

Mortalidad materna en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote: características epidemiológicas y clínicas, 2006-2015.

Maternal mortality in the Eleazar Guzmán Barrón Hospital - New Chimbote: epidemiological and clinical characteristics, 2006-2015.

Mortalidade materna Eleazar Guzmán Hospital Barrón - Nuevo Chimbote: características epidemiológicas e clínicas, 2006-2015.

Linda R. Acosta Yparraguirre¹, Pilar Ugaz Velásquez¹, Chabelly J. Boca Gutierrez¹

Resumen

Para determinar las características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, se realizó la investigación aplicada, cuantitativa, descriptiva, retrospectiva y transversal, de muertes maternas ocurridas entre el 2006-2015. Constituye el diagnóstico de una Propuesta de un Macroproyecto en Salud Pública de la USP. La información se obtuvo de las historias clínicas y se incorporaron a una ficha de registro, la cual se validó por juicio de expertos. Se registraron 22,018 Nacidos Vivos (NV) y 16 Muertes Maternas (MM), obteniendo una Razón de Mortalidad Materna de 74,0 MM por 100 mil NV. Las características epidemiológicas más importantes fueron: edad promedio 29,6 años (77,8% tenía entre 20 a 34 años); educación secundaria 33%; estado civil: convivientes 50%; ocupación: labores del hogar 89%; y procedencia: urbana 61%. Las características clínicas fueron: 39% tuvo entre 37 a 40 semanas de gestación; multiparas 33%; multigestas 56%; atención prenatal nula o menor de 6: 89%; no usaron método anticonceptivo: 72%; diagnóstico de ingreso: 72% fueron gestantes; eclampsia en el parto: 6%; infección puerperal: 17%. El principal tipo de muerte materna fue directa: 56%; indirecta: 33% y no relacionada: 11%. La causa básica de muerte materna directa fue: hemorragia (22%); infección (17%) y trastorno hipertensivo del embarazo (11%). Las causas de hemorragia fueron por atonía uterina: (11%); embarazo ectópico: (5,5%) y mola hidatiforme: (5,5%). La muerte indirecta fue por: IRA (11%), SIDA (5,5%), intoxicación por medicamentos (5,5%), hipertiroidismo (5,5%) y suicidio (5,5%). La muerte no relacionada fue por TEC grave (11%). En esta década, la Razón de Mortalidad Materna ha sido inestable, pero con tendencia al descenso considerable en el II quinquenio. Se concluyó que existen características epidemiológicas y clínicas que incidieron en la mortalidad materna del HREGB. Las epidemiológicas fueron: edad, estado civil y ocupación; y las clínicas: paridad, gravidez, atención prenatal, planificación familiar, edad gestacional, diagnóstico de ingreso y patologías del puerperio.

Palabras clave: Mortalidad materna, características epidemiológicas y clínicas.

Abstract

To determine the epidemiological and clinical characteristics that affect maternal mortality at Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital, basic, quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional investigation of maternal deaths between 2006-2015 was performed. It is the diagnosis of a Public Health Macroproject USP Project. The information was obtained from medical records and were entered into an application form, which was validated by the expert's opinion. 22,018 Live births (NV) and 16 maternal deaths (MM) were recorded, obtaining a Maternal Mortality Ratio MM 74.0 per 100,000 NV. The most important epidemiological characteristics were: mean age of 29.6 years (77.8% were between 20 and 34 years); Secondary education of 33%; Marital status: 50% cohabitation; Occupation: 89% of the household; And sources: urban 61%. The clinical characteristics were: 39% had between 37 and 40 weeks of gestation; Multiparous 33%; Multidrop 56%; Zero or less prenatal 6: 89%; They do not use contraception: 72%; Admission diagnosis: 72% were pregnant; Eclampsia during childbirth: 6%; Puerperal infection: 17%. The main type of maternal death was direct: 56%; Indirect: 33% and unrelated: 11%. The basic cause of direct maternal death was hemorrhage (22%); Infection (17%) and hypertensive pregnancy disease (11%). The causes of bleeding were due to

¹ Facultad Ciencias de la Salud. Universidad San Pedro, Chimbote-Perú. lindaacostay@hotmail.com

Recibido, 28 de enero de 2017

Aceptado, 28 de octubre de 2017

uterine atony (11%); Ectopic pregnancy (5,5%) and hydatidiform mole (5,5%). Death was indirect: ARF (11%), AIDS (5,5%), drug toxicity (5,5%), hyperthyroidism (5,5%) and suicide (5,5%). Death was not related by severe TBI (11%). In this decade, the Maternal Mortality Ratio was unstable but with a significant downward trend in the second five years. It was concluded that there are epidemiological and clinical characteristics that influenced HREGB maternal mortality. Epidemiological studies were: age, marital status and profession; And clinics: parity, pregnancy, prenatal care, family planning, gestational age, admission diagnosis, and puerperal pathologies.

