

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD
MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
HUANCAVELICA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER
EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA:

OSCAR LUIS CHAGUA PARIONA

ASESOR:

MG. JESÚS CALLE ILIZARBE

HUÁNUCO – PERÚ

2017

Pensamiento

“Todas las mujeres que dan vida caminan por los andamios de la muerte”.

Marta Gonzales de Paco

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen María, que me guían por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante, por enseñarme la luz del camino y no desmayar ante los problemas que se presentan.

A mis queridos padres: Don Tito Chagua Trujillo y Doña Luz Pariona Cristóbal por su apoyo, consejos, comprensión, amor, apoyo en mis momentos difíciles, porque si de alguien aprendí que al caerme siempre tengo levantarme, fue de ustedes y por ayudarme con los recursos necesarios para ser un profesional, que es la mejor herencia que pude recibir de ustedes. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposa Ruth, por estar siempre presente a mi lado, acompañándome en todo momento, por entenderme, por su amor y dedicación desde que nos unimos y formamos una familia.

A mis hijas, mis princesitas adoradas **Alitza y Helen**, quienes han sido y son mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis hermanas María, Norma y Silvia por su cariño, amor, por su desprendimiento, apoyo incondicional y compañía en momentos difíciles.

A mi mamá Aydée, por quién fuiste y lo que aún representas en mi vida, mi segunda mamá, que me cuidó con infinito y verdadero amor de madre mientras mis padres trabajaban, por darme el cariño como a un hijo, junto a mi primo hermano Coky, cómplice de travesuras de niños; eres un ángel que Dios mandó y lamentablemente él quiso que volvieras, pero, sé que desde el cielo siempre me cuidas y guías para que todo salga bien en el logro de mis objetivos.

Agradecimiento

A Dios y a la Virgen María por haberme dado la fortaleza para poder concluir satisfactoriamente mi carrera, por sostenerme cuando me sentía decaído y por guiarme por el camino correcto.

A mis padres por haber hecho hasta lo imposible para ser un profesional y seguir creciendo en mi carrera, por su gran corazón, por estar siempre a mi lado, por ser personas llenas de virtudes y un ejemplo a seguir.

A mi esposa e hijas por su amor, por su apoyo, por su presencia y muestras de cariño, por hacerme fuerte y ser el motivo de seguir adelante.

RESUMEN

La morbilidad materna extrema es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Con el presente estudio se pretendió determinar los factores de riesgo para morbilidad materna extrema en las gestantes del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. **Objetivo:** Fue determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, 2016 **Diseño:** El estudio es descriptivo, correlacional y retrospectivo. **Participantes:** Se estudió a 90 pacientes que presentaron Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el año 2016. **Resultados:** Las causas de morbilidad materna extrema que motivaron la complicación con los factores clínicos obstétricos específicos fueron: Preeclampsia-eclampsia-síndrome de Hellp (78.9%), shock hipovolémico (13.3%), shock séptico (2.2%); las principales características relacionadas con morbilidad materna extrema son la edad, el nivel educativo, procedencia, estado civil, así como la nuliparidad con 55.7%, múltipara (2-4 gestaciones) en 33.3%, no antecedentes de aborto 84.4%, no antecedentes de cesárea anterior 91.1%; el 62,2% tuvieron más de 6 atenciones prenatales; el 85,7% no presentan ningún antecedente familiar, el 87,8% no presenta ningún antecedente personal, el 52,2% su edad gestacional fue a término (37 a 41 semanas); el momento de la ocurrencia fue en el embarazo con un 76,7%; la principal causa de fueron los trastornos hipertensivo en un 82,2%. **Conclusión:** En general los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema; existe relación significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, procedencia y estado civil con la morbilidad materna extrema; no existe relación significativa entre los factores de riesgo clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas con la morbilidad materna extrema, en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema, factores de riesgo.

ABSTRACT

Extreme maternal morbidity is the serious complication that occurs during pregnancy, childbirth and puerperium, which puts the woman's life at risk or requires immediate attention in order to avoid death. The present study aimed to determine the risk factors for extreme maternal morbidity in the pregnant women of the Zacarías Correa Valdivia Regional Hospital in Huancavelica.

Objective: To determine the risk factors associated with extreme maternal morbidity in the Regional Hospital of Huancavelica, 2016. **Design:** The study is descriptive, correlational and retro-perspective. **Participants:** We studied 90 patients who presented Extreme Maternal Morbidity treated at the Regional Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, in 2016. **Results:** The causes of extreme maternal morbidity that motivated the complication with the specific obstetric clinical factors were: Preeclampsia-eclamsia-Hellp's syndrome (78.9%), hypovolemic shock (13.3%), septic shock (2.2%); the main characteristics related to extreme maternal morbidity are age, educational level, origin, marital status, as well as nulliparity with 55.7%, multiparous (2-4 pregnancies) in 33.3%, no antecedent of abortion 84.4%, no history of previous cesarean section 91.1%; 62.2% had more than 6 prenatal care; 85.7% did not present any family history, 87.8% did not present any personal history, 52.2% had a gestational age at term (37 to 41 weeks); the time of occurrence was in pregnancy with 76.7%; The main cause of hypertensive disorders was 82.2%.

Conclusion: In general, sociodemographic and clinical obstetric factors are not risk factors associated with extreme maternal morbidity; there is a significant relationship between sociodemographic risk factors such as age, educational level, origin and marital status with extreme maternal morbidity; There is no significant relationship between obstetric clinical risk factors such as number of pregnancies, parity, prenatal control number, beginning of prenatal control, anemia, antecedent cesarean sections with extreme maternal morbidity, at the Regional Hospital of Huancavelica - 2016.

