

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Mortalidad materna asociados a factores etiológicos en casos
reportados en la Región Junín, 2022-2023**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autoras:

Bach. Giomira Ariadna VASQUEZ DORREGARAY

Bach. Gloria Aydee DAVILA BRAVO

Asesor:

Dr. Ricardo Arturo GUARDIÁN CHÁVEZ

Cerro de Pasco – Perú – 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Mortalidad materna asociados a factores etiológicos en casos
reportados en la Región Junín, 2022-2023**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Johnny Walter CARBAJAL JIMENEZ
PRESIDENTE

Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA
MIEMBRO

Mg. César Ivón TARAZONA MEJORADA
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 059-2024

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Giomira Ariadna VASQUEZ DORREGARAY
Gloria Aydee DAVILA BRAVO

Escuela de Formación Profesional
Obstetricia

Tesis

**Mortalidad materna asociados a factores etiológicos en casos reportados en la
Región Junín, 2022-2023”**

Asesor:

Dr. Ricardo Arturo GUARDIÁN CHÁVEZ

Índice de Similitud: 14%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 01 de marzo del 2024.

Dra. Raquel Tumialan Hilario
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

Con mucha gratitud y amor, a mi esposo, mis hijos y toda mi familia.

A mis padres, hermanas y familiares, quienes me demostraron su permanente apoyo, el cual fue clave para lograr esta primera meta profesional.

A mis colegas de estudio y trabajo, por sus sabios consejos para conseguir mis metas más próximas.

A mis amigos y amigas, fuente de inspiración para seguir adelante.

Gloria Aydee DAVILA BRAVO

Con gratitud y amor, a mis padres y familiares, motor y motivo de superación ante cualquier adversidad, su sola presencia al lado mío, hizo que se materialice este primer objetivo profesional.

A todos quienes, estuvieron a mi lado dándome fuerzas y aconsejándome para seguir adelante. Sus sabios consejo iluminaron el camino que debía seguir.

Giomira Ariadna VASQUEZ DORREGARAY

Tesistas

AGRADECIMIENTO

Eterna gratitud al Dios eterno, que, sin ÉL, nada sería posible
Por darnos la fuerza, la motivación, sobre todo, la confianza
que, en ÉL, todo es posible.

A nuestra UNDAC, por darnos la oportunidad de formarnos
como profesionales en esta noble profesión.

A nuestra Escuela de Obstetricia

A cada uno de los establecimientos donde nos tocó
desarrollar nuestras capacidades y competencias
profesionales.

A cada docente y compañera(o), con quienes formamos una
familia en este camino de estudiante.

Gloria Aydee DAVILA BRAVO

Giomira Ariadna VASQUEZ DORREGARAY

Tesistas

RESUMEN

Alrededor de 1600 mujeres pierden la vida cada día como consecuencia de complicaciones que se pueden presentar en el embarazo, el parto o el posparto. Al menos 585.000 de estas mujeres fallecen cada año y más de 50 millones experimentan problemas relacionados con el embarazo.

Aunque en forma global se han mejorado las condiciones de salud de la población en general, no obstante, en los países en desarrollo la mortalidad materna, permanece desproporcionadamente alta.

Más del 30% de las mujeres de todo el mundo sufren morbilidad y discapacidad como consecuencia de problemas de salud reproductiva. La mayoría de los años que las mujeres en edad reproductiva dejan de tener hijos se deben a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

La investigación, plantea el problema ¿Cuáles son los factores etiológicos en la incidencia de mortalidad materna reportados en la Región Junín 2022 y 2023? **Objetivo general:** “Identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna, de la Región Junín”. **Propósito.** Identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna, el cual permitirá realizar y asegurar un sistema de atención, prevención y protección de las madres, en situaciones vulnerables, emergencia, alto riesgo y derechos vulnerados. **Metodología.** investigación cuantitativa, exploratoria descriptiva, retrospectiva. Muestra de 12 casos reportados durante 2022 y 2023.

Resultados y conclusiones. Como factor etiológico de la mortalidad materna encontramos en primer lugar a la hemorragia obstétrica en un 58.40%, de ellos todos fallecieron con el diagnóstico de shock hipovolémico. En segundo lugar, Síndrome de Hellp en 33.30%, de las cuales, el 16.70% fallecieron con el diagnóstico de sepsis, 8.30% con diagnóstico paro respiratorio, 8.30% con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). En tercer lugar, Neumonía aspirativa 8.30%, con diagnóstico post mortem paro respiratorio.

Palabras clave: mortalidad materna, casos reportados.

ABSTRACT

About 1,600 women lose their lives every day as a result of complications that can occur during pregnancy, childbirth or postpartum. At least 585,000 of these women die each year and more than 50 million experience pregnancy-related problems.

Although overall health conditions for the general population have improved, maternal mortality remains disproportionately high in developing countries.

More than 30% of women worldwide suffer morbidity and disability as a result of reproductive health problems. Most of the years that women of reproductive age miss childbearing are due to complications related to pregnancy and childbirth.

The research poses **the problem**: What are the etiological factors in the incidence of maternal mortality reported in the Junín Region 2022 and 2023? **General objective**: "To identify the etiological factors that influence maternal mortality in the Junín Region". **Purpose**. To identify the etiological factors that influence maternal mortality, which will allow for the implementation and assurance of a system of care, prevention and protection of mothers in vulnerable situations, emergencies, high risk and violated rights. **Methodology**. Quantitative, exploratory, descriptive, retrospective, retrospective research. Sample of 12 cases reported during 2022 and 2023.

Results and conclusions. As etiological factor of maternal mortality we found in first place obstetric hemorrhage in 58.40%, of which all died with a diagnosis of hypovolemic shock. In second place, Hellp Syndrome in 33.30%, of which 16.70% died with a diagnosis of sepsis, 8.30% with a diagnosis of respiratory arrest, 8.30% with a diagnosis of congestive heart failure (CHF). In third place, aspirative pneumonia 8.30%, with post mortem diagnosis of respiratory arrest.

Key words: maternal mortality, reported cases.

INTRODUCCION

Las complicaciones del embarazo y el parto figuran entre las principales causas de muerte de las mujeres en muchos países en desarrollo. Estas causas son responsables de la muerte de más de una mujer cada minuto y de 585.000 muertes de mujeres al año. Dado que las naciones desarrolladas representan menos del uno por ciento de estas muertes, es evidente que podrían evitarse con la disponibilidad de recursos y servicios.

Aunque la mortalidad general ha disminuido en América Latina y el Caribe, la mortalidad materna no se ha reducido sustancialmente; todo lo contrario, en algunos países ha aumentado.

En la región de América Latina y el Caribe se producen 190 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Esta proporción tiene en cuenta la probabilidad de muerte en que incurre una mujer al quedarse embarazada.

La disminución gradual de la mortalidad materna puede atribuirse al descenso general del nivel de vida, que afecta sobre todo a los segmentos más empobrecidos de la sociedad.

Las mujeres pobres, indigentes y analfabetas que residen en zonas rurales o en situaciones de marginación se ven afectadas por la mortalidad materna. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones adolescentes e indígenas, donde el embarazo se da sin haber planificación de por medio.

Este grupo humano es el que crea el vínculo inicial de pobreza. La inestabilidad y falta de recursos económicos, además de la dificultad de este grupo para adaptarse ocasiona que recurran a su cultura y costumbres para hacer uso de los servicios de parteras empíricas que no cuentan con la formación profesional para identificar los riesgos.

Cada año se producen más de 50 millones de casos relacionados con la salud materna y la mortalidad materna. Más de una cuarta parte de todas las mujeres de los

países en desarrollo, es decir, al menos 300 millones, padecen enfermedades y lesiones agudas y crónicas asociadas al embarazo y el parto.

Todas las mujeres pueden padecer de complicaciones inesperadas que se presentarán en la etapa prenatal, el parto y posparto. Si bien es cierto, la mortalidad materna ha disminuido en los países desarrollados gracias al acceso generalizado a una asistencia sanitaria de alta calidad, sin embargo, en los países en desarrollo no cuentan con los mismos beneficios, por lo cual estas complicaciones pueden ser fatales.

Existe una variedad de complicaciones maternas que se hacen presente durante o poco después del parto. Sin embargo, pese a lo mencionado, hay algunos casos en donde las mujeres gestantes no reciben la atención necesaria que su salud requiere en esa etapa de su vida, como los siguientes:

Durante el parto: Cada año, 60 millones de mujeres dan a luz solas, con la ayuda de un familiar o de una partera tradicional sin formación profesional. Aproximadamente la mitad de los partos en los países en desarrollo tienen lugar sin la asistencia de un asistente formado, como un obstetra o un médico.

Después del parto: Hay una gran cantidad de mujeres que se encuentran en países que están en desarrollo y no tienen el acceso a recibir una atención post parto. Además, solo el 5% de las mujeres gestantes en los países y zonas extremadamente pobres reciben este tipo de atención.

En el Perú, en estos últimos años se notificaron muertes maternas por diversas causas, convirtiéndose en un problema de Salud Pública, relevante y de gran impacto social, que afecta al núcleo familiar, la comunidad y a la sociedad, por la gran importancia que significa la madre en el hogar.

La Presente Investigación tiene como objetivo identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna de la Región Junín, el cual nos permitirá realizar y asegurar un sistema de atención y prevención y protección de las mujeres en situaciones vulnerables de emergencia y de alto riesgo.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
INDICE	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y determinación del problema.....	1
1.2.	Delimitación de la investigación.....	3
1.3.	Formulación del problema	3
1.3.1.	Problema General.....	3
1.3.2.	Problemas Específicos.....	4
1.4.	Formulación de objetivos.....	4
1.4.1.	Objetivo General	4
1.4.2.	Objetivos Específicos	4
1.5.	Justificación de la investigación.....	4
1.5.1.	Justificación teórica.....	4
1.5.2.	Justificación práctica	5
1.5.3.	Justificación metodológica.....	5
1.5.4.	Justificación legal	5
1.6.	Limitaciones de la investigación	5

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes del estudio	6
2.1.1.	Internacionales.....	6
2.1.2.	Nacionales	10
2.2.	Bases teóricas – científicas	12
2.2.1.	El embarazo.....	12
2.2.2.	Mortalidad materna	13
2.3.	Definición de términos básicos	20
2.4.	Formulación de hipótesis.....	22
2.4.1.	Hipótesis General.....	22
2.4.2.	Hipótesis Específicos	22
2.5.	Identificación de variables	22
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores	22
2.6.1.	Variable 1: Factores etiológicos	22
2.6.2.	Variable 2: Mortalidad materna	24

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación.....	26
3.2.	Nivel de Investigación.....	26
3.3.	Método de investigación.....	27
3.4.	Diseño de investigación.....	27
3.5.	Población y muestra	27
3.5.1.	Población muestral.....	27
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.6.1.	Técnicas de recolección de datos.	28
3.6.2.	Instrumento de recolección de datos.....	28

3.7.	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	28
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	29
3.9.	Tratamiento estadístico	29
3.10.	Orientación ética, filosófica y epistémica	30

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo	31
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	33
4.3.	Prueba de hipótesis.....	42
4.4.	Discusión de resultados	43

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes que fallecieron por causas perinatales, reportados en la Región Junín de los años 2022 - 2023	35
Tabla 2. Edad de los casos reportados de mortalidad materna según el periodo de ocurrencia 2022 y 2023, Región Junín.	36
Tabla 3. Número de controles prenatales según lugar de atención de casos reportados sobre mortalidad materna Región Junín, 2022 Y 2023.....	37
Tabla 4. Forma de ingreso al establecimiento en relación al lugar donde fallece, casos reportados de mortalidad materna, Región Junín.....	38
Tabla 5. Lugar de fallecimiento según tipo de paridad en casos reportados sobre mortalidad materna 2022 – 2023, en la Región Junín	39
Tabla 6. Factores etiológicos según el diagnostico de fallecimiento de los casos reportados sobre mortalidad materna, en la Región Junín 2022 y 2023	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de las pacientes que fallecieron por causas perinatales, reportados en la Región Junín de los años 2022 - 2023	35
Gráfico 2. Edad de los casos reportados de mortalidad materna según el periodo de ocurrencia 2022 y 2023, Región Junín	36
Gráfico 3. Número de controles prenatales según lugar de atención de casos reportados de mortalidad materna Región Junín, 2022 y 2023	37
Gráfico 4. Forma de ingreso al establecimiento de salud en relación al lugar donde fallece, casos reportados de mortalidad materna 2022 – 2023.....	38
Gráfico 5. Lugar de fallecimiento según el tipo de paridad en casos reportados de mortalidad materna 2022 – 2023, en la Región Junín	40
Gráfico 6. Factores etiológicos según el diagnóstico de fallecimiento en casos reportados de mortalidad materna, en la Región Junín	41

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

La mortalidad materna continúa siendo un importante indicador de salud pública a nivel mundial, reflejando la calidad de los servicios de salud materna y la efectividad de las intervenciones implementadas. En este contexto, la presente investigación se enfoca en analizar los factores etiológicos asociados a la mortalidad materna en casos reportados, con el objetivo de identificar patrones y determinantes que puedan contribuir a la prevención y reducción de estas lamentables pérdidas.