Keywords: Maternal mortality, epidemiological and clinical characteristics.

Resumo

Para determinar as características epidemiológicas e clínicas que afetam a mortalidade materna no Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, investigação básica, quantitativo, descritivo, retrospectivo e de corte transversal de mortes maternas entre 2006-2015 foi realizada. É o diagnóstico de uma Proposta de Saúde Macroprojeto USP Público. A informação foi obtida a partir de registros médicos e foram incorporados em um formulário de inscrição, que foi validado pelo parecer dos peritos. 22.018 Nascidos Vivos (NV) e 16 mortes maternas (MM) foram registrados, a obtenção de uma Razão de Mortalidade Materna MM 74,0 por 100.000 NV. As características epidemiológicas mais importantes foram: idade média de 29,6 anos (77,8% tinham entre 20 e 34 anos); ensino secundário de 33%; estado civil: coabitação 50%; ocupação: 89% do lar; e as fontes: urbano 61%. As características clínicas foram: 39% tinham entre 37 a 40 semanas de gestação; múltiparas 33%; multigravídas 56%; zero ou menos pré-natal 6: 89%; eles não usam a contracepção: 72%; diagnóstico de admissão: 72% estavam grávidas; eclampsia durante o parto: 6%; infecção puerperal: 17%. O principal tipo de morte materna era direta: 56%; indirecta: 33% e não relacionados: 11%. A causa básica de morte materna direta foi hemorragia (22%); infecção (17%) e doença hipertensiva da gravidez (11%). As causas do sangramento foram devidas a atonia uterina (11%); A gravidez ectópica (5,5%) e mola hidatiforme (5,5%). A morte foi indirecta: IRA (11%), a SIDA (5,5%), a toxicidade da droga (5,5%), hipertireoidismo (5,5%) e suicídio (5,5%). A morte não foi relacionado pelo TCE grave (11%). Nesta década, a Razão de Mortalidade Materna foi instável, mas com uma tendência a diminuição considerável nos segundos cinco anos. Concluiu-se que existem características epidemiológicas e clínicas que influenciaram HREGB mortalidade materna. Epidemiológico foram: idade, estado civil e profissão; e clínicas: paridade, gravidez, cuidados pré-natal, planejamento familiar, idade gestacional, diagnóstico de admissão e patologias puerperal.

Palavras-chave: Mortalidade materna, epidemiológica e características clínicas.

Introducción

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. A nivel del mundo diariamente mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que para finales de 2015 habrían muerto unas 303,000 mujeres por esta razón. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría es evitable. El 99% ocurre en países en desarrollo, en zonas rurales y comunidades pobres. Asimismo, en comparación con otras mujeres, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. El 2015, en el mundo el promedio de Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de 216 Muertes Maternas (MM) por 100 mil Nacidos Vivos (NV); en los países en desarrollo fue 239 y en América Latina y el Caribe fue 67. Las cifras más bajas las ostentan Grecia, Polonia e Islandia con 3 MM por 100 mil NV. (Banco Mundial, 2016). Hay grandes disparidades entre países y en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana (OMS, 2014).

En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística fue de 93 MM por 100 mil NV (INEI, 2013); según la OMS fue de 89 (OMS; Estadísticas Mundiales, 2014) y el Banco Mundial precisa que fue 68 (Banco Mundial, 2015). En Ancash, en el periodo 2007-2011, la RMM fue 122,5 MM por 100 mil NV (MINSAL, 2013). En comparación con otros países el Perú ha mejorado este indicador, sin embargo no logró la meta del milenio fijada en 66,3.

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvar la vida de las gestantes y recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015 y la meta global de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la RMM mundial a menos de 70 entre 2016 y 2030. Dentro de las estrategias para su reducción la OMS propone resolver las desigualdades en la calidad de servicios de atención de salud reproductiva, materna y neonatal y el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud, que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de atención y equidad.(OMS, 2015).

