

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS FRENTE A TIPO DE MUERTE
MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 -2020**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

Luis David Chávez Torres

ASESORA:

Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

CAJAMARCA, PERÚ

2021

Copyright © 2021 By

CHAVEZ TORRES, LUIS DAVID

Todos los derechos reservados

*“Los brazos de una madre están hechos de ternura y los niños duermen
profundamente en ellos”*

VICTOR HUGO

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

A Dios por ser mi protector, estar siempre en mi vida y guiar mi camino para lograr las metas trazadas.

A mi padre, por ser el mayor ejemplo de autosuperación y persistencia para lograr un objetivo.

A mi madre, fuente inagotable de amor y afecto, por estar siempre impulsándome en todo lo propuesto.

A mis hermanos, por estar siempre motivándome.

A mis amigos, por su compañerismo y camaradería.

LUIS DAVID

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca, por permitirme vivir años de aprendizaje académico y personal.

Los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por transmitirme enseñanzas, experiencias y consejos para formarme como profesional.

La Dra. Obsta Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz, por su entrega, paciencia, entusiasmo y consejos que hicieron posible concluir el presente trabajo de investigación.

A todas las personas que de una u otra manera aportaron para la culminación de este trabajo.

LUIS DAVID

INDICE

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTO | ii |
| ÍNDICE..... | iii |
| LISTA DE TABLAS | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I. EL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 2 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 3 |
| 1.3 Objetivos | 3 |
| 1.4 Justificación | 3 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1 Antecedentes de la investigación..... | 5 |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales | 5 |
| 2.1.2 Antecedentes nacionales..... | 7 |
| 2.1.3 Antecedentes locales..... | 9 |
| 2.2 Bases teóricas..... | 10 |
| 2.2.1 Muerte materna | 10 |
| 2.2.2 Tipos de muerte materna..... | 10 |
| 2.2.3 Factores Sociodemográficos..... | 22 |
| 2.3 Variables | 24 |
| 2.4 Operacionalización de variables | 25 |
| CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 26 |
| 3.1 Diseño y tipo de estudio Diseño..... | 26 |
| 3.2 Área de estudio y Población | 26 |
| 3.3 Muestra y muestreo | 27 |
| 3.4 Unidad de análisis..... | 27 |
| 3.5 Criterios de inclusión Criterios de inclusión..... | 27 |
| 3.6 Consideraciones éticas de la investigación | 27 |
| 3.7 Técnica de recolección de datos..... | 28 |
| 3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 28 |
| 3.9 Procesamiento y análisis de datos..... | 29 |
| 3.10 Control de calidad de datos | 29 |
| 3.11 Viabilidad del proyecto..... | 29 |
| CAPÍTULO IV. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS..... | 30 |
| CONCLUSIONES | 41 |
| RECOMENDACIONES..... | 42 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 43 |
| ANEXOS..... | 51 |

LISTA DE TABLAS

| | Pag |
|--|-----|
| Tabla 1. Factores sociales de muerte materna en el HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 30 |
| Tabla 2. Demoras asociadas a las muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016-2020. | 33 |
| Tabla 3. Factores demográficos de las muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 34 |
| Tabla 4. Muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 35 |
| Tabla 5. Muertes maternas directas del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 36 |
| Tabla 6. Muertes maternas indirectas del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 37 |
| Tabla 7. Muertes maternas incidentales del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 37 |
| Tabla 8. Factores Sociodemográficos frente a muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020. | 38 |

RESUMEN

El objetivo fue determinar los factores sociodemográficos frente al tipo de muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca 2016 - 2020. El diseño y tipo de estudio fue no experimental, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; con una muestra de 25 muertes maternas. La técnica fue la observación y el instrumento la ficha de recolección de datos. Los resultados indicaron, el 33,3% tuvieron primaria incompleta, 29,2% con primaria completa y 20,8% secundaria completa, sin instrucción 4,2% y superior no universitaria 4,2%. El 66,7% tenía unión estable con su pareja, 29,2% casadas y 4,2% solteras. 50,0% tuvieron de 25 a 34 años, 33,3% de 35 a más años; el 16,7% tuvo de 11 a 24 años. 91,7% fueron amas de casa y 8,3% comerciantes. 41,7% presentó una demora, 29,2% dos demoras, 12,5% todas las demoras y 16,7% no tuvo demoras. 54,2% tuvo la primera demora (retraso en identificar los signos y síntomas de alarma), igual, 54,2% la segunda demora (retraso en decidir buscar ayuda), 20,8% la tercera demora (retraso en acceder a los servicios de salud), y 20,8% la cuarta demora (retraso en recibir tratamiento adecuado y oportuno). 50,0% procedían de la ciudad de Cajamarca; 12,5% de distritos de la provincia de Cajamarca y 37,5% a alguna provincia de la región Cajamarca. 75,0% fueron referidos al HRDC y 25,0% no. El 62,5% de muertes maternas registradas en el HRDC fueron directas, 33,3% indirectas y 4,2% incidentales. Concluyendo: 62,5% de muertes maternas fueron de tipo directa, el 33,3% indirecta y 4,4% incidental.

Palabras clave: tipo de muerte materna, factores sociodemográficos, mortalidad materna

ABSTRACT

The objective was to determine the sociodemographic factors against the type of maternal death in the Cajamarca Regional Teaching Hospital 2016-2020. The design and type of study was non-experimental, descriptive, retrospective, cross-sectional; with a sample of 25 maternal deaths. The technique was observation and the instrument was the data collection sheet. The results indicated, 33.3% had incomplete primary, 29.2% with complete primary and 20.8% complete secondary, without instruction 4.2% and superior non-university 4.2%. 66.7% had a stable union with their partner, 29.2% married and 4.2% single. 50.0% were between 25 and 34 years old, 33.3% between 35 and over; 16.7% were between 11 and 24 years old. 91.7% were housewives and 8.3% merchants. 41.7% had one delay, 29.2% two delays, 12.5% all delays, and 16.7% had no delays. 54.2% had the first delay (delay in identifying alarm signs and symptoms), the same, 54.2% the second delay (delay in deciding to seek help), 20.8% the third delay (delay in accessing the health services), and 20.8% the fourth delay (delay in receiving adequate and timely treatment). 50.0% came from the city of Cajamarca; 12.5% from districts of the Cajamarca province and 37.5% from some province of the Cajamarca region. 75.0% were referred to the HRDC and 25.0% were not. 62.5% of maternal deaths registered in the HRDC were direct, 33.3% indirect, and 4.2% incidental. Concluding: 62.5% of maternal deaths were direct, 33.3% indirect and 4.4% incidental.

Key words: maternal death, sociodemographic factors, maternal mortality

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA) ha informado un incremento en muertes maternas debido a la pandemia de COVID-19, se estima que traerá un resultado de 5 años de retroceso para reducir la mortalidad materna; pero es poco claro cómo muchas de estas muertes fueron directamente asociadas al COVID-19 como consecuencia de un deficiente sistema de salud (1)

Debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, se considera que 830 mujeres mueren al día en todo el mundo la mayoría de estas muertes se producen en países de bajos ingresos donde podrían haber sido evitadas. (2).

Las mujeres afectadas por la pobreza viven en zonas alejadas, tienen menor probabilidad de recibir una adecuada atención de salud. A pesar del hecho de que la atención prenatal ha mejorado en varias partes del mundo durante los últimos años, solo el 51% de las mujeres en países de bajos ingresos recibió una atención especializada durante el parto. Significando que millones de nacimientos no son atendidos por un médico, un obstetra o un personal de la salud calificado. La pobreza, la distancia, la falta de información, la falta de adecuados servicios de salud y prácticas saludables son todos los factores que impiden a las mujeres a recibir adecuada atención durante su embarazo y parto. (2).

Debido a que las mujeres son insustituibles en la familia, cuando una madre muere, sus hijos están expuestos a peligros como el desamparo, la orfandad y agresión hasta poner sus propias vidas en peligro, por lo tanto, esto quiebra la integridad familiar. Si la sociedad se priva de la aportación de las mujeres se produciría un deterioro de la vida social y económica, una falta de cultura y una grave reducción de su desarrollo (3).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Debido a que un embarazo o nacimiento resulta en defunción de una mujer se refleja problemas estructurales en políticas, tanto en términos de acceso a servicios de salud, la muerte materna es utilizado como indicador de desigualdad de género y pobreza. La secuela de la muerte materna se manifiesta en una serie de sucesos que señalan una falta de interés por parte de las personas con quienes las mujeres viven, del personal de salud y autoridades (4).

Esto explica una serie de defectos socioeconómicos y culturales que colocan a las mujeres en una posición de desventaja. Detrás de una muerte materna se ocultan también problemas socioeconómicos. Por estas razones, la defunción de una mujer debido a causas relacionadas con la gestación o el parto es un trágico evento que puede ser evitado en gran parte, y que se utiliza como indicador de desarrollo sostenible (4).

En el inicio de los años 1990, la muerte materna en los países en vías de desarrollo como la nuestra era 100 veces más elevado que en países desarrollados, y esto de manera desproporcionada afecta a mujeres pobres y de áreas rurales. Esto enfatiza diferencias existentes de áreas rurales y urbanas, porque la posibilidad de fallecer en las áreas rurales es mayor a comparación de las áreas urbanas (5).

La merma de muertes maternas es un indicador para alcanzar el tercer objetivo de desarrollo sostenible, el cual es "asegurar una vida saludable y suscitar el bienestar en toda la población en todas las edades" y una finalidad de este objetivo es reducir la muerte materna a menos de 70 por cada 100.000 en vivo nacimientos entre ahora y 2030. De acuerdo a la OMS, Perú tiene una tasa de muerte materna de 68 por 100.000 nacimientos. El Perú es uno de los países que más avanzó en cuanto a reducción de la muerte materna, reduciéndola en 72% desde el año 1990 de acuerdo a lo establecido en la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (5).

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos frente al tipo de muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca 2016- 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores sociodemográficos frente al tipo de muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca 2016 - 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a. Identificar los factores sociales que influyen en la muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el periodo 2016 - 2020.
- b. Especificar qué factores demográficos que influyen en la muerte materna en el HRDC durante el periodo 2016 - 2020.
- c. Identificar el tipo de muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el periodo 2016 - 2020.
- d. Identificar las demoras que influyen en la muerte materna en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante el periodo 2016 - 2020.

1.4 Justificación del problema

El presente estudio está enfocado en determinar los factores sociodemográficos frente al tipo de muerte materna, porque a pesar de los avances logrados en la gineco obstetricia y en los accesos a servicios de salud para la población en general, la muerte materna sigue siendo un problema social, económico y político aun no resuelto, que repercute en la familia, la OMS refiere que las repercusiones sociales y económicas son varias, ya que las mujeres son pilares de la familia, las que velan y educan a los niños, proveen cuidado de jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y frecuentemente las que aportan el sustento del hogar.

Debido a esta situación es que se realiza esta investigación tomando conciencia de lo que significa una muerte materna en nuestra sociedad permitiendo identificar acciones y propuestas a mejorar la atención que ayuda a la prevención, detección y tratamiento beneficiando al binomio madre feto durante el embarazo parto y puerperio.

Es por esto que esta investigación servirá como orientación para la consideración de los factores sociodemográficos en el mejoramiento de los programas de atención en salud materna dirigidos a disminuir la mortalidad, puesto que las desigualdades de acceso a los servicios de salud obstaculizan la eficacia y sostenibilidad de las intervenciones para reducir la mortalidad materna.

Y también como una fuente de referencia para implementar futuros proyectos sociales en salud pública en la región y en el país para así poder educar a la población sobre la importancia de la atención prenatal en la gestación y los cuidados esenciales en el puerperio. Los principales beneficiados de los hallazgos del presente trabajo son el personal de salud y entidades públicas dedicadas a velar por los temas epidemiológicos que afectan la salud pública.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Ariyo O (Nigeria 2017). Realizo un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar los correlatos socioculturales de la mortalidad materna en Nigeria, mediante un análisis retrospectivo se realizó un análisis de regresión logística multinivel para probar la asociación entre la mortalidad materna y las variables predictoras del estatus sociocultural (nivel educativo, educación comunitaria de las mujeres, región, tipo de residencia, religión y empoderamiento de las mujeres) de datos representativos a nivel nacional de la encuesta demográfica y de salud de Nigeria, como resultados se obtuvo que las mujeres que viven en comunidades donde una proporción significativa tienen al menos educación secundaria tenían un 33% menos de probabilidades de informar que sus hermanas murieron por causas relacionadas con el embarazo, las mujeres musulmanas tenían un 52% más de probabilidades de informar muertes maternas en comparación con las mujeres cristianas, concluyendo que para reducir la mortalidad materna se deben implementar programas personalizados que aborden las barreras al comportamiento de búsqueda de salud influenciado por creencias y actitudes culturales, y bajo nivel educativo. Las estrategias para mejorar la capacidad de acción de las mujeres deben estar en el centro de estos programas; son esenciales para reducir la mortalidad materna y lograr los objetivos de desarrollo sostenible hacia la igualdad de género (6).

