



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

“FACTORES SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y DE SERVICIOS DE
SALUD, ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN LA DIRECCIÓN DE
SALUD IV LIMA ESTE - “2012 - 2015 “

MODALIDAD PARA OPTAR EL GRADO:

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN EPIDEMIOLOGIA

AUTORA:

VILLALVA SEVERINO. CARMEN BEATRIZ

ASESOR:

MC. ARTURO GARATE SALAZAR

JURADO:

DR. MANUEL ANTONIO MENDOZA SEGURA

DR. ELIAS M. ARCE RODRIGUEZ

MG. ADOLFO G. PINTO REATEGUI

LIMA-PERÚ

2018

Dedicatoria

A Dios, por ser el que guía y conduce mi accionar y a mi madre, que aunque ahora no está conmigo, siempre quiso y me dio lo mejor de si.

AGRADECIMIENTO

A mi hija, por su paciencia, comprensión y apoyo permanente, aunque pequeñita muy sabía en sus decisiones.

Al Magister. Juan Víctor Casas Egoavil, por el apoyo incondicional y transferencia de conocimientos en el tema.

Así mismo mi más sincero agradecimiento al MC Arturo Garate Salazar, por su importante aporte, participación y disponibilidad para desarrollo de la presente tesis.

RESUMEN

La presente investigación evalúa todos los casos de muerte materna (63) de la Jurisdicción de DISA IV Lima Este, entre los años del 2012 al 2015, debido a que se han evidenciado cifras absolutas que se han mantenido o incrementado, en lugar de evidenciar un descenso de las cifras, de manera semejante al nivel nacional, este estudio tiene el objetivo de determinar factores socioeconómicos, culturales y del proceso de atención, con énfasis en la identificación de las características epidemiológicas de las gestantes, que están asociados con la Mortalidad Materna.

Metodología: El estudio es retrospectivo, longitudinal, descriptivo – analítico. Con base a la información obtenida de las historias clínicas, fichas de notificación inmediata, fichas de investigación e informes de auditoría de caso de muertes maternas, ocurridas en DISA IV Lima Este, en este periodo de tiempo, con una muestra conformada por 63 casos (100 %).

Resultados: En la DISA IV Lima Este, la RMM durante el periodo de estudio, oscila entre 39.05 por 100,000 n. v. para el 2014 y 32.58 por 100,000 n.v. para el año 2015 ; esta cifra es baja en comparación al estándar nacional, pero no es sostenible en el tiempo. En cuanto a las muertes maternas fueron directas en un 55.6% (35), e indirectas en un 41.3 % (26), la mayoría de muertes ocurrieron en el puerperio en un 67 % (42) y en 27% durante la gestación (17), la causa de fallecimiento en su mayoría fue hipertensión en un 25.4 % (16), seguidos de 17,5 % casos de hemorragia (11) y evidenciando un aumento de casos por otras causas en 44.4 % (28).

En relación a los factores Socioeconómicos y culturales se encontró que el valor de la edad media fue de 30 años, el 90.5 % de los pacientes, fueron financiados: por el SIS en 65.1 %(41) y 25.4 % por ESSALUD (16), el 58.7 % fueron convivientes (37) y con aumento de la

condición de madre soltera en 34.9%(22), el 63.5% tienen un nivel educativo superior , la mayoría 60.9 % tuvieron entre 1 a 3 gestaciones, siendo la media de 2 hijos.

En relación a factores de atención Prenatal se encontró que el 68.3 % asistieron a su control prenatal(43), la mayoría tenía de 4 a 6 controles 19(30.2%), estos controles fueron realizados en su mayoría en centros y puestos de salud 23 (36.5 %) y en hospitales locales 12 (19 %),21 pacientes realizaron su primer control en el primer trimestre (33.3 %) y 14 en el segundo trimestre (22.2%), en 42.9 % no se identificó ninguna alteración durante los controles prenatales, en 15.9% se identificó alteraciones en Peso, P.A. y edemas y en el 14.3 % se identificó complicaciones en el embarazo: en su mayoría con anemia, baja de peso, infección del tracto Urinario y síndrome de flujo vaginal.

En relación a los factores del proceso de atención, se encontró que han sido referidas a otras IPRESS 35 pacientes (55.6%), en su mayoría 20(31.7%) por tener complicaciones que no pueden ser manejadas en un nivel de atención inicial, 25 pacientes (39.7%) fueron referidos de los hospitales locales, seguidos de centros materno Infantiles 7 (11.1 %). La mayoría 31 gestantes registraron cesáreas (49.2%) de pacientes generalmente complicadas y se tuvieron 30 productos vivos (47.6 %) y 12 gestantes (19 %) tuvieron parto vaginal y de ellas 10 tuvieron productos vivos, con apgar adecuado, se consignaron 12 casos con legrado uterino (19 %), las atenciones por especialista fueron realizadas en 33 casos(52.4%), en hospitales regionales tanto de MINSA, como ESSALUD y existieron otras complicaciones 31 casos (49.2%) durante el parto, seguido de 10 casos de pre eclampsia y eclampsia (15.9%) y 6 casos de Hemorragia (9.5%).El puerperio se controló de manera inmediata en 33 casos (52.4%) y solo 8(12.7%) controlaron a las pacientes cada 15 minutos, el control del puerperio fue realizado por especialista en 32 casos(50.8 %), seguido de obstetras 5(7.9 %) y en el puerperio 35 casos (55.6%), presentan complicaciones por patologías básicas, concomitantes

y/o complicaciones de estas por el estado de gestación y / o parto, así mismo 13 (20.6%) de los pacientes presentaron hemorragia y 6 (9.5 %) tuvieron preeclampsia y eclampsia. Se realiza auditorías de caso en 87.3 % (53 casos), que implican en su mayoría observaciones al servicio de emergencia en 42.9 %, cuyas sumillas informan: manejo inadecuado de pacientes en 39.7 %, un 11.1 % refirió incumplimiento de guías de atención y un 9.5 % no registra manejo del paciente en la historia clínica y cuyos criterios están en base de guías de atención de patologías más frecuentes en pacientes gestantes en un 41.3 %, de emergencia en un 22.2 % y en un 12.7 % en relación a la norma técnica de gestión de historia clínica.

Conclusiones: En cuanto a los factores socioeconómicos y culturales asociados a muerte materna en DISA IV Lima Este entre 2012 al 2015, existe relación significativa con la clasificación genérica de muerte materna y momento de Fallecimiento, en cuanto a los factores de atención prenatal asociados a mortalidad materna existe relación significativa con la realización del control prenatal e inicio del primer control prenatal y en cuanto a los factores del proceso de atención asociados a mortalidad materna existe relación significativa con complicaciones del Parto y complicaciones durante el puerperio. Las auditorías de caso implican en su mayoría observaciones al servicio de emergencia, seguido de consulta por control prenatal cuyas sumillas informan: manejo inadecuado de pacientes, incumplimiento de guías de atención y no registra manejo del paciente en la historia clínica.

Palabras Claves: Mortalidad materna, Muerte Materna Directa, Atención prenatal, Auditoría médica.

ABSTRACT

The present investigation evaluates all cases of maternal death (63) of the DISA IV Lima East Jurisdiction, between the years of 2012 to 2015, due to the fact that absolute figures have been shown that have been maintained or increased, instead of evidencing a decrease of the figures, similarly to the national level, this study has the objective of determining socio-economic, cultural and attention process factors, with emphasis on the identification of the epidemiological characteristics of pregnant women, which are associated with Maternal Mortality.

Methodology: The study is retrospective, longitudinal, descriptive - analytical. Based on the information obtained from the medical records, immediate notification cards, investigation files and reports of the case report of maternal deaths, occurred in DISA IV Lima East, in this period of time, with a sample consisting of 63 cases (100%).

Results: In the DISA IV Lima East, the RMM during the study period, oscillates between 39.05 per 100,000 n. v. for 2014 and 32.58 per 100,000 n.v. for the year 2015; This figure is low compared to the national standard, but it is not sustainable over time. Regarding maternal deaths, they were direct in 55.6% (35), and indirect in 41.3% (26), the majority of deaths occurred in the puerperium in 67% (42) and in 27% during pregnancy (17), the cause of death was mostly hypertension in 25.4% (16), followed by 17.5% cases of hemorrhage (11) and evidencing an increase in cases from other causes in 44.4% (28)..

Regarding socio-economic and cultural factors, it was found that the average age was 30 years, 90.5% of patients were financed: by the SIS in 65.1% (41) and 25.4% by ESSALUD (16), 58.7% were cohabiting (37) and with an increase of single mother status in 34.9% (22),

63.5% have a higher educational level, the majority 60.9% had between 1 to 3 pregnancies, with an average of 2 children .

In relation to prenatal care factors, it was found that 68.3% attended their prenatal care (43), the majority had 4 to 6 controls 19 (30.2%), these controls were mostly carried out in health centers and posts 23 (36.5%) and in local hospitals 12 (19%), 21 patients performed their first control in the first quarter (33.3%) and 14 in the second quarter (22.2%), in 42.9% no alterations were identified during the controls prenatal, in 15.9% alterations were identified in Weight, PA and edema and in 14.3% complications were identified in pregnancy: mostly with anemia, weight loss, urinary tract infection and vaginal discharge syndrome.

Regarding the factors of the care process, it was found that 35 patients (55.6%) had been referred to other IPRESS, 20 (31.7%) mostly because of complications that can not be managed at an initial level of care, 25 patients (39.7%) were referred from local hospitals, followed by maternal and infant centers 7 (11.1%). The majority of pregnant women registered caesarean sections (49.2%) of generally complicated patients and 30 live products (47.6%) and 12 pregnant women (19%) had vaginal delivery and of these 10 had live products, with appropriate apgar, 12 cases were consigned with uterine curettage (19%), specialist care was provided in 33 cases (52.4%), in regional hospitals of both MINSAs, and ESSALUD and there were other complications 31 cases (49.2%) during delivery, followed by 10 cases of preeclampsia and eclampsia (15.9%) and 6 cases of hemorrhage (9.5%). The puerperium was immediately controlled in 33 cases (52.4%) and only 8 (12.7%) controlled the patients every 15 minutes, the control of the puerperium was performed by specialist in 32 cases (50.8%), followed by obstetricians 5 (7.9%) and in the puerperium 35 cases (55.6%), they present complications due to basic pathologies, concomitants and / or

complications of these due to the state of gestation and / or delivery, likewise 13 (20.6%) of the patients presented hemorrhage and 6 (9.5%) had preeclampsia and eclampsia. Case audits are carried out in 87.3% (53 cases), which mostly involve observations to the emergency service in 42.9%, whose summits report: inadequate management of patients in 39.7%, 11.1% reported non-compliance with care guidelines and a 9.5% does not record patient management in the clinical history and whose criteria are based on guidelines of care of more frequent pathologies in pregnant patients in 41.3%, of emergency in 22.2% and in 12.7% in relation to the technical norm of clinical history manageme

Conclusions: Regarding the socio-economic and cultural factors associated with maternal death in DISA IV Lima East between 2012 and 2015, there is a significant relationship with the generic classification of maternal death and time of death, in terms of prenatal care factors associated with maternal mortality. Significant relationship with the performance of prenatal control and initiation of the first prenatal control and in terms of the factors of the care process associated with maternal mortality, there is a significant relationship with complications of delivery and complications during the puerperium. The case audits mostly involve observations to the emergency service, followed by prenatal check- ups whose summits report: inadequate management of patients, non-compliance with care guidelines and no record of patient management in the clinical history.

key Words: Maternal Mortality, Direct Maternal Death, Prenatal Care, Medical Audit.

INTRODUCCION

La presente investigación evalúa todos los casos de muerte materna (63) de la Jurisdicción de DISA IV Lima Este, entre los años del 2012 al 2015, debido a que se han evidenciado cifras absolutas que se han mantenido o incrementado, en lugar de evidenciar un descenso de las cifras, de manera semejante al nivel nacional, este estudio tiene el objetivo de determinar factores socioeconómicos, culturales y del proceso de atención, con énfasis en la identificación de las características epidemiológicas de las gestantes, que están asociados con la Mortalidad Materna.

En cuanto a los factores socioeconómicos y culturales asociados a muerte materna en DISA IV Lima Este entre 2012 al 2015, existe relación significativa con la clasificación genérica de muerte materna y momento de Fallecimiento, en cuanto a los factores de atención prenatal asociados a mortalidad materna existe relación significativa con la realización del control prenatal e inicio del primer control prenatal y en cuanto a los factores del proceso de atención asociados a mortalidad materna existe relación significativa con complicaciones del Parto y complicaciones durante el puerperio. Las auditorias de caso implican en su mayoría observaciones al servicio de emergencia, seguido de consulta por control prenatal cuyas sumillas informan: manejo inadecuado de pacientes, incumplimiento de guías de atención y no registra manejo del paciente en la historia clínica.

INDICE

Dedicatoria	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vii
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
1.3.- Justificación	12
1.4 Alcance:.....	13
1.5. Limitaciones:.....	16
1.6. Objetivos De la Investigación:	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1 TEORÍAS GENERALES Y BASES TEÓRICAS:.....	18
2.3 ASPECTOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y MEDIO AMBIENTAL.....	28
CAPITULO III	43
METODO	43

3.1.- TIPO DE INVESTIGACION	43
3.2. POBLACION Y MUESTRA	43
3.3 HIPÓTESIS:.....	45
3.4 VARIABLES:	45
3.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN:.....	54
3.6 PASOS DEL PROCESAMIENTO DE DATOS:	58
CAPITULO IV	61
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	61
4.1 CONTRASTACION DE HIPOTESIS:.....	61
2.-ANALISIS E INTERPRETACION:.....	74
CAPITULO V	112
DISCUSION:.....	112
5.1.- DISCUSION:	112
5.2 - CONCLUSIÓN.....	133
5.3.- RECOMENDACIONES	135
CAPITULO VI.....	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
CAPITULO VII.....	143

ANEXOS:..... 143

FICHA DE REGISTRO DE DATOS 143

Definiciones de Términos : 153

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Descripción del problema

La primera impresión que la población tiene en relación a los modos en que las personas desarrollan su vida, con sus particularidades individuales y con su contexto histórico, político, económico y social en los que nos desarrollamos y nos toca vivir (incluye objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones), se evalúa a través de índices de desarrollo. Estos índices, tienen en cuenta aspectos relacionados con el bienestar de la población como: la parte social, el acceso a la salud, la educación, vivienda, condiciones de trabajo, recreación, económicos y políticos entre otros. Es el Estado el encargado de planificar elaborar, plantear y facilitar la ejecución de estrategias, su impacto es medible a través de indicadores de costo-beneficio, costo-utilidad y costo-efectividad entre otros, que se ven reflejados en la variación relativa de los índices de salud, tales como: Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, Esperanza de vida, Tasa de Morbimortalidad por Enfermedades Inmunoprevenibles entre otros.

En los últimos años, los problemas relacionados a la salud materna son de gran interés y atractivo, por los avances logrados en el sector salud, a lo que se agrega el gran apego de conocer los resultados de las estrategias aplicadas, para lograr el cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio y continuar con el avance logrado, el cual tenía 8 propósitos de desarrollo humano, los cuales fueron aprobados por los estados miembros en el año 2000, para conseguirlos en el año 2015 de los cuales el objetivo 5 hace referencia en mejorar la salud materna. En dichos acuerdos se mencionan dos metas: la primera relacionada a la reducción al 75% de la razón de muerte materna (RMM) en 25 años (desde 1990); y la

segunda garantizar la atención de la totalidad de partos, por profesionales de la salud con competencias especiales en atención de parto normal o con complicaciones, todo para el 2015 (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013). Por lo tanto se evalúa el desempeño de los sistemas de salud: con la posibilidad de brindar una atención a las gestantes adecuada y oportuna. A partir de los resultados, se establecerá un programa que permita un desarrollo sostenible para después de 2015 y se abordará las desigualdades existentes y los nuevos desafíos a los que se enfrentará la población y en especial nuestro público objetivo. La Asamblea General aprobó un documento final, considerado como oficial de la Cumbre de las Naciones Unidas, que agenda el desarrollo para después del 2015, el cual debe ser puesto en funcionamiento por todos los países involucrados y las partes interesadas mediante asociaciones o alianzas de ayuda mutua, teniendo en cuenta las diversas realidades, disposición y niveles de desarrollo de cada país, sin dejar de lado sus políticas y prioridades nacionales que dirigen su accionar, es así que se presenta 17 nuevos objetivos de desarrollo sostenible y 169 nuevas metas, que aunque son nuevas aparentemente, tienen como esencia los objetivos del milenio originarios. Es así que el tercer objetivo de desarrollo sostenible, el cual hace referencia a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, es este objetivo el que se replantea, para los siguientes años (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

La nueva meta para el 2030, es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, es importante mencionar, que en el presente objetivo también se hace referencia a dos aspectos ligados a este indicador: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (incluye planificación familiar, información y educación) y lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013).

La Muerte Materna es considerada como un evento centinela, (hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave, que causa daño permanente o muerte al paciente), que permite evaluar la calidad de los sistemas de salud en los diferentes países. Cabe mencionar, que existen factores asociados que no involucran un buen o mal estado de salud en general, como el aborto provocado y la violencia contra la mujer.

La Mortalidad Materna ha evidenciado un descenso para el 2010, a 287 mil muertes maternas en el mundo, durante los periodos de embarazo y parto, pero cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles. Una prestación especializada durante la gestación, parto y puerperio puede salvarles la vida, tanto a las madres como a sus productos. Cabe mencionar que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial, indicador que mide el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio (Muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos), se ha reducido alrededor de 44% entre 1990 y 2015: de una RMM de 385 por 100 000 nacidos vivos en 1990 a una RMM de 216 por 100 000 nacidos vivos en 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El número anual de muertes maternas disminuyó en un 43%, de aproximadamente 532, 000 a 303, 000 entre 1990 y 2015. El riesgo mundial aproximado de muerte materna a lo largo de la vida disminuyó considerablemente: de 1 muerte por 73 mujeres a 1 por 180 mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2015), se menciona que la mortalidad materna es mayor en muchas zonas ubicadas al interior de los países en América Latina, en aquellos lugares en la que por lejanía y falta de accesibilidad, falta médico al momento del parto, además de no contar con una infraestructura adecuada, lo que podría evitarse gracias a atención médica adecuada y oportuna.

El Perú, es uno de los tres países de más alta Razón de Mortalidad Materna a nivel de América latina (185 x 1000 nacidos vivos), por lo que ha sido considerada como prioridad sanitaria y un problema de salud pública, en el país y por los diferentes gobiernos que ocuparon el ejecutivo en estos años. Se ha desplegado importantes intervenciones, encaminadas a mejorar las condiciones de salud materna y obviamente, a tratar de reducir la Mortalidad Materna y a mejorar la salud del producto. La OPS/OMS en su publicación Estado de la Salud en Sudamérica reporta un estimado de la RMM para los países de esta región y define que la Razón de Mortalidad Materna en el país para el 2009 fue de 93 por 100,000 n. v. y que para el 2015, se llegó a 68 defunciones por 100.000 nacidos vivos (Távora Orozco, 2013).

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), se redujo 10% entre 2010 y 2014 (Ministerio de Salud, 2015). La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud de Perú ha presentado el documento La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011 (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013), en él se hace un análisis, de este indicador en los últimos 10 años, tomando como fuente el Registro de Hechos Vitales y el Registro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, en el se menciona que hubo un total de 6,691 muertes maternas a nivel nacional, con un promedio por año de 669 muertes maternas, lo que representa una RMM de 111,9 para esa década, observándose que se ha reducido la razón en una proporción de 25,6 por 100,000 nacidos vivos, cifra preocupante puesto que con ello no se cumplía las metas establecidas del milenio, pero si es necesario que se manifieste que dicho descenso no ha sido uniforme en todo el país, manteniéndose regiones con cifras mayores que el promedio y algunas que se han elevado desde el primer al segundo quinquenio y en Perú se evidencio que hay departamentos, que en lugar de disminuir, incrementaron su RMM, es el caso de Madre

de Dios, Callao y aunque, no se crea incluye al departamento de Lima (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013).

Según la Red Nacional de Epidemiología (RENACE)- DGE-MINSA, las muertes maternas según notificación semanal (incluye muertes maternas catalogadas como directas e indirectas), para los años que abarca el estudio es de 440, 383, 411 y 414 defunciones, para los años 2012, 2013, 2014 y 2015 respectivamente. Según cuadro informativo el número de muertes maternas, según departamentos, para Lima se consignan 70, 47, 42 y 59 para los mismos años respectivamente.

Grafico N ° 01

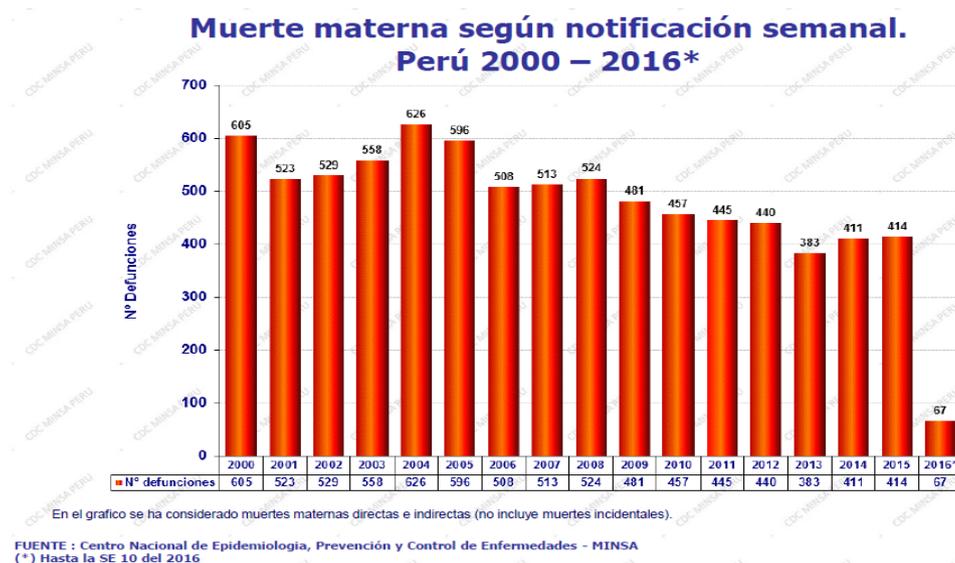


Grafico N ° 02

Número de muertes maternas por departamentos Perú 2000 – 2016*

DEPARTAMENTO	AÑO																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
AMAZONAS	16	18	15	18	12	17	19	12	13	20	14	12	14	13	13	13	4
ANCASH	31	30	28	14	23	28	24	19	16	21	19	15	22	16	15	13	3
APURIMAC	12	7	13	9	16	14	9	8	7	6	4	6	13	2	3	4	1
AREQUIPA	5	6	5	17	13	8	17	17	17	13	9	10	16	9	10	11	6
AYACUCHO	20	23	21	19	20	21	24	12	14	8	13	14	14	8	10	5	2
CAJAMARCA	67	48	55	65	59	59	50	55	43	55	47	35	43	31	36	38	5
CALLAO	5	4	7	8	4	3	12	7	13	8	5	6	8	13	19	11	0
CUSCO	58	41	54	43	53	45	19	25	21	17	21	26	21	20	30	18	4
HUANCAVELICA	16	29	16	33	39	18	12	14	19	13	23	9	8	6	8	6	1
HUANUCO	44	39	36	30	32	35	25	23	18	18	20	19	10	11	9	18	3
ICA	7	1	1	7	7	10	3	8	0	1	6	7	7	6	3	5	1
JUNIN	37	23	26	25	35	35	29	34	28	22	23	17	11	17	26	27	1
LA LIBERTAD	44	29	33	42	46	37	32	38	50	33	38	44	32	30	31	29	6
LAMBAYEQUE	23	23	11	13	21	27	16	27	16	20	14	15	15	14	13	15	2
LIMA	22	38	46	44	60	60	46	54	63	61	51	58	70	47	42	59	10
LORETO	36	29	30	25	30	31	32	36	39	29	32	36	30	32	32	28	3
MADRE DE DIOS	2	3	2	0	5	4	0	2	2	4	2	4	1	7	3	2	1
MOQUEGUA	2	0	0	1	3	0	2	4	2	1	2	0	2	3	0	1	0
PASCO	8	6	7	10	9	7	9	8	8	7	11	4	7	5	11	4	1
PIURA	41	49	42	37	51	47	29	33	41	39	28	33	35	27	29	41	7
PUNO	74	48	54	66	55	53	56	38	43	37	40	42	30	26	26	28	2
SAN MARTIN	25	13	16	18	11	20	23	22	28	32	17	13	14	16	16	15	0
TACNA	1	1	1	2	6	4	4	3	1	2	1	3	4	5	1	2	2
TUMBES	0	2	2	2	0	3	2	3	3	2	4	2	3	5	2	4	0
UCAYALI	9	13	8	10	16	10	14	11	19	12	13	15	10	14	23	17	2
PERU	605	523	529	558	626	596	508	513	524	481	457	445	440	383	411	414	67

En toda la tabla se ha considerado muertes maternas directas e indirectas (no incluye muertes incidentales)

FUENTE : Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA
(*) Hasta la SE 10 del 2016

La información permite orientar las políticas sociales, definir las acciones en salud pública y monitorizar los resultados de las intervenciones implementadas. Es así que a pesar de la aplicación de estrategias como el Seguro integral de Salud, mejoras en la implementación de Centros Maternos Infantiles del primer nivel de atención, mayor difusión de los derechos de los usuarios, no se logra avances significativos o si se logró, es por un periodo, no evidenciándose sostenibilidad.

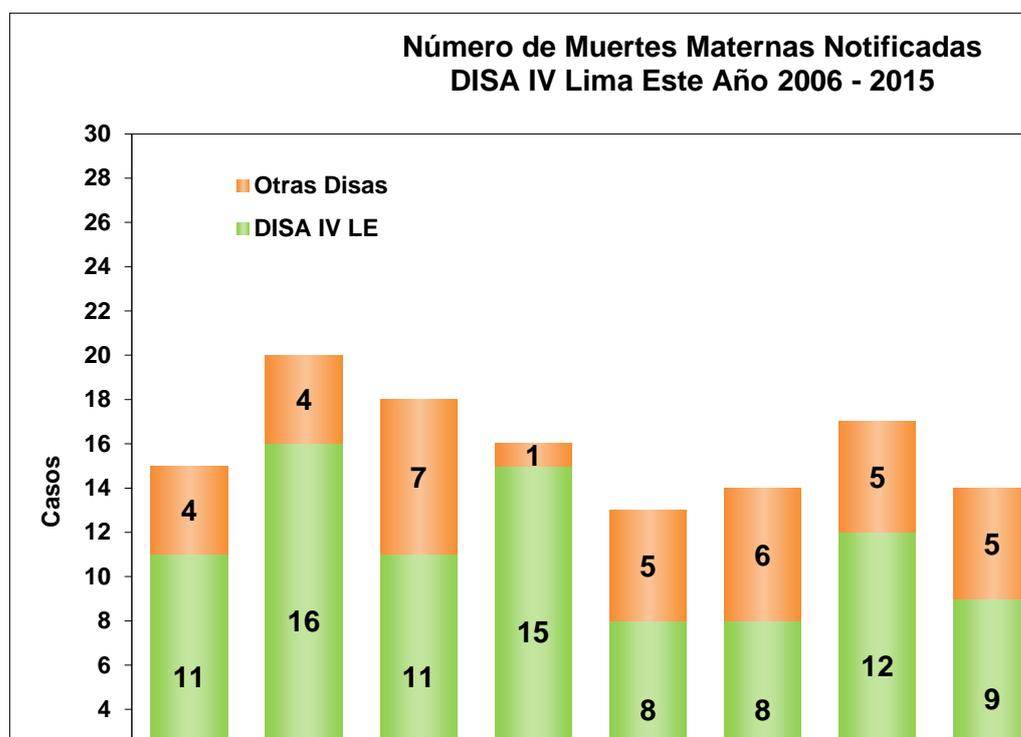
1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema:

En la DISA IV Lima Este se han producido entre los años del 2006 al 2013, según información de la ficha de investigación epidemiológica, un total de 128 muertes maternas (Ministerio de Salud, 2014). En el 2012, se presentaron 17 casos, en el 2013, 14 casos, en el

2014, 18 casos y en el 2015, se registraron 14 muertes maternas notificadas (notificación de muertes maternas), existiendo cifras fluctuantes en cada año y en los últimos 5 años (2010-2015), las cifras informan números de 12 casos como mínimo y 18 casos como máximo (Ministerio de Salud, 2015), no existe variación significativa y sostenible, a pesar de haberse incorporado estrategias, como: el Seguro integral de Salud (SIS), mejoramiento de infraestructura y guías de atención, aparentemente implementada. Cabe mencionar que existe información, a nivel nacional, con cifras que registran evidente mejora, lo que no se evidencia a nivel de esta institución, contribuyendo con el aumento de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna.