Key words: Extreme maternal morbidity, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Actualmente millones de mujeres en el mundo padecen enfermedades atribuibles al embarazo, parto o puerperio. Aproximadamente el 10 % fallecen, muchas de las que sobreviven a estas complicaciones sufren lesiones y discapacidades, que con frecuencia acarrearán consecuencias para el resto de su vida.

Según definición brindada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se conoce como morbilidad materna extrema a "la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte". (Tostel, y otros, 2010).

Los factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna extrema, son el resultado dramático, de una serie de elementos que revelan la limitada atención que atraviesan las mujeres que viven en sectores alejados a un establecimiento de salud, especialmente en el sector indígena, rural, a ello se asocian situaciones económicas, sociales, culturales, el machismo, la religión o sectas, falta de organización comunal que ubican a las mujeres embarazadas en una posición de desventaja.

La morbilidad materna se da con mayor frecuencia en mujeres de escasos recursos, ya sean indígenas o mestizos que viven en los sectores rurales y urbanos marginales, las enfermedades en el embarazo ubica a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión de la salud y de la atención médica oportuna de calidad. El impacto médico apunta al fallecimiento de las mujeres en la etapa reproductiva de su vida, esto se ha considerado en el mundo desde hace muchos años atrás, lo que ha permitido evaluar la calidad de atención en los servicios de salud, en

donde muchos de ellos carecen de medicamentos necesarios por lo tanto corren el riesgo de morir en estos sectores adyacentes a la ciudad.

No es ningún secreto que uno de los principales factores que favorece el creciente número de muertes maternas es la deficiente atención prestada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Teniendo en cuenta que en países en vía de desarrollo este déficit de atención se hace más marcado, incluso su evaluación es difícil por la cantidad de áreas rurales muchas de las cuales son inaccesibles.

En el Perú, durante el año 2015 la razón de mortalidad materna fue de 68 por 100.000 nacidos vivos, lo que representa 415 muertes maternas en el país, para el año 2016 se redujo a 326 muertes maternas, lo cual denota una mejora sustancial en cuanto a mortalidad materna.

En Huancavelica hasta el año 2010 el número de muertes materna era considerablemente alta, ese año hubo 23 muertes evitables en su mayoría, a partir de los siguiente años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 el número de muertes maternas se redujo considerablemente a 9, 8, 6, 8, 6 y 3 respectivamente; pero a su vez como aspecto contrario se incrementaron los casos de morbilidad materna extrema (MME) en ésta región alto andina, teniendo 90 casos de MME para el año 2016, motivo por el cual también se realiza el presente estudio de investigación.

La Hipótesis fue si, los factores Sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia eran o no factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. Además si, los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas fueron o no factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica; además de identificar cuáles son los factores clínicos obstétrico e identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el año 2016. En el presente estudio de investigación se encontró que en general el 81,1% de las mujeres sufrieron morbilidad materna extrema debido a una Eclampsia-Preeclamsia-Síndrome de HELLP, mientras el 14,4% a un Shock Hipovolémico y el 2,2% a un Shock Séptico.

ÍNDICE GENERAL

	Página
Portada	i
Pensamiento	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
Índice de contenido	x
Índice de tablas	xi
Índice de Gráficos	xii
CAPITULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Descripción del Problema	13
1.2 Formulación del Problema	17
- Problema General	17
- Problemas Específicos	17
1.3 Objetivo General y objetivos específicos	17
1.4 Hipótesis	18
1.5 Variables	19
1.6 Justificación e importancia	20
1.7 Viabilidad	22
1.8 Limitaciones	22
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	23
2.1 Antecedentes.	23
2.2 Bases teóricas.	30
2.3 Definiciones conceptuales.	33
2.4 Bases epistémicas.	41
CAPITULO III METODOLOGÍA	44
3.1 Tipo de investigación.	44
3.2 Diseño y esquema de la investigación.	44
3.3 Población y muestra.	44
3.4 Instrumento de recolección de datos.	46
3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.	47
CAPITULO IV RESULTADOS	49
CAPITULO V DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	91
SUGERENCIAS	93
BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS	97

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Edad de la paciente	49
Tabla 2. Nivel educativo	50
Tabla 3. Lugar de procedencia	51
Tabla 4. Distrito de procedencia	52
Tabla 5. Estado civil	53
Tabla 6. Ocupación	54
Tabla 7. Cuenta con algún tipo de seguro	55
Tabla 8. Número de gestaciones	56
Tabla 9. Número de partos	57
Tabla 10. Número de abortos	58
Tabla 11. Número de cesáreas	59
Tabla 12. Periodo intergenésico	61
Tabla 13. Número de atenciones prenatales	62
Tabla 14. Inicio de la atención prenatal	63
Tabla 15. Nivel de hemoglobina en la atención prenatal	64
Tabla 16. Antecedentes familiares	65
Tabla 17. Antecedentes personales	66
Tabla 18. Edad gestacional	67
Tabla 19. Terminó del embarazo actual	68
Tabla 20. Momento de ocurrencia del evento	69
Tabla 21. Paciente ingreso a la unidad de cuidados intensivos	70
Tabla 22. Días de estancia en la unidad de cuidados intensivos	71
Tabla 23. Transfusiones de unidades de sangre	72
Tabla 24. Cirugías adicionales	73
Tabla 25. Días de hospitalización	74
Tabla 26. Criterios inclusión relacionada con enfermedades específicas	75
Tabla 27. Criterios de inclusión relacionado con falla orgánica	76
Tabla 28. Criterios de inclusión relacionada con manejo hospitalario	77
Tabla 29. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema	79
Tabla 30. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema	81
Tabla 31. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo clínicos obstétricos y la morbilidad materna extrema	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Edad de la paciente	49
Gráfico 2. Nivel educativo	50
Gráfico 3. Lugar de procedencia	51
Gráfico 4. Distrito de procedencia	53
Gráfico 5. Estado civil	54
Gráfico 6. Ocupación	55
Gráfico 7. Cuenta con algún tipo de seguro	56
Gráfico 8. Número de gestaciones	57
Gráfico 9. Número de partos	58
Gráfico 10. Número de abortos	59
Gráfico 11. Número de cesáreas	60
Gráfico 12. Periodo intergenésico	61
Gráfico 13. Número de atenciones prenatales	62
Gráfico 14. Inicio de la atención prenatal	63
Gráfico 15. Nivel de hemoglobina en la atención prenatal	64
Gráfico 16. Antecedentes familiares	65
Gráfico 17. Antecedentes personales	66
Gráfico 18. Edad gestacional	67
Gráfico 19. Terminó del embarazo actual	68
Gráfico 20. Momento de ocurrencia del evento	69
Gráfico 21. Paciente ingreso a la unidad de cuidados intensivos	70
Gráfico 22. Días de estancia en la unidad de cuidados intensivos	71
Gráfico 23. Transfusiones de unidades de sangre	72
Gráfico 24. Cirugías adicionales	73
Gráfico 25. Días de hospitalización	74
Gráfico 26. Criterios inclusión relacionada con enfermedades específicas	75
Gráfico 27. Criterios de inclusión relacionado con falla orgánica	76
Gráfico 28. Criterios de inclusión relacionada con manejo hospitalario	77
Gráfico 29. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema	79
Gráfico 30. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema	82
Gráfico 31. Tabulación cruzada entre los factores de riesgo clínicos obstétricos y la morbilidad materna extrema	84