Milián et al (Cuba 2016). Realizo un estudio, el cual tuvo como objetivo describir las principales causas de muerte de las mujeres en edad fértil en la provincia de Las Tunas, en el año 2013, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, La población de estudio estuvo constituida por las 104 mujeres con estos criterios, que fallecieron durante ese período, entre sus resultados se obtuvo que predominó el grupo de edades comprendido entre los 35 y 49 años. Las principales causas de muerte estuvieron representadas por los tumores malignos, las muertes por causas violentas, enfermedades del corazón y las infecciones, concluyendo que se describieron las principales causas de muerte en mujeres de Las Tunas en edad fértil, con predominio de la muerte por tumores malignos y, entre ellos, el más frecuente fue el cáncer de mama (7).

Colorado K, Peña T, Portela E, Jiménez C, Gonzales L (Colombia, 2015). El estudio tuvo como objetivo analizar los retrasos en la atención de los casos del Departamental de Tolima, para determinar las demoras que influyen en la mortalidad materna, el estudio fue observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo; entre sus resultados se obtuvo que las muertes ocurrieron en su mayoría en el momento del postparto y muchas hacen parte de los decesos evitables, más del 50% de los análisis realizados, se evidencia la deficiencia en los programas de promoción y prevención; además, todos los casos presentaron retraso al recibir atención apropiada, concluyendo que las demoras en los niveles de atención influyen de manera directa en el estado de salud de las gestantes y la posibilidad de supervivencia; las entidades de salud son responsables de incentivar la asistencia de las embarazadas a las instituciones de salud, y de contar con personal capacitado que transmita la educación a gestantes y su núcleo (8).

López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo S. (Colombia, 2015). En esta investigación el objetivo fue describir la influencia de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna, estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, los resultados en el nivel socioeconómico de las madres, fue que el 75% no tenían educación superior, lo que hace que su nivel económico sea bajo, dificultando el acceso a buenos empleos por no tener la preparación necesaria, esta situación afecta la salud de madres y gestantes, poniendo en riesgo su nutrición por falta de recursos, lo que conlleva a bajo peso, desnutrición y alteraciones metabólicas, se evidenció que, de las 14 muertes maternas evitables, 10 fueron por causa directa del embarazo, concluyendo que estas muertes no son accidentales sino el resultado de un conjunto de factores donde sobresalen la atención en los centros de salud y falta de conocimiento de los usuarios, que al enlazarse forman una sucesión de demoras que impiden prevenir los riesgos durante el embarazo llevando así a la MM evitable (9).

Ann L, Montgomery (India 2014). En este estudio se presentó la distribución de la mortalidad materna de la India en 2001-2003 por causa y asimilación de atención obstétrica de emergencia, en los estados más pobres y ricos, se desarrolló un estudio descriptivo, el cual muestra como la muerte materna en la India se ocasiono por falta de atención obstétrica en las regiones más pobres. Hubo 10 041 muertes por todas las causas en mujeres de 15 a 49 años, de las cuales 1096 (11,1%) fueron muertes maternas., teniendo en cuenta que la tasa de mortalidad es inversamente proporcional en las regiones más pobres, en comparación con las regiones más ricas. La mayoría de las defunciones maternas se originan por causas obstétricas directas (82%). Se observó que el acceso y la utilización a los servicios de salud en las áreas remotas de los estados

más pobres, era muy bajo comparado al de los servicios de salud presentes en áreas urbanas, mientras que en los estados ricos no hubo ningún tipo de diferencia, las zonas tanto rural y urbana tenían la misma disponibilidad y accesibilidad, concluyendo que la mortalidad materna y el acceso deficiente a la atención médica son desproporcionadamente mayores en las poblaciones rurales de los estados más pobres de la India (10).

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Balcázar V, Segundo M (Lambayeque 2019). Desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo identificar las características clínicas, epidemiológicas y demoras en el proceso de atención de la muerte materna en la región Lambayeque, en el período 2011-2016. Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 16 muertes maternas suscitadas en Lambayeque durante el tiempo de estudio, entre sus resultados: edad 20 a 34 (77,6%), conviviente (62,1%), ama de casa (86,2%), estudiaron primaria (38,8%), zona rural (56%). La muerte más habitual fue de tipo directa (68,1%), la causa más recurrente el trastorno hipertensivo del embarazo (27,6%). puérperas (69,8%). Reconocieron factores de riesgo (70,9%), recibieron atención (79,5%), tiempo en llegar al establecimiento de salud: menos de una hora (78,6%) y tiempo en la atención: menos de 30 minutos (65,6%), concluyendo que la mayoría si reconocieron la primera y segunda demoras, además la mayoría de fallecidas ocurrieron en establecimientos de salud, lo que nos sugiere que existe deficiencias en la atención de la emergencia obstétrica (11).

Delgado R. (Lima 2015). Este estudio tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa en el período 2000-2015, se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, obteniendo como resultado que la mayoría fue por causas obstétricas directas (86%), siendo la principal causa de muerte la enfermedad hipertensiva del embarazo (38%). Concluyendo que a nivel nacional la proporción de muertes maternas en adolescentes es superior a otras regiones. En la mayoría de casos hubo por lo menos una demora. El 86% de defunciones tenían como ocupación su casa. El 38% de defunciones no tenían ninguna atención prenatal (12).

Quispe H. (Arequipa 2014). Este estudio tuvo como objetivo. Identificar los factores asociados a la muerte materna relacionados a la persona, factores económicos, factores socioculturales, accesibilidad a los servicios de salud y respuesta de los servicios de

salud. Se diseñó un estudio retrospectivo transversal descriptivo relacional, en el que, en una muestra de 114 casos, se obtuvo como resultado 71.9% fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y el puerperio inmediato, la causa de fallecimiento fue la hemorragia post - parto en un 36.0%. Entre los factores asociados a la persona se dieron en mujeres entre los 20-34 años en un 55.3%, eran multíparas en 37.7%, con periodo intergenésico corto en 34.2%, el 58.8% fueron convivientes, 38.6% tenían instrucción primaria, el 60.5% no usaron planificación familiar; el 64.9% eran amas de casa, el 57% vivían en zona rural, distancia al establecimiento < 1 hora en un 59.6%, el 58.8% no reconocieron signos de alarma, el 28.1% no accedieron a un establecimiento de salud, concluyendo que en relación a las características de las muertes maternas fueron muertes maternas directas, ocurrieron durante la gestación y puerperio inmediato en un mismo porcentaje; fallecieron en un establecimiento de salud; como causa de muerte fue hemorragia post parto. Entre los factores asociados 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 (13).

Gómez J. (Iquitos 2014). Desarrollo un estudio que tuvo como objetivo describir los factores clínicos y epidemiológicos de la mortalidad materna en el Hospital III-Essalud Iquitos del Año 2000 al 2014, el estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 20 muertes maternas. Entre sus resultados el 30% de pacientes fallecidas tenían edades mayores de 35 años, el mismo número tenían edades entre 20 a 24 años; solo 1 caso era soltera y 95%, eran convivientes. La mayoría de muertes maternas estaban relacionadas a factores directos con el 80% de los casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo son las más frecuentes y dentro de los factores indirectos, las Neumopatías y la TBC son las más frecuentes. El control prenatal fue adecuado solo en el 65% de los casos; el lugar de parto y la muerte materna fue más frecuente en el Establecimiento de salud con el 95% y 100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio, concluyendo que la elevada edad y paridad genera mayor número de defunciones (14).

Challo V. (Arequipa 2014). Realizó un estudio con el objetivo de Identificar los factores de riesgo y causas asociadas a la mortalidad materna en la Región de Salud Arequipa durante el periodo 2004 – 2014, de las fichas de Investigación Epidemiológica de las MM, fue de tipo transversal, descriptivo - retrospectivo con una muestra de 178 casos notificados, obteniendo como resultado que entre los factores de riesgo asociados a la

mortalidad materna se encontró: edades entre 20 a 34 años un 66,8%, convivientes 61%, lugar de fallecimiento en hospital de 71%, momento de fallecimiento en el puerperio 52%, si tuvieron control prenatal 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras un 54%. Dentro de las causas de mortalidad materna se encontró que fueron directas 58%, indirectas 31%, incidentales un 11%; en conclusión, la MM se asoció a factores de riesgo como edades de 20 a 34 años, lugar de fallecimiento en hospitales, MM durante el puerperio. Y tienen causas directas como la enfermedad hipertensiva del embarazo (15).

2.1.3 Antecedentes locales

Miranda M (Cajamarca 2018). Este estudio tuvo como objetivo describir y analizar los determinantes sociales de las muertes maternas ocurridas en el Hospital Regional de Cajamarca. 2010-2015. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, longitudinal. Se analizaron 42 casos registrados, prevaleciendo las muertes maternas directas con el 78.6%, de las muertes maternas tenían primaria 57.2%, ama de casa 59.5%, mínimo vital 76.2%. Las mujeres fallecidas residían en zona rural 66.7%, y no cuentan con servicios de desagüe 54.8%, vivienda alquilada 52.4%, se concluyó que el bajo nivel socioeconómico, instrucción, la pobreza y la falta de atenciones prenatales, conforman factores de muerte materna (16).

Delgado H (Cajamarca 2018). Esta investigación tuvo como objetivo determinar la Razón y los factores asociados a Mortalidad Materna en la Dirección Sub Regional de Salud - Jaén en el Quinquenio 2013 – 2017. Se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo y transversal; como resultados se obtuvo que: durante el quinquenio 2013 – 2017 se registraron un total de 36 muertes maternas en la dirección sub regional de salud – Jaén. El 83.33% de muertes maternas fueron por causas directas y el 16.67% por causas indirectas, existe relación entre las causas de muerte materna directa con la atención pre natal inadecuada y nula; y con la zona de procedencia Rural. Concluyendo que durante el Quinquenio 2013 – 2017 se registraron un total de 36 muertes maternas en la Dirección Sub Regional de Salud – Jaén. Existe relación entre las causas de muerte materna directa con la atención pre natal inadecuada y nula; y con la zona de procedencia Rural. ($p < 0.05$) (17).

Facho E, Ruiz I, Arce M. (Cajamarca, 2016). Este estudio tuvo como finalidad determinar si se ha alcanzado el objetivo de reducir en 30 puntos porcentuales entre 2010 al 2016 conforme a lo establecido en el plan participativo regional de salud

Cajamarca 2010-2014, este estudio se realizó mediante un estudio observacional y descriptivo, en el cual se encontró que la mortalidad materna afecta principalmente a mujeres en situación de pobreza y pobreza extrema en Cajamarca, con un 67% de ruralidad, se reducen las oportunidades y aumenta la injusticia social, esto dificulta a la vez el acceso a los servicios de salud desde los factores socio-culturales, hasta los relacionados a capacidad de respuesta de los mismos establecimientos de salud que no cuentan con equipo completo, personal no capacitado para atender con adecuación cultural (18).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Muerte Materna

Es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro del puerperio alejado, exento de la duración y el sitio de ocurrencia, ya sea por causas asociadas con la gestación, pero no por causas accidentales o incidentales (19).

2.2.2 Tipos de muerte materna

La muerte materna se genera por causas que usualmente pueden ser una emergencia médica o quirúrgica, el comienzo de esta tragedia es variable ya que se puede dar durante el embarazo y puerperio, por esta razón se clasifica en: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna) (20).

A. Muerte materna directa.

Surge como resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, tratamiento incorrecto, o de una cascada de eventos generadas en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (21).

En Latinoamérica prevalecen las causas directas de muerte materna, superando el 70%. Las mujeres con complicaciones obstétricas fallecen por lo común en un lapso de 48 horas. Se asocia con el propio parto las muertes causadas por la hemorragia y sepsis (22).

