



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL AÑO 2023**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA
BACH. OBST. ALEXANDA BABILONIA VARGAS

ASESOR
DR. CESAR JOHNNY RAMAL ASAYAG

REGIÓN LORETO PERÚ

2025



“Año de la recuperación y consolidación de la económica peruana”

**CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP**

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**“CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD
MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
DURANTE EL AÑO 2023”**

De la alumna: **ALEXANDA BABILONIA VARGAS**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **17% de similitud**.

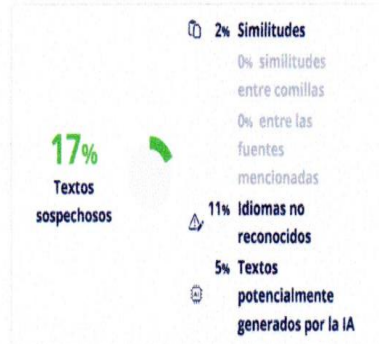
Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 09 de Mayo del 2025.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jorge L. Tapullima Flores', is written over a faint circular stamp.

**Presidente del Comité de Ética e
Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores**

UCP Obstetricia_2025_Tesis_Alexandra_Babilonia_V2



Nombre del documento: UCP_OBSTETRICIA_2025_TESIS_ALEXANDRA_BABILONIA_V2.pdf
ID del documento: 4072bfb442e302c22499679745988386bbf401be
Tamaño del documento original: 1,27 MB

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito: 6/5/2025
Tipo de carga: interface
Fecha de fin de análisis: 6/5/2025

Número de palabras: 10.456
Número de caracteres: 65.205

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuente principal detectada

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario #9f0843 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.who.int https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=Entre 2000...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
2	www.dge.gob.pe Muerte Materna - CDC MINSA https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
3	hdl.handle.net Factores asociados al tiempo de referencia en casos de mortalid... https://hdl.handle.net/20.500.14138/4083	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)
4	saludbydiaz.com Causas de Mortalidad Materna: Un Análisis Global y Regional ... https://saludbydiaz.com/2025/04/05/causas-mundiales-y-regionales-de-muerte-materna-200...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
5	repositorio.usmp.edu.pe https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10076/Neciosup_AST.pdf?se...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 774-2024-UCP-FCS, del 18 de junio de 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 755-2025-UCP-FCS, del 21 de mayo del 2025, se autorizó la sustentación.

Siendo las 11:00 am. horas, del día viernes 30 de mayo de 2025, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL AÑO 2023.**

Presentado por:

ALEXANDRA BABILONIA VARGAS

Para optar el título profesional de **OBSTETRA.**

Como asesor: Dr. César J. Ramal Asayag.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: APROBADA POR UNANIMIDAD.

A las 12:15' Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.

Obst. Mgr. Sarita Elena Torres Lima
Presidente

Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro

Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL AÑO 2023.

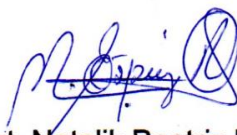
FECHA DE SUSTENTACION: 30 DE MAYO DE 2025.



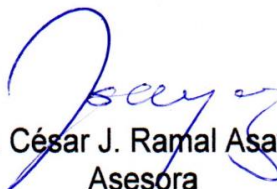
Obst. Mgr. Sarita Elena Torres Lima
Presidente



Obst. Mgr. Silvia Pérez Macedo
Miembro



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro



Dr. César J. Ramal Asayag
Asesora

DEDICATORIA

A DIOS

A MIS PADRES:

Augusto Babilonia Ramírez

Ivett A. Vargas Macedo

A MI PAREJA

Cristhian Alarcón Ríos

A MI HERMANO

Anthony Riveiro Vargas

A MI ABUELITA

Rosa A. Macedo Valles

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias Por ser mi refugio y sostén en mis momentos difíciles, por brindarme mucha fortaleza y sabiduría, cada proceso tiene un propósito, confié en que siempre me guíes y renuevas mis fuerzas para cada desafío que enfrento en el camino, sin el nada de esto sería posible.

A MI PAPA

Augusto babilonia, Quien ya no se encuentra físicamente, sé que no podrás leer estas palabras, pero cuya presencia siento en cada instante de mi vida, a ti papá, GRACIAS te debo el esfuerzo, protección, por las desveladas de amanecida, tu inteligencia intelectual de hacer o decir las cosas, tu complicidad, sacrificio y tu amor incondicional hasta el momento que me acompañaste en esta vida, no pudiste ver el final de este proceso, se que donde estés me acompañas y celebras conmigo cada logro obtenido, tu memoria vive en mí y tu legado seguirá siendo mi inspiración para seguir adelante, este logro también es el tuyo.

A MI MAMA, MI HERMANO Y ABUELITA

Ivett Vargas, Anthony y Rosita, GRACIAS a mi familia por sus palabras de aliento, que me han apoyado en este largo camino, a los valores inculcados, la humildad y fuerzas para saber sobrellevar todo el acontecimiento de la vida y a motivarme para así poder lograr todos mis objetivos propuestos.

A MI PAREJA

Cristhian, GRACIAS por ser mi motivación y enseñarme el significado de la palabra perseverancia, por tu amor y apoyo incondicional, eres mi soporte en mis momentos de debilidad, tu presencia en vida es un regalo invaluable, contenta que esta etapa la culmine, la cual estaré agradecida siempre, este logro es compartido.

A MI ASESOR

Agradezco a mi asesor el Dr. Cesar Ramal, un gran docente y doctor; por su apoyo, consideración y aporte de conocimientos durante esta última gran etapa inicio de mi vida profesional.

A MIS DOCENTES

Agradezco a cada docente de esta universidad que se cruzó por mi camino de aprendizaje, me demostraron respeto, compromiso y dedicación, gracias por sus calidad y calidez en todo este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Pág.

Portada.....	i
Constancia de originalidad de la tesis.....	ii
Acta de sustentación de tesis.....	iv
Hoja de aprobación.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de contenido.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
 CAPITULO I: Marco Teórico.....	 1
1.1 Antecedentes del estudio.....	1
1.2 Bases teóricas.....	6
1.3 Definición de términos básicas.....	13
 CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	 15
2.1 Descripción del problema.....	15
2.2 Formulación del problema.....	17
2.2.1. Problema general.....	17
2.2.2. Problemas específicos.....	17
2.3. Objetivos.....	18
2.3.1. Objetivo general.....	18
2.3.2. Objetivos específicos.....	18
2.4 Hipotesis.....	19
2.5 Variables.....	19
2.5.1. Identificación de las variables.....	19
2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables.....	19
2.5.3 Operacionalización de las variables.....	21
 CAPITULO III: METODOLOGIA.....	 22
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	22

viii

3.2 Población y muestra.....	22
3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos....	23
3.4 Procesamiento y análisis de datos.....	23
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	24
CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y	
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
ANEXOS.....	44
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 2: Matriz de consistencia	

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TÍTULOS	Pág.
01	Edad de las gestantes fallecidas	24
02	Procedencia por provincias de las gestantes fallecidas	25
03	Procedencia por Distritos de gestantes fallecidas	25
04	Trimestre de fallecimiento	26
05	Edad gestacional de fallecimiento	27
06	Referencia de gestantes fallecidas	28
07	Causa de fallecimiento probable	29
08	Causa intermedia probable	29
09	Causa básica probable	30
10	Clasificación de causa de muerte materna	30
11	Gestaciones en gestantes fallecidas	31
12	Partos en gestantes fallecidas	31
13	Cesáreas en gestantes fallecidas	32
14	Abortos practicadas en gestantes fallecidas	32
15	Nacidos vivos en gestantes fallecidas	32
16	Nacidos muertos en gestantes fallecidas	33
17	Visitas domiciliarias a gestantes fallecidas	33
18	Sintomas o moléstias de gestantes fallecidas	33

RESUMEN

Objetivo: Estudiamos las causas y factores asociados a mortalidad maternal en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.

Metodología: Es un estudio de investigación descriptivo, no experimental. De las 43 fichas del año 2023, solo 13 estaban completas y cumplían los criterios de inclusión. Se utilizó la Ficha de Muerte

maternal disponible en el Ministerio de Salud del Perú. **Resultados:** La media de la edad de las gestantes fallecidas fue de 30.9 años, la mayoría falleció en el tercer trimestre. Fueron evacuadas a un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad el 69.2 %, la causa probable de fallecimiento principal fue el shock. La causa básica probable fue hemorragia. El 38.5 % de las muertes maternas fueron directas en un 38.5 %. El mayor riesgo de complicaciones y muerte la tuvieron las multíparas. El aborto fue practicado en el 46 % de las gestantes fallecidas. **Recomendaciones:** fortalecer el sistema de atención médica dirigida a gestantes, mejorar la infraestructura y equipamiento, el acceso temprano y continuo a atención prenatal, transporte y referencias oportunas, participación comunitaria y educación, vigilancia y registro de datos adecuados y aumentar los recursos financieros para desarrollar las políticas públicas que competan a fin de disminuir drásticamente la muerte materna en nuestra Región.

Palabras clave: Muerte materna, causas y factores asociados.

ABSTRACT

Objective: We studied the causes and factors associated with maternal mortality at the Regional Hospital of Loreto during 2023. **Methodology:** This is a descriptive, non-experimental research study. Of the 43 records from 2023, only 13 were complete and met the inclusion criteria. The Maternal Death Record available from the Ministry of Health of Peru was used. **Results:** The mean age of the deceased pregnant women was 30.9 years; the majority died in the third trimester. 69.2% were evacuated to a higher level health facility, the probable cause of death was shock. The probable underlying cause was hemorrhage. 38.5% of maternal deaths were direct 38.5%. The highest risk of complications and death was in multiparous women. Abortion was performed on 46% of the deceased pregnant women. **Recommendations:** Strengthen the health care system for pregnant women, improve infrastructure and equipment, ensure early and continuous access to prenatal care, timely transportation and referrals, community participation and education, adequate surveillance and data recording, and increase financial resources to develop public policies that compete to drastically reduce maternal death in our Region.

Keywords: Maternal death, causes and associated factors.

CAPITULO I: Marco Teórico

1.1 Antecedentes del estudio

Internacionales:

Román-Sánchez (2024), en su estudio realizado en México, señala que la disminución de la mortalidad materna forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en ese país. Examina cómo se relaciona la razón de muerte materna con diversas variables pertenecientes a los ámbitos económico-social, salud y demografía, laboral, condiciones del hogar, infraestructura y bienes de vivienda.

Materiales y métodos: Para ello, se construyeron tres modelos de regresión lineal múltiple utilizando datos provenientes del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), incluyendo estadísticas vitales, los censos de población y vivienda, así como información del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Resultados: Se identificó que tanto la esperanza de escolaridad como la realización del control posparto son factores determinantes en la razón de muerte materna. Desde un punto de vista estadístico, un aumento del 1% en la proporción de mujeres que reciben atención posparto podría reducir hasta en un 15% la mortalidad materna.