El estado del arte acerca de la mortalidad materna presenta diversas investigaciones a nivel nacional e internacional. Así, existen estudios diagnósticos para identificar características epidemiológicas y clínicas en hospitales o poblaciones, identificar causa básica y tipo de muerte materna (Mogrovejo, 2010; Urrunaga y Valladares, 2011; Chumpitaz, 2012). Algunos tienen el objetivo de identificar factores de riesgo (Munaylla, 2000); otros de determinar la tendencia en el tiempo calculando la tasa y razón (Wong, et al., 2011). Hay diversos enfoques y diseños para abordar los determinantes sociales así como estudios sobre morbilidad materna extrema-MME- (Reyes-Armas y Villar, 2012) y otros que abordan la MME vs la MM para demostrar causalidad. Todos contribuyen a evidenciar científicamente este problema que tiene implicancias biológicas, psicológicas, ecológicas, socio-económicas y políticas.

Se justifica llevar a cabo su estudio porque: es un grave problema de salud pública a nivel global, nacional y de la Provincia del Santa; afecta a un gran porcentaje de la población vulnerable como son las mujeres en etapa reproductiva y que transitan a la vez por la etapa productiva de su vida. Por lo tanto, implica pérdida de vidas útiles para la sociedad y que son evitables y prevenibles. Cambia radicalmente el proyecto y planificación familiar afectando la familia y sociedad. Es prioridad en políticas de salud e investigación en el Perú y forma parte de los objetivos de desarrollo sostenible a nivel mundial. No se tiene información actualizada a nivel intrahospitalario acerca de factores asociados desde el 2000 y de la tendencia en Ancash, desde el 2009, porque al incrementarse la tendencia en adolescentes y jóvenes, la mortalidad precoz implica años de vida potencialmente perdidos y pérdida del bono demográfico país. El instrumento será un aporte metodológico. Contribuye con el avance científico en salud pública, con aplicación en salud reproductiva. Tiene implicancias terapéuticas y preventivas para modificar el pronóstico y salvar vidas. Contribuye a identificar determinantes sociales y clínicos causales de mortalidad materna en el HREGB.

La investigación tiene impacto social: beneficiará a 16,127 mujeres en edad fértil que se atienden anualmente (MINSA-Estadística HREGB, 2015) y es proyectivo: es el primero de una macro investigación en salud pública, de responsabilidad social y fin de la Universidad, incluirá proyectos de intervención multisectorial.

El problema planteado fue: ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas que incidirían en la mortalidad materna en el HREGB de Nuevo Chimbote durante el período 2006-2015? y el objetivo: determinar las principales características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el HREGB de Nuevo Chimbote durante el período 2006-2015.

Material y Métodos

El tipo de investigación fue aplicada y el diseño: Transversal, descriptivo, retrospectivo,. Para el análisis documental se utilizó como instrumento la historia clínica materno perinatal y el instrumento de recojo de datos fue una Ficha de Registro FRMM-EGB. La validez de contenido se realizó por juicio de expertos con docentes de la UNFV con grado de Doctor en salud pública y medicina así como obstetras con grado de Magíster y especialidad de alto riesgo obstétrico de Chimbote.

La población estuvo conformada por el 100% de casos de muerte materna registrados durante el período de 10 años (2006-2015) en el Hospital Regional. Total: 18 casos; siendo la unidad de análisis y criterios de interés: Caso confirmado de muerte materna ocurrida durante el período de estudio y registrado en fichas de investigación epidemiológica o Historias Clínicas del Hospital. Criterios:

- Todas las defunciones con diagnóstico relacionado a la gestación, parto y puerperio.
- Edades comprendidas entre 10 y 49 años de edad.
- Código CIE-10-MM según la OMS. (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades-Décima Revisión-Mortalidad Materna).

Para el procesamiento y análisis de la información, se aplicó la estadística descriptiva, obteniéndose las distribuciones de frecuencias absolutas simples y porcentuales, representaciones gráficas de barras y gráfico circular, cálculo de la media, desviación estándar y razón de mortalidad materna por quinquenios. Los datos se codificaron, se realizó el control de calidad y para el procesamiento, se utilizó el software SPSS versión 24.0.

Resultados

Tabla 1: Razón de mortalidad materna en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2006-2015.

Años	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
RNV	1812	1805	2117	2297	2234	2237	2355	2456	2344	2361	22,018
MM	02	02	0	02	02	02	01	01	02	02	16
RMM	110,37	110,80	0	87,07	89,52	89,40	42,46	40,71	85,32	84,70	ratio 74,03

Dónde: RNV=recién nacidos vivos, MM=mortalidad materna, RMM=razón de mortalidad materna

Fuente: Informe de la oficina de Estadística del HREGB

Tabla 2: Causa Básica de muerte materna en HREGB. Nuevo Chimbote, 2006-2015.