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS (2014) cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, pudiéndose notar que la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

Según Tunçalp (2012), la tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 % en América Latina a 5,1 % en Asia y 14,9 % en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van del 0,8 % en Europa y un máximo de 1,4 % en América del norte.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS-WHO 2014), en América Latina y el Caribe la mortalidad materna se redujo en un 40% entre los años 1990 y 2013, lo cual está por debajo de la meta del 75% fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Según la OMS (2014), En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, lo cual está por debajo de la meta del 75% fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En tanto, cabe resaltar que cinco países de las Américas pasaron a la categoría de "baja" mortalidad materna es decir menos de 100 muertes por 100.000 nacidos vivos entre los años 1990 y 2013.

Según Reyes-Armas (2012) En el Perú, la razón de morbilidad materna extrema es de 9,43 por mil nacimientos, con índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4; la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante (42,2 %), seguida por la hemorragia puerperal (17,5 %). Los factores de riesgo identificados estuvieron relacionados con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado; en Venezuela el promedio de edad de las pacientes con morbilidad materna extrema fue de 22,6 años.

Según el Tercer Informe Nacional del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio. Perú- (2014), En el Perú se estimó que la MM (mortalidad materna) disminuyó en un 64.9% entre los periodos de 1990 -1996 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, el quinto ODM, se relaciona a la salud materna, que es la reducción de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, para ello el Perú debió alcanzar una tasa de 66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, alcanzando la tasa de 68 (2015) y estando muy cerca de cumplir la meta establecida de los ODM. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

En el Perú, durante el año 2015 la razón de mortalidad materna fue de 68 por 100.000 nacidos vivos, lo que representa 415 muertes maternas en el país, para el año 2016 se redujo a 326 muertes maternas, lo cual denota una mejora sustancial en cuanto a mortalidad materna.

De acuerdo al Informe Nacional del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio (2014) En el análisis de la mortalidad materna por departamentos, se han identificado las tendencias de los últimos 10 años según datos del Ministerio de Salud. Estas muestran que el descenso de la mortalidad materna observado a nivel nacional no ha ocurrido en todos los departamentos. Hay varios casos exitosos que empezaron la década con niveles altos de mortalidad materna y que lograron descensos notables, como Cusco y Huánuco, y descensos más moderados, como Ancash, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Puno.

Amazonas y Cajamarca mantienen niveles altos de mortalidad materna, y con muy poco progreso. En una situación más precaria están Ucayali, Madre de Dios, San Martín y Loreto, con niveles aún altos de mortalidad materna y sin avances significativos.

Según Hailu M. (2010) menciona que la mayoría de las mujeres embarazadas y sus familias no saben cómo reconocer los signos y señales de alarma. Cuando se producen complicaciones, la familia sin preparación desperdicia gran cantidad de tiempo en reconocer el problema, organizarse, obtener dinero, buscar transporte y llegar al centro de atención apropiado.

La evidencia sugiere que la sensibilización de las mujeres acerca de los signos de peligro obstétricos mejoraría la detección temprana de complicaciones durante la gestación y asimismo reduciría la demora en la decisión de buscar atención obstétrica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002, define Morbilidad Materna Extrema (MME), a aquellos casos en los que una mujer casi muere pero sobrevive a una complicación obstétrica que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo.

Debido a que las patologías obstétricas agudas severas, "Near-miss" conocidas como casi perdidas, ocurren con mayor frecuencia que las muertes maternas, el análisis cuantitativo estadísticamente confiable pueden ser de gran valor para que una revisión de los programas de salud sea realizada. Partiendo de esta premisa, se pudiera pensar que al mejorar esta condición se lograría disminuir también las complicaciones obstétricas que tanto daño hacen en la población gestante.

Según definición brindada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (Tostel, y otros, 2010), se conoce la morbilidad materna como "la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte".

Los cambios observados en la composición de las causas de muerte materna (aumento de causas indirectas y aumento de casos por hipertensión inducida por el embarazo) apuntan a la necesidad de proteger a las madres de los riesgos sociales generados por la inequidad de género y la violencia contra la mujer, y de otro lado, a la necesidad de promover estilos de vida saludables, mejorando los programas preventivos promocionales con la finalidad de prevenir el embarazo en adolescentes, embarazos no deseados, además de fortalecer o mejorar la calidad de atención prenatal.