Conclusiones: La Ciudad de México, como capital del país, presenta una de las tasas más altas de fallecimientos maternos. Sin embargo, no se evidencian estrategias claras para disminuir este tipo de mortalidad. Esto revela las limitaciones del enfoque idealista del desarrollo, ya que la simple difusión de conocimientos y valores, sin una ejecución efectiva de acciones, dificulta el avance. Esta situación podría representar un obstáculo significativo para que México logre la meta de los ODS planteada en la Agenda 2030. (1)

Escobedo-Muñoz (2021), en su estudio realizado en México sobre los factores vinculados a la mortalidad materna, destaca la urgencia de fortalecer las estrategias de atención materna con el objetivo de reducir progresivamente la razón de muertes maternas. Subraya la relevancia del control prenatal y de una atención adecuada durante el parto, dado que es común que las gestantes acudan tardíamente a sus controles prenatales. Esta

práctica limita la posibilidad de identificar y tratar a tiempo complicaciones como la enfermedad hipertensiva del embarazo, además de dificultar la ejecución oportuna de otras acciones preventivas, como la inmunización con toxoide tetánico, la orientación nutricional, la educación en autocuidado, el fomento de la lactancia materna y la planificación familiar. El estudio concluye que no se encontró una asociación significativa entre factores de riesgo individuales y un aumento en la mortalidad materna. No obstante, se resalta la necesidad de implementar intervenciones preventivas y de promover activamente el control prenatal para reducir la incidencia de factores de riesgo que son evitables. (2)

Romero-Guzmán (2021), en Colombia, señala que la mortalidad materna representa no solo un grave problema de salud pública, sino también un indicador clave del desarrollo y la sostenibilidad de las naciones. Además, plantea que se trata de una problemática social con profundas repercusiones en el entorno familiar, afectando aspectos económicos, legales y educativos, y provocando en muchas ocasiones la separación de los miembros del núcleo familiar.

Objetivo: Este estudio describió las experiencias acontecidas durante el proceso de pérdida maternal.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una investigación de corte cualitativo con enfoque etnográfico, basada en la metodología de la Etnoenfermería de Leininger. Se entrevistaron seis familias residentes en la ciudad de Montería que habían experimentado un caso de muerte materna.

Resultados: A partir del análisis emergieron tres ejes temáticos relevantes: “la figura materna como eje afectivo de la familia”, “el proceso de agonía como vivencia profundamente dolorosa para los familiares” y “la pérdida de la madre como detonante de alteraciones en la estructura familiar, afectación emocional y deterioro de la economía del hogar”.

Conclusiones: La experiencia de las familias frente a la muerte materna implica importantes transformaciones en la organización familiar, en la asignación de roles de cuidado, y puede conllevar a la desintegración familiar. Asimismo, se observan impactos negativos en el ámbito económico, en el

desempeño académico de los hijos y un fuerte sufrimiento emocional en todos los miembros de la familia. (3)

Nacionales

Angulo-Paico (2023), en un estudio realizado en Lima, señala que la mortalidad materna constituye un desafío significativo en salud pública, con implicancias sociales, económicas, políticas y culturales. A pesar de los avances observados tanto a nivel global como nacional en la disminución de las muertes maternas, esta problemática continúa siendo una prioridad en la agenda sanitaria. Por ello, resulta fundamental revisar y analizar la literatura científica disponible sobre el tema.

Objetivo: Analizo las publicaciones científicas sobre la mortalidad materna en el Perú durante del periodo 2015 al 2022.

Metodología: En esta investigación realizaron búsquedas exhaustivas de todos los artículos científicos publicados en las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Scielo, LILACS, LIPECS y ALICIA.

Resultados: Se identificaron 15 publicaciones relacionadas con la muerte materna en el contexto peruano. La mayoría de los artículos fueron elaborados por autores de Bolivia (33.33%), Reino Unido (26.67%) y Perú (26.67%), mientras que una menor proporción provino de los Países Bajos (6.67%) y Chile (6.67%). La base de datos más utilizada fue PubMed (53.33%), seguida por Scielo (40%). En cuanto a las especialidades, el 60% de los estudios correspondieron al área de gineco-obstetricia, y el resto se distribuyó entre infectología (13.33%), salud pública (13.33%), neurología y genética (6.67% cada una). El diseño metodológico más frecuente fue el estudio transversal (33.33%), seguido por estudios de casos y controles (20%).

Conclusión: La investigación científica sobre mortalidad materna en el Perú sigue siendo escasa, lo que resalta la necesidad de fortalecer la producción académica en este campo. (4)

Alejos-Bermúdez (2022), en un estudio desarrollado en Lima, tuvo como propósito comparar las características de la mortalidad materna en el Perú

antes y durante la pandemia por COVID-19, en el periodo comprendido entre marzo de 2017 y febrero de 2021.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y transversal, utilizando los datos provenientes del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Se realizó un análisis sociodemográfico de los casos de muerte materna y se calcularon tanto la razón como la tasa de mortalidad materna a nivel nacional y departamental. Asimismo, se analizaron los casos de fallecimiento materno atribuidos a la COVID-19.

Resultados: las frecuencias de las muertes maternas pre y post pandemia tuvieron un aumento. Esto indicó que pasaron de una tasa de mortalidad del 27 a 53 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos antes de la pandemia. También, encontró contradicciones entre los registros del SINADEF contra Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) en caso de muerte materna.

Conclusión: Este investigador determinó el incremento de la mortalidad materna tanto a nivel nacional como regional. Además, sugiere un mejor control entre los sistemas de defunción a nivel nacional como el SINADEF y NotiWeb para una mejor vigilancia de la mortalidad materna en el país. (5)

Neciosus-Arribasplata (2022), en un estudio realizado en Lima, se propuso identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema (MME) durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo 2020–2021.

Metodología: El estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal, con un diseño no experimental.

Resultados: Identificaron que el 33 y 25 % de las mujeres con MME sufrieron un shock hipovolémico y eclampsia, respectivamente. Del total de mujeres analizadas identificaron que el 69% tuvieron que ser ingresadas a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Encontraron una asociación significativa entre los factores sociodemográficos (nivel educativo y procedencia), y obstétricos (gravidez, paridad y prematuridad) con la MME.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes con MME presentaron shock hipovolémico, fallo multiorgánico y requirieron atención en UCI o UCIN. Los factores de riesgo más relevantes asociados a esta condición fueron tener un

nivel educativo primario o inferior, provenir de zonas rurales, ser gran multigesta, multípara o no nulípara, así como presentar parto prematuro. (6)

Franco-Trelles V. (2020), en la región de Piura, desarrolló un estudio con el propósito de evaluar la calidad del control prenatal en los casos de muertes maternas ocurridas entre los años 2017 y 2018.

Metodología: Aplicaron una metodología descriptiva del tipo observacional y correlacional. Ampliaron la colecta de información con los registros de las muertes maternas de Piura.

Resultados: En el bienio 2017–2018 se registraron 66 casos de muerte materna, siendo el año 2017 el que presentó la mayor proporción de casos (54.54%, equivalente a 36 muertes). La causa más común fue la hipertensión inducida por el embarazo, responsable de 23 fallecimientos (34.84%). Solo en un caso (4.54%) se reportó la realización de 12 controles prenatales. En 46 casos (69.69%) se documentó al menos una ecografía, mientras que en 42 pacientes (63.63%) se registró la realización de una prueba no estresante. En cuanto al cumplimiento de los parámetros establecidos para el control prenatal, se encontró que este osciló entre el 66% y el 80%.

Conclusiones: La mayoría de las gestantes fallecidas tuvieron un control prenatal deficiente, con menos de seis controles realizados. Además, el cumplimiento de los parámetros de evaluación durante el control prenatal fue moderado en los casos de muerte materna reportados en la región de Piura durante 2017 y 2018. (7)

Antecedente Regional

No encontramos en el ámbito Regional.

1.2 Bases teóricas

Perspectiva global

La mortalidad materna continúa siendo alarmantemente elevada. En el año 2020, se registraron aproximadamente 287 000 fallecimientos de mujeres durante el embarazo, el parto o en el periodo posterior. De estos casos, el 95% ocurrió en países de ingresos bajos y medianos bajos, y en su mayoría, fueron muertes que podrían haberse evitado.

Parte de África, el Sahara, y Asia Meridional concentraron el mayor porcentaje de muertes maternas en el mundo, cerca de un 87%. La mayor frecuencia de muertes maternas lo presentó África Subsahariana con un 70%, un aproximado de 202 000 mujeres.

En un periodo de 20 años, entre 2000 al 2020, regiones como Europa Oriental y Asia Meridional redujeron entre un 67 a 70% las muertes maternas. Estas regiones pasaron de 38 a 11 y de 408 a 134 muertes maternas, respectivamente. También, otra región como África Subsahariana presentó una reducción del 33% un valor bajo en comparación a las regiones anteriores mencionados. Aunque África Subsahariana aún mostraba una tasa elevada en 2020, logró una disminución del 33% en ese periodo. Asimismo, cuatro subregiones definidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)—África Oriental, Asia Central, Asia Oriental, y África del Norte y Europa Occidental—redujeron aproximadamente a la mitad sus índices de mortalidad materna, con disminuciones cercanas a un tercio.

En términos globales, los países menos adelantados experimentaron una reducción de casi el 50% en su razón de mortalidad materna. Los países en desarrollo sin salida al mar lograron una disminución del 50% (de 729 a 368), mientras que, en los pequeños Estados insulares en desarrollo, la reducción fue del 19% (de 254 a 206). (8)

Distribución de la mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en ciertas regiones del mundo pone en evidencia las marcadas desigualdades en el acceso a servicios de salud de calidad y subraya la brecha existente entre los países con mayores y menores

ingresos. En el año 2020, la razón de mortalidad materna en los países de bajos ingresos fue de 430 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, en contraste con solo 12 por cada 100 000 en los países de ingresos altos.

Muchos problemas relacionados con el hombre como las guerras son un obstáculo para reducir la mortalidad materna en el mundo. Según el índice de Fragilidad de los Estados, por sus siglas en inglés FSI, en el 2020 existían nueve países con alerta máxima sobre la mortalidad materna (Yemen, Somalia, Sudán del Sur, Siria, República Democrática del Congo, República Centroafricana, Chad, Sudán y Afganistán). De estos países se destacó Siria y Sudán del Sur que pasaron de 30 a más de mil muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Estas cifras fueron preocupantes ya que superan en casi el doble el promedio mundial.

Actualmente, existe un mayor riesgo para las mujeres de morir por causas relacionadas con la maternidad en países con bajos ingresos económicos. Esto se debe a factores como el déficit en el servicio de salud, atenciones médicas y las condiciones socioeconómicas de este país. Se estima que en países pobres la probabilidad de morir por maternidad es de 1 en 49 nacimientos vivos.

Causas de mortalidad materna

Las muertes maternas ocurren principalmente como resultado de complicaciones que se presentan durante el embarazo, el parto o el período posterior. La mayoría de estas complicaciones surgen durante la gestación y, en muchos casos, podrían prevenirse o tratarse adecuadamente. Algunas afecciones pueden estar presentes antes del embarazo, pero se agravan debido a los cambios fisiológicos propios de la gestación, especialmente si no se abordan dentro de un enfoque integral de atención a la mujer.

Aproximadamente el 75% de las muertes maternas son atribuibles a cinco causas principales (10):

- hemorragias intensas, particularmente en el posparto,
- infecciones, habitualmente posteriores al parto,
- trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia y eclampsia,

- complicaciones durante el proceso del parto, y
- abortos inseguros.