Las muertes maternas directas pueden ser agrupadas de acuerdo a sus principales causas en:

- a) Shock hipovolémico

Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que surge al encontrar un descenso crítico de la volemia (23)

- Etiología

_ Antes de parto

- Placenta previa
- Desprendimiento de placenta
- Ruptura uterina
- Vasa previa (24)

_ En el puerperio

Precoz (primeras 24 horas)

- Atonía uterina
- Traumatismo cérvico-vaginal
- Retención de restos ovulares
- Trastornos adherenciales placentarios
- Inversión uterina (24)

Tardío (entre las 24h y 6ta semana)

- Retención de restos ovulares
- Endometritis
- Anormal involución del lecho placentario
- Dehiscencia de la histerorrafia (24)

Indiferentes

- Coagulopatías congénitas
- Coagulopatías adquiridas
- Coagulación intravascular diseminada
- Coagulopatía dilucional (24)

- *Fisiopatología*

Es un proceso que una vez iniciada, produce una serie de eventos cada uno tiene un impacto negativo sobre el subsecuente. La disminución de flujo sanguíneo a órganos y tejidos ocasiona una deficiencia en la distribución de oxígeno, agravando un estado de insuficiencia micro - circulatoria. (25)

Fases del shock hipovolémico:

- Fase I. Vasoconstricción o anoxia isquémica estrechamiento arteriolar cierre de

esfínter pre y post - capilar apertura de shunt arteriovenoso produce disminución de la presión hidrostática capilar (26).

- Fase II. La hipoxia celular genera la apertura en los capilares, resultando una reducción en la circulación sanguínea, que ocasiona disminución de la presión venosa central y como resultado un acortamiento de gasto cardíaco. La conversión del metabolismo celular de aerobio a anaerobio comienza con la acumulación de ácido láctico y potasio en el espacio intersticial (26).

- Fase III. El aumento de la viscosidad sanguínea, se genera con el consumo de factores de coagulación y la liberación de enzimas líticas, lo que favorece la coagulación intravascular y conduce a la autólisis. (26).

- Fase IV. Choque irreversible. Se secretan fibrinolisininas que llevan a la necrosis con falla orgánica en relación a la extensión del proceso (26).

- *Diagnóstico*

La pérdida de sangre es una de las causas más comunes de shock hipovolémico, que se denomina como choque hemorrágico. (25)

- *Epidemiología*

En una escala mundial la hemorragia post parto varía a partir de 5 a 15% de nacimientos, la mayoría de muertes maternas son prevenibles por esta razón, produciendo una tasa notable de casos de morbilidad materna extrema (MME), los cuales están marcados por la urgencia de histerectomías, transfusión de hemoderivados, coagulopatía, choque hipovolémico y anemias severas que resultan en daño de órgano blanco (27)

- *Factores de riesgo*

En la hemorragia post parto los factores de riesgo están asociados con la disfunción de los cuatro factores encargados de la hemostasis en el postparto. Estas son conocidas internacionalmente como "las 4 T" (por sus siglas en inglés) (27).

Tono: Trastornos de la contractilidad uterina; Tejido: Restos y adherencias placentarias; Traumatismos del tracto genital y Trastornos de la coagulación. (28)

Entre estos tenemos:

_ *Atonía Uterina*

- Multiparidad
- Gestante > 35 años
- DPP
- Parto Prolongado
- Parto Precipitado

- Corioamnionitis
- Obesidad (23)

_ Retención Placentaria

- Cesárea
- Legrado Uterino múltiples
- Acretismo placentario
- Anomalías Uterinas
- Mal manejo del alumbramiento (23)

_ Traumas o lesión del canal del parto

- Primigesta
- Macrosomía fetal
- Parto instrumentado
- Expulsivo Prolongado (23)

_ Alteraciones de la Coagulación

- Pre eclampsia
- Síndrome de Hellp
- Sepsis
- CID
- Abrupto placentae
- Hemofilia tipo A (27)

• *Cuadro Clínico*

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión arterial.
- Taquipnea. (23)

• *Exámenes auxiliares*

De Laboratorio:

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Perfil de coagulación, tiempo coagulación y tiempo de sangría.
- Pruebas cruzadas (23).

De imágenes:

- Ecografía (23)

• *Signos de alarma*

- Pérdida de conocimiento

- Alteración significativa de las funciones vitales
- Hemorragia profusa (23).

- *Clave roja*

Es un protocolo que se utiliza para el manejo inmediato de gestantes o puérperas con sangrado vaginal aumentado, con pulso >100 x min o presión sistólica <60 mmHg u otros signos de shock; palidez marcada, sudoración profunda, piel fría, pulso filiforme y alteraciones del estado mental (29).

b. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio

La hipertensión en el embarazo (HE) generan alteraciones vasculares y metabólicas futuras, produciendo daño materno y fetal, las mujeres con antecedente de preeclampsia/eclampsia tienen mayor riesgo de sufrir ACV, arritmias; complican del 10 a 15% de embarazos y son considerados como la primera causa de muerte materna en países desarrollados y la tercera causa en los países en vías de desarrollo (30).

- *Clasificación*

- Hipertensión gestacional: Hipertensión arterial (HTA) que se presenta después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria, volviendo a la normalidad luego del posparto (23).
- Preeclampsia Severa: hipertensión arterial más proteinuria que se manifiesta después de las 20 semanas de gestación, en el parto o puerperio. Con presencia de:

_Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg. medido en 2 ocasiones con al menos 15 minutos de diferencia (23).

_Cefalea, escotomas, reflejos aumentados, Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis (23).

- Eclampsia: crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia (23).

- *Etiología*

Las causas de la hipertensión inducida por el embarazo son desconocidas (23).

- *Fisiopatología*

La fisiopatología de la hipertensión arterial en el embarazo se encuentra en estudio.

Existen investigaciones que señalan que un punto fundamental es la alteración placentaria que se origina en una deficiencia de la invasión trofoblástica, llevando a una falta de invasión y remodelación de las arterias espirales maternas, con disminución de la perfusión uteroplacentaria e isquemia placentaria (30).

- *Diagnostico*

Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. (23)

- *Exámenes Auxiliares*

_ De patología clínica:

- Hemograma.
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, TTP activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Proteínas en orina de 24 horas (23).

_ De imágenes

- Ecografía obstétrica.
- Perfil biofísico.
- Flujiometría Doppler (23)

- *Complicaciones*

- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal,
- Desprendimiento prematuro de placenta,
- Coagulación intravascular diseminada,
- Desprendimiento de retina,
- Accidente cerebrovascular (23).

- *Clave azul*

Es un protocolo que se usa para el manejo inmediato de preeclampsia severa, inminencia

de eclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP, la cual se puede aplicar desde el primer nivel de capacidad resolutive, la cual permite estabilizar rápidamente a la paciente, hasta que se pueda tomar otras medidas pertinentes (29)

c. Shock Séptico

La sepsis y shock séptico en el embarazo son un problema de salud que se presenta tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo, las infecciones que afectan a la mujer en el embarazo, parto y puerperio es un problema relacionado con medidas de bioseguridad inadecuadas, en un sistema de salud como el nuestro, sigue siendo la tercera causa de muerte materna (31).

Entre las infecciones en la gestante tenemos:

_ Intraparto: Los gérmenes anaerobios, micoplasmas genitales, estreptococos de Grupo B, y Escherichia Coli están todos involucrados en esta infección intraamniótica que afecta a 10% de embarazadas. (31).

_ Posparto: endometritis puerperal, endomiometritis o endoparametritis, esto según la severidad, la asociación de cesárea y rotura prematura de membranas, parto prolongado. La frecuencia de la infección post-cesárea oscila entre 10 y 50 (31).

_ Infecciones de episiotomías.

_ Infección de partes blandas (de celulitis hasta fasciitis necrotizante) (31).

• Definición

_ Infección Presencia de microorganismos en un medio usualmente estéril que se asocia a una respuesta inflamatoria (32).

_ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS): Es la respuesta clínica originada por un agente no específico, que incluye dos o más de los siguientes signos:

- Temperatura mayor a 38 °C o menor de 36°C
- Frecuencia cardíaca superior a 90 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria superior a 20 respiraciones por minuto o P_{CO_2} menor a 32 mmHg.
- Leucocitosis superior a 12,000 leucocitos/L o menor a 4,000/L (32).

_ Bacteriemia: Presencia de bacterias en el torrente circulatorio, siendo el criterio diagnóstico la existencia de un hemocultivo positivo (32).

_ Sepsis: la presencia de SIRS asociada a la confirmación de un proceso infeccioso (32).

_ Sepsis grave: Hay alteración en el sensorio, oliguria, acidosis láctica, sin antecedentes previos de enfermedad pulmonar o cardíaca, todas estas son evidencias de la alteración

producida por la sepsis con hipotensión (32).

_ Choque séptico: Hipotensión causada por sepsis a pesar de una adecuada hidratación y la alteración de perfusión, como oliguria, alteración en el sensorio, y acidosis láctica, que requieren la administración de vasopresores (32).

_ Choque séptico refractario: Criterios de síndrome de sepsis con hipotensión en una hora y que no respondió a tratamiento con líquidos o vasopresores (32).

- *Etiología*

_ La causa más frecuente es la infección bacteriana (23).

_ Bacilos Gram negativos son la causa más común de este síndrome, mientras que el número de infecciones por Gram positivo ha aumentado en los últimos años. (23).

Bacterias Gram positivas

- Neumococo
- Streptococcus, grupos A, B, y D
- Staphylococcus aureus (33).

Bacilos Gram negativas

- Escherichia coli
- Hemophilus influenzae
- Especies de Klebsiella
- Especies de Pseudomonas
- Especies de Serratia (33).

Bacilos Gram positivas

- Listeria monocytogenes (33).

Anaerobios

- Especies de Bacteroides
- Clostridium perfringens
- Especies de Fusobacterium
- Peptococcus
- Peptostreptococcus (33).

Causas de sepsis en obstetricia

_ Causas Obstétricas

- Corioamnionitis
- Aborto séptico
- Infección de la episiotomía (32)

_ Causas no relacionadas al aparato genital

- Pielonefritis
- Apendicitis

- Colecistitis
- Infección de mama (mastitis/abscesos) (32)

_ Causas no obstétricas

- Neumonía
- VIH
- Tuberculosis
- Influenza
- Hepatitis viral (32)

- *Fisiopatología*

La gravedad de la sepsis se determina por la infección en el organismo, así como el número de factores de riesgo del paciente, como edad, factores genéticos, la Infección del sitio, y la presencia de comorbilidad (33).

La extravasación de albumina y líquido, con el resultado de hipovolemia intravascular, es parte de la respuesta inflamatoria provocada por sepsis. Las citoquinas liberadas generan una disminución de la vascularización, resistencia, y aumento en gasto cardíaco (34).

La miocardiopatía séptica se manifiesta en sí como disfunción diastólica debido a edema cardíaco y compliance disminuido (deformación elástica o cambio de volumen cuando es sometido a una fuerza), que resulta en un menor llenado diastólico en el ventrículo izquierdo y como resultado un menor volumen de movimiento. Aumentando el riesgo de causar edema pulmonar. La isquemia tisular y la alteración que se origina por la hipotensión y por la obliteración de la microvasculatura originada por los micro trombos debido a la coagulación intravascular diseminada (34).

Se estima que las grandes cantidades de óxido nítrico actúan como uno de los mecanismos fisiopatológicos fundamentales explicando el shock vasodilatador que se produce en la sepsis, esto a su vez está relacionado con la hipotensión refractaria. Las investigaciones iniciales han detectado niveles elevados de nitritos y nitratos en sangre y orina de pacientes sépticos, lo que refleja una producción importante de óxido nítrico. Hay una conexión entre endotoxemia, óxido nítrico y disfunción hemodinámica, pues la sintetasa de óxido nítrico inducible se estimula en una variedad de tejidos más en particular en macrófagos, y sirve como un agente protector contra la infección, debido a sus efectos bactericidas y de radicales libres (31).