Gráfico N ° 03



Así mismo, la DISA IV Lima Este, en el 2013, tuvo una población de 2`622,306 habitantes, distribuidas en ocho distritos, con cifras muy similares en los dos últimos años. La composición por sexo, muestra que la proporción entre hombre y mujer es similar con 49%

(1'291,590 de hab.) y 51% (1'330,716 de hab). respectivamente (Ministerio de Salud, 2015). Del total de la población del 2015, la Red de Servicios de Salud Lima Este Metropolitana tiene el 58% (1'531,003 de hab.) y la Red San Juan de Lurigancho el 42% (1'091,303 de hab.). Por distrito, San Juan de Lurigancho concentra el 42% (1'091,303 de hab.) seguido del distrito de Ate con 24% (630,086 de hab.); ubicados como el primer y tercer distrito más poblado del país y concentran el 66 % (1'721,389) del total de la población de la DISA IV LE. Los menos poblados son: Cieneguilla y Chaclacayo con 43,428 y 47,080 habitantes respectivamente (Ministerio de Salud, 2015). Para el 2014 (últimos datos oficiales), existió 853,484 mujeres en edad fértil, con un número de gestantes estimadas de 56,389, con 18 muertes maternas notificadas, con 31,947 gestantes atendidas y 19369 gestantes controladas (con 6 o más controles), con 21,182 partos atendidos, observándose que el uso de servicios por parte de la población objetivo es menor a años anteriores .

Desde el 2006 al 2014 (8 años) se han registrado en las IPRESS de la jurisdicción de DISA IV Lima Este, un total de 146 muertes maternas, según el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, incluyen los casos notificados por DISA IV LE, como también los casos de procedencia de los distritos de la jurisdicción pero que fueron notificados por otras jurisdicciones y desde el 2010 para adelante se han evidenciado cifras absolutas que van en aumento, en lugar de evidenciar un descenso de las cifras, de manera semejante al nivel nacional. De los casos de muerte materna reportados 55% (80/146) se relacionan con Causas Directas y 42% (61/146) se relacionaban con causas Indirectas, asimismo, la mayor proporción de las muertes maternas se presentaron en puerperio (90 casos, 62% del total) y gestación (38 casos, 26% del total). También podemos mencionar, que del total de muertes maternas, tuvieron atención prenatal (87 casos, 60% del total) y de este subtotal con atención prenatal, observamos que con más de 6 controles prenatales fueron 34 casos, representando el 39% del total de fallecidas con atenciones prenatales).

El análisis de la situación de salud en estos años, establecieron que la no variación en el número de muertes maternas en la población de la DISA IV LE se puede deber, a las siguientes causas:

Atención prenatal incompleta y tardía

Atención prenatal fragmentada sin enfoque en atención integral.

Diagnostico tardío de la patología concomitante en la gestación.

Embarazo no deseado que acuden a maniobras abortivas de riesgo.

Débil articulación de la IPRESS con la comunidad y otros actores sociales.

Así mismo cabe mencionar, que a pesar del gran avance en la información, existe dificultades en la obtención de los datos de análisis de Muertes Maternas, ya sea por llenado de fichas de manera incompleta o porque la información es difícil de obtener, en los diferentes subsectores, los que se pasan a detallar para una mejor comprensión y detalle del problema:

1.- La primera fuente es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través de:

1.1.-La ficha de notificación inmediata de muerte materna (investigación y búsqueda de registros), realizado obligatoriamente por todos las IPRESS de todos los subsectores del sector Salud (Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional e IPRESSS privados), el cual es un formulario oficial y estandarizado para la notificación de muerte materna a nivel nacional, con clasificación de las muertes maternas de causas directas, indirectas e incidentales. Esta notificación inmediata de muertes maternas está a cargo de los establecimientos de salud donde se produjo el fallecimiento de la paciente y se informa a la Oficina de Epidemiología de las Direcciones Regionales de Salud y /o Direcciones de Salud a

nivel nacional y actualmente a Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en Lima, las cuales recogen información de todos los subsectores, esta última es la que informa en esta entidad de salud, para análisis de información de Muerte Materna.

1.2.- La ficha de investigación epidemiológica de muerte materna, que es el formulario oficial y estandarizado, de investigación epidemiológica de Muerte Materna.

2.- Una segunda forma de registro es a través del Sistema de Hechos Vitales (HV), que registra los certificados médicos de cada defunción ocurrida a nivel nacional, información que es recabada de cada una de las entidades de salud sin excepción, la que informa usando la clasificación CIE 10, pero lo hace de manera específica, indicando la causa de muerte básica, causa intermedia y causa final.

3.- Una tercera forma en base a Historias Clínicas, que son documentos médico-legales que surgen del contacto entre el profesional de la salud (médico, ginecólogo, obstetra, odontólogo, psicólogo, enfermero) y el paciente, donde se registra la información necesaria de los procedimientos y atenciones realizados a los y las pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de la atención recibida por el paciente de tipo asistencial, preventivo y social.

4.- Una cuarta forma es la realización de auditorías de Caso, en las que se evalúan las atenciones recibidas a las pacientes, en este caso catalogadas como muerte materna, después del cual se emite un informe producto de evidencias registradas en la: historia Clínica e instrumentos anexos y que permiten complementar las acciones a tomar, siendo esto último poco conocido y manejado por los analistas. Se conoce que los resultados a la fecha, se deben a múltiples factores que deben ser analizados en este estudio, todas las sumillas (problemas identificados), ameritan una investigación que indague sobre la cobertura y

calidad de atribución de causas, en base a criterios (normas, directivas, leyes y otros), lo que a la fecha se realiza con cierta dificultad.

Formulación Proposicional (síntesis de la situación problemática).

Se ha establecido que luego de varios años en que ha existido y se ha hecho uso de una serie de estrategias implementadas para la población objetivo: Gestantes de la jurisdicción de DISA IV LIMA ESTE, no se ha logrado mejorar las tasas de Mortalidad Materna, a pesar de que, se ha mejorado las condiciones de atención de las pacientes y sus productos (incluye factor económico), tampoco no se ha logrado mejoras significativas en las atenciones de control prenatal y parto institucional sobre todo en pacientes de riesgo.

Formulación Interrogativa:

(1).- Problema Central:

¿En qué medida los factores socioeconómicos, culturales y de servicios de salud están asociados con la Mortalidad Materna en la DISA IV Lima Este (DISA IV LE), durante el periodo 2012 – 2015?

(2).- Problemas Específicos:

¿En qué medida los factores socioeconómicos y culturales están asociados con la Mortalidad Materna en la DISA IV Lima Este, durante el periodo 2012 al 2015?

¿En qué medida el control Prenatal está asociado con la Mortalidad Materna en la DISA IV Lima Este, durante el periodo 2012 al 2015?

¿En qué medida los factores del servicio de salud están asociados con la Mortalidad Materna, en la DISA IV Lima Este, durante el periodo 2012 al 2015?

1.3.- Justificación

La DISA IV Lima Este ha considerado a la salud Materna y Perinatal como un problema sanitario prioritario, a fin de garantizar que se realice la atención de la gestante a través de un control prenatal, atención del parto y puerperio adecuado, con el propósito de contribuir a la reducción de las tasas de muerte materna y perinatal en el Perú (Ministerio de Salud, 2015).

Así mismo se estableció estrategias por parte del estado que ayudan o favorecer la atención a gestantes en los servicios de salud de todas las instituciones del país y por lo tanto en DISA IV Lima Este, por lo que surgió el Seguro Integral de Salud (SIS), creado a partir del 2002, institución que financia las prestaciones preventivas (control prenatal, exámenes auxiliares de la batería de exámenes en gestantes, entrega de sulfato ferroso y Ácido Fólico) y las recuperativas (atención de parto eutócico o cesárea, así como todas las atenciones recuperativas de todo tipo de patologías concomitantes y / o de aparición durante la gestación, parto o puerperio), que incluyen a las pacientes gestantes y sus productos, además de prestaciones no tarifadas, que comprenden los gastos de sepelio y traslado de pacientes, estrategia que permitiría disminuir las barreras sobre todo económicas, culturales y geográficas de las pacientes usuarias de estos servicios. Esta estrategia, así como todo lo que permite lograr los objetivos planteados en la presente investigación, deben originar un diagnóstico previo, con mejoras en los indicadores maternos y perinatales. A todo lo anterior, se agrega, que a pesar del avance en la información y las dificultades en la obtención de los datos para el análisis de Muertes Maternas, todavía existen problemas en el llenado de fichas inmediatas y de investigación epidemiológicas, así como en historias clínicas, dificultades que se presentaron y presentan en los diferentes subsectores, por lo cual se deben identificar nudos críticos y plantearse mejoras en ello.

Finalmente la pérdida de una madre es una tragedia que puede ser evitable evitable, que compromete una vida joven con planes a futuro, llenas aún de grandes esperanzas y objetivos de vida, es uno de los eventos considerados más traumáticas que se pueden sufrir, implica que por cada mujer catalogada como Muerte Materna, al momento de morir, su familia o su entorno sufre una serie de consecuencias, con repercusión en el resto de sus vidas, que incluye, la pérdida de una mujer joven por causas que en su gran mayoría pueden prevenirse, condenándose a la orfandad a niños pequeños hijos de la paciente y destruye una familia, es decir afecta seriamente el bienestar de la familia y puede afectar en forma adversa los derechos fundamentales, respetarlos tiene una consecuencia de mayor cumplimiento, al no cumplirlos o si, se cumplen parcialmente, por falta de la madre, se afecta la supervivencia y desarrollo de sus hijos, especialmente de los más pequeños. Cada muerte materna debilita la estructura social en general. Así mismo entre otras repercusiones se puede incluir el aumento en la morbilidad infantil, la separación o abandono de los niños que acudían al colegio, con retiro del sistema educativo sin obtener una constancia de término del colegio, la desintegración de la familia y el ingreso antes de tiempo de los hijos a trabajar para sostener la familia.

1.4 Alcance:

La DISA IV Lima Este, comprende 08 distritos de Lima Metropolitana, con poblaciones urbanas y urbano marginales, los distritos que la componen son: El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte, La Molina, Cieneguilla, Chaclacayo, Lurigancho – Chosica y San Juan de Lurigancho, a su vez está conformada por:

1.4.1.- IPRESS MINSA (Pública):

Con dos (02) redes de servicios de salud:

1.4.1.1 La Red Lima Este Metropolitana, constituida por nueve (09) Microrredes, con un total de 73 IPRESS y 9 microrredes: Microrred El Agustino, Microrred Santa Anita, Microrred Ate I, Microrred Ate II, Microrred Ate III. Microrred La Molina – Cieneguilla, Microrred Chaclacayo, Microrred Chosica I y Microrred Chosica II.

1.4.1.2 .-La Red San Juan de Lurigancho, constituida por cinco (05) Microrredes, que abarcan un total de 34 IPRESS y 5 microrredes: Microrred Piedra Liza, Microrred San Fernando, Microrred Canto Grande, Microrred Jaime Zubieta y Microrred Jose Carlos Mariategui.

Asimismo, se cuenta con:

02 Hospitales Referenciales tipo III-1: Hospital Nacional Hipólito Unanue y Hospital Nacional Especializado de Salud Mental Hermilio Valdizán.

02 Hospitales tipo II-2: Hospital Jose Agurto Tello de Chosica y Hospital San Juan de Lurigancho.

02 Hospitales Tipo II-1: El Hospital de Vitarte y Hospital Local de Huaycán.

1.4.3.- IPRESS ESSALUD:

1.4.3.1.-RED DESCONCENTRADA III REBAGLIATTI :

Hospital I Carlos Alcántara Butterfield

➤ RED DESCONCENTRADA III ALMENARA

Hospital II Vitarte

Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador.

Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral

Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho

Policlínico Chosica

Centro de Atención Primaria III Huaycán

Centro de Atención Primaria III El Agustino

➤ PRESS PRIVADAS:

Zárate

Clínica San Juan de Dios.

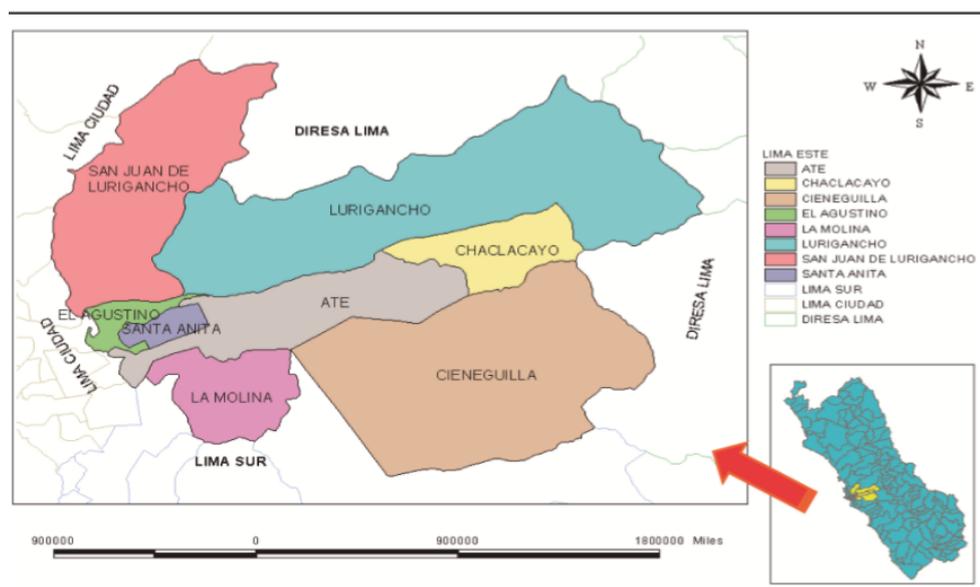
Clínica San Miguel Arcángel y otras.

Por lo tanto el alcance es a todos los establecimientos de Salud de la jurisdicción de la DISA IV LE (incluye diferentes subsectores: Pública, no Pública, Privada y Mixtas), así como a establecimientos pares de otras DISAS y /o DIRIS, a partir del 2017, en el caso del departamento de Lima o DIREAS a Nivel Nacional.

Grafico N ° 04

DISTRITOS QUE CONFORMABAN DISA IV LIMA ESTE –

2012- 2015



Fuente: software GIS- Arcview 3.2 -Elaborado por la Oficina de Epidemiología

1.5. Limitaciones:

La DISA IV Lima Este, por ser autoridad Sanitaria ha tenido más facilidades que limitaciones de parte de todos los subsectores que conforman dicha institución. De las limitaciones presentadas se pueden informar, lo siguiente:

1.- Las historias clínicas de los pacientes, en muchos casos no estaban en los archivos respectivos: archivo central, ni archivo especial, ni en el área de auditoría, lo que origina búsqueda del documento legal y por ende mayor tiempo en su ubicación.

2.- Existe dificultades en la coordinación en los diferentes niveles entre las áreas del departamento de Ginecología y Obstetricia, estrategias, epidemiología y calidad, en cuanto a información y sobre todo para el desarrollo, de análisis y cumplimiento de recomendaciones.

3.- Existen diferentes esquemas para realizar el análisis en los diferentes subsectores, que inicialmente dificultó el envío de algunas herramientas a utilizar, con énfasis en auditoría de caso e Historias Clínicas, a lo que se agrega, puntos de vista diferente de acuerdo a las diferentes gestiones.

4.- El llenado inadecuado de las atenciones, en las historias clínicas, Fichas epidemiológicas y otros documentos de las pacientes catalogadas como muerte materna, lo que dificultó obtener información, que ha tenido que verificarse en diversas fuentes de información..

1.6. Objetivos De la Investigación:

a).- Objetivo General:

Determinar los factores que están asociados con la mortalidad Materna en la Dirección de Salud IV Lima Este (DISA IV LE), durante el periodo 2012 al 2015.

b).- Objetivos Específicos:

Identificar los factores socioeconómicos y culturales, asociados a las pacientes gestantes catalogadas como Muerte Materna a nivel de la DISA IV LE, durante el periodo 2012 al 2015.

Determinar si el control prenatal de pacientes gestantes está asociada a Muerte Materna a nivel de la DISA IV LE, durante el periodo 2012 al 2015.

Determinar los factores del proceso de atención de pacientes asociados a Muerte Materna, a nivel de la DISA IV LE, durante el periodo 2012 al 2015.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍAS GENERALES Y BASES TEÓRICAS:

La Muerte materna: es definida como la muerte de una mujer, producida durante el embarazo, parto o puerperio, incluye los 42 días, después de su terminación del embarazo, que no se relacionan con el tiempo de embarazo, ni si es intra o extra uterino y que tuvo su origen o fue agravada con la gestación, parto o puerperio o por la conducción del caso, aquí no se incluye causa accidental o incidental (Karam Calderon, Bustamante Montes, Campuzano González, y Camarena Pliego, 2007).

Existen otros conceptos, como la muerte materna tardía, que es la defunción de la mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes del año de la terminación del embarazo.

A su vez las muertes maternas se pueden dividir en

-Muerte Materna Directa: que es aquella muerte que se produce como consecuencia de un trastorno o complicación, sufrida durante el embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultan de cualquiera de los sucesos mencionados.

Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

-Hemorragia Obstétrica: que incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa,

desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto que puede estar asociada con afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia, traumatismos obstétricos y hemorragia post parto.

-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 suspensión de la gestación con o sin eliminación 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. En este grupo se incluye el embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido, aborto espontáneo, aborto médico, intento fallido de aborto (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013) y

-Muerte Materna indirecta, que es aquella muerte que se produce asociada al embarazo, pero que no deriva de una causa obstétrica directa, sino que es consecuencia de una patología pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio, pero que se complica por los efectos fisiológicos propios del embarazo, estas muertes maternas indirectas, se pueden agrupar en (ejemplos de acuerdo a casos de muerte materna), presentados:

-Enfermedades Infecciosas. Ej. Tuberculosis pulmonar o de otro órgano (Morbilidad más frecuente en DISA IV Lima Este), neumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, malaria o paludismo, etc.

-Enfermedades Metabólicas y Endocrinas: Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo o hipotiroidismo, etc.

-Procesos Tumorales: Ej. Cáncer de algún órgano, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada y otros.

-Otras patologías: Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral. En las Muertes evidenciadas, las enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas, endocrinas, procesos tumorales y otras patologías: asociadas al embarazo en estas pacientes, representaban un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. En nuestro medio hay una asociación de Tuberculosis con VIH (Maguñá Guzmán y Miranda Monzón, 2013).

Así mismo, la presente investigación menciona a los factores asociados a la Mortalidad Materna: que son la agrupación de componentes Biológicos (estudio a los seres vivos, sobre todo sus orígenes, su evolución y sus propiedades), Sociales y Patológicos independientes o relacionados con las causas básicas, que de alguna manera colaboran, condicionan o impulsan a la presentación de la causa básica.

Existe una asociación negativa entre los factores socioeconómicos, educacional y el proceso reproductivo, los cuales pueden ser factibles de controlar, compensar o atenuar mediante un apropiado control preconcepcional del embarazo, parto y puerperio. En consecuencia tenemos en el periodo preconcepcional, los antecedentes obstétricos desfavorables en embarazos previos como abortos, partos prematuros, preeclampsia, eclampsia, cesáreas anteriores, intervalo Inter-genésico breve, menor de 2 años o mayor de 5

años y muertes fetales o neonatales; edad en menores de 18 años o mayores de 35 años y presentar una paridad mayor a 5 gestaciones, los que son considerados factores que refieren asociación con la mortalidad materna.

Durante el embarazo, las hemorragias del tercer trimestre y la enfermedad hipertensiva del embarazo representan los factores de riesgo más frecuentes e infecciones en el Puerperio (Quispe Chancolla, 2016).

➤ FACTORES RELACIONADOS A LA PERSONA

Las condiciones de riesgo se refieren a factores endógenos de la madre y producto de la gestación .tales como factores biológicos, costumbres y modo de vida de la madre y su familia, que determinan peligros del proceso natural del embarazo, entre los cuales destaca el requisito nutricional (anemia, desnutrición y obesidad), multiparidad, intervalo intergenésico corto, edades extremas, adolescencia, enfermedades subyacentes como diabetes, hipertensión, cardiopatías, tuberculosis, sida, hábito tabáquico, alcohólico y farmacodependencias (Quispe Chancolla, 2016).

➤ Edad materna.

En el embarazo, de pacientes que se tienen entre 15 y 19 años y en las mujeres adultas, mayor de 35 años son frecuentes las complicaciones que se pueden desarrollar por no estar el organismo preparado adecuadamente para un embarazo, a lo que se agrega otras condicionantes en la madre, que pudieran intervenir tales como muchos partos, inadecuados hábitos de vida como: fumar e ingerir alcohol y enfermedades concomitantes de larga data y que poseen una condición física pobre.

En el año 2015, el grupo de edad de mujeres entre 20 a 29 años, simboliza el 39 % de casos de Muerte Materna originados por causa directa/indirecta a nivel de todo el Perú, que

comparado al año anterior tuvo un ligero incremento; ya que este grupo de edad contaba con un 35 % de pacientes con esa edad el grupo de edad de 30 a 39 años simbolizo también el 39 % de casos de muerte materna que comparado al año anterior, evidenciando una ligera disminución, ya que este grupo, presento un 41% de pacientes con esa edad (Gil Cipirán, 2016).

El grupo de mujeres de 10-19 años de edad (adolescentes) representa el 12% del total, observándose un ligero descenso en comparación al año anterior (14%).

También se observó, que en los últimos siete años, el mayor número de casos de muertes maternas, se concentró en el grupo de edad de 30 - 39 años, que representa el 39.4% (Gil Cipirán, 2016).

- Paridad: La relación entre paridad y mortalidad materna tiene una elevada significancia, sobre todo cuando las mujeres tienen más de cinco hijos. Se debe establecer tener en cuenta el concepto de Multiparidad es decir la cantidad elevada de gestaciones, esta condición ha sido identificada como un factor de riesgo, debido a que a partir de la quinta gestación(otros actores mencionan a partir de la séptima), hacen su aparición distocias de contracción que originan la aparición de trabajos de parto prolongado y rupturas uterinas, hemorragias ante y postparto debido a la elevada frecuencia de inserciones anormales de la placenta e hipotonía post parto.

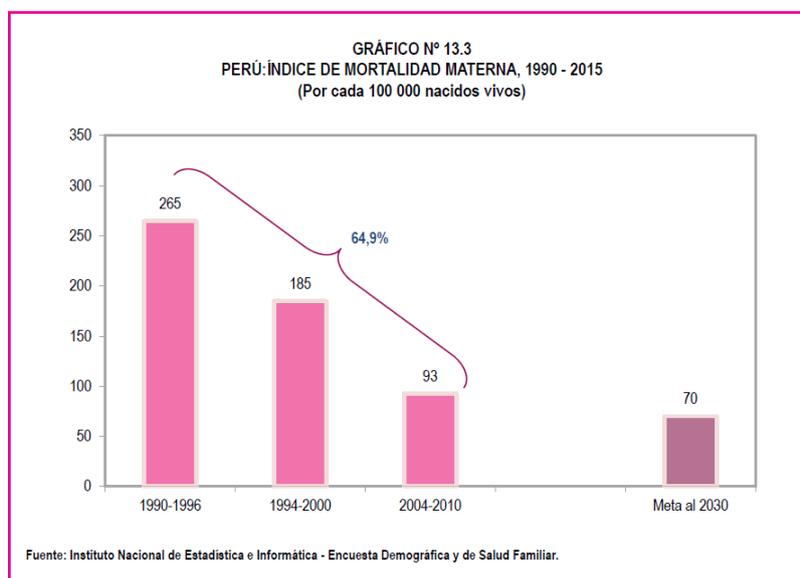
2.2 MARCO CONCEPTUAL:

Durante los últimos años, se ha progresado considerablemente en la comprensión y entendimiento del problema de la Mortalidad Materna y Perinatal. Sin embargo a pesar de la mayor conciencia que se debería tener por su mayor conocimiento y del compromiso que adquirimos como personal de Salud en cuanto a dicho problema, solo algunos países han elaborado planes que especifican una serie de pasos, que tienen como finalidad lograr objetivos que mejoran la salud de la madre y el producto, con estrategias de la magnitud suficiente como para producir un impacto significativo sobre los indicadores de mortalidad materna y perinatal. De las 500, 000 muertes maternas que ocurren cada año, la mayoría ocurren en países en las que la economía se encuentran en pleno desarrollo, economías consideradas en transición, como el caso de Perú. Estas son el resultado de las complicaciones del embarazo: tales como hemorragias, sepsis, problemas de hipertensión, partos obstruidos y abortos (Távora Orozco, 2013).

Las muertes o discapacidades relacionadas con el embarazo, no solo causan sufrimiento humano para el individuo, sino para las familias, sobre todo cuando la madre, es el principal y único sustento de la familia, dejando hijos sin apoyo, por lo tanto también hay un costo para el desarrollo socio -económico. Estas mujeres están en la plenitud de su vida y muchas de ellas son las responsables de la salud y del bienestar de sus familias. El embarazo no es una enfermedad, la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la maternidad, se pueden prevenir a través de intervenciones simples y de bajo costo.

PARA PERU: Según ENDES, la estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2030 (70 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos). Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

Grafico N ° 05



Para el caso de Perú y habiéndose adquirido compromisos en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), el cual se asocia a la salud materna, se planteó alcanzar para el año 2015, la Razón de Muerte Materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos.

La Razón de Muerte Materna (RMM) es formulada como el resultado al que se llega tras dividir un número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, se expresa por cien mil nacidos vivos. La RMM traduce la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social, en aspectos relacionados con la gestación, parto y puerperio (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013), incluye factores intrínsecos y extrínsecos de una mujer que pueden alterar de alguna manera el desarrollo normal de la madre y el niño por nacer (Carpio Ancaya, 2013).

La Tasa de Muerte Materna (TMM) para el mismo periodo de tiempo, se estima en 6.9 por cada cien mil mujeres en edad fértil (IC 95%: 6.3 – 7.5). En ENDES 2011, estimó para el periodo 2004- 2010, la TMM en 7.6 muertes maternas por cada cien mil mujeres en edad fértil con la misma dificultad que el valor estimado de la razón de muerte materna (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013).

Existen referencias que Perú está entre los 20 países del mundo, que ha evidenciado, más avance en la reducción de la Mortalidad Materna, de acuerdo a la presentación de los resultados de los indicadores de salud relacionados a este tema. Sin embargo, al realizar la evaluación y el análisis de la Información, que se difundió a través de la fuente oficial de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa) y de la Dirección de Salud IV Lima Este, a través de los informes epidemiológicos, se observa que aún se evidencia altas cifras de Mortalidad Materna en Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca. En Lima las cifras de muertes notificadas para el 2012, fueron mencionadas por vigilancia epidemiológica de la siguiente manera (de mayor a menor notificación): Lima Ciudad, Lima Sur y Lima Este (Carpio Ancaya, 2013).

