

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA
PROGRAMA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**“FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS ASOCIADAS A LA
MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN DE SALUD
AREQUIPA EN EL PERIODO 2004 – 2014”**

Tesis Presentada por la Bachiller:

Vilma Yaneth Challo Curo

Para optar el título profesional de LICENCIADA en Obstetricia.

AREQUIPA-PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, A mi madre Basilia Cuero Mamani por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil por su económico. A mi padre Guillermo Challo Flores quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar con éxito mi carrera profesional.

A mi alma mater, la Universidad Católica de Santa María, particularmente a la Facultad de Obstetricia y Puericultura. A mis docentes, gracias por su apoyo y la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, en donde esté, siempre llevare en alto el honor de haber sido estudiante de tan ilustre institución.





“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontas ese sufrimiento”.

Viktor Frankl.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
2.-OBJETIVOS.....	12
3.-MARCO TEÓRICO.....	12
4.-HIPÓTESIS.....	59
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1.- TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	61
2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	61
3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
4. -ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS.....	64
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
1. SISTEMATIZACIÓN.....	66
2. DISCUSIÓN.....	82
3. CONCLUSIONES.....	86
4. RECOMENDACIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	88
HEMEROGRAFÍA.....	91
INFORMATOGRAFÍA.....	91
ANEXOS	
ANEXO N° 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	94
ANEXO N° 2 “CROQUIS”.....	96
ANEXO N° 3 “DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA Y SUS PROVINCIAS”.....	97
ANEXO N° 4 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	99

RESUMEN

Introducción: La Mortalidad Materna es un problema de salud pública, que afecta al vínculo familiar y estructura social. En todo el mundo cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (15). En el Perú, la Mortalidad Materna entre los años 1990 al 2013 ha ido disminuyendo un 64,9%(33). A pesar de que los progresos realizados no bastan para lograr el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio para el plazo de 2015 (6).

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y las causas asociadas a la mortalidad materna en la Región de Salud Arequipa durante el periodo 2004 - 2014.

Material y Métodos: El presente trabajo de investigación es de campo, transversal, descriptivo - retrospectivo. Se realizó un estudio de las Fichas de Investigación Epidemiológica de las Muertes Maternas ocurridas en la Región de Salud Arequipa entre los años 2004 al 2014, con una muestra de 178 casos notificados.

Resultados: Dentro de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna se encontró: las edades entre 20 a 34 años un 66.8%, convivientes 61%, lugar de fallecimiento en hospital de 71%, momento de fallecimiento en el puerperio 52%, si tuvieron control prenatal 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras un 54%. Dentro de las causas de Muerte Materna se encontró; directas con 58% (Enfermedad hipertensiva del embarazo 38%), indirectas de 31%, incidentales o accidental un 11%.

Conclusión: La mortalidad materna se asoció a factores de riesgo tales como edades de 20 a 34 años, lugar de fallecimiento en hospitales, muerte materna durante el puerperio. Y tienen causas directas como la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Palabras Clave: Mortalidad Materna, Factores de riesgo, Causas.

SUMMARY

Introduction: Maternal mortality is a public health problem, affecting family ties and social structure. Worldwide every day about 800 women die from complications of pregnancy, childbirth and postpartum (15). In Peru, maternal mortality from 1990 to 2013 has decreased by 64.9% (33). Although progress is not sufficient to achieve the fifth Millennium Development Goal for the 2015 (6).

Objective: To identify risk factors and causes associated with maternal mortality in the region of Arequipa Health during the period 2004-2014.

Material and Methods: This research is field, cross, descriptive - retrospective. A study of the Epidemiological Research Sheets maternal deaths in the region of Arequipa Health from 2004 to 2014, with a sample of 178 reported cases was performed.

Results: Among the factors associated with maternal mortality risk was found: ages between 20 and 34 years 66.8%, 61% cohabiting, place of death in hospital of 71%, time of death postpartum 52% if had prenatal 73%, normal deliveries attended by obstetricians 54%. Among the causes of maternal death he was found; direct 58% (hypertensive disease of pregnancy 38%), 31% indirect, incidental or accidental 11%.

Conclusion: Maternal mortality was associated with risk factors such as age of 20-34 years instead of death in hospitals, maternal death during the postpartum period. And they are direct causes such as hypertensive disease of pregnancy.

Keywords: Maternal Mortality, Risk Factors, Causes.

INTRODUCCION

Se denomina Muerte Materna, a la muerte de una mujer en etapa de la gestación, o dentro de los 42 días siguientes al parto, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo (44). La mortalidad materna, sigue siendo un problema de salud pública, que afecta al vínculo familiar y estructura social. No depende exclusivamente de factores médicos y sanitarios, sino que es resultado de factores sociales y culturales que incrementan el riesgo de la vida de la mujer durante el embarazo y los eventos obstétrico derivados del mismo. (15)

En el mundo cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (40). El Perú, por décadas, se ubicaba entre los países con más alta tasa de mortalidad materna a nivel de América latina. La mortalidad materna en el país entre los periodos 1990 al 2013 se redujo en un 64.9%, (6)

En el Perú, el registro de muertes maternas se realiza mediante dos sistemas, siendo uno de ellos el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, a través de la notificación inmediata (investigación y búsqueda de registros) realizada obligatoriamente por todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional y privados. Esta notificación inmediata de muertes maternas está a cargo de las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud. Una segunda forma de registro es a través del Sistema de Hechos Vitales (HV) que registra los certificados médicos de cada defunción ocurrida a nivel nacional, de igual manera de todas las entidades de salud sin excepción.

Al realizar las revisiones de las fichas de investigación epidemiológica de la oficina Epidemiológica de la Región de Salud Arequipa, se encontró 178 muertes maternas en los periodos 2004 al 2014, se han considerado para el presente estudio las muertes maternas clasificadas como causas; directas, indirectas e incidentales.

Para profundizar el problema a abordar en el presente estudio, se dividieron el tema en; factores de riesgo socioeconómicos, culturales y geográficos, Factores gineco – obstétricos, y las causas asociadas a la mortalidad materna. El presente estudio de investigación está organizado de la siguiente manera: El primer capítulo se aborda en referencia a la sistematización de las variables e indicadores y contiene el marco epistemológico del estudio, así como sus antecedentes y bases teóricas. El segundo capítulo contiene el planteamiento operacional. El tercer capítulo incluye la metodología, resultados y la discusión, que finaliza con conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía y anexos.





I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1.-ENUNCIADO.

“FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN DE SALUD AREQUIPA EN EL PERIODO 2004 AL 2014”

1.2.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

A) ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

A. 1. ÁREA GENERAL : CIENCIAS DE LA SALUD.

A. 2. ÁREA ESPECÍFICA : OBSTETRICIA.

A. 3. LÍNEA O TÓPICO : MORTALIDAD MATERNA.

B) ANÁLISIS U OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
FACTORES DE RIESGO	Antecedentes; Socioeconómicos, Culturales y Geográficos.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Nivel de instrucción. • Estado civil. • Ocupación. • Zona de Residencia. • Medio de transporte utilizado. • Duración de traslado al Establecimiento de Salud. • Lugar De Fallecimiento.
	Gineco – Obstétricos.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal. • Término del Embarazo. • Paridad. • Gestante. • Puérpera. • Persona quien atendió.
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	Directa.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias. • Enfermedad hipertensiva del embarazo. • Infección. • Parto Obstruido • Aborto. • Otras.
	Indirecta.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades infecciosas. • Enfermedades metabólicas y endocrinas. • Procesos tumorales. • Otras patologías.
	Incidental o accidental.	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente de tránsito. • Caídas accidentales. • Accidentes de trabajo. • Ahogamiento. • Aplastamiento. • Asfixia. • Otros.

c) Interrogantes básicas:

- 1) ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la Región de Salud Arequipa en el Periodo 2004 - 2014?
- 2) ¿Qué causas están asociadas a la mortalidad materna en la Región de Salud Arequipa en el Periodo 2004 - 2014?

d) Tipo de investigación: De campo, documental.

e) Nivel de investigación: Transversal – Descriptivo – Retrospectivo.

1.3 Justificación:**Relevancia social**

Este trabajo es beneficioso para la sociedad, porque la Mortalidad Materna sigue siendo un problema de salud mundial, pese a que a los esfuerzos de cada día. En las Regiones de las Américas, cada veinticinco minutos se produce una muerte materna. (41)

Por décadas el Perú se ubicó entre los tres primeros países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina (185 por cada 100 mil nacidos vivos), según estudios recientes de la “Organización Mundial de la Salud”, Perú registra un 64% menos de decesos relacionados con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Asimismo fue catalogado dentro de la categoría de baja mortalidad materna – menos de 100 muertos (89 exactamente) por cada 100 mil nacidos entre 1990 y 2013. (40)

A veces la Mortalidad Materna ocurre por la falta de acceso a los establecimientos salud y el desinterés por parte de la familia para la atención prenatal.

Relevancia científica

Esta investigación se ha realizado con el propósito de indagar, sobre las principales complicaciones que llevan a la Mortalidad Materna en la Región de

Salud de Arequipa, así poder educar a la población sobre la importancia de la atención prenatal en la gestación y los cuidados esenciales en el puerperio.

Relevancia contemporánea

El presente proyecto de investigación es factible, porque se cuenta con la colaboración de la oficina de epidemiología de la Región de Salud Arequipa. Por lo que me ayudara a analizar sobre los factores de riesgo que intervienen en la Mortalidad Materna en la Región de Salud de Arequipa.

2.-OBJETIVOS:

- 1) Identificar los factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna en la Región de Salud Arequipa en el periodo 2004 - 2014.
- 2) Determinar las causas asociadas a la Mortalidad Materna en la Región de Salud Arequipa en el periodo 2004 - 2014.

3.1.-MARCO TEÓRICO

3.1.1 MORTALIDAD MATERNA.- La OMS, define el concepto de muerte materna como, la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (15) Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas. (12)

En este trabajo para medir la mortalidad materna usaremos las denominaciones; **Razón** de mortalidad materna la cual ha sido definida, por un acuerdo internacional como el número de muertes maternas en un año por 100 mil nacidos vivos. **Tasa** expresa el número de muertes maternas en un año por 100 mil mujeres en edad reproductiva (15-49 años), sin embargo convencionalmente a esta primera la denominamos tasa. (36)

3.1.2 MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO

La mortalidad materna está fuertemente asociada a la situación del momento, por ser un problema de salud pública la Organización Mundial de la Salud nos informa que, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo o parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (15)

3.1.2.1 Progresos hacia la consecución del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%. (44)

Desde 1990 varios países subsaharianos (Continente Africano) han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5. (40)

3.1.2.2 Distribución de la mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000 nacidos vivos. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana. (30)

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo. (15)

Causas de mortalidad materna

Las principales complicaciones, son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- Los abortos peligrosos.

Las demás son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo. (37)

La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren cerca de 3 millones de recién nacidos, y otros 2,6 millones mueren antes de nacer. (15)

3.1.2.3 Reducción de la mortalidad materna

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte. (35)

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitócica inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.

Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la contracepción, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto. (14)

3.1.2.4 Obstáculos a que las mujeres reciban la atención que necesitan.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales de salud calificados, como el África subsahariana y Asia

Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por personal de salud calificado en el área. (30)

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- La pobreza,
- La distancia,
- La falta de información,
- La inexistencia de servicios adecuados,
- Las prácticas culturales. (36)

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

3.1.3 MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

La región de América Latina y el Caribe ha alcanzado varias metas en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluida la de reducir a la mitad los niveles de pobreza extrema, según se afirma hoy en el informe de las Naciones Unidas sobre los ODM.

En el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondiente a 2013, presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Ban Ki-Moon, en Ginebra.

La mortalidad materna en el Caribe sigue siendo alta, en el 2010 se encontró con una tasa de 190 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Es preciso, pues, adoptar medidas urgentes para alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes. La tasa de mortalidad materna de América Latina es mucho más baja: 72 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en 2010. (45)

América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU

Washington, DC, 6 de mayo de 2014 (OPS/OMS).- Un nuevo informe de las Naciones Unidas muestra que once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990. Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015.

Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). Varios de estos países presentaban las razones de mortalidad más altas de la región en 1990. A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9.300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990). (44)

El informe “Tendencias en las estimaciones de mortalidad materna 1990-2013 muestra que 11 países del mundo que presentaban niveles elevados de mortalidad materna en 1990 (Bután, Cabo Verde, Camboya, Eritrea, Guinea Ecuatorial,

Maldivas, Nepal, República Democrática Popular Lao, Rumania, Ruanda y Timor-Leste) ya alcanzaron la meta de los Objetivo del Milenio que consiste en lograr, para 2015, una reducción del 75% en la tasa de mortalidad materna registrada en 1990". (44)

3.1.3.1 Aspectos destacados de estimaciones de las tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013:

- La mortalidad materna ha disminuido: En 2013, la tasa mundial de mortalidad materna fue de 210 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, frente a las 380 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos registradas en 1990 (una reducción del 45%). (40)
- Es preciso avanzar más rápidamente: La reducción mundial de la tasa de mortalidad materna se ha acelerado, ya que fue del orden del 3,5% anual desde 2000 hasta 2013, en comparación con el 1,4% registrado entre 1990 y 2000. No obstante, a juzgar por las tendencias actuales, la mayor parte de los países no alcanzará la meta, fijada en los Objetivo del Milenio, de lograr una disminución del 75% en esa tasa entre 1990 y 2015. (42)

3.1.3.2 Destacados en las Américas:

- América Latina y el Caribe se encuentran entre las regiones en desarrollo con una mortalidad materna relativamente baja. En 2013, había un estimado de 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y 190 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el Caribe (40). Las otras regiones en desarrollo consideradas que tienen "baja" mortalidad materna son Asia del Este (33), el Cáucaso y Asia Central (39), África del Norte (69), y Asia Occidental (74). (35)
- La mortalidad materna se redujo un 40% en América Latina entre 1990 y 2013, y un 36% en el Caribe, en comparación con el descenso global del 45%.
- América Latina y el Caribe experimentaron el menor descenso anual de la mortalidad materna de todas las regiones entre 1990 y 2013, en el 1,1%. Sin embargo, la región tuvo una tasa de mortalidad materna más baja para empezar,

en comparación con la mayoría de las regiones que experimentaron descensos más rápidos.

- Los cinco países con razón de mortalidad materna más baja de la región son Canadá (11 por 100.000), Uruguay (14), Chile (22), los Estados Unidos (28) y Bahamas (37), y aquellos con la razón más alta, Haití (380), Guyana (250), Bolivia (200), Guatemala (140) y Surinam (130).
- Cinco países de las Américas pasaron a la categoría de “baja” mortalidad materna (menos de 100 muertes por 100.000) entre 1990 y 2013: Barbados (de 120 a 52), Brasil (de 120 a 69), Ecuador (de 160 a 87), El Salvador (110 a 69), Perú (250 a 89).
- Colombia y Paraguay lograron solo un progreso mínimo con reducciones de 17% y 19% respectivamente.
- Belice, Chile, México y Santa Lucía ya tenían baja mortalidad materna en 1990, pero lograron reducciones significativas hasta 2013 (-40% o más).
- Canadá, Cuba, Estados Unidos, Guyana, Surinam y Venezuela fueron los únicos países de las Américas donde la mortalidad materna aumentó desde 1990. En los tres primeros, la razón de muertes maternas es inferior a 80 por 100.000.
- La razón de mortalidad materna de Haití continúa siendo la más alta de la región, sin embargo bajó un 43% (de 670 a 380 x 100.000) entre 1990 y 2013.
- En 2013, el 2,8% de las muertes maternas en el Caribe estaban relacionadas con el VIH y en América Latina, el 1,2%. En comparación, el 3,8 % de las muertes maternas en África subsahariana eran relacionados con el VIH y el 2,6% a nivel mundial. (35)

El Lic. André Medici, funcionario del Banco Mundial, transmitió al Grupo PAIS el cuadro que se adjunta más abajo sobre mortalidad materna en América Latina. Esta información motivó algunos comentarios entre sus miembros y otros opinantes, que se agregan a continuación. El tema también fue comentado en medios de prensa especializada. (37)

Países de América Latina y el Caribe. Razón de Mortalidad Materna años seleccionados y variación entre 1990 y 2013.