La excesiva producción de óxido nítrico lleva a vasoplejía, hipotensión y disminución de la perfusión tisular. El peroxinitrato aumentando también genera lesión celular directa. De otro lado, el exceso de óxido nítrico lleva a disminución del rendimiento cardíaco, por

su efecto cardiodepresor y por lesión endotelial, así como trombosis de la microcirculación coronaria (meningococemia). Las disfunciones orgánicas se relacionan a las alteraciones que se originan a nivel mitocondrial, generando alteraciones renales, hepáticas, neurológicas y de la coagulación. A nivel pulmonar, el proceso inflamatorio puede ser tan severo que lleva al síndrome de distrés respiratorio agudo y a falla respiratoria, que requiere soporte ventilatorio (31).

- *Epidemiología*

En los últimos años entre los problemas de mortalidad materna principales está la sepsis, ocasionada por el incremento en las emergencias hospitalarias durante la gestación y después del parto las cuales conllevan a un aumento de casos de sepsis severa y el shock séptico. a obesidad, el parto vaginal y la edad menor de 25 años son factores de riesgo para que ocurra sepsis (33).

El choque séptico ocurre en 0.002-0.01% en todos los partos, y sólo 0.3-0.6% de las pacientes con sepsis están embarazadas, incluido pacientes obstétricas con bacteriemia diagnosticada, el choque séptico se produce en 0-12% y la mortalidad aumenta gradualmente de acuerdo con la gravedad (33).

- *Diagnostico*

Criterios de diagnóstico

- Historia Clínica: Anamnesis, factores asociados.
- Examen físico: Signos y síntomas.
- Hallazgos de laboratorio y exámenes auxiliares (23).

Datos de Laboratorio

- Leucocitosis o leucopenia
- Cultivo positivo del sitio de infección o sangre
- Hipoxemia
- Trombocitopenia
- Acidosis metabólica
- Aumento del lactato sérico
- pH arterial bajo
- Aumento del déficit de base
- Creatinina sérica elevada
- Enzimas hepáticas elevadas
- La hiperglucemia en ausencia de diabetes
- Coagulación intravascular diseminada (23)

- *Clave Amarilla*

El protocolo de clave amarilla ha sido creado para aplicarse en establecimientos de primer nivel de atención, y en todos los servicios de emergencia (29).

B. Muerte materna indirecta.

Son aquellas defunciones causadas por una enfermedad preexistente o que se originó durante el embarazo, la cual se puede agudizar por los cambios fisiológicos del embarazo y no por causas obstétricas directas (35).

Podemos agruparlas en:

_ Shock cardiogénico. La característica principal es la hipoperfusión que casi siempre se acompaña de hipotensión, pulso débil y dificultad respiratoria por congestión pulmonar. Si el fallo es predominantemente izquierdo se observa taquipnea, estertores, sibilantes en el contexto de congestión pulmonar, y si es predominantemente derecho observamos ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular e hipotensión sin congestión pulmonar (36).

_Lupus eritematoso. Es una enfermedad crónica, multisistémica que se caracteriza por una respuesta autoinmune aberrante a autoantígenos con afección a cualquier órgano o tejido, las mujeres embarazadas con lupus tienen un riesgo elevado de desenlaces adversos tanto maternos como fetales, dentro de los que se incluyen mayores tasas de parto pretérmino, muerte fetal, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia y hemorragia obstétrica (37).

Las principales afecciones reportadas durante el embarazo incluyen enfermedades hipertensivas (preeclampsia, eclampsia), síndrome de HELLP, restricción de crecimiento intrauterino y pérdidas fetales recurrentes (37).

_ Colecistitis Aguda. Enfermedad causada por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico, otras causas pueden ser enfermedad severa, consumo de alcohol y, en raras ocasiones, tumores de la vesícula biliar(38).

Las modificaciones que se presentan durante el embarazo, constituyen factores condicionantes para desencadenar el problema de colecistolitiasis, que en muchas ocasiones provocan un ataque agudo, lo que obliga a realizar intervención quirúrgica antes de concluido el embarazo (38).

_Neoplasia Maligna. El cáncer durante el embarazo ocurre en 0,07% a 0,1% de todos los embarazos. Debido al notable aumento en la edad materna al momento del parto, la incidencia de tumores malignos diagnosticados durante el embarazo ha aumentado. Aunque es una condición rara, debe ser identificada y tratada de inmediato, ya que el embarazo puede producir conflictos para el tratamiento materno y desarrollo fetal óptimo (39).

La fisiopatología del cáncer asociado al embarazo no ha podido ser totalmente definida. Sin embargo, factores como los cambios hormonales, supresión inmunológica, aumento de la permeabilidad y vascularización están implicados en su etiopatogenia. Como el aumento de la frecuencia es un hecho comprobado, debido a las tendencias en el retraso de la maternidad (39).

_COVID 19. La infección se puede clasificar según la gravedad de la sintomatología respiratoria en leve, moderada y severa. Parece que la gestación se asocia a un mayor riesgo de infección severa respecto la población no gestante, especialmente en el tercer trimestre y cuando se asocian los siguientes factores de riesgo: edad materna avanzada, IMC elevado, hipertensión crónica y diabetes pregestacional. La mortalidad en gestantes se sitúa alrededor del 0,1% (40).

Debe tenerse en cuenta que las pacientes con infección por COVID-19 pueden presentar un rápido deterioro clínico. La identificación temprana de aquellos casos con manifestaciones graves permite la realización de tratamientos de soporte optimizados de manera inmediata y un ingreso (o derivación) seguro y rápido a la unidad de cuidados intermedios/intensivos (40).

C. Muerte materna incidental o accidental.

Muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio como consecuencia de accidentes no asociados con la gestación o a enfermedades mencionadas como causas indirectas. Pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. Los accidentes en la vía, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, son causas de esta. El cálculo de razón de muertes maternas excluye las que son involuntarias o accidentales (22).

_Femicidio. Jill Radford define el concepto de femicidio como el referido al asesinato de las mujeres a manos de los hombres, por el solo hecho de ser mujeres. Las autoras explican, además, cómo estos asesinatos se convierten en el último capítulo en un continuum de violencia y terror contra las mujeres, presentes a lo largo de toda su

historia, bajo diversas manifestaciones: violación sexual, tortura, trata, hostigamiento sexual, mutilación genital, esterilización forzada o maternidad forzada (43).

2.2.3 Factores Sociodemográficos.

A) Factores Sociales.

La situación bajo la cual las personas son incluidas en un sistema de salud a nivel mundial, nacional y local, que a su vez está influenciado por las políticas de salud adoptadas por los gobiernos, se refiere como determinantes sociales de la salud (41).

Los principales determinantes de salud son los factores sociodemográficos y socioeconómicos, ya que en estos se observan cambios como aumento o disminución de la natalidad, ingresos laborales; las situaciones epidemiológicas cambian cuando las poblaciones envejecen y se urbanizan, tienen un efecto fundamental la educación en las mujeres en la situación sanitaria (42).

Los factores sociales que se tomaran en cuenta en la siguiente investigación son los siguientes:

_ Ocupación. Están relacionadas con el desempleo y el desamparo en muchos casos esto relacionado a la falta de oportunidades debido a un bajo nivel educativo causando familias disfuncionales, en las que uno de los miembros deja con toda la responsabilidad de la crianza de los hijos y en muchos casos las mujeres son abandonadas durante el embarazo complicando este proceso y elevando la mortalidad. Es un indicador en todas las muertes maternas, de las cuales en su mayoría son prematuras (43).

_ Edad. Cuando el embarazo es tardío hay mayor riesgo de muerte materna, el riesgo es más alto para las mujeres mayores de 35 años que para las mujeres de entre 20 a 24 años. (20).

_ Estado civil. El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. En la literatura se han publicado múltiples artículos en el área de salud pública que han encontrado una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como “solteras” o “sin pareja” y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato (44).

_ Educación. Dentro de las barreras culturales y sociales que influyen negativamente en el acceso a los servicios de salud de calidad y en el desarrollo de una nación, se

encuentran el analfabetismo y la baja instrucción. El saber leer y escribir o el nivel mínimo de instrucción es vital para intentar mejorar la calidad de vida. En el caso de los servicios de salud, no solo ayuda en la investigación de posibilidades de atención en la salud, sino también, permite percibir a la gestante y en general a la persona el deterioro, peligro o riesgo en la situación de la salud (45).

B) Factores Demográficos.

Los factores demográficos de la salud son aquellos en los que se observan cambios como aumento o disminución de la natalidad, ingresos laborales; las situaciones epidemiológicas cambian cuando las poblaciones envejecen y se urbanizan, tienen un efecto fundamental la educación en las mujeres en la situación sanitaria para ir a los servicios de la salud que brindan los estados en todo el mundo es por eso importante estudiar el comportamiento en las diferentes áreas de las sociedades que acuden a estos servicios y la calidad de atención a su vez que esto generan(42).

Los factores demográficos que se tomaran en cuenta en la siguiente investigación son los siguientes:

_Área de procedencia. En el origen de la muerte materna está vinculado al área de procedencia, lo cual indica que hay una gran desigualdad entre los países desarrollados y en vías de desarrollo en la inversión de los gobiernos, así como la desigualdad entre la población urbana y de zona rural a los servicios de salud. las desigualdades se manifiestan en una menor calidad de la atención, como en un inicio tardío de atenciones prenatales, y un mayor peligro en la gestación. Las gestantes de clases sociales altas llevan a cabo un mejor cuidado, toman suplementos nutricionales e incluso planifican el embarazo, a comparación de las clases sociales bajas las cuales cursan el embarazo a lo que generen sus recursos (43).

_Referencia. Proceso mediante el cual administrativamente y asistencialmente el trabajador de un recinto de salud, traslada las responsabilidades de atención de un individuo a otro recinto de salud de mayor capacidad resolutive. Se denomina también así a la identificación de signos de alarma o la decisión de trasladar a un paciente; por un agente comunitario u organizaciones comunales, a partir de la comunidad a un recinto de salud (46)

_Demoras asociadas a muerte materna. Descrito por la doctora Deborah Maine de la Universidad de Columbia y adoptado por la OMS, identifica las barreras que las mujeres enfrentan para poder acceder a los servicios de salud y utilizarlos. De esta forma, a partir

de tres o cuatro preguntas simples, se trata de identificar los retrasos que haya tenido las pacientes (47).

Se identifican cuatro demoras:

La primera, relacionada a la falta de reconocimiento de las señales de peligro, la segunda, en tomar la decisión de buscar ayuda, ambas relacionadas con la toma de decisiones de la mujer y el entorno familiar (48).

La tercera demora asociada al proceso de traslado de la gestante al establecimiento de salud que implica el apoyo que debe brindar la comunidad donde habita la mujer; estas tres demoras se hacen aún más relevantes y críticas en zonas de población dispersa, de pobreza, pobreza extrema y de grupos poblacionales étnicos (48).

La cuarta demora está relacionada a la atención oportuna en los servicios de salud. Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales (48).

_Lugar de ocurrencia. En los países en desarrollo gran parte de las mujeres que mueren en los hospitales por causas asociadas con el embarazo llegan muy tarde para prestarles atención eficaz. Es claro que la gran mayoría de muertes maternas pueden evitarse por medio del manejo y atención tanto adecuada como oportuna, como señalan las bajas tasas de mortalidad materna de los países desarrollados (49).

2.3 VARIABLES

Variable 1: Muerte materna
Variable 2: Factores sociodemográficos

2.4 Operacionalización de variable

| Tipo de variable | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Ítem | Escala |
|---|-----------------------|---|------------------------------------|---|---------|
| Variable 1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Factores sociales y demográficos que caracterizan a un individuo o un grupo dentro de una estructura social | Factores sociales | En estos se observan cambios como aumento o disminución de la natalidad, ingresos laborales; las situaciones epidemiológicas | Grado de Instrucción | _ Sin instrucción _ Primaria incompleta _ Primaria completa _ Secundaria incompleta _ Secundaria completa _ Superior no universitario incompleto _ Superior no universitario completo _ Superior universitario incompleto _ Superior universitario completo | Nominal |
| | | | Estado civil | _ Soltera _ Casada _ Unión estable _ Viuda | Nominal |
| | | | Edad | _ [11 > 19 _ 25 > 35 _ 35 a +] | Nominal |
| | | | Ocupación | _ Ama de casa _ Estudiante _ Comerciante _ Empleado publico _ Empleado privado _ Otros | Nominal |
| | | | Demoras asociadas a muerte materna | _ Identificar signos y síntomas _ Decisión de buscar ayuda _ Acceder a los servicios de salud _ Recibir tratamiento adecuado y oportuno | Nominal |
| | Factores demográficos | Situación bajo la cual las personas son incluidas, que a su vez está influenciado por las políticas de salud adoptadas por los gobiernos | Área de procedencia | _ Cajamarca _ Distrito _ Provincia | Nominal |
| | | | Referencia | _ Si _ No | Nominal |
| Variable 2 Tipo de Muerte Materna | Muerte Materna | Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica) | Directa | _ Hemorragia _ THE _ Sepsis _ Otros..... | Nominal |
| | | | Indirecta | _ Shock cardiogénico _ Colecistitis _ Neoplasias _ Septicemia _ Otro | Nominal |
| | | | Incidental | _ Violencia familiar _ Accidentes de tránsito _ Otros..... | Nominal |

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio Diseño.