Reducción de la mortalidad materna

La prevención de embarazos no deseados es fundamental para reducir la mortalidad materna. Para ello, es indispensable que todas las mujeres, incluidas las adolescentes, tengan acceso a métodos anticonceptivos, a servicios seguros de interrupción del embarazo dentro del marco legal, y a una atención postaborto de calidad.

Es importante mencionar que la intervención sanitaria debe ser eficaz para evitar las muertes maternas. Esto permite prevenir y tratar las futuras complicaciones durante el pre y post parto. Por lo tanto, recalcamos que es esencial que las mujeres reciban atención médica de calidad durante el embarazo, parto y post parto. El bienestar del neonato está relacionado con la salud materna por lo que es indispensable que durante el parto las mujeres sean atendidas por personal calificado.

Los efectos de una hemorragia post parto pueden ser fatal para una mujer cuando no se brinda atención médica inmediata. Todo esto se puede prevenir mediante una correcta aplicación de oxitocina o con una buena práctica higiénicas para una detección precoz. Por otro lado, para evitar convulsiones o eclampsia se deben administrar correctamente el sulfato de magnesio.

Deficiencia en la atención médica

Las mujeres en situación de pobreza que viven en zonas rurales o de difícil acceso son las que enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud adecuados (11). Esta situación es especialmente crítica en regiones donde existe una baja disponibilidad de personal sanitario capacitado, como ocurre en África Subsahariana y Asia Meridional.

Los datos más recientes revelan que, en los países de ingresos altos y medianos altos, aproximadamente el 99% de los nacimientos son atendidos

por profesionales calificados —ya sean médicos, parteras o personal de enfermería—. En contraste, en los países de ingresos bajos, solo el 68% de los partos son asistidos por personal con formación adecuada, y esta cifra asciende al 78% en los países de ingresos medianos bajos. (12)

Diversos factores dificultan que las mujeres accedan o busquen atención médica durante el embarazo o el parto, entre los cuales destacan:

- Deficiencias en el sistema de salud, que incluyen:
 - i) atención de baja calidad, marcada por actos de irrespeto, maltrato o abuso;
 - ii) insuficiencia de personal de salud calificado;
 - iii) carencia de insumos médicos esenciales, y
 - iv) escasa rendición de cuentas por parte de los servicios sanitarios.
- Determinantes sociales, tales como el nivel de ingresos, la educación, la pertenencia étnica o racial, los cuales colocan a ciertas poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad.
- Normas de género discriminatorias y desigualdades estructurales, que impiden priorizar los derechos de las mujeres y niñas, especialmente en lo referente al acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, de calidad y económicamente accesibles.
- Factores externos relacionados con el hombre como las crisis económicas, cambios climáticos o alguna contaminación ambiental. Todo esto afecta el sistema de salud y con ellos la maternidad.

Es importante destacar qué para mejorar la salud materna se debe fortalecer el sistema de salud desde un enfoque social, económico y estructural. Todo esto nos ayudara a identificar y superar los problemas relacionados con la mortalidad materna.

Pandemia COVID-19 y mortalidad materna

Los datos disponibles indican con claridad que la desaceleración en la reducción de la mortalidad materna ya se venía manifestando antes del inicio

de la pandemia por COVID-19 en 2020. Aunque la pandemia pudo haber agravado esta situación, no es la única causa que explica la falta de progreso. Existen dos posibles mecanismos que habrían influido en el aumento de la mortalidad materna durante dicho periodo: por un lado, las muertes derivadas de la interacción entre el embarazo y la infección por COVID-19 —conocidas como muertes obstétricas indirectas—; y por otro, aquellas muertes que ocurrieron debido a la falta de prevención o atención oportuna de complicaciones gestacionales, como consecuencia de la interrupción o debilitamiento de los servicios de salud.

Sin embargo, la evidencia actual no es suficiente para realizar una evaluación global sólida del impacto de la pandemia sobre la mortalidad materna. Hasta ahora, solo alrededor del 20% de los países y territorios han reportado datos empíricos sobre sus niveles de mortalidad materna para el año 2020. Además, dentro de ese grupo de países predominan los de ingresos altos o aquellos con poblaciones más reducidas, lo que limita la posibilidad de extrapolar los hallazgos a nivel mundial. Las estimaciones actuales abarcan únicamente el año 2020, por lo que, dado el carácter incompleto de los datos, se espera que estas cifras sean revisadas y actualizadas en futuras evaluaciones.

Mortalidad materna como Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS)

Los países han unido esfuerzos con el propósito de acelerar la reducción de la mortalidad materna hacia el año 2030. Dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 se plantea una meta ambiciosa: disminuir la razón global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos, asegurando además que ningún país supere el doble de esta cifra a nivel mundial.

En el año 2020, la razón de mortalidad materna global se situó en 223 por cada 100 000 nacimientos. Para alcanzar el objetivo propuesto al 2030, se requeriría una disminución anual del 11,6%, una tasa de reducción que rara vez ha sido lograda por los países de forma individual. No obstante, se cuenta con el conocimiento científico y médico necesario para prevenir la mayoría de estas muertes.

A una década del cumplimiento del plazo establecido por los ODS, resulta crucial intensificar las acciones conjuntas y renovar los compromisos a escala global, regional, nacional y local, con el fin de eliminar la mortalidad materna prevenible y garantizar una atención segura para todas las mujeres. (8)

Datos y cifras

- En el año 2020, cerca de 800 mujeres fallecieron cada día debido a causas relacionadas con el embarazo y el parto que podrían haberse evitado.
- Ese mismo año, se registró aproximadamente una muerte materna cada dos minutos a nivel mundial.
- En 20 años, entre 2000 al 2020, la tasa de mortalidad materna se redujo a nivel mundial un 34%.
- Alrededor del 95% de todas las muertes maternas ocurridas en 2020 se concentraron en países de ingresos bajos y medianos bajos.
- La atención brindada por personal de salud calificado antes, durante y después del parto resulta crucial para preservar la vida tanto de la madre como del recién nacido. (8)

Muerte Materna en el Perú (13)

Si bien el número total de muertes maternas que se registran anualmente a nivel mundial puede parecer bajo en comparación con otras causas de muerte, como los accidentes de tránsito, este indicador tiene un gran peso desde el punto de vista del desarrollo. La mortalidad materna refleja directamente el nivel y la calidad de atención que reciben las mujeres antes, durante y después del embarazo, tanto dentro como fuera del sistema de salud. En este sentido, también evidencia el valor que una sociedad otorga a la salud y los derechos de las mujeres (14). Por ello, este indicador resulta esencial para comparar los avances y esfuerzos que cada país realiza en materia de salud.

En años recientes, la mortalidad materna había mostrado una tendencia a la baja, pasando de más de 543 000 muertes anuales a aproximadamente 287 000 (15). Sin embargo, en los dos últimos años, esta reducción se ha visto

revertida debido al impacto de la pandemia por COVID-19, especialmente en aquellos países cuyos sistemas sanitarios no estaban preparados para enfrentar una emergencia de tal magnitud. De acuerdo con estimaciones de las Naciones Unidas, hasta 20 millones de mujeres en las Américas podrían haber interrumpido su acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia, ya sea por la falta de disponibilidad de los servicios o por no contar con los recursos económicos necesarios para adquirirlos. (16)

El Perú no ha sido ajeno al impacto de la pandemia en la salud materna. Todos los avances alcanzados en la reducción anual de muertes maternas se vieron seriamente afectados por la emergencia sanitaria del COVID-19. En el año 2020, lejos de registrar una disminución, la mortalidad materna aumentó en un 47,1% respecto al año anterior, alcanzando cifras comparables a las del 2012. Ese año se contabilizaron 439 muertes maternas, siendo la principal causa la preeclampsia, seguida por las hemorragias, y en tercer lugar, el COVID-19, que se posicionó como la principal causa de muertes maternas indirectas. (17)

Durante el 2021, la situación no mostró mejoras. Según los datos más recientes del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), se reportaron 493 muertes maternas por causas tanto directas como indirectas, lo que representa un incremento del 12% con respecto a 2020, sin incluir las muertes maternas tardías. Un aspecto destacado es que la proporción entre causas directas e indirectas fue casi equivalente: 46,9% y 46,7% respectivamente, mientras que las causas incidentales representaron el 4%.

En 2021, el COVID-19 fue la principal causa de muerte materna (29,2%), seguido por la hemorragia obstétrica (19,8%) y los trastornos hipertensivos del embarazo (17,1%). Un análisis por semestres revela con mayor precisión la distribución de estas causas. En el primer semestre de 2021, el 58,9% de las muertes maternas fueron atribuidas a causas indirectas, de las cuales el 40% se relacionó con la infección por COVID-19, mientras que el 41,1%

correspondió a causas directas, destacando la hemorragia obstétrica con un 17,8%.

En cambio, en el segundo semestre del 2021, las causas directas fueron responsables del 68,4% y las causas indirectas 31,6%, con solo un 8,9% debido al COVID 19, mostrando una fuerte caída de esta causa que coincide con el proceso de vacunación de las gestantes, que se inició el mes de junio 2021 con las gestantes de 28 semanas de gestación o más, y desde el mes de septiembre de 2021 desde las 12 semanas de gestación.

Es decir, el segundo semestre, luego del descenso importante de las muertes maternas por COVID 19, volvimos a la preponderancia de las causas directas sobre las indirectas. Podemos afirmar que la vacunación ha sido clave para reducir las muertes maternas por COVID 19 el año 2021, y que lejos de tener menos porcentaje de causas directas, como son las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos, el aborto, estas se mantienen en importancia, y debemos seguir trabajando para enfrentarlas, ya que aún representan un número importante de muertes maternas en nuestro país. (13)

1.3 Definición de términos básicos

- **Muerte materna:**

Se define como el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del mismo, independientemente de la duración o ubicación de la gestación, y como consecuencia de una causa relacionada con el embarazo o agravada por este o por su atención. Esta definición excluye las muertes ocasionadas por causas accidentales o incidentales. (19)

- **Muerte materna directa:**

Corresponde al fallecimiento derivado de complicaciones propias del embarazo, del parto o del puerperio, así como de intervenciones médicas, omisiones, errores en el tratamiento o secuencias de eventos relacionados con dichas situaciones. Ejemplos comunes incluyen muertes provocadas por hemorragias durante o después del parto, atonía uterina, ruptura del útero,

retención de la placenta, aborto séptico, infección puerperal, eclampsia, parto obstruido o complicaciones asociadas a la anestesia, entre otras. (19)

- **Muerte materna indirecta:**

Se refiere al fallecimiento de una mujer embarazada como consecuencia de una enfermedad preexistente o una afección que se desarrolla durante la gestación, pero que no tiene origen obstétrico directo. Estas patologías se agravan debido a los cambios fisiológicos asociados al embarazo.

Ejemplos de estas causas incluyen enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión crónica), trastornos endocrinos, gastrointestinales, neurológicos, respiratorios, del aparato genitourinario, afecciones autoinmunes, problemas psiquiátricos, neoplasias, así como infecciones no relacionadas directamente con el embarazo, como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la malaria. (19)

- **Muerte materna incidental:**

Corresponde al fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio debido a causas que no tienen relación con el proceso gestacional ni con enfermedades preexistentes o adquiridas durante el embarazo que hayan sido agravadas por este. Estas muertes son producto de eventos accidentales o incidentales.