País	1990	1995	2000	2005	2013	Variación % entre 1990 y 2013
Uruguay	42	34	35	32	14	-67
Perú	250	220	160	120	89	-64
Bolivia	510	420	330	270	200	-61
Chile	55	40	29	26	22	-60
Honduras	290	200	150	130	120	-60
Rep. Dom.	240	180	120	130	100	-57
Barbados	120	38	42	33	52	-56
Guatemala	270	220	160	140	140	-49
México	88	77	67	50	49	-45
Ecuador	160	130	120	98	87	-44
Santa Lucía	60	52	44	39	34	-44
Brasil	120	100	85	73	69	-43
Haiti	670	580	510	470	380	-43
Belice	75	35	110	79	45	-40
El Salvador	110	96	80	72	69	-39
Nicaragua	170	160	140	120	100	-38
Paraguay	130	130	120	130	110	-19
Jamaica	98	89	88	85	80	-18
Colombia	100	81	130	97	83	-17
Bahamas	43	44	44	40	37	-14
Panamá	98	91	79	83	85	-14
St.V.	48	72	75	55	45	-7
& Granada						
Trinidad- Tobago	89	91	59	58	84	-6
Argentina	71	60	63	70	69	-2
Costa Rica	38	45	44	46	38	-1
Guyana	210	230	240	240	250	16
Venezuela	93	98	91	94	110	16
Cuba	63	60	63	67	80	27
Total Región	140	120	110	93	88	85

Fuente: Trends in maternal mortality 1990 to 2013, WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division estimates..

3.1.4 MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ.

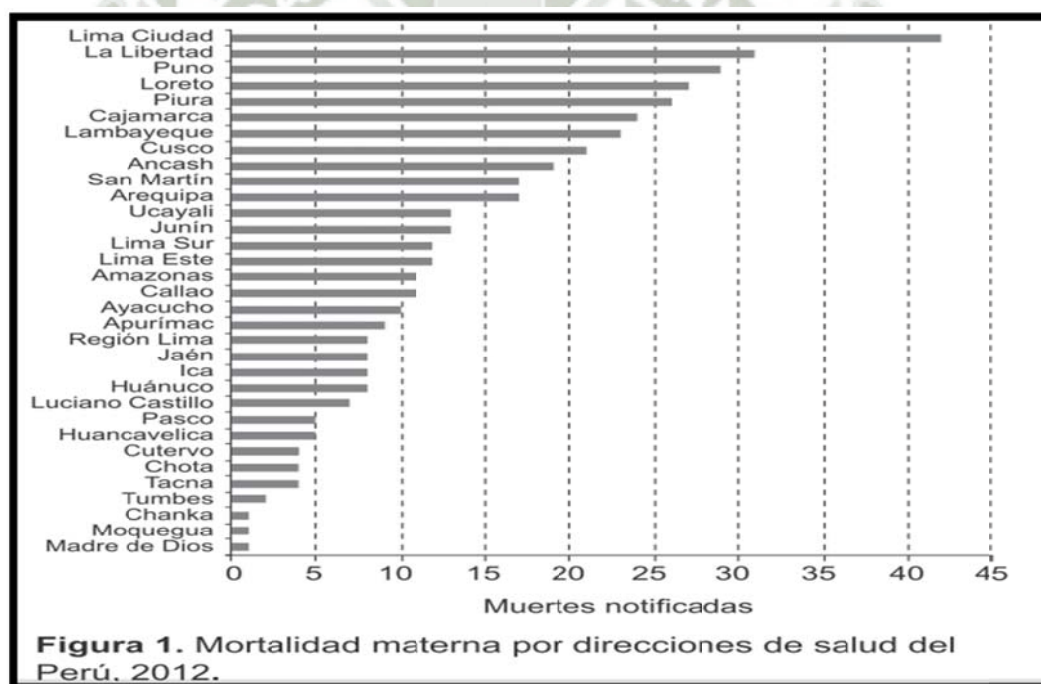
En el Perú, la Razón de Mortalidad Materna ha ido disminuyendo la estimación de mujeres que pierden la vida debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación disminuyó en un 64,9%, entre los periodos 1990-96 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos). (INEI 2013)

Asimismo, se estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7% entre los años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente, estos resultados muestran un descenso continuo a favor de la salud materna. (6)

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se relaciona a la salud materna, y para el caso del Perú se debe alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010”. (32)

Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna.

Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, se observa que aún tenemos direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca (Figura 1). (38)



La población de Naciones Unidas, observó que el sub-registro ha disminuido al 11%. Así mismo, que la mortalidad materna es mayor en regiones de la sierra y selva, zonas rurales, y en mujeres del nivel socioeconómico más pobre o quintil de pobreza I (Tabla 1).

3.1.4.1 Principales causas de Muerte Materna en el Perú

Para el análisis de las principales causas, se tomó la información de las Fichas de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna (FIEMM), instrumento que consigna información de la causa básica de muerte materna y ella se derivan del análisis que realizan los Comités de Prevención de Muerte Materna y Perinatal en el ámbito departamental o local.

Posteriormente se procedió a agrupar las causas básicas en 10 categorías descritas en la Guía de la Organización Mundial de la Salud para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM, publicado en el año 2012.

Las causas de muerte materna se presentan en la tabla N° 1, en ella puede observarse que la principal categoría según la causa básica de muerte materna en el Perú durante el periodo 2002-2011 fueron las hemorragias obstétricas, lo que representó el 48.8% del total de muerte para ese periodo. (5)

En comparación, en el año del 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17, 5% e infecciones relacionada al embarazo en 4.1%. (12)

Tabla.1

GRANDES CATEGORIAS DE CAUSA DE MUERTE	Periodo de análisis					
	2002-2011		2002-2006		2007-2011	
	%	RMM	%	RMM	%	RMM
Hemorragia obstétrica	48.8	46.1	35.2	57.0	42.6	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	23.3	24.6	22.0	27.2	22.7	21.9
Complicaciones no obstétricas	10.0	15.1	18.7	11.7	14.0	18.6
Embarazo que termina en aborto	10.9	10.7	8.6	12.7	9.8	8.5
Afecciones contribuyentes	2.9	4.2	5.2	3.4	3.9	5.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.0	2.6	2.9	2.3	2.4	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.5	1.7	1.6	1.8	1.6	1.6
Desconocido / indeterminado	0.0	1.3	2.7	0.1	1.2	2.6
Infección relacionado con el embarazo	0.6	1.1	1.6	0.7	1.1	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.1	0.8	1.6	0.1	0.8	1.6

Fuente: La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011 Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013.

Tabla 2. Evolución de la razón de mortalidad materna en el Perú según región, zona y quintil de pobreza 2002-2011.

	2002-2006	2007-2011
Región		
Costa	59,5	56,4
Sierra	138,7	152,6
Selva	183,0	137,5
Zona		
Urbana	76,9	70,0
Rural	192,1	161,5
Quintil de pobreza		
I	241,7	188,7
II	299,2	169,3
III	284,6	145,5
IV	154,2	104,0
V	17,6	58,5

Del total de muertes maternas en el año 2000, la mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de edad representó el 13%, y para el 2012 en adolescentes de 12 a 17 años de edad el 9,6%, donde la primera causa de muerte materna directa es la HIE seguida del aborto, la hemorragia, y la infección. Con respecto a la mortalidad materna indirecta, el primer lugar lo ocupa el suicidio, que se incrementó de 39% en el 2010 a 44% en el 2012.

Las muertes maternas de causa indirecta se han ido incrementando de 18% en el año 2000 a 29,4% en el 2012. Hay que mencionar que dentro de las causas indirectas en los últimos años se ha incluido al suicidio, que cada año se incrementa, más aun en las adolescentes. (6)

3.1.4.2 Compromiso de lucha contra mortalidad materna.

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales, tales como; la Cumbre del Milenio celebrada el año 2000, donde los estados miembros de las naciones unidas acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los que se exhorta a reducir en tres cuartas partes las tasas de mortalidad derivada de la maternidad antes del año 2015.

La mortalidad materna es parte de la agenda de Salud, por lo que el Ministerio de Salud en los últimos años ha implementado diversos planes.

En el 2009 se aprueba el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015 y es en estos últimos años que el Ministerio de Salud del Perú en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad, redobla esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva; asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referidas a las barreras económicas y culturales, lo que, si bien es cierto, ha permitido reducir la Mortalidad Materna, pero aún no es suficiente. (33)

3.1.5 MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN DE SALUD AREQUIPA.

Arequipa en el contexto amplio del país presenta una situación de salud con mejores indicadores que el promedio nacional pero los promedios nacionales y departamentales esconden grandes diferencias entre las poblaciones rurales y postergadas produciéndose en su análisis un enmascaramiento epidemiológico. Los errores en la estimación real de la mortalidad materna parten del llenado incorrecto de los certificados de defunción, los fallecimientos que ocurren en los establecimientos de la región son revisados por un comité de muerte materna, pero aún persisten los problemas de certificación. (4)

Conocer las "causas" de muertes maternas es imprescindible para plantear acciones orientadas específicamente a diferentes grupos de población. Sin embargo es necesario ir más allá de las causas próximas, para identificar y modificar los factores que realmente las producen. La pobreza es la negación de esos derechos y la principal responsable de las muertes maternas a nivel mundial, nacional y regional.

En nuestra realidad la Mortalidad Materna dibuja la geografía de la pobreza. En consecuencia, su descenso inevitablemente exige de una firme y real voluntad política gubernamental, que se refleje en la aportación de recursos y el diseño de

políticas efectivas enfocados en la salud de las gestantes y que, de esta manera se pueda reducir la Mortalidad Materna en la Región de Arequipa. (5)

2002-2011, el sub registro de la base de hechos vitales de Arequipa es de 31.9% (IC 95%: 25.5% - 38.3%), mientras que el sub registro de mortalidad materna para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica alcanza a 11.3% (IC 95%: 9.4% - 13.3%), valores inferiores al nivel nacional. (7)

El sub registro global para Arequipa se estima en 3.5% (IC 95%: 3.0% - 4.1%), con un sub registro inferior al valor nacional en un 69%. (29)

TABLA N° 1
SUBREGISTRO DE MORTALIDAD MATERNA.
AREQUIPA 2002-2011

Ubigeo	Departamento	Bases de Datos								
		Total VEMM + HV			Vigilancia Epidemiológica (VEMM)			Hechos Vitales (HV)		
		IC. 95%			IC. 95%			IC. 95%		
		%	Lim Inf	Lim Sup	%	Lim Inf	Lim Sup	%	Lim Inf	Lim Sup
00	PERU	11.1	10.8	11.4	21.6	21.1	22.2	51.2	49.5	53.0
04	AREQUIPA	3.5	3.0	4.1	11.3	9.4	13.3	31.9	25.5	38.3

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

Para el periodo total de análisis, la razón de muerte materna por causas directas u obstétricas se estima en 37.2 por cada cien mil nacidos vivos (IC 95%: 28.9 - 56.7).

La principal categoría de causas de muertes para Arequipa corresponde a las complicaciones no obstétricas (40.3%), causa por la que fallecen 28.8 mujeres en edad fértil por cada cien mil nacidos vivos. En segundo lugar se presentan los trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio, causa que acumula el 20.4% del total de muertes. En tercer lugar se presentan las hemorragias obstétricas con el 18.7%. (7)

Existe una tendencia al incremento de las muertes debidas a causas incidentales, así como de las complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo y el

puerperio. Del total de muertes ocurridas el 58.9% tuvieron lugar durante el embarazo. Si analizamos la tendencia, en el periodo 2007-2011 se aprecia un aumento de 26.5% a 83.8% de muertes maternas ocurridas en dicho periodo embarazo. Las muertes ocurridas en el parto y puerperio presentaron un descenso en sus valores. (13)

El lugar más frecuente de ocurrencia de la muerte materna corresponde a los establecimientos de salud, principalmente en el hospital o clínica. Aquí se registra el 73.4% del total de muertes maternas, con tendencia al aumento, elevado en relación al resto de lugares de fallecimiento.

En segundo lugar se encuentran las muertes ocurridas en el domicilio, presentando una tendencia a la reducción para el periodo 2007-2011. Las muertes ocurridas en el trayecto o transferencia muestran una tendencia al incremento para el último periodo de observación.

Así mismo el análisis 2002-2011 el profesional médico es el principal profesional que acumula el 49.5% de atención de parto de las mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto y puerperio, siendo la tendencia al ascenso.

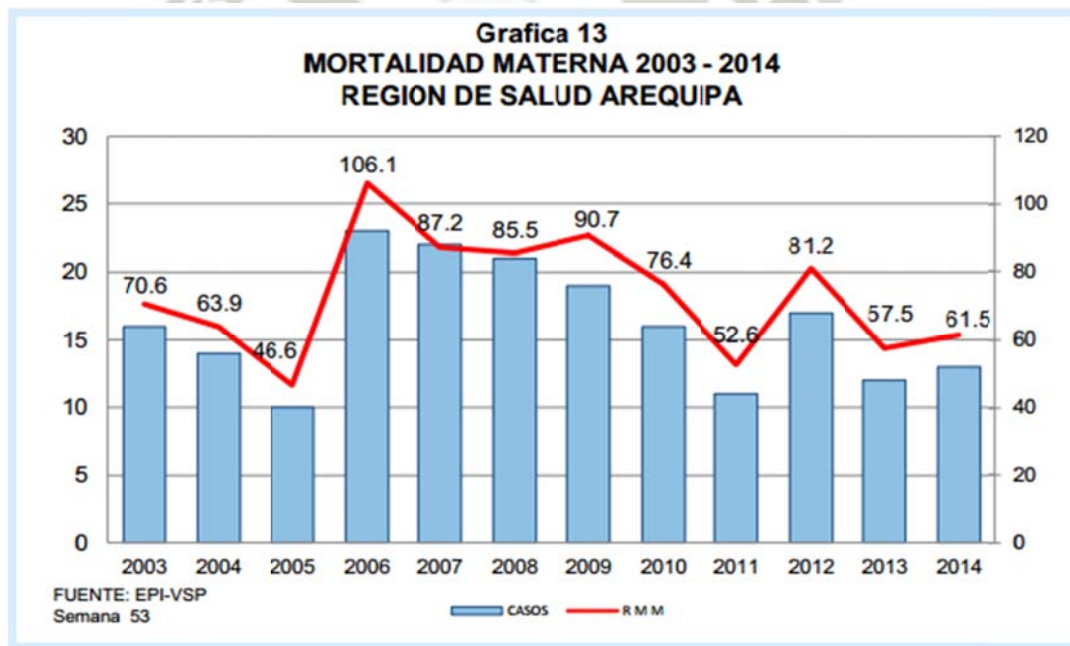
En segundo lugar se encuentran los profesionales no médicos con el 28.1%. Hay una tendencia a la disminución de la atención del parto o aborto cuando son atendidos por otras personas. (6)

En los años 2012 se presentó 17 casos, 2013 12 casos. El periodo del 2014 se presentó 13 casos acumulados con una Razón Mortalidad Materna de 61.5 x 100,000 nacimientos. Cuya clasificación según grupos de edad corresponde: 01 caso de 18 a 22 años, 03 casos de 23 a 27 años, 07 casos de 33 a 37 años, 01 caso de 38 a 42 años y un caso de 43 a 47 años; y por causa de muerte tenemos: con muerte directa el 30.8%, indirecta el 53.8% e indirecta incidental 15.4%. (34)

Cuadro N° 9
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN PROVINCIAS 2004 - 2014
REGION DE SALUD AREQUIPA

PROVINCIAS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Arequipa	6	4	15	9	12	6	7	5	12	5	3
Camaná		1				3	1	1			2
Caraveli		1		1	1	1			2		
Caylloma	3	2	4	3	1	1	1	4	1	2	4
Castilla	2		2	2	2		1			1	
Condesuyos	2			1		1					
La Unión			1				1				
Islay				1	1	1					1
Otro Dpto.	1	2	1	5	4	6	5	1	2	4	3
TOTAL	14	10	23	22	21	19	16	11	17	12	13

FUENTE: EPI - VSP
*Hasta la Semana 53



El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas tanto en el nivel nacional como regional es como en otros países subdesarrollados, las muertes maternas no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de "demoras" que impiden prevenir

riesgos durante los embarazos, además de la falta de servicios de salud de calidad. Y siempre es necesario recalcar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención.