Causa básica de muerte materna	%	Causa básica de muerte materna	%
Hemorragia obstétrica	22	Aborto	5,5
Infección o sepsis	16,6	SIDA	5,5
Enfermedad hipertensiva del embarazo	11,1	Intoxicación por medicamentos (*)	5,5
TEC	11,1	Hipertiroidismo	5,5
IRA	11,1	Suicidio intoxicación por carbamato (**)	5,5

Dónde: (*)= complicación anestésica, (**)= Veneno campeón

Fuente: Informe de la oficina de Estadística del HREGB

Tabla 3: Estado obstétrico en los casos de Muerte materna en el HREGB Nuevo Chimbote, 2006-2015

Características epidemiológicas			Características epidemiológicas			Características epidemiológicas		
Edad	Nº	%	Rango de edad	Nº	%	Estado civil	Nº	%
21	1	5,6	de 20 a 24 años	3	16,7	Soltera	4	22,2
22	1	5,6	de 25 a 29 años	9	50,0	Conviviente	9	50,5
23	1	5,6	de 30 a 34 años	2	11,1	Casada	3	16,7
25	3	16,7	de 35 a 39 años	2	11,1	No registra	2	11,1
27	4	22,2	de 45 a 49 años	2	11,1	Ocupación		
29	2	11,1	Nivel educativo			Labores del hogar	16	88,9
30	1	5,6	Analfabeta	3	16,7	Estudiante	2	11,1
31	1	5,6	Primaria	4	22,2	Procedencia		
35	2	11,1	Secundaria	6	33,3	Rural	3	16,7
46	1	5,6	Superior	4	22,2	Urbano – marginal	4	22,2
49	1	5,6	No registra	1	5,6	Urbana	11	61,1

Fuente: ficha FRMM-EGB

Tabla 4: Características epidemiológicas de mortalidad materna en el HREGB Nuevo Chimbote, 2006-2015.

Estado obstétrico			Estado obstétrico			Estado obstétrico			
Estado gestacional	Nº	%	Rango de edad gestacional	Nº	%	Periodo intergenésico	Nº	%	
9	1	5,6	Menos de 22 semanas	5	27,8	Primer embarazo (no aplica)	5	27,8	
10	1	5,6	de 22 a 36 semanas	6	33,3	< de 2 años	1	5,6	
15	1	5,6	de 37 a 40 semanas	7	38,9	de 2 a 4 años	3	16,7	
16	1	5,6	Gravidez			de 4 años a más	3	16,7	
20	1	5,6	Primigesta	3	16,7	No registra	6	33,3	
22	1	5,6	Segundigesta	1	5,6	Número de control prenatal			
26	1	5,6	Multigesta	10	55,6	0	8	44,4	
27	2	11,1	Gran multigesta	1	5,6	2	3	16,7	
28	2	11,1	No registra	3	6,7	3	2	11,1	
30	1	5,6	Número de abortos			4	2	11,1	
31	1	5,6		0	2	11,1	5	1	5,6
35	1	5,6		1	3	16,7	6	1	5,6
40	4	22,2		2	1	5,6	9	1	5,6
Paridad			No registra	12	66,7	Rango de control prenatal			
Nulípara	2	11,1	Planificación familiar			<6APN (sin control)	16	88,9	
Primípara	3	16,7	No usó	13	72,2	6 APN (controlada mínimo)	1	5,6	
Secundípara	5	27,8	DIU	1	5,6	>6APN	1	5,6	
Múltipara	6	33,3	Hormonal	3	16,7				
No registra	2	11,1	Barrera	1	5,6				

Fuente: ficha FRMM-EGB

Tabla 5: Distribución de tipo de muerte materna en el HREGB Nuevo Chimbote, 2006-2015.

tipo de muerte materna	Nº	%
Directa (causas obstétricas)	10	55,5
Indirecta (causas no obstétricas)	6	33,3
No relacionada (incidental)	2	11,1

Fuente: ficha FRMM-EGB

Tabla 6: Gravidéz en casos de muerte materna en el HREGB. Nuevo Chimbote, 2006-2015.

Características clínicas durante el parto y puerperio	Nº	%
Complicaciones en el parto		
Eclampsia (*)	1	5,6
Patologías en el puerperio		
Infección puerperal	3	16,8
IRA	1	5,6
Hemorragia	1	5,6

*Gestante que ingreso con diagnóstico de eclampsia

Fuente: Ficha FRMM-EGB.