En el año 2012, las principales causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, fueron principalmente la hemorragia en 40,2% y este a su vez está asociado con el Quintil I o el más pobre; la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) en 32% ocupa el segundo lugar; luego el aborto con 17,5% e infecciones relacionadas al embarazo en 4,1% y en el departamento de Lima, se evidencia que la principal causa de muerte, corresponde a los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, acumulando el 24.4% del total de muertes maternas y este está asociado con el Quintil menos pobre o V. Por esta causa ocurrieron 11.0 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. La tendencia de esta causa de muerte es descendente. En segundo lugar, se presentan las complicaciones no obstétricas, que acumula el 21.7% del total de muertes. En tercer lugar se tienen a las hemorragias obstétricas con el 15.6% del total de muertes maternas. Y según características de condición de muerte por causas directas u obstétricas se estima en 30.6 por cada cien mil nacidos vivos, oscilando con nivel de confianza del 95% entre 27.9 y 33.4 por cada cien mil nacidos vivos. Existe una tendencia al incremento de las muertes de tipo indirecta, de 10.6 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos en el periodo 2002-2006 a 17.1 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011 (Maguiña Guzmán y Miranda Monzón, 2013).

En el periodo 2002-2011, del total de muertes maternas, el 50.0% ocurrieron en el embarazo, 6.6% en el parto y 43.4 % en el puerperio. Si se divide en 2 periodos 2002-2006 y 2007 al 2011, se evidencia que la tendencia muestra que en este último periodo, hay un aumento , al pasar de 20.4% a 75.9%. Las muertes ocurridas en el parto y puerperio presentaron un descenso en sus valores, principalmente en el puerperio que disminuyó de 70.0% a 20.2% para el último periodo, agrupando las edades para establecer alguna relación con el riesgo de morir, evidenciamos que existe una tendencia al aumento en la proporción de

muerres maternas en la etapa de vida adulta de 45.1% a 47.7%, y en la etapa de vida adolescente de 3.1% a 7.2%.

Cabe mencionar que el profesor Fathalla en su artículo: "Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte", destaca factores que para él, son importantes para analizar las causas de mortalidad materna y que deben tenerse en cuenta:

1. El tratamiento médico de las complicaciones.
2. Falta de suministros esenciales y de personal adiestrado.
3. La falta de acceso a los servicios de maternidad.
4. La falta de cuidados prenatales.
5. Edad materna
6. Paridad
7. Embarazo no deseado
8. Factores socioeconómicos

De los 8 factores señalados, 3 de ellos: 1, 5 y 7 pueden considerarse como significativos de influencia en trabajos de mortalidad materna del país, aunque no se puede descartar de modo absoluto que algún caso esporádico tenga presente alguno de los factores antes señalados .

La auditoría de Caso: es aquella auditoria, que por la repercusión en la organización, su naturaleza legal en relación a reclamos, quejas y / o denuncias presentadas, en muchos casos por su dificultad requiere una conducción diferente que hace necesario la participación de

diferentes especialistas, comprendiendo muchas veces funciones operativo- administrativas de las IPRESS. Las observaciones son informadas de acuerdo a la sumilla (Titulo que utiliza el hecho observado), a su vez cada sumilla tiene una condición, un criterio (Norma de carácter legal o específico que regula el accionar de la entidad auditada), causa(s) y efecto(s). Luego se emite un informe de auditoría de caso, que es un documento que contiene los resultados de la auditoría realizada, mediante el cual se comunica los resultados de la auditoría realizada al Director de la IPRESS y este a su vez debe comunicar al personal de salud y a los responsables los hallazgos y tanto el Director médico y / o responsable de la institución, como los responsables del servicio, tienen la responsabilidad de levantar las observaciones, en plazos y tareas definidas (Ministerio de Salud, 2005).

2.3 ASPECTOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y MEDIO AMBIENTAL

- **FACTORES SOCIOECONOMICOS:** En esta agrupación, se puede considerar Edad y Paridad, temas planteados en párrafos anteriores. Además de religión (creencia), condiciones de vivienda y área de residencia

2.2.1 Nivel educativo: Muchos estudios avalan, que el uso de los servicios médicos, aumenta con el nivel de educación.

El 40.8 % de los casos notificados de pacientes catalogadas como muerte materna, tenían grado de instrucción secundaria, el 34.7% primaria y el 14.3% habían cursado estudios superiores, es decir el 89.8%de las pacientes fallecidas, tuvieron acceso a un nivel de educación Por otro lado, se hace referencia que solo un 7 % no tuvo acceso a un nivel de instrucción, lo que representaría mayor vulnerabilidad y riesgo en este grupo (Gil Cipirán, 2016).

En cuanto al nivel de educación en mujeres, el 62,0% tenía educación superior y controlaron su embarazo con un profesional de la salud: médico, cifra mayor a la registrada en aquellas con educación del nivel primario (17,7%) y sin ningún contacto con educación en un 10,6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

2.2.2. Estado civil.- La importancia del estado civil como factor que influye en la estructura del hogar y la familia, es primordial y ha sido documentada ampliamente por estudiosos en el tema.

El Boletín epidemiológico, consigna que el 67 % de los casos notificados tuvo como estado civil conviviente: el 15.3 % era casada, es decir la mayoría tenía pareja sea conviviente o casada, es decir existía un apoyo para el desarrollo de su gestación. El 15.6 % de mujeres fallecidas no tenían pareja estable (condición en este grupo de soltera, viuda o separada), lo que las colocaba en situación vulnerable tanto económica como socialmente (Gil Cipirán, 2016).

2.2.3.- Nivel adquisitivo y nivel de pobreza.-

Con relación al poder adquisitivo, característica de la distribución del ingreso de la población peruana, entre el quintil superior y el quintil inferior de riqueza para la atención médica va de 76,1% a 13,9% en el año 2016. En la ocurrencia de la atención por el profesional: obstetra, se altera el patrón entre esos dos quintiles, siendo los porcentajes de atendidas entre el quintil inferior y el superior de 64,7% frente a 23,6% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

➤ FACTORES RELACIONADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD:

- Accesibilidad de los Servicios de Salud que involucra:

Accesibilidad Geográfica.- es importante conocer el grado en el que todas las personas pueden visitar un lugar o acceder un servicio, independientemente de su disposición técnica, de conocimiento o físicas en relación a tiempo que dista de su domicilio, al establecimiento de salud más cercano. En el departamento de Lima este aspecto, no es de mayor preocupación e implicancia, por tener poca distancia entre IPRESS (Públicas MINSA, NO MINSA y Privada), además de contar con medios de transporte dificultoso por requerimientos especiales de transporte para pacientes delicados).

- Accesibilidad Económica.- Es la disponibilidad económica para asegurar que los gastos de la atención de salud, estén cubiertos.

Según la encuesta demográfica y salud familiar 2016, informa lo siguiente:

El 21,5% de mujeres del quintil inferior de riqueza optaron por un cuidado postnatal realizado por el profesional de Salud: médico, comparado con el 44,9% entre mujeres del quintil superior. De manera semejante, 26,7% de mujeres que no contaban con un nivel de instrucción, consiguieron atención por profesional médico para su primer control postnatal en contraste con el 40,3% de aquellas que cuentan con un nivel de instrucción superior.

Se enfrenta la accesibilidad económica, con la implementación del seguro integral de salud (SIS), dirigida sobre todo a las poblaciones vulnerables y de condiciones económicas mínimas. El SIS es un organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud de Lima Perú, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando la afiliación de aquella población más vulnerable y que se encuentra en situación

de pobreza o pobreza extrema .Este incremento del acceso a los servicios de salud, se debe a las políticas de aseguramiento en salud del estado.

- **Accesibilidad Cultural.-** Es el conocimiento que tiene los pobladores sobre las atenciones y /o prestaciones de salud, que se brinda a las gestantes y recién nacido en una IPRESS.
- **Control Prenatal:** es el grupo de actividades, acciones y procedimientos sistematizados y regulares durante la gestación, orientado a las medidas que se toman, de forma anticipada para evitar que suceda algo, identificando diagnósticos y brindando tratamientos de los componentes que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal (Pérez y Donoso, 1992).

Mediante el cuidado prenatal, podemos monitorear la evolución del embarazo, organizando y preparando a la madre para el parto y la atención de su hijo, sobre todo en las primeras etapas del niño: Recién Nacido. El Cuidado prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa, que el porcentaje de realización de esta actividad debe ser máxima (es decir dicha actividad debe estar sobre el 90% de ejecución) y que el equipo de salud (multidisciplinario) entienda la importancia de su labor en cumplir lo programado en el paquete de atención prenatal de acuerdo al trimestre de gestación. Con la infraestructura señalada (indicador uno de funciones obstétricas neonatales de acuerdo a nivel), podemos perfectamente lograr el cumplimiento de los objetivos generales del cuidado prenatal que son: Identificar factores de riesgo, Diagnosticar la edad gestacional, diagnosticar la condición fetal y condición materna y de acuerdo a los hallazgos establecer medidas correctivas y / o preventivas de educación a la madre y a las personas cercanas a ella (Pérez y Donoso, 1992).

Según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar, el 97,6% de las gestantes tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), lo que constituyó un incremento sobre el 96,0%, valor referido en ENDES 2012. La atención prenatal por el profesional obstetra presenta una tendencia a disminuir, de 60,3% en el año 2012 a 55,5% en el año 2016. Las cualidades que permiten que se distinga la atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales en la que se encuentran cada gestante. Así, el 24,3% de menores de 20 años de edad se atendieron con un profesional de la salud: médico, en contraposición con el 45,0% de las mujeres de edades entre 35 a 49 años de edad. El 66,3% de mujeres menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetra (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

El 88,9% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años, anteriores a la encuesta de demográfica y salud familiar 2016, recibieron seis y más atenciones prenatales, con cifras mayores a lo reportado en el 2012 (84,5%) y las coberturas del número de atenciones prenatales, en el área urbana alcanzó el 90,5% y es mayor que en el área rural, donde se informan cifras de 84,3%. Es importante que la primera atención del paquete de atenciones prenatales, se realice lo más temprano posible, eso permitirá detectar situaciones, que podrían llevar a mayor riesgo y / o complicaciones en el embarazo, durante periodos posteriores del embarazo, en el parto y en el puerperio. El 80,3% de las gestantes tuvieron su primera atención en los primeros tres meses del embarazo. Del total de los últimos nacimientos cuyas madres recibieron control postnatal, el 34,0% de ellos fueron atendidos por profesional médico, seguido por obstetra y luego por enfermera (30,1% y 29,5%, respectivamente); al revisar todo el conjunto, se tiene un total de 93,6% de mujeres atendidas por un personal de salud calificado y competente. Es importante resaltar, la baja participación de la comadrona/partera u otro trabajador de salud por encontrarse en el Departamento de Lima,

donde estos actores cobran menor participación (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

Preparación para el parto: La atención integral que debe brindarse a las pacientes gestantes en el control prenatal, debe incluir un programa de preparación para el momento del parto, donde se informa a la paciente, cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, en algunos de los casos con particularidades como parto sin dolor, ejercicios de relajación, pujo y tipos de parto.

El principal producto es la elaboración del plan de parto, para la atención institucional, con adecuación cultural, en sus tres fases.

Exámenes o batería de laboratorio de la gestante: Los exámenes de laboratorio que se solicitaron a las embarazadas, en la primera visita, son: Grupo sanguíneo y Factor RH, Examen completo de Orina y urocultivo, pruebas rápidas de VDRL, HIV y Elisa, Hemoglobina, Hematocrito, Glicemia y ecografía obstétrica (antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional y en pacientes mayores de 35 años de edad, solicitar evaluación del pliegue nucal, entre la semana 10 y 14).

Realizar Tamizaje de proteína (albumina en orina, con tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico)

Todos los exámenes se deben actualizar a partir de las 33 semanas.

Periodicidad del control prenatal: el intervalo en el que se debe realizar los controles prenatales, está definido por elementos de riesgos u otros elementos identificados, en la valoración de la gestación en estudio y serán necesarios tantos controles como la patología y / o factor de riesgo detectada lo necesite, con la finalidad de disminuir o minimizar e incluso anular las complicaciones que pueda presentar el cuadro de la gestante y en el producto

evaluado.

En embarazos sin factores de riesgo, la periodicidad de los controles prenatales deben organizarse, en función a la magnitud de la población gestante y los profesionales de la salud destinados para esta actividad (médicos, especialistas: ginecólogos y anestesiólogos, obstetras, profesionales de la salud que intervienen de acuerdo al nivel de complejidad y Pediatras). Los controles prenatales se ejecutan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (es decir a partir de las 28 semanas de gestación), los controles deben realizarse con más frecuencia cada 15 días hasta tener una diferencia de una semana, desde las 36 semanas hasta el término (40 y de manera excepcional 42 semanas de la gestación). El motivo de seguir este trazado, es que a partir de la semana 28 de la gestación, existe la posibilidad de reconocer patologías, de gran repercusión en el feto viable, tales como: retardo del crecimiento Intrauterino y / o Fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.) y patologías asociadas a la gestación, que con frecuencia se evidencian en consultorios, tales como: hipertensión, anemia, diabetes gestacional, etc., trabajo con esfuerzo físico importante, Trabajo con estrés importante y estilos de vida nocivos: ingesta de tabaco, alcohol, y sustancias narcóticas, etc.

En los países que tienen economías que se encuentran en pleno desarrollo, las primeras causas disminuyen de manera significativa, debido sobre todo a los cuidados con la paciente antes, durante y después del parto (control prenatal) y al conjunto de procedimientos específicos establecidos para la atención de la usuaria.

Así mismo se brinda educación a la mujer gestante, familia y comunidad, sobre cuidados durante la gestación, parto y puerperio e identificación de signos de alarma

- Atención del parto.- Grupo de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos, en buenas condiciones. Uno de sus objetivos es detectar desviaciones del progreso del trabajo de parto normal; identificar signos de alarma durante el trabajo de parto, resolver en forma adecuada la patología detectada o referir oportunamente a la IPRESS de mayor capacidad resolutive. En todo parto se debe realizar el manejo activo del alumbramiento, reduce la pérdida de sangre en el puerperio inmediato (Quispe Chancolla, 2016).

INEI (2016) en el ENDES afirma:

La proporción de partos atendidos en IPRESS por personal de salud competente fue 91,9%, mayor en 5,9 puntos en porcentaje respecto a lo informado en el año 2012 (86,0%). Según la particularidad seleccionada, la cobertura de partos institucionales fue superior en las mujeres que tuvieron cuatro o más visitas de control prenatal que en aquellas que no tuvieron ninguna visita (92,9% frente a 40,6 %). (p.243)

El nacimiento de niños productos de cesáreas, que se estima se localiza en valores entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos, como desenlace a las dificultades del embarazo y parto, continúa incrementándose en el Perú. Así mismo, se elevó de 25,3% a 31,6% entre los años 2012 al 2016. Al disgregar la cifra por peculiaridades de la madre, se revelan importantes contrastes. Se evidenció que los mayores porcentajes de cesáreas, identificaron a mujeres que se encuentran en el quintil superior (59,0%) o con educación superior (49,9%). En cambio, las mujeres que no contaban con educación y aquellas que se encuentran ubicadas en el quintil inferior de riqueza muestran los menores niveles (10,9% y 9,9%, respectivamente).

- Atención del puerperio.- El puerperio es la etapa, comprendida entre la expulsión de la placenta hasta los 42 días. El puerperio puede ser:

a. Inmediato, considera la etapa que abarca las primeras 24 horas, tener en cuenta un cuidado estricto, en las dos primeras horas por ser el periodo de mayor probabilidad de presentar hemorragia post parto, que es una de las primeras causas de muerte materna en el Perú.

b. Mediato, considera la etapa que abarca desde las primeras 24 horas hasta los primeros 7 días. En este periodo se tendrá en cuenta la probabilidad de infección puerperal.

c. Tardío, considera la etapa que abarca desde el 8° día hasta la 6ta. Semana (42 días). En las primeras dos horas existe mayor peligro de atonía uterina. Si existen otras enfermedades obstétricas, el seguimiento y evaluación de la paciente debe hacerse durante las siguientes 24 horas, extendiéndose según la complejidad del cuadro. El control de la presión arterial y pulso materno, debe ser cada 15 minutos hasta completar dos horas después del alumbramiento y luego cada 6 horas las primeras 24 horas. Se pone bastante énfasis, en detectar precozmente signos de anemia por hemorragia: palidez.

Según ENDES, el 78,1% de mujeres acudió a su primer control postnatal en las primeras cuatro horas posterior al parto, lo que fue una condición provechosa para la paciente. Así mismo, la proporción de gestantes que acudieron a su control postnatal entre las 4 y 23 horas postparto, fue de 95,7%, es decir esta proporción tuvo su control postnatal antes de 48 horas después del parto. Además, señala que los porcentajes difieren por peculiaridades de las mujeres. Así, el 71,5% de mujeres con seis o más nacimientos, tuvieron evaluación antes de las cuatro horas postparto. Entre las gestantes que no atendieron su parto en una IPRESS, el 27,0%, no le brindaron atención postnatal. Sin embargo, esta situación establece una condición riesgosa, teniendo en cuenta que existe un alto porcentaje de las muertes maternas que suceden en el puerperio, evidenciándose este fenómeno desde el 2012 (24,1%). No obstante, es mayor entre las mujeres con seis controles o posterior nacimiento (37,4%), en las

que tienen menos de 20 años (38,4%), en aquellas que se encuentran en el quintil inferior (33,0%) y en las que no tienen ningún nivel de instrucción (45,1%). De la cifra absoluta de nacimientos, a cuyas madres se le brindó control postnatal, el 34,0% de ellos recibieron atención por profesionales de la salud médico, seguido por obstetra y enfermera (30,1% y 29,5%, respectivamente); en total, se evidenció un 93,6% de mujeres que fueron atendidas por un personal competente para dicha actividad. El 21,5% de mujeres que pertenecían al quintil inferior de riqueza fueron atendidas en el periodo postnatal por médico, comparado con el 44,9% entre mujeres que estaban clasificadas dentro del quintil superior (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

Edad gestacional: tiene una importancia significativa, sirve para establecer condición de paciente y tomar las previsiones del caso: Las variables clínicas que se necesitan para establecer el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea (sin menstruación), a partir del primer día de la última menstruación y la dimensión uterina. Para que la edad gestacional sea de utilidad práctica, el control prenatal debe ser realizada tan pronto se conozca el embarazo, para impedir que la embarazada, olvide datos de importancia y porque la relación volumen uterino/edad gestacional sea adecuada, toda vez que el examen obstétrico y pélvico, se realice antes del quinto mes de gestación.

El procedimiento Ideal, es contar con ultrasonografía, que permite realizar el procedimiento para identificar la edad gestacional que tiene la gestante, considerando que su eficacia diagnóstica es mayor si se realiza antes del quinto mes (falla de 7 días) y mucho menor a partir del sexto mes (falla de 21 días).

Es necesario identificar la edad gestacional a más tardar en el segundo control prenatal, debido a que todas las actividades del control prenatal, se realizan en función a dicha edad. Si no se conoce, la edad gestacional, establece por sí misma un factor de riesgo. El nivel del

riesgo, está en relación a los casos nuevos y antiguos de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica a evaluarse (Pérez y Donoso, 1992).

Igual importancia, es **Determinar la condición materna**, la identificación de la condición materna, se realiza con una adecuada historia clínica, se inicia con una anamnesis personal y familiar, se debe investigar la presencia de patologías que puedan influir en la gestación. Un aspecto importante es identificar antecedentes obstétricos previos, antecedentes del recién nacido de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, antecedentes de patologías o condiciones especiales de la madre, etc. Es de suma importancia, información del nivel educativo de la madre, actividad en el centro trabajo (esfuerzo físico, contactos con sustancias tóxicas, radiaciones o material biológico u otros), la finalidad es mejorar condiciones laborales y de salud y/o suspender su actividad, disminuyendo probables complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Se practicará un examen físico general y regional, con fines de identificar enfermedades asintomáticas y luego derivar o referir al especialista correspondiente. El examen físico incluye un examen ginecológico, en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou). En cada control prenatal, se realizara la evaluación nutricional, según índice peso/talla, control de la presión arterial, albuminuria, signos de alarma y evaluación física según síntomas y signos maternos (Pérez y Donoso, 1992).

Una vez iniciado la consulta prenatal es imprescindible identificar el nivel de **Educación Materna, ya que este dato juega un papel importante** para lograr los mayores beneficios del control prenatal, de la gestación actual y desarrollo posterior e inclusive podríamos ser ambiciosos en el sentido de entablar un adecuado enlace para las próximas gestaciones. Así

mismo, si existe una gestante bien educada sirve como par de otras embarazadas y elemento motivador, para gestantes que están sin control prenatal o en control prenatal considerado como deficiente. El primer control prenatal es fundamental para capacitar a la gestante, acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado-Constituyen temas obligados y de importancia, los siguientes:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos de la paciente.
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Signos y síntomas de alarma: La gestante debe estar preparada para identificar y diferenciar los trastornos propios de la gestación de aquellas que forman parte de una emergencia obstétrica; de manera que, pueda asistir oportunamente al servicio de salud para que se le brinde atención por su gestación, parto y/o puerperio. Toda gestante debe conocer la localización exacta de la IPRESS a asistir como sus alternativas, y conocerlo antes de que se presente una emergencia o empiece el trabajo de parto. Esto debe ser conocido por la pareja, el grupo familiar y los vecinos sino cuenta con familiares cercanos.

La gestante debe estar capacitada para identificar el flujo genital hemático tanto en la primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto al cumplir las 40 semanas y saber que en muchos casos, a pesar del tiempo, no se ha producido el parto. De ahí que se le debe informar que existe un intervalo normal para desarrollo del parto, entre las 39 y 42 semanas de gestación.

La paciente debe estar enterada, que los movimientos fetales serán reconocidas por la madre, aproximadamente al quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud de su bebe.

Debe estar capacitada para identificar el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar falsos trabajo de parto y especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Así mismo debe conocer la existencia de patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, etc., su tratamiento, condiciones de desarrollo e influencia en la gestación actual (Pérez y Donoso, 1992).

Con respecto al tema de evaluación de la Mortalidad Materna: se debe tener en cuenta la:

Razón de Mortalidad Materna: es la cantidad anual de mujeres fallecidas relacionadas al embarazo y parto por 100.000 niños nacidos por lo menos con 24 horas de vida (n.v). Ocasionalmente se puede usar 1.000 o 10.000 n.v.

Tasa de Mortalidad Materna: que es la cantidad anual de mujeres fallecidas relacionadas al embarazo y parto por 100,000 mujeres en edad fértil que comprenden a mujeres entre 10 a 49 años de edad .

La razón de Mortalidad Materna (cuyo denominador es el número de nacidos vivos) es la medida más usada para evaluar Muerte Materna. Evalúa la vulnerabilidad ante un posible perjuicio o daño (riesgo obstétrico) para la mujer que queda embarazada. La Tasa de

mortalidad materna (cuyo denominador es el número de mujeres en edad reproductiva), mide la posibilidad de morir e incluye tanto la posibilidad de quedar embarazada (fecundidad), como de morir durante el embarazo o en la etapa posterior: el puerperio.

Si el objetivo es determinar el avance de los servicios de salud reproductiva, la tasa de Mortalidad Materna es un buen indicador porque añade el avance en el uso de planificación familiar (fecundidad, espaciamiento, edad al momento del embarazo, etc.) y el avance en los servicios que controlan el embarazo (acceso y calidad de la atención).

Si el objetivo es medir el avance en los servicios que controlan el embarazo, la razón de Mortalidad Materna es una buena medida o quizás la mejor. Es importante conocer, que tanto la tasa como la razón, evalúan todos los procesos necesarios para brindar una atención de calidad con un parto seguro y por ende con seguridad en la atención de la madre y el niño. Esto incluye la competencia, formación y entrenamiento del responsable de la atención del parto, la capacidad de referir de manera oportuna, cuando surgen complicaciones, la disponibilidad del transporte para una transferencia segura y oportuna, el conocimiento y la aptitud de las familias y la comunidad para identificar y apoyar en el traslado de la paciente a una IPRESS para apoyo y/o atención a la gestante, contando con el personal de salud y recursos materiales, disponibles en el lugar de referencia. Por lo tanto, debe reconocerse que una mejora en un solo aspecto en algunos de los pasos del proceso, no conduce necesariamente, a un cambio en la razón/tasa.

Los dos indicadores se calculan de la siguiente manera:

La razón de mortalidad materna (Razón MM) se calcula como:

= todas las muertes maternas ocurridas en un año x K

Número de nacidos vivos ocurridos ese año.

La tasa de mortalidad materna (Tasa MM) se calcula como:

= todas las muertes maternas ocurridas en un año x K

Número de mujeres en edad reproductiva

Requisitos de datos: El numerador es el número de muertes maternas ocurridas en un período de tiempo definido (en este caso en un año).

El denominador es el número de nacidos vivos o el número de mujeres en edad reproductiva, en el mismo período, según sea el indicador para RMM el primero y TMM para el segundo . Esto puede estimarse del tamaño conocido y la composición de la población y de la tasa bruta de natalidad conocida.

Fuentes de datos: normalmente se necesitan varias fuentes para asegurarse de que el numerador está completo. En este caso, se utilizan: estadísticas vitales, registros de defunciones de Hospitales, registros de la morgue, registros de cementerios, reportes de periódicos, encuestas casa por casa, informantes clave y líderes comunales.

El denominador se deriva de las estadísticas vitales y los censos de población.

CAPITULO III

METODO

3.1.- TIPO DE INVESTIGACION

Según el tipo de ocurrencia: retrospectivo.

➤ **-Diseño de la investigación**

Según periodo y secuencia de la investigación: longitudinal.

Según el análisis y alcance de sus resultados: estudio descriptivo.

Corresponde a un Estudio Sin Intervención: Diseño de un Estudio Descriptivo - Analítico.

3.2. POBLACION Y MUESTRA

3.2.1 Población de Estudio: Se incluyeron en el estudio, todos los casos de muerte materna (directa e indirecta) de la Jurisdicción de DISA IV Lima Este, de los años 2012 al 2015. Con base a la información obtenida de las historias clínicas, fichas de notificación inmediata, fichas de investigación de muerte materna e informe de auditorías de caso.

Las IPRESS de la Jurisdicción de la DISA IV Lima Este, están ubicadas en los distritos de San Juan de Lurigancho, Santa Anita, La Molina, Cieneguilla, Ate, El Agustino, Chaclacayo y Lurigancho – Chosica, con énfasis en las IPRESS donde se atendieron las pacientes catalogadas posteriormente como muerte materna .

3.2.2 Muestra:

3.2.2.1 Tamaño de la muestra: el trabajo de investigación se realizó al 100 % (universo), es decir 63 pacientes catalogadas como Muerte Materna

3.2.2.2 Se tomaron en cuenta como:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: la Definición de Caso de la Organización mundial de la Salud (OMS): Defunciones de mujeres en edad fértil (10-49 años) por causa relacionada o agravada por embarazo, parto o puerperio (hasta 42 días posparto), independientemente de su duración (pero no por causas accidentales o incidentales) o sitio del embarazo, por cualquier causa asociada y que puede empeorar por el curso del embarazo, tratamiento o conducción del mismo.

Para efectos de la vigilancia epidemiológica se clasifican operativamente como Muerte Materna Directa aquella muerte materna debida a complicaciones del embarazo, el parto o puerperio tales como: preeclampsia, hemorragia e infección, distocias de trabajo de parto y aborto .