3.1.6 FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS, CULTURALES Y GEOGRÁFICOS.

3.1.6.1 Edad.- La edad es un antecedente biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse.

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo.

El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. (26)

3.1.6.2 Nivel de Instrucción.- Perú se encuentra último en el ranking del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) basado en los conocimientos de escolares de 15 años en 65 países. En la lista, elaborada a partir de unas pruebas de matemáticas, lengua y ciencias hechas a más de 510 millones de escolares, revela que el país se encuentra en el puesto 65, habiendo obtenido 368, 384 y 373 puntos en cada materia respectivamente.

En el índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, Perú (0.891) está en el puesto número 71 de calidad de educación a nivel mundial y en el número 7 de Latinoamérica junto a Brasil, los países con mejor Educación de América Latina son Cuba (0.993), Uruguay (0.955), Argentina (0.946) y Chile (0.919). (39)

Un 31,1% ha completado el ciclo de educación superior, dividiéndose en un 15,1% de educación superior no universitaria y un 16% de educación superior universitaria. Otra diferencia que se puede observar es aquella señalada entre hombres y mujeres mayores de 15 años. El 3,9% de los hombres no posee nivel educativo. En las mujeres, este porcentaje se triplica (10,8%). La cantidad de hombres que finalizan el ciclo secundario es mayor (41,9%) a la cantidad de mujeres (34,6%).

Se percibe también una disminución en la tasa de analfabetismo de la población mayor de 15 años respecto al censo anterior. Actualmente un 7,1% de la población peruana mayor a 15 años es analfabeta, siendo mayores las tasas nuevamente en las áreas rurales (19,7%) respecto a las urbanas (3,7%) y en las mujeres (10,6%) respecto a los hombres (3,6%). (24)

3.1.6.3 Estado Civil.- La importancia del matrimonio y el estado civil como factores que influyen en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. Ello ocurre especialmente porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de la familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda. (13)

El 78% de las madres que alumbraron en hospitales públicos y clínicas del Perú entre enero y octubre de 2013 tenía el estado civil de conviviente, frente al 9% de mujeres cuyo estado civil era casada, reveló un estudio del Ministerio de Salud (MINSA). En el periodo mencionado también dieron a luz madres solteras, que representaron el 12.26%; mujeres con el estado civil de separadas, 0.23%; viudas y divorciadas 0.04%. (31)

Fragilidad en las familias. El problema es que si la convivencia está asociada a la pobreza puede provocar condiciones de fragilidad en las familias. “El Estado no puede prohibir la convivencia, pero tiene que conocer esa realidad para diseñar políticas en base a evidencia científica”.

3.6.4 Ocupación.- Es aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura. En el país, de manera

similar a lo observado en el año 2009, más de tres cuartas partes de las mujeres que trabajan (80,0%) se dedicaban a labores no agrícolas; la mayoría de ellas como trabajadoras calificadas de ventas y servicio (32,9%) o como profesionales (17,9%) (16). Las ocupaciones agrícolas en mayor proporción la desempeñaron las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (74,5%), las que no tienen nivel educativo (67,9%) y las mujeres con cinco o más hijos (52,3%). No se observa marcado diferencial por grupos quinquenales de edad, los niveles de participación se mantienen similares y en torno al promedio nacional, salvo entre las que tenían 20 a 24 años de edad (15,3%) cuyo nivel de participación se ubicó muy por debajo del promedio nacional. (31)

Las ocupaciones calificadas ventas y servicio en mayor porcentaje la desempeñaron las mujeres ubicadas en el quintil intermedio de riqueza (44,4%), las que tenían educación secundaria (43,4%); las que tenían tres a cuatro hijos (35,2%); y las casadas o convivientes (34,4%). No se observa marcado diferencial por grupos quinquenales de edad, pues éstas se desempeñaron en proporción muy próxima al promedio nacional, salvo entre las de 15 a 19 años de edad (39,6%) cuyo nivel de participación se ubicó muy por encima del referido promedio. Las ocupaciones de profesionales, técnicos y gerentes la desempeñaron mayormente las mujeres con educación superior (46,2%), las ubicadas en el quintil superior de riqueza (44,1%), las mujeres sin hijas/hijos vivos (26,3%), las de 25 a 29 años de edad (22,1%) y las mujeres solteras (26,0%). (6)

3.1.6.5 Medios de transporte para llegar al Establecimiento de Salud.- Desde siempre el ser humano ha necesitado trasladarse de un lugar a otro. Los medios de transporte son máquinas que nos permiten desplazarnos de un lugar a otro. Cada día utilizamos los medios de transporte. Algunos sirven para rescatar personas cuando sufren algún accidente, como es el caso de las ambulancias.

Bicicleta.-Se vio en la necesidad de transportarse el hombre individualmente. Vehículo de dos ruedas, colocadas una delante de otra, con un asiento, manillar para conducir y pedales para propulsarlo. Además encontramos el monociclo y la motocicleta.

Motocicleta.-Vehículo con 2, 3 y 4 rueda, autopropulsado, sin vía y a veces puede ser utilizado por 2 personas y ahora alcanzan una velocidad de 100 Km/Hora.

El automóvil.- El hombre busco la manera de inventar un aparato que lo transportase rápida y cómodamente sin la necesidad de utilizar animales. Si no que es una necesidad. (27-13)

Transportes urbanos ya a que en la actualidad hay demasiada población, las autoridades se vieron en la necesidad de crear el transporte urbano para el alto número de habitantes y también por la necesidad en que se ven obligados a recorrer distancias largas ya sea un autobús o una combi.

3.1.6.6 Importancia de la duración de traslado a un Establecimiento de Salud.- Las urgencias que pueden surgir durante el embarazo, deben ser atendidas en un establecimiento de salud, con personal altamente capacitado, para prevenir problemas mayores como la mortalidad materna perinatal. Se debe acudir de inmediato a un Establecimiento de Salud, ya presentado los signos de alarma en el embarazo o el puerperio, no dejar pasar el tiempo. (15)

3.1.6.7 Zonas residenciales vulnerable.- Durante la última década el resultado final en salud no podía ser más excluyente: los más afectados por la pobreza, los marginados, hacia quienes debían dirigirse los mayores esfuerzos para aliviar su riesgosa condición, permanecieron en la misma situación, la cual afecta su sentido del futuro y su esperanza por una vida digna, manteniendo como uno de los principales problemas de salud la elevada mortalidad materna infantil y desnutrición.

Persisten en la población importantes barreras al acceso a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El 40% depende de los servicios del Ministerio de Salud y se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. Existen gran diferencia entre el número de muertes que

ocurren en el ámbito urbano (203) y el ámbito rural (448) (ENDES 2012); hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. (13)

3.1.7 FACTORES DE RIESGO GINECO OBSTÉTRICOS

3.1.7.1 Paridad.- La primiparidad, se considera así el primer parto que ocurre antes de los 19 años, el embarazo a esta edad sorprende a las adolescentes con un aparato genital insuficientemente desarrollado infantil. Puede presentarse aborto o partos prematuros por la mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y aquí como en el alumbramiento, pueden originarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina.

La primiparidad tardía, suele ser cuando su primer parto es después de los 30 años de edad, se le rotula de primípara añosa. A menudo las mujeres retardan la maternidad en países desarrollados, por lo que ha aumentado bruscamente la espera de la maternidad. El útero con los años ha estado recibiendo periódicamente hormonas, que va perdiendo su normalidad fisiológica. La elasticidad y la contractibilidad sufren degeneración fibrosa, la falta de extensibilidad del musculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y el alumbramiento el uterino se contrae con escasa energía.

Multiparidad, se ha considerado un factor de mayor riesgo en el embarazo, parto o puerperio, dado que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractibilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero no llega a contraerse rápidamente, perdiendo así su energía, produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de placentas, desgarros de las partes blandas, sangrados post parto por atonía uterina. (35)

3.1.7.2 Control prenatal en la gestación.-

La OMS ha elaborado guías de prácticas claras sobre los cuidados para la madre y el recién nacido que pueden reducir los riesgos para la salud y brindar servicios de calidad durante el embarazo, el parto y el período del posparto o puerperio. La atención prenatal, que incluye la prevención o el tratamiento oportuno de la anemia, el paludismo, el VIH, la hipertensión arterial y otras complicaciones, presenta una relación costo-beneficio muy favorable.

Persiste la brecha entre el control pre-natal y la atención del parto institucional. Existen diversos estudios que nos indican el por qué las personas no se acercan a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, mostrándonos como primera causa el costo en el 40.6 %, temor 29.3 %, trato recibido 20.4%, tiempo de espera 14.8 %, vergüenza 10.8% y distancia 8.1%. (14)

a) Atención prenatal.- Debe empezar al primer signo de embarazo (tan pronto tenga retraso del periodo menstrual). Durante la primera visita al establecimiento de salud, el profesional que la atiende (obstetra o médico), pasara tratando de conocerla y hacer el carné perinatal, los cuales deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta. Calculará la edad gestacional, se recomienda el uso del gestograma. También se puede calcular la fecha probable de parto con la fórmula: “al primer día de la fecha de la última regla se le suma 7 días y se resta 3 meses”. La fecha probable de parto corresponde a 40 semanas desde el inicio de la última menstruación normal. Así mismo como el examen físico general y obstétrico. Revisar el calendario de la atención prenatal para programar las citas. (8)

- Del primero al sexto mes: 1 control mensual.
- Del séptimo al octavo mes: 1 control cada 15 días.
- Al noveno mes: 1 control cada 7 días

Y acudir lo antes posible al establecimiento de salud para (examen físico completo, prueba rápida para VIH, análisis de laboratorio, toma de muestra para

Papanicolaou, psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, consejería en nutrición, atención dental, vacunación antitetánica, etc.)

Estimular la participación de la pareja, de un familiar o de la persona que la gestante escoja para acompañarla en las visitas prenatales y durante el parto. Estimular la participación de un/a acompañante para el momento del parto. Ayudar a la gestante a construir un plan para la emergencia obstétrica o el inicio del parto.

El carné perinatal debe ser entregado a toda gestante, indicándole que debe llevarlo cada vez que acuda a un establecimiento para ser atendida. Dar instrucciones claras y precisas, y acordar la próxima cita, incluyendo la fecha de la próxima cita y el reconocimiento de los signos de alarma. Confirmar la comprensión de las instrucciones por la gestante o el familiar. De ser necesario usar un intérprete y adecuar las instrucciones al lenguaje y creencias de la gestante.

Elaborar con la gestante y su acompañante un plan de emergencia que se debe cumplir en caso de iniciar la labor de parto o si se presenta alguna señal de alarma. Considerar la participación de la comunidad.

El Ministerio de Salud ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna, mejorar la cobertura con calidad en los servicios "casas de espera", procurar la atención oportuna de las emergencias y complicaciones en todos los niveles de atención y promover la participación de la sociedad civil y la comunidad, en coherencia con el respeto a la vida y a los derechos fundamentales de la madre y el niño por nacer. (9)

b) Atención del parto.- La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 señaló que el 89,1% de partos fueron asistidos por personal de salud calificado, es decir, por un médico, obstetra o enfermera; cobertura que se mantuvo sobre el 52,5% desde el periodo 1991-92.

A través de las encuestas anteriores se observa que, a nivel nacional, se lograron avances importantes en la asistencia del parto, esto es, el porcentaje de mujeres

que recibió atención de personal calificado se incrementó en 6,6 puntos porcentuales, entre los años 2009 y 2013. Entre 1996 y 2009 aumentó en 26,1 puntos porcentuales; y en el periodo 1991-92 y 1996 en 2,9 puntos porcentuales. Después de 22 años, en el área rural, el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se ha incrementado fuertemente en 52,6 puntos porcentuales al pasar de 18,7% a 71,3%, y en el área urbana en 22,9 puntos porcentuales (de 74,4% a 97,3%). En los últimos 13 años, este aumento fue 42,6 puntos porcentuales en el área rural y 12,3 puntos porcentuales en el área urbana (2000 y 2013). (6)

La atención de parto debe ser una atención de calidad e institucional para dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones. Considerando como elementos básicos:

- Contar con profesional competentes para la atención del parto.
- El ambiente de dilatación debe ser adecuado y tener privacidad
- Brindar una atención con calidad y calidez
- Promover la participación activa de la pareja o del grupo familiar, siempre y cuando existan condiciones
- La posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario
- Se debe usar el cartograma para la evaluación del trabajo de parto
- En regiones con alta incidencia de parto domiciliario se recomienda promover el parto Institucional.
- Para incrementar el parto institucional se debe promover la adecuación cultural de los servicios: evitando el frío y la luminosidad del ambiente; permitiendo el uso de mates o bebidas calientes durante el trabajo de parto, manejo de la placenta por la familia y otras costumbres que no causen riesgo para la madre y el feto.
- La episiotomía solo debe considerarse cuando existe: (Periné poco distensible, Parto vaginal complicado (podálica, distocia de hombro, parto instrumentado), Presencia de cicatrices retráctiles).

- Se debe tener en cuenta las costumbres locales con respecto a la placenta. Si la familia solicita la placenta; se debe entregar la misma cumpliendo las medidas de bioseguridad convenientes.
- Se recomienda evitar prácticas que puedan desalentar a las gestantes a solicitar la atención por los proveedores de los servicios, como desnudarlas o realizar el examen vaginal descubriendo la zona genital. Una estrategia para incrementar el número de partos institucionales, es la adecuación cultural de la sala de partos, que no agreguen riesgo en la atención del parto. (8)

Parto vertical. La gestante se acomoda en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) la obstetra se acomoda por delante o detrás, espera ya tiende el parto, por gravedad facilita el nacimiento. Con la interculturalidad, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad esta basad en el dialogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar. (9)

c) Puerperio.- Periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días. El puerperio puede ser:

1. Inmediato, las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primera causa de muerte materna en el Perú.
2. Mediato, los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.
3. Tardío, desde el 8° día hasta la 6ta. Semana (42 días). (8)

En las primeras dos horas es cuando existen más riesgos de atonía uterina. Si existen otras patologías obstétricas, la monitorización debe hacerse durante las siguientes 24 horas, prolongándose según la severidad del cuadro. Presión y pulso materno cada 15 minutos hasta dos horas después del alumbramiento y luego cada 6 horas las primeras 24 horas.

Detectar precozmente signos de anemia por hemorragia: palidez, taquicardia e hipotensión. Detectar signos de incremento de la presión arterial a 140/90 o más. Evaluar cada 15 minutos la contracción uterina y el volumen de los loquios.

Si no existe contraindicación materna o del recién nacido. Promover la lactancia materna exclusiva. Asegurarse que la parturienta haya comprendido los signos de alarma del puerperio y donde solicitar ayuda. Informar sobre los cuidados, higiene, vida sexual, los signos de alarma, dar orientación/ consejería y suministrar anticoncepción. (10)

Alta e indicaciones. Dar información y orientación en los cuidados del recién nacido. La consulta de la puérpera deberá hacerse a los 7 y a los 30 días simultáneamente con la consulta del recién nacido. Esta atención debe ser aprovechada para brindar consejería en salud integral, especialmente en planificación familiar. (2)

3.1.8 CAUSAS DE MUERTES MATERNAS

3.1.8.1. DIRECTAS:

3.1.8.1.1. HEMORRAGIA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

3.1.8.1.1.1 ABORTO.- Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. El aborto ilegal es causa importante de muerte materna. (20)

CLASIFICACIÓN:

- a) **Aborto inevitable:** Una amenaza de aborto se vuelve inevitable cuando el cuello se abre, el sangramiento aumenta y las contracciones uterinas se vuelven intensas. El embrión se puede tocar a través del cuello abierto, debido a la ruptura de membranas.