_Retrospectivo. Porque se utilizará información recopilada en las historias clínicas del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el espacio 2016 al 2020, precediendo a la realización de la presente investigación

_Descriptiva: Según Hernández Sampieri (2003), indica que esta investigación utiliza criterios sistemáticos que permitan la verificación de la estructura de los fenómenos en estudio, así como el descubrimiento y la comparación de la relación entre las variables de interés (50).

_Transversal: según Hernández Sampieri (2003), Este tipo de investigación recopila datos en una sola instancia y durante un solo período de tiempo; su objetivo es para describir las variables y analizar su frecuencia e interrelaciones (50).

Esquema del diseño descriptivo.

M————— O1

Donde:

M: Muertes Maternas

O1: Información recogida de la variable

3.2 Área de estudio y Población

Área de estudio

El presente estudio se realizará en la ciudad de Cajamarca en el Hospital Regional Docente Cajamarca, ubicado en la Av Larry Jhonson, Cajamarca.

Población

El universo poblacional estará constituido por todas las muertes maternas que cumplan los criterios de inclusión, suscitadas, en el Hospital Regional Docente Cajamarca.

3.3 Muestra y muestreo

Se utilizó el muestreo en el que se recolecto información de historias clínicas de muerte materna de una población con características similares, en este caso de historias clínicas durante el 2015 en el HRDC.

3.4 Unidad de análisis

Todas las historias clínicas de muerte materna suscitadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca del 2016 al 2020

3.5 Criterios de inclusión Criterios de inclusión

- Mujeres fallecidas en Hospital Regional Docente de Cajamarca
- Historia clínica completa
- Historia clínica legible

3.6 Consideraciones éticas de la investigación

Los principios éticos que rigen la investigación en la Escuela Académico Profesional de Obstetricia son:

Difusión del conocimiento: Es una responsabilidad compartida, debido a que se reconoce que los saberes no llegan a su último destino, a menos que sean apropiados por la sociedad, y las sociedades que generan y acumulan saberes a lo largo del tiempo por ende deben estar disponibles para todos sin distinción (51).

Honestidad: En la investigación, los datos en las publicaciones deben ser verificados. Esto garantiza un cierto nivel de calidad y rigor en la investigación, lo que permite a nosotros, publicar los resultados, ya que van a ser evaluados por árbitros que son independientes de nosotros, esto proporciona una calidad de juicio para el grado (52).

Libertad de investigación: Asegura que todas las actividades dedicadas a la búsqueda de conocimiento, en cualquier ámbito de conocimiento, se llevaron a cabo sin obstáculos, independientemente si son de forma individual o colectiva, y si ellos se llevan a cabo en instituciones públicas o privadas, sin poner en peligros otros derechos, bienes legales o valores constitucionalmente valiosos (53).

Responsabilidad: De proteger a toda la información obtenida como parte de la investigación (54).

3.7 Técnica de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se consideró:

- Primero: Se solicitó el permiso de la Dirección de escuela para tener acceso a toda la información requerida para el proyecto
- Segundo: Se solicitó permiso al director del Hospital Regional Docente Cajamarca, para aplicar el instrumento del recojo de recolección de datos en su institución.

El instrumento se aplicó en el horario de atención del establecimiento; en el periodo julio-septiembre 2021.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

_Se utilizó como técnica la observación y como instrumento una cartilla de recojo de información a través de la revisión de fichas epidemiológicas e historias clínicas del Hospital Regional Docente de Cajamarca (Anexo 01).

_El instrumento usado fue elaborado de acuerdo a las variables en estudio y se tomó como base una ficha de recolección de datos de un trabajo de investigación con una población similar en la región de cusco de título. Factores asociados a la Muerte Materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014 (13)

_ Asimismo, el instrumento fue validado por tres expertos, en el tema de estudio y estadística.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

_Para el procesamiento de datos se creó una base de datos, usando el programa de Microsoft Excel de Windows.

_El ingreso de los datos se realizó en el mismo día en el que se aplicó el instrumento.

_Posteriormente, el análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25, mediante estadística descriptiva, se presentaron tablas de frecuencia y proporciones para los resultados de cada variable.

3.10 Control de calidad de datos

El instrumento fue codificado para facilitar su organización, aplicación y análisis; inmediatamente después de la aplicación se verificó que esté completamente llenado, es decir que el control de calidad se realizó in situ para disminuir los datos perdidos.

3.11 Viabilidad del proyecto

El presente proyecto fue viable porque se contó con los recursos materiales, económicos y con una asesora para que me apoye en la realización de dicho proyecto.

CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Tabla 1. Factores sociales de muerte materna en el HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Nivel de instrucción | n° | % |
|-----------------------------|-----------|--------------|
| Sin instrucción | 1 | 4,2 |
| Primaria incompleta | 8 | 33,3 |
| Primaria completa | 7 | 29,2 |
| Secundaria incompleta | 2 | 8,3 |
| Secundaria completa | 5 | 20,8 |
| Superior no universitario | 1 | 4,2 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Edad | n° | % |
| 11 a 24 años | 4 | 16,7 |
| 25 a 34 años | 12 | 50,0 |
| 35 a más años | 8 | 33,3 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Ocupación | n° | % |
| Ama de casa | 22 | 91,7 |
| Comerciante | 2 | 8,3 |
| Total | 24 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

El 33,3% de los casos de muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016 – 2020 tuvieron primaria incompleta, seguido del 29,2% con primaria completa y 20,8% con secundaria completa. En menor proporción se encuentran los casos de muertes maternas de mujeres sin instrucción con 4,2% y superior no universitaria con el mismo porcentaje (4,2%).

Esto es un resultado elevado con un 95.8% sin educación superior, en relación a López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo S (Colombia 2015) (9), en el que el 75% no tenían educación superior, lo que hace que su nivel económico sea bajo, dificultando el acceso a buenos empleos por no tener la preparación necesaria, esta situación afecta la gestación poniendo en riesgo su nutrición por falta de recursos, lo que conlleva a bajo peso, desnutrición y alteraciones metabólicas, finalizando por llevar a la muerte materna.

En contraste con el plano internacional, Chalho V. (Arequipa 2014) (15), encontró que el 50.3% tiene grado de secundaria en comparación a Delgado R. (Lima 2015) (12), donde el 33.3% de las fallecidas tenían secundaria completa, el 27.8% tenían estudios superiores incompletos, un 5.6% habían culminado estudios primarios. Los resultados de esta investigación se asemejan a los realizados por Gómez J. (Iquitos 2014) (14) solo 2 (10%) casos lograron estudios superiores no universitarios y 18 (90%), solo culminaron la secundaria, no hubo ningún caso de analfabetas ni lograron estudios universitarios, teniendo en cuenta que las mujeres no tienen igualdad de oportunidades en cuanto a un mejor nivel educativo en todas las regiones del país.

En nuestra región Miranda M (Cajamarca 2018) (16), describe que la mayoría de pacientes fallecidas tuvieron nivel de instrucción primaria con el 57.2%, sin nivel educativo 21.4%, secundaria 19.1% y solamente el 2.4% con estudio superior técnico, comparando con lo obtenido en este trabajo vemos una leve semejanza.

Aunque hay una escasez de estudios que relacionen el nivel de educación de las mujeres de la comunidad y la mortalidad materna, el nivel de educación de las mujeres de la comunidad también se ha asociado con una mayor probabilidad de dar a luz en un establecimiento de salud en otros estudios tal como demuestra en su estudio Ariyo O (Nigeria 2017) (8).

Se observa 66,7% de los casos de muertes maternas fueron mujeres con unión estable con su pareja, seguidas de 29,2% de mujeres casadas y 4,2% de mujeres solteras.

Estos resultados se asemejan a los realizados por Chalho V (Arequipa 2014), Delgado R. (Lima 2015), Quispe H (Arequipa 2014), Gómez J (Iquitos 2014) Balcázar V, Segundo M (Lambayeque 2019) (15,12,13,14,11); en donde hay un predominio del estado civil unión estable, nuevo termino con el que se lo considera a la pareja conviviente sobre los demás, el estado civil puede ser tomado como factor de riesgo ya que coloca a la mujer en un estado de vulnerabilidad tanto económica como social (11).

De las mujeres que fallecieron el 50,0% pertenecían al grupo etáreo de 25 a 34 años,

seguido del 33,3% de 35 a más años; mientras que 16,7% tuvieron de 11 a 24 años. Así también, entre el análisis descriptivo de esta variable cuantitativa se puede mencionar que se obtuvo una media de 31,08 años, con una DE = +/- 7,47 años, obteniendo un mínimo de 18 años y máximo de 45 años.

Estos resultados se asemejan al de algunos autores internacionales como López A, Zúñiga B, (Colombia 2015), Ariyo O (Nigeria 2017) Milián et al (Cuba 2016) (9,6,7). Donde predomino el grupo etario que comprende edades de 25 años a más. Esto sería un indicador de la reducción del embarazo en adolescente y el riesgo que lleva tanto para la salud reproductiva de las mujeres en nuestro país, a nivel internacional y de América Latina.

En contraste con el plano internacional Delgado R. (Lima 2015), Gómez J. (Iquitos 2014) (12, 14), en sus investigaciones encontraron que el nivel de fallecidas por embarazo adolescente y añoso eran superiores al de otras regiones respectivamente y al desarrollado en esta investigación.

La edad es un factor importante ya que una gestación precoz constituye un factor de riesgo importante por no haber terminado el desarrollo anatómico, por otro lado, una gestante añosa presenta mayor riesgo de sufrir complicaciones durante toda la gestación, parto y puerperio. (11)

Se observa que 91,7% de los casos de muertes maternas correspondió a mujeres que fueron amas de casa y 8,3% a comerciantes.

Los resultados de esta investigación se asemejan a los de López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo S (Colombia 2015) (9), y a la mayoría de los investigadores nacionales (11,12,13,14,15,17) en los cuales la ocupación de ama de casa o su hogar supera el 60%.

Tabla 2. Demoras asociadas a las muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| N° de demoras | n° | % |
|--|-----------|--------------|
| Solo 1 demora | 10 | 41,7 |
| Tuvo 2 demoras | 7 | 29,2 |
| Tuvo todas las demoras | 3 | 12,5 |
| Ninguna demora | 4 | 16,7 |
| Total | 24 | 100,0 |
| D1: Identificar signos y síntomas | n° | % |
| Sí | 13 | 54,2 |
| No | 11 | 45,8 |
| D2: Decisión de buscar ayuda | n° | % |
| Sí | 13 | 54,2 |
| No | 11 | 45,8 |
| D3: Acceder a los servicios de salud | n° | % |
| Sí | 5 | 20,8 |
| No | 19 | 79,2 |
| D4: Recibir tratamiento adecuado y oportuno | n° | % |
| Sí | 5 | 20,8 |
| No | 19 | 79,2 |
| Total | 24 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la tabla 2 se observa un análisis descriptivo de las demoras asociadas a las muertes maternas estudiadas, donde 41,7% presentó una sola demora, 29,2% presentaron dos demoras a la vez, 12,5% presentaron todas las demoras a la vez y 16,7% no presentó demoras durante su atención.

Así también, se evidencia que el 54,2% de la muestra estudiada tuvo la primera demora de atención, siendo este retraso en identificar los signos y síntomas de alarma, de igual forma, 54,2% presentó la segunda demora, retraso en decidir buscar ayuda, 20,8% tuvo la tercera demora (retraso en acceder a los servicios de salud), y 20,8% pasó la cuarta demora, retraso en recibir tratamiento adecuado y oportuno.