Muerte Materna Indirecta: aquella ocasionada por afecciones medicas agravadas por el embarazo, parto y puerperio y que incluyen otras patologías: Cardiopatías, hipertensión, diabetes, nefropatías y otros.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Todas las muertes maternas que entran en la definición de muerte materna incidental o accidentales y en aquellos expedientes incompletos, es decir, pacientes que provenían de otra jurisdicción y que solo fueron transferidos en último momento de la atención (esto último para casos de auditoria por no cumplir primer requisito para su elaboración).

3.3 HIPÓTESIS:

a).- HIPOTESIS CENTRAL:

Los factores socioeconómicos, culturales y de servicios de salud están asociadas a la Mortalidad Materna en la DISA IV Lima Este, durante el 2012 al 2015.

b).-HIPÓTESIS DERIVADAS:

Los factores socioeconómicos y culturales están asociados a la mortalidad materna en la DISA IV Lima Este, durante los años 2012 al 2015.

La atención prenatal está asociada a la mortalidad materna en la DISA IV Lima Este, durante los años 2012 al 2015.

Los factores relacionados a los servicios de salud están asociados a la mortalidad materna en la DISA IV Lima Este, durante los años 2012 al 2015.

3.4 VARIABLES:

Cuadro N° 01

Operacionalización de Variables

Apellidos y Nombre de la paciente: Abierta.

Numero de Historia Clínica: Abierta en números.

Distrito de procedencia: Abierta

Variable	Objetivos Específicos	Indicadores	Sub-indicadores	Item
Variable Dependiente		Clasificación de muerte materna.	Directa, indirecta, se desconoce	1
Variable Independiente	Factores socioeconómicos y culturales asociados a Muerte Materna	Razón de muerte materna por año.	Abierta en numero	2
		Clasificación Genérica de Muerte Materna	Hipertensión, hemorragia, infección, otro especificar.	3
		Antecedente Patológicos	Hipertensión, Diabetes, TBC VIH, ITS, ITU, Anemia Cardiopatías, Ninguno y otros	4
		Edad de la Madre.	Abierta en Números.	5
		Nivel de instrucción de la madre	Analfabeta, Primaria completa, Primaria incompleta, Sec. completa, Sec. Incompleta, Sup. completa, Sup. incompleta, se ignora.	6
		Estado civil de la madre.	Soltera, conviviente, casada, viuda y Divorciada,	7
		Tipo de financiamiento	SIS, ESSALUD, PNP. FF.A.A., Privado, Ninguno, Sin Determinar.	8
		Momento de fallecimiento	Gestación (semanas de gestación-abierto), parto, puerperio, se desconoce.	9
		Numero de gestaciones que la madre presento previamente	0.1 a 3, 4 a 6, 7 a 9, más de 10 se desconoce.	10

Variable	Objetivos Específicos	Indicadores	Sub-indicadores	Item
Variable Independiente	Control Prenatal De pacientes gestantes	Realizo control prenatal	Si, No, se desconoce	11
		Número de controles prenatales	0.1 a 3, 4 a 6, 7 a 9, más de 10 se desconoce.	12
		IPRESS donde se realiza sus controles prenatales	Hospital Regional, Hospital local, Centro Materno Infantil, Centro o Puesto de salud no se realizó, se desconoce, Privado .	13
		En que trimestre de su gestación, inicia su primer control prenatal.	Primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, ninguno,se desconoce.	14
		Que se identificó en el control prenatal.	Signos de alarma, complicaciones del embarazo, exámenes auxiliares requeridos, se identificó patologías, se evaluó: peso, edemas, y P.A. no se identificó ninguna alteración, ninguna anterior, se desconoce.	15

		Tipo de complicaciones que existieron.	Infecciones, Hemorragia, Anemia, Hipertensión inducida por el embarazo, Otras especifique, no existió complicacione, N.A., se desconoce.	16
		Enfermedades maternas (concomitantes) y del embarazo.	Hipertension crónica, TBC, Diabetes, Incompatibilidad del factor RH, cardiopatías, embarazo múltiple, Hemorragia del tercer trimestre, Presentación Distocica, Otras..., No hubo otras enfermedades concomitantes, se desconoce, N.A.	17
Variable	Objetivos Específicos	Indicadores	Sub-indicadores	Item
Variable Independiente	Factores del proceso de Atención	La paciente fue referida	Si,No,Se desconoce, N-A-	18
		Motivo de la referencia	Atencion del parto, control de Patología concomitante, complicaciones que no permiten manejo en el nivel inicial, No contar con los requisitos para la	19

			atención, paciente estable, atención de cesárea, N.A, se desconoce.	
		Lugar que refiere a la paciente	Hospital Regional, Hospital local, Centro Materno Infantil, Centro y/o Puesto de salud., Otro : :especifique, N.A. .	20
		Tipo de Parto	Vaginal o Eutocico,Cesarea,Otro: Especificar, se desconoce .	21
		Lugar de Atención del Parto	Hosp-Regional, Hosp- local, Centro Materno Infantil, Domicilio, Otro especificar, se desconoce , (III-E), Clinica Hogar de la madre, Clinica San Juan de Dios, Clinica Reyna de los Angeles.	22
		Persona que atendió el parto.	Especialista,med.General.,Obstetra, técnico de enfermería, residente, interno, otros (paciente y familiares cercanos), se desconoce, no aplica.	23
		Complicaciones al momento del parto.	Preeclampsia y eclampsia,hemorragia , perdida de conciencia,infecciones, se	24

			dsconoce,no hubo complicaciones, Otro: especificar.	
		Control del puerperio.	De inmediato, cada 15 minutos,hasta las dos horas,cada dos horas , no se controlo,se desconoce,no aplica.	25
		IPRESS donde se controlo el puerperio.	Hospital Regional, Hospital local, Centro Materno Infantil, Otro especificar, se desconoce, N.A..	26
		Persona que controlo puerperio.	Especialista, méd. General, Obstetra, téc. de enfer., residente, interno, N.A. se desconoce y otros	27

Variable	Objetivos Específicos	Indicadores	Sub-indicadores	Item
	Factores del proceso de Atención	Complicaciones que existieron al momento del parto.	Preeclampsia y eclampsia, hemorragia, Endometritis.Retención de restos placentarios, Atonia Uterina,	28

Variable Independiente			Sepsis,ninguno.otros : especifique, se desconoce.	
		Nacimiento del producto.	Vivo, muerto, se ignora, N.A,	29
		Apgar del producto a los 5 minutos,	0-2,3-6,7-10,se desconoce, N.A.	30
		Se realizo Auditoria,	Si o No	31
		UPSS que implica la ultima atención a la paciente origen de la auditoria -	Consulta externa,Sala de Partos,Centro Quirurgico,Hospitalización, Emergencia,UTI, Otro;Especificar ,no se realizo auditoria.	32
		La primera sumilla registrada en la auditoria de caso	No registro de manejo de paciente,omisión de registro,manejo inadecuado de las pacientes, Procedimiento inadecuado de las referencias, historias	33

			clínicas sin formato SIS, no registro en historias clínicas , incumplimiento de guías e atención , otro .	
		Criterio que sustenta ,la primera sumilla informada en la auditoria de caso.	Guías de atención de emergencias Obstétricas, Norma técnica de H.CL: de E.S. públicos y privado, Norma técnica N° 18-MINSA/DGSP –V.01 DE Sistema de referencia y contrareferencia de los E.S. ,Decreto legislativo N° 1163 –SA, que aprueba las dispisiciones para el fortalecimiento de SIS	34

Variable	Objetivos Específicos	Indicadores	Sub-indicadores	Item
Variable Independiente	Factores del proceso de Atención	La segunda sumilla registrada en la auditoria de caso	No registro de manejo de paciente,omisión de	35

			registro, manejo inadecuado de las pacientes, Procedimiento inadecuado de las referencias, historias clínicas sin formato SIS, no registro en historias clínicas , incumplimiento de guías e atención , otro .	
		Criterio que sustenta , la segunda sumilla informada en la auditoria de caso.	Guías de atención de emergencias Obstétricas, Norma técnica de H.CL: de E.S. públicos y privado, Norma técnica N° 18- MINSA/DGSP –	36

			V.01 DE Sistema de referencia y contrareferencia de los E.S. ,Decreto legislativo N° 1163 –SA, que aprueba las dispisiciones para el fortalecimiento de SIS	
--	--	--	---	--

3.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN:

3.5.1 - Instrumentos de recolección de datos:

3.5.1.1 Fuentes de información:

Se revisó un total de 63 Historias Clínicas de pacientes catalogadas como Muerte Materna producidas entre los años 2012 al 2015 (4 años consecutivos: 17, 14, 18 y 14 casos respectivamente), que pertenecían a atenciones realizadas en IPRESS de la Jurisdicción de DISA IV Lima Este, que provenían de los diferentes subsectores de salud. Se partió de los casos de Mortalidad Materna previamente definidos e informados al área de Calidad por parte de la Oficina de epidemiología de la DISA IV LE (ficha de notificación de epidemiología), a

las cuales se les solicito auditoria de caso de la atención realizada, existiendo diferentes circunstancias alrededor de los casos notificados por el área de epidemiología:

1.- Pacientes que contaban con direcciones pertenecientes a la jurisdicción de la DISA IV Lima Este y que habían sido atendidos en IPRESS de diferente nivel de complejidad (puestos, centros, centros materno infantiles, hospitales locales y Hospital Regional para el caso de MINSA y para el Caso de ESSALUD: Centro de Atención Primaria III (CAPIII), Hospitales I de ESSALUD y Hospitales II ESSALUD y Hospital Nacional de la Red), según el tipo de seguro con el que contaban, es decir IPRESS de salud MINSA, No MINSA y Privados .

2.- Pacientes que contaban con direcciones pertenecientes a la jurisdicción de DISA IV Lima Este y que habían sido atendidos en IPRESS de mayor complejidad (Instituto materno perinatal, Hospital Dos de Mayo, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y Clínicas Privadas) y que no habían realizado ninguna atención en alguna IPRESS de la jurisdicción.

3.- Pacientes que contaban con direcciones pertenecientes a la jurisdicción de DISA IV Lima Este y que no habían acudido para atención inmediata y que llegaron cadáver a la IPRESS a la que acudieron para requerir ayuda médica.

4.- Pacientes que siendo financiados por un organismo (MINSA), buscan atenciones además en otros organismos (ESSALUD) o viceversa, igual fenómeno se evidencia entre MINSA y privado y ESSALUD y Privados .

Muchas de las pacientes fueron controladas en IPRESS de diferentes niveles de complejidad y atendían las necesidades de salud de acuerdo a etapa de embarazo, es decir primero puestos y centros para realizar controles prenatales, luego centros materno infantiles y hospitales locales para atención de partos y cesáreas y si esto se complicaban llegaban

hasta el hospital regional de la jurisdicción, para MINSA y en el caso de ESSALUD, el CAP III, identificando a la gestante y en Hospital Regional o de Red atención de parto , de acuerdo al subsector de atención y en cada uno de los niveles existían historias clínicas por cada una de las pacientes, por lo cual muchos de los datos que se llenaban en el instrumento forman parte de más de una historia por cada una de las pacientes e incluye historias clínicas de los productos .Así mismo muchas de las pacientes ingresaron por emergencia y no siguieron los conductos que deberían seguir para atención de parto, de manera regular.

Otras fuentes de datos de importancia: fueron los formatos de referencia de las pacientes de un nivel de menor complejidad al de mayor complejidad, cuando las pacientes se complicaban y se referían para atención en un nivel de complejidad mayor.

3.5.1.2 Las fichas de notificación de muerte materna de acuerdo a la Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación epidemiológica de muerte materna, fueron enviadas por las IPRESS, independiente del subsector, en donde ocurrió el fallecimiento de las pacientes catalogadas como muerte materna(según definición de caso) independientemente del tiempo de estadía o permanencia de la paciente en dicho establecimiento de salud, así como de la procedencia, dichos documentos presentaron algunos problemas en el registro, aunque evidenciaron falencias en el llenado de las mismas, se acercaban bastante a lo registrado en las historias clínicas y sirvieron como fuente de información complementaria sobre todo en aquellas pacientes provenientes de atenciones de otras IPRESS que no pertenecían a la jurisdicción de DISA IV Lima Este .

Aunque dentro de las Disposiciones Específicas de la Directiva Sanitaria establece la notificación e investigación epidemiológica de muerte materna, que la notificación se debe realizar de manera inmediata y obligatoria, dentro de las 24 horas de ocurrido el evento, en muchos de los casos, él envío fue tardío.

Así mismo, en algunos casos el fallecimiento de las pacientes se produjo fuera de la institución (domicilio), la notificación inmediata corresponde a la IPRESS, en cuya jurisdicción ocurrió el fallecimiento, sin necesidad de una atención previa. También, se dio el caso de fallecimiento de paciente durante su traslado a un nivel de mayor complejidad, por lo que el envío de la notificación quedó bajo la responsabilidad de notificación al IPRESS origen de la referencia.

Existe muchos de los casos, sobre todo de los años 2014 y 2015, provenientes de IPRESS de ESSALUD y Clínicas Privadas, en la que el responsable de la unidad de epidemiología y/o área de calidad, de dicha institución informo a la DISA IV LE y/o a su equivalente remitiendo información a nuestra institución.

Cualquiera que fuera la fuente de información todavía existe dificultades en el registro del 100 % de datos de la ficha de notificación inmediata.

Se consultó algunos datos a la ficha de investigación epidemiológica de muerte materna, cuando algún dato no se registraba en la historia clínica y/o existió dificultades para obtenerla (sobre todo en caso de que paciente provenía de otra institución que no era de la jurisdicción o cuando paso por diferentes niveles de atención), encontrándose con algunos inconvenientes de registro de información en documentos legales.

Las auditorías de caso realizadas según la Norma técnica de auditoría de la calidad de atención versión 01 (NT N° 029 – MINSA /DGSP –V.01) y la Directiva administrativa para el proceso de auditoría de caso de la calidad de la atención en Salud (Directiva Administrativa N° 123- MINSA /DGSP V.01), fueron solicitadas independientemente.

3.5.1.3 Para la elaboración del Instrumento de Recolección de datos, se hizo los siguientes pasos:

Matriz de consistencia

Validación de instrumento

Confiabilidad de instrumento

3.5.1.4. Determinar la estructura y diseño del instrumento: El instrumento está diseñado en forma estructurada, conteniendo en su mayoría preguntas cerradas y algunas preguntas abiertas, desglosadas en áreas, cada formulario debe contener un instructivo que será manejado para el recojo de los datos, a fin de facilitar su tarea, unificar criterios y precisar que es necesario para desarrollar el trabajo de investigación, para obtener mayor exactitud en la información.

3.5.1.5 Para probar el instrumento, revisarlo e imprimirlo: El instrumento fue aplicado por la persona responsable de recolectar los datos, utilizando para ello el 10 % de la totalidad de muertes maternas consignadas en la ficha epidemiológica del 2014, aproximadamente corresponde 5 historias clínicas, con base a la prueba se hará los ajustes a los formularios previamente a la ejecución. De manera paralela se solicitó opinión técnica a expertos en el tema, para corregir e incorporar datos faltantes al instrumento de recojo de información, los cuales fueron 5 con experiencia en epidemiología y en el área de calidad, los que no dudaron en brindar su valiosa contribución, emitiendo opinión para mejorar el instrumento.

3.6 PASOS DEL PROCESAMIENTO DE DATOS:

Primer Paso: La información, se recolectó a través de la ficha de notificación inmediata de Muerte Materna, de los años 2012 a 2015.

Este primer paso permitió clasificar las muertes notificadas en muertes maternas por año y en muertes no asociadas y asociadas con el embarazo, parto, puerperio y aborto. A las IPRESS que realizaron alguna atención, se le solicitó copias de Historia (s) Clínica (s) de acuerdo al lugar de atención y por nivel (un paciente puede no haber tenido atención en el primer nivel o tener más de una atención en ese nivel o en diferentes niveles), informes médicos e informes de auditoría de caso, de lo contrario se visitó la IPRESS para recabar información.

Segundo Paso: Una vez evaluada la ficha de notificación inmediata de muerte materna se clasificó cada caso con información por cada paciente.

Tercer Paso: Se procede a llenar el instrumento diseñado para la recolección de información, que contempla la información sobre los factores asociados a las muertes maternas por momento de atención y la información correspondiente a la auditoría de caso (siempre y cuando cumpla con los requisitos para la auditoría de caso, según la Directiva administrativa de Auditoría de Caso y Norma técnica de Auditoría de la calidad de atención en su versión 01), normas y directivas que regían las auditorías en dicho periodo de evaluación. Así se pudo determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad en las mujeres catalogadas como muerte materna, a su vez se vio el paciente en tiempo, persona y lugar.

Cuarto Paso: Concluida la recolección de datos se procedió a la tabulación de datos, codificando y elaborando códigos de identificación de casos. Para el procesamiento de los datos se hará uso de los programas informáticos de tratamientos de datos como Excel y SPSS.

Para recolección y análisis de casos:

En primera instancia se hizo un estudio descriptivo de las variables medidas.

Para las variables cuantitativas (edad se calculó la tendencia central: la media y moda).

En el caso de variables Cualitativas (estado civil, educación, antecedentes), se deben calcular las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría y luego se relacionaron cada una de las variables independientes (características epidemiológico, factores socioeconómicos y culturales, factores del proceso de atención y control prenatal) con nuestra variable dependiente (Clasificación de Mortalidad Materna). Aquellas variables que mostraron relación con nuestra variable dependiente o que estuvieron conceptualmente relacionadas (significación estadística con $p \leq 0.005$) se incluyeron en el análisis de regresión logística. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, Statistics Versión 23.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 CONTRASTACION DE HIPOTESIS:

4.1.1 - En Relación a Factores Socioeconómicos y Culturales Asociados a Muerte Materna

Tabla 1

Factores Socioeconómicos y Culturales Asociados a Muerte Materna

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Estado Civil	Tipo de Financiamiento	de Antecedentes Patológicos	Nivel de Instrucción:	Número de Gestaciones
Valor del Estadístico	.607	2.338	11.592	3.433	6.662
Valor – p (Significancia Asintótica)	.962	.886	.479	.969	.574
Asociación con la mortalidad materna	No	No	No	No	No

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

- .-ESTADO CIVIL :

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: estado civil es: .607, con una significancia de 0.962, lo cual es mayor que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el estado civil no está asociado con la mortalidad materna.

- TIPO DE FINANCIAMIENTO-TIPO DE SEGURO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la Variable: tipo de seguro es: 2,388, con una significancia de 0.886, lo cual es mayor que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el tipo de seguro, no está asociado con la mortalidad materna.

- ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: antecedente patológico es: 11,592, con una significancia de 0.479, lo cual es mayor que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el antecedente patológico no está asociado con la mortalidad materna.

- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: nivel de instrucción es: 3,433, con una significancia de 0.969, lo cual es mayor que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el nivel de instrucción no está asociado con la mortalidad materna.

- NUMERO DE GESTACIONES:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable número de gestaciones es: 6,662, con una significancia de 0.574, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el número de gestaciones, no está asociado con la mortalidad materna.

2.-En Relación a Factores Asociados al CONTROL PRENATAL

Tabla 2

*Factores de CONTROL PRENATAL Asociados a Muerte Materna**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Número de IPRESS en la que se complicaciones detectadas durante el control prenatal	de IPRESS en la que se complicaciones detectadas durante el control prenatal	de IPRESS en la que se complicaciones detectadas durante el control prenatal
Valor del Estadístico	14.485	15.950	10.199
Valor – p (Significancia Asintótica)	.152	.194	.598
Asociación con la mortalidad materna	No	No	No

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

- CONTROLES PRENATALES:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: número de controles prenatales por paciente es 14,485, con una significancia de 0.152, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el número de controles prenatales, no está asociados con la mortalidad materna.

IPRESS QUE REALIZA EL CONTROL PRENATAL:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable :IPRESS donde se realiza el Control Prenatal por paciente es 15,950 con una significancia de 0.194, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que la IPRESS donde se realiza el control prenatal, no está asociado con la mortalidad materna.

- **COMPLICACIONES POR MUERTE MATERNA:**

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable:: complicaciones detectadas durante el control prenatal es 10,199, con una significancia de 0.598, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que las complicaciones establecidas en el control prenatal, no está asociada con la mortalidad materna.

3.-FACTORES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ASOCIADOS A MUERTE MATERNA

Tabla 3

Factores del Proceso de Atención Asociados a Muerte Materna

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Motivo de la Referencia	Tipo de Parto	Persona que atendió el Parto	Lugar de atención del Parto
Valor del Estadístico	21.737	11.539	16.409	14.672
Valor - p (Significancia Asintótica)	.084	.073	.289	.549
Asociación con la mortalidad materna	No	No	No	No

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

1.3.1.-MOTIVO DE LA REFERENCIA:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: motivo de la referencia es 21.737, con una significancia de 0.084, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el motivo de la referencia, no está asociada con la mortalidad materna.

1.3.2.-TIPO DE PARTO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: tipo de parto es 11.539, con una significancia de 0.073, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el tipo de parto, no está asociado con la mortalidad materna.

1.3.3.-PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: persona que atendió el parto es 16,409, con una significancia de 0.289, el cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el personal de salud que atendió el parto, no está asociado con la mortalidad materna.

1.3.4.-LUGAR DE ATENCION DEL PARTO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable : lugar de atención del parto es 14,672, con una significancia de 0.549, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existen evidencias estadísticas para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el lugar de parto, no está asociado con la mortalidad materna.

Tabla 4

Factores del proceso de atención asociados a Muerte Materna

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Control Puerperio	Personal del control Puerperio	que el IPRESS controló el Puerperio
Valor del Estadístico	12.316	11.168	14.659
Valor – p (Significancia Asintótica)	.138	.345	.145
Asociación con la mortalidad materna	No	No	No

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

1.3.5.-CONTROL DEL PUERPERIO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la Variable :control del Puerperio es 12,316, con una significancia de 0.138, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el control del puerperio, no está asociado con la mortalidad materna.

1.3.6.-PERSONAL QUE CONTROLA EL PUERPERIO.

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable : personal que controló el puerperio es 11.168, con una significancia de 0.345, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que él, personal que controla el Puerperio no está asociado con la mortalidad materna.

1.3.7.-IPRESS EN LA QUE SE CONTROLA EL PUERPERIO

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable : IPRESS en la que se controló el puerperio es 14,659, con una significancia de 0.145, lo cual es mayor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para aceptar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que la IPRESS en la que se controló el puerperio, no está asociado con la mortalidad materna.

2.- EXISTE ASOCIACION:

2.1- En Relación a Factores Socioeconómicos y Culturales asociados con Muerte Materna:

Tabla 5

Factores Socioeconómicos y Culturales asociados a Muerte Materna
Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Clasificación genérica de Muerte Materna	Momento de Fallecimiento
Valor del Estadístico	63.000	9.552
Valor – p (Significancia Asintótica)	.000	.049
Asociación con la mortalidad materna	Si	Si

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

2.1.2-CLASIFICACION GENERICA DE MUERTE MATERNA:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: Clasificación Genérica de Muerte Materna es: 63,000, con una significancia de 0.000, lo cual es menor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que la clasificación Genérica de muerte materna está asociada con la mortalidad materna.

2.1.3.-MOMENTO DE FALLECIMIENTO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la Variable : Momento de Fallecimiento es: 9.552, con una significancia de 0.049, lo cual es menor que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el momento de fallecimiento, está asociado con la mortalidad materna.

2.2- FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL:

Tabla 6.

Factores de Control Prenatal asociados a Muerte Materna.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Control Prenatal	Inicio de Control Prenatal
Valor del Estadístico	10.236	17.485
Valor – p (Significancia Asintótica)	.037	.025
Asociación con la mortalidad materna	Si	Si

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

2.2.1.-CONTROL PRENATAL:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la Variable: Control Prenatal: es 10,236, con una significancia de 0.037, lo cual es menor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el control prenatal, está asociado con la mortalidad materna.

2.2.2.- INICIO DEL CONTROL PRENATAL:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: inicio de control prenatal es 17,485, con una significancia de 0.025, lo cual es menor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que el inicio del control prenatal, está asociado con la mortalidad materna.

2.3.-En Relación a FACTORES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ASOCIADOS A MUERTE MATERNA

Tabla 7

Factores del Proceso de Atención asociados a Muerte Materna

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Complicaciones durante el Parto	Complicaciones al Momento del Puerperio
Valor del Estadístico	25630	33801
Valor – p (Significancia Asintótica)	.004	.001.
Asociación con la mortalidad materna	Si	Si

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

2.3.1.-COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL PARTO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable:complicaciones al momento del Parto es 25,630, con una significancia de 0.004, lo cual es menor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que las complicaciones durante el Parto, están asociados con la mortalidad materna.

1.2.3.2.-COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL PUERPERIO:

El valor del estadístico chi cuadrado de Pearson para la variable: Complicaciones al momento del puerperio es 33.801, con una significancia de 0.001, lo cual es menor, que la significancia establecida para la prueba de $\alpha = 0.05$.

Se concluye que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula. En este sentido la conclusión para el enunciado previo es que las complicaciones del puerperio, están asociadas con la mortalidad materna.

2.-ANALISIS E INTERPRETACION:

Se revisaron las Historias clínicas y las fichas epidemiológicas de 63 casos de Muerte Materna ocurridos en la DISA IV Lima Este (correspondientes a 8 distritos que lo conforman: El Agustino, Santa Anita, Ate Vitarte, Chaclacayo, San Juan de Lurigancho, La Molina, Cieneguilla y Lurigancho - Chosica y en las diferentes instituciones que forman parte privada y pública del sector salud y que pertenecen a la jurisdicción), durante el período del 2012 al 2015, la nueva reestructuración y funciones impartidas a la Dirección de Salud IV LE a partir del 2013, facilitó la intervención a otros subsectores, la obtención de información más detallada, un mejor análisis con los actores de manera indirecta, lograr conocer la

cohesión existente entre subsectores y subsanar la carencia de información apropiada de los años anteriores .