- b) **Aborto completo:** Es la eliminación total del contenido uterino, cuando todos los productos de la concepción fueron expulsados, el dolor está ausente, el sagrado escaso y el cuello uterino se ha cerrado nuevamente.
- c) **Aborto incompleto:** Es la eliminación parcial del contenido uterino, el tamaño más pequeño que el esperado, el cuello está abierto y hay presencia de sangrado el cual puede ir desde muy leve hasta muy intensa, inclusive al punto de atentar con la vida de la paciente, es el llamado aborto incompleto hemorrágico.
- d) **Aborto retenido o diferido:** Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.
- e) **Aborto séptico:** Complicación infecciosa grave del aborto. A los síntomas conocidos se agrega la evolución febril, que puede acompañarse de síntomas tóxicos muy graves, conducentes al Shock séptico. Al examen se encuentran los signos y síntomas del aborto, a lo que se agrega la sintomatología del proceso infeccioso: fiebre, escalofrío, pelvi peritonitis, síndrome tóxico, hipotensión y colapso.
- f) **Aborto Ilegal:** Se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de alguna de las leyes del país donde se practica. Cuando el aborto está prohibido por la ley, las circunstancias hacen que muchas mujeres busquen a comadronas o a médicos que se prestan a colaborar. Pero el aborto practicado en estas circunstancias es peligroso y mantiene unas estadísticas de mortalidad y morbilidad materna infinitamente superiores a las del aborto legal.

El aborto ilegal se practica generalmente en las peores condiciones higiénicas y con las posibilidades escasas de recurrir con urgencia a un hospital. Es importante que antes de continuar con la decisión que tomes valores las circunstancias a las que te puedes enfrentar.

Sobre todo en países donde se considera el aborto legal recuerda que has tomar las cosas con calma y pensar inteligentemente para evitar las complicaciones de un aborto hecho en malas condiciones higiénico sanitarias. (10)

3.1.8.1.1.2 EMBARAZO ECTÓPICO.- Es cuando la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).

Su incidencia es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE.UU ha pasado del 4'5 al 19'7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población.

En cuanto a la edad, afecta en el 48'2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36'8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34'4% y las que han tenido 1-2 hijos el 23,6%. (10-13)

3.1.8.1.1.3 MOLA HIDATIFORME.- Es una enfermedad trofoblástica gestacional benigna desarrollada durante el embarazo, resultado de una fecundación anómala caracterizada por una proliferación trofoblástica que hace que sea imposible el desarrollo normal, pueden ser completas o parciales.

La mola hidatiforme, o embarazo molar, es la variante más benigna de la enfermedad trofoblástica del embarazo, un tipo de tumor que se desarrolla en lugar de una gestación, en los tejidos en donde debía desarrollarse la placenta y el embrión. Este tipo de cáncer ocurre durante los años en que la mujer puede tener hijos. (11) Hay dos tipos de tumores trofoblásticos del embarazo;

Si la paciente tiene una mola hidatiforme, también llamada embarazo molar, ya se han unido el espermatozoide y el óvulo, pero sin que se haya desarrollado un feto en el útero. En su lugar, el tejido que se forma se asemeja a quistes parecidos a un racimo de uva. La mola hidatiforme no se disemina fuera del útero a otras partes del cuerpo. Sin embargo sí que puede afectar al músculo del útero, o miometrio, denominándose entonces mola invasora o “coriocarcinoma destruens”.

Si la paciente padece de coriocarcinoma, el tumor puede haberse originado de una mola hidatiforme o de tejido que queda en el útero después de un aborto o de un parto. El coriocarcinoma puede diseminarse del útero a otras partes del cuerpo, lo que se denomina metástasis. Hay un tipo muy poco común de tumor trofoblástico del embarazo que se origina en el útero, donde se encontraba pegada la placenta. Este tipo de cáncer se llama enfermedad trofoblástica de sitio placentario. Las molas completas son asintomáticas en el 40% de los casos. Lo más frecuente es que la mola se detecte ante una sospecha de aborto espontáneo en el primer trimestre, con sangrado y dolor pélvico. Los signos clínicos del segundo trimestre (vómitos, metrorragia, aumento anómalo del tamaño del útero y, más raramente, anemia o preeclampsia) se han vuelto menos frecuentes gracias al diagnóstico ecográfico. El hipertiroidismo es excepcional. Los signos clínicos (metrorragia, vómitos, etc.) de la mola parcial son raros. Una mola suele detectarse histológicamente tras el análisis del material de aspiración de un supuesto aborto espontáneo. (18)

El seguimiento de los niveles plasmáticos de HCG permite diagnosticar la posible aparición de una neoplasia trofoblástica gestacional, lo que permitiría realizar el estiaje de la enfermedad y el tratamiento con una quimioterapia apropiada.

3.1.8.1.2 HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

3.1.8.1.2.1 PLACENTA PREVIA.- Es una de las causas de hemorragia ante parto la incidencia de placenta previa en EEUU. va de 0,2% a 0,5% de los partos. En nuestro medio, se señala una frecuencia de 0,5% es gestaciones de 40 semanas. (5)

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%. El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea

previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%. (30)

La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación, que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI). (3)

La placenta previa puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical: completa o total, cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical; parcial cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno; marginal, cuando el borde de la placenta está en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo; y de inserción baja, cuando la placenta está localizada cerca (a 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.

La embarazada con placenta previa y sangrado vaginal severo se le iniciará un manejo médico apropiado para estabilizar hemodinámicamente a la madre y permitir reevaluar en el corto tiempo para definir el manejo conservador de una gestación pretérmino o proceder a evacuar por cesárea de urgencia en los casos de persistir el sangrado o si desde el ingreso el compromiso materno es evidente, en estas situaciones no tendrá relevancia la edad gestacional, debido a las altísimas tasas de morbilidad materna asociadas al shock hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea materna. (11)

3.1.8.1.2.2 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.- Su frecuencia aumenta a medida que aumenta la edad materna, siendo más frecuente en mujeres de 40 años en las multíparas. El desprendimiento prematuro de la placenta, ocurre aproximadamente entre un 0,4 y un 3,5 por ciento de todos los partos. La forma grave, que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos. (18)

El desprendimiento prematuro de placenta es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.

El DPP suele ser clasificada de acuerdo con la severidad de la sintomatología de la siguiente manera. (1)

- Grado 0: pacientes asintomáticas y diagnosticadas sólo después del parto a través del examen de la placenta.
- Grado 1: La madre puede tener sangrado vaginal leve malestar o hipertonía uterina, pero sin peligro para la madre o el feto.
- Grado 2: La madre está sintomática, pero no en estado de choque. Hay alguna evidencia de sufrimiento fetal evidenciada por frecuencia cardíaca fetal.
- Grado 3: Las hemorragias graves, que pueden ser ocultas, conducen al choque materno y muerte fetal. Puede haber coagulación intravascular diseminada materna. (20)

Un signo característico es la hipertonía uterina, útero de consistencia leñosa y los latidos fetales ausentes cuando el grado de desprendimiento es grande o presenta sufrimiento fetal.

Las causas que producen el desprendimiento prematuro de placenta son desconocidas, pero existen varios factores asociados, tales como: hipertensivos del embarazo (incluyendo toxemia del embarazo e hipertensión arterial crónica), la edad materna avanzada, multiparidad, el consumo de cocaína o tabaco, factores mecánicos (traumatismo directo, cordón umbilical corto, pérdida de líquido amniótico), causas de útero sobre distendido (incluyendo gestación múltiple, polihidramnios), choque materno, nutrición inadecuada e infecciones.

Habrá que adoptar una serie de medidas orientadas para favorecer el diagnóstico temprano y la intervención apropiada en una institución médica. (23)

3.1.8.1.2.3 ROTURA UTERINA.- Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación. Las causas más frecuentes son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa.

La ruptura o rotura uterina es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas. Es una complicación muy grave y se acompaña de alta mortalidad materna y perinatal. Las roturas se clasifican de la forma siguiente: (23)

- Según su causa: traumática y espontánea.
- Según su localización: en segmento inferior o cuerpo.
- Según su grado: completas e incompletas.
- Según el momento: durante el embarazo o el parto.

Los síntomas más importantes; distensión marcada del segmento inferior con ascenso del anillo de Bandl, que puede llegar al ombligo (signo de Bandl). Los ligamentos redondos se ponen en tensión y parecen cuerdas que tiran del segmento (signo de Frommel). El útero a veces semeja un reloj de arena. En el tacto vaginal puede apreciarse el cuello alto tirando de la vagina y engrosado, y cuando la causa determinante es la estrechez pélvica o desproporción, puede verse la bolsa serosanguínea que puede llegar a la vulva, cuando todavía la cabeza está alta.

La paciente se queja de dolor agudo y cortante en el abdomen inferior y, a menudo, puede sentir que "algo se ha roto" dentro de ella. El buen trabajo obstétrico nos puede llevar con diagnóstico oportuno previniendo de esta manera morbimortalidad materno perinatal. (30)

3.1.8.1.3 HEMORRAGIAS DEL PARTO Y PUERPERIO.

3.1.8.1.3.1 ATONÍA UTERINA.- Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. Cuando el útero falla en

contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos. (18)

Los que desencadenan esa pérdida del tono uterino pueden ser: cansancio uterino debido a un trabajo de parto muy largo y activo o distocia (cuando el alumbramiento procede de manera anormal o difícil), parto precipitado, sobre distensión uterina por embarazo múltiple, multiparidad, uso excesivo de oxitócicos durante trabajo de parto, problemas de coagulación sanguínea, deficiencia de plaquetas en la paciente, insuficiencia renal, anemia, miomas, diabetes. La anticipación y la velocidad de actuación permitirán un mayor control de la situación.

El manejo habitual de la hemorragia por atonía uterina incluye el masaje uterino, el uso de oxitócicos, ergométricos y prostaglandinas, antes de proceder a la ligadura de las arterias hipogástricas o de realizar una histerectomía posparto. Si no se actúa de manera inmediata puede llevar a la muerte de la paciente si no se realiza un tratamiento precoz y eficaz. (8)

3.1.8.1.3.2 RETENCIÓN TOTAL DE PLACENTA Y MEMBRANAS.

DISTOCIAS DINÁMICAS.-Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia) o a contracciones perturbadas (anillos de contracción).

INERCIA.- Es un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta. Sus causas pueden ser de orden general o local. Entre las primeras se destaca el uso abusivo de drogas sedantes; entre las segundas, las malformaciones congénitas, la distensión exagerada de la fibra muscular uterina como ocurre en el hidramnios o en el embarazo gemelar, la degeneración de esta misma fibra muscular (multiparidad, obesidad, edad avanzada, fibromatosis uterina), el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica. (20)

El proceso revela el siguiente cuadro; ausencia del dolor característico que anuncia el desprendimiento o la expulsión de la placenta, disminución de la consistencia del útero, aumento de su volumen y hemorragia externa (esta última si el desprendimiento es parcial).

3.1.8.1.3.3. RETENCIÓN PARCIAL DE RESTOS PLACENTARIOS.

Con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tiramiento desde el cordón.

También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes.

El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se llevará a cabo sólo en caso de necesidad, confirma el diagnóstico. (1)

3.1.8.1.3.4 DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO.

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello, y cuerpo del útero).

Laceración del canal del parto, necesita una revisión del canal del parto, identificar el lugar de sangrado y reparar; Desgarros perineales y vaginales de I y II grado: suturar con catgut crómico 2/0. En casos de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, o ante la imposibilidad de suturar o identificar el lugar del sangrado, realizar compresión vaginal continua con gasas y referir inmediatamente a una institución de mayor capacidad resolutive. (20)

3.1.8.1.3.5 DESGARROS DEL CUELLO UTERINO.

El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos desgarro espontáneo.

Existen lesiones serias del cuello consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza, desgarros artificiales. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. Se trata de desgarros que miden más de 2cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá; son muy sangrantes, con hemorragia roja y continua, a pesar de una buena retracción uterina, debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina. (21)

3.1.8.1.4 TOXEMIAS GRAVÍDICAS.

3.1.8.1.4.1 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.

Las complicaciones inducidas por la hipertensión en el embarazo representa el 18% de las muertes maternas, en el 47% de los casos la muerte ocurre cuando se desarrolla una preeclampsia, otro 47% cuando ocurre una eclampsia y el 6% por otros cuadros hipertensivos. Cuando la muerte ocurre en una paciente con preeclampsia el 37% son debidas a complicaciones cerebro vascular, mientras que en presencia de eclampsia es de 62%.

Las complicaciones de la hipertensión inducidas por el embarazo en otros países son la causa del 12% de las muertes maternas que ocurren antes de la finalización del embarazo.

La hipertensión arterial debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente los vasos sanguíneos, en forma tanto funcional como estructural. (22)

3.1.8.1.4.1.1 Factores de riesgos para síndrome hipertensivo gestacional.- La nuliparidad aproximadamente el 75% de los casos y si la edad es de 35 años o más el riesgo de presentar la enfermedad es más alto.

Antecedentes familiares. Embarazo múltiple es cinco veces mayor que la observada en la población en general. La existencia de diabetes mellitus, polihidramnios y mola hidatiforme la aparición de preeclampsia, eclampsia es más frecuente sobre todo en las molas de gran tamaño y cuando las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habitual. Hipertensión crónica es la incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación a lo esperado.

Factores ambientales.- el riesgo es mayor en las madres que viven a más de tres mil metros sobre el nivel del mar. Desnutrición y obesidad. (11)

3.1.8.1.4.1.2 La Preeclampsia.- Es una complicación médica del embarazo también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida por el embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina.

Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno. Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos en mujeres susceptibles.

Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. La única cura es la inducción del parto, una cesárea o aborto y puede aparecer hasta seis semanas post parto. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (presión sanguínea, hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades. (20)

Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo, excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos hipertensivo pero al mismo tiempo, el riesgo aumenta con la edad materna, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad en el riesgo de preeclampsia. El riesgo es cuatro veces mayor para mujeres en cuyas familias ha habido casos de la enfermedad. También es más significativo en la aparición de preeclampsia es el haber tenido esta enfermedad en un embarazo previo. Es más frecuente en mujeres con hipertensión, diabetes previos al embarazo, enfermedades auto inmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar con preeclampsia, mujeres con obesidad y mujeres con múltiples gestaciones (gemelos por ejemplo). El riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra.

Es posible desarrollar preeclampsia después del parto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24 - 48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de preeclampsia.

La morbilidad y la mortalidad materna en la preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad. (18-23)

3.1.8.1.4.1.3 Clasificación:

3.1.8.1.4.1.3.1 Pre eclampsia leve: Tensión arterial (TA) 140/90 - 160/110 mmHg + proteinuria de 3g/24h, cefalea, visión borrosa, edema de cara manos, alteración de la función hepática.

3.1.8.1.4.1.3.2 Pre eclampsia grave: TA mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5g/24h, edema masivo que puede llegar a anasarca, edema pulmonar insuficiencia cardiaca y/o cianosis, oliguria (<500cc 24hrs) o anuria, fondo de ojo vaso espasmo marcado edema desprendimiento retina y rara

vez ceguera, dolor epigástricas, aumento de peso de más de 2 kg en una semana, cefalea intensas y persistentes.(18)

3.1.8.1.4.1.4 Etiología.- Se piensa que la preeclampsia está causada por mediadores de inflamación o toxinas que secreta la placenta y que actúan en el endotelio vascular por lo que se torna en hipoxia, ocasionando una reacción inmune caracterizada por la secreción aumentada de mediadores de la inflamación desde la placenta y que actúan sobre el endotelio vascular. La implantación superficial puede que sea consecuencia de una reacción del sistema inmune en contra de la placenta. La implantación superficial puede que sea consecuencia de una reacción del sistema inmune en contra de la placenta. Esta teoría enfatiza el papel de la inmunidad materna y se refiere a evidencias que sugieren una falla en la tolerancia materna a los antígenos paternos establecidos en el feto y su placenta. Se piensa que en algunos casos de preeclampsia, la madre carece de receptores para las proteínas que la placenta usa para inhibir la respuesta del sistema inmune materno en su entorno. (2)

Esta hipótesis es consistente con evidencias que demuestran que los abortos espontáneos son trastornos inmunológicos en los que la inmunidad materna desencadena un ataque destructivo en contra de los tejidos del feto en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la respuesta materna ha permitido una implantación normal de la placenta. Es posible que haya mujeres con niveles inflamatorios más elevados producidos por condiciones concomitantes como la hipertensión crónica y enfermedades autoinmunes, que tengan una menor tolerancia a la carga inmune de un embarazo. Actualmente se entiende que la preeclampsia es un síndrome con dos etapas, la primera de ellas siendo altamente variable, lo cual predispone a la placenta a la hipoxia, seguido por la liberación de factores solubles que resultan en muchos de los fenómenos observados clínicamente. Algunas de las teorías más anticuadas pueden ser adaptadas por estas etapas, precisamente porque los factores solubles son los causantes de las lesiones clásicas, como las del endotelio, del riñón,

inflamatorios, etc. La susceptibilidad materna es sin duda uno de las variables involucradas en la instalación del síndrome. (10)

3.1.8.1.4.1.5 Síndrome De HELLP: El síndrome HELLP se presenta en aproximadamente el 10 % de las mujeres embarazadas que tienen preeclampsia o eclampsia, sin embargo, se presenta por la complicación de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo. El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas: (2)

Hemólisis - desintegración de los glóbulos rojos.