Por años se ha estudiado la muerte materna como indicador para mejorar la calidad de atención a la gestante y sus progresos son limitados, esto es válido a nivel mundial, incluyendo nuestro país y región. Ahora bien, se ha propuesto recientemente otra forma de analizar la problemática de mortalidad materna, se trata de la revisión de los casos de severidad y el espectro de morbilidad materna extrema, descrita como aquellas que han estado cerca de morir, o pacientes con patología obstétrica aguda severa que han puesto a riesgo extremo la vida de la gestante; se convierte en un nuevo elemento útil para la investigación en salud obstétrica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema General:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?

Problemas Específicos:

- ¿Cuáles son los factores clínicos obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo General:

Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, 2016

Objetivos Específicos

- Identificar cuáles son los factores clínicos obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.
- Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.
- Caracterizar el perfil de las pacientes gestantes o púerperas con morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016

1.4 HIPÓTESIS

- **Ho1** Los factores Sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.
- **H1** Los factores Sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.
- **Ho2** Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.
- **H2** Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.

1.5 VARIABLES

- Variable Independiente

Factores de Riesgo:

Sociodemográficos y

Clínicos Obstétricos

- Variable Dependiente

Morbilidad Materna Extrema

Operacionalización de Variables:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLE
<ul style="list-style-type: none"> Variable Dependiente Mortalidad Materna Extrema 	<ul style="list-style-type: none"> Morbilidad Materna Extrema 	<ul style="list-style-type: none"> Morbilidad Materna Extrema 	V. Categórica
<ul style="list-style-type: none"> Variable Independiente Factores de Riesgo Asociado. 	<ul style="list-style-type: none"> Sociodemográficos 	<ul style="list-style-type: none"> Edad Nivel educativo Procedencia Estado Civil Ocupación Cuenta con algún tipo de seguro 	Cuantitativa Especifique Cualitativa 7 variables Cualitativa Especifique Cualitativa 4 valores Cualitativa 5 valores Cualitativa 5 valores
	<ul style="list-style-type: none"> Clínicos Obstétricos 	<ul style="list-style-type: none"> Numero de gestaciones Número de partos Número de abortos Número de cesáreas Periodo intergenésico Númerode atenciones prenatales. Inicio de atenciones prenatal. Nivel de hemoglobina. Antecedentes familiares Antecedentes Personales 	Cualitativa 3 valores Cualitativa 4 valores Cualitativa 2 variables Cualitativa 3 valores Cualitativa 4 valores Cualitativa 3 valores Cualitativa 4 valores Cualitativa 4 valores Cualitativa 5 valores Cualitativa 11 valores

		<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional en semanas • Terminó del embarazo actual • Momento de ocurrencia del evento • Paciente ingreso a UCI • Días de estancia en (UCI, Cirugía, Otros • Transfusión de unidades de sangre o Hemoderivados • Cirugías adicionales 	<p>Cualitativa 5 valores</p> <p>Cualitativa 4 valores</p> <p>Cualitativa 3 valores</p> <p>Cualitativa 2 valores</p> <p>Cualitativa Especifique</p> <p>Cualitativa Especifique</p> <p>Cuantitativa 4 valores</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Días de Hospitalización global • Datos relacionados con el diagnóstico. • Criterios de inclusión relacionado con enfermedades específicas • Criterios de Inclusión relacionados con falla orgánica • Criterios de inclusión relacionado con el manejo 	<p>Cualitativa Especifique</p> <p>Cualitativa Especifique</p> <p>Cualitativa 3 valores</p> <p>Cualitativa 8 valores</p> <p>Cualitativa 3 valores</p>

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Fue importante realizar la presente investigación, ya que los casos de Morbilidad materna extrema son mayores en número que los casos de muerte materna, lo cual permite conclusiones más válidas acerca de los factores de riesgo y de la calidad de la atención. Las lecciones aprendidas del manejo de los casos que sobreviven, pueden ser usadas para evitar nuevos casos de muertes maternas. Estas lecciones pueden ser menos amenazantes para los proveedores de salud que las derivadas de los análisis de la muerte materna.

La OMS propone que además de la vigilancia de la Mortalidad Materna, se realice la vigilancia de la morbilidad materna extrema por considerar que ésta última ofrece ventajas como la posibilidad de analizar un mayor número de casos, la disponibilidad de la fuente primaria de la información (que en este

caso es la mujer sobreviviente), y la menor prevención por parte de los equipos de salud para su análisis gracias a las pocas implicaciones legales asociadas al manejo de cada caso en particular.

Teniendo en consideración que la mortalidad materna en la Región Huancavelica ha disminuido drásticamente, teniendo un número de 23 muertes maternas el año 2010, el 2011 (9), el 2012 (8), el 2013 (6), 2014 (8), el 2015 (6) y el año 2016 se culminó con 3 muertes maternas, evidenciándose un descenso importante de la mortalidad materna, pero en el transcurso de estos años se han incrementado los casos de morbilidad materna extrema, lo que me lleva a realizar un estudio, análisis e investigación al referente.

Por todo ello fue relevante desde la dimensión social evaluar los factores de riesgo sociodemográficos y clínico obstétricos, así poder informar, orientar y sensibilizar a las gestantes para que lleven una maternidad segura, saludable y voluntaria, con la identificación oportuna de casos antes de la complicación severa y acudan de inmediato a un establecimiento de salud logrando evitar de manera temprana mayores complicaciones que conlleven al aumento de la morbimortalidad materna extrema. Además, presentar información actualizada sobre las características sociales, clínicas y epidemiológicas de la morbilidad materna extrema en el territorio nacional; identificar estrategias, orientar las medidas individuales y colectivas de prevención y control ante los casos de morbilidad materna extrema; orientar a los diferentes actores del sistema sobre las responsabilidades en la identificación, diagnóstico, manejo, prevención y control de la morbilidad materna extrema y establecer los indicadores de vigilancia en salud pública para la morbilidad materna extrema en la región Huancavelica.

