018.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rosa Lara Samaniego".

OBST. ROSA LARA SAMANIEGO.

DNI N°20083823.