La comprensión de los factores etiológicos que subyacen a la mortalidad materna es fundamental para diseñar estrategias efectivas de intervención y mejorar la atención obstétrica. A través de un análisis detallado de casos reportados, se busca identificar las causas directas e indirectas que contribuyen a estos desenlaces trágicos, considerando aspectos como condiciones socioeconómicas, acceso a servicios de salud, calidad de la atención obstétrica, factores biológicos y ambientales, entre otros.

Al abordar esta problemática desde una perspectiva científica y epidemiológica, se pretende generar evidencia sólida que oriente políticas públicas y programas de salud dirigidos a reducir la mortalidad materna. La

investigación propuesta se posiciona como un aporte significativo al campo de la salud materna, con el potencial de impactar positivamente en la salud y bienestar de las mujeres en edad reproductiva.

Por lo tanto, la muerte materna, constituye un importante indicador que refleja la evolución de la salud materna y la capacidad resolutoria del sistema de salud de un país, constituye el tercer objetivo establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (1, 2).

En el Perú, durante los 10 años previos a la pandemia por la COVID -19 se observaba una tendencia decreciente de la mortalidad materna (MM), lo que se traduce en una disminución del riesgo de morir en mujeres por complicaciones relacionadas a la gestación, parto o puerperio, y con ello las mejoras logradas por el país en salud materna.

Desde el inicio de la pandemia por la COVID -19 en marzo del 2020, en el Perú al igual que en los países de la región de las Américas, se presentó incremento de muertes maternas,

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados.

“Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, dichas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales en los países en desarrollo” (3).

Las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que quedan embarazadas. Las mujeres en los países en desarrollo tienen que

enfrentar este riesgo con mucha más frecuencia, ya que tienen más hijos que las mujeres de los países desarrollados.

En el Dpto. de Junín en el año 2002 se notificaron 27 muertes maternas (Razón de Mortalidad Materna de 185.4 por 100,000 n.v.

En el 2005 en el Departamento de Junín se ha tenido 26 muertes. Ocurrieron en las provincias: Chanchamayo: 02, Satipo: 01, Huancayo 17, Jauja: 01 y Tarma: 05. Con las 26 muertes maternas se ha dejado en la orfandad a 115 niños.

En el 2006 en Junín se tiene notificado 15 muertes maternas: 13 directas y 02 de causa indirecta., y en la Provincia de Tarma durante los años del 2007 y hasta el tercer trimestre del 2008 se tiene notificados 14 muertes maternas.

Como se puede ver la mortalidad materna es un problema de Salud Pública, relevante y de gran impacto social, que afecta al núcleo familiar, la comunidad y a la sociedad, por la gran importancia que significa la madre en el hogar.

Por lo expuesto, consideramos de importancia, la implementación y la realización de la investigación titulada: "Mortalidad materna asociados a factores etiológicos en casos reportados en la Región Junín, 2022-2023".

1.2. Delimitación de la investigación

El presente estudio de investigación se realizó en la Región Junín, A través del análisis de informaciones sobre la vigilancia de la situación de la salud producto de la notificación de los diferentes establecimientos de salud de la DIRESA Junín.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuáles son los factores etiológicos en la incidencia de mortalidad materna reportados en la Región Junín 2022 y 2023?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Qué tipo de paridad presentaron según la edad de los casos notificados de mortalidad materna?
- ¿Cuáles fueron las causas básicas del fallecimiento según los factores etiológicos de los casos notificados de mortalidad materna?
- ¿Cuáles fueron las causas básicas según el diagnóstico de fallecimiento de los casos notificados de mortalidad materna?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna, de la Región Junín

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer los casos de mortalidad materna durante los años 2022 y 2023.
- Identificar el tipo de paridad según edad cronológica de los casos notificados de mortalidad materna.
- Identificar las causas básicas del fallecimiento según las causas asociadas de los casos notificados de mortalidad materna.
- Conocer las causas básicas según el diagnóstico de fallecimiento de los casos notificados de mortalidad materna
Determinar la relación entre los conocimientos sobre riesgos laborales y las actitudes afectivas en soldadores metálicos, Cerro de Pasco 2022

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. Justificación teórica

El presente estudio de Investigación se realizó con el propósito de conocer e identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna.

“En el Perú la razón de mortalidad materna en los últimos 10 años ha ido disminuyendo, tal como indica el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades, en su boletín epidemiológico 2023”.

1.5.2. Justificación práctica

Sin embargo, al realizar el análisis a través de la Fuente de Información de la Dirección General de Epidemiología del MINSA se observa que aun tenemos regiones con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, San Martín, Amazonas, Ayacucho, Junín, Callao, Lambayeque, Tumbes, Ancash, Ica y Apurímac.

1.5.3. Justificación metodológica

Consideramos que el presente trabajo de investigación tiene en consideración los siguientes aspectos:

La metodología empleada servirá para orientar el desarrollo de otros estudios similares.

El instrumento que es válido y confiable para de conocer e identificar los factores etiológicos de mortalidad materna de los casos reportados.

1.5.4. Justificación legal

La muerte materna constituye un importante indicador que refleja la evolución de la salud materna y la capacidad resolutive del sistema de salud de un país. es aquí que las políticas de salud están enfocadas a establecer normativas legales que asegure la salud materno infantil.

1.6. Limitaciones de la investigación

Limitación económica: Principal Limitación en nuestra investigación, no se contó con el apoyo financiero por parte de instituciones públicas o privada, así mismo indicar que el estado NO invierte en investigación a nivel Pre Grado, por lo que el financiamiento fue asumido por la investigadora del presente estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Internacionales

Alkema et al. (2016) “realizaron una investigación en la cual se actualizó la base de datos del Grupo Interinstitucional de Estimación de Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG) y se generaron estimaciones de mortalidad materna e indicadores relacionados con intervalos de confianza (IC) al 80%. Se extrajeron los datos de 171 países en donde la razón de muerte materna (RMM) global tuvo una disminución de 385 muertes por cada 100 000 nacimientos vivos (80% IC 359–427) en 1990, a 216 (207–249) en 2015, el cual corresponde a una disminución relativa del 43,9% (34.0–48.7), con 303 000 (291 000–349 000) muertes maternas en todo el mundo en 2015. El progreso regional en la reducción de la RMM desde 1990 varió desde una tasa anual de reducción de 1.8% (0.0–3.1) en el Caribe a 5.0% (4.0–6.0) en Asia oriental. Las RMM regionales para 2015 fue aproximadamente 12 muertes por cada 100 000 nacimientos vivos (11–14) para regiones de altos ingresos a 546 (511–652) para África subsahariana. Por estos resultados, se va a requerir un progreso acelerado y rápido para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); los países tendrán que disminuir su RMM a una tasa anual de reducción de por lo

menos 7.5%. A pesar del progreso global en la reducción de la MM, se necesita una acción rápida para cumplir con el ambicioso objetivo ODS 2030 y, en lo posible, eliminar la mortalidad materna prevenible”.

Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (2017) en su investigación sobre morbilidad materna extrema “Near miss” en América Latina, “muestran los resultados de una revisión narrativa y crítica de los estudios que se han elaborado desde este enfoque en América Latina en los últimos seis años. 16 Se revisaron siete bases de datos internacionales, como SCIELO, EBSCO, MEDIC LATINA, PUBMED, INDEX, REDALYC y SCOPUS, en las cuales se identificaron 19 revistas distintas, procedentes de siete países. Respecto a las demoras para la atención, uno de los estudios que investigó con más profundidad esto, afirmó que más del 50% de las mujeres en situación de near miss señaló haber tenido una demora tipo tres, en su mayoría refirieron que no tuvieron tratamiento médico adecuado o haber tenido un diagnóstico equivocado por parte del personal de salud. Las investigaciones que documentan demoras tipo tres, señalan que las pacientes en situación de near miss son trasladadas de instituciones de segundo y tercer nivel de atención, y que el tiempo de referencia hacia la institución de nivel superior es en promedio 4,8 horas”.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2018) “en las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2018: monitoreando la salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se obtuvo que los países con menor Razón de muerte materna (por 100 000 nacidos vivos), según continente son: Cabo Verde(42) y Mauricio(53) en Región del África OMS; Canadá(7) y Estados Unidos(14) en la Región de las Américas OMS; Finlandia, Grecia, Polonia, Islandia(3) y Austria, República Checa, Bielorrusia, Italia(4) en Región Europea OMS; Kuwait(4) y Emiratos Árabes Unidos(6) en Región del Mediterráneo Oriental OMS; Japón(5) y Australia(6) en Región del Pacífico Occidental de la OMS; Tailandia(20) y Sri Lanka(30) en la Región del Asia sudoriental OMS. A

su vez, los países con mayor RMM Razón de muerte materna son Sierra Leona(1 360) y República Centro Africana(882) en Región del África OMS; Haití(359) y Guyana(229) en Región de las Américas OMS; Kirguistán(76) y Turkmenistán(42) en Región Europea OMS; Somalia(732) y Afganistán(396) en Región del Mediterráneo Oriental OMS; Papúa Nueva Guinea(215) en Región del Pacífico Occidental de la OMS; Nepal(258) y Timor Oriental(215) en la Región del Asia sudoriental OMS. Según las estadísticas de RMM en la Región de las Américas OMS, Perú (68 casos de muerte materna por 100 000 nacidos vivos) ocupa el puesto número catorce, precedido por Bolivia (206), Paraguay (132) y Venezuela (95)".

Carrillo Franco J. y García Balaguera C. (2016) en Colombia, "realizaron un estudio descriptivo retrospectivo cuyo objetivo fue describir el comportamiento de la morbilidad materna extrema durante el año 2014, en el departamento del Meta, dicho estudio se realizó con los reportes de morbilidad extrema del departamento durante el año 2014". "Se reportaron 353 casos de Morbilidad materna extrema MME durante el 2014, frente a 194 casos del 2013, con un promedio de edad de 25,2 años, Rango 13- 43 años, (DS 7,1) IC 95% (11-39,14), y una mediana de 24 años. Se obtuvo como resultado que el 99,43% de las pacientes se hospitalizaron, de las cuales el 38,24% fueron referidas inicialmente a centros de mayor nivel de complejidad". "El tiempo entre la orden de referencia y la ubicación en nivel superior de atención fue de 4,8 horas en promedio, Rango de 0,15-48 h. (IC 0.0-15,4); el 51,92% se remitió en tres horas o menos. En cuanto al lugar de procedencia el 83% de las gestantes procedía de la cabecera municipal, 11,33% de zona rural y 5,67% de centro poblado. En el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, 58% pertenecían al régimen subsidiado, que es una atención brindada a la población vulnerable de bajos recursos; y 39,94% al régimen contributivo (atención para trabajadores formales que aportan al sistema de salud), 2,06% al régimen

especial. Además, el 43,88% de las mujeres notificadas había cursado la secundaria como máximo nivel educativo”.

Acelas-Granados et. al. (2016) en un estudio cuyo objetivo era identificar factores de riesgo para morbilidad materna extrema MME en gestantes sin demoras en su atención, establecidas según la estrategia "camino para la supervivencia de la organización panamericana de la salud OPS en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Santander (HUS), de tipo casos y controles, comparando gestantes con diagnóstico de Morbilidad Materna Extrema (MME) sin demoras OPS en la atención, con gestantes sin diagnóstico de morbilidad materna extrema en una relación de 1:2. Una población de 126 pacientes, 42 casos y 84 controles”. “Se concluyó que la atención inicial en una institución de salud inadecuada se asoció con presencia de MME en pacientes sin demoras ($p=0,006$) (OR 4,00; IC95% 1,24-14,01), el bajo nivel educativo o no terminar la secundaria fue factor de riesgo para presentar MME en pacientes sin demoras ($p=0,011$) (OR 3,33; IC95% 1,08-10,97) y haber presentado trastornos hipertensivos en anteriores gestaciones ($p=0,045$) tuvo una asociación positiva con morbilidad materna extrema sin demoras OPS”.