Enzimas hepáticas elevadas - daño a las células hepáticas que altera la función hepática (detectado mediante análisis de laboratorio).

Plaquetas bajas - las células de la sangre necesarias para la coagulación y el control de la hemorragia.

La coagulación intravascular diseminada (CID, una complicación grave de la coagulación puede provocar hemorragias o sangrados graves. También se puede presentar abrupto placenta (desprendimiento temprano de la placenta). Otra complicación grave es el edema pulmonar (acumulación de líquido en los pulmones).

Una enfermedad grave puede poner en peligro a la madre y al feto y es posible que se deba inducir el parto prematuro para evitar complicaciones adicionales. La recuperación del síndrome HELLP puede llevar varios días después del parto. (10)

Los síntomas pueden incluir:

- Dolor abdominal en el lado superior derecho o dolor alrededor del estómago.
- Náuseas, vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Aumento de la presión sanguínea.
- Proteína en la orina.

- Edema (tumefacción).

3.1.8.1.4.1.5.1 Síndrome De Hellp Clase I

- Plaquetas: < 50 000 plaquetas/mm³
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.
- Fondo de ojo exudado, hemorragias y angioesclerosis.
- ECG hipertrofia ventricular.

3.1.8.1.4.1.5.2 Síndrome De Hellp Clase II

- Plaquetas: > 50.000 y < 100.000 plaquetas/ mm³
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.

3.1.8.1.4.1.5.3 Síndrome De Hellp Clase III

- Plaquetas: >100.000 y <150.000 plaquetas/ mm³
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >40 UI/L. Clasificación de Mississippi.
Clasificación de Tennessee. (11)

3.1.8.1.4.1.6 Eclampsia.- Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. La eclampsia es una emergencia obstétrica con alto riesgo materno y fetal y es el punto culminante de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Las convulsiones suelen ser tónico - clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el postparto. Puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en nulíparas se han descrito convulsiones hasta 10 días posparto. (20)

La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres con eclampsia o preeclampsia. Se sabe que la hemorragia cerebral es una complicación de una hipertensión severa, por lo que la hipertensión del

embarazo es un factor predominante en la aparición de esta situación, aunque la relación entre la hipertensión y la hemorragia cerebral no se ha cuantificado para la preeclampsia.

El síndrome de estrés respiratorio agudo en el adulto es otra complicación que aparece después de una preeclampsia aunque no se ha determinado si la causa sea el soporte respiratorio hospitalario de la paciente o si es por razón de la preeclampsia misma. Es probable que la preeclampsia sea un factor de riesgo para la aparición de epilepsia en la vida adulta de los hijos de madres con ese trastorno. (8-19)

3.1.8.1.4.1.7 Hipertensión Arterial Crónica.- Cuando se detecta TA elevada antes de la mitad del embarazo se dice que es porque la madre ya era hipertensa. Se le llama hipertensión crónica. Generalmente, como son mujeres jóvenes, no suelen saber que tienen la TA elevada y la primera noticia de esta alteración la tienen al controlarse el embarazo. La hipertensión crónica puede complicar el embarazo induciendo la aparición de una preeclampsia, sobre todo, cuando está algo alterada la función renal que se mide por la creatinina que existe en la sangre antes del embarazo. Hay que controlar estrechamente el embarazo para detectar cuanto antes un problema derivado del alta TA. (14)

Es aceptable basar el diagnóstico de hipertensión crónica con cualquiera de estos eventos:

Historia de hipertensión con cifras de 140/90 mmHg o más previas al embarazo.

Descubrimiento de hipertensión con cifras de 140/90 o mayores antes de la vigésima semana de gestación.

Persistencia indefinida después del parto o ambos hechos simultáneos. (22)

3.1.8.1.6. PARTO OBSTRUIDO:

Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del producto o por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto,

aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal. (13)

3.1.8.1.7. SINDROMES INFECCIOSOS

3.1.8.1.7.1. Endometriosis Puerperal.- Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio y la más frecuente localización de la infección puerperal. Puede asentar en la zona de inserción de la placenta o bien extenderse a toda la cavidad uterina. De cualquier manera, las lesiones son siempre más importantes y profundas a nivel del área placentaria. La sintomatología de inicio generalmente brusco, se inicia entre el 3° y 5° día después del parto, con escalofríos acompañados de temperatura que oscila entre 39 y 40 °C y taquicardia. El útero se palpa sub involucionado, blando y doloroso, los loquios suelen ser abundantes, grises o achocolatados, y más tarde purulentos y fétidos. (1)

3.1.8.1.7.2. Sepsis Puerperal.- Cuando los gérmenes que han invadido el torrente circulatorio se multiplican en el mismo, se produce la septicemia. La septicemia puerperal primitiva se debe, en la mayoría de los casos, a la rápida invasión del torrente sanguíneo por el estreptococo. Se anuncia a las 24 horas del parto por un intenso escalofrío, con temperatura que asciende a 40°C, de tipo continuo. El pulso se acelera hasta una frecuencia de 140-160 por minuto y se presenta pequeño y blando. El estado general desmejora rápidamente.

La facies se altera con la misma rapidez, mostrando un rostro pálido; la lengua está seca y los labios trémulos, las extremidades se ponen cianóticas. En contraste, el examen local no proporciona síntomas ni signos de valor.

En estos casos el hemocultivo permitirá el diagnóstico etiológico, al poner en evidencia al germen invasor, y el antibiograma dará la pauta para el uso adecuado de la terapéutica antimicrobiana. Pero desgraciadamente son excepcionales los éxitos, aún con tratamientos enérgicos y bien instituidos, ya que la muerte suele

acaecer entre el 5° y 8° día, precedida por delirios, diarreas tóxicas y disnea intensa. (19)

La septicemia puerperal secundaria sobreviene, a menudo, en la evolución grave de la endometritis. Puede sospecharse la septicemia cuando el estado general de la paciente se altera progresivamente, la facies se hace grisácea y la lengua se seca, la temperatura oscila entre 39 y 40°C. El pulso es pequeño, blando, con una frecuencia que alcanza a 140-160 por minuto. El hemocultivo debe realizarse en forma seriada y se efectuará antibiograma. A veces la evolución es nefasta, la diarrea hace su aparición, el estado general decae con rapidez y el óbito llega, inevitablemente al cabo de unos días, en medios de síntomas de profunda intoxicación: adinamia, postración y delirio. (43)

3.1.8.2 INDIRECTAS:

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo. No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en: (4)

3.1.8.2.1 Enfermedades infecciosas: Tenemos las más frecuentes tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.

3.1.8.2.2 Enfermedades metabólicas y endocrinas: Hiperémesis gravídica, diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.

3.1.8.2.3 Procesos tumorales: Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.

3.1.8.2.4 Otras patologías: Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopenia o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros. (13)

3.1.8.3 INCIDENTAL O ACCIDENTAL:

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas.

Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La muerte materna incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas. (6-13)

3.2.- ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

Autores: Verónica Rodríguez Ayquipa, Guillermo Saavedra Bendezu, Juan Galindo Matta, Jorge Ybaseta Medina.

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN LOS HOSPITALES DE ICA, PERU.

Fuente: Revista Médica Panacea, Ica (Perú), Vol. 3 N° 3: 75 – 78, diciembre 2013.

Resumen:

A través de este trabajo, se buscó conocer factores relacionados con la mortalidad materna en los hospitales de Ica, Perú. Se realizó un estudio de casos y controles, el grupo de casos fueron 07 mujeres fallecidas, comparado con un segundo grupo

control de 14 mujeres que sobrevivieron a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. En el análisis para cada variable de interés tuvo como base la estimación de Razón de Disparidad (OR) y sus intervalos de confianza en 95%.

Los resultados señalan asociación en las variables: atención del parto por otro profesional con un OR 17 e IC95%(13-216) y los pacientes referidos tienen un OR 22 e IC95% (1.85-26). Los resultados destacan la necesidad que los pacientes de alto riesgos obstétrico deben ser atendidos por el especialista en gineco obstetricia y las referencias de los pacientes con complicaciones obstétricas debe ser oportuna evitando que sean trasladados en estado crítico.

Autores: Luis Wong, Esmeralda Wong, Yanet Húsares.

Título: MORTALIDAD MATERNA EN LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD ANCASH.

Fuente: Revista Médica Peruana, Lima (Perú), Vol. 57 N° 4: 237 – 241, 2013.

Resumen:

Objetivo: Determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash. **Diseño:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo. Institución: Dirección Regional de Salud de Ancash.

Población: Gestantes que murieron. métodos: Se analizó las Fichas de Investigación Epidemiológica de las muertes maternas ocurridas en la red de los servicios de salud de la DIRESA, así como las muertes maternas ocurridas en los domicilios de la jurisdicción correspondiente, ocurridas entre los años 1999 a 2009.

Principales medidas de resultados: Razón de muertes maternas. **Resultados:** Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. El tipo de muerte materna fue directa en

83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%.

Conclusiones: La razón de mortalidad materna en la DIRESA Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio.

Autores: Lucy del Carpio Ancaya.

Título: SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERU, 2000 - 2012

Fuente: Revista Peruana Medica Experimental y Salud Publica, Lima (Perú), Vol. 30 N° 3: 461 – 464, 2013.

Resumen:

En el presente artículo se realiza un análisis respecto a la situación de la mortalidad materna en el Perú, se toma como fuente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, así como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Se evidencia una disminución en las razones de mortalidad materna entre los años 2000 y 2012, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna.

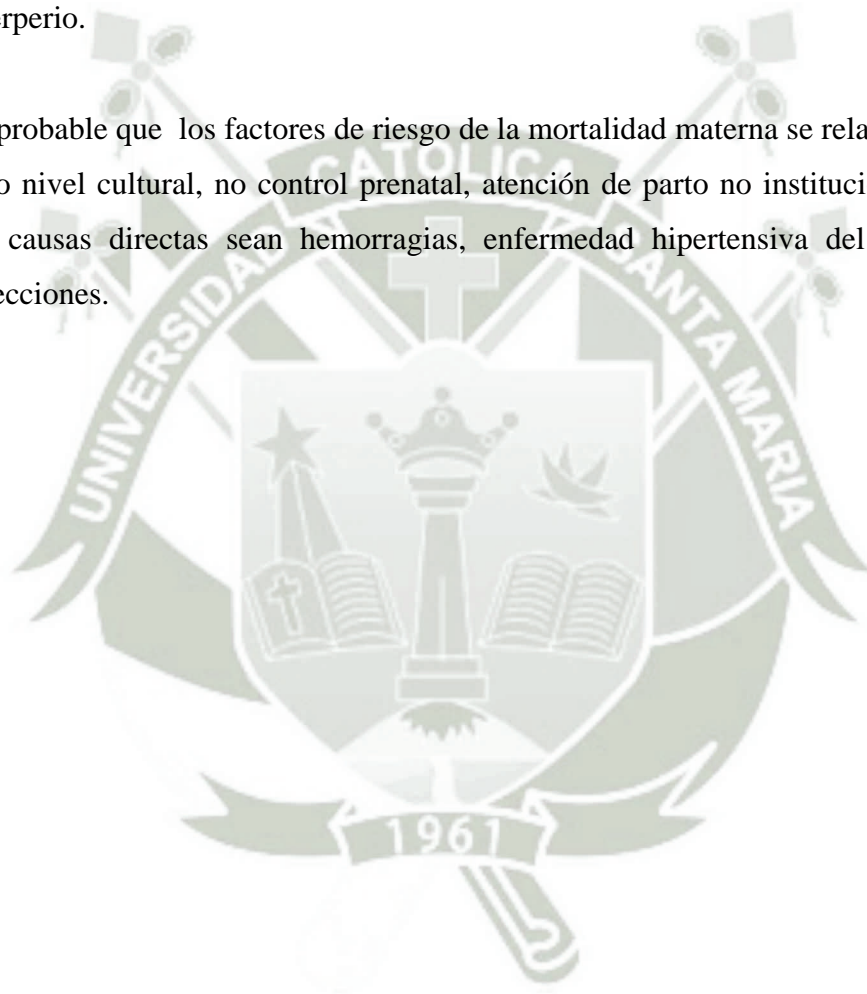
La cobertura de atención se ha incrementado en los últimos años pero todavía es necesario mejorar la capacidad de respuesta oportuna y de calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna en el Perú está relacionada con la inequidad y la falta de empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos.

Es necesario fortalecer las estrategias que se han implementado para cumplir con la meta de la reducción de la mortalidad materna en el Perú.

4.-HIPÓTESIS

Dado que la mortalidad materna es un problema de salud pública y psico-afectiva que está relacionada directamente a complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Es probable que los factores de riesgo de la mortalidad materna se relacionen por; bajo nivel cultural, no control prenatal, atención de parto no institucional, y que las causas directas sean hemorragias, enfermedad hipertensiva del embarazo, infecciones.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
FACTORES DE RIESGO	Antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> • Socioeconómicos, Culturales y Geográficos. • Gineco – Obstétricos. 	Observación documental	Ficha de recolección de datos (anexo 1)
CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Directa. • Indirecta. • Incidental o accidental. 	Observación Documental.	Ficha de recolección de datos (anexo 1)

MATERIALES

- Ficha de recolección de datos (anexo 1)

2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial.

2.1.1. Precisión del lugar.- Región Arequipa, Perú.

2.1.2. Característica del lugar.- Regional de Salud Arequipa (anexo 2)

2.1.3. Delimitación gráfica.- Croquis (anexo 3)

2.2 Ubicación Temporal.

2.2.1. Cronología.- 2004 - 2014

2.2.2. Visión temporal.- Retrospectivo.

2.2.3. Corte temporal.- Corte Trasversal.

2.3 Unidades de Estudio

2.3.1 Universo.- Muertes maternas que han sido notificadas a la Región de Salud Arequipa periodo 2004 – 2014.

a) Universo cualitativos:

-Criterios de inclusión.- Ficha de investigación de muerte materna completas.

-Criterios de exclusión.- Ficha de investigación de muerte materna incompletas.

b) Universo cuantitativo.- 178 casos.

MORTALIDAD MATERNA 2004 - 2014											
REGION DE SALUD AREQUIPA											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Arequipa	14	10	23	22	21	19	16	11	17	12	13
Total	178 casos.										
Fuente	EPI , VSP Hasta La Semana 53 Del 2014										

1.3.2 Muestra: Para efectos de estudio se tomó al 100% del total de población presentada en el periodo de estudio, es decir se tomó en

cuenta los 178 casos de muertes maternas notificadas en la Región de Salud de Arequipa en el periodo 2004 – 2014.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1.- Organización.

3.1.1.- Autorización.

Se solicitó autorización de la oficina de epidemiológica de la Región de Salud Arequipa.

3.1.2.- Supervisión Control.- De Calidad

3.2.- Recursos.

a) Humanos.

Autora.

VILMA YANETH CHALLO CURO

Asesora.

DRA. JANNET ESCOBEDO VARGAS

b) Físicos.

En cuanto a recursos físicos se utilizó:

-Ficha de recolección de datos.

-Material de escritorio.

a. Papel bond

b. Impresora a color, blanco y negro.

c. Lapiceros.

d. Engrapadora.

c) Económicos.- S/. 3000

d) Institucionales.- Dirección Regional de Salud Arequipa.

3.3.- Validación del instrumento.

3.3.1.- Procedimiento.

Ficha de recolección de datos 1.

3.3.2.- Finalidad.

- Juzgar su eficacia
- Perfeccionamiento
- Tiempo e administración

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

4.1.- A Nivel De Sistematización.