Algunos ejemplos son los decesos por accidentes de tránsito, desastres naturales, caídas, accidentes laborales, lesiones accidentales externas o actos de violencia. Estas muertes no se incluyen en el cálculo de la razón ni de la tasa de mortalidad materna. (19)

- **Muerte materna tardía:**

Es el fallecimiento de una mujer debido a causas obstétricas, ya sean directas o indirectas, que ocurre después de los 42 días del posparto, pero antes de cumplirse un año desde el final del embarazo. Este tipo de muerte tampoco se considera en el cómputo de la razón o tasa de mortalidad materna. (19)

CAPITULO II: Planteamiento del problema

2.1 Descripción del problema

La muerte materna se entiende como el fallecimiento de una mujer que ocurre durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, como resultado de causas relacionadas con la gestación o su manejo, excluyendo aquellas provocadas por accidentes o factores ajenos al embarazo. Esta condición representa un importante problema de salud pública a nivel mundial.

A pesar de los avances en los servicios médicos, la mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente elevada. En el año 2020, se estimó que cerca de 287 000 mujeres fallecieron por causas vinculadas al embarazo o al parto, de las cuales el 95% se registraron en países de ingresos bajos y medianos bajos.

Las causas principales de mortalidad materna incluyen:

- **Hemorragias severas**, especialmente en el periodo posparto.
- **Infecciones**, comúnmente posteriores al parto.
- **Trastornos hipertensivos del embarazo**, como la preeclampsia y la eclampsia.
- **Complicaciones durante el parto**, como distocia o prolapso del cordón umbilical.

Asimismo, los factores de riesgo asociados a la muerte materna pueden agruparse en tres categorías:

- **Factores individuales**: tales como la edad materna, nivel educativo, estado nutricional, condiciones de salud previas y antecedentes obstétricos.
- **Factores propios del embarazo**: como embarazos múltiples, partos prematuros o presentaciones fetales anómalas.

- **Factores del sistema de salud:** Este engloba desde el acceso a los servicios sanitarios hasta la atención postparto.

La reducción de la mortalidad materna exige un enfoque integral que contemple los factores de riesgo desde el nivel individual hasta el comunitario y estructural del sistema de salud. Para prevenir eficazmente la muerte materna, es fundamental implementar estrategias clave como las siguientes:

- **Fomento de la salud materna y el bienestar femenino:** mediante acciones de educación en salud sexual y reproductiva, nutrición adecuada y acceso a métodos de planificación familiar.
- **Atención prenatal de calidad:** que permita identificar de forma temprana y tratar oportunamente las posibles complicaciones del embarazo.
- **Parto en condiciones seguras:** garantizando que la atención del parto sea brindada por personal calificado y en establecimientos con las condiciones necesarias.
- **Cuidado posparto adecuado:** que incluya el monitoreo clínico y apoyo a la madre durante las primeras seis semanas después del nacimiento, periodo crítico para su recuperación.
- **Acceso efectivo a servicios de emergencia obstétrica:** asegurando que las mujeres reciban atención médica inmediata, especializada y de calidad frente a cualquier complicación durante el embarazo, parto o puerperio.

En el año 2010, los Estados miembros de las Naciones Unidas asumieron el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los cuales se incluye la meta de reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos para el año 2030. Para lograr este objetivo, se están desplegando múltiples estrategias a nivel internacional, nacional y local. Entre las principales se encuentran:

- **Fortalecimiento de los sistemas de salud:** mediante la inversión en infraestructura sanitaria, formación del personal y mejoras en la atención materna.
- **Ampliación del acceso a servicios de salud:** garantizando que todas las mujeres reciban atención de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- **Educación sexual:** Es relevante impulsar programas sobre educación sexual a mujeres y niñas para puedan estar informadas sobre su salud sexual y reproductiva.
- **Programas de investigación e innovación:** Incentivar programas de mejoramiento tecnológico en los centros de salud para tratar problemas relacionados con la mortalidad materna.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuáles son las causas de muerte materna y los factores asociados a la misma en el Hospital Regional de Loreto durante el 2023?

2.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muerte materna: edad, nivel educativo y procedencia en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023?
2. ¿Cuáles son los datos de la muerte materna: momento del fallecimiento, edad gestacional, lugar del fallecimiento, si fue referida o no y causas de la defunción en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023?
3. ¿Conocer los antecedentes Patológicos y Gineco-Obstétricos de las gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023?
4. ¿Cómo se realizó la atención recibida durante la gestación actual: atención prenatal, complicaciones del embarazo, parto o

puerperio en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023??

5. ¿Cuáles son los datos del entorno social/comunitario: tiempo que demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de las molestias, dificultades en el acceso a servicios de salud, las dificultades para ser atendida en el establecimiento de salud, tiempo que demoró desde que llegó al establecimiento de salud y fue atendida, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.?
6. ¿Cuáles son los datos comunitarios asociados a la muerte: ¿síntomatología, clasificación final de la muerte y demoras encontradas en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023??

2. 3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Determinar las causas de muerte materna y conocer los factores asociados a la misma en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.

2.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar características sociodemográficas de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.
2. Determinar datos del fallecimiento: momento del fallecimiento, edad gestacional, lugar del fallecimiento, si fue referida o no y causas de la defunción, de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.
3. Conocer los antecedentes Patológicos y Gineco Obstétricos de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.
4. Conocer la atención recibida durante la gestación actual: atención prenatal, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.

5. Conocer datos del entorno social/comunitario: tiempo que demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de las molestias, dificultades en el acceso a servicios de salud, las dificultades para ser atendida en el establecimiento de salud, tiempo que demoró desde que llegó al establecimiento de salud y fue atendida, de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.
6. Determinar datos comunitarios asociados a la muerte: sintomatología, clasificación final de la muerte y demoras encontradas, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.

2.4 Hipótesis

No planteamos hipótesis.

2.5 Variables

2.5.1. Identificación de las variables.

Dependientes: Muerte materna

Independientes: Edad, nivel educativo, procedencia, datos del fallecimiento, antecedentes patológicos y Gineco-obstétricos, datos sobre la atención, del entorno social y comunitario.

2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables

DEFINICION CONCEPTUAL

Muerte materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo

Características sociodemográficas

Edad: Tiempo en años que ha vivido una persona.

Nivel educativo: Grado de educación más alto que una persona ha terminado.

Estado civil: Condición en la que se encuentra una persona con relación a su situación de pareja.

Antecedentes patológicos y Gineco obstétricos: Enfermedades concomitantes y condiciones obstétricas previas y/o relacionadas.

Datos del entorno social y comunitario: Condiciones sobre atención de servicios de salud de las personas.

DEFINICION OPERACIONAL

Muerte materna: Tragedia en donde se considera la muerte de una mujer durante o después del embarazo.

Características sociodemográficas

Edad: Duración de algunas cosas y entidades.

Nivel educativo: Programas educativos que ha cursado una persona.

Estado civil: Parámetro demográfico que establece derechos y deberes.

Antecedentes Patológicos y Gineco obstétricos: antecedentes médicos y personales.

Datos del entorno social y comunitario: Es toda información relacionada con el entorno de un individuo, esto pueden ser desde la familia hasta la relación con la comunidad en general.

2.5.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Muerte Materna	Es la Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.	Termino estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto.	Hemorragias. Trastornos hipertensivos. Infecciones relacionadas con el embarazo.	Fallecida: si	Nominal	Ficha de Notificación Inmediata de Muerte Materna
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Tiempo en años que ha vivido una persona	Duración de algunas cosas y entidades.	Periodo en año de vida fértil de una mujer.	Edad: >18- <19-35	Discreta	Ficha de investigación epidemiológica de Muerte Materna
Edad			Analfabeta	Analfabeta	Nominal	
Nivel Educativo	Grado de educación más alto que una persona ha terminado	Programas educativos que ha cursado una persona.	Primaria	Soltera, otra relación.	Nominal	
Estado civil	Condición en la que se encuentra una persona con relación a su situación de pareja	Parámetro demográfico que establece derechos y deberes.	Secundaria Superior	Enfermedades infecciosas previas.	Nominal	
Antecedentes patológicos y ginecoobstétricos	Enfermedades concomitantes y condiciones obstétricas previas y/o relacionadas	Antecedentes médicos y personales.	Soltera, Casada Conviviente Viuda. Diabetes Hipertensión Gestaciones Partos Cesáreas Abortos Acceso a los servicios de salud	Enfermedades Gineco-obstétricas previas. Procedencia Rural. Urbana.	Nominal	
Datos del entorno social y comunitario.	Condiciones sobre atención de servicios de salud de la personas.	Contexto en el que desarrolla una persona, sus relaciones sociales y el ambiente cultural en el que vive.	Demoras18 Sintomatología Clasificación de Muerte.		Nominal	

CAPITULO III: Metodología

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Es un tipo de investigación descriptivo.

Diseño de investigación

No es experimental porque no vamos a manipular intencionalmente la variable independiente de un modelo para observar y medir sus efectos en la variable dependiente.

Es observacional porque no existe un procedimiento de intervención por parte del investigador.

Es transversal: Las variables serán obtenidas en un periodo de tiempo determinado.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población: Se trata de un muestreo por conveniencia, tomando las fichas de notificación inmediata de muerte materna y de Investigación epidemiológica de muerte materna del Hospital Regional disponibles durante el año 2023.

3.2.2 Criterios de inclusión

1. Muerte materna producida en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.

2. Disponibilidad de las fichas de notificación inmediata de muerte materna y de Investigación epidemiológica de muerte materna.
3. Datos requeridos para el presente trabajo de investigación completos.

3.2.3 Criterios de exclusión

Actualmente no se considera ya, criterios de exclusión. Es tácito que si no cumple criterios de inclusión está excluido.

3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1 Técnicas

Para realizar el levantamiento de la información se emplearon dos cuestionarios:

- Ficha de notificación inmediata de muerte materna y
- Ficha de Investigación epidemiológica de muerte materna

3.3.2 Instrumentos

Estas son fichas que coleccionan datos relacionado a la muerte materna en el Perú, están disponibles en las unidades de Epidemiología y son de uso obligatorio una vez producida la muerte materna.

Son fichas validadas por grupos de expertos.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de las Ficha de notificación inmediata de muerte materna y la Ficha de Investigación epidemiológica de muerte materna serán plasmadas en un cuestionario elaborado en el Software estadístico SPSS versión 26 a fin de realizar la estadística descriptiva y la sistematización requerida.

CAPITULO IV: Resultados

Tabla 1: Edad de las Gestantes Fallecidas

Media	30,92
Mediana	32,00
Moda	19 ^a
DS	6,934
Rango	24
Mínimo	19
Máximo	43

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

En la tabla N^º1 se muestra la edad de las gestantes fallecida, la media es de 30.92%, mientras que la edad mediana 32.0.