Discusión

Esta investigación nos enfrentó con nuestra filosofía de vida, del cuidado de la salud sexual y reproductiva desde nuestra visión como obstetras con la reflexión de cuánto hacemos por revertir esta dolorosa realidad. Nos deja retos y compromisos para contribuir con esta problemática social e investigar las causas para evitar y prevenir la muerte materna.

Entre el 2006-2015 se registraron 22,018 Nacidos Vivos (NV) y 16 Muertes Maternas (MM), obteniendo una Razón de Mortalidad Materna (RMM) ratio de 74,0 MM por 100 mil NV. El cálculo no incluye muertes no relacionadas (Total: 18). Se registró 50% de casos en cada quinquenio con tendencia estable. Durante el año 2008 y 2012 baja al 5,6%. Este descenso podría atribuirse a la implementación en el 2008 del Programa de Presupuesto por Resultados (PPR) con intervenciones en mejora de salud materna y neonatal, Plan Estratégico Nacional para reducción de Mortalidad Materna y Perinatal (2009-2015) y el 2011 se aplicó el Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad y Plan Bicentenario del Perú hacia el 2021. La RMM en la década en estudio fue inestable; en el I quinquenio: 79,5 y en el II: 68,51 MM por 100 mil NV, con significativa disminución de 11,0. Este indicador mide el riesgo obstétrico o riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio. La causa básica de muerte materna fue hemorragia obstétrica: 22,0%; infección o sepsis: 16,6% y hay coincidencia del 11,1% entre trastorno hipertensivo del embarazo; traumatismo encéfalo craneano (TEC) e infección respiratoria aguda. El aborto ocurrió en el 5,5% de casos. Las hemorragias tuvieron como causas: atonía uterina (11,1%), embarazo ectópico (5,5%) y mola hidatiforme (5,5%).

El tipo de muerte materna fue directa: 55,5% (causas obstétricas); indirecta: 33,3% (causas no obstétricas) y no relacionada (incidental): 11,1%. Coincide con el estudio de Wong, et al,

2011; de Urrunaga y Valladares, 2011 y Munaylla, 2000. Similar al de Mogrovejo, 2010, acerca del tipo de muerte materna directa, pero no en la causa básica que fue por trastorno hipertensivo y Chumpitaz, 2012; quien reportó por aborto. La muerte indirecta fue por: IRA (11,1%); SIDA (5,5%); intoxicación por órganos carbonatados-suicidio (5,5%); intoxicación por medicamentos-complicación anestésica (5,5%); hipertiroidismo (5,5%). La muerte no relacionada se debió a TEC grave: por caída y homicidio: disparo con arma de fuego en cabeza. En el primer quinquenio: de tipo indirecta con 27,7%, tipo directa con 16,6% y no relacionada con 5,5%. En el segundo quinquenio fue a la inversa; de tipo directa: 38,8%; indirecta en igual porcentaje que la no relacionada: 5,5%. Estos resultados podrían atribuirse a la crisis del sector salud, escaso presupuesto y falta de inversión en prevención y promoción de salud sexual y reproductiva y atención de emergencias obstétricas. La muerte ocurrió durante el embarazo: 72,2% y en el puerperio: 27,7%.

Características epidemiológicas: mayor número de muertes en etapa de vida joven: 20-29 años de edad (66,7%); seguido del grupo de 35 a 49 (22,2%). La edad mínima fue de 21 años y la máxima de 49, la edad media fue 29,61 con desviación estándar $\pm 7,5$. Predominó el nivel educativo secundaria 33,3% y educación superior y primaria comparten el mismo porcentaje: 22,2%. Analfabetismo en el 5,6%. Existió subregistro sobre este dato y cuestionamos la calidad de educación secundaria, posiblemente con escasa o deficiente educación sexual integral y sanitaria que podría ser un factor protector. Similarmente, Mogrovejo, 2010, reportó mayor incidencia con secundaria completa, Estado civil: convivientes 50% y solteras: 22,2%. Las parejas no les prodigaron el cuidado necesario para preservar sus vidas, asimismo con Chumpitaz, 2012 y Mogrovejo, 2010. Ocupación: el 88,9% se dedicaban a labores del hogar y 11,1% fueron estudiantes. Mayor proporción de procedencia urbana: 61,1% y urbano marginal: 22,2%. Solo 16,7% fue de zona rural.