- ❖ **Tipo De Sistematización.** Manual y Electrónica.
- ❖ **Plan De Operación.**
 - **Clasificación.-** Matriz De Sistematización.
 - **Codificación.-** Se Representa un sistema de codificación en base a dígitos.
 - **Recuento.-** Manual y Electrónico
 - **Análisis.-** Pruebas Estadísticas, bi variado; cuantitativa y cualitativo. Como también tratamiento estadístico; frecuencias, medidas de tendencia central: media aritmética, mediana, moda y desviación estándar.
Manejo estadístico mediante la aplicación de la versión 16 del programa SPSS (Statital Package for the Social Sciences).
 - **Tabulación.-** Se efectuó cuadros de entrada simple y doble Entrada.
 - **Graficación.-** En base a la aplicación de diagramas de tortas y columnas agrupadas en 3D.

5.- PLAN DE RECUESTO:

- Tipo De Recuento.- Computarizado y manual (mixto).
- Necesidad De Matrices De Conteo.-si
- Prototipo De Esquema Matricial De Conteo.- si



1. SISTEMATIZACIÓN

I.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS, CULTURALES Y GEOGRÁFICOS.

TABLA N° 1

MUERTE MATERNA: SEGÚN LA EDAD

EDAD	FRECUENCIA	%
15 - 19 AÑOS	15	8.40
20 - 34 AÑOS	119	66.80
35 A MAS	44	24.72
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica.

Podemos observar que la población en estudio de 20 a 34 años está con 66.80%, y seguida con un 24.72 % en 35 años a más.

También se debe considerar que el comportamiento radica por la influencia de la fecundidad, ya que esta oscila entre los 20 a 35 años, este comportamiento, debe tomarse en cuenta para dirigir la entrega de servicios que incluyan atención integral de salud de calidad por estar en la vida productiva de la mujer.

TABLA N° 2**MUERTE MATERNA: SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	10	5.8
PRIMARIA	47	27.2
SECUNDARIA	87	50.3
SUPERIOR	29	16.8
TOTAL	173	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

El porcentaje más elevado se encuentra en el grado de instrucción “secundaria” con 50.3%, seguida por “primaria” que a su vez tiene un porcentaje de 27.2%. Hay que tener en cuenta que no, todas las mujeres tienen las mismas oportunidades educativas en diferentes partes de nuestro país.

TABLA N° 3**MUERTE MATERNA: SEGÚN EL ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CONVIVIENTE	108	61
CASADA	42	23
SOLTERA	19	11
VIUDA	5	3
SEPARADA	2	1
SIN DATOS	2	1
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Podemos observar que la población en estudio presenta con mayor frecuencia el estado civil de conviviente 61%, seguida por casadas un 23%, es decir una situación estable. El estado conyugal tiene como fin procrear, por lo que se considera un riesgo en la mortalidad materna.

TABLA N° 4**MUERTE MATERNA: SEGÚN SU OCUPACIÓN.**

OCUPACION	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	116	67
COMERCIANTE	16	9
PROFESIONAL	13	8
ESTUDIANTE	11	7
PASTORA	9	5
AGRICULTURA	4	2
OTRO	4	2
TOTAL	173	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

En el presente cuadro podemos observar que predomina la ocupación de ama de casa con 67%, seguida por comerciante 9%, debido a que en nuestra realidad peruana muchas mujeres se dedican al bienestar y cuidado de su familia.

TABLA N° 5**MUERTE MATERNA: SEGÚN LA ZONA DE RESIDENCIA**

ZONA DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	%
RURAL	79	45
URBANA	98	55
TOTAL	177	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

La mayoría de la población en estudio, reside en la zona urbana con 55% y seguido esta la zona rural un 45%.

TABLA N° 6**MUERTE MATERNA: SEGÚN EL MEDIO DE TRANSPORTE QUE
UTILIZÓ PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZÓ PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	FRECUENCIA	%
CARRO	133	84
PIE	13	8
MOTOCICLETA	11	7
MULA	1	1
CARRETILLA	0	0
TOTAL	158	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Podemos observar que el medio de transporte que utilizaron para llegar al Establecimiento de Salud fue en carro el 84%, seguida a pie un 8%.

TABLA N° 7**MUERTE MATERNA: SEGÚN EL TIEMPO DE DURACIÓN DE
TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

DURACIÓN DE TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	FRECUENCIA	%
MENOS DE 1 HORA	121	73
MAS DE 1 HORA	45	27
TOTAL	166	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Así mismo el acceso al Establecimiento de Salud más cercano, se encuentra a menos de 1 hora un 73%. Esto también influye en los factores que contribuye en la mortalidad materna. Seguida con 27% más de 1 hora.

TABLA N° 8

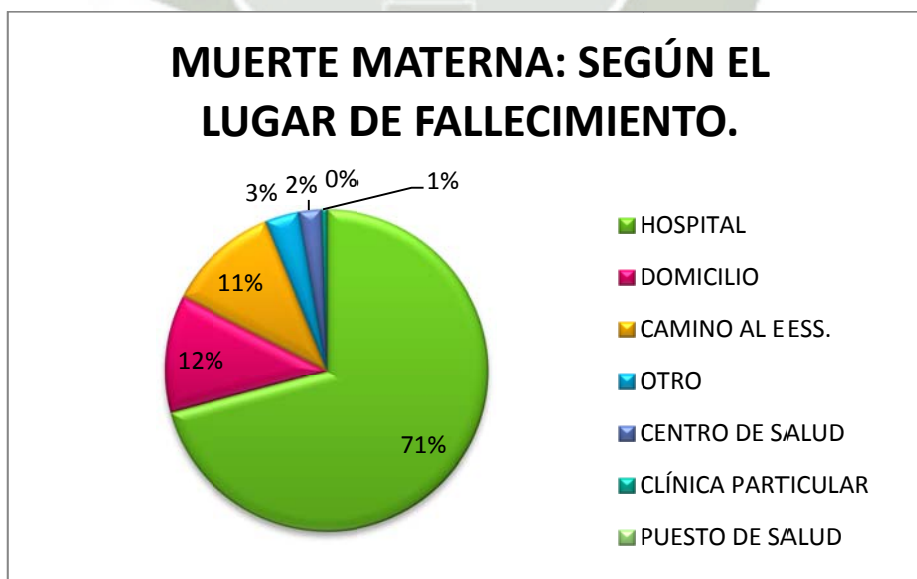
MUERTE MATERNA: SEGÚN EL LUGAR DE FALLECIMIENTO.

LUGAR DE FALLECIMIENTO	FRECUENCIA	%
HOSPITAL	126	71
DOMICILIO	21	12
CAMINO AL EESS	20	11
*OTRO	6	3
CENTRO DE SALUD	4	2
CLÍNICA PARTICULAR	1	1
PUESTO DE SALUD	0	0
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

De acuerdo a nuestro estudio si bien figura en primer lugar el hospital, con un 71% están incluidas las referencias de otros establecimientos y que luego fallecieron en dicha institución, porque llegan en un estado crítico. Asimismo se evidencia 12 % en domicilio. *En otros se encuentra (acequias, calles).

GRÁFICO N° 1



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

II. FACTORES GINECO – OBSTÉTRICOS.

TABLA N° 9

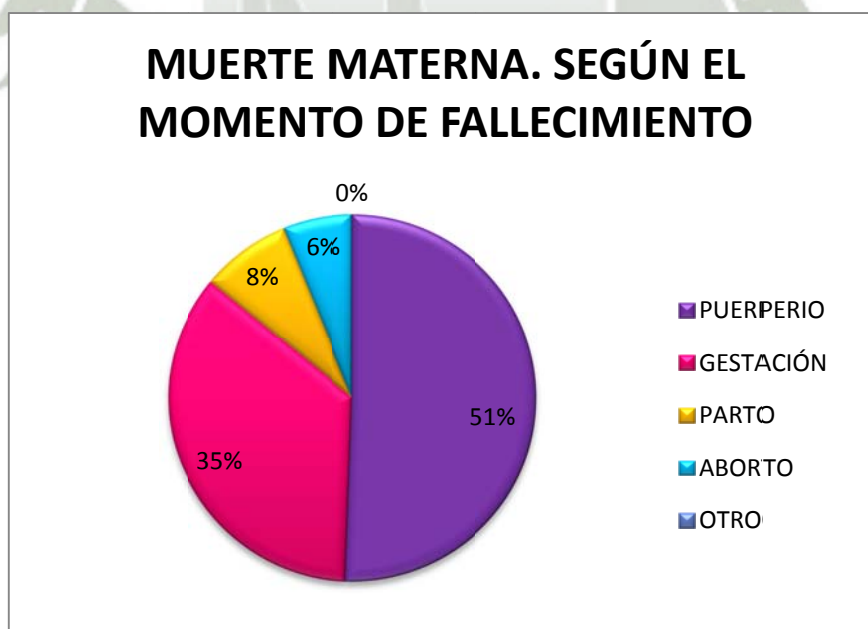
MUERTE MATERNA: SEGÚN EL MOMENTO DE FALLECIMIENTO

MOMENTO DE FALLECIMIENTO	FRECUENCIA	%
PUERPERIO	90	51
GESTACIÓN	63	35
PARTO	14	8
ABORTO	11	6
OTRO	0	0
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

De toda nuestra población sujeta al estudio encontramos que el momento de fallecimiento presento en el puerperio con 51%, seguida con la gestación de 35%.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 10

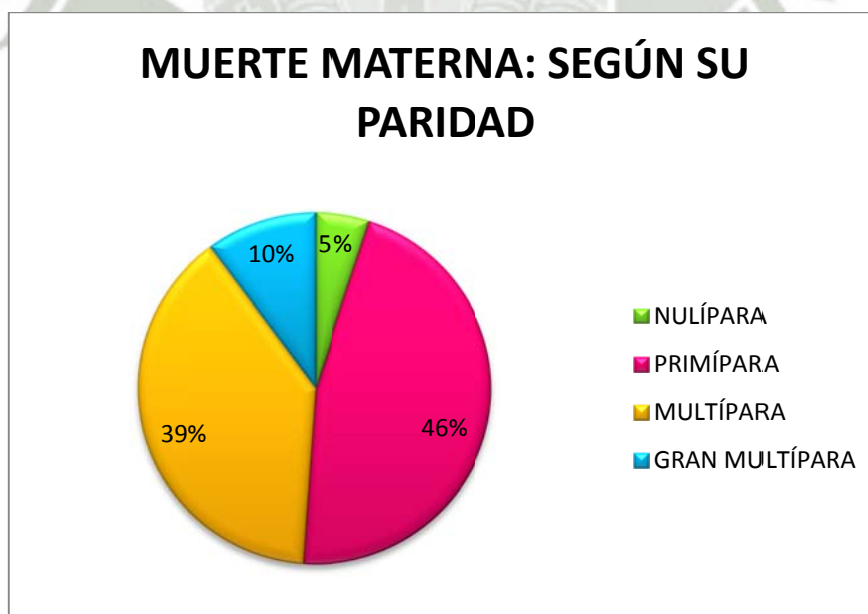
MUERTE MATERNA: SEGÚN SU PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	%
NULÍPARA	9	5
PRIMÍPARA	82	46
MULTÍPARA	69	39
GRAN MULTÍPARA	18	10
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Observamos que la población en estudio, las primíparas alcanzaron el mayor porcentaje de 46%, seguida por múltipara con 39%. Las bibliografías destacan que la multiparidad es un factor de riesgo para la mortalidad materna, pero esto no excluye a las primíparas, nulíparas.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 11

MUERTE MATERNA: SEGÚN EL CONTROL PRENATAL

TUVO CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	%
SI	126	73
NO	46	27
TOTAL	172	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

En nuestro estudio de 172 casos, sí tuvieron control prenatal un 73%, (86 casos con menos de 5 controles prenatales, 40 casos con igual y más de 6 controles prenatales) seguidas de las que no tenían control prenatal con 27%.

GRÁFICO N° 4



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 12

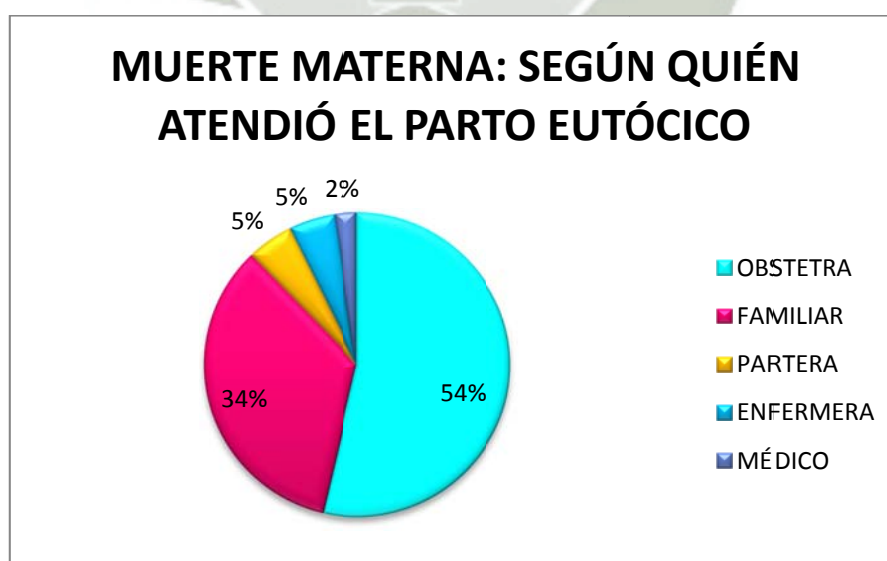
**MUERTE MATERNA: SEGÚN QUIÉN
ATENDIÓ EL PARTO EUTÓCICO**

QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO	FRECUENCIA	%
OBSTETRA	22	54
FAMILIAR	14	34
PARTERA	2	5
ENFERMERA	2	5
MÉDICO	1	2
TOTAL	41	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Nuestra población es de 41 casos, de los cuales terminaron en parto eutócico. Se pudo observar que todos los partos fueron atendidos en su mayoría por obstetras 54%, seguida con 34% por familiares de la parturienta.