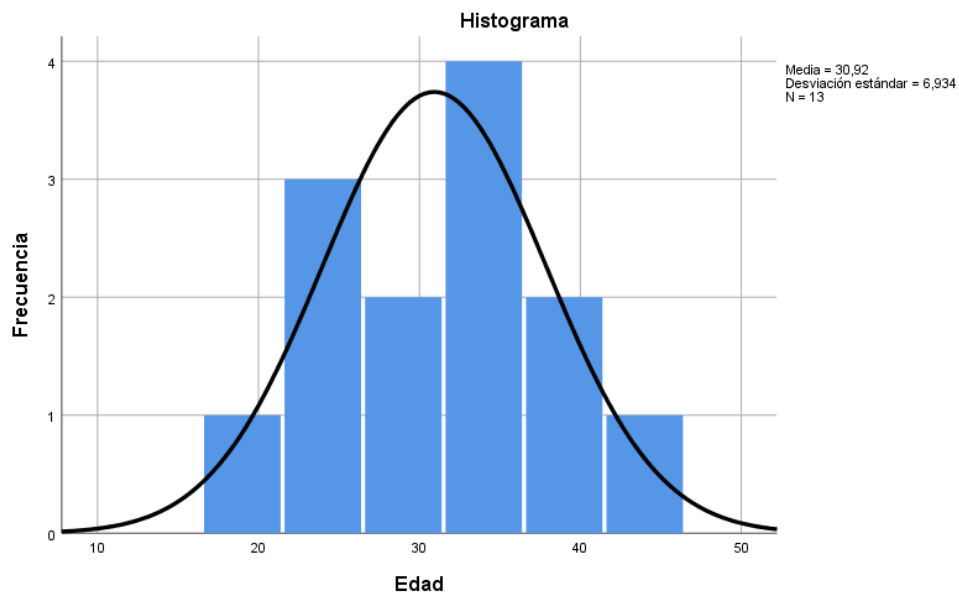


Tabla 2: Procedencia por provincias de las gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AlAm	2	15,4	15,4	15,4
Lor	4	30,8	30,8	46,2
May	2	15,4	15,4	61,5
Put	2	15,4	15,4	76,9
RaC	1	7,7	7,7	84,6
Req	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

FUENTE: BASE DE DATOS

En la Tabla N°2 se muestra la procedencia principal por provincias es Loreto, con 30.8%. A continuación, Alto Amazonas, Maynas, Putumayo y Requena, cada una de ellas con 15.4%.

Tabla 3: Procedencia por Distritos de Gestantes Fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Esm	1	7,7	7,7	7,7
Estr	1	7,7	7,7	15,4
JeHe	1	7,7	7,7	23,1
Nau	2	15,4	15,4	38,5
Par	1	7,7	7,7	46,2
Pun	2	15,4	15,4	61,5
TMC	1	7,7	7,7	69,2
Trom	1	7,7	7,7	76,9
Yur	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

FUENTE: BASE DE DATOS

En la tabla N°3 se muestra la procedencia por distritos de gestantes fallecidas, en Yurimaguas encabeza con 23.1%. Los distritos de Nauta y Punchana continúan, cada una con 15.4%.

Tabla 4: Trimestre de Fallecimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	a	e	válido	acumulado
1	3	23,1	23,1	23,1
2	1	7,7	7,7	30,8
3	9	69,2	69,2	100,0
Total	13	100,0	100,0	

FUENTE BASE DE DATOS

En la tabla N°4 se muestra que en el tercer trimestre es en el que se producen la mayor parte de las defunciones, con 69.2%.

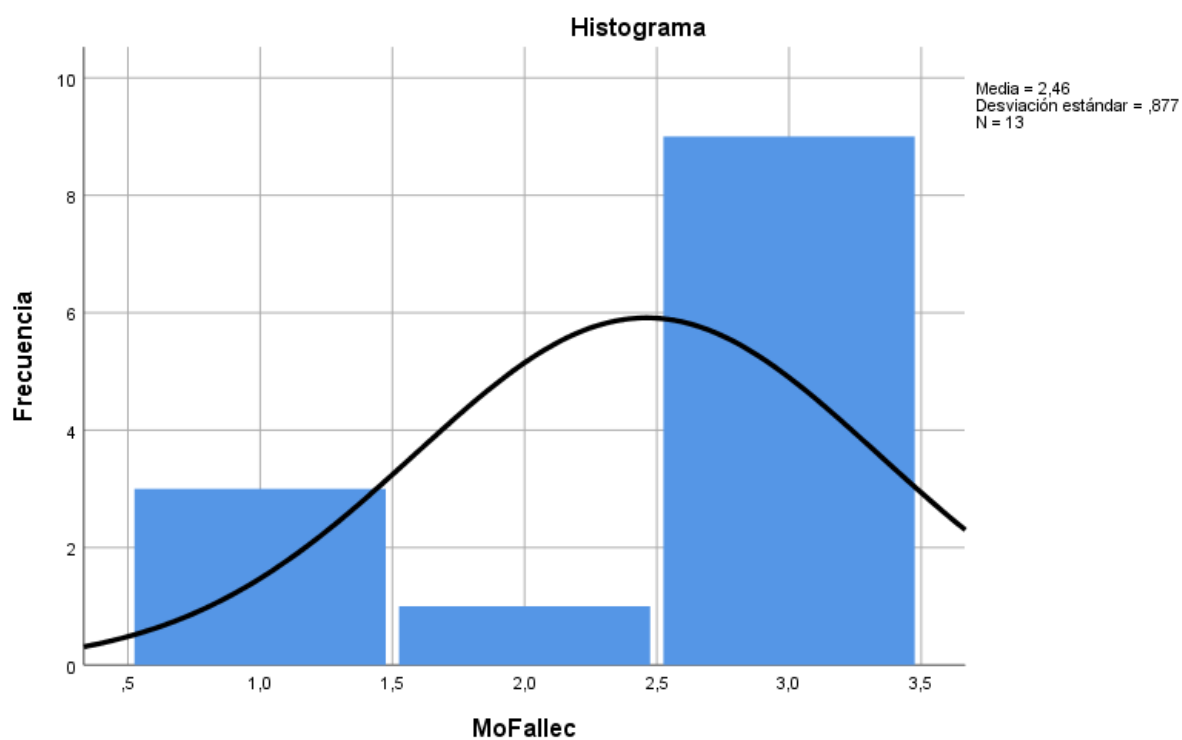


Tabla 5: Edad gestacional de fallecimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	22	1	7,7	7,7	7,7
	24	1	7,7	7,7	15,4
	27	3	23,1	23,1	38,5
	28	1	7,7	7,7	46,2
	35	1	7,7	7,7	53,8
	38	3	23,1	23,1	76,9
	39	2	15,4	15,4	92,3
	40	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

FUENTE DE DATOS

En la tabla N°5 se muestra la edad gestacional mas frecuente en producirse las defunciones fue la semana 27 y la 38, con un 23.1%.

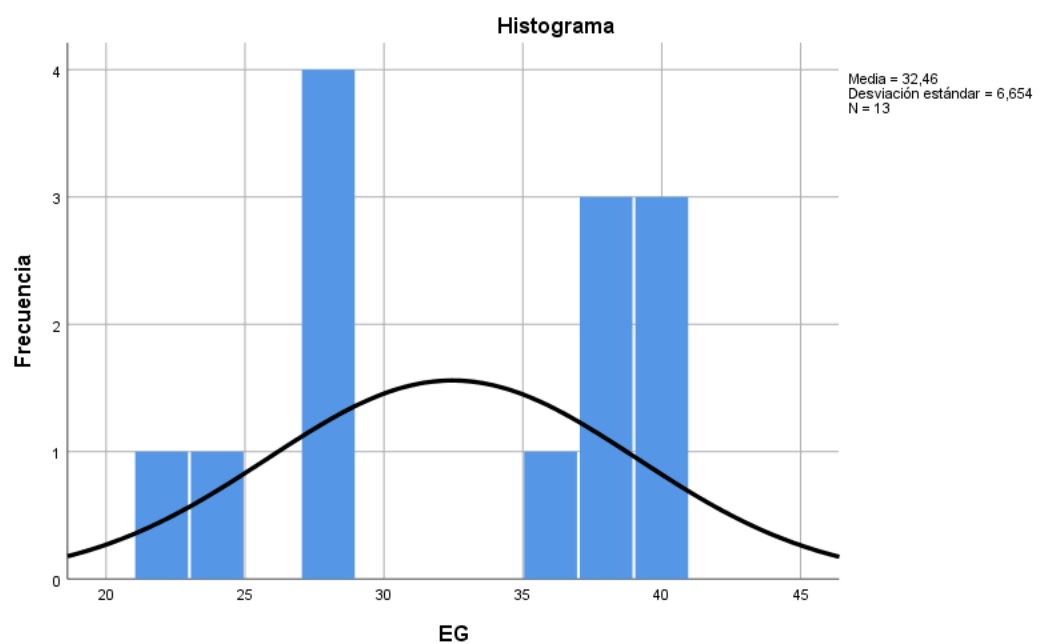


Tabla 6: Referencia de Gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	a	e	válido	acumulado
Si	9	69,2	69,2	69,2
No	4	30,8	30,8	100,0
Total	13	100,0	100,0	

FUENTE DE DATOS

En la tabla N°6 se muestra la mayoría fueron referidas, el 69.2%.
Idealmente, todas debieron ser referidas.

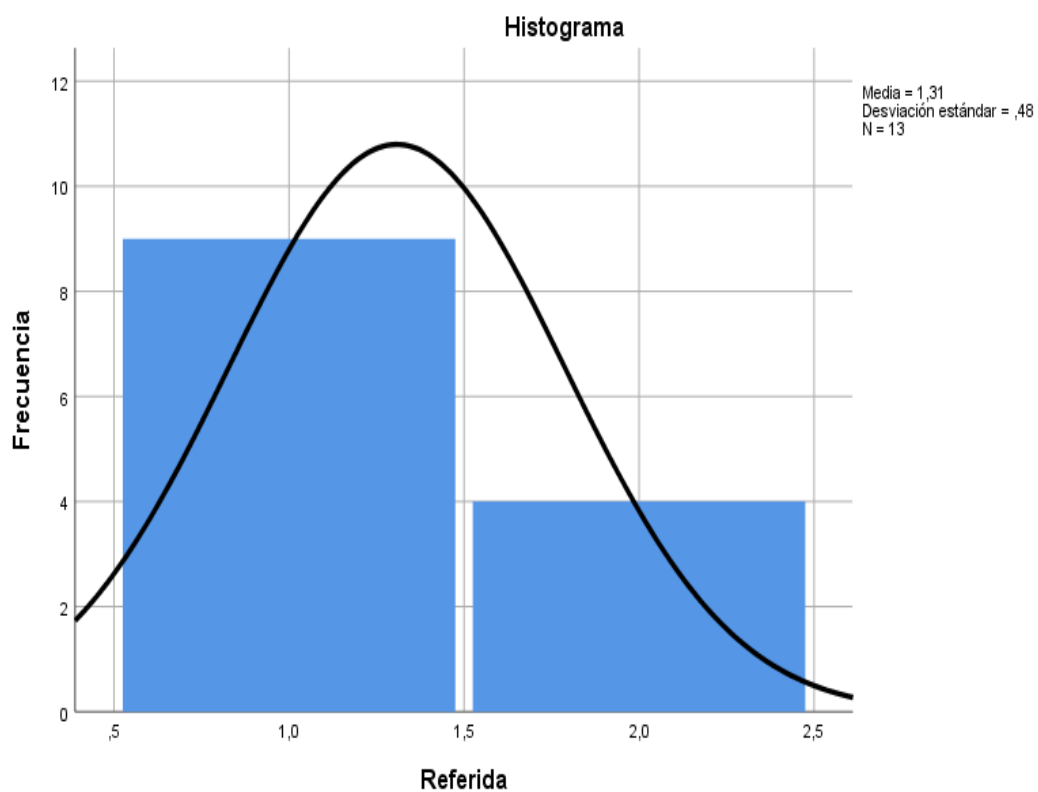


Tabla 7: Causa de fallecimiento probable

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a	e			
Choque	4	30,8	30,8	30,8
Colapso Pulm	1	7,7	7,7	38,5
Eclampsia	1	7,7	7,7	46,2
Encefalopatía	1	7,7	7,7	53,8
Infarto cerebro	1	7,7	7,7	61,5
Lupus	1	7,7	7,7	69,2
Neumonía	1	7,7	7,7	76,9
Sepsis	1	7,7	7,7	84,6
TB Multisist	1	7,7	7,7	92,3
TB VIH SIDA	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

FUENTE DE DATOS

En la tabla N°7 se muestra con una importante diferencia, el choque es la que presenta el mayor porcentaje con un 30.8%.