Kassebaum (2016) “publicó un estudio cuyo objetivo fue cuantificar la mortalidad materna en todo el mundo por causa subyacente y edad desde 1990 hasta 2015, compilando y procesando sistemáticamente todas las fuentes de datos que estaban disponibles de 195 países y territorios, de los cuales se estudiaron 186, 11 de los cuales fueron analizados a nivel subnacional. La distribución global de las muertes maternas está influenciada por las dos regiones, África subsahariana y Asia meridional, que representan la mayoría de todas las muertes maternas (OMS 2014)”. La hemorragia representó el 36.9% (IC del 95% del 24.1% al 51.6%) de muertes en el norte de África, en comparación con el 16.3% (IC del 95% del 11.1% al 24.6%) en las regiones desarrolladas. Los trastornos hipertensivos fueron una causa importante de

muerte en América Latina y el Caribe, representando el 22.1% (IC del 95% del 19.9% al 24.6%) de todas las muertes maternas en la región”.

Medina M et al (2015) “realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en el cual se incluyeron las pacientes fallecidas con diagnóstico de mortalidad materna, con certificados de defunción y expedientes proporcionados por el Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California. Se estudiaron 30 mujeres con edad promedio de 26.6 ± 5.6 años, 15 de ellas con nivel de estudios de secundaria (50%) y 12 con unión libre (40%), y 18 mujeres eran casadas (60%). En cuanto al control prenatal, 21 mujeres (70%) no tenían CPN, no hubo diferencia en el lugar de residencia, 15 mujeres de zona rural (50%) y 15 de zona urbana (50%). La principal causa de muerte materna directa fue la hemorragia: 9 mujeres (30%). La mayor incidencia de mortalidad fue durante el puerperio, con 23 casos que representaban un 77%. La tasa de mortalidad materna fue de 36.81 por 100,000 nacidos vivos”.

2.1.2. Nacionales

Mejía y Cárdenas (2018), “en Huancayo, publicaron una investigación cuyo objetivo fue identificar la asociación entre el tiempo de referencia y la causa de mortalidad materna en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen". Estudio analítico, retrospectivo, transversal, en donde se determina que la cantidad de muertes maternas desde el año 2009 tiene una tendencia al incremento, registrándose en el 2009 un total de dos muertes, en el 2010 dos muertes, en el 2011 cuatro muertes, 2012 tres muertes, 2013 seis muertes, 2014 cinco muertes y en el 2015 siete muertes. Se observó también que el tiempo promedio de traslado de las pacientes que se encontraban en la ciudad de Huancayo fue de 15 minutos, las pacientes que se encontraban cerca de la ciudad de Huancayo fue de 42,5 minutos y las que se encontraban lejos fue de 150 minutos. Además al calcular la diferencia de tiempos de traslado según la causa final de muerte, se observó que las causas indirectas de muerte tuvieron

un mayor tiempo de referencia (67,5 minutos) a comparación de las causas directas de muerte materna (15 minutos)".

Florián P. (2019), "Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, el objetivo fue determinar la relación entre mortalidad materna y las demoras en la atención de una mujer en gestación, parto y puerperio atendida en los centros de la Región La Libertad, en donde el universo estuvo constituido por los 230 casos de muerte materna ocurridas en el periodo 2005-2010 en la Región La Libertad, el tamaño muestral estuvo constituido por 160 casos de muerte materna que fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple y que cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvieron como resultados que el 18,75 % de las pacientes sufrió demora tipo I (falta de reconocimiento de los signos de peligro o no decisión de buscar ayuda), en cuanto a la demora tipo II (acceso al establecimiento de salud), 70 pacientes accedieron de forma tardía, un 28,57 % por distancia, tiempo y por zona inaccesible geográfica al servicio, un porcentaje similar por falta de transporte y el 42,86 % por falta de red de apoyo en la comunidad. Respecto a la demora tipo III(deficiencias en la calidad de la atención en el sistema de salud), el 83,75 % hubo demora en la atención, debido fundamentalmente a trámites administrativos y 16,25 % el profesional médico subestimó la gravedad del caso".

La tesis realizada por Verona B.(2019) "tuvo como objetivo identificar las características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención de la muerte materna en la región Lambayeque, en el período 2011-2016, estudio de tipo observacional, transversal y retrospectivo, con 116 casos de muerte materna ocurridas en la región, se obtuvo que la MM más frecuente fue la muerte materna directa(68,1%), la causa más frecuente fue el trastorno hipertensivo del embarazo (27,6%). y la mayoría de mujeres fallecieron en el puerperio (69,8%). Aquellas que reconocieron la situación de riesgo fueron el 70,9% de las mujeres, el 79,5% buscaron atención en un establecimiento de

salud, se observó que el tiempo en llegar a dicho establecimiento fue menos de una hora en el 78,6% y el tiempo en ser atendida fue en promedio menos de 30 min (65,6%)”.

La investigación desarrollada por Orihuela (2012), “un estudio descriptivo, correlacional y transversal; cuyo objetivo era determinar qué otras causas más allá de las causas directas han influenciado en las 11 muertes maternas en la región Ayacucho durante el año 2012, que se realizó en 14 establecimientos de salud FONP y FONB y 30 entrevistados/as (familiares directos, jefes de establecimientos de salud, autoridades locales y mujeres líderes de organizaciones de base), se obtuvo como resultado que el 63.7% eran adultas jóvenes que tenían entre 19 a 35 años de edad y 18.2% eran adolescentes de 15 a 18 años, 91% provenían de zonas rurales y la mayoría se trasladaba entre 1 hora a 2,5 horas y a pie, el 82% de ellas eran amas de casa, se vio que un alto porcentaje eran madres solteras(36.4%). El 100% de estas mujeres no habían terminado sus estudios básicos”.

2.2. Bases teóricas – científicas

2.2.1. El embarazo

➤ Definición

“El embarazo es un conjunto de fenómenos que incluyen fecundación, implantación y desarrollo embrionario y fetal. La fecundación es la unión del óvulo y el espermatozoide y normalmente tiene lugar en las Tropas de Falopio. Mientras que la fijación de óvulo fecundado se da en el endometrio y este fenómeno recibe de Implantación”.

“El intercambio de materiales entre el feto y la madre se efectúa por la placenta, el embarazo llega hasta su final por actuación de la hormona gonadotropina corionica humana, estrógenos y la progesterona secretada por la placenta. El embrión y el feto están

expuestos a agentes infecciosos, sustancias químicas, fármacos, radiaciones, el alcohol y el cigarro”.

➤ **Parto**

“Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta. Se divide en tres fases: la fase I inicia con la preparación para el trabajo de parto mediante la dilatación y el borramiento cervical, la fase II comienza cuando la dilatación del cuello es completa y termina con el parto del feto, la fase III comienza inmediatamente después del parto del feto y termina con el alumbramiento de la placenta y las membranas fetales”

➤ **Puerperio**

El puerperio es la fase final del estado grávido puerperal, es decir que es el periodo que va del parto o del aborto hasta el momento en el que el organismo de la mujer se vuelve funcionalmente preparado para una nueva concepción, este se puede dividir en: puerperio mediato o tardío dependiendo de los días que han pasado desde el momento del parto(19).

2.2.2. Mortalidad materna

➤ **Definición**

“El proceso reproductivo, aunque “es un fenómeno fisiológico exige grandes exigencias al organismo de la mujer, y además, puede repercutir en su estado psíquico y en su bienestar social”. Puede suceder este proceso, de por sí natural, se complique ocasionando daños más o menos graves a la salud de la mujer”.

La Organización Mundial de la Salud define Salud Materna como “Mujeres embarazadas y madres con hijos recién nacidos que estén bien alimentados, libres de enfermedades infecciosas”

“Sin embargo, en los países subdesarrollados puede iniciarse a edades más tempranas como a los 10 años o prolongarse hasta los 55 años de edad”. Aunque la probabilidad de un embarazo es muy baja en niñas jóvenes o mujeres maduras expuestas a relaciones sexuales, cuando ocurre, representa una condición de alto riesgo de salud tanto para la madre como para el niño.

“La muerte materna es un evento de gran impacto en el bienestar físico, social y económico de las familias y las comunidades, por lo que es necesario conocer cuáles son las causas de este fenómeno a nivel mundial”.

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna.

Según OMS: “Mortalidad materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mínimo o su atención, pero no por causa accidentales o incidentales”.

Estadísticamente, “la razón mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas en un año determinado dividido en número de nacimientos vivos durante el mismo año por 100,000”.

El 99% de la mortalidad materna tiene lugar en países en desarrollo y en su mayor parte se pueden prevenir, la mortalidad materna varía considerablemente en las distintas regiones del mundo, en las regiones pobres de África muere una madre debido a complicaciones del embarazo y el parto por cada 100 nacidos vivos. Lo estimado sobre “mortalidad materna proporcionados por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, dan a conocer, que

aunque en forma global se han mejorado las condiciones de salud de la población en general, no obstante en los países en desarrollo la mortalidad materna permanece desproporcionadamente alta. Los trastornos de la salud reproductiva representan más del 30% de la carga global de la morbilidad y discapacidad en las mujeres”.

La mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto. Alrededor de 300,000 millones de mujeres más de un cuarto de todas las mujeres adultas sufren a corto o largo plazo enfermedades ocasionadas por el proceso reproductivo. “A nivel mundial cada minuto un mujer muere, 100 mujeres sufren complicaciones con el embarazo, 200 adquieren una enfermedad de transmisión sexual, 300 conciben sin desear o planear su embarazo”.

La mortalidad materna debido al embarazo o al parto es un problema de carencia de información y pobreza material. “En el mundo, en cada minuto, 380 mujeres quedan embarazadas, de ellas 190 enfrentan un embarazo no deseado, 110 sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, 40 tienen un aborto en condiciones de riesgo, y una de ellas muere”.

Cada veinticinco minutos una mujer muere como resultado del embarazo o del parto en alguna parte de la región de las Américas. “A diario mueren 1600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En el ámbito mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos”.

➤ **Causas de mortalidad materna**

En América Latina y el Caribe más de 25,000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

La tasa promedio de mortalidad materna es de 190 muertes por 100,000 nacidos vivos 3,240,000 gestantes de la región no tienen control del embarazo 3,440,000 no reciben atención en una institución de salud, 2,980,000 no tienen acceso a atención del parto por personal calificado.

CAUSA	PORCENTAJE
Hemorragia grave	25%
Causas indirectas	20%
Infecciones	15%
Aborto en condiciones de riesgo	13%
Eclampsia	12%
Parto obstruido	8%
Otras causas directas	8%

Fuente: OMS

* Entre las causas indirectas se encuentran: embarazo ectópico, embolismo, causas relacionadas con la anestesia.

** Entre las causas directas se encuentran: anemia, malaria, enfermedad cardiaca.

➤ **Riesgo de morir en mujeres expuestas durante el embarazo y parto**

“En algunos países de América Latina y el Caribe más del 50% de los partos son atendidos por personal no calificado, en casa. Una tercera parte de las gestantes mueren en su hogar sin recibir atención alguna en una institución de salud”.

“El análisis efectuado por la OPS/OMS relacionado con las causas obstetricas directas muestra como el aborto y sus complicaciones

fue la causa principal de muerte materna en los países de Latinoamérica”.

REGION RIESGO DE MUERTE

Todos los países en desarrollo	1 en 48
África	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y el Caribe	1 en 130
Todos los países en desarrollo	1 en 1,800
Europa	1 en 1,400
América del Norte	1 en 3,700

La XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana reconociendo la importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución en apoyo del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna. Definiendo los siguientes objetivos.

- “Mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer en la región, por medio del incremento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de lograr para el año 2000, la reducción en 50% o más de las tasas actuales de mortalidad materna”.
- “Incremento de la capacidad y calidad del sistema institucional de entrega de atención de salud y creación de centros de atención del parto para mujeres de bajo riesgo”.
- “Incremento del conocimiento y la participación social en las acciones para una maternidad sin riesgo y movilización de los miembros de la comunidad para la identificación de la mujer embarazada”.
- “El establecimiento de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna”.