Cuadro No 02

Casos de Muerte Materna Según Sector Salud

Disa IV Lima Este - '2012-2015'

Numero de casos por año	2012	2013	2014	2015	TOTALES
MINSA	14	7	13	9	43
ESSALUD	3	3	5	5	16
PRIVADO		1			1
NO DETERMINADO		3			3
TOTAL	17	14	18	14	63

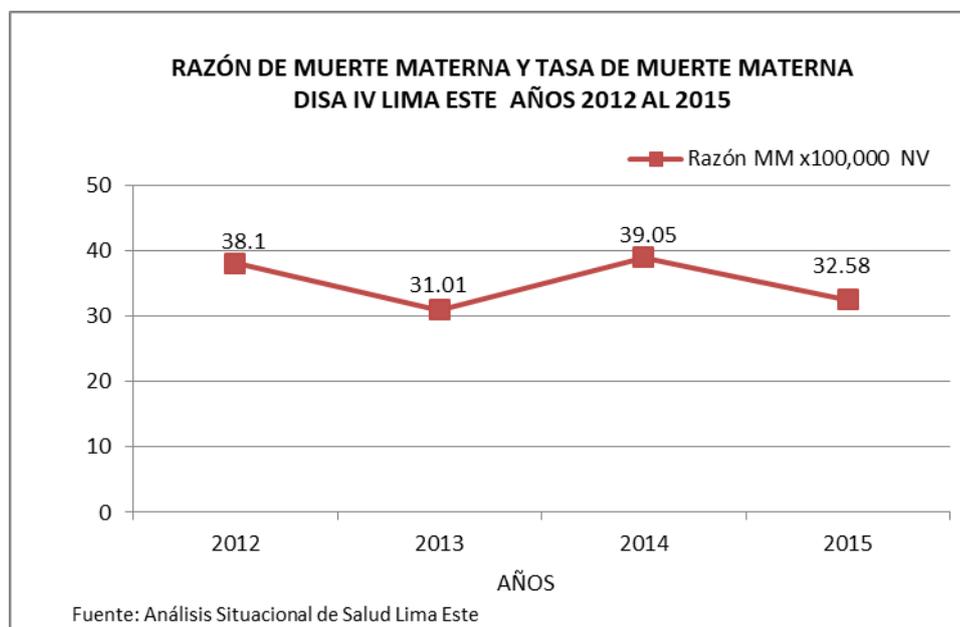
FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

Según cuadro No 02, de los 63 casos de muerte materna, registradas en este periodo de tiempo, las cifras correspondían a 17 casos (27.0 %) del 2012, 14 casos (22. 2%) del 2013, 18 casos (28.6 %) del 2014 y 14 casos (22.2 %) del 2015, los cuales han sido subdivididos por sectores, existiendo 3 casos sin determinar con exactitud su condición de subsector.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CATALOGADAS COMO MUERTE MATERNA

RAZON DE MUERTE MATERNA:

Grafico No 06



Como se muestra en el Grafico 06, el número de muertes maternas totales fue de 63 casos de la jurisdicción de DISA IV Lima Este, en el presente estudio la razón de Muerte Materna encontró variación en los años de estudio, una razón de 38.10 por 100,000 nacidos vivos para el año 2012 (17 casos), 31.01 por 100,000 nacidos vivos (14 casos) para el 2013, 39.05 por 100,000 nacidos vivos para el año 2014 (18 casos) y 32.58 por 100,000 nacidos vivos para el año 2015 (14 casos), existiendo la menor razón de muerte materna en el 2013 y el mayor pico durante el 2014, con 39.05 por 100,000 nacidos vivos

De manera conjunta, la tasa de muerte materna (TMM) registrada en este periodo de estudio, fue de 1.79 por 100 000 mujeres en edad fértil para el año 2012, para el 2013 se registró 1.66, para el 2014 se registró 2.10 y 1.60 para el 2015.

CLASIFICACION DE MUERTE MATERNA

Grafico N° 07



FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

Tabla 8

*Clasificación Genérica de Muerte Materna
Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	16	25.4
Hemorragia	11	17.5
Infección	8	12.7
Otros	28	44.4
Total	63	100.00

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

En el presente estudio, el 55.6 % de las mujeres fallecieron por causas directas (35 casos), el 41.3% fueron catalogadas como causas indirectas (26 casos) y 3.2% se desconoce

la causa de muerte (registrándose en este grupo 2 casos), estos últimos pacientes incluían gestantes con causa de muerte desconocida (falleció en traslado de paciente de un nivel II-2 al III-1 MINSA y el segundo paciente acude directamente al nivel III-1 ESSALUD, ambos con poco tiempo en IPRESS).De los 63 casos, las causas genéricas de muerte materna estaban relacionadas a hipertensión con 25.4 %(16 casos), seguido de hemorragia con 17.5 % (11 casos), ocupando el primer y segundo lugar, el tercer lugar corresponde, a infecciones con un 12.7 % (8 casos), se incluyó un ítem denominado como otros con un 44.4%(28 casos), en este grupo se incluyen patologías que se encuentran concomitantes y que agravaron estado de la paciente (entre los que resaltan: cardiopatías, tuberculosis, Insuficiencia respiratoria aguda, virus de inmuno deficiencia adquirida, cáncer e inclusive Infertilidad, en este grupo se incluye los dos casos en que se desconoce causa de muerte materna).

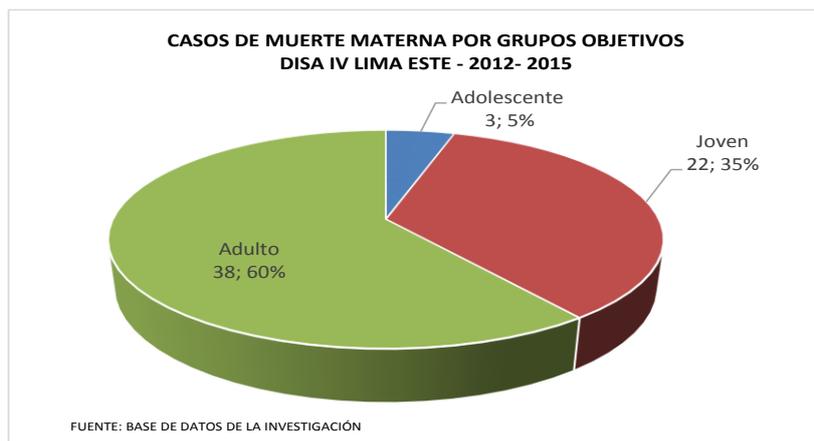
**FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y CULTURALES:
MORTALIDAD MATERNA POR EDAD**

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

Cuadro N°03

N	Válido	63
	Perdidos	0
	Media	30.38
	Mediana	31.00
	Moda	31
	Desviación estándar	7.047
	Varianza	49.659
	Rango	30
	Mínimo	12
	Máximo	42
	Suma	1914

Grafico N° 07



Fuente: Ficha de recojo de información para investigación.

En este estudio el valor de la edad media ponderada de las mujeres que fallecieron en este periodo de tiempo, se encuentra en 30.38 años, con una mínima de 12 años (gestante adolescente, causa de muerte aborto- Schock séptico) y una máxima de edad de 42 años. En relación al valor de la mediana esta se encuentra en 31 años, es decir, que la edad del 50 % de las pacientes catalogadas como muerte materna, se encuentran por debajo de 31 años y el otro 50 % restante se encuentra por encima de los 31 años. La moda en este estudio se encuentra en 31 años. En relación a las medidas de dispersión. La varianza se encuentra en 49.65, es decir, por tener un valor muy alejado del 0, hay mayor dispersión de las edades de las pacientes de este grupo de estudio, es decir, se evidencia una paciente en cada edad. Así existe un rango de 30, lo que reafirma la diferencial entre el valor máximo y mínimo .de edades.

Cabe mencionar que se evidencia que existe 3 casos de adolescentes (3.5 %), cuya mínima edad es 12 años y una máxima de 16 años (con diagnósticos de causa básica de muerte: aborto, hepatocarcinoma y preeclampsia severa), se cuenta con 22 casos en el grupo denominado mujer joven (20-29 años), que corresponde a 22.35% y 38 casos de mujeres adultas con un 38.50%.(30 años a más)

MORTALIDAD MATERNA POR TIPO DE FINANCIAMIENTO:

Tabla 9

*Mortalidad Materna Por tipo de Seguro**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
SIS	41	65.1
ESSALUD	16	25.4
Privado	1	1.6
Ninguno	5	7.9
Total	63	100,0

FUE

NTE: Ficha de Recojo de Investigación

En relación al tipo de seguro que tenían las pacientes catalogadas como muerte materna en este estudio: en su gran mayoría contaban con seguro Integral de salud 41 (que correspondían al 65.1 %), es decir las atenciones y medicamentos estaban financiados por el estado, 16 pacientes estaban registradas en ESSALUD, por lo tanto también recibían atenciones y medicamentos que estaban financiados por ellas mismas o sus parejas (25.4 %), solo una paciente estaba registrada con fuente de financiamiento privado: Clínica, que correspondía a 1.6% y 5 categorizadas como ninguno en los que se registraron atenciones en la historia clínica (7.93 %) pero sin formatos FUAS, por lo que se asume que tenían fuente de financiamiento propio, siendo atendidas en 5 hospitales del MINSA .

MORTALIDAD MATERNA POR ESTADO CIVIL:

Tabla 10

*Mortalidad Materna por Estado Civil**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	22	34.9
conviviente	37	58.7
Casada	4	6.3
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

El estado civil de las mujeres catalogadas como muerte materna, en el presente estudio registro en su mayoría que eran convivientes (unión libre, aunque este no es considerado como estado civil, es valadero como apoyo a la gestante) 37 casos se incluían en este grupo (que corresponden a 58.7 %), es decir más de la mitad de los casos se encontraban en este grupo, así mismo se evidencia una tendencia al aumento de la condición de madres solteras 22 casos (que corresponden a 34.9 %), cabe mencionar que la condición de madre soltera favorece la exclusión social y desfavorece las expectativas económicas y laborales de las mujeres en esta situación, solo en el grupo de casadas se incluyen 4 casos (6.3 %).

MORTALIDAD MATERNA POR ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Tabla 11

*Mortalidad Materna por Antecedentes patológicos**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	3	4,8
Tuberculosis	8	12,7
ITS	1	1,6
Cardiopatía	3	4,8
ITU	3	4,8
Ningún Ant. P.	28	44,4
Otros	17	27,0
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

En relación a los antecedentes patológicos de las mujeres catalogadas como muerte materna en el presente estudio, registró en su mayoría, 28 casos (44.4 %) que no contaban con ningún antecedente patológico, 17 pacientes se registraron como otros (27%), en este grupo se incluyen (4 pacientes con cesárea anterior, 4 pacientes con problemas de tiroides, 2 con Bronquitis aguda, 2 con problemas tumorales: hepático y cerebral, 2 con problemas convulsivos, 2 se ignora y una con traumatismo encéfalo craneano severo), 8 casos de pacientes con tuberculosis en diferentes estados: 7 pacientes con diagnóstico TBC solo y una VIH y tuberculosis(lo que corresponde a un 12.7 %), así mismo, con iguales cifras 3 casos (4.8 %) presentan antecedentes de hipertensión, cardiopatías e Infección del tracto urinario y solo un caso (1.6%) presentaba infección de transmisión sexual (síndrome de vulvovaginitis), cifras de importancia ya que muchas pacientes por su condición deberían haber hecho uso de

métodos de planificación familiar, ya que una gestación con patologías concomitante, podría originar pérdida de su propia vida por riesgo, así mismo se evidencio que muchas de las patologías comunes en nuestras IPRESS, aparentemente no son evaluadas adecuadamente.

MORTALIDAD MATERNA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Tabla 12

Mortalidad Materna por Nivel de Instrucción.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	5	7,9
Primaria Incompleta	4	6,3
Secundaria Completa	34	54,0
Secundaria Incompleta	13	20,6
Superior Completa	6	9,5
Se Ignora	1	1,6
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

Para el presente estudio, los resultados de escolaridad se dividió en seis grupos: primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, superior completa y se ignora. El 6.3% de las mujeres que murieron catalogadas como muerte materna, habían asistido a la escuela pero no habían terminado la primaria (4 casos), un 7.9 % (5 casos) terminaron la primaria, un 20.6% no concluyeron la secundaria (13 casos) y el 54% (34 casos) contaban con estudios de secundaria completa. Existieron 9.5 % de mujeres que contaban con estudios superiores (6) y solo en un caso no se registró el nivel educativo (1.6 %). Este ítem evidencia que los casos de mujeres que murieron por causa materna en

DISA IV Lima Este, presentaban un grado de instrucción y 40 mujeres (63.5 %) se encontraban entre el nivel secundario completo y superior, cabe mencionar que en este, se registraron 6 pacientes, de las cuales : 3 eran personal de Salud (Medico, Técnico de Enfermería y Química Farmacéutica y que ejercían sus carreras, al momento de producirse el evento), las otras tres no ejercían su profesión, pero tenían profesiones distintas a las de ciencias médicas.

MORTALIDAD MATERNA Y PARIDAD:

Tabla 13

Mortalidad Materna por Número de Gestaciones.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
0	2	3,1
1 a 3	39	60,9
4 a 6	16	25,0
7 a 9	3	4,7
No se registró este dato	3	4,7
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recajo de Investigación

En relación al número de gestaciones que presentaban las mujeres catalogadas como muerte materna en el presente estudio, según la revisión de Historias Clínicas, no tuvieron gestaciones anteriores en 2 casos (3.1 %), tuvieron de 1 a 3 gestaciones 39 casos (60.9 %), de 4 a 6 gestaciones 16 casos (25.0 %), de 7 a 9 gestaciones solo en 3 casos (4.7 %) y en 3 pacientes no se evidencio registró de este dato en las Historias clínicas (4.7 %). En este ítem hay varios aspectos que deben mejorar, en primer lugar la formula gestacional, está mal consignada en muchos casos, varia de un profesional a otro en una misma historia clínica, por

lo tanto aunque parezca muy elemental se deberá revisar el tema, con los profesionales de la salud implicados en la atención de pacientes gestantes. En segundo lugar, el mayor número de casos tuvo entre 1 a 3 gestaciones, seguido de 4 a 6 gestaciones, juntos hacen el 85.9 %, siendo la media: 2 hijos, a partir de ello existen una serie de interrogantes en este grupo, tales como: se debe tener el número de hijos al que se puede cubrir sus necesidades, así mismo, no necesariamente existe evidencia de mayor riesgo a mayor cantidad de hijos, a la muerte materna se han dejado por lo menos 1 o más hijos huérfanos, que dependen después del evento de una tercera persona: padre, abuelos, tíos y otros, disminuyendo las posibilidades de mejores condiciones para los niños a la ausencia de la madre.

MORTALIDAD MATERNA Y MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:

Tabla 14

Mortalidad Materna por Momento de Fallecimiento.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Directa	Indirecta	Se desconoce	Total	Porcentaje
Gestación	6	9	2	17	27
Parto	3	1	0	4	6.3
Puerperio	26	16	0	42	67
Total	35	26	2	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

Al momento del Fallecimiento, se registra en su mayoría 42 casos de este estudio (67%) que ocurrieron en el puerperio, y de estas la mayoría corresponden a muertes maternas directas en 26 pacientes (41.26%) y 16 pacientes correspondían a muertes indirectas (25.39 %), De los 16 casos (25.4%) presentados durante la gestación: 6 fueron de causa directa (9.5%), 9 de causas indirectas (14.28 %) y 2 (3.17%) se desconoce causa de muerte. Al

momento del Parto fallecieron 4 pacientes del grupo de estudio (6.3 %), tres en IPRESS de Essalud y uno, en una clínica privada y de estas 3 fueron muertes maternas directas y una indirecta. Se evidencian más del 50 % de las pacientes de los grupos de puerperio y parto con causa de muerte materna directa e igual se presenta en más del 50 % de las pacientes el tipo de muerte materna indirecta, pero durante el periodo de gestación.

ATENCIÓN PRENATAL:

Tabla 15

Mortalidad materna por Atención Prenatal

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Directa	Indirecta	Se desconoce	Total	Porcentaje
Si	29	12	2	43	68.3
No	3	7	0	10	15.9
Se desconoce	3	7	0	10	15.9
Tota	35	26	2	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

En lo que se refiere al control prenatal, del grupo de mujeres en este estudio, el 68.3 % (43 mujeres) asistieron a su control prenatal, se evidencian cifras similares en (10 mujeres) 15.9 % de pacientes que no acudieron a ningún control prenatal y 10 que no contaban con ninguna información registrada en la(s) historia(s) clínica(s), ni carnet perinatal, de asistencia al control prenatal en alguna IPRESS.

De aquellos que asistieron al control prenatal (43 casos) 68.3 %, 29 casos fueron muertes directas y 12 muertes indirectas y solo en dos casos, se desconocía tipo de muerte. Para el

caso de las pacientes que no asistieron al control prenatal y en las que no se conocían, en ambos la mayoría 7 casos eran del tipo de muerte materna indirecta.

MORTALIDAD MATERNA Y NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES:

Cuadro N° 04

Estadísticos del Mortalidad Materna y Número de Controles de Gestaciones
Disa IV Lima Este - "2012-2015"

N Válido	63
Perdidos	0
Media	3.17
Mediana	3.00
Moda	3

Tabla 16

Mortalidad Materna por Número de Controles Prenatales
Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
0	10	15,9
1 a 3	12	19,0
4 a 6	19	30,2
7 a 9	11	17,5
Más de 10	1	1,6
Se desconoce	10	15,9
Total	63	100,0

UENTE: Ficha de recojo de información para investigación

En relación al número de controles prenatales. Existen 10 mujeres (15.9 %), que no acudieron a ningún control prenatal, 12 mujeres catalogadas como muerte materna, asistieron entre 1 a 3 controles prenatales (19.0 %), 19 mujeres tuvieron entre 4 a 6 controles prenatales (30.2 %), 11 mujeres tuvieron entre 7 a 9 controles prenatales (17.5 %) y solo una paciente tuvo más de 10 controles (1.6 %) y en 10 pacientes (15.9 %) se desconoce si acudieron para realizar algún control prenatal, no se registró nada de este ítem en la historia clínica. La media del número de controles prenatales es de 3.17 controles y la mediana es 3.00, es decir más del 50 % están por encima de 3 controles prenatales y el otro 50 % está por debajo de esa cifra, los que se encuentran por debajo de esta cifra, se consideran como embarazos no controlados, por no contar con el número mínimo de controles requeridos (seis) y aquellas que tienen 7 a más controles, deben analizar si realmente se realizaron controles de calidad, ya que a pesar de ello no se ha identificado los riesgos de las gestantes (12 pacientes), se puede concluir que 31 pacientes de este grupo se controlaron, es decir 49.3 %.

MORTALIDAD MATERNA Y LUGAR DE ATENCION DE CONTROL PRENATAL:

Tabla 17
Mortalidad Materna por lugar donde se realiza el Control Prenatal.
Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Regional	1	1,6
Hospital Local	12	19,0
Centro Materno Infantil	5	7,9
Centro o Puesto de Salud	23	36,5
No se realizó	10	15,9
Se desconoce	10	15,9
Privado	2	3,2
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

En relación al Tipo de IPRESS que realizó el control prenatal en las pacientes catalogadas como muerte materna, se evidencia que en el Hospital Regional, se realizó el control solo a 1 gestante (1.6%), en el Hospital Local se controló a 12 gestantes (19.0 %), en el Centro Materno Infantil se controló a 5 gestantes (7.9 %), en Centro o Puestos de Salud se controlaron 23 gestantes (36.5 %), no realizaron control prenatal en 10 gestantes (15.9 %) y se desconoce información, en igual número de gestantes (15.9 %) y solo realizaron su control en IPRESS Privados 2 gestantes (3,2%). Es decir las mujeres catalogadas como muerte materna de este estudio, se han controlado en IPRESS, con experiencia en atención de gestantes, preocupa el no registro en la historia clínica de controles prenatales, que no permitieron identificar riesgos de patologías concomitantes o que han surgido durante la gestación. En este grupo de pacientes existían pacientes con TBC, Síndrome de Marfan y otros que requieran la evaluación de especialistas en hospitales locales y regionales.

MORTALIDAD MATERNA E INICIO DEL CONTROL PRENATAL:

Tabla 18

*Mortalidad Materna por Trimestre en el que se realiza el primer control prenatal.
Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Primer Trimestre	21	33,3
Segundo Trimestre	14	22,2
Tercer Trimestre	8	12,7
Ninguno	10	15,9
Se desconoce	10	15,9
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

El primer control prenatal es de suma importancia para identificar riesgos en las gestantes, además esta debe ser oportuna y en lo posible en el primer trimestre de la gestación, cabe mencionar que en la actualidad todas las pacientes son consideradas de alto riesgo obstétrico. El primer control prenatal lo realizaron 21 mujeres en el primer trimestre (33.3%), en el segundo trimestre 14 mujeres (22.2 %), en el tercer trimestre realizaron su primer control prenatal 8 gestantes (12.7%), no realizaron ningún control prenatal 10 gestantes (15.9 %) y se desconoce si realizaron algún control prenatal 10 gestantes (15.9%). Aquellas pacientes que realizaron sus controles lo más temprano posible, pudieron considerarse gestantes controladas, siempre y cuando completen sus controles requeridos (seis controles).

MORTALIDAD MATERNA E IDENTIFICACION DE RIESGOS EN LOS CONTROLES PRENATALES:

Tabla 19

Mortalidad Materna por Identificación de riesgos en los controles prenatales .

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones del embarazo	9	14,3
Ex. auxiliares requeridos	5	7,9
Se identificó patologías	8	12,7
Se identificó peso, P.A., edemas	10	15,9
No se identificó ninguna alteración	27	42,9
N.A.	2	3,2
Se desconoce	2	3,2
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

Una vez realizado el control prenatal de este grupo de pacientes, se obtuvo los siguientes hallazgos: No se identificó ninguna alteración en 27 pacientes (42.9 %), seguidamente se identificó problemas en el peso: desnutrición en pacientes con TBC u obesidad en la mayoría de los casos, problemas en presión arterial y edemas, en 10 pacientes (15.9%), se identificó complicaciones del embarazo en 9 pacientes(14.3%), se identificó patologías en 8 pacientes (12.7 %) y se solicitó exámenes auxiliares en 5 pacientes(7.9 %). Existieron 15 casos, en los que existió una combinación de solicitud de más de dos alternativas (Batería de exámenes de una gestante e identificación de patología y / o complicaciones del embarazo). De aquí para adelante son combinaciones de hallazgos en las pacientes.

MORTALIDAD MATERNA Y COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION:

Tabla 20

Mortalidad Materna por Complicaciones identificadas durante el control prenatal .

Disa IV Lima Este - "2012-2015":

	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones	9	14,3
Hemorragias	2	3,2
Hipertensión inducida por el embarazo	4	6,3
Otras, especifique	10	15,9
No existió	27	42,9
N.A.	2	3,2
Se desconoce	9	14,3
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

En relación a las complicaciones identificadas durante el control prenatal, se evidenció, lo siguiente: No existió ninguna complicación en 27 pacientes (42.9%), existieron 10 pacientes (15.9 %) en el ítem otros, en las que se hace mención a enfermedades existentes y que se complicaron con el embarazo: tales como pielonefritis, anemia, baja de peso, Sdr. de Marfan, infertilidad, insuficiencia cardiaca ventricular, amenaza de aborto, estenosis mitral severa, e Insuficiencia respiratoria aguda por Neumonía Adquirida, antecedente de pre-eclampsia, hipertiroidismo, cardiopatía), existen 9 mujeres en este grupo que presentaron complicaciones de Infección (14.3 %), todos excepto uno presentó Infecciones del tracto Urinario y el único que no presento esta patología, presento síndrome de flujo vaginal y 9 desconocen si existió alguna complicación y / o no lo registraron en la Historia Clínica(14.3%).

En solo 4 de las 63 pacientes de la muestra, se identificó Hipertensión Arterial (6.3 %), solo en 2 de las pacientes (3.2 %) se registra hemorragia, igual cantidad no informaron y 2 no registraron complicaciones, por lo que se desconoce.

FACTORES DE SERVICIO DE SALUD :

MORTALIDAD MATERNA Y REFERENCIA DE PACIENTES:

Tabla 21

Mortalidad Materna por Pacientes referidas a otras IPRESS.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes Referidos	35	55,6
Pacientes No Referidos	20	31,7
Se desconoce	8	12,7
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

De los 63 casos estudiados de pacientes catalogadas como muerte materna, se han referido 35 pacientes (55.6%) a otras IPRESS, 20 pacientes (31.7%) no han evidenciado referencia y en 8 pacientes (12.7%) no registran la presencia o ausencia de la referencia con formatos respectivos, aunque en algunos casos al revisar sus historias clínicas, en los relatos mencionan que fueron referidas de otra IPRESS, sin mayor explicación al respecto. En este grupo se encuentran: pacientes aparentemente referidas o que registran atención previa en hospitales locales de la jurisdicción de Lima Este y del interior del País. Existe una mención especial al formato de referencia el cual presento dificultades en todo el proceso, sobre todo en dos pasos importantes, los que se pasan a detallar:

1,. Ausencia del formato de referencia y más aun de la contrarreferencia.

2.- Llenado del formato de referencia y contrarreferencia de forma incompleta e inadecuada, sin establecer un motivo real de la referencia.

Así mismo a pesar de los cambios para mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia en los últimos años, todavía, existen dificultades en el traslado de los pacientes tanto en oportunidad como eficacia y eficiencia.

MORTALIDAD MATERNA Y MOTIVO DE LA REFERENCIA:

Tabla 22

*Mortalidad Materna por motivos de la Referencia.**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Atención de Parto	3	4,8
Control de patol. concomitante	7	11,1
Complicaciones que no permiten manejo en nivel inicial	20	31,7
No contar con requisitos, para atención, paciente estable	2	3,2
Atención de cesárea	1	1,6
Otros	2	3,2
N.A.	20	31,7
Se desconoce	8	12,7
Total	63	100,0

FUENTE: Ficha de recojo de información para investigación

En relación a los motivos de la referencia, en este estudio se tuvo 20 pacientes catalogadas como muerte materna (31.7%) que fueron referidas por tener complicaciones que no pueden ser manejadas a nivel inicial, así mismo 20 pacientes (31.7%) fueron consideradas como ninguna anterior, en este grupo ingresan todos aquellos que no fueron referidos, porque no lo requerían, 8 pacientes (12.7%) se desconocen si fueron referidos, 7 pacientes fueron referidos para manejo de patología concomitante (ejemplo: Cateterismo cardiaco y otros), se refiere para atención de Parto a 3 (4.8%) derivaciones de IPRESS de ESSALUD categorizadas de 1-3 a II-1, existen dos pacientes (3.2 %), que son referidos por no contar con requisitos para la atención y otros dos (2.3%) que son considerados como otros: uno referido para transfusión de hemoderivados más hemodiálisis de emergencia y otro por amenaza de parto pretérmino y uno enviado para atención de cesárea (1.6 %).

MORTALIDAD MATERNA Y EL LUGAR QUE REFIERE:

Tabla 23

Mortalidad Materna por lugar que refiere a la paciente.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Regional	2	3,2
Hospital Local	25	39,7
Centro Materno Infantil	7	11,1
IPRESS Privada	1	1,6
Ninguna de las anteriores	28	44,4
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

Las IPRESS que han derivado a sus pacientes son: Hospitales locales 25 casos (39,7 %) de Lima Este y del interior del país categorizados como II -1 y II-2, 28 IPRESS considerada como Ninguna de las anteriores, aquí se incluyen los que no han referido pacientes (20) y los 8 que la desconocen (44.4 %), 7 pacientes son referidos de Centros Materno Infantiles (11,1 %), 2 pacientes de Hospitales Regionales (3.2 %), uno del interior del país y uno del Hospital Regional de Lima a un Instituto especializado y solo 1 paciente había referido su paciente de una IPRESS privada.

MORTALIDAD MATERNA Y RECIEN NACIDOS:

Tabla 24

*Mortalidad Materna por APGAR de productos de pacientes catalogadas como muerte materna-
Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	0-2	3-6	7-10	Se desconoce	Total	Porcentaje
Vivo	0	2	28	0	30	47,6
Muerto	22	0	0	0	22	34,9
Se Ignora	0	0	0	11	11	17,5
Total	22	2	28	11	63	100,0

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

De las 63 pacientes catalogadas como muerte materna, incluidas en el presente estudio, se tiene en relación al producto lo siguiente:

Se tienen 30 recién nacidos vivos (que corresponden a 47.6 %), 28 de estos niños lograron nacer con un APGAR de 7 a 10 y buenas condiciones para el niño o niña, dos recién nacidos con apgar de 3 a 6, que se recuperaron a los cinco minutos. En el grupo de estudio se informó que 22 niños, fueron productos muertos (34.9%), entre abortos y niños que llegaron hasta el final de la gestación, pero murieron ante parto. Así mismo, se desconoce condición de 11 productos (17.5%), ya que son pacientes derivados de otros establecimientos de salud y que no informaron condición de los productos y aquí se incluyen gestantes muertas al llegar a la IPRESS(2), que no completaron la autopsia verbal y en las que se desconocen el estado de los productos.