Tabla 8: Causa Intermedia probable

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a	e			
Choque	4	30,8	30,8	30,8
Choque sep	1	7,7	7,7	38,5
Edem Pulm	1	7,7	7,7	46,2
Edema Cereb	1	7,7	7,7	53,9
Hemorragia	1	7,7	7,7	61,6
Ins Resp	3	23,1	23,1	84,7
Pre eclampsia	1	7,7	7,7	92,4
Sepsis	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°8 se muestra la causa intermedia probable también es la cabeza el 30.8%, seguido de Insuficiencia Respiratoria, con 23.1%.

Tabla 9: Causa Básica probable

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Eclampsia	1	7,7	7,7	15,4
Hemorragia	2	15,4	15,4	23,1
Ins Resp	1	7,7	7,7	30,8
Lupus	2	15,4	15,4	46,2
MEC Bacter	1	7,7	7,7	53,8
Post Cesar	1	7,7	7,7	61,5
Preeclampsia	1	7,7	7,7	69,2
Secuela TBC	1	7,7	7,7	76,9
Sepsis	1	7,7	7,7	84,6
TB VIH SIDA	1	7,7	7,7	92,3
TBC	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°9 se muestra la causa básica probable está encabezada por hemorragia y lupus con 15.4%.

Tabla 10: Clasificación de causa de muerte materna

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Direc ta	5	38,5	38,5	38,5
Indire cta	8	61,5	61,5	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°10 se muestra la clasificación de causa de muerte materna fue mayoritariamente Indirecta, con 61.5%.

Tabla 11: Gestaciones en gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	2	15,4	15,4	15,4
2	1	7,7	7,7	23,1
3	1	7,7	7,7	30,8
4	1	7,7	7,7	38,5
5	2	15,4	15,4	53,8
6	4	30,8	30,8	84,6
7	1	7,7	7,7	92,3
8	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°11 se muestra el número de gestaciones fue seis en el 30.8% de las gestantes fallecidas.

Tabla 12: Partos en gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	3	23,1	23,1	23,1
2	1	7,7	7,7	30,8
4	4	30,8	30,8	61,5
5	3	23,1	23,1	84,6
6	1	7,7	7,7	92,3
8	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°12 se muestra el número de partos en gestantes fallecidas fue 4 en el 30.8%

Tabla 13: Cesáreas en gestantes fallecidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	53,8	53,8	53,8
	No	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°13 se muestra las cesáreas en gestantes fallecidas fueron realizadas en el 53.8% de las fallecidas.

Tabla 14: Abortos practicadas en gestantes fallecidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	7	53,8	53,8	53,8
	No	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°14 se muestra los abortos practicados en gestantes fallecidas fue un 53.8%.

Tabla 15: Nacidos vivos en gestantes fallecidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	2	15,4	15,4	15,4
	1	2	15,4	15,4	30,8
	4	5	38,5	38,5	69,2
	5	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°15 se muestra los nacidos vivos en gestantes fallecidas en su mayoría fueron 4, con 38.5%.

Tabla 16: Nacidos muertos en gestantes fallecidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	0	6	46,2	46,2	46,2
	1	6	46,2	50,0	91,7
	3	1	7,7	8,3	100,0
Total		13	100,0		

BASE DE DATOS

En la tabla N°16 se muestra los nacidos muertos en gestantes fallecidas fueron ninguno y uno en 46.2%.

Tabla 17: Visitas domiciliarias a gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje
	a	e
Sistema	13	100,0

BASE DE DATOS

En la tabla N°17 se muestra todas las gestantes recibieron visitas domiciliarias.

Tabla 18: Síntomas o molestias de gestantes fallecidas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
	a	e	válido	acumulado
Cefalea	1	7,7	7,7	7,7
Dol Abd	2	15,4	15,4	23,1
Dif Resp	1	7,7	7,7	30,8
Hemor r	6	46,2	46,2	77,0
Fiebre	2	15,4	15,4	92,4
Tos	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

BASE DE DATOS

En la tabla N°18 se muestra la principal molestia de las gestantes fallecidas fue la Hemorragia, con 46.2%

CAPITULO V: Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones

DISCUSION

El presente estudio pretendió analizar variables de data encontrada en 43 fichas de muerte materna, sin embargo, solo se encontraron datos completos en 13 fichas que son sobre las que analizaremos el problema. La mortalidad materna en el Hospital Regional de Loreto refleja tendencias observadas a nivel nacional, con causas y factores de riesgo que requieren un análisis detallado para implementar estrategias efectivas de prevención.

Encontramos que la media de la edad fue de 30.92 años, con una edad máxima de 43 y mínima de 18 y un rango de 24 años. La procedencia por provincias en su mayoría fue de Loreto, con 30.8 %. Procedencia por distritos Yurimaguas con 23.1 %, Punchana con 15.4 %. Las demás procedencias distritos alejados de Iquitos, que cuenta con el Hospital de mayor nivel de resolución.

Por momento de fallecimiento, la mayoría falleció durante el 3er trimestre, con 69.2 %, seguido del primer trimestre con 23.1 %. El segundo trimestre fue el menor en relación a tiempo del embarazo en que ocurrieron las muertes, con una sola muerte, 7.7%.

Del mismo modo, por edad gestacional las semanas 27 y 38 cada una registraron el 23,1 % de muertes maternas.

Alcanzaron a ser referidas el 69.2 %, mientras que el 30.8% no. Derivar de lugares alejados, vía aérea o fluvial requiere una inversión de tiempo que no es corta, y dada la gran vulnerabilidad de la paciente, este tiempo de espera juega en contra de la posibilidad de supervivencia, debido a que las alteraciones que presenta la gestante son condiciones que ponen en riesgo su vida y requieren atención especializada en el corto plazo. La situación de las que no fueron referidas es todavía peor, pues al no haber podido ser derivadas su posibilidad de sobrevivir es casi nula.

Causas probables de fallecimiento encontradas fueron choque en primer lugar, debiendo sobrentender que esto se debió a hemorragias obstétricas,

pues no se lee el término hemorragia en ninguna de las causas de fallecimiento probable en las 13 fichas evaluadas.

La causa Intermedia probable de muerte choque con mayor frecuencia, 30.8 %, aunque en la lista se observa también hemorragia, por lo que probablemente podremos agregarlo a choque pues a eso llevará finalmente. La clasificación correcta de causa probable, intermedia o básica de la muerte está tomada de las fichas, no es alcance de este trabajo corregirlas. Si estas están inadecuadamente llenadas será otro hallazgo del presente estudio de investigación. Nosotros no podemos cambiar el orden que encontramos en las fichas de muerte materna.

Causa básica probable de muerte hemorragia primero en la lista, hemorragia, 15.4 % Eclampsia y pre eclampsia se registran separados, pero si juntamos ambos también suman 15.4 %. Más aún, las causas infecciosas suman 5, es decir son el 38.5 % de las muertes maternas, superando incluso a la causa hemorrágica.

Los datos sobre clasificación de muerte materna, cinco, es decir el 38.5 % son directas, mientras que ocho fueron catalogadas como indirectas. Ninguna fue estratificada como incidental o por determinar. Recordemos que una muerte materna directa es la que se produce a causa de complicaciones obstétricas, como: Intervenciones, Omisiones, Tratamientos incorrectos, una cadena de eventos que surgen de cualquiera de las circunstancias anteriores. mientras que una muerte indirecta es una muerte obstétrica que se produce por una enfermedad que ya existía antes del embarazo o que se desarrolla durante el mismo, pero que no se debe a causas obstétricas directas. Sin embargo, los efectos fisiológicos del embarazo agravan la enfermedad.

En relación al número de gestaciones que tuvieron las madres fallecidas, entre una y tres gestaciones la tuvieron el 30.8 %, entre 4 y 5 el 23.1 %, y entre seis a más gestaciones, el 46.2 %. De acuerdo a esta data podemos afirmar que, de tener complicaciones asociadas al embarazo, las que tienen seis o

más gestaciones tienen más posibilidades de presentar complicaciones series y muerte.

En relación al número de partos, 1 a 2 partos la tuvieron 30.8 %, entre 4 a 5 partos, el 53.9 % mientras que más seis partos el 15.4 %. De acuerdo a estas cifras, el mayor riesgo de complicaciones la tuvieron las multíparas.

Las cesáreas fueron realizadas en el 46.2 % de gestantes fallecidas.

En relación a abortos el 46% de gestantes fallecidas lo había practicado o presentado.

En relación a nacidos vivos el 38.5 % de fallecidas tuvo 4 hijos, cinco tuvieron el 30.8 %, mientras que un hijo nacido vivo o ninguno el 15.4 % cada uno.

Natimueitos el 46.2 % tuvo uno, mientras que 3 el 7.7 %. La diferencia, el 46.2 %, no tuvo natimueitos.

Curiosamente, la data señala que todas las gestantes fallecidas recibieron visitas domiciliarias. Esto es contradictorio, pues un objetivo central del control pre natal es esto, que de las visitas se benefician el 100 % de las gestantes, sobre todo aquellas en riesgo mayor, a fin de disminuir la posibilidad de complicaciones y muerte, detectando temprano, en una visita domiciliaria, una circunstancia que podría comprometer la vida de la gestante. Entonces, aun cuando todas recibieron visitas domiciliarias, podemos plantear que estas visitas no tuvieron impacto ni en detectar temprano signos de alarma, ni en la derivación oportuna, es decir, las visitas domiciliarias son eficientes, pero no eficaces, y no tienen efectividad. El primer término denota que se hizo la actividad (de la visita domiciliaria), pero que no tuvo impacto, no fue útil, y finalmente costó lo más valioso de los activos de una nación, dos vidas humanas, gestante y el hijo, es decir se pagó el precio máximo de esta actividad poco útil con vidas.

Sobre las principales molestias se registra en primer lugar hemorragia, sangrado vaginal, en el 45.2 % siendo la molestia más referida por las gestantes, luego dolor abdominal y fiebre, con 15.4% cada una.

Comparando con las publicaciones de autores internacionales, Román Sánchez, (1) encuentra la mayor ocurrencia de defunciones maternas en la

Capital de México, esto es contradictorio pues como capital del país, tiene allí la mejor capacidad instalada entonces debe ser el lugar por ende con menos mortalidad materna. Otra lectura es que son enviada allí gestantes en tal mala condición que en la capital ya no se le puede brindar mayores oportunidades pues llegaron muy complicados y prácticamente muriéndose, y sin estudios adecuando durante su traslado. Este autor no observa estrategias para reducir el nivel de mortalidad materna en su estudio. Por nuestro lado las encontramos muy deficientes.