- “El mejoramiento de la atención del parto domiciliario, por medio de programas de educación continua para las parteras tradicionales y otro personal de salud involucrado en el parto en la casa”.

➤ **Causas de defunción materna**

Las causas de defunción materna pueden clasificarse en Directas e Indirectas las cuales se definen a continuación así:

a. Causas directas. Constituyen las complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio, intervenciones o tratamiento inadecuado, entre las cuales se encuentran.

- Hemorragia: “sangrado vaginal durante el embarazo cuyas causas pueden ser placenta previa, desprendimiento de placenta, amenaza de aborto e inversión uterina”.
- Infecciones: “el tracto genital femenino es especialmente propenso a las infecciones tras un alumbramiento y un aborto. En el útero el lugar de implantación de la placenta queda una herida abierta hasta que recubre una nueva capa de células al cabo de unas semanas. El resultado es que la sepsis puerperal, la cual es una de las tres causas más importantes de defunción materna en los países en desarrollo”.
- Toxemia: “es la hipertensión inducida por el embarazo que aparece en el último trimestre con una presión arterial sistólica arriba de 140mmhg con proteínas en la orina, puede no haber edema en cara y manos”.
- Aborto: “es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el feto esto lo suficientemente desarrollado

para sobrevivir. En América Latina se considera que las complicaciones del aborto ilegal son la causa de defunción más frecuente entre las mujeres de 15 y 39 años de edad”.

- Parto obstruido/prolongado y ruptura del útero.

➤ **Causas indirectas.** “Las causas indirectas se refieren a enfermedades existentes previo al embarazo o desarrollada durante el embarazo, agravadas por los cambios fisiológicos durante el mismo, pero que no se deben a causas obstétricas directas”. Entre ellas podemos encontrar”:

- Insuficiencia renal
- Violencia
- Diabetes
- Hepatitis
- Insuficiencia cardiaca
- Anemia
- Malaria
- Hipertensión crónica
- Tuberculosis

➤ **Principales factores de riesgo de mortalidad materna**

La edad, la paridad, embarazo en mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años; son factores que influyen en la mortalidad materna, pudiéndose también mencionar factores ambientales que condicionan las diferentes situaciones que pueden agravar el problema de mortalidad.

La edad es un factor importante, se estima que las mujeres menores de 15 años tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de morir en el embarazo y parto. La Organización Mundial de la Salud estima que

el 50% de las mujeres embarazadas están afectadas, y que 3 de cada 5 mujeres embarazadas en los países subdesarrollados son anémicas.

Las mujeres anémicas tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de morir durante el parto que las que no lo son. Según en la Encuesta Nacional Materno Infantil el 90% de las mujeres de 15 a 49 años de edad ya no asisten a la escuela, lo cual trae como consecuencia que la mujer no tenga menor información e instrucción y poder realizarse más allá de ser una reproductora.

2.3. Definición de términos básicos

- a. Mortalidad materna: “Es el fallecimiento de una mujer durante la gestación, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada o que haya sido agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.
- b. Muerte materna directa: “Es la muerte obstétrica que se da por complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de tratamiento incorrecto, de omisiones, de intervenciones o de acontecimientos originados en cualquier circunstancia anteriormente mencionada”.
- c. Muerte materna indirecta: “Es aquella muerte obstétrica que es originada o se deriva de una enfermedad preexistente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero fue agravada por los efectos o cambios fisiológicos de la gestación”.
- d. Causa de defunción: “Son todas aquellas enfermedades, lesiones o estados morbosos que causaron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias en que ocurrió el accidente o de la violencia que produjeron estas lesiones. Para el registro de las causas de MM en el certificado de

defunción, la CIE-10 las clasifica en causas básicas, intermedias y terminales o finales”.

- e. Tiempo de referencia: “Tiempo que transcurre desde que la paciente sale del establecimiento de salud de origen, para dirigirse a otro de mayor complejidad, y así poder brindarle las atenciones requeridas”.
- f. Control prenatal: “Es el conjunto de todas aquellas actividades preventivas, promocionales y asistenciales que se realizan en la embarazada, con el fin de velar por la salud de la madre y su hijo”.
- g. Ficha de notificación inmediata de muerte materna(FNIMM): “Es el formulario oficial y estandarizado de investigación epidemiológica de los casos de muerte materna en el ámbito nacional, el cual incluye los datos de notificación, básicos de la fallecida y datos del fallecimiento”.
- h. Ficha de investigación epidemiológica de muerte materna: “Es el formulario oficial y estandarizado de investigación epidemiológica de muerte materna en el ámbito nacional. Aquí se incluyen datos básicos de la fallecida, datos del fallecimiento, antecedentes patológicos y obstétricos, atención durante la gestación actual, datos del entorno social/comunitario, datos comunitarios, causas de defunción y demoras”.
- i. Área urbana: “Se entiende como entidad urbana un asentamiento humano con continuidad y concentración de construcciones en un amanzanamiento regular 27 con población mayor a 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, donde menos del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias”.
- j. Área rural: “Se entiende como entidad rural un asentamiento humano con población menor o igual a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes donde más del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias”.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Las hemorragias obstétricas son una de las principales causas básicas que influyen en la mortalidad materna reportados en la región Junín, durante los años 2022 y 2023

2.4.2. Hipótesis Específicos

- Existe la prevalencia del incremento de mortalidad materna en la región Junín, por dificultad de acceso al establecimiento de salud, durante los años 2022 y 2023.
- La dificultad al acceso del establecimiento de salud repercute de manera negativamente en los casos reportados de mortalidad materna.
- Las causas indirectas como el tipo de paridad según edad cronológica influyen en los casos reportados de mortalidad materna.
- Las causas directas e indirectas influyen en la prevalencia de los casos reportados de mortalidad materna.

2.5. Identificación de variables

- **Variable 1.** Factores etiológicos
- **Variable 2.** Mortalidad materna

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

2.6.1. Variable 1: Factores etiológicos

Definición conceptual

“Todo aquello que afecta la probabilidad de que se presente antes de que la enfermedad sea realmente tal, es decir, realmente enfermedad”

Definición operacional

Variable valorada a través de sus dimensiones a través de registros reportados de muertes maternas de los años 2022 y 2023.

Cuadro 1. Operacionalización de la variable factores etiológicos de mortalidad materna

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala/ Medición
Factores etiológicos	Hemorragias obstétricas	UTERINAS:	nominal
		✓ Hipotonía o atonía uterina.	
		✓ Alumbramiento incompleto.	
		✓ Placentación anormal (Acretismo)	
		✓ Inversión uterina.	
		✓ Traumatismo uterino (rotura uterina, desgarro cervical)	
		NO UTERINAS	
		✓ Atonía uterina.	
		✓ Rotura uterina.	
		✓ Retención placentaria.	
	✓ Alumbramiento incompleto.		
	✓ Laceraciones y desgarros cervicales.		
	✓ Laceraciones y desgarros vaginales y perineales.		
	✓ Inversión Uterina.		
Coagulopatías			
✓ Shock hipovolémico.			
✓ ICC			
Trastornos hipertensivos	✓ Síndrome consuntivo severo		
✓ Sepsis			
✓ Paro respiratorio			

	✓ Síndrome de hellp
Otras causas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Multípara mayor de 4 hijos ✓ Gestaciones ✓ Gestante mayor de 35 años de edad ✓ De cesárea, legrado uterino. ✓ Cirugía anterior ✓ Sobre distensión uterina ✓ DPP ✓ Parto prolongado ✓ Parto precipitado ✓ Fibromatosis uterina.

2.6.2. Variable 2: Mortalidad materna

Definición conceptual

“La mortalidad perinatal es un indicador que permite tener una visión de la calidad de la atención materna y de los niños en sus primeros días de vida, la falta de atención médica durante el periodo de nacimiento puede conllevar a una muerte evitable con adecuadas políticas públicas”

Definición operacional

Variable valorada a través de sus dimensiones edad, lugar donde se produjo la muerte materna, período de deceso, lugar de atención.

Cuadro 2. Operacionalización de la variable mortalidad materna

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala/ Medición
Mortalidad materna	Edad	18 – 24	Escala
		25 – 31	
		32 – 38	
		39 – 45	
	Lugar	Puesto de salud	
		Hospital	
	Período	No atendido	
		2022	
		2023	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos que se propuso alcanzar el tipo de investigación que se empleó, según los criterios de clasificación fue:

De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: es de tipo retrospectivo, porque se registran los hechos que ya se presentaron en el tiempo.

- Según su tendencia: Por la forma que va a ser abordada y tratada las variables de estudios es una investigación cualitativa
- Según su orientación: como es la de ampliar el conocimiento será una investigación básica.
- Según el análisis y alcance de sus resultados: El Tipo de estudio fue descriptivo exploratorio, el cual sirvió para explicar las variables de estudio

3.2. Nivel de Investigación

El nivel de investigación es descriptiva exploratoria. La metodología, parte de las consideraciones, este “nivel permite establecer relación entre dos o más variables sometidos a estudio”.

3.3. Método de investigación

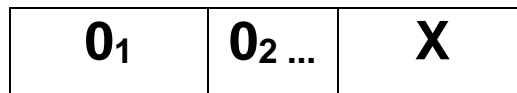
Los métodos generales de investigación que fueron empleados en el presente estudio de investigación, entre ellas: análisis – síntesis; inductivo – deductivo.

Además, se empleó el método estadístico como método auxiliar para la presentación de resultados de manera organizada a través de gráficos y tablas agrupadas para las respectivas comparaciones y análisis de resultados.

3.4. Diseño de investigación

Se utilizó el diseño lineal retrospectivo, con un solo grupo, donde se tomaron un grupo único de estudio a quienes se les realizó las pesquisas sobre sus defunciones y posteriormente se realizó la evaluación.

Es decir, al grupo elegido se evaluó mediante el análisis documental (libros de actas sobre defunciones, Historia clínicas, informe médico forense, etc).



0₁ Representa la 1ra observación

X Grupo elegido para el estudio

0₂... Representa las siguientes observaciones

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población muestral

Estuvo constituida por los casos notificados de mortalidad materna en la Región Junín durante los años 2022 y 2023.

Para la selección de la muestra se utilizó el método no pirobalística de tipo intencionado o selectivo, el cual comprendió a las 12 madres fallecidas que se presentaron durante estos dos años

Criterios de inclusión

- Defunciones maternas reportados
- Defunciones con fichas de registro post mortem completo

Criterios de exclusión

- Defunciones no reportadas

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos.

El registro

3.6.2. Instrumento de recolección de datos

Ficha de Registro: Por medio de este instrumento se registró datos pertinentes a las madres fallecidas durante los años 2022 y 2023 tales como: nombre, edad, sexo, procedencia, tiempo de enfermedad. Actas de fallecimiento para ver las causas, así mismo las historias clínicas, etc.

Ficha de registro post mortem: Donde se especificó detalladamente toda la anamnesis o historia clínica sobre las causas en que se llevaron el deceso de la paciente.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

a. Validez de instrumento La validez de instrumento, se validó por juicio de expertos, teniendo un informe favorable de aprobación, con un promedio mayor al 80%.

b. Confiabilidad. En la misma forma, las pruebas para calcular la confiabilidad, fueron sometidas a procedimientos empleando para ello el coeficiente Alfa de Cronbach, el mismo que permite determinar la consistencia **interna**; sin embargo, existen procesos diversos para su determinación, en ellos, “fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad. La mayoría oscilan entre cero y uno, donde un coeficiente de cero (0) significa nula confiabilidad y uno (1) representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total perfecta). Por lo tanto, aplicando este principio, en el presente estudio, la consistencia interna de nuestro instrumento es de 0,79

y 0,84 para el instrumento factores etiológicos y mortalidad materna reportados, respetivamente, como se observa en seguida:

Estadística de fiabilidad para la escala de factores etiológicos

Alfa Cronbach	N° de elementos
0,721	12

Estadística de fiabilidad para la incidencia de mortalidad materna

Alfa Cronbach	N° de elementos
0,822	12

En definitiva, según lo referido por Sánchez et al. (2018), el Alfa de Cronbach, es “indicador estadístico empleado para evaluar el nivel de confiabilidad por consistencia interna de un instrumento.