MORTALIDAD MATERNA Y ATENCION DE PARTO:

Tabla 25
Mortalidad Materna por Tipo de Parto.
Disa IV Lima ste - '2012-2015'

	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal o Eutócico	12	19,0
Cesárea	31	49,2
Otro Procedimiento	12	19,0
Se desconoce	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

De las 63 pacientes del estudio ,12 mujeres (19.0 %) tuvieron parto eutocico y de ellas 10 de los productos nacieron vivos y dos fallecieron. Así mismo se registraron en las historias clínicas 31 cesáreas (49.2%) de pacientes generalmente complicadas, que acudieron a Establecimientos de nivel II-2 y III-1 de MINSA y EsSalud, de las cuales presentaron 20 productos vivos, 8 productos fallecidos y en 3 se desconoce estados de los productos. En el rubro otros se consignaron 12 pacientes, que hacen un 19.0 %, en este grupo están

incluidos pacientes con productos muertos a los que se les sometió a legrado uterino, que fueron realizados en IPRESS con las competencias para este procedimiento y existieron pacientes que fallecieron con el producto en útero y no registraron ningún procedimiento. En el rubro, se desconoce se registraron 8 pacientes (12.7%) catalogadas como muerte materna, que no registraron en la historia clínica datos debido a que fueron atendidos en otros

establecimientos de salud III-1, ni tampoco se completó la autopsia verbal, para mayor información.

MORTALIDAD MATERNA Y LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO:

Tabla 26

Mortalidad Materna por lugar de Atención del Parto.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Regional	23	36,5
Hospital Local	14	22,2
Domicilio	1	1,6
Ningun Procedimiento	9	14,3
Se desconoce	9	14,3
III-E	4	6,3
Clínica I	1	1,6
Clínica II	1	1,6
Clínica III	1	1,6
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

El lugar de atención del parto, ya sea parto vaginal o cesárea, reportado en el presente estudio, se ha realizado en los Hospitales Regionales en 23 casos (36.5%), tanto de EsSalud como en MINSA, las atenciones se han realizado en la mayor parte en Hospitales Regionales de MINSA 20 de la jurisdicción y una del interior del País y dos pacientes de este grupo fueron atendidas en Hospitales Regionales de EsSalud. Así mismo 14 pacientes fueron atendidas en sus partos en Hospitales Locales (22.2%), del MINSA: 9 de la jurisdicción y 2 de Hospitales del interior del País y 3 de Hospitales de EsSalud. Solo una paciente dio a luz en su domicilio (1.6%), 9 pacientes fueron catalogadas como otros (14.3%), aquí se incluyeron pacientes que fueron categorizados como fallecidos, pacientes que no fueron

sometidos a ningún procedimiento, en 9 pacientes no registraron datos en la historia clínica es el caso de los pacientes atendidos en otros establecimientos de salud y que al referirlos, no menciona estos datos (14.3%), 4 pacientes de este grupo fueron atendidos en un Establecimiento de Salud categorizado en III-E: Instituto Materno Perinatal (6.3%) y 3 fueron atendidos en 3 IPRESS Privadas (cada uno con 1.6%).

En relación a MINSA, en la jurisdicción de Lima Este existían al momento de estudio 5 Centros Materno Infantiles, que deberían cubrir la atención de partos eutócicos y atenciones de la especialidad sin complicaciones en su mayoría, identificando los problemas de manera oportuna, en pacientes complicados la atención correspondía al Hospital Regional, la derivación de un nivel a otro debería ser adecuada y de manera oportuna, para lograr el éxito en la atención, igual fenómeno se observa en IPRESS de EsSalud, en ellos no existen centros materno Infantiles, pero sus centros deben potenciar actividades de obstetricia y ginecología.

MORTALIDAD MATERNA Y PERSONAS QUE ATENDIERON EL PARTO:

Tabla 27

Mortalidad Materna por Persona que atendió el parto.

Disa IV Lima Este - 2012-2015

	Frecuencia	Porcentaje
Especialista	33	52,4
Médico General	2	3,2
Obstetra	6	9,5
Médico Residente	2	3,2
Interno	1	1,6
Otro profesional	3	4,8
No registros en H.CL.	4	6,3
No hubo parto	12	19,0
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

De las 63 pacientes del estudio. 33 fueron atendidas por especialistas (52.4 %) de Gineco – Obstetricia, participaron 2 Médicos Generales (3.2 %) según la Historia Clínica (paciente trasladado desde un Policlínico Privado a un Establecimiento III-E y el otro transferido de un Hospital local a Hospital III-1), 6 pacientes (9.5%) fueron atendidos por obstetras, todas realizaron procedimientos de parto vaginal(una atendió en Establecimiento de Salud III-2, otra en Establecimiento de Salud III-1, tres en establecimientos de salud II-2 y otro de ESSALUD), 2 Médicos Residentes de Gineco-obstetricia(3.2%),

Sumieron la responsabilidad de atender pacientes en un Establecimiento MINSA III-1, en atención de cesáreas. Solo un interno (1.6%) tuvo la participación en la atención de una paciente de este grupo y en una atención de parto vaginal.

Tres de los 63 pacientes del presente estudio (4.8%), fueron atendidos por otro profesional: 1 enfermera que participo además en el traslado de la paciente, aquí se incluye paciente registrado como cadáver sin registro detallado y finalmente otro personal de salud que se desconoce, quien realizo atención a Domicilio. En 4 de las pacientes (6.3%), no se registró atención de parto en la Historia Clínica y en 12 pacientes no aplico, porque no hubo parto (19%).

MORTALIDAD MATERNA Y COMPLICACIONES EN EL PARTO:

Tabla 28

*Mortalidad Materna por presentación de Complicaciones durante el parto.**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia y Eclampsia	10	15.9
Hemorragia	6	9.5
Infecciones	1	1.6
No reg. de información	5	7.9
No H/compl.	10	15.9
Otro	31	49.2
Total	63	100.00

FUENTE: Ficha de Recojo de Investigación

Existieron complicaciones en el parto en 31 pacientes, distribuyéndose de la siguiente manera; De los 31 catalogados como otros 49.2% (14 pacientes presentan complicaciones por patologías básicas, concomitantes y /o complicaciones de estas por el estado de gestación y / o parto, además se incluyen pacientes fallecidas para esa fecha), así mismo 10 pacientes presentaron preclampsia y/o eclampsia (15.9%), seguido de 6 pacientes que presentaron hemorragia (9.5%) y hubo un solo paciente con infección (1.6%) , se desconoce en 5 por no existir registro de información y no hubo en 10 pacientes (15.9 %) .

MORTALIDAD MATERNA Y CONTROL DEL PUERPERIO:

Tabla 29

*Mortalidad Materna por Control de Puerperio.**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato	33	52,4
Cada 15 min. hasta las 2 h.	8	12,7
No se controló	1	1,6
No hubo registro de hist.clinica	2	3,2
No aplica	19	30,2
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

De las 63 pacientes catalogadas como muerte materna se controlaron en el puerperio de manera inmediata 33 pacientes (52.4%), la mayoría de ellos productos de complicaciones de las pacientes por patologías concomitantes, que agravaron estado de la gestante y que obligaron a un control estricto de las pacientes. 19 de las pacientes del grupo de estudio (30.2%), no aplicaron a un control en el puerperio, a este grupo pertenecen aquellas pacientes que ingresaron al establecimiento de salud como cadáver, los que fallecieron durante la gestación y parto, solo dos (3,2%) se desconoce si se controló el puerperio, porque no hay registro en la historia clínica; de controles o seguimiento de las pacientes posterior a los procedimientos realizados como parte del tratamiento. Solo 8 pacientes se controlaron cada 15 minutos según normativa (12.7%), estas son provenientes de parto vaginal. No se controló a 1 paciente (1.6%) por haber sido atendido en su domicilio.

MORTALIDAD MATERNA Y PERSONAS QUE CONTROLARON EL PUERPERIO:

Tabla 30

*Mortalidad Materna por personal que controló el puerperio.**Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Especialista	32	50,8
Médico General	2	3,2
Obstetra	5	7,9
No aplica	19	30,2
	No reg.en hist.cl.	4,8
Otros	2	3,2
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

De las 63 pacientes catalogadas como muerte materna que forman parte del Estudio: 32 pacientes fueron controladas por especialistas de Gineco – Obstetricia (50.8%), si se realiza un comparativo de los profesionales que atienden el parto y aquellos que controlan el puerperio, se evidencia que se mantienen la mayoría de ellos con la paciente, excepto los anestesiólogos quienes al terminar el parto. Ceden la posta a las enfermeras quienes pasan a controlar a los pacientes, 2 Médico General (3.2%) según la historia clínica paciente trasladado desde Policlínico Privado a un Establecimiento III-E y el otro transferido de un hospital local a hospital III-1 y ambos se mantienen desde la atención del parto, 5 pacientes (7.9%) fueron atendidos por obstetras, todas realizaron procedimientos de Parto Vaginal, y 4 de ellas se mantuvieron desde el control del parto. En 19 pacientes no aplico, porque no hubo parto y por lo tanto no hubo control de puerperio (30.2%). En 3 de las

pacientes (4.8%), no se registró control de puerperio en la historia clínica, por lo que se desconoce y en 2 de los 63 pacientes del presente estudio (3.2%), fueron atendidos por otro profesional.

MUERTE MATERNA Y COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO:

Tabla 31

Mortalidad Materna por presentación de Complicaciones en el Puerperio.

Disa IV Lima Este - 2012-2015

	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia y Eclampsia	6	9.5
Hemorragia	13	20.6
Retención de R. placentarios	1	1,6
Sepsis	1	1,6
Sin regist. en Historia clínica	2	3.2
No Hubo complicaciones	5	7.9
Otro	35	55.6
Total	63	100,0

Ficha de Recojo de Investigación

Existieron complicaciones en el puerperio en 35 pacientes de las 63 pacientes, distribuyéndose de la siguiente manera; De los 35 catalogados como otros 55.6 % (14 pacientes presentan complicaciones por patologías básicas, concomitantes y /o complicaciones de estas por el estado de gestación y / o parto, además se incluyen pacientes fallecidas hasta ese momento del proceso, así mismo 13 pacientes presentaron hemorragia (20.6%), seguido de 6 pacientes que presentaron preeclampsia y eclampsia (9.5%). Se compartió iguales cifras 1 (1.6%) paciente presentó retención de restos placentarios y otra

presentó Sepsis, 5 pacientes no presentaron complicaciones durante el puerperio (7.9 %): y otras que se desconocen porque no se registran en la historia Clínica, en este último grupo se encuentran 2 pacientes (3.2 %).

AUDITORIA DE CASO POR MUERTE MATERNA:

Tabla 32

Auditorias de Caso por Muerte materna .

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Se realizan A. de Caso	55	87,3
No se Realiza A. de Caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

Se han realizado 55 auditorias (87.3%) de caso, se ha tomado en cuenta la auditoria de por lo menos un establecimiento de Salud, que ha realizado atención en algún nivel, a la paciente catalogada como muerte materna y que forma parte del presente estudio. No se ha realizado auditoria en 8 historias clínicas (12.7 %), debido a que en 3 pacientes fueron registrados como ingreso de cadáver, 1 Historia Clínica se reportó como perdida, 3 atenciones fueron realizadas en otras instituciones que no correspondían a la Jurisdicción de Lima Este, pero por procedencia fueron informadas a DISA IV LE y la última se encuentra en criminalística, por lo tanto no se cumple con el primer requisito para establecer la ejecución de la auditoría de caso.

UPSS EVALUADA DURANTE LA AUDITORIA DE CASO:

Tabla 33
 UPSS de la que se realizó la auditoria de Caso
 Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta externa	22	34,9
Centro quirúrgico	3	4,8
Emergencia	27	42,9
Otro.	3	4,8
No se realizó A. de caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

En relación a las UPSS que se auditaron según las atenciones se realizaron: 27 atenciones en la UPSS de emergencia (42.9%), siendo el servicio donde más ingresaron las pacientes por su complejidad debido a la situación de salud, el siguiente servicio auditado es la UPSS consulta externa, donde se han registrado 22 pacientes que han sido atendidos en este servicio (34.9%). Existieron iguales cifras para las UPSS auditadas: 3 de Centro Quirúrgico (4.8%), también con 3 (4.8%) que corresponden 2 de UPSS UCI y 1 de la UPSS consulta externa de la estrategia de TBC. Y no se realizaron auditoria de caso en 8 pacientes (12.7%). porque no cumplían con requisitos establecidos de acuerdo a norma.

PRIMERA SUMILLA DE AUDITORIA DE CASO POR MUERTE MATERNA:

Tabla 34

*Primera Sumilla redactada en la A. de Caso por Muerte Materna .
Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
No registro de manejo de paciente	6	9,5
Omisión de registro	3	4,8
Manejo inadecuado de las pacientes	25	39,7
Procedimiento inadecuado de la referencia	3	4,8
HC sin formatos SIS	2	3,2
No registro en HC.	6	9,5
Incumplimiento de guías de atención	7	11,1
OtroEspecificar	3	4,8
No se realizó A. de caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

En relación a la sumillas registradas en las auditorias de caso, se han considerado solo dos sumillas, siendo la primera la de mayor importancia. Cabe mencionar que en algunas auditorias existen más de dos sumillas: En la primera sumilla se encontró que 25 auditorias refieren que existió manejo inadecuado de los pacientes es el principal problema (39.7%), no se ha realizado auditoria a 8 pacientes, por razones antes expuestas. La siguiente es el incumplimiento de las guías de atención, que se informaron en 7 auditorias (11.1%), cifras similares informaron que 6 auditorias mencionan que no registraban el manejo de la paciente (9.5 %) y el no registro de la Historia Clínica. Así mismo existen cifras similares en: 3

auditorías (4.8%) que informan omisión de registro, es decir no se registra ni expresa lo realizado en el paciente, igualmente 3 auditorías informan sobre el procedimiento inadecuado de la referencia del paciente(4.8%): por envió sin coordinación y sin llenado de formato de la referencia y 3 incluyeron el ítem otro: los cuales eran pacientes con comorbilidades sin tratamiento, no se contaba con profesionales según categorización y no hay fortalecimiento de competencia de los profesionales. Finalmente dos auditorías informaban que existían historias clínicas sin formatos del seguro integral de salud (3.2%).

CRITERIO DE LA PRIMERA SUMILLA DE AUDITORIA DE CASO POR MUERTE MATERNA:

Tabla 35

Criterio de Primera Sumilla de Auditoria de Caso por Muerte Materna.

Disa IV Lima Este - 2012-2015

	Frecuencia	Porcentaje
Guías de atención de emergencias obstétricas	14	22,2
Norma técnica de Historias clínicas de establecimientos de salud público y privado.	8	12,7
Norma técnica - 018 MINSA/ DGSP-V.01 de Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos de salud.	3	4,8
Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes	26	41,3
OtroEspecificar	4	6,3
No se realizó A. de caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

Los criterios son la Norma, Directiva y/o Guías que sustentan las sumillas encontradas, existen problemas en los siguientes documentos normativos:

En 26 auditorías, mencionaron que existe dificultad, en el uso de las Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes asociadas a gestación: que corresponde a un 41.3 %, básicamente en infecciones del tracto urinario, tuberculosis, anemia, obesidad, etc. En 14 auditorías, mencionaron que existe dificultad, en el uso de las Guías de atención de Emergencia: en las 3 morbilidades más frecuentes (22.2%). Así mismo existe dificultad en el cumplimiento de la Norma técnica de gestión de historia clínica en establecimientos de Salud, según referencia en 8 auditorías de caso (12.7%) y en 4 auditorías (6.3%) se menciona dificultades en el cumplimiento de normas como la de categorización, normas técnicas de tuberculosis y otros, así mismo existe 3 auditorías que mencionan dificultad en el cumplimiento de la normativa de sistema de referencia y contrarreferencia (4.8%).

SEGUNDA SUMILLA DE AUDITORIA DE CASO POR MUERTE MATERNA:

Tabla 36

Segunda Sumilla redactada en la A. de Caso por Muerte Materna.

Disa IV Lima Este - "2012-2015"

	Frecuencia	Porcentaje
No registro de manejo de paciente	7	11,1
Omisión de registro	6	9,5
Manejo inadecuado de las pacientes	17	27,0
Procedimiento inadecuado de la referencia	7	11,1
HC sin formatos SIS	1	1,6
No registro en HC.	8	9,5
Incumplimiento de guías de atención	2	3,2
Otro.	7	11,1
No se realizó A. de caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

En relación a las segundas sumillas registradas en las auditorías de caso, en el presente estudio, se han considerado 17 auditorías refieren que existe manejo inadecuado de los pacientes, por lo tanto es el principal motivo de la segunda sumilla (27.0%), no se ha realizado auditoría a 8 pacientes (12.7%), por razones antes expuestas. La siguiente es el no registro de la historia clínica, que fue informada en 8 auditorías (12.7%). Existen cifras similares en 7 auditorías (11.1%), que mencionan el no registro del manejo de pacientes, así como el procedimiento inadecuado de la referencia y el rubro otros, que se incluían pacientes con comorbilidades sin tratamiento, no se contaba con profesionales según categorización y no hay fortalecimiento de competencia. Finalmente solo 1 auditoría informaban que existían historias clínicas sin formatos del seguro integral de salud (1.6%).

CRITERIO DE LA SEGUNDA SUMILLA DE AUDITORIA DE CASO POR MUERTE

MATERNA:

Tabla 37
*Criterio de Segunda Sumilla por Auditoría de Caso por muerte materna .
 Disa IV Lima Este - "2012-2015"*

	Frecuencia	Porcentaje
Guías de atención de emergencias obstétricas	11	17,5
Norma técnica de Historias clínicas de establecimientos de salud público y privado.	13	20,6
Norma técnica - 018 MINSA/ DGSP- V.01 de Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos de salud.	7	11,1
Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes	15	23,8
Otro.	7	11,1
Norma técnica de categorización de establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo	2	3,2
No se realizó A. de caso	8	12,7
Total	63	100,0

Fuente: Ficha de recojo de información para investigación

En 15 auditorías, mencionaron que no se usaron o no se aplicaron o existe dificultad, en el uso de las Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes: que corresponde a un 23.8 %, básicamente en infecciones del tracto urinario, tuberculosis, anemia, obesidad, etc. En 13 auditorías (20.6%), mencionaron que existe incumplimiento de la Norma técnica de gestión de historia clínica en establecimientos de Salud, 11 auditorías (17.5%), tiene dificultad, en el uso de las Guías de atención de Emergencia, en las 3 morbilidades más frecuentes, en 8 casos(12.7 %) no se realizó auditorias de caso por no cumplir requisito: No hay atención en IPRESS de la jurisdicción de DISA IV Lima Este .Existe iguales cifras 7 (11.1 %), tanto para incumplimiento de Norma técnica de sistema de referencia y contrarreferencia y otros: Ley general de Salud, no hay cirujano permanente en emergencia, incumplimiento de la Directiva Administrativa de atención de pacientes y otros, existen 2 auditorías de caso que mencionan incumplimiento de norma técnica de categorización de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (3.2 %).

CAPITULO V

DISCUSION:

5.1.- DISCUSION:

La razón de muerte materna en DISA IV LIMA ESTE del 2007 al 2011, encontró que su pico más alto estuvo en el año 2007 por presentar una razón de 50.4 por 100,000 n. v, (18 casos) y su menor cifra se encuentra en 27.3 por 100,000 n.v. para el año 2011 (12 casos).en el intervalo entre el 2007 al 2011 antes del estudio, se evidenció un descenso de las cifras de esta razón. Durante el periodo de estudio, las cifras eran fluctuantes existiendo la menor razón de muerte materna en el 2013 (31.01 por 100000 n. v.) y el mayor pico durante el 2014, con 39.05 por 100,000 n. v.), cifras mayores a los años anteriores, a pesar de acciones implementadas para mejorar la atención de gestantes.

Según el estudio realizado por Llerena J. registrada posterior al estudio de 33 casos de muerte materna en el Hospital de Apoyo Maria Auxiliadora, durante los años del 2011 - 2015, menciona que en el año 2014 tuvo una razón de muerte materna de 86 por 100 mil n. v. (6 casos), en contraste al estudio realizado por el Dr. Adolfo Pinillos en el Hospital Hipólito Unanue en los años 2012-2014, en el que en el mismo año tenía una razón materna de 209 por 100 mil n. v (13 muertos), ambos son Hospitales de Lima, categorizados como III-1, este último forma parte de la DISA IV Lima Este y por lo tanto los casos, formaron parte del presente estudio, además se deberá tener en cuenta que son hospitales que reciben pacientes con complicaciones obstétricas (Llerena Flores, 2017).

Es importante mencionar que al comparar los resultados obtenidos en el presente trabajo, en relación a los obtenidos en la Región Cusco, durante los años 2010 al 2014 (estudio de 114

casos), la razón de muerte materna osciló entre 81.3 a 121.02 muertes maternas por cada cien mil n. v. y para el 2014 se estima una razón de mortalidad materna de 111.5 por cada cien mil nacidos vivos (Quispe Chancolla, 2016). Así mismo, realizaron el estudio de Mortalidad materna en la Dirección de Salud Ancash en 1999 al 2009, encontraron una razón de muerte materna al cerrar el 2009 de 90/100000 nacidos. Vivos (248 casos de muerte materna). (Wong, Wong, y Husares, 2011). Comparando los cuatro resultados, dos de ellas de Direcciones de Salud del interior del país, con menos cantidad de profesionales y condiciones de salud y dos hospitales que a pesar de estar en Lima y de recibir las referencias del interior del país, cuentan con cifras elevadas de la razón de muerte materna en comparación de las cifras bajas, obtenidas en el presente estudio en la DISA IV LE, asimismo cabe mencionar que aquí se consideró el total de pacientes, que acudieron a IPRESS de tercer Nivel y de segundo nivel de IPRESS Públicas, Privadas y Mixtas, los resultados son bajos en relación a las cifras nacionales e internacionales. En las cifras de las dos DIRESAS mencionadas, un porcentaje llega del Hospital, la mayoría fue considerada como atención domiciliaria y un porcentaje falleció camino al establecimiento de Salud, a diferencia de nuestras IPRESS, en los que en la mayoría 62 pacientes fueron atendidas en diferentes IPRESS y solo una paciente es atendida en domicilio.

De manera conjunta, la tasa de muerte materna registrada en este periodo de estudio, fluctuó entre 1,66 por 100,000 mujeres en edad fértil para el 2013(pico más bajo) y 2.10 por 100,000 mujeres en edad fértil para el 2014 (pico más alto). En la mayoría de los trabajos revisados, se ha considerado la razón de muerte materna, que nos plantea la vulnerabilidad ante un posible daño de una mujer embarazada, la tasa de mortalidad materna es poco utilizada, de todas maneras se presenta resultados en el presente estudio, para conocimiento y mejor planteamiento del problema.

El presente estudio, muestra los resultados por tipo de muerte materna, así el porcentaje de las causas directas ocuparon el primer lugar, con un 55.6% de mujeres que fallecieron por estas causas (35 casos) y el 41.3% fueron catalogadas como muertes maternas indirectas (26 casos) y podemos atrevernos a decir que las cifras entre las muertes directas e indirectas, presentan una diferencial más corta conforme transcurre el tiempo, de manera coincidente con otros estudios realizados a nivel nacional, se evidencia que los mencionados tienen porcentajes más altos que los presentados en el presente estudio para muerte materna directa: 83 %, 71.9 % y 60.6% respectivamente (Chumbe et al., 1997; Quispe Chancolla, 2016; Wong et al., 2011), así mismo en este estudio se evidencia que la pre-eclampsia y la eclampsia ocupa el primer lugar con 16 casos (25.4 %), seguidos de hemorragia ocupando el segundo lugar 11 casos (17.5 %), y el tercer lugar corresponde, a las infecciones con 8 casos (12.7 %), se incluyó un siguiente ítem denominado como otros que serían considerados como muertes maternas indirectas, con un 44.4% (28 casos), es decir que existe otras patologías que se encuentran concomitantes y que agravan estado de las pacientes (entre los que resaltan: cardiopatía, TBC, Insuficiencia respiratoria aguda, VIH, cáncer e Inclusive Infertilidad)

En otras fuentes de información refieren que en el primer lugar corresponde a la causa de hemorragia con un 56 %, seguido de la enfermedad hipertensiva con 19 %, otras causas ocupan el 14 %, la infección cuenta con 7 % y el aborto ocupa un 4 % (Wong et al., 2011). De acuerdo a otro grupo de estudio la causa materna de Hemorragia postparto ocupa el primer lugar con el 36 % de atonía uterina, seguido del trastorno hipertensivo en el embarazo, parto y puerperio con 15 % síndrome Hellp y eclampsia severa y el 5.2% corresponde a la infección relacionada con el embarazo: Sepsis puerperal e infección Urinaria (Quispe Chancolla, 2016). Ambos trabajos de investigación difieren del presentado colocando en primer lugar causas directas de tipo hemorrágicas con cifras altas, lo que indicaría la

necesidad de establecer en ellos las medidas adecuadas para enfrentar este tipo de complicación obstétrica: Clave Roja. En otra investigación, mencionan que la primera causa genérica que predomina fue la hipertensión, con un 55 %, en un segundo lugar lo ocupa el aborto (Llerena Flores, 2017). Así en la investigación realizada por Peñuelas, menciona que las principales causas de MM obstétrica directa en orden descendente de frecuencia fueron la preeclampsia- eclampsia, las hemorragias y la sepsis (Peñuelas-Cota et al., 2008). Los resultados de las dos últimas investigaciones mencionadas coinciden con el resultado de esta investigación, identificando en primer lugar a la hipertensión y comparando con la información de investigaciones realizadas en el tema: la hipertensión, ocupa el primer lugar, en dos de ellos e inclusive con cifras porcentuales semejantes 56%, por lo tanto es necesario implementar la clave azul en primera instancia y luego la clave roja, es importante señalar que la muerte obstétrica indirecta cobra cada vez más importancia y en promedio está presente en aproximadamente uno de cada 5 muertes, con lo que se coincide, ya que en la presente investigación, se hace hincapié que muchas de las gestantes tiene patologías, que pueden tener su origen en actividades, en las que no se están realizando acciones preventivas (en TBC, VIH y Salud Sexual y Reproductiva) e inclusive de no gestación en las pacientes con enfermedades concomitantes de gran riesgo sin embarazo (como el caso de pacientes con Cáncer, Síndrome de Marfan e Infertilidad), circunstancias originadas por falta de información durante la realización de la historia clínica y control de embarazo no adecuado.

Las características epidemiológicas de una paciente catalogada como muerte materna en el presente estudio, refiere que se trata de una persona mujer adulta, de edad promedio 30 años, económicamente activa y de la que depende una familia. Así la edad media de las pacientes catalogadas como muerte materna fue de 28.6 y de los controles 25.5 años, según (Romero-Gutiérrez, Espitia-Vera, Ponce-Ponce de León, y Huerta-Vargas, 2007) y la media fue de 26 años (Lubbock y Stephenson, 2008), en ambas se evidencia cifras menores a lo

encontrado en nuestra investigación, pero sin una diferencia muy marcada. En el presente estudio el valor de la edad media ponderada de las mujeres que fallecieron para este periodo de tiempo, se encuentra en 30.38 años, con una mínima de 12 años (gestante adolescente) y una máxima de edad de 42 años, por lo tanto la edad media encontrada es mayor que las investigaciones antes enviadas y los casos de adolescentes están presentes todavía (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011).