El autor Escobedo-Muñoz, (2) reconoce que es necesario mejorar estrategias asociados a mortalidad materna, con lo que definitivamente coincidimos.

Coincidimos también con Ramiro Guzmán (3), que la muerte materna genera un problema social con gran impacto a nivel familiar, tanto en el aspecto económico, como legal y educativo. Angulo Paico nos aporta que las publicaciones sobre la mortalidad materna están aumentando en el Perú (4), siendo esto un aspecto muy positivo, a fin de exponer con claridad a la comunidad interesada que la mortalidad materna continúa, con todas sus particularidades, todavía no muy bien comprendida, y con reportes científicos que aborden todavía todos aspectos integrales de prevención de muertes maternas.

Las muertes maternas aumentaron durante el Covid-19, siendo esto ya referido por Alejo Bermúdez (6) quien encuentra como factores de riesgo más significativos grado de instrucción primario o inferior, procedencia rural, ser gran multigesta, no nulípara, ser multípara y la prematuridad. (6)

Encontramos también nosotros que la procedencia rural, el ser gran multigesta, multíparas, coincidiendo con este autor. Además, en nuestro caso, las visitas domiciliarias no tienen el impacto que se espera en relación a disminuir la mortalidad materna.

En el Perú, las principales 3 principales causas de muerte materna son las hemorragias, presión arterial relacionados con la preeclampsia y las infecciones que resulten en septicemia (20). También, existen otros factores que contribuyen a esta mortalidad entre ellos tenemos la edad de la madre. Está comprobado que mujeres entre los 20 a 35 años tienen mayores problemas obstétricos (21). Otros problemas son el acceso limitado a los

servicios de salud, pobreza, educación e incluso a factores relacionados a los grupos étnicos vulnerables, como las mujeres indígenas (22) (23).

Con respecto a la región Loreto según la Gerencia Regional de Salud hasta diciembre del 2023 se reportaron 21 muertes maternas. Este dato ubica al departamento dentro de los mayores índices de mortalidad materna del país (22). Por ello, el Hospital Regional de Loreto determino algunos puntos clave para reducir la mortalidad materna. Estas son de fortalecer las atenciones prenatales, capacitaciones al personal de salud y mejoramiento a los servicios médicos. También, de promover la educación sexual en las mujeres y niñas sobre la importancia de la atención prenatal y del parto (22). Todo esto con la finalidad de prevenir futuros problemas relacionado con la mortalidad materna.

CONCLUSIONES:

1. En este estudio se encontraron que las gestantes fallecidas presentaron una media de edad de 30.9 años. Edad máxima 43 y mínima de 18 años. La mayoría procedentes de Loreto.
2. La mayoría falleció durante el tercer trimestre. Fueron referidas a un Establecimiento de mayor nivel de complejidad el 69.2 %
3. Causa probable de fallecimiento fueron choque. La causa básica probable de muerte encontrada fue hemorragia. Seguidas de eclampsia y pre eclampsia.
4. Clasificación de causa materna fueron directas en un 38.5 %, mientras que el 61.5 % causas indirectas.
5. El mayor riesgo de complicaciones y muerte la tuvieron las multíparas.
6. El aborto fue practicado en el 46 % de las gestantes fallecidas.
7. Las muertes maternas aumentaron durante el Covid-19.

RECOMENDACIONES

1. **Fortalecer el sistema de atención médica.** Esto consiste en realizar periódicamente las capacitaciones al personal de salud sobre problemas relacionados con la mortalidad materna. También, es importante contar con protocolos estandarizados, un sistema de monitoreo y supervisión sobre los casos críticos.
2. **Mejoramiento de infraestructura y equipos.** Esto implica garantizar el acceso a todas las mujeres durante y después de su embarazo. Suministrarla medicamentos óptimos para cada etapa de su gestación. Por otro lado, para brindar un adecuado servicio es necesario contar con los equipos básicos para el control materno (ecógrafos, monitores fetales y laboratorios).
3. **Mejoramientos en los programas de Educación comunitaria.** Es importante mencionar que los programas de sensibilización para las gestantes son primordiales para un buen control prenatal.
4. **Mejoramiento en los sistemas traslado.** Esto se refiere al mejoramiento del traslado, contar con medios de transporte adecuados y rápidos para mujeres desde zonas rurales cuando presenten problemas con su embarazo.
5. **Mejorar el sistema de control y Vigilancia.** Establecer el comité de análisis de mortalidad en donde se determinen las causas reales de las muertes maternas.
6. **Mejorar los recursos financieros.** Es importante mejorar las políticas públicas para el financiamiento de los recursos para el área materno-infantil. Esto implica realizar trabajos en conjunto tanto con entidades públicas como privadas en la región Loreto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Román-Sánchez Y, Martínez-Espinoza A. Muerte materna en México: desde el idealismo del desarrollo. Revista Academia & Negocios Vol. 10 (1) 2024 pp. 179 – 192.
2. Escobedo-Muñoz, J. Factores Asociados a Mortalidad Materna en el Hospital General Tijuana durante el período 2014-2018. Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina Mexicali. Universidad Autónoma de Baja California. Mexicali, marzo del 2021.
3. Romero-Guzmán Ivonne; Muñoz-Monterosa Dennys Isabel; Benítez-Cheij Lucelly. Experiencia familiar frente a la muerte materna. Rev. cienc. cuidad. 2020; 17(2): 44-52.
<https://doi.org/10.22463/17949831.1887>
4. Angulo-Paico C. Estudio Bibliométrico de la Mortalidad Materna en Perú entre 2015-2022. Tesis para optar el Título Profesional de Médico-Cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur. Lima 2023.
5. Alejos-Bermúdez Y, et al. Impacto de la Mortalidad Materna durante la Pandemia por Covid-19 en Perú. Trabajo de Investigación para optar el Título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima 2022.
6. Neciosup-Arribasplata S. Factores de Riesgo de Morbilidad Materna Extrema durante la Pandemis por Covid-19, Hospital Regional Docente de Cajamarca 2020-2021. Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Universidad San Martín de Porres. Lima 2022.
7. Franco-Trelles V. Calidad del Control Prenatal en Muertes Maternas de la región Piura año 2017 y 2018. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego. Piura 2020.

8. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Mortalidad Materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
9. Índice de fragilidad de los Estados. Puede consultarse en: <https://fragilestatesindex.org/data/>.
10. Say L, Chou D, Gemmill A et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.
11. Samuel O, Zewotir T, North D. Decomposing the urban–rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in sub-Saharan Africa. Reprod Health 18, 216 (2021).
12. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto. Puede consultarse en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.
13. Gutiérrez Ramos M. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? Carta al Editor. Rev Perú Ginecol Obstet. 2022;68(1). DOI: 10.31403/rpgo. v68i2407
14. Menéndez C, Lucas A. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad. documento de trabajo para ISGlobal Barcelona Pag 3-2019.
15. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>
16. Etienne CF. COVID-19 Impactos “devastadores” en las mujeres. Publicación Organización Panamericana de la Salud OPS. 26 mayo 2021.
17. Gutiérrez M. Responsabilidad Institucional frente a la Pandemia. Editorial Boletín FLASOG. Año 4/Nº. 41/ Julio 2021.
18. Ministerio de Salud – Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Muerte Materna en el Perú a la SE 12 – 2022.

19. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de Muerte materna. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/>
20. Ventura A. En Perú, cada 36 horas muere una mujer embarazada: ¿cuáles son las 3 causas principales de muerte materna? [Internet]. Infobae; 2024 Jul 11 [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/07/11/en-peru-cada-36-horas-muere-una-mujer-embarazada-cuales-son-las-3-causas-principales-de-muerte-materna/>
21. Correa Aquituari GP. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017 [Tesis de licenciatura en Obstetricia]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2019 [citado 2025 May 5]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/777>
22. Gerencia Regional de Salud de Loreto. Análisis de la situación de salud de la región Loreto al 31 de diciembre de 2023 [Internet]. Iquitos: GERESA Loreto; 2023 [citado 2025 May 5]. Disponible en: https://www.geresaloreto.gob.pe/public/PDF/ASIS%202022%20GERESA%20LORETO%2031%20DICIEMBRE%202023_1707397519.pdf
23. Ministerio de Salud (Perú). La mortalidad materna en el Perú: resumen ejecutivo [Internet]. Lima: MINSA; 2021 [citado 2025 may 5]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352847-la-mortalidad-materna-en-el-peru-resumen-ejecutivo?.com>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos sociodemográficos

1 Sexo (M o F)

2 Edad (años)

3 Nivel Educativo:

ANEXO 1 FICHA DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA			
I. DATOS DE NOTIFICACIÓN			
FECHA DE NOTIFICACIÓN: 11/08/2023		HORA DE NOTIFICACIÓN: 10:40	
DISA/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA: LORETO		RED DE SALUD: MAYNAS - CIUDAD MICRORED: PUNCHANA	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO			
IDENTIFICADO POR: PASIVA			
INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA: MINSA			
II. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA			
APELLIDO PATERNO: MANIHUARI	APELLIDO MATERNO: MURAYARI	NOMBRE(S): MONICA SARITA	
EDAD: 19 años	N° DNI: 62404317	N° HISTORIA CLÍNICA: 638624	
DOMICILIO: TAMANCO VIEJO			
DEPARTAMENTO: (Procedencia): LORETO	PROVINCIA: REQUENA	DISTRITO: EMILIO SAN MARTIN	
III. DATOS DEL FALLECIMIENTO			
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Puerperio			
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo): 36 semanas			
FECHA DE FALLECIMIENTO: 10/08/2023		HORA: 20:45	
LUGAR DE LA FALLECIMIENTO: IGSS/GOBIERNO REGIONAL			
NOMBRE DEL EESS U OTRO LUGAR DE FALLECIMIENTO: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO			
PERMANENCIA (ESTADÍA) EN EL EESS: 0 DÍAS, 22:20 HORAS, MINUTOS			
DEPARTAMENTO (Fallecimiento): LORETO	PROVINCIA: MAYNAS	DISTRITO: PUNCHANA	
REFERENCIA			
REFERIDA: SI		EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: TAMANCO VIEJO	
DEPARTAMENTO (Origen de la referencia): LORETO	PROVINCIA: REQUENA	DISTRITO: EMILIO SAN MARTIN	
CAUSAS DE DEFUNCIÓN	CIE-10	CAUSA GENÉRICA	
CAUSA FINAL PROBABLE:	Choque hipovolemico - R57.1	Hipertensión gestacional	
CAUSA INTERMEDIA PROBABLE:	Síndrome hellp - O14.2		
CAUSA BÁSICA PROBABLE:	Eclampsia en el embarazo - O15.0		
CLASIFICACIÓN INICIAL DE LA MUERTE MATERNA:			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL NOTIFICANTE: MAGALI AMASIFUEN FLORES	PROFESIÓN: ENFERMERA	CARGO: RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA	FIRMA:

CAUSA FINAL PROBABLE: Responsable directa de la muerte y la que justifica el desenlace fatal

CAUSA INTERMEDIA PROBABLE: La complicación principal que lleva a la causa final de la muerte.