Generalmente se aplica a reactivos que son de respuestas politómicas, el cual admite más de dos alternativas de respuesta”. En ese sentido, es evidente una buena fiabilidad de los instrumentos para ser aplicación en el presente estudio.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se procedió con las siguientes acciones:

- Revisión pormenorizada de los registros
- Implementación de una base de datos en el Ms. Excel 2019 y SSPS v27
- Análisis de datos
- Presentación de tablas y gráficos estadísticos, análisis respectivo
- Presentación de la información y discusión de resultados

3.9. Tratamiento estadístico

Análisis de los datos reportados mediante el análisis estadístico descriptivo, presentado mediante tablas de frecuencias de acuerdo a cada una de las dimensiones de las variables.

El contraste de hipótesis, nos apoyamos en la prueba estadística no paramétrica X^2 ; por las características de la variable, escala y muestra seleccionada;

Para el reporte de los resultados, nos apoyamos el paquete estadístico SPSS v27 su respectivo análisis, evaluación de indicadores y presentación de resultados.

3.10. Orientación ética, filosófica y epistémica

Para la realización de la presente investigación, se tendrá en cuenta el respeto irrestricto al principio ético de beneficencia, confidencialidad y anonimato. Beneficencia, donde los sujetos de la investigación no serán expuestos a situaciones y experiencias.

Confidencialidad, en el cual, los datos obtenidos serán utilizados únicamente para efectos de la presente investigación. Luego de haber cumplido el cometido y objetivos, éstos serán eliminados

Anonimato, para efectos de esta investigación, se respetará al no incluir ningún dato de identificación de los participantes en la presentación del informe final(36).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El estudio de investigación, luego de su formulación, procedió a su implementación; para ello, en primera instancia, se tuvo que gestionar el permiso y su respectiva autorización a la DIRESA Junín, luego de ello, implementar su ejecución. Teniendo su aceptación, procedimos a la ejecución de la investigación. Seguidamente, se realizaron las coordinaciones del caso, para evaluar las estrategias para la obtención de la información correspondiente de la ficha clínica post mortem. Asimismo, las estrategias para la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada.

Posteriormente, teniendo la información y los datos necesarios para el estudio, se procedió a procesarla en primera instancia manualmente y luego con la ayuda del Ms. Excel v2016 y el paquete estadístico SPSS para la elaboración de una base de datos y para el análisis de datos; teniendo en todo momento el apoyo del docente asesor.

Ámbito de Estudio

El Presente estudio de investigación se realizó en el departamento de Junín, el cual se encuentra ubicado en la zona central de los andes peruanos, con una superficie de 44 329 km² , que representa el 3,4 por ciento del territorio

nacional. Abarca dos regiones naturales, la sierra con 20 821 km² (47 por ciento) donde se ubican los valles del Mantaro y del Canipaco, la cordillera del Huaytapallana, la meseta del Bombón, las lagunas de Paca y Marcapomacocha y el lago Junín o Chinchaycocha; y la zona ceja de selva y selva, con 23 508 km² (53 por ciento) en las que se ubican los valles de Chanchamayo, Ene, Perené y Tambo. La altitud oscila entre los 360 msnm y 5 000 msnm, siendo el distrito de Río Tambo, en la provincia de Satipo, el de menor altitud (362 m.s.n.m.) y el distrito de Morococha, en la provincia de Yauli, el de mayor altitud (4 525 m.s.n.m.).

En 2017, la población censada en Junín “llegó a 1 246 038 habitantes (4,2 por ciento de la población censada nacional), de los cuales el 51,1 por ciento fueron mujeres. La población total del país (censada más omitida) sumó 31 237 385 habitantes. Al 30 de junio de 2021, la población proyectada de Junín por el INEI ascendió a 1 369 003 habitantes, de los cuales el 44,1 por ciento se encontró en la provincia de Huancayo, seguido de Satipo (17,7 por ciento), Chanchamayo (12,2 por ciento) y Tarma (6,6 por ciento), entre los principales. En el contexto nacional, Junín se posicionó en el séptimo lugar con mayor población, luego de Lima y Callao (36,2 por ciento), Piura (6,3 por ciento), La Libertad (6,2 por ciento), Arequipa (4,6 por ciento), Cajamarca (4,4 por ciento) y Cusco (4,1 por ciento). El 30 por ciento de la población departamental se concentró en la zona ceja de selva y selva (provincias de Chanchamayo y Satipo) y el resto en la zona sierra. La población de Junín por grandes grupos de edad ha observado cambios en su estructura piramidal. Así, al 30 de junio de 2021, las proyecciones del INEI revelaron que el 28,3 por ciento de la población tenía entre 0 y 14 años; el 63,8 por ciento entre 15 y 64 años; y el 7,9 por ciento, más de 65 años de edad”.

En salud, hasta el 2 de julio, en Junín, había 117 mil 989 casos confirmados de COVID-19, el 51.2% femenino y el 48.8% masculino. Según

provincias: el 49% corresponde a Huancayo, el 12.9% a Chanchamayo, el 12.8% a Satipo, el 5.5% a Jauja, el 5.2% a Tarma, el 4.7% a Chupaca, el 3.4% a Yauli, el 2.5% a Concepción y el 1.4% a Junín. Según ciclo de vida: el 3.5% fueron niños, el 3.6% adolescentes, el 21.5% jóvenes, el 55.2% adultos y el 16.2% adulto mayor. Hubo 4,905 defunciones (DIRESA Junín, 2021).

Así, para enfrentar a la pandemia y otras morbilidades, en todos los establecimientos estatales de salud, existen 230 médicos especialistas, más 600 médicos generales, para cubrir los requerimientos de 1.4 millones de habitantes. Existiendo una brecha de 480 médicos especialistas, a pesar de que, a partir del año 2011, 203 médicos especialistas se graduaron en los hospitales docentes Daniel Alcides Carrión y El Carmen de Huancayo y el IREN de Concepción (Quispe, 2020)

4.2. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

Los resultados que se presentan en el informe de tesis de investigación, fueron procesados utilizando diversos programas y softwares estadísticos, entre ellos el Ms. Excel 2016, el SPSS v.26, estas se informan y reportan a través de los cuadros estadísticos y gráficos de barras, así mismo usando las frecuencias y tablas de contingencias, para posteriormente ser analizados las variables de estudio y sus respectivas dimensiones.

Cada tabla estadística está acompañada de su interpretación y análisis respectivo de la relación entre las dimensiones de las variables a estudiar, para luego de ser analizadas, se presentan las conclusiones y las recomendaciones pertinentes del caso.

Las variables en estudio se evaluaron a través de una ficha de recolección de datos compuesta de dos partes; la primera utilizando la ficha de registro, historia clínicas de los defunciones maternas reportados para su medición, consideraron valores ponderados; frecuencias, porcentajes sobre los valores hallados de la incidencia de mortalidad materna y la última parte se

incluyeron datos relacionado con los factores etiológicos asociados al estudio, el mismo que se categorizo con los siguientes parámetros;

Causas de mortalidad materna	Puntaje
Causas directas	18 – 20
Causas indirectas	14 – 17
Otras causas	10 – 13
Ninguno	00 - 09

De igual modo, se empleó un instrumento para interpretar los resultados sobre los factores etiológicos en la incidencia de mortalidad materna reportados, el mismo que se categorizó con los siguientes parámetros.

Cusas directas	Rangos %
Hemorragias obstétricas	80% = 100%
Trastornos hipertensivos	80% = 100%
Otras causas obstétricas directas	80% = 100%
Causas indirectas	Rangos %
Enfermedad del sistema respiratorio	80% = 100%
Enfermedades infecciosas	80% = 100%
Otras causas indirectas	80% = 100%

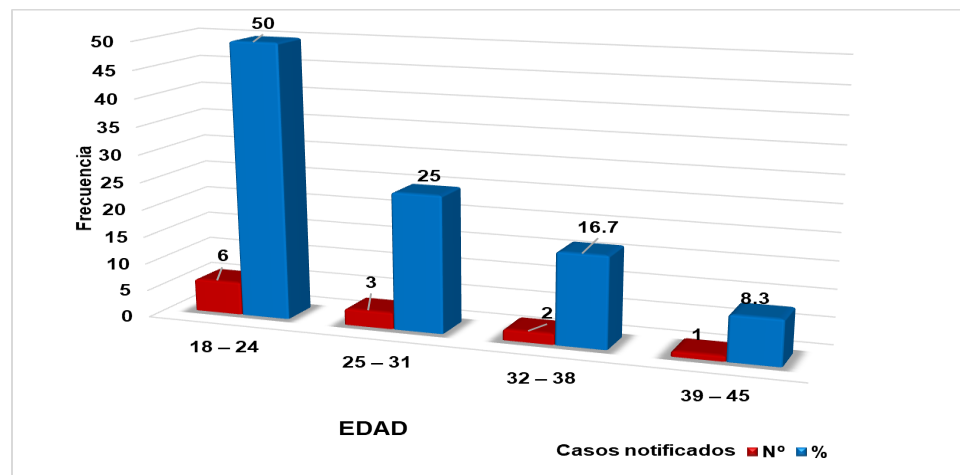
Para la contrastación de la hipótesis planteada en la investigación, por la naturaleza categórica de las variables cualitativa y su condición de variables nominal, de manera nativa, se toma al estadístico de prueba, Chi Cuadrada. Las tablas de frecuencia de cada una de las variables y sus respectivas dimensiones se presentan para cumplir los objetivos planeados.

Tabla 1. Edad de las pacientes que fallecieron por causas perinatales, reportados en la Región Junín de los años 2022 - 2023

Edad	Casos notificados	
	Nº	%
18 – 24	6	50
25 – 31	3	25
32 – 38	2	16.7
39 – 45	1	8.3
Total	12	100.0

Fuente: Hoja de registro sobre mortalidad materna

Gráfico 1. Edad de las pacientes que fallecieron por causas perinatales, reportados en la Región Junín de los años 2022 - 2023



En el presente cuadro nos muestran información sobre los casos de mortalidad materna reportados en los años 2022 y 2023. Aquí se puede apreciar que durante estos dos años se notificaron 12 casos de mortalidad materna. El 50% (6) de los casos de mortalidad materna, tenían entre 18 a 24 años de edad, el 25% (3) tenían 25 a 31 años de edad y el 25% restante fueron mayores de 32 años.

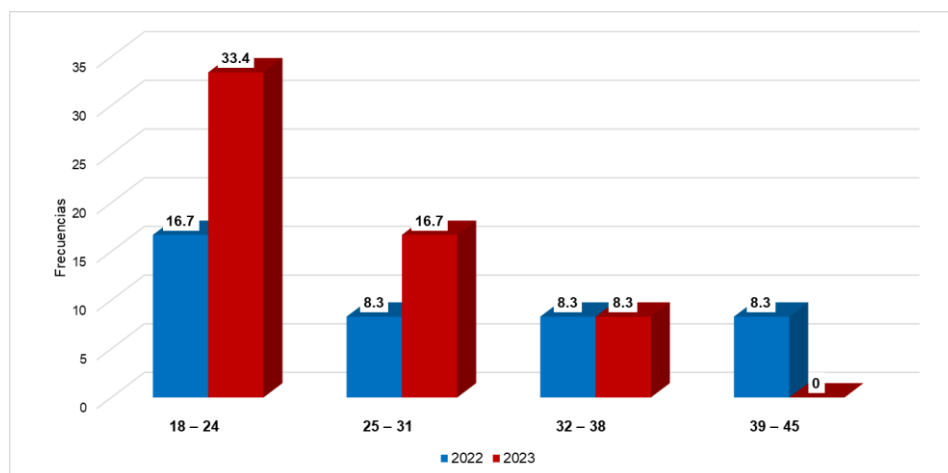
Haciendo el análisis correspondiente, podemos decir que en Junín la mortalidad materna se da con mayor frecuencia en madres jóvenes, los cuales corresponden a los grupos más vulnerables.

Tabla 2. Edad de los casos reportados de mortalidad materna según el periodo de ocurrencia 2022 y 2023, Región Junín.

Edad	Período				Total	
	2022		2023			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 – 24	2	16.7	4	33.4	6	50
25 – 31	1	8.3	2	16.7	3	25
32 – 38	1	8.3	1	8.3	2	16.7
39 – 45	1	8.3	0	0	1	8.3
Total	5	41.6	7	58.4	12	100.0

Fuente: Ficha de Registro post mortem, Historia clínica, libro de actas del comité prevención de mortalidad materna.