1.7 VIABILIDAD

- El presente estudio es viable, por tener la autorización del Director del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, para realizar la presente investigación.
- Se contó con la accesibilidad a las historias clínicas de las mujeres atendidas para el levantamiento de la información del periodo 2016.
- Se contó con los recursos humanos conformado por el investigador, asesor; así mismo se dispuso del instrumento de recolección de datos y el programa pertinente para el procesamiento de datos.
- El estudio fue autofinanciado por tanto factible de ser abordado y no recae en la dependencia de terceros para el desarrollo del estudio de investigación, además de que cuenta con la bibliografía pertinente.

1.8 LIMITACIONES

- Datos incompletos registrados en las Historias clínicas, así como los datos que se consignaron en los casos referidos a otras regiones del país.
- Se realizó en forma manual el llenado de la información en la ficha de recolección de datos, lo cual llevó un tiempo relativo de aproximadamente un mes para revisar las 90 historias clínicas seleccionadas, el cual fue realizado por una sola persona por el motivo presupuestal.
- El permiso, por parte de la Oficina de Estadística del Hospital, de uso de las historias clínicas fue en horario de oficina, permitiendo evaluar aproximadamente de 05 historias clínicas cada día, lo cual tomó un tiempo relativo en la recolección de datos, por el horario de trabajo del responsable de la recolección de datos (8:00 am a 1:00 pm y de 2:30 pm a 5:30 pm).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Oliveira (2014) En Brasil, realizaron un estudio multicéntrico transversal con el objetivo de evaluar la Morbilidad materna grave entre las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años de edad en la Red Brasileña de Vigilancia de la morbilidad grave materna, en comparación a las mujeres embarazadas de 20 a 34 años.

Se obtuvo como resultado el riesgo de morbilidad materna grave o muerte fue 25% mayor en las mujeres de más edad. En el análisis multivariado, la edad más joven no fue identificado como un factor de riesgo, mientras que esto era cierto para la mayor edad (OR 1,25; 1,07 a 1,45).

Jurado N. (2013). Evaluó los factores de riesgo para morbilidad materna extrema en las gestantes del Hospital de Colombia entre enero de 2009 y diciembre de 2013. Se realizó un estudio de casos y controles, comparando pacientes con MME y sin MME.

Resultados: Provenir de estrato socioeconómico bajo con un OR de 1,84 (IC95%: 1,45-2,3), haber tenido 2 o menos partos OR 1,14 (IC95%: 1,60-2,16), ser tipo de sangre negativo (p0.000), tener menos de 3 controles prenatales OR 3,48 (IC95% 1,4-8,2), tener antecedente de preeclampsia OR 13,25 (IC95%: 4,88-50,4) son factores de riesgo significativos para presentar MME.

Entre los factores protectores están tener más de tres partos OR 0,60 (IC95%: 0,17-0,82) y 7 o más controles prenatales OR 0,23 (IC95%: 0,09-

0,55). No se encontraron resultados estadísticamente significativos para la edad materna menor a 26 años con un OR 1,1 (IC95%: 0,57-2,14, $p=0,79$)

Gonzales (2012) En Colombia, realizó un estudio de Caso y control donde el objetivo era establecer si la morbilidad materna extrema (MME) se asociaba con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos de las gestantes. Se encontró que las variables sociodemográficas como edad, nivel educativo y estrato socioeconómico no se encontraban relacionados significativamente con la MME, así mismo las variables obstétricas como número gestaciones, cesáreas previas, número de control prenatal, inicio del control prenatal y antecedentes personales de patologías no se asociaron estadísticamente a la MME

El porcentaje de embarazo no planificado en las mujeres estudiadas fue 57,6% y el retraso en la decisión de buscar atención, 32,0%. La etnia (OR = 1,8; IC95%: 1,0-2,9) y el retraso por deficiencias en la calidad de la atención prestada (OR = 8,3; IC95%: 5,0-13,7) fueron las variables que se encontraron asociadas con la MME.

Galvao (2012) En Brasil, realizaron un estudio transversal de casos y controles el cual se llevó a cabo de junio 2011 a mayo 2012. La identificación de casos fue prospectivo y la recolección de datos se realizó de acuerdo a los criterios y definiciones de la OMS.

La mayor edad, el aborto y el parto por cesárea anterior, la no adherencia a la atención prenatal, el parto por cesárea actual y malos resultados perinatales se asociaron con la morbilidad materna grave. En el análisis

multivariado, el estado del paciente, cesárea anterior y el aborto y el nivel de conciencia fueron significativas cuando se analizaron juntos.