GRÁFICO N° 5



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

III. CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA

TABLA N° 13

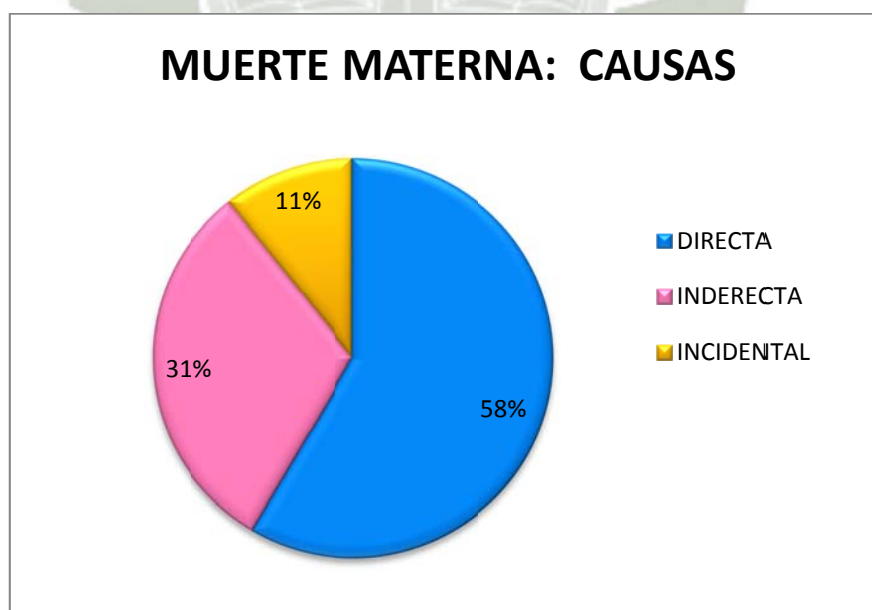
MUERTE MATERNA: CAUSAS

CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA	FRECUENCIA	%
DIRECTA	104	58
INDIRECTA	55	31
INCIDENTAL O ACCIDENTAL	19	11
TOTAL	178	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

En el periodo total de nuestro análisis, encontramos las causas de muerte materna siendo directas en un 58%, seguidas por las indirectas en un 31%, e incidental o accidental con 11%.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 14

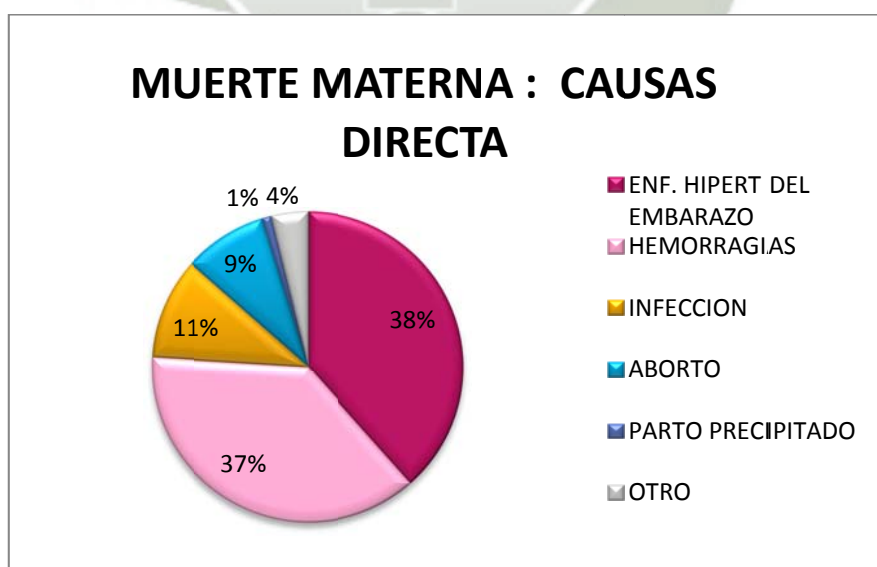
MUERTE MATERNA: CAUSAS DIRECTAS

CAUSAS DE MUERTE MATERNA : DIRECTA	FRECUENCIA	%
ENF. HIPERT DEL EMBARAZO	40	38
HEMORRAGIAS	39	37
INFECCIÓN	11	11
ABORTO	9	9
PARTO PRECIPITADO	1	1
*OTRO	4	4
TOTAL	104	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

La primera causa de muerte directa fue enfermedad hipertensiva del embarazo con 38%, (preeclampsia 9, eclampsia 24, Sind. Hellp 7). Seguida por hemorragias un 37% (retención de placenta 9, retención de restos 8, embarazos ectópicos 6, atonía uterina 4, desprendimiento prematuro de placenta 4, placenta previa 3, placenta acreta 2, desgarro de cuello uterina 1, inversión uterino 1, enfermedad trofoblastica gestacional 1). *otros (embolia de líquido amniótico, tromboembolismo).

GRÁFICO N° 7



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 15

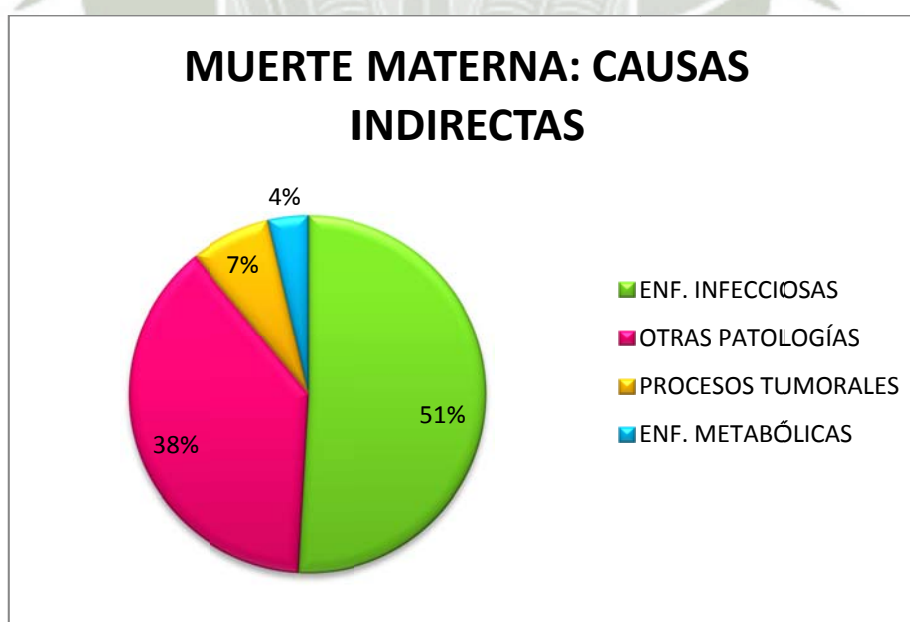
MUERTE MATERNA: CAUSAS INDIRECTAS

CAUSAS DE MUERTE MATERNA: INDIRECTA	FRECUENCIA	%
ENF. INFECCIOSAS	28	51
OTRAS PATOLOGÍAS	21	38
PROCESOS TUMORALES	4	7
ENF. METABÓLICAS	2	4
TOTAL	55	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

Dentro de las causas de muerte materna indirectas se presentó enfermedades infecciosas con 51% (neumonía 6, apendicitis aguda 3, shock séptico 3, influenza de AH1N1 3, infecciones respiratorias 2, TBC 2, bronconeumonía 1, cardiopatía reumática 1, hepatopatía infecciosa 1, peritonitis 1, tifoidea 1, tromboflebitis pélvica séptica 1, pancreatitis aguda 1) seguidas por otras patologías en un 38%, (accidente cerebro vascular 3, sida 3, leucemia 1, epilepsia 1, lupus 1, etc.)

GRÁFICO N° 8



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

TABLA N° 16

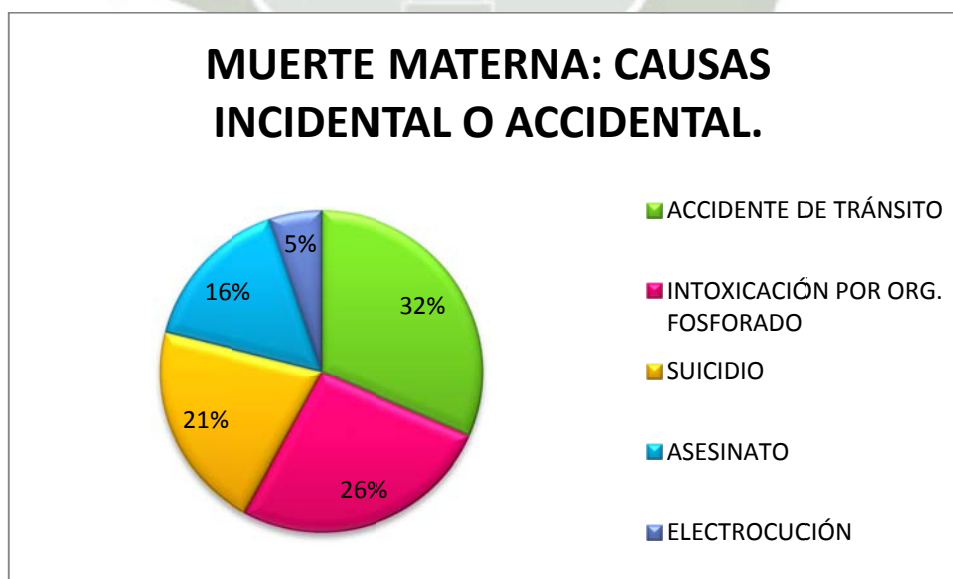
MUERTE MATERNA: CAUSAS INCIDENTAL O ACCIDENTAL

CAUSAS DE MUERTE MATERNA: INCIDENTAL O ACCIDENTAL	FRECUENCIA	%
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	6	32
INTOXICACIÓN POR ORG. FOSFORADO	5	26
SUICIDIO	4	21
ASESINATO	3	16
ELECTROCUCIÓN	1	5
TOTAL	19	100

Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica

En las causas de muerte materna incidental con 19 casos, encontramos accidente de tránsito con 32% seguidas por intoxicación por órganos fosforados con un 26%, y suicidio en un 21% quedando en tercer lugar.

GRÁFICO N° 9



Fuente: Ficha de Investigación Epidemiológica.

3. DISCUSIÓN

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. De esta forma se pudo determinar los factores de riesgos y causas de la Mortalidad Materna.

En el presente estudio, vemos que 66.8% de muertes maternas ocurrió en mujeres de 20 a 34 años de edad, diferente a lo que halló **Roció Elizabeth Portal Vásquez** Cajamarca – Perú quien reporta, que la población más afectada en muerte materna es de grupo 27 a 32 años con 34.4%(19). En otro estudio realizado por; **Benilda Puma Escobar** en Espinar – Cusco se encontró un 40.5% en 20 a 34 años de edad. (17)

En cuanto al grado de instrucción se encontró que el 50.3% tiene grado de secundaria, en comparación de lo que encontró la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011**, que se presenta un 46.7 % el grado de instrucción primaria en total de las muertes maternas. (13)

Podemos observar que la población estudiada presenta mayor frecuencia el estado civil de conviviente con 61%, seguida por casadas un 23% es decir una situación estable. A diferencia de lo hallado por **Benilda Puma Escobar** en su estudio en Espinar – Cusco, encontró que un 89.2% son casadas/conviviente, seguida por soltera con 10.8% (17).

Se encontró que un 67% de las mujeres tienen como ocupación ama de casa, seguida de comerciante con 9%, mientras que en otro estudio realizado por **Benilda Puma Escobar** en su estudio en Espinar – Cusco, encontró un 91.9% amas de casa, seguidas por el agricultor con 8.1%(17). A diferencia del estudio del **“Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, encontró un 83.7% como principal ocupación ama de casa. (13)

La mayoría de los casos de muerte materna un 55% pertenecían a una zona residencial urbana, seguida con 45% en el rural, a diferencia a lo que halló **Roció Elizabeth Portal Vásquez** Cajamarca – Perú quien reporta, un 92.2% rural y urbano marginal con 5.6%. (19)

El medio que utilizaron para transportarse al establecimiento de salud fue en carro en el 84% de los casos, seguida de un 8% a pie. En cuanto a la duración del traslado al establecimiento de salud se encontró con menos de 1 hora un 73% de los casos, seguida de un 27% en más de 1 hora. Diferente a lo que halló **Benilda Puma Escobar** su estudio en Espinar – Cusco, encontró un 55.4% con más de una hora, 44.6% menos de una hora al llegar al establecimiento de salud. (17)

El 71% de las muertes maternas fue en hospitales, seguidas por domicilio con 12%, son el reflejo de ciertos elementos negativos, como el incumplimiento del sistema de referencia y estado crítico con que llega al hospital, a diferencia de la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, encontró en su estudio que el lugar de fallecimiento fue en hospitales de un 73.4% (13), en otro estudio realizado por **Luis Wong, y Yaneth Húsares. Mortalidad Materna en la Dirección Regional de Salud Ancash, 2009**, encontró porcentajes aproximados al estudio el lugar de fallecimiento de las gestantes fue en hospital con 38%, seguidas por domicilio un 48%. (24)

Se encontró que un 51% de las mujeres fallecieron durante el puerperio, seguidas por el embarazo de 35%, mientras que la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, encontró en su estudio que el momento de fallecimiento fue en el embarazo de 58.9%, puerperio 30.3% y parto 10.8%. (13), a diferencia que halló **Mario Antonio Domínguez de la Peña, análisis de 129 casos de Mortalidad Materna 2011 México**, encontró que un 45% fallecieron en el puerperio poscesárea, 22% durante el puerperio posparto y 21% durante el embarazo. (26)

Con relación a la paridad, se encontró 46% en las mujeres primíparas y múltiparas un 39%, de manera distinta halló **Luis Wong, y Húsares. Ancash**,

2009 encontró que el 74% eran nulíparas y multíparas, 26% primíparas y secundíparas. (24)

En el estudio de 172 casos, sí tuvieron control prenatal un 73%, (86 casos con menos de 5 controles prenatales, 40 casos con 6 o más controles prenatales) seguidas de las que no tenían control prenatal con 27%. Estos resultados, ponen en discusión la calidad de la intervención obstétrica, por la captación inoportuna de gestantes lo que se evidencia con la concurrencia a su atención prenatal, gestantes que no tuvieron CPN.

De los 41 casos que terminaron en parto eutócico, se encontró que el 54% fue atendido por obstetras, 34% por familiares, a diferencia de la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, halló un 49.5% fueron atendidos por profesional médico, 28.1% por profesional no médico. (13) mientras que **INEI – ENDES PERU 2013**, señaló que el 89.1% de partos fueron asistidos por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera). (6)

Se encontró 178 muertes maternas en el lapso 2004 al 2014 y las causas directas fueron 58% (104 casos), indirectas un 31% (55 casos) y accidental 11% (19 casos), a diferencia a lo que halló **Benilda Puma Escobar en un estudio en Espinar – Cusco** quién encontró muertes maternas en un 83.8% de causas directas y 16.2% causas indirectas (17). Mientras que la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, evidenció muertes maternas por causas directas con 37.2%, seguidas por 30.5 % causas indirectas y 3.7% causas incidentales. (13) en otro estudio de **Mario Antonio Domínguez de la Peña, análisis de 129 casos de Mortalidad Materna 2011 MÉXICO**, encontró causas directas en 54%, 45% causas indirectas (26). Y casi con la misma similitud encontró **Luis Wong, y Húsares. Ancash, 2009**, manifestando que las muertes maternas fue por causas directas un 83% (201 casos), 13% causas indirectas (32 casos) y causas incidental un 4% (9 casos). (24)

La primera causa de muerte materna directa, fue enfermedad hipertensiva del embarazo de 38% seguidas por hemorragias 37% que ocupó el segundo lugar, infección 11% y aborto con un 9%. A diferencia a lo que halló **Luis Wong, y Húsares. Ancash, 2009**, como causas directas fueron hemorragias obstétricas 56%, seguida la enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7%, aborto 4%. (24) mientras que en la **Dirección General De Epidemiología “Ministerio de Salud” Mortalidad Materna Perú 2002 – 2011 (AREQUIPA)**, en su estudio encontró que las causas directas fueron; trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio un 20.4%, hemorragias obstétricas de 18.7% (13) de manera distinta en el estudio de la **Organización Panamericana de la Salud – Perú 2012**, muestra resultados de muertes maternas de causas directas a las hemorragias obstétricas un 40.2%, seguida por enfermedades hipertensivas del embarazos un 32% y aborto 17.5%. (47)

Las muertes maternas por causas indirectas fue, el 51% de enfermedades infecciosas, seguidas por otras patologías un 21%. En las causas de muerte materna incidental de (19 casos), se encontró accidente de tránsito un 32% seguida por intoxicación por órganos fosforados 26%, suicidio de 21%.

4. CONCLUSIONES.

PRIMERA: Dentro de los factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna de la Región de Salud Arequipa en el periodo 2004 al 2014; se encontró entre 20 a 34 años de edad 66.8%, grado de instrucción con estudios secundarios un 50.3%, estado civil de convivencia 61%, residencia urbana de 55%, medio de transporte utilizado el carro 84%, el tiempo de traslado al establecimiento de salud es <1 hora 73%, lugar de fallecimiento en hospitales 71%, momento de fallecimiento en el puerperio 52%, la paridad con el 46% en primíparas, tuvieron control prenatal un 73%, partos eutócicos atendidos por obstetras 54%.

SEGUNDA: Dentro de las causas asociadas a Mortalidad Materna de la Región de Salud Arequipa en el periodo 2004 al 2014; se encontró causas directas un 58%, indirectas de 31%, las incidentales con 11%. Dentro de las causas directas está la enfermedad hipertensiva del embarazo 38%, hemorragias obstétricas con 37%, y en la indirectas está, enfermedades infecciosas un 51%, incidentales está, accidentes de tránsito con el 32%.

TERCERA: Se evidencio mayor relevancia en causas de mortalidad materna que factor de riesgo asociados a la mortalidad materna.

5. RECOMENDACIONES

PRIMERO: Es necesario dar a conocer los análisis de todas las muertes maternas ocurridas en la región de salud de Arequipa.

SEGUNDO: Brindar una atención de calidad en el control prenatal, atención del parto y puerperio, con énfasis en los factores de riesgo sin subestimar los mínimos detalles.

TERCERO: Sensibilizar el parto institucional y los cuidados en el puerperio y del recién nacido. Ofrecer los servicios de planificación familiar y otros.