Los resultados obtenidos se asemejan a los realizados por López A, Zúñiga B, Ospina

G, Ocampo S (Colombia 2015), Colorado K, Peña T, Portela E, Jiménez C, Gonzales L (Colombia 2015) (9,8). en el cual se evidencia que la mayor demora se relaciona con la demora 1 la cual está presente en un 25 y 60% respectivamente de todas las muertes maternas.

Observamos que todas las fallecidas tuvieron una demora algo que se asemeja a la investigación realizada por Delgado R. (Lima 2015), en el cual se tuvo un porcentaje de 76.2% en total. Según la OMS, las demoras o el camino para la supervivencia a la muerte materna, identifica las barreras que las mujeres enfrentan para poder acceder a los servicios de salud y utilizarlos. De esta forma, a partir de tres o cuatro preguntas simples, se trata de identificar los retrasos que haya tenido las pacientes (12).

Tabla 3. Factores demográficos de las muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Procedencia | n° | % |
|---------------------------------------|-----------|--------------|
| Cajamarca ciudad | 12 | 50,0 |
| Provincia | 9 | 37,5 |
| Distrito de la provincia de Cajamarca | 3 | 12,5 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Referencia | n° | % |
| Sí | 18 | 75,0 |
| No | 6 | 25,0 |
| Total | 24 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la presente tabla se evidencia que 50,0% de casos de muerte materna corresponde a mujeres que procedían a mujeres de la ciudad de Cajamarca; 12,5% pertenecía a distritos de la provincia de Cajamarca y 37,5% a alguna provincia de la región Cajamarca.

En comparación con el trabajo realizado por Balcázar V, Segundo M (Lambayeque 2019) (11), se relaciona con nuestro estudio realizado estadísticamente hablando ya

que la mayor cantidad de muertes maternas se dieron en la ciudad de Chiclayo con un 69,8%, al igual que en nuestra investigación hay una prevalencia en la ciudad capital.

Se observa en la tabla que 75,0% de casos de muerte materna fueron referidos al HRDC y 25,0% no fueron referidos.

De las 24 muertes maternas registradas en el HRDC, el 75,0% fue referido, lo cual se asemeja a un estudio realizado por Quispe H. (Arequipa 2014) (13), en el cual se refirieron de 77 muertes maternas al 76.6%. El sistema de referencia es un elemento esencial de los sistemas de salud, ya que en nuestro campo es de vital importancia en la atención obstétrica de urgencia y sirve de apoyo al primer nivel de atención.

Tabla 4. Muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Muerte materna | n° | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| MM Directa | 15 | 62,5 |
| MM Indirecta | 8 | 33,3 |
| MM Incidental | 1 | 4,2 |
| Total | 24 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

Se muestra que 62,5% de muertes maternas registradas en el HRDC fueron directas, 33,3% fueron indirectas y 4,2% incidentales.

En las investigaciones realizadas por autores tanto de medio internacional como nacional y local observamos la predominación de la muerte materna directa con un porcentaje mayor al 50%, esto debido a las causas básicas como son las hemorragias, trastornos hipertensivos y sepsis que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio.

Tabla 5. Muertes maternas directas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Muerte materna directa | n° | % |
|--|-----------|--------------|
| Hemorragia | 3 | 20,0 |
| THE | 11 | 73,3 |
| Sepsis | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |
| Causa de muerte materna directa | n° | % |
| PES | 6 | 40,0 |
| Eclampsia | 4 | 26,7 |
| Síndrome HELLP | 1 | 6,7 |
| DPP | 1 | 6,7 |
| Hemorragia postparto | 1 | 6,7 |
| Shock hipovolémico | 1 | 6,7 |
| Aborto séptico | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la presente tabla se evidencia que, del total de casos de muertes maternas directa, 73,3% corresponde a casos por trastornos hipertensivos del embarazo, 20,0% por hemorragias y 6,7% por sepsis.

Así también se observa que los THE son los que más han causado muertes maternas, encontrando 40,0% de éstas causadas por preeclampsia severa, seguido del 26,7% de eclampsias. Por otro lado, en cuanto a las hemorragias, se encontró que las muertes maternas fueron causadas por desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia postparto y shock hipovolémico con 6,7% de casos cada uno; mientras que solo existió un solo caso (6,7%) de aborto séptico como causa de muerte materna directa por sepsis.

Tabla 6. Muertes maternas indirectas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Muerte materna indirecta | n° | % |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Neoplasias | 1 | 12,5 |
| Shock cardiogénico | 1 | 12,5 |
| Colecistitis | 1 | 12,5 |
| Lupus eritematoso | 1 | 12,5 |
| COVID 19 | 2 | 25,0 |
| Otros | 2 | 25,0 |
| Total | 8 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la presente tabla se evidencia las diferentes causas de muertes maternas indirectas ocurridas en el periodo de estudio, sobresaliendo las ocurridas por COVID 19 con 25,0%, neoplasias con 12,5%, shock cardiogénico con 12,5%, colecistis con 12,5% y otros con 25,0%.

Esto debido a un evento que puede aparecer de manera súbita como la pandemia por COVID 19 la cual prevalece ante otras enfermedades propias de la paciente.

Tabla 7. Muertes maternas incidentales del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Muerte materna incidental | n° | % |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| Por determinar | 1 | 100,0 |
| Total | 1 | 100,0 |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la presente tabla se observa que existió un solo caso (100,0%) de muerte materna por causa incidental, la cual incluso ha sido registrada como por determinar. La paciente se registró como que sale de alta, regresa un día y fallece, no dejando más registro sobre como ocurrió la muerte materna, ahondando en la historia clínica solo se registro que la paciente tuvo secundaria completa y su procedencia fue de Cajamarca.

Tabla 8. Factores Sociodemográficos frente a muertes maternas del HRDC durante el periodo 2016- 2020.

| Tipo de Muerte Materna | | Muerte Materna Directa 15 (62,5%). | Muerte Indirecta 8 (33,3%). | Muerte Incidental 1 (4,2%). |
|---|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| Factor Social | Nivel de Instrucción | Primaria Incompleta 4 (16,6%). | Primaria Incompleta 4 (16,6%). | Secundaria Completa 1 (4,2%). |
| | | Primaria Completa 4 (16,6%). | Primaria Completa 3 (12,5 %). | |
| | | Secundaria Completa 4 (16,6%). | | |
| | | Secundaria Incompleta 2 (8,3%). | Superior no Universitario 1 (4,2%). | |
| | | Sin Instrucción 1 (4,2%). | | |
| | Edad | 25 a 34 años 12 (37,5%). | 35 años a más 6 (25%). | 25 a 34 años 1 (4,2%). |
| | | 25 a 34 años 2 (8,3%). | 25 a 34 años 2 (8,3%). | |
| | | 11 a 24 años 1 (4,2%). | 11 a 24 años 1 (4,2%). | |
| | Ocupación | Ama de Casa 14 (58,3%). | Ama de Casa 7 (33,3%). | Ama de Casa 1 (4,2%). |
| | | Comerciante 1 (4,2%). | Comerciante 1 (4,2%). | |
| | D1: Identificar signos y síntomas | Si 8 (33,3%). | Si 4 (16,6%). | Si 1 (4,2%). |
| | | No 7 (29,1%). | No 5 (20,8%). | |
| | D2: Decisión de buscar ayuda | Si 8 (33,3%). | Si 4 (16,6%). | Si 1 (4,2%). |
| | | No 7 (29,1%). | No 5 (20,8%). | |
| | D3: Acceder a los servicios de salud. | Si 2 (8,3%). | Si 2 (8,3%). | Si 1 (4,2%). |
| | | No 13 (54,1%). | No 7 (29,2%). | |
| D4: Recibir tratamiento adecuado y oportuno | Si 2 (8,3%). | Si 2 (8,3%). | Si 1 (4,2%). | |
| | No 13 (54,1%). | No 7 (29,2%). | | |
| Factor Demográfico | Procedencia | Provincia 7 (29,1%). | Cajamarca Ciudad 5 (20,8%). | Cajamarca Ciudad 1 (4,2%). |
| | | Cajamarca Ciudad 6 (25%). | Provincia 2 (8,3%). | |
| | | Distrito de la Provincia de Cajamarca 2 (8,3%). | Distrito de la Provincia de Cajamarca 1 (4,2%). | |
| | Referencia | Si 12 (50%). | Si 6 (29,2%). | No 1 (4,2%). |
| | | No 3 (12,5%). | No 2 (8,3%). | |

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos

En la presente tabla se pone de manifiesto una comparación de los factores sociales frente al tipo de muerte materna y cómo podemos observar el factor social ocupación, específicamente ama de casa influye notablemente en la muerte materna con un registro de 14 fallecidas lo que equivale a un 58, 3%. Los resultados de esta investigación se asemejan a los de López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo S (Colombia 2015) (9), y a la mayoría de los investigadores nacionales (11,12,13,14,15,17) en los cuales la ocupación de ama de casa o su hogar supera el 60%.

En segundo lugar, el factor que mas influyo para la muerte materna es el factor educación con 12 fallecidas, lo que equivale a un 37, 5 % del total de fallecidas. Así también, entre el análisis descriptivo de esta variable cuantitativa se puede mencionar que se obtuvo una media de 31,08 años, con una DE = +/- 7,47 años, obteniendo un mínimo de 18 años y máximo de 45 años.

Estos resultados se asemejan al de algunos autores internacionales como López A, Zúñiga B, (Colombia 2015), Ariyo O (Nigeria 2017) Milián et al (Cuba 2016) (9,6,7). Donde predomino el grupo etario que comprende edades de 25 años a más. Esto sería un indicador de la reducción del embarazo en adolescente y el riesgo que lleva tanto para la salud reproductiva de las mujeres en nuestro país, a nivel internacional y de América Latina. En nuestro país Delgado R. (Lima 2015), Gómez J. (Iquitos 2014) (12, 14), en sus investigaciones encontraron que el nivel de fallecidas por embarazo adolescente y añoso eran superiores al de otras regiones respectivamente y al desarrollado en esta investigación.

En cuanto a las demoras se observó que predomino la demora 1 y demora 2 con 33,3% respectivamente, por lo tanto, podemos afirmar que aun existe una brecha en cuanto a la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo en nuestra población, así también la decisión para buscar ayuda, estos resultados se asemejan a los realizados por López A, Zúñiga B, Ospina G, Ocampo S (Colombia 2015), Colorado K, Peña T, Portela E, Jiménez C, Gonzales L (Colombia 2015) (9,8). en el cual se evidencia que la mayor demora se relaciona con la demora 1 la cual está presente en un 25 y 60% respectivamente de todas las muertes maternas.

Observamos que todas las fallecidas tuvieron una demora algo que se asemeja a la investigación realizada por Delgado R. (Lima 2015), en el cual se tuvo un porcentaje de 76.2% en total. Según la OMS, las demoras o el camino para la supervivencia a la muerte materna, identifica las barreras que las mujeres enfrentan para poder acceder a los servicios de salud y utilizarlos.

En cuanto a los factores sociales se apreció que del total de muerte materna tuvieron una referencia, un 50 % del total de fallecidas, de las cuales la mayoría tuvo como procedencia alguna provincia 29,1%, De las 24 muertes maternas registradas en el HRDC, el 75,0% fue referido, lo cual se asemeja a un estudio realizado por Quispe H. (Arequipa 2014) (13), el sistema de referencia es un elemento esencial de los sistemas de salud, ya que en nuestro campo es de vital importancia en la atención obstétrica de urgencia y sirve de apoyo al primer nivel de atención.

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación se concluye:

- ✓ Durante el periodo 2016 – 2020 se registraron un total de 24 muertes maternas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- ✓ Los factores sociales como grado de instrucción, edad, ocupación y demoras contribuyen para la muerte materna.
- ✓ Los factores demográficos como Referencia y área de procedencia influyen en la muerte materna.
- ✓ Del total de muertes maternas 15 fueron de tipo directa, 8 de tipo indirecta y el 1 de tipo incidental.