Gráfico 2. Edad de los casos reportados de mortalidad materna según el periodo de ocurrencia 2022 y 2023, Región Junín



En la presenta tabla se muestran datos sobre los casos notificados de mortalidad materna según el periodo de ocurrencia. En donde se puede apreciar que durante al año 2022 se presentaron 05 casos, tenían edades entre 18 a 45 años. En el año 2023 se presentaron 07 casos de mortalidad materna, el 23% tenían entre 18–24 años de edad y el 7.7% tenían 25-31 años. Estos datos se hallaron a través de las fichas de registro, la historia clínica y el libro de actas del comité de prevención de mortalidad materna.

Al análisis, se concluye que en el año 2023 se incrementó los casos de mortalidad materna en un 16.8 % en la región Junín.

Tabla 3. Número de controles prenatales según lugar de atención de casos reportados sobre mortalidad materna Región Junín, 2022 Y

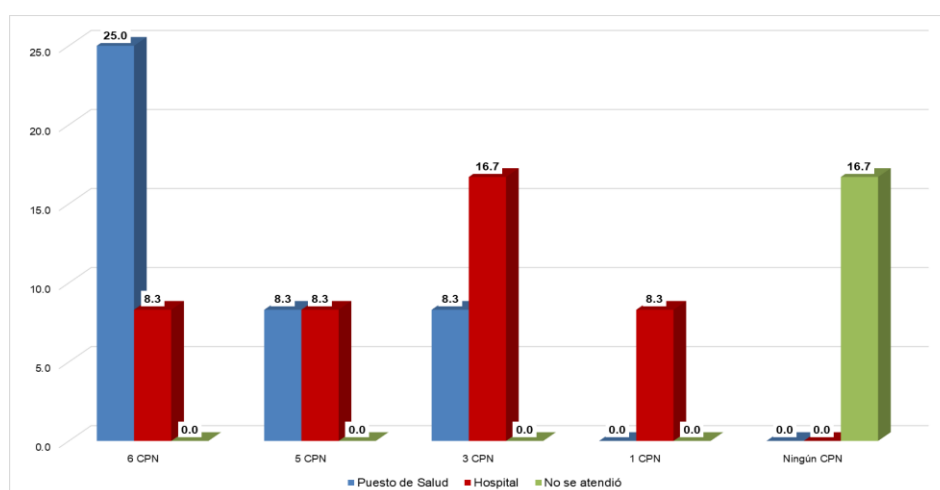
2023

Control Prenatal	Lugar de Atención						Total	
	Puesto de Salud		Hospital		No se atendió			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 CPN	3	25.0	1	8.30	0	0	4	33.4
5 CPN	1	8.30	1	8.30	0	0	2	16.7
3 CPN	1	8.30	2	16.7	0	0	3	25.0
1 CPN	0	0	1	8.30	0	0	1	8.30
Ningún CPN	0	0	0	0	2	16.7	2	16.70
Total	5	41.6	5	41.6	2	16.7	12	100.00

Fuente: Ficha de Registro, Historia clínica, libro de actas del comité prevención de mortalidad materna.

Gráfico 3. Número de controles prenatales según lugar de atención de casos reportados de mortalidad materna Región Junín, 2022 y

2023



En la presente tabla se muestran datos sobre el número de controles prenatales según el lugar de atención, encontrándose los siguientes: El 33.4% presentaron 6 controles prenatales, los cuales el 25% (3) fueron atendidos en un Puesto de Salud y 8.30% (1) en el hospital. El 50% de las madres gestantes presentaron

entre 1 a 5 controles prenatales, y fueron atendidos en Puestos de Salud 33.4%, en el Hospital 41.6%. El 16.70 % de las gestantes no tuvieron ningún control prenatal, es decir no llevaron el control de su embarazo.

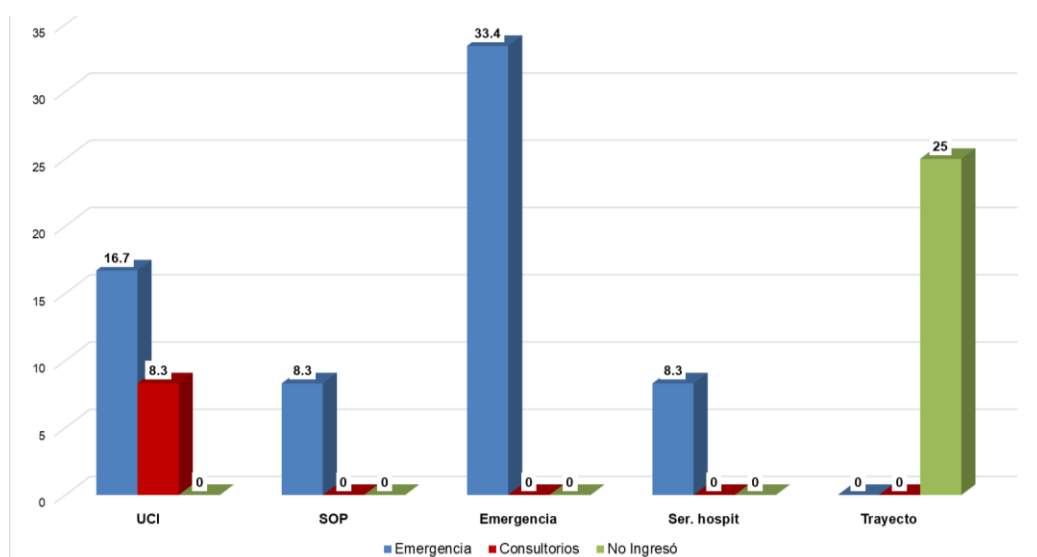
Tabla 4. Forma de ingreso al establecimiento en relación al lugar donde fallece, casos reportados de mortalidad materna, Región Junín

Lugar de fallecimiento	Forma de Ingreso						Total	
	Emergencia		Consultorios externos		No ingreso			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UCI	2	16.70	1	8.30	0	0	3	25.0
SOP	1	8.30	0	0	0	0	1	8.30
Emergencia	4	33.40	0	0	0	0	4	33.40
Ser. hospit	1	8.30	0	0	0	0	1	8.30
Trayecto	0	0	0	0	3	25.0	3	25.0
Total	8	66.70	1	8.30	3	25.0	12	100

Fuente: Ficha de Registro, Historia clínica, libro de actas del comité prevención de mortalidad materna.

Gráfico 4. Forma de ingreso al establecimiento de salud en relación al lugar donde fallece, casos reportados de mortalidad materna 2022

- 2023



En la tabla, se muestra información acerca de la forma de ingreso EE. SS. en relación al lugar donde fallece, de los casos reportados sobre mortalidad materna. El 33.40% de los casos fallecieron en el servicio de emergencia, todos

ellos ingresaron por el servicio de emergencia. El 66.70% (8) de los casos notificados lograron ingresar por el servicio de emergencia, de los cuales el 33% fallecieron en el mismo lugar, el 16.70% fallecieron en UCI, el 8.30% fallecen en SOP y el 8.30% fallecen ya en el servicio de hospitalización.

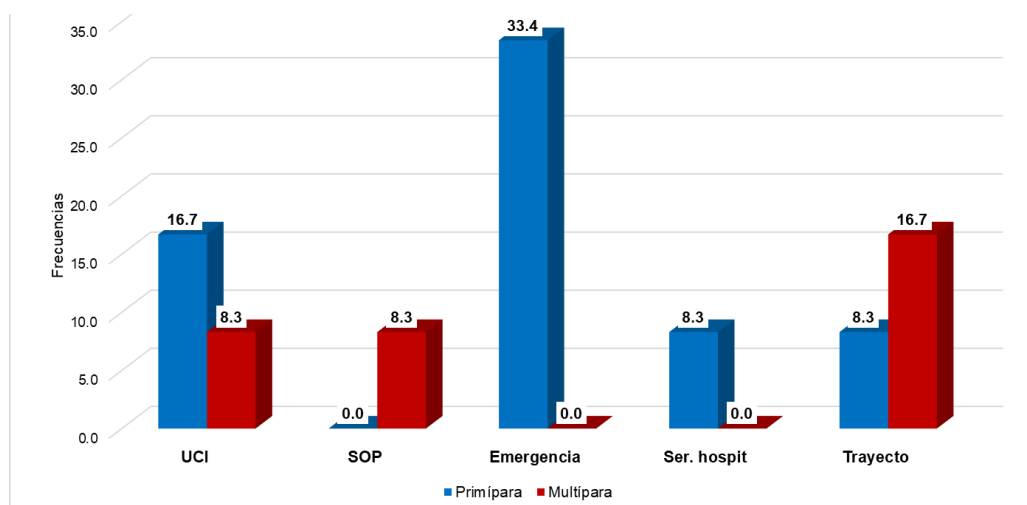
El 25% (3) de los casos notificados no logran ingresar con vida al hospital, todos ellos fallecen en el trayecto o traslado del paciente. El 8.30% de los casos notificados que ingresaron al hospital a través de los consultorios externos, falleciendo en UCI.

Tabla 5. Lugar de fallecimiento según tipo de paridad en casos reportados sobre mortalidad materna 2022 – 2023, en la Región Junín

Lugar de fallecimiento	Tipo de Paridad					
	Primípara		Multípara		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
UCI	2	25.0	1	8.30	3	25.0
SOP	0	0	1	8.30	1	8.30
Emergencia	4	33.40	0	0	4	33.40
Ser. hospít	1	8.30	0	0	1	8.30
Trayecto	1	8.30	2	25.0	3	25.0
Total	8	66.70	4	33.40	12	100

Fuente: Ficha de Registro, Historia clínica, libro de actas del comité prevención de mortalidad materna

Gráfico 5. Lugar de fallecimiento según el tipo de paridad en casos reportados de mortalidad materna 2022 – 2023, en la Región Junín



De todos los casos notificados de mortalidad materna, el 66.70% (8) eran gestantes primíparas, de los cuales 33.40% fallecieron en emergencia, 25% en UCI 8.30% en servicios de hospitalización y 8.30% en el traslado o trayecto.

De todos los casos notificados de mortalidad materna, el 33.40% (4) eran gestantes múltiparas; el 25% (3) fallecieron en el trayecto o traslado, 8.30% (1) en UCI, 8.30% en SOP.

Tabla 6. Factores etiológicos según el diagnóstico de fallecimiento de los casos reportados sobre mortalidad materna, en la Región Junín 2022 y 2023

Lugar de fallecimiento	Factores etiológicos de mortalidad materna						Total	
	Hemorragia grave		Sind. de Hellp		Neumonía aspirativa		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Shock hipovolémico	7	58.4	0	0	0	0	7	58.4
ICC	0	0	1	8.3	0	0	1	8.3
Sepsis	0	0	2	16.7	0	0	2	16.7
Paro respiratorio	0	0	1	8.3	1	8.30	2	16.7
Total	7	58.4	4	33.3	1	8.30	12	100.0

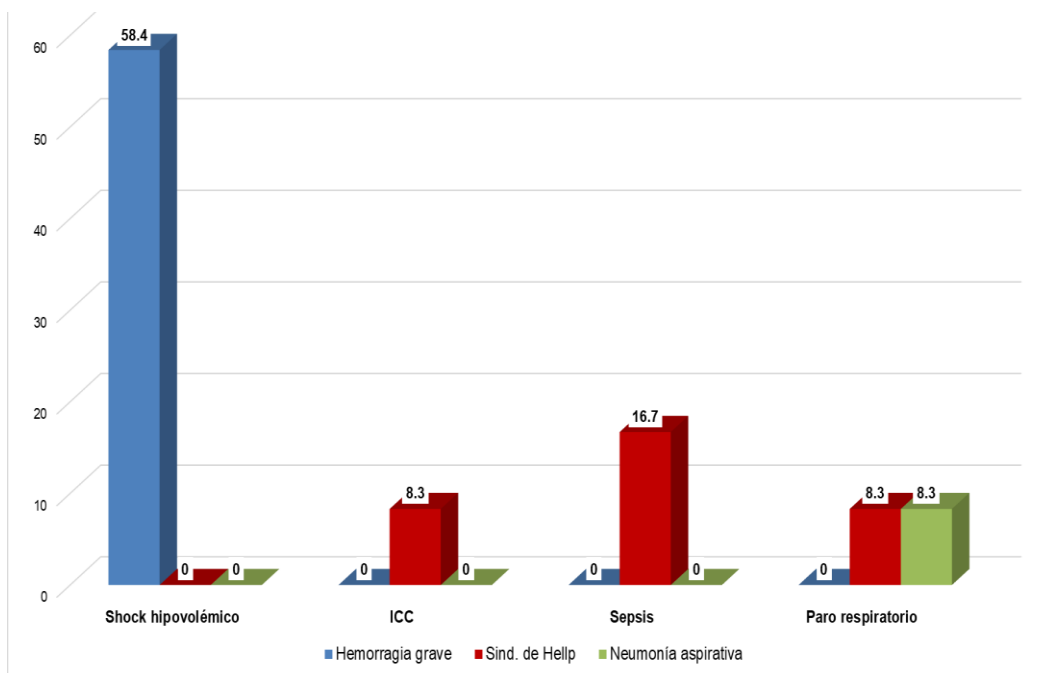
Fuente: Ficha de Registro, Historia clínica, libro de actas del comité prevención de mortalidad materna.