Almeida (2012) En Colombia, realizó la “Caracterización de la mortalidad y morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de Stander”. Se realizó el estudio en 164 casos de pacientes con morbimortalidad extrema (MME). La mortalidad fue del 5,94%; donde las principales causas principales de la MME fueron los trastornos hipertensivos (56%), hemorragia postparto (17%), sepsis de origen no obstétrico y causas misceláneas (12%). Los retrasos tipo IV (45.12%) y tipo I (37.8%) fueron los más frecuentes.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Payajo J. (2016) En Perú, Hospital Nacional E. Sergio Bernales de Lima, realizó un estudio, donde tuvo como Objetivo: Caracterizar la morbilidad materna extrema (MME) en un Hospital Nacional de Lima de referencia y alta demanda. Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, serie de casos. Participantes: Madres gestantes o puérperas. Intervenciones: Se revisó 79 historias clínicas de pacientes atendidas en el año 2014 que cumplieron los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema relacionados con la enfermedad específica, falla orgánica o manejo. Se analizó las variables sociodemográficas, obstétricas y la causa principal de morbilidad siguiendo el protocolo establecido en la metodología para la vigilancia de la FLASOG. Principales medidas de resultados: Incidencia y características de las pacientes representantes de la morbilidad materna. Resultados: La morbilidad materna extrema (MME)

afectó a 1.33% de pacientes del Hospital Nacional E. Sergio Bernales, encontrándose relacionada a la edad materna entre los 18 y 35 años, grado de instrucción secundaria, convivientes, paridad >1, falta de control prenatal, períodos intergenésicos cortos, embarazos terminados en abortos y siendo las cesáreas las de mayor complicación. Los trastornos hipertensivos de la gestación y embarazos terminados en abortos fueron las causas más importante de MME (43,04%), seguida por la hemorragia del 2° y 3° trimestre de la gestación (11,39%). Hubo falla multiorgánica en 26,83%, transfusiones en 39,02% y alteración de la coagulación 24,39%. Conclusiones: La morbilidad materna extrema se presentó considerablemente en el Hospital Nacional E. Sergio Bernales siendo las causas más frecuente los trastornos hipertensivos de la gestación y los embarazos que terminan en aborto.

Colachahua (2015) En Perú, Determinó el nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal. Las principales señales de alarma que presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido de la edema de manos, pies y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%). El nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). En relación a la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema se

observó que ésta fue la adecuada en un 76,7%, éste resultado que presentaron es debido a que las pacientes respondieron apropiadamente la conducta a seguir según la información brindada por el personal de salud en la atención prenatal, como es el de acudir inmediatamente al centro de salud más cercano, una vez identificado alguna señal de alarma. Además 23,3% de pacientes respondieron de forma “No adecuada” frente a las señales de alarma. Se concluye que el nivel de conocimiento en las gestantes sobre señales de alarma fue en su mayoría “regular” un (66,7%) y un 76,6% de las pacientes tomaron actitudes adecuadas e inmediatas.

Bendezú G. (2014) En Perú, en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, EsSalud de Ica, realizó un estudio, donde tuvo como Objetivo: Describir los principales factores relacionados con la mortalidad materna extremadamente grave (MMEG). Diseño: Estudio descriptivo transversal. Participantes: Gestantes con morbilidad extrema. Métodos: Entre enero 2006 y diciembre 2012, se identificó 58 casos con MMEG en gestantes o púerperas que ingresaron al hospital. Se confeccionó una ficha con información obtenida de la historia clínica, carnet perinatal y registros obstétricos. Principales medidas de resultados: Complicaciones asociadas a la MMEG. Resultados: La media de edad fue $30,67 \pm 6,06$, rango entre 20 y 42 años, 48% eran convivientes, la mayoría con nivel secundaria (43%) y el 58% era ama de casa. La gravidez promedio fue de $2,84 \pm 1,66$, siendo las multigrávidas el 67,2%. Las causas principales de MMEG fueron las hemorragias en el posparto (35%) y embarazo ectópico complicado (31%). El 31% de las pacientes fue internado en UCI para su manejo. La razón de MMEG fue de 3,57 por 1 000 nacidos vivos, con un índice de

mortalidad de 6,1 y una relación MMEG/MM de 0,1. Conclusiones: Las causas más frecuentes de MMEG en el grupo estudiado fueron las hemorragias en el posparto y el embarazo ectópico complicado. Solo un tercio de las pacientes ingresó a UCI.

Reyes I. (2012) En Perú, en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, realizó un estudio, donde tuvo como Objetivo: Caracterizar la morbilidad materna extrema (MME) en un Hospital Nacional de Lima. Diseño: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Participantes: Madres gestantes o puérperas. Intervenciones: Se revisó 206 historias clínicas de pacientes atendidas entre enero del 2007 y diciembre del 2009 y que cumplieron alguno de los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema relacionados con la enfermedad específica, falla orgánica o manejo. Se analizó las variables sociodemográficas y obstétricas, siguiendo el protocolo establecido en la metodología para la vigilancia de la FLASOG, además de la identificación la causa básica de morbilidad y los retrasos acorde a lo establecido en la metodología de la 'ruta hacia la vida'. Principales medidas de resultados: Incidencia y características de las pacientes. Resultados: La morbilidad materna extrema (MME) afectó a 0,94% de pacientes del Hospital San Bartolomé, con índice de mortalidad de 0,032, razón de morbilidad materna (MM) de 9,43 y relación MME/MM de 30,43. Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pre término, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de

MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7%. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (tipo IV) fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de MME. Conclusiones: La morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de casos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación.

Cabrera J. (2009) En Perú, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, realizó un estudio donde tuvo como Objetivo: Determinar la prevalencia de la morbilidad materna extrema (MME), establecer la caracterización de los eventos, y establecer un análisis comparativo de la MME y de muerte materna (MM); Método: Estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de MME y MM, que ocurrieron desde el 01 de enero de 2002 y 31 de diciembre de 2006. La MME se comparó con la MM, con respecto a algunas características y perfiles demográficos de la enfermedad. Resultados: Se registraron 16568 nacimientos, 1853 complicaciones maternas: 70 de MME y 35 MM. Se comprobó que la morbilidad materna, la MME y la MM guardan un orden de disminución de frecuencia. La preeclampsia severa y la hemorragia predominaron con el 62% morbilidad materna, mientras que para MME la enfermedad multisistémica fue la que con el 44% predominó. La MM fue provocada por preeclampsia severa, disfunción multisistémica, hemorragias y shock séptico, en orden decreciente. Conclusiones: El índice de MM fue para disfunción multisistémica, S. HELLP y disfunción renal con el 26%, 18% y

11%, respectivamente. La mayoría de los casos de MM (69%) ocurrió fuera de la UCI. La razón de la MM fue de 211 por 100,000 n.v. La relación MME/MM fue 53, y la razón de MME fue 11 por 1000 nacidos vivos (n.v.).