La Escasez de recursos, sobre todo los económicos fue, en la mayoría de casos considerado como un elemento que aumenta la probabilidad de mortalidad materna, debido a que las gestantes no podía tener condiciones de salud adecuada, a lo que se agrega la posibilidad de ser madres solteras con carga familiar previa, por lo que se les hace difícil sostener el costo de vida, medicamentos, operaciones, transporte y cuidados postoperatorios de ella y otros, pudiendo recibir por esta causas, poca atención prenatal y postnatal en IPRESS públicas y privadas. En el presente trabajo la gran mayoría 90.5 % de los pacientes, fueron financiados, ya sea por el seguro integral de salud o por EsSalud, por lo tanto las prestaciones recuperativas y preventivas estuvieron aseguradas en la atención en las pacientes gestantes y los productos y la accesibilidad económica aumento en gran parte la posibilidad de mejores atenciones para todas las gestantes a nivel jurisdiccional y nacional, excepto porque impresiona como que el beneficio del SIS, no fue entregado a quienes verdaderamente lo necesitan y ese debe ser parte de otro estudio de investigación.

Se evidencia un mayor sinceramiento de la información en relación al estado civil, la unión libre surge como una alternativa real en nuestra sociedad, a diferencia de otros estudios que informan que la mayoría de las pacientes están registradas con estado civil casada, pero a su vez existe la interrogante de la existencia de hogares con doble cabeza de familia, así mismo la condición de madre soltera que favorece la exclusión social y desfavorece las

expectativas económicas y laborales de las mujeres en general lo que no es apoyado por la investigación realizada por Cordero y Gonzáles, quienes mencionan la importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia e inclusive menciona que en un estudio realizado en Sierra Leona se encuentra que el 40 % de las mujeres están casadas a los 15 años de edad. (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011). Así mismo, la investigación realizada por Chumbe, menciona en su investigación que predominantemente existía la unión estable en su grupo de estudio correspondiente a un 49 % (Chumbe et al., 1997). A favor de lo encontrado en nuestro estudio, se encuentran los trabajos de Peñuelas, quienes según los datos establece que la unión libre está en el 46 % de sus casos, hay 14 pacientes que corresponden a 38.07%, que estaban casadas y otro (soltera y divorciada) solo en un 5% (Peñuelas-Cota et al., 2008), así mismo el estudio de Llerena, menciona que el estado civil que predominaba era los convivientes con 69.7 % (Llerena Flores, 2017); además que el 58.8%, de las pacientes catalogadas como muerte materna fueron convivientes y solo el 21.9% eran casadas (Quispe Chancolla, 2016). Estas tres últimas investigaciones dan conformidad a los datos encontrados en nuestra investigación, siendo aparentemente el estado de casado o conviviente una manera de asegurar el apoyo de una pareja durante el periodo durante y posterior a la gestación y permite establecer un aparente sinceramiento del estado civil de una gestante.

La mayoría de mujeres catalogadas con muerte Materna 41 casos (63.5 %) presenta un nivel de instrucción adecuado (secundaria y superior), por lo tanto debieron conocer y/o tener mayor interés, en la importancia de una adecuada evaluación de la gestación. En oposición a estos resultados el trabajo de investigación del Dr. Wong, refiere que el tener educación baja (60 %,lo encontrado en su investigación), no da mayor oportunidad de buscar información sobre el cuidado de la salud y la gestación, determinando ciertos comportamientos y creencias sobre el proceso de salud y enfermedad (Wong et al., 2011). Para Peñuelas el nivel

de escolaridad mínimo fue de primaria con 13 pacientes (41.93 %), secundaria 9 (29.03 %), preparatoria y profesional 2 (6.45 %) (Peñuelas-Cota et al., 2008). Cordero después de su revisión, no encontró evidencia que sugiriera que la mortalidad materna está directamente relacionada con la educación de la gestante (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011) y Quispe menciona que el 56.1% de las pacientes catalogadas como muerte materna en su estudio, no estudiaron o lo hicieron hasta primaria no determina grado y el 50 % habían estudiado secundaria y superior (Quispe Chancolla, 2016), lo que se contrapone a los resultados encontrados en la presente investigación, tal vez asociados a lugares de investigación, con pacientes incluidas que tenían menores posibilidades de instrucción (interior del país).

Así mismo la investigación realizada por Chumbe, menciona en su investigación que la mayoría de las gestantes en su estudio tuvo instrucción secundaria 48.4 % (Chumbe et al., 1997) y según Llerena, informó que el grado de instrucción en su estudio fue de 72.7% para aquellos que terminaron la secundaria (Llerena Flores, 2017). Así mismo el 40.8 % de los casos notificados de muerte materna tenían grado de instrucción secundaria (Gil Cipirán, 2016). En estas tres últimas fuentes de información, se evidencia resultados semejantes a la investigación presentada en este estudio, es decir pacientes gestantes con preparación y acceso a la educación, cabe mencionar en la tercera fuente de información mencionada se recoge información a nivel nacional .

En relación al número de gestaciones que presentaban las mujeres catalogadas como muerte materna en este estudio, según la revisión de historias clínicas, las pacientes nulíparas se encontraban en 3.2 % (2 casos) y/o con por lo menos una a tres gestaciones 60.9 % (39 casos) y multíparas se consideran solo 19 pacientes (29.7%). Según Peñuelas, menciona que en su investigación ,el número de gestaciones previas se evidenciaron en 21 pacientes que

eran multíparas (67.74%) (Peñuelas-Cota et al., 2008). En contraposición a la investigación anterior y en el apoyo a nuestra investigación, Llerena menciona que en su estudio, solo el 3 % ha presenta 6 o más embarazos (Llerena Flores, 2017). Las primigestas ocupan casi la tercera parte con un 30.3 % de la población de estudio y el mayor porcentaje con 57.5 % en aquellas pacientes con 2 o 3 gestaciones. Según Cordero, menciona en su revisión que Romero et al, en estudio realizado en México, asevera que en 110 casos de muertes maternas estudiadas, donde la media de paridad fue 3.6 (19) (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011). Al parecer existe mayor responsabilidad en la cantidad de niños que se pueden tener y el promedio de hijos fue de 2 o 3, lo que coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio.

El momento del Fallecimiento en este estudio, se registra en su mayoría 42 casos (67 %) ocurrieron en el puerperio. En el momento de la gestación se registraron 17 fallecimientos de mujeres catalogadas como muerte materna (27 %) y al momento del parto fallecieron 4 pacientes del grupo de estudio (6.3%). El estudio de Wong, refiere que el momento de fallecimiento más frecuente fue en el parto en 57 %, el embarazo en 23 % y en el puerperio 20 %, probablemente por menor accesibilidad a cuidados, en establecimientos con mayor capacidad resolutive (Wong et al., 2011). Así mismo, existen una serie de investigaciones que respaldan los resultados que hemos obtenido; el primero refiere que el 35.5 % de las mujeres fallecieron en el puerperio posterior a Cesárea y el 23% en el puerperio posterior al parto normal, por lo tanto si sumamos ambas cifras, más de la mitad de mujeres murieron en el puerperio (Karam Calderon et al., 2007), además, según Llerena se mencionan que el momento de muerte ocurrió en el 67.74 % y en el 84.8 % de los casos respectivamente, durante el puerperio, es necesario mencionar que la mayor complicación de este periodo fue hemorragia y que más de la mitad de los niños nacieron sin complicaciones y con buen apgar, lo que traduce que se intentó brindar a las pacientes, la mejor calidad de atención, es

necesario incentivar el uso de claves obstétricas para evitar inadecuados desenlaces (Llerena Flores, 2017; Peñuelas-Cota et al., 2008).

ATENCION PRENATAL:

En este grupo de estudio la mayoría de las gestantes 43(68.3 %) sabían de la importancia del control prenatal, por lo que asistieron al mismo e inclusive se ve avalado este resultado con el número de controles a los que asistieron en su mayoría entre 4 a 9 (30 casos, 47.7 %), existiendo una paciente que acudió a 10 controles prenatales (1.6%). En cuanto a aquellos que no acudieron 10 gestantes (15.9 %), es preocupante, ya que habiendo transcurrido nueve meses de su gestación no han acudido a un control prenatal, ni el personal de salud de las IPRESS, ha identificado a las gestantes en su jurisdicción, con la finalidad de educar a la paciente en los beneficios del seguimiento de una gestante. Existe una especial atención, en el no registro de las historias clínicas 10 (15.9 %),ni uso de Carnet Perinatal, a pesar de existir normativa que apoya su uso, llama la atención que pacientes con enfermedades concomitantes y/o crónicas en las pacientes de este grupo, tales como: Tuberculosis, VIH, Cáncer y otros: quienes en muchos casos han recibido atenciones en consultorios externos por la patología concomitante y no evidencian atenciones obstétricas, por lo tanto no hay una atención integral, sino individualizada de cada gestante.

En otras investigaciones, la mayoría de mujeres que tuvieron muerte materna acudieron a control prenatal, en un 77 %, durante el embarazo pero se hace hincapié que se debe brindar controles prenatales adecuados, oportunos y de calidad, sobre todo en mujeres con riesgos identificados y que el personal de salud debe tener las competencias, que permitan solucionar de manera adecuada y oportuna complicaciones obstétricas que se presenten

durante la gestación (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011). Según Llerena, encontró que el 84 % tuvo algún control prenatal y dos terceras partes recibieron menos de 6 controles previos al parto y menciona que los que no recibieron ningún control fallecieron antes de las 28 semanas (Llerena Flores, 2017). Además, el estudio menciona que el 62 % de las mujeres tuvieron control prenatal y de ellas el 23 % tuvieron 2 o 3 consultas prenatales y el 24 % tuvieron más de 4 consultas y estos son los que avalan el estudio realizado, es necesario establecer que la cantidad de controles prenatales es fundamental, pero aún más es la calidad de control prenatal, lo que hace la diferencia, sin dejar de cumplir los controles requeridos por nuestro órgano Rector (Karam Calderon et al., 2007). Es necesario impulsar el esquema establecido en la atención de gestante reenfocada, es decir brindar el paquete completo, además de los 6 o más controles durante la gestación. Así mismo una atención integral, permitirá trabajar con el equipo multidisciplinario, con la finalidad de identificar riesgos y maximizar los beneficios en las pacientes. Cabe mencionar que solo un 54.84% tenían controles prenatales y según documentos oficiales Mexicanos 007-SSA2-1993, se planteaban que las pacientes deberían tener 5 consultas prenatales, pero según este estudio no se llegó a cumplir con lo establecido por la normativa siendo la media de consultas prenatales $3,3 \pm 2.4$ consultas prenatales, creemos de importancia resaltar que otros países, establecen normativas que regulan los controles prenatales (Peñuelas-Cota et al., 2008) y por lo tanto, evidenciaron resultados similares a lo encontrado en la presente investigación.

En relación al Tipo de IPRESS que realizó el control prenatal en las pacientes catalogadas como muerte materna, evidenció que la mayoría se realiza en los Centros o Puestos de Salud de su jurisdicción, allí se controlaron 23 (36.5 %) y 12 casos el 19 % realizó esta actividad en Hospitales Locales, en relación a lo encontrado en el presente estudio, este se ve respaldado con los resultados del estudio de la Dra. Del Carpio en la que refiere que las mujeres que fallecieron habían accedido a los servicios de salud para la

atención prenatal en un 39,3% y la atención fue realizada en puestos de salud y lo más probable por un técnico sanitario (Carpio Ancaya, 2013). En el caso de las IPRESS involucradas en la presente investigación están categorizadas como establecimientos I -2 al 1-4, es decir fueron atendidos por profesionales médicos y obstetras, para los dos primeros niveles y profesionales de gineco-obstetricia de los Centros Materno Infantiles (aunque algunos de los establecimientos tenían problemas en el primer indicador de las funciones Obstétricas Neonatales Primarias y Básicas, según corresponde y con énfasis en profesionales que se requieren para cada nivel).

Lo importantes es que en su mayoría realizaron su primer control prenatal entre el primer y segundo trimestre, siendo el porcentaje de realización del primer control prenatal en estos trimestres de 55.5 %, pero existe un 44.5 % con dificultades para realización del primer control prenatal: de estos existe un porcentaje que lo realiza de manera tardía, es decir en el tercer trimestre (12.7%), no logrando considerarlas como gestantes controladas. Existe un segundo grupo que simplemente no realizó ningún control prenatal (15.9 %), lo que es preocupante, sobre todo por encontrarnos en el departamento de Lima, con un buen número de profesionales de la salud y finalmente existe un grupo de profesionales de la salud que aparentemente atendió a las pacientes, pero que no registraron ese dato en la historia clínica, es decir ni siquiera le dan la importancia del caso. Según ENDES, el 80,3% de las mujeres tuvieron su primera atención en los primeros tres meses de embarazo, los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en el área urbana (82,7%) o rural (73,1%), esto último no coincide con los resultados de la presente investigación, ya que según los resultados casi un 44.5 %, no cuenta con control prenatal oportuno y no se puede lograr cifras adecuadas en gestantes controladas, por lo tanto se debe implementar el seguimiento a gestantes y el sistema de radar de gestantes que en épocas anteriores dio buen resultado (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2016).

A través del control prenatal, en este estudio, no se identificó ninguna alteración en 27 pacientes (42.9%), pero si se identificó enfermedades y/o condiciones previas en 9 pacientes (14,3%), que se complicaron con el embarazo tales como: Infertilidad, Cardiopatía, Síndrome de Marfan y otros, pero no fueron atendidas de forma integral y /o tomadas en cuenta, como riesgos durante la gestación. Así mismo solo 25 pacientes de las 63, evidenciaron complicaciones durante la gestación, tales como: alteración en el peso: Obesidad y desnutrición (10), infección (9), hipertensión (4), y hemorragia (2), entre las principales causas de muerte materna, lo preocupante es que muchas de las patologías no recibieron tratamiento, ni seguimiento (según información registrada en las historias clínicas)

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico: patologías concomitantes, que solas o en conjunto, son condicionantes de embarazo de alto riesgo, con peligro de la gestante y/o el niño. Es necesario establecer que en el Perú, todas las gestantes son consideradas como de alto riesgo (Peñuelas-Cota et al., 2008).

En este estudio, 35 pacientes (55.6 %) han sido referidos a otras IPRESS, en su mayor parte por complicaciones que no pudieron ser manejadas en el nivel inicial I-2 al I-4 o en Hospitales Locales (de diferentes subsectores), un 8 % fue referido para manejo de patologías concomitantes(referencias que deberían ser evaluadas con oportunidad),asimismo la poca oferta de la jurisdicción en atención de parto y cesárea es el siguiente motivo de referencia de pacientes y existe un grupo de pacientes que fueron referidas a nuestra jurisdicción, que no registran información en las historias clínicas(del interior del País) . La mayor parte de las referencias vienen de Hospitales locales 25 casos (39.7 %) y 7 de Centros Materno Infantiles (11.1%), 2 de Hospitales regionales (3.2 %) y 2 pacientes fueron derivadas de IPRESS privadas.

Al presentarse la necesidad de atender una emergencia obstétrica, se debe conocer y aplicar procesos de atención de salud a la gestante o púérpera, que impliquen emergencias y el sistema de referencia y contrarreferencia, brindando atenciones con oportunidad y calidad, así mismo se debe conocer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de cada jurisdicción, lo mencionado es avalado por los siguientes resultados : 76.6 % de pacientes que llegaron a un establecimiento de salud en este estudio, fueron referidos a IPRESS de mayor complejidad y de estos el 13.2 % fallecieron durante la referencia y 13 pacientes gestantes que llegaron a un establecimiento de salud, no tuvieron tiempo para ser referidas porque fallecieron (Quispe Chancolla, 2016).

El 41.94 %, eran pacientes referidas de hospitales de primer nivel de atención (Peñuelas-Cota et al., 2008). Así mismo el estudio de Wong, enfatiza que al no referir a sus gestantes (71 %) a IPRESS de mayor complejidad, la paciente no recibió una atención especializada, que pudiera haberle brindado posibilidades de vida (Wong et al., 2011). Es probable que existan factores intervinientes, como el inadecuado manejo del sistema de referencia y contrarreferencia de las pacientes con riesgo, la accesibilidad a las IPRESS, la falta de ambulancias y otros.

En relación a los niños de estas gestantes, 30 recién nacidos producto de las 63 gestantes catalogadas como muerte materna, nacieron en adecuadas condiciones según el Apgar a los 5 y 10 minutos, esperamos que estos niños y niñas estén ellos solos o al igual que sus hermanos bajo la responsabilidad de personas que le brinden las condiciones adecuadas de amor y familia que ellos se merecen. Con respecto a los 22 niños restantes estos se encontraban muertos, queda un compromiso del personal de salud, en identificar los riesgos incluso antes de la gestación, evaluándose si es adecuado con el estado de salud de la paciente concebir, no olvidar que es un trabajo integral y si hay patología previas culminar

con la patología inicial y / o evaluar posibilidad de gestación. Comparando con algunos estudios Peñuelas, refiere que en su estudio existieron 22 recién nacidos vivos (68.76%) y 10 fueron Óbitos (31.24 %) (Peñuelas-Cota et al., 2008) y se menciona que las diferencias resaltan al evaluar las tasas de mortalidad perinatal (MP): para el grupo de fallecidas se encuentra una mortalidad fetal intermedia de 625 por 1000 n.v., mortalidad fetal tardía 271,2 por 1000 n.v. , mortalidad neonatal precoz 90,9 por 1000 n.v. y perinatal de 322 por 1000 n.v., teniendo significancia estadística alta. Por lo tanto, el personal de salud debe tomar en cuenta tanto el estado de la madre como estado del producto, para referencia es necesario el envío de las condiciones de la paciente, estos datos son de suma importancia y deben ser registrados en la historia Clínica u Hoja CLAP (Chumbe et al., 1997), resultados que no fueron planteados en el presente estudio .

En relación a la atención del parto: La mayoría de los pacientes de este estudio, registraron cesáreas 31(49.2%), ya que se trata de pacientes generalmente complicadas, de las cuales presentaron 20 productos vivos y 12 mujeres (19 %) tuvieron parto vaginal y de ellas 10 de los productos nacieron vivos y tuvieron apgar adecuado a los 10 minutos. En el rubro otros, se consignaron 12 pacientes (19.0 %), en este grupo están incluidos pacientes a los que se realizó legrado uterino, estos resultados coinciden con el estudio de Peñuelas et al (2008) refiere que el evento obstétrico más frecuente fue la operación cesárea con 41.94 % e informa otros eventos obstétricos como muerte de embarazada (25. 81 %), parto (16.13 %), cesárea más histerectomía (16.13 %).

El lugar de atención del Parto, ya sea parto vaginal o cesárea, reportado en el presente estudio, refiere que se ha realizado en su mayoría en los hospitales regionales en 23 casos (36.50 %) tanto de ESSALUD como del MINSA y 14 de las pacientes registraron atención de partos en Hospitales Locales (22.2 %), 11 de hospitales locales del Minsa y 3 Hospitales

de Essalud. El personal de salud especialista (52.4 %) de Gineco – Obstetricia, participo en su mayoría, para atención de cesáreas y el 9.5% que corresponden a obstetras, realizaron procedimientos de parto eutócico, solo una paciente fue atendido por personal de salud en su domicilio. Lo que es avalado por el estudio realizado por Llerena et al (2017), solo un pequeño porcentaje registra como lugar de parto su domicilio y más de la mitad de los partos de las pacientes de este estudio fue atendida en establecimientos de salud y de estos más del 50 % fueron atendidos en IPRESS del nivel III-1, un 33.3% fueron atendidos por Gineco-Obstetra, un 21.2 % fue atendido por médico general, un 27.3 % no registra datos en la Historia Clínica, un 6.1% por residente , 9.1 % por obstetra y solo un 3 % de los partos fue atendida por partera.

Según Quispe, el 44.0% del total de partos y abortos fueron atendidos por personal de salud y el 24.6% fueron atendidos en domicilio por personal de la comunidad o familiar. Los partos y abortos atendidos en una IPRESS ocurrieron en hospitales y el 39% corresponde a partos vaginales atendidos por obstetra, el 61% corresponde a cesáreas atendidos por especialista: Gineco-obstetras y 2 por médicos generales y el 10.5% ocurrieron en centros y puestos de salud. (Obstetra 6 partos, enfermera 1 partos y medico 2 partos). Información que coincide con los resultados del estudio realizado, ya que por contar con profesionales especialistas las cesáreas fueron realizadas por especialistas y los partos vaginales por médicos generales y obstetras (Quispe Chancolla, 2016).

Los partos institucionales han incrementado sus cifras y casi la mitad de las mujeres ahora tienen sus partos atendidos por personal de salud. La atención posnatal es la que más dificultades presenta para su monitoreo. Estos dos últimos resultados coinciden con lo encontrado en el presente estudio, toda vez que estamos refiriéndonos a estudios del departamento de Lima (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011).

En el estudio, se controlaron el puerperio de manera inmediata en 33 pacientes (52.4%), debido a que las pacientes por su estado se encontraban complicadas, que obligaron a un control estricto de las pacientes. Solo 12.7 % (8 pacientes) controlaron cada 15 minutos según norma, pero son pacientes provenientes de parto vaginal.

En Lima y de acuerdo a la categorización de establecimientos de salud, las atenciones por especialista fueron realizadas en 32 pacientes catalogadas como muerte materna (50.8%), No aplica en 19 pacientes (30,2%), puesto que no hubo parto, el siguiente profesional que atendió a las pacientes de este grupo de estudio fueron: obstetras, quienes atendieron el parto de 5 pacientes (7.9%) del grupo de estudio y siguieron el control de las pacientes en el puerperio inmediato. Existen 3 pacientes catalogadas como muerte materna (4.8 %), en los que se desconoce si existió control del puerperio, puesto que no registran datos relacionadas al tema en sus historias Clínicas y finalmente existe 2 pacientes (3.2 %) en los que otro tipo de profesional controló su puerperio: en este grupo se incluyen enfermera. Según Wong el manejo inadecuado de las hemorragias en el puerperio inmediato, determino que la muerte materna ocurriera con mayor frecuencia en el puerperio inmediato en 56% (Wong et al., 2011). En otro estudio se menciona que la atención postnatal sigue siendo el área más descuidada y pocas mujeres son visitadas en estas semanas vulnerables después del parto. Esta información pone al descubierto la evolución lenta, a pesar del programa nacional de maternidad en riesgo (Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011) y la mayoría de las muertes se produjeron en el puerperio inmediato (las primeras 24 horas post parto), que representa el 57.8% del total de muertes ocurridas en el puerperio. La fase del puerperio mediato (los primeros 7 días post parto) representa el 10.1% de los casos y la fase del puerperio tardío (desde el octavo día hasta la sexta semana - 42 días - post parto) representa el 4% del total de casos analizados en esta etapa, que avala lo encontrado en el estudio realizado (Gil Cipirán, 2016).

La mayoría de complicaciones en el puerperio: se incluyeron 55.6 % catalogadas como Otras: aquí se incluyeron 14 pacientes (22.2%) presentan complicaciones por patologías básicas, concomitantes y /o complicaciones de estas por el estado de gestación y / o parto, además se incluyeron en este grupo las fallecidas hasta ese momento, así mismo 13 pacientes presentaron hemorragia (20.6%), seguido de 6 pacientes que presentaron preclampsia y eclampsia (9.5%). Se evidencia 5 pacientes que no presentaron complicaciones durante el puerperio y otras sin registro en la historia clínica, en este último grupo se encuentran 2 pacientes (3.2%). En la investigación realizada por Gil el 33% de las muertes maternas se deben a causas obstétricas indirectas, el 24% fallece debido hemorragias obstétricas, el 21% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 15% debido a sepsis y otras infecciones obstétricas y el 7% debido a otras causas obstétricas directas (Gil Cipirán, 2016).

La auditoría es una herramienta que identifica aspectos técnicos de la atención de los servicios de salud implicados en la atención de gestantes, sustentados en documentos normativos: normas, leyes, directivas y otros, evitando la subjetividad, En el presente trabajo se presenta la conclusión de 55 auditorías (87.5 %) y no se llegaron a realizar en 8 auditorías por no tener los requisitos necesarios, según normativa vigente en ese momento, para las auditorías que se debían realizar en este estudio, se estableció que las auditorías se realizaron en relación a la UPSS del servicio de emergencia (42.9 %), debido a que allí ingresaron más pacientes por su complejidad del cuadro de Salud, el siguiente servicio auditado es la UPSS consulta externa, donde se han registrado 22 pacientes que han sido atendidos en los servicios de control prenatal en la jurisdicción de la DISA IV LE (34.9%). Existieron iguales cifras de UPSS auditadas para el Caso de Centro Quirúrgico 3 (que corresponde al 4.8 %) y otras UPSS, también con 3 (4.8 %) de las cuales 2 corresponden a UPSS de UCI y UPSS consulta externa de la estrategia de TBC.

En relación al tema existen pocos estudios relacionados al tema, pero uno de ellos menciona que los criterios de selección de los ensayos aleatorios relacionados con auditoría, en relación a la prestación a pacientes o sobre resultados de la asistencia sanitaria, no lograron identificar ensayos adecuados, que puedan servirnos de comparación (Pattinson, Say, Makin, y Bastos, 2008).

Cabe mencionar que la información que esté completamente registrada en la historia clínica, determinara las conclusiones de la atención recibida. El 80 % de las muertes son evitables y que en su mayoría su evitabilidad fue atribuida a la asistencia médica y hospitalaria. Se menciona que se debe considerar que la atención de las gestantes, no es la adecuada, ya que existe incumplimiento de las normas de calidad, junto al ausentismo del personal que debe estar presente en las labores de parto. Otro estudio manifiesta, que se realizó 53 auditorías, en las que se pone en evidencia que se analiza el caso basado en los criterios de las normas, guías y protocolos de atención (Gil Polonio, 2014).

Los tres principales problemas que hacen referencias las auditorias en el presente trabajo de investigación son: el manejo inadecuado de los pacientes 25(39.7%), el incumplimiento de las guías de atención de las patologías más comunes 7 (11,15%), así como las de emergencia, seguido del no registro del manejo de la paciente 6(9,5%) y el no registro de actuados en la historia clínica 3(4.8 %) igualmente existen 3 auditorías que informan sobre el procedimiento inadecuado de la referencia (4.8 %).

Al examinar casos específicos, las soluciones a los problemas identificados mejorarán no sólo la calidad de la atención de los casos similares sino también las del servicio, protegiendo la atención de las mujeres que serán atendidas en el servicio. Al concentrarse en la solución de los problemas identificados mediante el análisis de las muertes perinatales, la atención de todas las mujeres embarazadas mejorará (Gil Polonio, 2014).

Las recomendaciones de los comités de auditoría durante las discusiones de las Muertes Materna, plantean medidas correctivas y preventivas para los procesos de atención, mejora en los registros que documentan la atención a las usuarias, sobre todo en la historia clínica, mejorar la referencia y contrarreferencia, mejorar el cumplimiento y aplicación de las normas y guías de atención, fortalecimiento de la oferta, mejorar las competencias de los proveedores de la salud, sugerir el fortalecimiento en las actividades de promoción y educación de la salud.

Los criterios son la Norma, Directiva, Guías que sustentan las sumillas encontradas, según lo encontrado, existen dificultades en la aplicación de guías de atención de manejo de patologías más frecuentes y de atención de emergencia: dirigidas básicamente a infecciones del tracto urinario, tuberculosis, anemia, obesidad, hipertensión, hemorragia e infecciones y otras patologías concomitantes, todas asociadas a gestación, parto o puerperio, así mismo existe dificultad en el cumplimiento de la norma técnica de gestión de historia clínica en establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo: no registrando datos fundamentales tanto en las actividades preventivas, como recuperativas, dificultades en el cumplimiento de normas como la de categorización, normas técnicas de tuberculosis y otros.

En la segunda sumilla se ha considerado además de lo mencionado en la primera sumilla: La dificultad en el cumplimiento de la Norma técnica de sistema de referencia y contrarreferencia y otros: Ley general de Salud, Manual de organización y funciones, incumplimiento de la Directiva administrativa de atención de pacientes y otros.