En la tabla se muestra datos sobre los factores etiológicos según el diagnóstico de fallecimiento en mortalidad materna reportados. Como factor etiológico de la mortalidad materna encontramos en primer lugar a la hemorragia obstétrica en un 58.40%, de ellos todos fallecieron con el diagnóstico de shock hipovolémico.

En segundo lugar Síndrome de Hellp en 33.30%, de los cuales el 16.70% fallecieron con el diagnóstico de sepsis, 8.30% con diagnóstico paro respiratorio, 8.30% con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

En Tercer lugar, Neumonía aspirativa 8.30%, con diagnóstico post mortem paro respiratorio.

Gráfico 6. Factores etiológicos según el diagnóstico de fallecimiento en casos reportados de mortalidad materna, en la Región Junín



4.3. Prueba de hipótesis

Contrastación de hipótesis General

a. Planteamiento de la Hipótesis General

Ho: No existe relación significativa entre las hemorragias obstétricas como factor etiológico determinante en la incidencia de la mortalidad materna reportados en la región Junín

Ha: Existe relación significativa entre las hemorragias obstétricas como factor etiológico determinante en la incidencia de la mortalidad materna reportados en la región Junín

b. Significancia

$$\alpha = 0,05$$

c. Estadístico y valor de prueba.

$$\chi^2$$

Cuadro 3. Relación entre hemorragias obstétricas como factor etiológico determinante en la incidencia de la mortalidad materna reportados en la región Junín

	valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,343	4	,000
Razón de verosimilitud	24.098	4	,000
Asociación lineal por lineal	18.674	1	,000
N casos validos	12		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5, el reencuentro mínimo esperado es 3,43

d. Valor de prueba estadística

$$p\text{-valor} = ,000$$

e. Decisión estadística

La valoración o evaluación efectuada sobre los factores etiológicos que influyen en la incidencia de mortalidad materna, reportados en la región Junín, se relacionan significativamente, según se confirma estadísticamente a una probabilidad de error menor al 0,05.

Ello, refleja que, el factor etiológico que más determina en la mortalidad materna son las hemorragias obstétricas.

f. Conclusión

Con una probabilidad de error de ,000 decidimos:

Teniendo una X^2 de Pearson cuyo p-valor = ,000 es $< \alpha = ,05$; por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula (H_0) y nos quedamos con la hipótesis del investigador (H_a).

4.4. Discusión de resultados

Una vez analizados los resultados, se desprende la siguiente información:

En América Latina la mortalidad general ha descendido, sin embargo la mortalidad materna no se ha reducido en forma significativa, todo lo contrario en algunos países ha aumentado, 3'240.000 gestantes de la región no tienen control del embarazo; 3'440.000 no reciben atención del parto en una institución de salud, 2'980.000 no tiene acceso a atención del parto por personal calificado 25,000 gestantes mueren anualmente en la región.

Contrastando estos datos publicados por la OMS y OPS, al cuadro N° 02 del presente estudio, podemos decir que la mortalidad materna principalmente en los países en desarrollo como es el nuestro no ha disminuido, más por el contrario en algunos casos esto se ha incrementado.

Así mismo podemos ver que los controles prenatales en el presente estudio, solo el 33.4% llegó a tener 6 controles, y el 16.70% no presentaron ningún control, y el 25% tuvieron entre 3 controles.

La mortalidad materna tiene una disminución lenta que se explica por las situaciones de deterioro de las condiciones de vida en general, que afectan particularmente a los estratos más pobres de la población.

La mortalidad materna, afecta a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad. Muchas de ellas pertenecen a poblaciones indígenas y grupos de adolescentes, cuyos embarazos no han sido planificados.

Es este grupo humano el que inicia el primer eslabón de la pobreza. La falta de recursos económicos para acceder a los servicios y la falta de adaptación de éstos a hace que ellas recurran a su cultura y costumbres, utilizando los servicios de parteras empíricas no cualificadas para detectar los riesgos.

Esto se confirma con el cuadro N° 03, en donde se puede apreciar que el 41.6% son atendidos en Puestos de Salud, el 16.70% no presentaron registro de ser atendidas en una institución de salud y el 41.60% fueron atendidas en el hospital.

Así mismo Vemos (cuadro 04) que el 25% de las fallecidas no llegaron a ingresar con vida al hospital, sino que fallecieron en el trayecto o traslado del paciente.

El análisis efectuado por la OPS/OMS relacionado con las causas obstétricas directas muestra como el aborto y sus complicaciones fue la causa principal de muerte materna en Argentina, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago. La hemorragia fue la primera causa de muerte entre las mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, el Salvador, los Estados Unidos, Honduras, México, y Nicaragua. La hipertensión inducida por el embarazo (toxemia) es la causa más importante de muerte en Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela. ·

Al respecto, en el presente estudio se pudo constatar que en la región Junín, el factor etiológico en la incidencia de la mortalidad materna fue:

Como factor etiológico de la mortalidad materna encontramos en primer lugar a la hemorragia obstétrica en un 58.40%, de ellos todos fallecieron con el diagnóstico de shock hipovolémico.

En segundo lugar Síndrome de Hellp en 33.30%, de los cuales el 16.70% fallecieron con el diagnóstico de sepsis, 8.30% con diagnóstico paro respiratorio, 8.30% con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC).

En Tercer lugar, Neumonía aspirativa 8.30%, con diagnóstico post mortem paro respiratorio.

La solución no debe ser solamente de los servicios de salud, sino un esfuerzo conjunto de las mujeres, las familias las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya con la maternidad saludable

CONCLUSIONES

Primera

Durante al año 2022 se presentaron 05 casos de mortalidad materna, tenían edades entre 18 a 45 años, y en el año 2023 se presentaron 07 casos de mortalidad materna, el 23% tenían entre 18–24 años de edad y el 7.7% tenían 25-31 años.

Segunda

Al análisis, se concluye que en el año 2023 se incrementó los casos de mortalidad materna en un 16.8 % en comparación al año 2022 en la región Junín.

Tercera

De todos los casos notificados de mortalidad materna, el 66.70% (8) eran gestantes primíparas, de los cuales 33.40% fallecieron en emergencia, 25% en UCI 8.30% en servicios de hospitalización y 8.30% en el traslado o trayecto.

Cuarta

De todos los casos notificados de mortalidad materna, el 33.40% (4) eran gestantes múltiparas; el 25% (3) fallecieron en el trayecto o traslado, 8.30% (1) en UCI, 8.30% en SOP.ASD.

Quinta

Como factor etiológico de la mortalidad materna encontramos en primer lugar a la hemorragia obstétrica en un 58.40%, de ellos todos fallecieron con el diagnóstico de shock hipovolémico.

Sexta

En segundo lugar Síndrome de Hellp en 33.30%, de los cuales el 16.70% fallecieron con el diagnóstico de sepsis, 8.30% con diagnostico paro respiratorio y 8.30% con diagnóstico de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)

Séptima

En Tercer lugar, Neumonía aspirativa 8.30%, con diagnostico post mortem paro respiratorio.

RECOMENDACIONES

Primera

La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto por el profesional de salud, para así lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, y si mismo recomendar a todo profesional que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

Segunda

A los Profesionales que laboran en un centro o puesto de salud, a tener dominio en la identificación de la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieren un tratamiento especializado para la referencia oportuna.

Tercera

A la Obstetra que trabaja en zonas rurales, de realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.

Cuarta

A los profesionales de la salud, asegurar un trato con calidad y calidez a la gestante, promoviendo la participación de la familia, respetando las creencias culturales y evaluando la posibilidad de considerarlas para mejorar le relación del profesional de salud con la gestante.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Reglamento general de grados académicos y títulos profesionales Pasco - Perú; 2022.
2. Guía Clínica Basada en las Evidencias: Manejo de la Hemorragia Postparto. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) Novedades del CLAP N° 16, ABRIL 2021. <http://www.paho.orgg/Spanish/CLAP/noved16.htm>.
3. OMS/FNUAP/UNICEF/BM. Integrated Mangement. Of Pregnancy And Chidbirth – IMPAC, 2020. (Traducción al Español: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para Obstetrices y médicos,2021). <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/MPS/IMPAC.pdf> Outlook. Prevención de la hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto. Número Especial, Vol. 19, nº3. <http://www.rhoespanol.org/pdf/19-3.pdf>
4. Guía para la prevención de la hemorragia postparto. Biblioteca virtual en salud – bvs. Salud materna y perinatal. <http://perinatal.bvsalud.org/E/temas/perinatales/guia.htm>
5. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2019. Oxford: Update Software Ltd.
6. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Libray plus en español, número 2,2004. Oxford, Update Software Ltd.
7. CANALES FRANCISCA. “Metodología de Investigación” OPS. OMS. Interamericana México. 2019.
8. DENISEF. POLIT. “Investigacion Científica en Ciencias de la Salud” 5ta. Edic. Edit. Interamericana SA. México. 2021.

9. JACK LEVIN. "Fundamentos de la estadística social" Edic. 9na. Edit. Karla México 2019.
10. ITJEN LINDA, WENDY CRONIN. "Prevención de Infecciones para los Programas de Salud" Corporation. 2021.
11. R. HERNÁNDEZ S., C. FERNÁNDEZ C., P. BAPTISTA L. 2022 "Metodología de la Investigación" 13ava Edición, Editorial Interamericana Mc Graw Hill México.
12. SÁNCHEZ CARLESSI, Hugo, REYES MEZA, Carlos. 2020 "Metodología y Diseños en la Investigación Científica". Editorial TALLERES de REPRO – OFFSET, Lima – Perú.
13. D. POLIT B. HUNGLER. 2020 "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" 12 da Edición
14. Ander-Egg E. Aprender a investigar: Nociones básicas para una investigación Argentina: Brujas; 2011.
15. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1st ed. México: McGraw Hil.; 2018.
16. Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
17. Supo Condori JA, Zacarías Ventura HR. Metodología de la Investigación Científica. Tercera Edición ed. Arequipa - Perú: Bioestadístico EEDU EIRL; 2020.
18. Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.
19. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística: Mycological Research; 2018.
20. Bernal C. Metodología de la investigación. tercera ed. Colombia: Pearson Educación; 2010.

21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional INEI. [Online]; 2017. Acceso 13 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/535-consultar-resultados-del-censo-nacional-2017>.
22. Arias F. Mitos y errores en la elaboración de Tesis y Proyectos de investigación. Tercera ed ed. Caracas-Venezuela: Editorial Episteme; 2006.
23. UNDAC. Reglamento del investigador Pasco-Perú: Instituto Central de Investigación; 2022.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

ANEXO 01: Instrumentos de recolección de datos

HOJA DE REGISTRO

OBJETIVO:

Identificar y clasificar la población sujeta a estudio según edad, tiempo de enfermedad, asistencia a programas, tratamiento, causa de la mortalidad materna, etc.

INTRODUCCION

La presente ficha de registro servirá para anotar y recabar información pertinente relevante de las pacientes que fueron atendidas en el un establecimiento de salud de la Región Junín, Durante los años 2022 y 2023.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de rubros en donde se registrará datos importantes sobre el estudio a tratar:

DATOS GENERALES

1. Código de la paciente:
2. Fecha de muerte materna:
3. Edad:
4. Edad gestacional:
5. Causa de muerte materna:
6. Diagnostico Post mortem:
7. Procedencia:
8. Momento de fallecimiento:
9. Lugar de fallecimiento:



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO 02

GUÍAS CLÍNICAS

DE PROCEDIMIENTO DE OBSTETRICIA

HEMORRAGIA POST PARTO

CÓDIGO:

1. Hemorragia post-parto
2. Hemorragia del tercer periodo post parto
 - a. Otras hemorragias post parto inmediatas
 - b. Hemorragias post parto secundarias o tardías
 - c. Defecto de coagulación postparto

DEFINICIÓN:

Se define la hemorragia post-parto como la pérdida sanguínea de 500 ml. o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.