CUARTO: Es necesario que el personal de salud tenga competencias en el manejo de emergencias obstétricas y neonatales. El manejo debe ser correcto y oportunamente del sistema de referencia y contrareferencia.

QUINTO: En zonas rurales trabajar conjuntamente con la familia, comunidad y autoridades correspondientes, para elaborar un plan de contingencia en caso de una emergencia, para el traslado a otro establecimiento de salud de alto nivel resolutivo.

SEXTO: Es fundamental e importante el llenado correcto y completo de las fichas de investigación epidemiológicas de Muertes Maternas, ya que sirven para estudios de investigación epidemiológicas, académicas y otros.

SEPTIMO: Finalmente, este trabajo de investigación debe servir como referencia para estudios profundos sobre la mortalidad materna en el país. Ni el personal de salud, ni nuestras autoridades políticas y de salud deben olvidar la otra cara del problema: Lo que se genera después de la muerte materna en una familia.

BIBLIOGRAFIA.

LIBRO Y TESIS.

1. Charles B., Ling F., Barzansky B., William N. P. y Otros. **Obstetricia Y Ginecología**. 6ta Edición, Editorial. Copyright. España. Pág. 209, 2010.
2. Gabbe S., Niebyl J. **“Obstetricia. Normalidad Y Complicaciones En El Embarazo”**. 3era Edición. Ed. Marbán. Madrid. España, Pág. 56 2003.
3. Guillermo V. E.S.E. Clínica De Maternidad Rafael Calvo C. **Protocolo De La Placenta Previa** Pág. 4-7. Octubre 2009.
4. Gobierno Regional De Arequipa Oficina De Epidemiología. **Análisis De Situación De Salud, Gerencia Regional De Salud Arequipa 2007**, Arequipa 2007, pág. 125 – 126.
5. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Perú **Encuesta demográfica y de salud familiar nacional y departamental 2011**. Lima, pág. 309. Mayo del 2012.
6. Instituto Nacional De Estadística E Informática. Perú **Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES nacional y departamental 2013**. Lima, Pág. 404 - 405. Mayo del 2014
7. Instituto Nacional De Estadística E Informática. **Perú Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar Nacional Y Departamental 2010**. Lima, pág., 12 – 15 abril 2011.
8. Ministerio De Salud Perú. **Norma Técnica Atención Obstétrica Atención Prenatal**. Perú 2004. Pág. 6- 10. 2004.
9. Ministerio De Salud Perú. **Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural**. Perú 2005. Pág. 16. 2005.

10. Ministerio De Salud Perú: **Guía Técnica; Guía De Práctica Clínica Para La Atención De Emergencias Obstétricas** Según Nivel De Capacidad Resolutiva. Lima - Perú 2007. Pág. 19 - 21 Enero 2007.
11. Ministerio De Salud Perú. Instituto nacional materno perinatal: **Guía De Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología**. Lima - Perú 2010. Pág. 24, 2010.
12. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; **United Nations Population Fund. La mortalidad materna en el Perú 2002 - 2011**. LIMA. MINSA, pág. 24 – 26, 2013.
13. Maguiña M., Miranda J. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. **La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011**. Lima, pág. 57 – 58. 2013.
14. Macías Seda J., Moscoso C. **Matronas Del Servicio Vasco De Salud – Osakidetza**. Editorial Mad.S.L. España. Pág. 298- 300. 2012.
15. OMS, UNICEF EL UNFPA, Banco Mundial Y La División De La Población De Las Naciones Unidas, **TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD MATERNA 1990 – 2013**. Biblioteca de la OMS, pág. 11 – 14. Mayo 2014.
16. Peñas O., Torres M., Gómez Ana M. **Un Modelo De Gestión Social: La Ocupación Como Factor De Inclusión Y Calidad De Vida De Población Vulnerable. Colombia**: Universidad Nacional De Colombia. 2008.
17. Puma Escobar Benilda Haydee. **Factores que determinan la muerte materna en la red de sanidad de salud canas – cachis Espinar 2002 – 2007** MINSA Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2008
18. Reece. Hobbins, **Obstetricia Clínica**.3ra Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. Pág. 686. 2010.
19. Portal Vásquez rocio Elizabeth. **Consecuencias sociales y familiares de la muerte materna en la sub región de salud Cajamarca**. Universidad San Pedro, Cajamarca 2009.

20. Schwarcz R., Fescina R., Obstetricia. 6ta Edición Buenos Aires. Editorial El Ateneo. Pág. 629. 2009.

21. Yupanqui C. E. **Riesgo De Mortalidad Materna En Embarazadas En El Canton Saquisli 2004 – 2008.** (Tesis De Grado). Ecuador. Servicio De Publicación E Intercambio Científico Universidad De Guayaquil, Facultad De Ciencias Médicas.2012.

22. Watanabe V. T. **La Reducción De La Mortalidad Materna Y Su Relación Con Factores Socio sanitarios Asociados Perú 2001 – 2010.** (Tesis Post Grado). Lima - Perú. Servicio De Publicación E Intercambio Científica Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad De Ciencias Sociales. 2012.



HEMEROGRAFIA E INFORMATOGRAFÍA

23. Acho S., Pichilingue J., Díaz J., Paredes J. **Hemorragia De La Segunda Mitad Del Embarazo**, En Un Hospital Nacional De Lima. Rev. Gineco. Obst. 2011, 57 (1). Pág. 243 – 247 octubre 2011.
24. Cordero M., Gonzales G. **Factores Socioeconómicos y de Servicios De: Salud Asociados Con La Mortalidad Materna**. Rev. Ciencias biomédicas.2011; 2 (1): 77 – 85.
25. Donoso E., Forge C., Poblete J. **La Edad De La Mujer Como Factor De Riesgo De Mortalidad Materna, Fetal Neonatal E Infantil**. Rev. Med. Chilena 2014, 142 (1): 168 – 174.
26. Domínguez De La Peña, y Otros. **Análisis De 129 Casos De Mortalidad Materna 2011 En La CONAMED**. Rev. CONAMED 2012; 17 (1): 32 – 36.
27. Elías A., Deustua A. **Evolución En El Intercambio Económico En El Perú: evolución del transporte terrestre**. 7 De Septiembre De 2010. <http://intercambio201002.blogspot.com/p/prueba-1.html>.
28. Gallego L., Vélez G., Agudelo B. **Panorama De La Mortalidad Materna. 2005**. <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>.
29. Giménez Salvador. **Artículo De Medicina 21; Que Es La Mola Hidatiforme**. 14 De Septiembre 2009. [http://www.medicina21.com/Articulos-V1559-Que es la mola hidatiforme.html](http://www.medicina21.com/Articulos-V1559-Que%20es%20la%20mola%20hidatiforme.html)
30. Herrera M. **MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO**. Revista Chilena obstétrica ginecológica, Vol. 68 N°6. Pág. 536 – 543, Junio del 2008.
31. Human L. Ministerio De Educación. **Evolución Y Condiciones De La Educación Del Perú**. 2013. 28 de julio 2013. http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_educativo_del_Per%C3%BA

32. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. **La Mortalidad Materna En El Perú**. Boletín Epidemiológico (Lima). 2012; Vol. 21 (52): pág. 892- 894.
33. Ministerio De Salud. **Plan Estratégico Nacional Para La Reducción De La Mortalidad Materna Y Perinatal 2009 – 2015**. Lima - Perú, MINSA, Editorial; ARTPRINT 2009 pág. 35- 38.
34. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. **La mortalidad materna en el Perú**. Boletín Epidemiológico semanal. Arequipa 2014; Vol. 1, N°53, pág. 9.
35. Mejía M., Téllez G., Gonzales Á. **Investigación materno infantil. Morbilidad materna externa y muertes maternas**. Rev. Medigraphic.2012. septiembre – diciembre 2012 México. Vol. IV, N°3. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123e.pdf>.
36. Ministerio de educación de Colombia, OPS. 2006. **Reducción de la mortalidad materna en Colombia es progresiva**. <http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/article-111505.html>.
37. Medici Andrés, Temas En Debate: **Mortalidad Materna En América Latina**, 27 Junio 2014. <http://inclusionosalud.org/2014/06/27/temas-en-debate-mortalidad-materna-en-america-latina/>
38. Ministerio De Salud Del Perú, Dirección General De Epidemiologia, Red Nacional De Epidemiologia, **Distribución De Muertes Maternas Del Perú 2014**. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2014/SE02/mmaterna.pdf>
39. Ministerio De Salud. **Censos Nacionales 2007: XI De La Población y VI De Vivienda**. Pág. 56-58. <http://desa.inei.gob.pe/Censos2007/Pobreza/>.
40. OMS. Centro de prensa, **Mortalidad Materna, Nota descriptiva N°348, Mayo de 2014**. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
41. OMS – OPS Uruguay, Once Países De America Latina Y El Caribe Registraron Avances **En La Reducción De La Mortalidad Materna**, Satizábal J., Moreno L., Montoya J., García F. Preeclampsia, Problema De Salud Publica

Latente. Rev. Cient. De América Latina Y El Caribe, España Y Portugal. 2010.
Vol. 35 (1) 2010

42. Sistema de las Naciones Unidas en el Perú. **Avances en la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio: informe de 2013.** <http://onu.org.pe/que-son-los-odm/avances-en-la-consecucion-de-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-informe-2013/>.

43. S. Iniesta, V. Engels, L. San Frutos, J. Botija, F. Izquierdo, Jm Bajo.; **Manejo De La Hemorragia Puerperal Masiva Por Atonía Uterina Con Desvascularizacion Progresiva Del Útero, Blynch Modificado Y Antitrombina III.** Rev. Progr De Obst. Y Gineco.2004; Vol. 47. N°12.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501304760549>

44. **Según Nuevo Informe De La ONU**, Washington, DC ,6 de mayo 2014.
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias.

45. Saavedra G, Ybaseta J., Rodríguez V., Matta J., **Factores De Riesgo Asociados A La Mortalidad Materna En Los Hospitales De Ica, Peru.** Rev. Méd. Panacea, Ica - Perú, Vol. 3 N° 3. Pag. 76. Diciembre 2013.

46. Ruiz Rosas Roberto Aguli Y Cruz Polita Del Pilar. **Mortalidad Materna En El IMSS Periodo 2009 – 2012.** Rev. Med. Insti. Mexico. Vol. 52 N°4. Pag. 388 – 396.

47. OPS- MINSA Dirección General De Epidemiología – **Perú. Drama de la muerte materna en el Perú 2012.** <http://www.minsa.gob.pe/s/2012/maternidad/estadistica.asp>.

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE MUERTE
MATERNA**

NOMBRE DE LA FALLECIDA.....
DOMICILIO.....
AÑO DE FALLECIMIENTO.....
REGIÓN.....
ESTABLECIMIENTO QUE REPORTA.....

I.- FACTORES SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y GEOGRAFICOS.

- 1.- EDAD (AÑOS) AL FALLECER. 5.- ZONA DE RESIDENCIA.
- a) 15 – 19. a) Urbana.
b) 20 – 34. b) Rural.
c) 35 a más.
- 2.- ESTADO CIVIL. 6.- MEDIO DE TRANSPORTE QUE
UTILIZO PARA LLEGAR AL EESS.
- a) Soltera. a) Carro.
b) Casada. b) Motocicleta.
c) Conviviente. c) Carretilla.
d) Viuda. d) Mula.
e) Divorciada. e) A pie.
f) Separada.
- 3.-GRADO DE INSTRUCCIÓN. 7.- DURACION DE TRASLADO AL
EESS.
- a) Analfabeta. a) Menos de 1 hora.
b) Primaria. b) Más de 1 hora.
c) Secundaria.
d) superior
- 4.- OCUPACION. 8.- LUGAR DE FALLECIMIENTO.
- a) Ama de casa. a) Puesto de Salud.
b) Estudiante. b) Centro de Salud.
c) Agricultura. c) Hospital.
d) Comerciante. d) Clínica Particular.
e) Profesional. e) Domicilio.
f) Otros..... f) Camino al EESS.
g) Otro.....

II. FACTORES GINECO – OBSTETRICOS.

1.- MOMENTO DE FALLECIMIENTO.

- a) Gestante.
- b) Parto.
- c) Puerperio
- d) Aborto.
- e) Otro.

2.- PARIDAD

- a) Primípara.
- b) Multípara.
- c) Gran multípara.

3.- GESTANTE.

- a) No
- b) Si

4.- PUERPERA.

- a) Inmediata (24 horas).
- b) Mediata temprano (7 días
posparto).
- c) Mediata tardío (8 – 42 días
posparto).

4.- TUVO CONTROLES PRENATALES CON EL EESS.

- a) SI.
- b) NO.

5.- TERMINO DEL EMBARAZO.

- a) No termino.
- b) Aborto.
- c) Parto eutócico.
- d) Cesárea.

6.- QUIEN ATENDIO EL PARTO.

- a) Enfermera.
- b) Obstetriz.
- c) Médico.
- d) Partera.
- e) Familiar.
- f) Esposo.

III. CAUSAS DE LA MUERTE MATERNA.

1.- DIRECTA.

- a) Hemorragias.....
-
- b) Toxemia.....
-
- c) Infección.....
-
- d) Aborto.....
-
- e) Otras.....
-

2.- INDIRECTA.

- a) Enfer.
Infecciosas.....
- b) Enfer. Metabol Y
Endocrinas.....
-
- c) Procesos
Tumorales.....
- d) Otras
Patologías.....

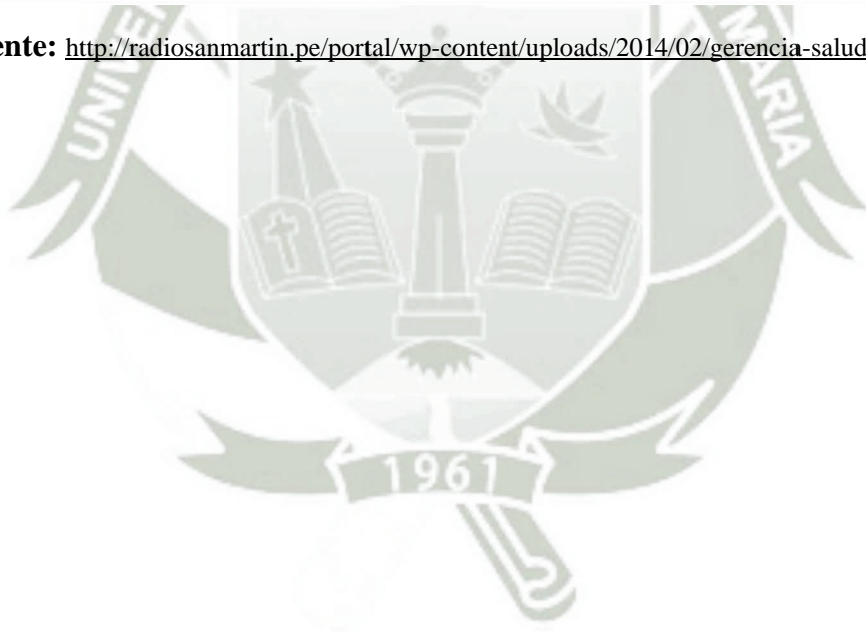
3.- INCIDENTAL O ACCIDENTAL.

- a) Accidente de tránsito.
- b) Caídas accidentales.
- c) Accidentes de trabajo.
- d) Ahogamiento.
- e) Aplastamiento.
- f) Asfixia.
- g) Otros.....

ANEXO N° 2 “CROQUIS”



Fuente: <http://radiosanmartin.pe/portal/wp-content/uploads/2014/02/gerencia-salud-Aqp-II.jpg>.



ANEXO N° 3 “DELIMITACION GRAFICA DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA
Y SUS PROVINCIAS”



Fuente: <http://es.static.z-dn.net/files/d9b/ae92ca0827d8b08d13e2a44129b2001.jpg>.

Departamento de Arequipa y sus Provincias.



Fuente: <http://3.bp.blogspot.com/-SoD-hM4XHJ4/TopfKItGAHI/AAAAAAAAA0to/sgmZtGdoiwo/s1600/Mapa%2Bpolitico%2Bde%2BArequipa%2B%2528Departamento%2529%2B-%2BPeru.JPG>.





100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------