En relación a otras trabajo de investigación Gil Polonio menciona que el marco regulatorio que apoya el sistema de vigilancia epidemiológica para las muertes maternas e

infantiles, está sustentado jurídicamente por la Constitución de la República Dominicana, leyes y reglamentos que regulan el sector salud del país y que señalamos : Constitución de la República Dominicana, Ley general de Salud 42-01, Ley 87-01 ., que crea el sistema Nacional de seguridad Social, ley Orgánica de la Administración Pública , N° 247 -12, Reglamento que crea el comité de Auditoría Clínica de Servicios Materno Infantiles y Adolescentes y Reglamento disciplinario del personal de Salud MISPAS para la reducción de MM (Gil Polonio, 2014).

En cuanto a los factores socioeconómicos y culturales asociados a muerte materna en DISA IV Lima Este entre 2012 al 2015, encontró que existe relación significativa con la clasificación genérica de muerte materna y momento de Fallecimiento, en cuanto a los factores de atención prenatal asociados a mortalidad materna existe relación significativa con la realización del control prenatal e inicio del primer control prenatal y en cuanto a los factores del proceso de atención asociados a mortalidad materna existe relación significativa con complicaciones del Parto y complicaciones durante el puerperio.

En la investigación de Peñuelas se encontró asociación entre toxemia como causa de muerte y el grupo de edad de 15 a 19 años, $p = 0.018$ (Peñuelas-Cota et al., 2008), con lo que evidenciaría cierta semejanza con la asociación encontrada toxemia en adolescentes, con el hallazgo encontrado de asociación de clasificación genérica con la mortalidad materna en DISA IV LE:

En cuanto a los hallazgos encontrados por Quispe refiere que existe relación significativa con la multiparidad; gestantes no controladas, persona que atiende el parto/aborto y el lugar de atención del parto/ aborto. No existe relación significativa con los factores económicos, socioculturales, accesibilidad a los servicios de salud(Quispe Chancolla, 2016), que comparando con los resultados en DISA IV Lima Este, solo avalaría el hallazgo de

asociación con realización de control prenatal, no así con el resto de los factores investigados.

En el trabajo de investigación de Llerena, se hace referencia a que no hubo relación estadísticamente significativa de los factores estudiados y mortalidad materna. (Llerena et al , 2017), lo que no está relacionado con los hallazgos de la presente investigación .

En el trabajo de investigación de Cordero, manifiesta que la educación y un sistema de salud eficaz y eficiente, con énfasis durante el embarazo y el parto, están fuertemente relacionados con mortalidad materna, así mismo tomar en cuenta que existen factores macro económicos que están relacionados y podrían estar influyendo en los demás, así mismo las mujeres con nivel socio económico bajo, a menudo son ignoradas, incluso si necesitan ayuda médica(Cordero-Rizo y González-Guillermo, 2011), al trabajo de investigación presentado.

5.2 - CONCLUSIÓN

1.-En la Dirección de Salud IV Lima Este, la razón de Muerte Materna durante este periodo de estudio, oscilo entre 32.58 (2015) y 39.05 por 100,000 nv (2014),con cifras absolutas que se han mantenido o aumentado, en lugar de evidenciar un descenso de las cifras, de manera semejante al nivel nacional.

2.- En cuanto a las muertes maternas fueron directas en un 55.6%, e indirectas en un 41.3 %, con una diferencial cada vez menor, la mayoría de muertes ocurrieron en el puerperio en un 67% y en 27.0% durante la gestación, la causa de fallecimiento en su mayoría presentó hipertensión en un 25.4 % (16 casos), seguidos de 17,5 % casos de hemorragia (11), evidenciando un aumento de casos por otras causas (44.4 %).

3.- En relación a los factores Socioeconómicos y culturales se encontró que el valor de la edad media fue de 30 años, el 90.5 % de los pacientes, fueron financiados: por el SIS en 65.1 % y 25.4 % por ESSALUD, el 58.7 % fueron convivientes y aumenta la condición de madre soltera en 34.9%, el 63.5% tenían estudios superiores completos, la mayoría 60.9 % tuvieron entre 1 a 3 gestaciones, siendo la media de 2 hijos, En cuanto a los factores socioeconómicos y culturales asociados existe relación significativa con la clasificación genérica de Muerte materna y el momento de fallecimiento .

4.- En relación a factores de atención Prenatal se encontró que el 68.3 % asistieron a su control prenatal, la mayoría tenia de 4 a 6 controles (30.2%), estos controles fueron realizados en su mayoría en centros y puestos de salud (36.5 %) y en hospitales locales (19 %),su primer control lo realizan en el primer trimestre(33.3 %) y segundo trimestre (22.2%) y en 42.9 % no se identificó ninguna alteración durante los controles prenatales, en 15.9% se identificó alteraciones en peso, presión arterial y edemas y en el 14.3 % se identificó complicaciones del embarazo: en su mayoría con anemia, baja de peso, infección del tracto Urinario y síndrome de flujo vaginal. En cuanto a los factores de atención prenatal asociados

existe relación significativa con la realización del control prenatal y el momento de inicio del control prenatal.

5.- En relación a los factores del proceso de atención, se encontró que han sido referidos a otras IPRESS en un 55.6%, por tener complicaciones que no podían ser manejadas en un primer nivel de atención, el 39,7% de los hospitales locales refirieron sus pacientes, seguidos de Centros Materno Infantiles 7 (11.1 %). La mayoría 31 gestantes registraron cesáreas (49.2%), de pacientes generalmente complicadas y se tuvieron 30 productos vivos (47.6%) y 19 % tuvieron parto vaginal y de ellas 10 tuvieron productos vivos, con apgar adecuado, se consignaron 19 % de casos con legrado uterino, las atenciones por especialista fueron realizadas en 52.4%, en hospitales regionales tanto de MINSA, como ESSALUD, y existieron otras complicaciones durante el parto en 49.2 % ,seguidos de 15.9 % de casos de preeclampsia y eclampsia y 9.5 % de casos de Hemorragia. El puerperio se controló de manera inmediata en 52.4%% y solo 12.7 % controlaron a las pacientes cada 15 minutos, el control del puerperio fue realizado por especialista en 50.8 %, seguido de obstetras en 7.9 % de casos y en el puerperio el 55.6%, presentan complicaciones por patologías básicas, concomitantes y /o complicaciones de estas por el estado de gestación y / o parto, así mismo el 20.6 % de los pacientes presentaron hemorragia y 9.5 % preeclampsia y eclampsia. Se realiza auditorias de caso,al 87.3%, que implican en su mayoría observaciones al servicio de emergencia en 42.9 %, cuyas sumillas informan: manejo inadecuado de pacientes en 39.7 %, un 11.1 % refirió incumplimiento de guías de atención y un 9.5 % no registra manejo del paciente en la historia clínica y cuyos criterios están en la base de guías de atención de patologías más frecuentes en pacientes gestantes en un 41.3 %, con las de emergencia en un 22.2 % y en un 12.7 % en la norma técnica de gestión de historia clínica

En cuanto a los factores del proceso de atención asociados existe relación significativa con complicaciones al momento del Parto y complicaciones durante el puerperio.

5.3.- RECOMENDACIONES

1.- A las Mujeres en edad Fértil: Determinar cuándo y cuantos hijos se debe tener, la salud de la madre permite tener hijos saludables y por lo tanto es una corresponsabilidad de los servicios de salud y la paciente determinar el momento de su gestación, el cual debe iniciarse, con condiciones de salud de la madre excelentes.

2.- A las gestantes y su familia: Brindarles educación sobre la importancia del cumplimiento del control prenatal y su cuidado, involucrarlos en identificar signos y síntomas de alarma y el personal de salud, debe evaluar conocimientos en gestantes y familias y en lo posible establecer horarios diferenciados, garantizando presencia de los diferentes actores de la atención.

3.- En los establecimientos del primer nivel de atención: los equipos multidisciplinarios de atención a las gestantes y en especial a los profesionales: Gineco-obstetras, Médicos Generales y Obstetras, deben de fortalecer :

3.1.- La atención Prenatal en sus servicios: identificando riesgos y comorbilidades, brindando una atención de calidad en el servicio a las pacientes gestantes, asegurando una atención integral y conjunta entre los diferentes servicios involucrados (sobre todo en pacientes con enfermedades concomitantes y no ver a la paciente de manera individual).

3.2.-El control del parto, puerperio y cumplimiento de guías de atención en casos de Hipertensión y Hemorragia, son de suma importancia y de carácter obligatorio su cumplimiento.

3.3.-El personal de salud debe agotar las investigaciones de antecedentes en la madre y familia, así como signos y síntomas durante la gestación, con la finalidad de establecer acciones para disminuir repercusión en la salud de la madre y el producto.

4.- En los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención: los equipos multidisciplinarios de atención a las gestantes y en especial a los profesionales: Gineco-obstetras y Obstetras, deben de fortalecer:

4.1.-Las guías de atención de gestantes por niveles, estableciendo condiciones y tiempos de referencia de pacientes desde un primer nivel hacia los establecimientos de mayor nivel de complejidad.

4.2.- Asumir casos de pacientes con comorbilidades, para mejorar el manejo y tratamiento hasta culminación de etapa de puerperio.

5.- El nivel inmediato superior (DISAS;DIRIS;DIRESAS), deben:

5.1.- Deben fomentar el accionar por procesos de atención.

5.2.- Establecer estrategias con la finalidad de implementar la adherencia a las guías de práctica clínica e incluir en sus actividades control a establecimientos de salud de los diferentes niveles y subsectores.

5.3.- Establecer ciclos de mejora continua en los procesos de atención de gestantes, parto y puerperio, que sirvan para implementar acciones correctivas, preventivas y proyectos de mejora, con la finalidad de evitar muertes maternas futuras.

6.- Las IPRESS en los diferentes niveles deben de buscar cumplir la Funciones obstétricas Neonatales de manera completa, Categorización y Acreditación de sus establecimientos de salud, de tal manera que tengan los requisitos mínimos necesarios y un

desempeño adecuado a su categorización: esto permitirá una atención que corresponde y donde corresponda.

7.- El Ente rector debe asumir su responsabilidad de coordinación con otras entidades, además de normalizar y actualizar los documentos que rigen el actuar de los profesionales de la salud en los diferentes niveles de establecimientos MINSA y NO MINSA.: fomentando el accionar por procesos, además del mejoramiento continuo de la calidad.

8.- El uso de las auditorias de caso, como herramienta de calidad será beneficiosa siempre y cuando, se cumplan las recomendaciones dejadas en los informes y estos sean productos de análisis imparciales y sinceros de la atención realizada en cada paciente.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carpio Ancaya, L. del. (2013). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012.

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(3), 461–4.

Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100823>

Chumbe, O., Molina, N., Espinoza, K., Pinedo, A., Vega, L., Orderique, L., y Távora, L.

(1997). Diez años de mortalidad materna en el Hospital ;María Auxiliadora;:

análisis de las causas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 43(3), 216–

221. Disponible en

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_43N3/diez_anos_de_mortalidad.htm

Cordero-Rizo, M. Z., y González-Guillermo, J. (2011). Factores socio económicos y de

servicios de salud asociados con la mortalidad materna: una revisión. *Revista*

Ciencias Biomédicas, 2(1), 77–85. Disponible en

<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/998/0>

Gil Cipirán, F. (2016). Situación epidemiológica de la muerte materna en el Perú 2015.

Boletín Epidemiológico, 24(4), 66–74. Disponible en

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>

Gil Polonio, C. (2014). *Estudio sobre procedimientos de auditorías de muertes maternas en 4*

de las maternidades públicas de mayor productividad. (Instituto Nacional de la

Salud, Ed.). Santo Domingo. Disponible en

http://saludysociedadcivil.org.do/index.php/documentos/36/Documentos_generales_del_OBMM/182/Informe_Auditoria_de_Muerte_Materna.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). Encuesta demográfica y de salud familiar 2016: nacional y regional. Disponible Marzo 28, 2018, en https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

Karam Calderon, M., Bustamante Montes, P., Campuzano González, M., y Camarena Pliego, Á. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 2(4), 205–211. Disponible en <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/151>

Llerena Flores, J. (2017). *Factores asociados a mortalidad materna en el Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2011-2015*. Repositorio de Tesis - URP. Universidad Ricardo Palma. Disponible en http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/976?mode=simple&submit_simple=Mostrar+el+registro+sencillo+del+ítem+

Lubbock, L. A., y Stephenson, R. B. (2008). Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, Nicaragua. *Rev Panam Salud Publica*, 24(2), 75–84. Disponible en https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v24n2/a01v24n2.pdf

Maguiña Guzmán, M., y Miranda Monzón, J. (2013). *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. (Ministerio de Salud & UNFPA, Eds.). Lima. Disponible en

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

Ministerio de Salud. (2005). *Norma técnica de auditoria de la calidad de atención en salud: NT N° 029 – MINSA DGSP –V.01*. Lima.

Ministerio de Salud. (2014). *Análisis de situación de salud de la Dirección de Salud IV Lima Este 2014*. (MINSA, Ed.). Lima. Disponible en http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc_Oficinas/OEP/Situacion_Salud/Analisis_Situac_Salud/ASIS_DISA_IV_LE.2014.pdf

Ministerio de Salud. (2015). *Análisis de la Situación de Salud de la Dirección de Salud IV Lima Este-2015*. Lima. Disponible en http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/OEP/Asis/SemanasEpi/Analisis de Situacion de Salud/2015/ASIS_DISA_IV_LE_2015 - Preliminar.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Evolución de la Mortalidad Materna 1990 – 2015. Estimaciones De la OMS, el Unicef, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*. Ginebra: OMS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=92D4D755C9FC97A9C888442B330FD98A?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región de las*

- Américas. 160a Sesión del Comité Ejecutivo.* Washington, D.C. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>
- Pattinson, R., Say, L., Makin, J., y Bastos, M. (2008). Auditoría de acontecimientos críticos y retroalimentación (“feedback”) para disminuir la mortalidad y la morbilidad perinatales y maternas (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, (5). Disponible en <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD002961>
- Peñuelas-Cota, J., Ramirez-Zepeda, M., Gonzalez-Bon, M., Gil-Pineda, J., Cardenas-Angulo, A., y García-Sanudo, N. (2008). Factores Asociados a Mortalidad Materna. *Sociedad Médica Del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum,”* 2(3), 86–90. Disponible en https://documentop.com/factores-asociados-a-mortalidad-materna-hospital-general-de_5a0fc23a1723dd3d5197a33e.html
- Pérez, A., y Donoso, E. (1992). *Control prenatal*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.
- Presidencia del Consejo de Ministros. (2013). *Perú: Tercer Informe nacional del cumplimiento de los objetivos del milenio. ODM5 Mejorar la salud materna*. Lima. Disponible en <http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf>
- Quispe Chancolla, R. (2016). *Factores asociados a la muerte materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014*. Universidad Católica de Santa María. Disponible en <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5360/H8.0278.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Romero-Gutiérrez, G., Espitia-Vera, A., Ponce-Ponce de León, A. L., y Huerta-Vargas, L. F. (2007). Risk factors of maternal death in Mexico. *Birth*, 34(1), 21–25. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.2006.00142.x>

Távora Orozco, L. (2013). Tendencia de la mortalidad materna en el Perú: desafíos pendientes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 59(3), 153–156. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001

Wong, L., Wong, E., y Husares, Y. (2011). Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(4), 1–7. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol57_n4/pdf/a05.pdf

CAPITULO VII

ANEXOS:

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Ficha Número:

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE EN ESTUDIO(Datos obtenidos del momento de la gestación problema) :

Apellido y Nombre de la Paciente:.....

Número de Historia Clínica:.....

Establecimiento de Salud:

Dirección de la paciente:.....

1.- Edad de la madre: años

2.- Estado civil de la madre

a).- Soltera

b).- Conviviente.

c).- Casada

c).- Viuda

d).- Divorciada

3.- Ocupación de la madre durante la gestación problema:

a).-Ama de casa.

b).- Actividades Independiente.

C).-.-Estudiante.

d).-Actividades Dependiente.

E).-Otro especifique.....

4.- Nivel de Instrucción de la madre durante la gestación problema:

Analfabeta. b).-Primaria Completa. c).- Primaria Incompleta

d).-Secundaria completa. e).-Secundaria Incompleta f).-Superior completa

f).-Superior Incompleta g).- Se ignora.

5.- La madre cuenta con algún tipo de seguro de salud:

a).- SIS b).- ESSALUD. c).- PNP d).- FF AA d).- Privado e).- Ninguno

f).- Sin determinar .

ANTECEDENTES DE LA PACIENTE:

6.- Antecedentes patológicos que se registraron:

a).-Hipertensión. b).- Diabetes. c).- TBC d).-VIH e).- ITS f).-Cardiopatías. g).- ITU

h).- Anemia i).-Ninguno J).- Otras:.....

7.- ¿Cuál es el número de gestaciones que la madre presento previamente?(Contar gestaciones con productos vivos y muertos).

0 b).-1 a 3 c).-4 a 6 d).- 6 a 9 e).-Más de 10. f).-se desconoce

DATOS DEL PROCESO DE ATENCION:

8.-Realizo la madre control prenatal (durante la gestación Problema)

a).-Si b).- No C).- Se desconoce.

Si contesta sí., Continuar con la siguiente pregunta, de lo contrario pasar al siguiente ítem.

9.- ¿Cuántos controles prenatales han sido registrados en la Historia Clínica

Especificar cantidad exacta :

a).-0 b).-1 a 3 c).-4 a 6 d).- 7 a 9 e).- Más de 10. f).- Se desconoce.

10- Donde se realizó el control prenatal (Especificar Nombre de la IPRESS):

a).-Hospital Regional b).- Hospital Local.c).-Centro Materno Infantil. d).-

Centro o Puesto de salud e).- Ninguno. f).- No se realizó g).- se desconoce h).-

Privado.

11.- ¿En qué Trimestre de la gestación inicio su primer Control Prenatal?

a).- Primer trimestre b).-Segundo trimestre. c).- Tercer trimestre. d).-

Ninguno. e).- Se desconoce.

12.- En la atención Prenatal se identificó:

a).-Signos de alarma b).-Complicación del embarazo

c).- Se solicitó exámenes auxiliares requeridos. d).- Se identificó patologías durante embarazo. e).- Se evaluó: peso, edemas y P.A .f).- No se identificó ninguna

alteración en el curso de la gestación g).- Ninguno h).- Se desconoce.

13.- Si existió complicaciones, Mencionar que tipo de complicaciones

Infecciones. b).- Hemorragia. C).- Anemia. D).- HIE e).- No hubo complicaciones

f).- Ninguna de las anteriores g).- Se desconoce. h).- Otros, especifique :

14.- Si existió Patologías, mencionar que enfermedades maternas y del embarazo presento durante la gestación problema (si hay más de una respuesta colocarlas).

- Hipertensión Crónica b).-Diabetes. c).- TBC. d).-
 Incompatibilidad Grupo RH. e).- Cardiopatías. f).-Embarazo Múltiple. g).-
 Hemorragias h).Presentación Distócica. i).-Otras :.....
 j).-No hubo otras enfermedades. k).-Se desconoce. l).- N.A.

PARTO:

15.)- Tipo de Parto, según diagnostico consignado:

- a).-Eutócico b).- Cesárea c).- Otro: especificar.....d).- Se desconoce.

16).-Lugar de atención del parto (Especificar Nombre de la IPRESS):

- a).-Hospital Regional b).- Hospital Local. C.-Centro Materno Infantil. d).-
 Domicilio e).-Otros, especificar:..... f).- Se desconoce g).- III –E h).-
 Clínica Hogar de la Madre. i).- Clínica San Juan de Dios. J).- Clínica Reyna de los
 Ángeles.

17.-Persona que atendió el parto:

- a).-Especialista. b).- Medico General. c).-Obstetra. d).- Técnico de enfermería. e).-
 Residente f).- Interno g).- Otros:.....
 h).- Se desconoce. i).- No aplica.

18.- Existió complicaciones registrada al momento del parto:

- a).-Preeclampsia y eclampsia. b).- Hemorragia. C).- pérdida de conciencia
 d).- infecciones e).-Se desconoce f).-No hubo complicaciones g).-Otros, especifique:

PUERPERIO:

19.)-Se controló el puerperio:

a).-De inmediato b).- Cada 15 minutos, hasta las dos horas c).- Cada dos Horas. d).- No se controló. e) Se desconoce. f).-Ninguna de las anteriores.

20).-El lugar de atención del puerperio (Especificar Nombre de la IPRESS):

a).-Hospital Regional b).- Hospital Local. C.-Centro Materno Infantil. d).-No se controló. e)-Otros, especificar :..... f).- Se desconoce g).- Ninguna de las anteriores ..

21.- Persona que controló el puerperio?

Especialista. b).- Medico General. c).-Obstetra.

d).- Técnico de Obstetricia. e).- Residente f).- Interno
g).- N. Anteriores h).- Se desconoce h).- Otros:.....

22.- Existieron complicaciones al momento del puerperio:

a).-Preeclampsia y eclampsia. b).- Hemorragia. C).- Endometritis d)
Retención de restos placentarios e).-Atonía Uterina f).- Sepsis g).- Ninguno
h).- Otros especifique : i).- Se desconoce .

23.- En qué momento del puerperio se complicó la paciente

a).-Inmediato b).-Mediato. C.-Tardío d) Se desconoce. E).-No hubo complicaciones

RECIEN NACIDO:

24.- El producto nació: a).- Vivo b).- Muerto. c) Se ignora

25).- Si Nació Vivo con ¿Que APGAR fue registrado a los 5 minutos?

a).-0-2 b).-3-6 c).- 7-10 d).- Se desconoce .e).- Ninguna de las anteriores.

DATOS DE LA REFERENCIA:

26.- La paciente fue referida de otro establecimiento de Salud:

Si b).-No c) Se desconoce. d) N.A.

27.-Motivo de la referencia:

a).-Para atención del parto. b).-Para control de patología concomitante. c).-Por complicaciones que no permiten manejo en el nivel inicial. d).-No contar con los requisitos para atención, paciente estable. e).-Atención de cesárea. f).-Otras :.....
g).- Se desconoce.

28).- Lugar que refiere a la paciente (Especificar Nombre de la IPRESS):

a).-Hospital Regional b).- Hospital Local. C.-Centro Materno Infantil. d).-
Centro o Puesto de salud e).-Otro, Especificar :..... f).- Ninguno de las
anteriores.

DATOS DEL FALLECIMIENTO DE LA PACIENTE:

29.- Fecha de Muerte Materna :..... Hora :

30:- IPRESS que notifico la muerte materna :

b).- Norma técnica de gestión de Historias clínicas de establecimientos de salud públicos y privado ..

c).- Norma técnica de Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos de salud.

d).-Decreto Legislativo- 1163-SA que aprueba disposiciones para el fortalecimiento de SIS -

e).- Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes. f).- Incumplimiento de ROF g).- Ley general de salud. h).- Otro, especificar:.....

42).- Mencionar la segunda Sumilla registrada en la auditoria de caso (Última atención):

a).-No registro de manejo de paciente. b).-

Omisión de registro. c).- Manejo inadecuado de las pacientes.

d).-Procedimiento inadecuado de las referencias e).-Historia Clínica. sin Formatos SIS

f).- No registro en historias Clínicas . g).- Incumplimiento de guías de atención h).-

Otro, especificar:..... i).- No se realizó auditoria .

43).- Según la auditoria de caso, que criterio sustenta la segunda sumilla informada en la auditoria de caso (Última atención):

a).- Guías de atención de emergencias obstétricas.

b).- Norma técnica de gestión de Historias clínicas de establecimientos de salud públicos y privado ..

c).- Norma técnica de Sistema de Referencia y Contraferencia de los establecimientos de salud.

- d).-Decreto Legislativo- 1163-SA que aprueba disposiciones para el fortalecimiento de SIS -
 e).- Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes. f).- Incumplimiento de
 ROF g).- Ley general de salud. h).- Otro, Especificar :.....

44).- Mencionar la Tercera Sumilla registrada en la auditoria de caso (Última atención):

- a).-No registro de manejo de paciente. b).-
 Omisión de registro. c).- Manejo inadecuado de las pacientes.
 d).-Procedimiento inadecuado de las referencias e).-Historia Clínica. sin Formatos SIS ,
 f).- No registro en historias Clínicas . g).- Incumplimiento de guías de atención h).-Otro,
 especificar :..... i).- No se realizó auditoria .

45).- Según la auditoria de caso, que criterio sustenta la tercera sumilla informada en la
 auditoria de caso (Última atención):

- a).- Guías de atención de emergencias obstétricas.
 b).- Norma técnica de gestión de Historias clínicas de establecimientos de salud públicos y
 privado.
 c).- Norma técnica de Sistema de Referencia y Contrareferencia de los establecimientos de
 salud.
 d).-Decreto Legislativo- 1163-SA que aprueba disposiciones para el fortalecimiento de SIS -
 e).- Guías de atención de manejo de patologías más frecuentes f).- Incumplimiento de
 ROF g).- Ley general de salud h).- Otro, especificar:.....

Definiciones de Términos :

1. • Muerte materna: La muerte de una mujer, durante su embarazo, Parto o Puerperio, dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada, por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (Definición de la Organización Mundial de la salud – Mortalidad Materna) .

2.- Muerte materna directa:

Es aquella muerte que se produce como consecuencia de un trastorno o complicación, sufrida durante del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultan de cualquiera de los hechos mencionados. Este tipo de Muerte Materna, puede agruparse de acuerdo a las causas básicas en: Hemorragia Obstétrica, Trastornos de Hipertensión en el embarazo, parto y puerperio, Infección relacionada con el embarazo, Embarazo que termina en aborto, Parto obstruido, Otras complicaciones obstétricas y de manejo no previstas, que ameritan una mención especial en estos tiempos: son aquellas que se producen posterior a la aplicación de la anestesia durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

3. • Muerte materna indirecta:

Es aquella muerte que se produce asociada al embarazo, pero que no deriva de una causa obstétrica directa, sino que es consecuencia de una patología pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio, pero que se complica por los efectos fisiológicos propios del embarazo, estas muertes maternas indirectas, se pueden agrupar en: Enfermedades Infecciosas, Enfermedades metabólicas, endocrinas, procesos tumorales y otras patologías: asociadas al embarazo, de una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición, en nuestro medio hay una asociación con Tuberculosis y VIH.

4.- Muerte Materna Incidental o Accidental o No Obstétricas:

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales y no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Aquí se consideran: Los Accidentes de tránsito, Caídas Accidentales, Accidentes de Trabajo, Ahogamiento, Aplastamiento, Asfixia, etc

5.- Causas Básicas de muerte: Considerado el proceso patológico originario: enfermedad o lesión, son aquellas causas directas o indirectas, que dieron inicio a la secuencia o cadena de acontecimientos patológicos, que al final desencadenaron la muerte de la paciente.

6.- Causas Intermedias: Son los procesos desencadenados y/o complicaciones avaladas por la causa básica de muerte y que en la cadena de eventos fisiopatológicos es el hecho más importante, que al no ser controlado, conduce irremediablemente a la muerte de la paciente.

7.- Causas terminales o finales: Son los procesos que en la cadena de eventos desencadenados por la causa básica, producen la muerte de la paciente. Aquí se debe excluir el diagnóstico Paro Cardiorrespiratorio, ya que forma parte de todo proceso de toda muerte sea cual fuere la causa, las principales causas finales o terminales son: shock hipovolémico, shock séptico, shock anestésico, shock cardiogénico, coma diabético, coma hipoglucémico, hemorragia cerebral masiva, edema cerebral, insuficiencia respiratoria aguda, shock anafiláctico, etc.

8.- Auditoría Médica: Es una técnica que se base en la revisión de las historias clínicas del hospital o establecimiento de salud, aplicando determinados criterios como evaluaciones cualitativas sobre asistencia proporcionada y análisis de los errores diagnósticos, así como índices numéricos.