La hemorragia post-parto se clasifica en:

Hemorragia Post Parto Inmediata.- Pérdida sanguínea de 500ml o más originada en el canal de parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.

Hemorragia Post Parto Tardía.- Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que se presenta entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (42 días).

Causas de hemorragia post parto:

Uterinas:

- ✓ Hipotonía o atonía uterina.
- ✓ Alumbramiento incompleto.
- ✓ Placentación anormal (Acretismo)
- ✓ Inversión uterina.
- ✓ Traumatismo uterino (rotura uterina, desgarró cervical).

No uterinas:

- ✓ Desgarro y hematomas del canal del parto, incluyendo la episiotomía.
- ✓ Coagulopatías.

III. ETIOLOGÍA:

- Atonía uterina.
- Rotura uterina.
- Retención placentaria.

- Alumbramiento incompleto.
- Laceraciones y desgarros cervicales.
- Laceraciones y desgarros vaginales y perineales.
- Inversión Uterina.
- Coagulopatías (Enfermedad de von Willebrand).

IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Clínica	Atonía Uterina	Retención placentaria y/o restos	Inversión uterina	Lesión del canal del parto
Antecedentes	Multiparidad >4 Gestaciones Gestante > 35 años	Antecedente de cesárea, legrado uterino.	Inversión uterina previa.	Cirugía vagina previa.
Características especiales	Sobre distensión uterina: Macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple. Desprendimiento Prematuro de Placenta. Parto prolongado, parto precipitado. Fibromatosis uterina más gestación.	Fibromatosis uterina Adherencia anormal de la placenta. Lóbulo placentario aberrante.	Placenta adherente.	Feto macrosómico Parto precipitado. Parto instrumentado. Extracción podálica. Periné corte, fibroso.
Intervención del proveedor de servicios	Mal uso de oxitócicos.	Mala conducción del parto, mal manejo del alumbramiento.	Mala técnica de atención del alumbramiento. Mala técnica de extracción manual de placenta.	Mala técnica de la atención del expulsivo.

V. CUADRO CLINICO:

Se caracteriza por los siguientes signos y síntomas:

- Sangrado por vía vaginal de moderado a grave.
- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Oliguria.
- Taquipnea.

- Palidez.
- Útero flácido o con desgarros del canal del parto.
- Abdomen agudo.
- Alteración del estado de conciencia.

Manifestaciones Iniciales	Signos y Síntomas ocasionales	Diagnóstico probable
<ul style="list-style-type: none"> • Tto inmediata • Útero blando y no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión o shock 	<ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina.
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia Postparto inmediata (grandes coágulos pueden estar en vagina) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alumbramiento completo • Útero contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro de cuello uterino, vagina o perineo.
<ul style="list-style-type: none"> • No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia Postparto inmediata. • Útero grande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de placenta.
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta incompleta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia Postparto inmediata. • Útero no contraído. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de fragmentos placentarios.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor leve o intenso. • Hemorragia Postparto inmediata. • Shock neurogénico. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal. • Inversión uterina visible o no en la vulva o en vagina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> • Se produce sangrado más de 24 horas después del parto Subinvolución uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) y de mal olor, con fiebre o no. • Anemia, palidez y mareos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia Postparto tardía. Descartar retención de restos y endometritis.
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia Postparto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal). • Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la rotura). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso materno rápido. • Abdomen sensible. • Palidez y shock. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotura uterina.

VI. EXAMENES AUXILIARES

- a). Laboratorio: Solicitar desde la evaluación inicial:
- Hemograma, Hb, Grupo y Rh
 - TP, TPT, Fibrinógeno, Plaquetas
 - Creatinina, Glucosa

- Proteínas totales y fraccionadas
- Gases arteriales
- Electrolitos séricos
- Examen completo de orina

b). Imágenes: Solicitar el primer día.

- Radiografía de Tórax.
- Ecografía abdomino-pélvica.

VII. MANEJO SEGÚN COMPLEJIDAD:

a. NIVELES DE CAPACIDAD RESOLUTIVA FUNCIONAL PARA LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS			
NIVEL	PERSONAL	COMPETENCIAS	IMPLEMENTACION
COMUNIDAD	Agente Comunitario de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de signos de peligro. • Referencia adecuada y oportuna. • Atención de Parto Limpio Inevitable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla. • Organización comunal. • Mapa de seguimiento a Planes de Parto. • Hogar Materno. • Set de Parto Limpio.
Puesto Sanitario	Técnico de OBSTETRICIA	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar consejería en salud reproductiva y estilos de vida saludables. • Tomar funciones vitales. • Identificar: signos de peligro (**), estado de conciencia, estado convulsivo, contracciones uterinas, gestación con situación transversa. • Aplicar vía segura. • Administrar Nifedipino, ocitócicos, anticonvulsivantes. • Atender el parto normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Termómetro • Tensiómetro • Estetoscopio • Reloj • Equipo de atención de parto • Equipo de venoclisis • Catéteres • Cloruro de sodio al 9% • Ocitocina • Nifedipino • Misoprostol • Poligelina.
Centro de Salud	Médico General Obstetrix Enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Examen Ginecoobstétrico, determinar edad gestacional, estrechez pélvica, presentación podálica, incompatibilidad céfalo pélvica. • Monitoreo clínico, reconocer el shock, calcular volumen de pérdida sanguínea. • Identificar: abdomen agudo, reacción peritoneal productos del aborto, tumor abdominal, foco infeccioso uterino, otros focos infecciosos, lesión del canal del parto, retención placentaria y placenta acreta. • Administrar antibióticos, antihipertensivos, anticonvulsivantes, corticoides. • Realizar e interpretar hemograma, hemoglobina y examen de orina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de examen ginecológico y revisión de canal. • Disco calculador de embarazo. • Equipo para AMEU • Curva de alerta del CLAP • Equipo de reanimación neonatal. • Sonda vesical, amniótomo.

		<ul style="list-style-type: none"> • Manejar curva de alerta para atención del parto. • Realizar AMEU • Realizar rotura artificial de membranas y evacuación vesical. • Realizar extracción manual de placenta. 	
--	--	---	--

NIVELES DE CAPACIDAD RESOLUTIVA FUNCIONAL PARA LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS			
NIVEL	PERSONAL	COMPETENCIAS	IMPLEMENTACION
Hospital	Médico Gineco- Obstetra Médico General Anestesista Obstetra	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar e interpretar ecografías gineco-obstétricas y exámenes de factores de la coagulación • Realizar los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> - Culdocentesis - Legrado uterino - Laparotomía exploratoria - Cesárea - Reposición de útero invertido - Reparación de desgarró vaginal de II y III grado - Atención de partos prematuros y podálicos - Atención de bebés prematuros - Inducción del parto - Transfusión de sangre y derivados seguros 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecógrafo • Sala de operaciones • Equipo para cesárea, legrado uterino y laparotomía. • Plasma congelado, crioprecipitado, plaquetas y paquete globular.

Objetivos Terapéuticos.

- ✓ Compensar el estado hemodinámico; manteniendo una PA sistólica mayor de 90 mm Hg. y una FC menor de 100 por minuto.
- ✓ Mantener una diuresis > de 0.5 ml por kilo por hora.
- ✓ Mantener una oxigenación tisular adecuada con una Pa O₂ > de 65 torr.
- ✓ Detección precoz y/o prevención de complicaciones.

a. Medidas Generales

- ✓ Abrir dos vías venosas con catéteres N° 16 e iniciar infusión rápida de Solución salina 9 o/oo
- ✓ Colocar sonda de Foley e iniciar control horario de la diuresis
- ✓ Administrar Oxígeno por catéter nasal
- ✓ Control estricto de funciones vitales cada 10 minutos.
- ✓ Interconsulta a UCIM.

b. Medidas Específicas.

1. Fluido terapia. Administrar a goteo rápido 2000 cc de solución salina y 1000 cc de coloides, Repetir la misma secuencia mientras se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.1 La paciente se encuentre con taquicardia > 120 / min.

- 1.2 Refiera sed o se observen extremidades frías
- 1.3 Persista una diuresis menor de 0.5 cc /kilo / hora. y
- 1.4 Se encuentre buena saturación de O₂ al pulsioxímetro (mayor del 98 %)

Considerar limitar la repleción volumétrica del intravascular en los siguientes casos:

- a. Desaturación en el pulsioxímetro (< 98 %)
- b. Sensación de disnea u ortopnea.
- c. Frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto.
- d. Diuresis mayor de 1.0 cc por kilo por hora.

Mientras haya taquicardia, que no mejore o lo haga solo en forma transitoria, debe considerarse que hay sangrado activo. En ese caso se debe mantener la reposición agresiva de fluidos asegurándose de mantener un flujo urinario mayor de 0.5 cc por kilo por hora.

Si hay oliguria, sed y palidez marcada o depresión del sensorio, deberá iniciarse la reanimación con paquetes globulares, desde el inicio.

2. Hemoderivados: Se usarán sólo fracciones de la sangre, paquetes globulares, plasma fresco congelado, plaquetas o crioprecipitado. Siguiendo las siguientes recomendaciones:



ANEXO 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ETIOLÓGICOS EN LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA REPORTADOS EN LA REGION JUNIN 2022 Y 2023

PLANT. DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	MATERIAL Y METODO	POBLACIÓN Y MUESTRA	INSTRUM
<p>GENERAL: ¿Cuáles son los factores etiológicos en la incidencia de mortalidad materna reportados en la DIRESA Junín 2022 y 2023?</p> <p>ESPECIFICO: ¿Cuál es la incidencia de los casos de mortalidad materna durante los años 2022 y 2023?</p>	<p>GENERAL: •Identificar los factores etiológicos que influyen en la mortalidad materna, de la Región Junín.</p> <p>ESPECIFICO: Conocer los casos de mortalidad materna durante los años 2022 y 2023.</p>	<p>GENERAL: Las hemorragias obstétricas son una de las principales causas básicas que influyen en la mortalidad materna reportados en la región Junín</p>	<p>V. I. Factores etiológicas</p> <p>V:D: Mortalidad Materna</p>	<p><u>SEGÚN SU TENDENCIA.</u> Investigación Cualitativa</p> <p><u>SEGÚN SU ORIENTACION.</u> Investigación Básica.</p> <p><u>SEGÚN EL TIEMPO DE OCURRENCIA DE LOS HECHOS.</u> Investigación Retrospectiva.</p> <p><u>SEGÚN AL ANALISIS Y ALCANCE DE LOS RESULTADOS.</u> Exploratorio Descriptivo.</p>	<p>POBLACION: Todos los casos reportados de mortalidad materna en la Región Junín durante los años 2022 y 2023</p>	<p>INSTRUMENTO</p> <p>✓ Ficha de Registro</p> <p>✓ Ficha de registro post mortem.</p> <p>✓ Historia clínica.</p>

<p>¿Cómo fue la forma de ingreso al establecimiento de salud de los casos reportados de mortalidad materna?</p> <p>¿ Cuál fue el tipo de paridad según edad cronológica de los casos reportados de mortalidad materna?</p> <p>¿Cuáles fueron las causas básicas del fallecimiento según las causas asociadas de los casos reportados de mortalidad materna?</p>	<p>Describir la forma de ingreso al establecimiento de salud de los casos reportados de mortalidad materna.</p> <p>Averiguar el tipo de paridad según edad cronológica de los casos reportados de mortalidad materna.</p> <p>Identificar las causas básicas del fallecimiento según las causas asociadas de los casos reportados de mortalidad materna.</p> <p>Conocer las causas básicas según el diagnóstico del fallecimiento de los casos reportados de mortalidad materna.</p>			<p>DISEÑO: Diseño de estudio sin intervención, el cual nos permite describir los objetos o situaciones que se presentan en la investigación, sin inferir en la realidad.</p>	<p>MUESTRA: Para la selección de la muestra se utiliza el método no Probabilístico de tipo intencionado o selectivo, el cual comprendió 12 madres fallecidas que se reportaron durante los años 2022 y 2023</p>	
--	---	--	--	---	--	--