RECOMENDACIONES

- ✓ Al director del Hospital Regional Docente Cajamarca promover y promocionar la importancia de la Atención Pre Natal y la atención del parto institucional, en la población a través de campañas de concientización.
- ✓ Crear estrategias en conjunto con el Gobierno Regional y gobiernos locales para la reducción de la mortalidad materna en el marco de la lucha contra la pobreza.
- ✓ Las estrategias deben estar dirigidas a cambiar el enfoque biomédico y tener en cuenta los determinantes sociodemográficos para la detección oportuna de las complicaciones obstétricas.
- ✓ Capacitación permanente al personal asistencial de todas las áreas de gineco-obstetricia para mejorar la capacidad de atención y la reducción de la mortalidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chr. Michelsens Institutt Camila G Ruiz J. Revertir cinco años de progreso: El impacto de la COVID 19 en la mortalidad materna en Perú Febrero 2021. [Citado el 20 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.cmi.no/publications/7454-revertir-cinco-aos-de-progreso-el-impacto-de-la-covid-19-en-la-mortalidad-materna-en-pero>
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. septiembre 2019 [Internet]. [citado 18 de junio de 2020]. URL disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Lozano L, Bohórquez A, Zambrano G. Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. US. 31ago.2016 [citado 11 julnio 2021];18(2):364 -372. URL disponible en:
<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2845>
4. Diaz D. Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa, Mexico 2006. Avances y retrocesos, una evaluación ciudadana del sexenio 2000-2006 ; Madres - Mortalidad - México Embarazo Servicios de salud materna - México [Salud pública - México. [Citado el 27 de junio del 2021], URL disponible en:
<https://docplayer.es/10462554-Daniela-francisca-diaz-echeverria.html>
5. Ministerio de Salud. Oficina de planeamiento, presupuesto y modernización presupuesto por resultados. Anexo 2 "Contenidos mínimos de un programa presupuestal" correspondiente al año 2021. Salud Materno Neonata, Perú 2021. [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/index.asp?pg=2#contact>
6. Ariyo O, Ifeoma D. The influence of the social and cultural environment on maternal mortality in Nigeria: Evidence from the 2013 demographic and health survey, PLoS ONE 12 (12): e0190285.Nigeria diciembre 2017. [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190285>
7. Milián E, Rodríguez T, Aguilera L, González D, Ortiz L. Mortalidad en pacientes en edad reproductiva en la provincia de Las Tunas. Rev. electron. Zoilo 2016 [citado 11 Jul 2021]. 41(4): [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/513>

8. Colorado K, Peña Valencia, Tania Yineth. Caracterización de los factores que influyen en la mortalidad materna, [Artículo de investigación Tolima]. Colombia 2009-2010. [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://revistas.ut.edu.co/index.php/desafios/article/view/613>
9. López AP, Zúñiga BG, Ospina GS, Ocampo SM. Determinantes sociales en salud en mortalidad materna. [Tesis para optar la especialización en administración de la salud]. Universidad Católica de Manizales, Cali Colombia 2015. [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1161?locale-attribute=fr>
10. Montgomery AL, Ram U, Kumar R, Jha P; Million Death Study Collaborators. Maternal mortality in India: causes and healthcare service use based on a nationally representative survey. PLoS One. 2014 Jan 15;9(1):e83331. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24454701/>
11. Verona M, Fernández JL, Neciosup E . Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención de la mortalidad materna en la región Lambayeque. 2011 – 2016. . [Tesis para optar el Título de médico cirujano]. Perú. Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Perú 2015 Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 12(2), 97 - 103. 2019 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/504>
12. Delgado Escalante R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia. 2016. [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4686>
13. Quispe Chancolla H. Factores asociados a la Muerte Materna en la Región de Salud Cusco, periodo 2010- 2014. Perú. [Tesis para optar el Título de Segunda especialidad en alto riesgo obstétrico]. Perú. Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y puericultura. Perú 2016 [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_d1584e6c04d9fe812164a55a_bfd85df7

14. Gómez J. Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el hospital III Essalud Iquitos, 2000-2014. Perú. [Tesis para optar el Título de médico cirujano]. Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Facultad de Medicina Humana. Perú 2015 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:

<https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3712>

15. Challos V. Factores de riesgo y causas asociadas a la mortalidad materna en la región de salud Arequipa en el periodo 2004 – 2014. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia]. Perú. Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y puericultura. Perú 2015 [Internet]. [Citado el 27 de junio del 2021]. URL disponible en:

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_575ee8a0776a48a7e6ea34895ce30c1

16. Miranda Rendon T. Determinantes Sociales de las muertes maternas registradas en el Hospital Regional de Cajamarca. 2010 – 2015. [Tesis para optar el grado académico de maestro en ciencias]. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela de Posgrado. Perú. 2018 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:

<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2195>

17. Delgado Castillo H. Razón y Factores asociados A Mortalidad Materna en la Dirección Sub Regional de Salud - Jaén En El Quinquenio 2013 – 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. 2018 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:

<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2207>

18. Facho E, Ruiz I. Mortalidad materna en el departamento de Cajamarca durante el periodo 2010-2016, a propósito de la evaluación del plan participativo regional de salud 2010-2014. REV. PERSPECTIVA 17 (4), 2016: 501-512- ISSN 1996-5389 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:

<http://mail.upagu.edu.pe/ojs/index.php/PE/article/view/445>

19. Organización Panamericana de la Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna. Colombia 2016, Categoría del Plan Estratégico 2014-2019 de la OPS [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33712>

20. Tavera L. Tendencia de la Mortalidad Materna en Perú. Desafíos Pendientes. [Artículo de revisión]. Rev. Perú. ginecol. obstet. vol.59 no.3 Lima jul./set. 2013 Perú. [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001

21. Montejo G. Factores de riesgo asociados a la muerte materna. Hospital Gineco Obstetricia Guatemala – 2018. [Tesis para obtener grado de Maestra en ciencias médicas con especialidad en Gineco Obstetricia]. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado. Guatemala. 2018 [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10709.pdf

22. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011 Dirección General de Epidemiología; 1 ed; May. 2013. 331 p. ilus, map, tab, graf. Peru. [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1181496>

23. Ministerio de Salud del Perú. Guías de practica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive .Perú 2007. [Internet]. [Citado el 28 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://clacaidigital.info/handle/123456789/92>

24. Malvino E. Hemorragias Obstétricas Graves . Biblioteca de obstetricia critica Tomo II. Argentina 2017 [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
http://www.obstetriciacritica.com/doc/Hemorragias_Obstetricas.pdf

25. Alvarado SM. Shock hipovolémico intra y posparto, factores de riesgo y morbimortalidad en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora. Ecuador 2014 [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10624>

26. Mejía L. Fisiopatología choque hemorrágico. México 2014. [Artículo de revisión]. Rev Mex Anest 2014; 37 (S1) [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50212>

27. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Hemorragia Postparto. ¿ Dónde estamos y hacia dónde vamos? 2018. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.flasog.org/static/libros/Hemorragia-Postparto-17OCTUBRE.pdf>
28. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Actualización de consenso de obstetricia. Hemorragia Postparto. Argentina 2019. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos>
29. Ministerio de Salud del Perú. Manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales. Perú 2010. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322070-manejo-estandarizado-de-las-emergencias-obstetricas-y-neonatales>
30. Bryce A, Alegria E, Valenzuela G, Larrauri C, Urquiaga Jet al. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú 2018. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
31. Cerna J. Sepsis y choque séptico asociados a infecciones del aparato genital femenino. . Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú 2007. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol53_n4/pdf/A06V53N4.pdf
32. Nares A, et al. Manejo de sepsis y choque séptico en el embarazo. México 2013. . [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000400008
33. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia. Guía clínica de sepsis y embarazo. 2013. . [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://www.sogiba.org.ar/documentos/FLASOG.pdf>

34. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Sepsis durante el embarazo y el puerperio. 2019. . [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<http://www.fasgo.org.ar/index.php/obstetricia/1728-sepsis-durante-el-embarazo-y-el-puerperio>
35. Gonzales M. Mortalidad Materna: Análisis médico forense. Costa Rica 2017 [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100112
36. Grupo Nacional de shock de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. III Edición. Editorial Bubok Publishing S.L. España
37. Stuht L, Santoyo H, Lara B. Lupus eritematoso sistémico en el embarazo. Acta Med. 2018;16(4):331-338. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83607&id2=>
38. Guzmán B. Prudencio, Heredia Rodrigo, Niño de Guzmán Oscar, Verduguez Nancy. COLECISTITIS AGUDA EN EL EMBARAZO. Gac Med Bol [Internet]. 2005 [citado 1 de julio 2021] ; 28(2): 42-49. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10129662005000200008
39. Reyna-Villasmil Eduardo. Manejo de neoplasias malignas raras durante el embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2021 Ene [citado 1 Julio 2021] ; 67(1): 00007. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000100007
40. Fundación Medicina Fetal Barcelona. Protocolo: Coronavirus (Covid-19) Y Gestación. Barcelona España. [Internet] [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.html>
41. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de prensa. Determinantes sociales de la salud. 2017. [Internet]. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

42. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sociodemográficas y Socioeconómicas. 2009. [Internet]. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table9.pdf
43. Caceres F. Justicia global, pobreza y mortalidad materna . Colombia 2010. [Internet]. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000300007
44. Sotero G, Sosa C, Domínguez A, Telechea A, Medina R. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2006 Mar [citado 18 julio 2021] ; 22(1): 59-65. URL disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009
45. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Mortalidad Materna en el Perú.2003. [Internet]. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>
46. Flores G, Miranda J. Características Del Proceso De Referencia Asociados A Mortalidad Materna En Un Hospital De Huancayo – 2019. Peru 2021 [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1212/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Vélez Álvarez G, Gallego Vélez L, Jaramillo Posada D. Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia.2009. Peru 2021 [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://docplayer.es/25421889-Modelo-de-analisis-de-la-muerte-materna-camino-para-la-supervivencia.html>
48. MINSA Dirección General de Promoción de la Salud “Guía de Implementación de la Casa de Espera Materna” Lima 2006
49. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C. Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. Bull World Health Organ. 2000;78(5):603-13. PMID: 10859854; PMCID: PMC2560770. [Internet]. [Citado el 29 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10859854/>

50. Hernandez S, Fernandez C, Baptista L. Metodología de la Investigación.(6a. ed). México D.F.Editorial McGraw-Hill.
51. La difusión del conocimiento. Interciencia. noviembre de 2008;33(11):786-786.
52. Definición de Honestidad [Internet]. Definición ABC. [citado 1 de julio de 2020]. URL disponible en:
<https://www.definicionabc.com/general/honestidad.php>
53. Ahumada Canabes M. La libertad de investigación científica: panorama de su situación en el constitucionalismo comparado y en el derecho internacional. Rev Chil Derecho. agosto de 2012;39(2):411-45. [citado 1 de julio de 2020]. URL disponible en:
<https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RET/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/>
54. Responsabilidades del investigador. [Internet]. [Citado el 30 de junio del 2021]. URL disponible en:
<https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETCCR/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/ss/Contents/SectionII/a2s19>

ANEXOS

Anexo N° 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS FRENTE A TIPO DE MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2016-2020

Descripción del instrumento

El presente trabajo de investigación realizado por el bachiller Luis David Chávez Torres con el fin de obtener el título de Obstetra, recogerá información sobre los factores sociodemográficos frente a tipo de muerte materna ocurridos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2016- 2020.

Indicaciones.

Marcar con una x o aspa en la opción según los datos obtenidos de las Historias clínicas

I .Identificación del instrumento

N° Ficha:

N° Historia Clínica:

Fecha:

Lugar : Hospital Regional Docente Cajamarca

II .FACTORES SOCIALES

1) Grado de Instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior no universitario
- g) Superior universitario

2) Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión estable
- d) Viuda

3) Edad (.....)

- a) [11> 25
- b) 25>35
- c) 35 a +]

4) Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Comerciante
- d) Empleado público
- e) Empleado privado
- f) Otros

5) Demoras asociadas a muerte materna

- a) Identificar signos y síntomas si () no ()
- b) Decisión de buscar ayuda si () no ()
- c) Acceder a los servicios de salud si () no ()
- d) Recibir tratamiento adecuado y oportuno si () no ()

III FACTORES DEMOGRAFICOS

1) Área de procedencia

- a) Cajamarca (.....)
- b) Provincia (.....)
- c) Distrito (.....)

2)Referencia

- a) Si
- b) No

VI. MORTALIDAD MATERNA

1) Muerte Materna Directa

- a) Hemorragia
- b) THE
- c) Sepsis
- d) Otros.....

2) Muerte Materna Indirecta

- a) Shock cardiogénico
- b) Colecistitis
- c) Neoplasias
- d) Otros.....