2. 2 BASES TEÓRICAS.

2. 2.1 ENFOQUE DE LA MORBILIDAD MATERNA

Ya es clásica la frase de Marta Gonzales de Paco, líder indígena Aymara de El Alto, Bolivia: “Todas las mujeres que dan vida caminan por los andamios de la muerte”. Es labor de todo aquel que esté en contacto con una gestante, no solo del sector de la salud sino de todos los estamentos de la sociedad, poner todos los medios para disminuir al máximo los riesgos de este camino y son los obstetras los llamados a dictar las directrices para que esto se cumpla, mejorando la calidad del cuidado obstétrico.

Según Mariño C. (2010) La OMS, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna. Hay un creciente interés en el uso de la morbilidad materna extrema como un indicador de calidad del cuidado materno, en la medida en que las muertes maternas se han convertido en un evento extremadamente raro en algunas regiones del mundo (países desarrollados).

Según Zuleta J. (2007) La integración del estudio de la morbilidad obstétrica al de la mortalidad incrementa la oportunidad de identificar los factores que contribuyen a ese continuum desde el embarazo sin complicaciones hasta la muerte y permite tomar correctivos de una manera más oportuna.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud – Colombia (2012) Una muerte materna es resultado de una serie de factores que actúan sobre la vida de la mujer, desde el nacimiento hasta su edad productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, por ejemplo; el estado de inferioridad o dependencia económica, educativa, legal o familiar y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar. Así mismo, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior.

Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema varía entre 0.04 y 10.61 por ciento (6). No obstante, la prevalencia real de pacientes es difícil de determinar, pues esta varía dependiendo de los criterios usados para la definición de caso y de las características de las poblaciones estudiadas (Mariño C; Vargas D. 2010, Cecatti JG et al. 2007). Algunos otros autores refieren una prevalencia entre 0.3 y 101,7 casos por cada 1000 nacidos vivos, con una media de 8.2 casos por 1000 nacidos vivos (Ortiz E.2010).

Según Geller, realizó una evaluación de cada factor de manera individual y encontró que la falla orgánica multisistémica tenía una sensibilidad del 95.5% y una especificidad del 87.8%, y así lo consideró el indicador con mayor peso para identificar casos de morbilidad materna extrema. (Ortiz E, 2010).

Según Reyes I. (2012) En el Perú se realizó un estudio para estimar la prevalencia de la Morbilidad materna extrema encontrándose alrededor del 0.94% o 9.4 por 1000 nacidos vivos.

Mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de los embarazos. Pero realmente, facilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud, que realicen la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados (Mariño C. 2010).

Cabe mencionar que un número importante de las muertes maternas y complicaciones médicas del embarazo registradas, son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos del control prenatal, lograr que las mujeres acudan a consulta en etapas tempranas del embarazo y que participen de una manera responsable en el auto cuidado de su salud a través del reconocimiento de los síntomas de alarma que pudieran presentarse en el transcurso del embarazo. (Mariño C. 2010).

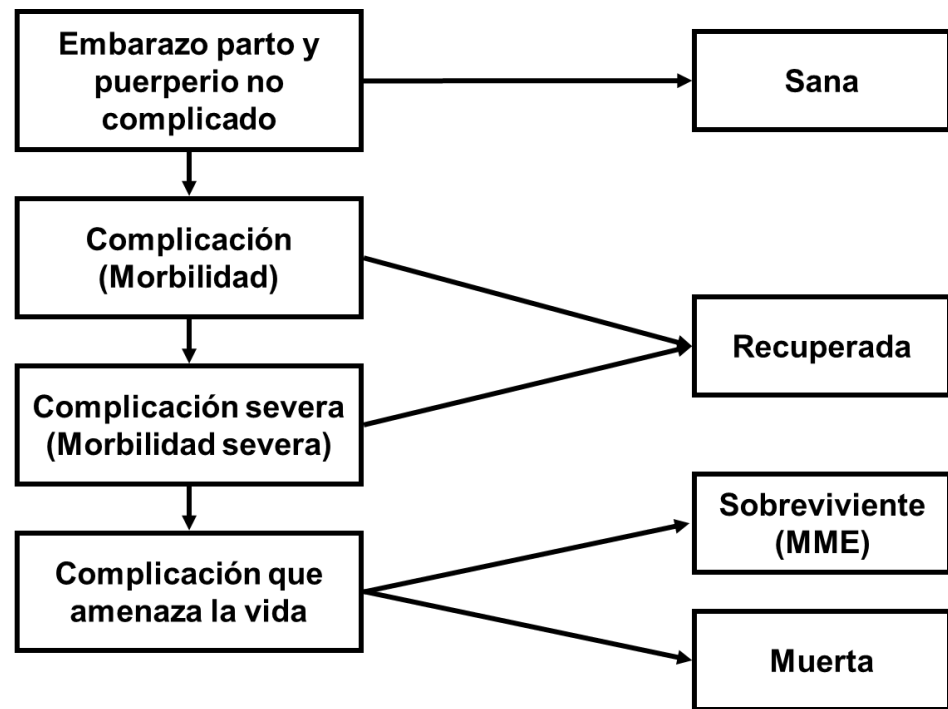
2.2.2 DEFINICIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Según Ortiz E, (2010) En 1991, W. Stones empleó el término “Near miss”, casi perdidas, para definir una reducida categoría de complicaciones que abarca los casos en los cuales se presentan condiciones de gravedad que amenazan seriamente la vida de la mujer gestante. De esta manera fue el primero en proponer su estudio para la evaluación de la calidad de cuidado obstétrico hospitalario o poblacional en áreas de baja mortalidad materna del Reino Unido.