Características clínicas: no presentaron antecedentes patológicos: 61,1% y no se registró: 16,7%. Estado Obstétrico: edad gestacional 38,9% tuvo de 37 a 40 semanas, la media aritmética fue 23,7 con desviación estándar de $\pm 0,8$. Paridad: multíparas 33,3%, secundíparas: 27,8% y primíparas: 16,7%. Gravidez: predominaron las multigestas con 55,6%. Alta paridad y gravidez implica socialmente orfandad de los hijos de las fallecidas. Acerca del número de abortos: 66,7% no registró este dato. Este subregistro tan alto, impide conocer la magnitud del problema. Periodo intergenésico: 33,3% no se registró el dato. Atención pre-natal (APN): el 44,5% sin APN; el 11,2% tuvo entre 6 y 9 APN, alcanzando categoría de controlada. Según MINSA, la gestante controlada debe tener mínimo 6 APN. Los hallazgos se asemejan al estudio de Chumpitaz, 2012 y Reyes-Armas y Villar, 2012 que describen falta de control prenatal. La mayoría no usó método anticonceptivo (72,2%), el 16,7% usó método hormonal. El 72,2% fueron diagnósticos de gestación y 27,7% del puerperio. Del segundo trimestre (14 a 27 semanas): 38,4%. El diagnóstico de ingreso decisor de buen pronóstico, implica manejo de oportunidad de salvar vidas. En complicación del parto se identificó eclampsia: 5,6% y en patologías del puerperio: infección puerperal 16,8%; y 5,6% hemorragia e IRA.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar desempeño de Sistemas de salud, cuestiona sus funciones, principalmente Rectoría y Gestión Pública. Sensible para medir inequidad socioeconómica reflejada en inequidad en salud. Este estudio aporta a la formulación de políticas públicas de Estado efectivas y viables por una maternidad e infancia saludable y segura.

Conclusiones

Existen características epidemiológicas y clínicas que incidieron en la mortalidad materna en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Las epidemiológicas fueron: edad, estado civil y ocupación y las clínicas fueron: paridad, gravidez, atención prenatal, planificación familiar, edad gestacional, diagnóstico de ingreso y patologías del puerperio.

El principal tipo de muerte materna fue directa y la causa básica fue: hemorragia, infección y trastorno hipertensivo del embarazo. Las hemorragias tuvieron como causas: atonía uterina, embarazo ectópico y mola hidatiforme. La muerte materna indirecta fue por: infección respiratoria aguda, SIDA, suicidio, complicación anestésica e hipertiroidismo y la muerte materna no relacionada se debió a traumatismo encéfalo craneano grave.

En el HREGB en ésta década, la razón de mortalidad materna ha sido inestable, pero con tendencia al descenso considerable en el II quinquenio.

Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial. (2016). Trends in Maternal Mortality: 1990-2015. Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
- Chumpitaz, J. (2012) *Factores clínicos y epidemiológicos que inciden en la Mortalidad Materna. Hospital Nacional Sergio E. Bernales-Comas-Perú 2011*. Tesis de especialista en Gineco-Obstetricia USMP. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud, MINSA-República del Perú. (2015). *Número de Muertes Maternas por departamentos en el Perú. 2000-2015*. Red Nacional de Epidemiología (RENACE) - Dirección General de Epidemiología. Lima-Perú, hasta la semana 51 del 2015.
- MINSA-República del Perú. (2013). *La Mortalidad Materna en el Perú. 2002-2011*. Dirección General de Epidemiología. Lima-Perú. Págs: 15, 17,37,57,63.
- Mogrovejo, A. (2010). *Factores asociados a la Mortalidad Materna en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, 1 de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2009*. Tesis UNMSM., Lima-Perú.
- Munaylla, R. (2000). *Identificación de los Factores de Riesgo asociados a la Mortalidad Materna en el Hospital Regional de Chimbote para el periodo 1990-1998*. Tesis UNMSM., Lima-Perú.
- Reyes-Armas, I., Villar, A. (2012). *Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 58(4): 231-374. Recuperado de: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/44/39>
- Urrunaga, W. y Valladares, A. (2011). *Características clínicas y epidemiológicas de la muerte materna Hospital Regional docente Trujillo 1999 al 2009*. <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20XII%202011/6%20Muerte%20Materna%20Epidemio.htm>
- Wong, L., Wong, E., y Husares, Y. (2011). *Mortalidad Materna en la Dirección Regional de Salud Ancash*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 57 (4): 237-241. Ancash-Perú. Recuperado de: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol57n4/pdf/a05.pdf>