CAUSA BÁSICA PROBABLE: La enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevó a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal.



I. DATOS BÁSICOS DE LA FALLECIDA

APELLIDO PATERNO: MANIHUARI	APELLIDO MATERNO: MURAYARI	NOMBRE(S): MONICA SARITA
EDAD: 19 años	N° DNI: 62404317	N° HISTORIA CLÍNICA: 638624
GRUPO ÉTNICO: Mestizo	ETNIA:	
IDIOMA: Español		
NIVEL EDUCATIVO: Primaria incompleta		
ESTADO CIVIL: Conviviente		
OCUPACIÓN: AMA DE CASA	TIPO DE SEGURO: SIS	
DOMICILIO HABITUAL: TAMANCO VIEJO		
DEPARTAMENTO: (Procedencia): LORETO	PROVINCIA: REQUENA	DISTRITO: EMILIO SAN MARTIN

II. DATOS DE FALLECIMIENTO (Llenar en todos los casos)

FECHA DE FALLECIMIENTO: 10/08/2023	HORA: 20:45
MOMENTO DEL FALLECIMIENTO: Puerperio	
FASE DEL PUERPERIO EN QUE FALLECIÓ: Puerperio inmediato	
EDAD GESTACIONAL (Al momento del fallecimiento o en que terminó el embarazo): 36 semanas	
LUGAR DE FALLECIMIENTO: IGSS/GOBIERNO REGIONAL	
NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE O QUE INVESTIGA: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	
CATEGORÍA DEL EESS: III-1	
FECHA DE INGRESO AL EESS: 10/08/2023	HORA DE INGRESO: 10:50
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: Med. G-O	
DEPARTAMENTO (Fallecimiento): LORETO	PROVINCIA: MAYNAS
DISTRITO: PUNCHANA	

III. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS (Llenar en todos los casos)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS			
Ninguno: X	Enfermedad renal:	ITS/VIH/SIDA:	Tabaquismo:
Hipertensión crónica:	Neoplasias:	Alcoholismo:	Desnutrición crónica:
Diabetes mellitus:	Enfermedad hepática:	Drogadicción:	Otra:
Cardiopatías:	Tuberculosis:	Violencia de género:	Desconocido:
ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS (Gestaciones anteriores sin incluir el embarazo actual)			
N° Gestaciones previas: 4	N° Partos: 1	N° Cesárea: 1	N° Abortos: 3
N° Nacidos muertos: 0	N° de hijos que viven: 1	Período intergenésico: 0 años - 0 meses	
USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: (Previo al embarazo actual): No uso			

IV. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL (Llenar en todos los casos)

ATENCIÓN PRENATAL (APN)		
ATENCIÓN PRENATAL: SI	Primera Atención: 2do Trim	Número de APN: 4
NOMBRE DEL EESS DONDE TUVO MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES PRENATALES: TAMANCO VIEJO		
CATEGORÍA DEL EESS: I-2		
SE REALIZARON VISITAS DOMICILIARIAS: NO	Número de visitas:	REALIZÓ PLAN DE PARTO COMPLETO: NO

RESPONSABLE DE LA APN: Desconocido

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO ACTUAL

TUVO COMPLICACIONES: SI

EMBARAZO: Óbito fetal -

PARTO: -

PUERPERIO: -

REFERENCIA

Referida: SI	N° de referencias institucionales: 1	EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: TAMANCO VIEJO
FECHA DE INGRESO AL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: 10/08/2023	HORA DE INGRESO: 08:25	
FECHA DE EGRESO DEL EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: 10/08/2023	HORA DE EGRESO:	
TIEMPO DE DEMORA EN LLEGAR AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: 25 (hrs)		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN EN EESS ORIGEN DE LA REFERENCIA: Obstetra -		
DEPARTAMENTO: (EESS origen de referencia): LORETO	PROVINCIA: REQUENA	DISTRITO: EMILIO SAN MARTIN
INSTITUCIÓN DESTINO DE LA REFERENCIA: IGSS/GOBIERNO REGIONAL		

PERU
Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

ANEXO 2
FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MUERTE MATERNA

EESS DESTINO DE LA REFERENCIA: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

FECHA DE INGRESO AL EESS DESTINO DE LA REFERENCIA:

10/08/2023

HORA DE INGRESO:

10:50

HOSPITALIZACIONES

HOSPITALIZACIONES EN LA GESTACIÓN/PUERPERIO: SI

CUANTAS: 1

REQUIRIO TRANSFUSIÓN SANGRE: SI

EXPANSORES PLASMÁTICOS: SI

FECHA DE PARTO O ABORTO: 10/08/2023

LUGAR DE PARTO O ABORTO: EN EESS -

TIPO DE PARTO: Cesárea

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PARTO O ABORTO: Med. G-O

NECROPSIA: NO

DIAGNÓSTICO - CAUSA CIE-10: -

V. DATOS DEL ENTORNO SOCIAL/COMUNITARIO (Llenar en todos los casos)

IDENTIFICARON SIGNOS DE PELIGRO: SI

PERSONA QUE IDENTIFICÓ SIGNOS PELIGRO: Pareja -

BUSCARON AYUDA: SI

DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA: Pareja -

TIEMPO QUE DEMORO EN BUSCAR AYUDA O ATENCIÓN DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS: 20

SE TUVO DIFICULTAD CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: SI

ESPECIFICAR: Transporte -

TIEMPO QUE DEMORO DESDE EL INICIO DE SUS MOLESTIAS HASTA LLEGAR AL EESS: 25

TUVO DIFICULTADES PARA SER ATENDIDA EN EL EESS: NO

ESPECIFICAR: -

TIEMPO QUE DEMORO DESDE QUE LLEGO AL EESS HASTA QUE FUE ATENDIDA: 0

PERSONA QUE BRINDÓ INFORMACIÓN Y RELACIÓN CON LA FALLECIDA: Pareja -

VI. DATOS COMUNITARIOS (LLENAR SOLO EN CASO DE MUERTE MATERNA EXTRA INSTITUCIONAL Y CASOS ESPECIALES)

SINTOMATOLOGÍA O MOLESTIAS: Sangrado -

MANIOBRAS USADAS DURANTE EL PARTO: -

MANIOBRAS USADAS PARA RETIRAR PLACENTA: -

TIEMPO ESTIMADO DEL DOMICILIO AL EESS MÁS CERCANO (Vía usual): 0 (hrs)

TIPO DE ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO: Puesto de Salud

VII. CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar en todo los casos, revisado por el CPMMYP)

CAUSA FINAL PROBABLE: Choque hipovolemico

CIE-10

CAUSA GENÉRICA

CAUSA INTERMEDIA PROBABLE: Síndrome hellp

R57.1

CAUSA BÁSICA PROBABLE: Eclampsia en el embarazo

O14.2

CAUSA ASOCIADA:

O15.0

Hipertensión

CLASIFICACIÓN FINAL DE LA MUERTE: Directa

VIII. DEMORAS

1ra DEMORA En la identificación del problema

SI

2da DEMORA En la decisión de buscar ayuda

SI

3ra DEMORA En acceder a los servicios de salud

SI

4ta DEMORA En recibir tratamiento adecuado y oportuno

NO

OBSERVACIONES:

De acuerdo a reunión del Comité Regional de Muerte Materna de día 04 de septiembre 2023

NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIÉN INVESTIGA:

MAGALI AMASIFUEN FLORES

CARGO:

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE
EPIDEMIOLOGIA

FIRMA Y SELLO:

PROFESIÓN:

-

*En caso de una muerte materna institucional procedente o no de una referencia institucional y ocurridas inmediatamente después de ingresada la paciente o con permanencia en el establecimiento de salud menor de 24 horas, en donde no existiera datos clínicos suficientes.

1ra DEMORA: EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: La gestante, la familia o la comunidad no reconoció los signos de alarma. **2da DEMORA: EN LA DECISIÓN DE BUSCAR AYUDA:** Demora en la toma de decisión en el hogar para la búsqueda de atención en salud. **3era DEMORA: EN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD:** Dificultad con la accesibilidad física a los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje, y la disponibilidad de medios de transporte. **4ta DEMORA: EN RECIBIR TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO:** Capacidad de brindar tratamiento oportuno y adecuado, capacidad técnica del personal, el equipamiento y la disponibilidad de insumos y medicamentos.

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMA GENERAL Y ESPECIFICO	OJETIVO GENRAL Y ESPECIFICO	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES E INDICADOR ES	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO
“Causas y Factores asociados a Mortalidad Materna en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.”	Problema general ¿Cuáles son las causas de muerte materna y los factores asociados a la misma en el Hospital Regional de Loreto durante el 2023? Problemas específicos 1.¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muerte materna: edad, nivel educativo y procedencia en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023? 2.¿Cuáles son los datos de la muerte materna: momento del fallecimiento, edad gestacional, lugar del fallecimiento, si fue	OBJETIVO GENERAL Determinar las causas de muerte materna y conocer los factores asociados a la misma en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. OBJETIVOS ESPECIFICOS 1.Determinar características sociodemográficas de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. 2.Determinar datos del fallecimiento: momento del fallecimiento, edad gestacional, lugar del fallecimiento, si fue	No se plantea hipótesis.	Variables: a. Datos epidemiológicos. b. Antecedentes Patológicos y Gineco-obstétricos. c.Datos del entorno social d.Datos del entorno comunitario. Indicadores:	Tipo de estudio: Descriptivo Diseño de investigación: Observacional y transversal	Instrumentos a. Ficha de Notificación inmediata de Muerte Materna b. Ficha de Investigación epidemiológica de Muerte Materna	Población y muestra Muestreo por conveniencia. Muertes maternas con fichas de Notificación inmediata y de Investigación Epidemiológica de muerte materna del año 2023 disponibles en el Hospital Regional de Loreto.

	referida o no y causas de la defunción en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.? 3.¿Cuáles son los antecedentes Patológicos y Gíneco Obstétricos de las gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023? 4.¿Cómo se realizó la atención recibida durante la gestación actual: atención prenatal, complicaciones del embarazo, parto o puerperio en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.? 5.¿Cuáles son los datos del entorno social/comunitario: tiempo que demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de las molestias, dificultades en el acceso a servicios de salud, las dificultades para ser	referida o no y causas de la defunción, de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. 3.Conocer los antecedes Patológicos y Gíneco Obstétricos de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. 4.Conocer la atención recibida durante la gestación actual: atención prenatal, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. 5.Conocer datos del entorno social/comunitario: tiempo que demoró en buscar ayuda o atención desde el inicio de las molestias, dificultades en el acceso a servicios de salud, las dificultades		Número de muertes (tasa de mortalidad)			
--	---	--	--	--	--	--	--

	atendida en el establecimiento de salud, tiempo que demoró desde que llegó al establecimiento de salud y fue atendida, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.? 6.¿Cuáles son los datos comunitarios asociados a la muerte: sintomatología, clasificación final de la muerte y demoras encontradas en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.?	para ser atendida en el establecimiento de salud, tiempo que demoró desde que llegó al establecimiento de salud y fué atendida, de gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023. 6.Determinar datos comunitarios asociados a la muerte: sintomatología, clasificación final de la muerte y demoras encontradas, en gestantes fallecidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2023.					
--	---	--	--	--	--	--	--