3) Muerte Materna Incidental

- a) Violencia familiar
- b) Accidentes de tránsito
- c) Otros.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cajamarca, 20 de mayo de 2021

OFICIO N° 277-2021-EAPOB/FCS-UNC

Dr. Carlos Alberto Delgado Cruces
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA

PRESENTE.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un afectuoso saludo a nombre de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y del mío propio; y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que el estudiante Chávez Torres Luis David, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado: "**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 -2020**", el mismo que le servirá como Tesis para la obtención del **Título Profesional de Obstetra**, motivo por el cual recorro a su digno despacho para solicitarle le brinde las facilidades el caso para la recolección de datos en las áreas adherentes al tema y así el mencionado estudiante pueda culminar con dicha investigación.

Se adjunta: solicitud del interesado

Agradeciendo por anticipado la atención que brinde a la presente, le expreso las nuestras de mi especial deferencia.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL
DE OBSTETRICIA
DRA OBSTA RESACA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ
DIRECTORA

C.c:
Archivo
RBAQ/mvh


GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
20 MAY 2021
REG _____ FOLIO 07
HORA 10:09 a.m. FIRMA *[Firma]*

MD 6015672

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
OFICINA DE SALUD DOCUMENTARIO
RECIBIDO
28 OCT 2021

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Solicito: Rectificación de título de Investigación

REG. _____ FOLIO 6
HORA 11:11 FIRMA 

Dr. Carlos Alberto Delgado Cruces

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA


Yo, CHAVEZ TORRES LUIS DAVID, identificado con N° DNI 77234268, N° celular: 962704858, domiciliado en la Av Mártires de Uchuracay N° 1170 egresado de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Siendo mi proyecto de tesis “Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a muerte materna Hospital Regional Docente de Cajamarca 2016-2020”. aprobado por el comité de investigación y ética en investigación, originando el oficio N° 014-2021-CEI-HRDC, la carta N° 11-2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI y la carta la carta N° 13-2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI emitidas el 07 de setiembre del 2021. Por fines académicos y de investigación, así como para una adecuada comprensión de datos; solicito ante su digno despacho la rectificación del título por “Factores sociodemográficos frente a tipo de muerte materna Hospital Regional Docente de Cajamarca 2016-2020”, modificando solo el título del proyecto de investigación el cual fue aprobado por consejo de facultad el 27 de octubre del 2021, originando la resolución N° 581-2021-FCS-UNC, teniendo como asesora a la Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz.

Por lo expuesto, tenga a bien acceder a mi solicitud, por ser de justicia

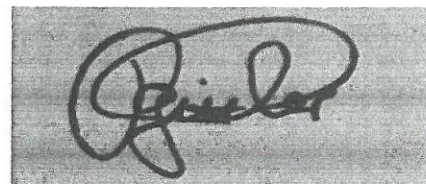
Atentamente:

Cajamarca, 28 de octubre del 2021.



Luis David Chávez Torres

Egresado de EAPO/FCCS/UNC



Dra. Rebeca Aguilar Quiroz

Asesora



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

Facultad de Ciencias de la Salud



Av. Atahualpa 1050

Teléfono/ Fax 36-5845

Resolución de Consejo de Facultad N° 581-2021-FCS-UNC

Cajamarca, 27 de octubre del 2021.

Visto, el Oficio N° 575-2021-EAPOB/FCS-UNC, expediente virtual recibido en Secretaría Académica el 12 de octubre del 2021 de la Directora (e) de la Escuela Académico Obstetricia; Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz; y;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo indicado en el art. 150° en el Estatuto de la Universidad Nacional de Cajamarca, la Unidad de Investigación es el órgano que gestiona la investigación en las Facultades en los niveles de pregrado y posgrado, en coordinación con las Escuelas Académico Profesionales, la Unidad de Posgrado y el Instituto de Investigación. Además de otras funciones establecidas en el Reglamento General y Reglamentos Específicos;

Que, asimismo y de conformidad con el art. 153°, inc. 153.4 del Estatuto de la Universidad Nacional de Cajamarca, es atribución del Comité Directivo de la Unidad de Investigación; evaluar, conforme a los estándares establecidos, la investigación realizada por la Facultad;

Que, mediante la Resolución de Consejo de Facultad N° 162-2020-FCS-UNC del 30 de julio del 2020, se aprobó, el proyecto de tesis: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 - 2020 del estudiante de la carrera profesional de Obstetricia; Chávez Torres Luis David, teniendo como asesora a la docente Dra. Obst. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz; el mismo que será ejecutado como tesis profesional para optar el Título Profesional Obstetra;

Que, mediante Resolución de Consejo Universitario N° 500-2020-UNC del 22 de abril del 2020, se autoriza la realización de Consejo de Facultad de forma virtual en todas las Facultades de la Universidad Nacional de Cajamarca;

Que, en virtud de lo mencionado, con documento de visto y opinión favorable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitan ante Consejo de Facultad, la modificación del título de proyecto de tesis antes indicado, a razón de que, por la pandemia COVID-19 es difícil tener acceso al objeto de estudio y pocas posibilidades de emplear mayor cantidad de participantes, para el desarrollo del mencionado proyecto;

Estando a lo expuesto, de conformidad con el artículo 67° de la Ley Universitaria N° 30220, artículo 46° del Estatuto de la Universidad Nacional de Cajamarca y en mérito a la aprobación de Consejo de Facultad en sesión ordinaria virtual de fecha 19 de octubre del 2021.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ACEPTAR, la modificación del título del proyecto de tesis: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 - 2020; aprobado con Resolución de Consejo de Facultad N° 162-2020-FCS-UNC del 30 de julio del 2020, *debiendo quedar de la siguiente manera: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS FRENTE A TIPO DE MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 -2020*, correspondiente al estudiante de la carrera profesional de Obstetricia: Luis David Chávez Torres, teniendo como asesora a la docente Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz; el mismo que será ejecutado como tesis profesional para optar el Título Profesional Obstetra.

ARTÍCULO SEGUNDO: COMUNICAR, la presente Resolución a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, asesora e interesado, para su conocimiento y demás fines.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Universidad Nacional de Cajamarca
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Diorga Nélida Medina Hoyos
DECANA



Universidad Nacional de Cajamarca
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael
SECRETARIA ACADÉMICA

C.c:
✉ E.A.P. Obstetricia
✉ Asesora
✉ Interesado
✉ Archivo
DNMH/METR/mjq

Cajamarca 07 de setiembre de 2021

OFICIO N° 014 – 2021- CEI-HRDC

Sr.

Dr. Miguel Córdova Castañeda

Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación

Presente.-

De nuestra consideración

Tenemos el agrado de dirigimos a usted para saludarle y acusar recibo de su documento de Protocolos de investigación: “Factores sociodemográficos y factores obstétricos asociados a muerte materna Hospital Regional Docente de Cajamarca”. Cuyo investigador principal es Luis David Chávez Torres.

Dicho proyecto se ha revisado por el Comité de Ética en Investigación el día 07 de setiembre de 2021, del año en curso, acordando su **APROBACION**, porque no constituye mayor problema ético en la ejecución del mismo.

Sin otro particular, agradezco su atención

Dr. Fernando Cabrera Bringas
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVES
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
C.M.P. N° 022834 RNE N° 012106

CC. Archivo



Cajamarca 07 de setiembre del 2021

CARTA N° 11 -2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI

Sr. Luis David Chávez Torres

TESISTA UNC

CAJAMARCA

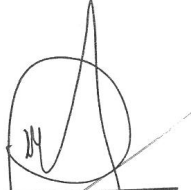
De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el proyecto de investigación presentado por su persona titulado **"Factores Sociodemográficos y Factores Obstétricos Asociado a Muerte Materna Hospital Regional Docente de Cajamara"**, ha sido **aprobado** por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su ejecución.

Sea propicia la ocasión para expresarle a Usted la muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente:




Miguel Córdova Castañeda
MEDICO CARDIOLOGO
CMR 99753 RNE 22990
JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA
E INVESTIGACION DEL HRDC

MCC/amp

C.C. Archivo

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de **"Ética en Investigación Científica"**, los problemas legales generados por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del Investigador.

"Nuestra Atención, Con Calidad y Buen Trato"



Cajamarca 07 de agosto del 2021

CARTA N° 13 -2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI

JEFE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

CAJAMARCA.

De mi especial consideración,

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el proyecto de Investigación presentado por **LUIS DAVID CHÁVEZ TORRES**, TESISTA de la Universidad Nacional de Cajamarca ; titulado **"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADO en A MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA"**, ha sido aprobado por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su ejecución. Por lo que se solicita a Usted brindar las facilidades para el recojo de información bajo las normativas y ordenanzas que su servicio y la Institución consideren necesarias.

Sea propicia la ocasión para expresarle a Usted la muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente:



Miguel Córdova Castañeda
MIGUEL Córdova Castañeda
 MÉDICO CARDIÓLOGO
 CMP 39753 RNE 22898
 JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA
 E INVESTIGACIÓN DEL HRDC

MCC/ckan:

Tel. Archivo:

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de "Ética en Investigación Científica", los problemas legales generados por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del Investigador.





FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento de recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención

| I. DATOS INFORMÁTICOS | | | | | | |
|---|--|--|---------|-------------------|-----------|-----------|
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: <i>Carabajal Gutiérrez Rosa Luz</i> | | | | | | |
| CARGO O INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Regional Docente Cajamarca | NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Ficha de Recolección de datos | AUTOR DEL INSTRUMENTO: Chávez Torres Luis david | | | | |
| TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS FRENTE A TIPO DE MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 -2020 | | | | | | |
| II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN | | | | | | |
| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| | | 0-20% | 21-40% | 41-60% | 61-80% | 81-100% |
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado | | | | X | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | X | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología | | | X | | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica | | | X | | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad. | | | X | | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las variables. | | | | X | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teórico científicos. | | | | X | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y dimensiones. | | | X | | |
| 9. METODOLOGÍA | responde al propósito de la tesis | | | X | | |
| 10. OPORTUNIDAD | El instrumento se va aplicar en el momento oportuno o más adecuado | | | | | X |
| III. OPINIÓN DE APLICACIÓN | | | | | | |
| Aplicable (X) | | Aplicable después de corregir () | | No aplicable () | | |
| IV. PORCENTAJE PROMEDIO DE VALIDACIÓN : | | | | | | |
| <i>12/10/21</i> | <i>26723961</i> | <i>[Signature]</i> | | <i>951645599</i> | | |
| Lugar y fecha | DNI | Firma del experto | | Número de celular | | |

ROSA LUZ CARBAJAL GUTIERREZ
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 COP 3242 RNE 88° F 01



FICHA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento de recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención

| I. DATOS INFORMÁTICOS | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|-------------------|-----------|-----------|
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: | | | | | | |
| CARGO O INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Regional Docente Cajamarca | NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Ficha de Recolección de datos | | AUTOR DEL INSTRUMENTO: Chávez Torres Luis david | | | |
| TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS FRENTE A TIPO DE MUERTE MATERNA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA 2016 -2020 | | | | | | |
| II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN | | | | | | |
| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente | Regular | Bueno | Muy bueno | Excelente |
| | | 0-20% | 21-40% | 41-60% | 61-80% | 81-100% |
| 1. CLARIDAD | Está formulado con lenguaje apropiado | | | | X | |
| 2. OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables | | | | X | |
| 3. ACTUALIDAD | Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología | | | | X | |
| 4. ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica | | | | X | |
| 5. SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad. | | | | X | |
| 6. INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las variables. | | | X | | |
| 7. CONSISTENCIA | Basado en aspectos teórico científicos. | | | X | | |
| 8. COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y dimensiones. | | | | X | |
| 9. METODOLOGÍA | responde al propósito de la tesis | | | X | | |
| 10. OPORTUNIDAD | El instrumento se va aplicar en el momento oportuno o más adecuado | | | | X | |
| III. OPINIÓN DE APLICACIÓN | | | | | | |
| Aplicable (X) | | Aplicable después de corregir () | | No aplicable () | | |
| IV. PORCENTAJE PROMEDIO DE VALIDACIÓN : | | | | | | |
| C- 17/11/2021 | 26731489 | | | 970550916 | | |
| Lugar y fecha | DNI | Firma del experto | | Número de celular | | |