A partir del año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), ha promovido la iniciativa de la vigilancia de los eventos de Morbilidad materna extrema (Near miss) en la Región de las Américas, para lo cual estimuló reuniones de consenso que establecieron la denominación del evento como “Morbilidad Materna Extrema” y determinaron los criterios para la identificación de casos.(Ortiz E. 2010)

Como consecuencia, después de discutir ampliamente las definiciones establecidas, el comité de mortalidad materna de la FLASOG el 6 de abril del 2007 en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, adoptó la siguiente definición: “La Morbilidad Materna Extrema (MME) es una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (Ortiz E; 2010) (Cuadro 1)

Cuadro 1. Secuencia entre los extremos de salud y muerte durante el embarazo



Sin embargo, no existe una definición universalmente aplicable pues ésta depende de las características de la atención y del nivel de desarrollo de cada región. Lo importante es que la definición empleada sea apropiada a las circunstancias locales de tal manera que permita implementar acciones orientadas a mejorar el cuidado materno de acuerdo con sus posibilidades. (Ortiz E. 2010, Instituto Nacional de Salud – Colombia 2012)

Para la identificación de casos, la Organización mundial de la salud (OMS) y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) han propuesto la aplicación de tres categorías basadas en: (2007)

- Criterios asociados a signos y síntomas clínicos de una enfermedad específica (Eclampsia, Shock séptico, shock hemorrágico)

- Criterios relacionados con falla o disfunción de órganos y sistemas (hipovolemia, oliguria, disfunción de la coagulación, disfunción respiratoria o cerebral, etc.).
- Criterios relacionados con el tipo de manejo dado a la paciente, donde la admisión a UCI, las transfusiones de sangre y la práctica de intervenciones quirúrgicas como la histerectomía de urgencia, son los criterios más usados.

Debemos de tener en cuenta que cuando se utilizan para la identificación del caso criterios asociados a signos y síntomas clínicos de una enfermedad específica puede sobreestimarse el evento, pues no siempre una enfermedad desencadena una condición en la cual se arriesgue la vida de la gestante. En sentido contrario, cuando se usan criterios relacionados con el manejo dado a la paciente puede subestimarse el evento, particularmente cuando el criterio está relacionado con admisión a UCI, teniendo en cuenta la limitación de esta oferta en los países en desarrollo y la diversidad de protocolos para avalar tal conducta.

Según Mejía A. (2012) sobre morbilidad materna extrema y muertes maternas El valor de la mortalidad materna como indicador de calidad de cuidado materno ha sido revalorado. El análisis de las muertes puede no ayudar a determinar dónde deben concentrarse los esfuerzos para disminuir la incidencia de eventos o entidades obstétricas responsables de la morbilidad mayor. Por ejemplo, el embolismo pulmonar masivo es la principal causa de muerte en países desarrollados; sin embargo en la mayoría de los estudios no Gráfico como causa de admisión en UCI, porque la muerte por esta causa es súbita y las pacientes afectadas no alcanzan a ser intervenidas. La mortalidad materna no es un indicador sensible y las actuales metodologías de análisis

concentran sus esfuerzos en utilizar morbilidad materna extrema como principal indicador de calidad.

Cuadro 2 Indicadores de Morbilidad Materna Extrema

Indicador	Definición Operacional	Utilidad
1. Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME)	Número de casos de MME en el periodo / Número de nacidos vivos dentro del mismo periodo x 100,000	Indica la prevalencia de MME
2. Índice de mortalidad	Número de casos de muerte materna en el periodo / Número de casos de muerte materna + número de casos de MME x 100	Indicador de letalidad, refleja el porcentaje de muertes maternas por cada cien casos de MME. Evalúa la calidad de atención.
3. Relación MME (Morbilidad materna extrema) / MM (Muerte materna)	Número de casos de MME en el periodo / Número de casos de muerte materna	Refleja el número de casos de MME por cada caso de muerte materna. Evalúa la calidad de atención
4. Relación criterios / caso	Número de criterios de inclusión relacionados con el total de casos en un periodo / Número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo	Indica el número de criterios de inclusión por cada caso de MME. Refleja la severidad del compromiso de la salud materna. Su comparación por periodos permite evaluar el impacto de las intervenciones.
5. % de casos con tres o más criterios de inclusión	Distribución porcentual de los casos según criterios de inclusión (uno, dos, tres o más criterios de inclusión)	Indica la severidad o grado de compromiso en la salud de las gestantes con MME. La comparación por periodos diferentes permite evaluar el impacto de intervenciones.

FUENTE: FLASOG (2007)

El resultado del estudio de investigación en gestantes con morbilidad materna extrema puede ser utilizado para tratar de identificar determinantes de mortalidad y morbilidad materna, y plantear de acuerdo a ello estrategias preventivas y de intervención.

2.2.3 CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASO DE MORBILIDAD

MATERNA EXTREMA

Se considera como caso de morbilidad materna extrema, toda gestante sobreviviente que durante el embarazo, parto o puerperio presente uno o más de los tres criterios que a continuación se detallan:

1. Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica

A. Eclampsia: presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos identificados.

B. Choque séptico: estado de hipotensión (TAS <90 – TAD<60) inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica.

C. Choque hipovolémico: es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

2. Relacionados con falla o disfunción orgánica

A. Cardíaca: paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador.

B. Vascular: ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico). Se manifiesta en general, por presión arterial <90 mmHg, presión arterial media <60 mmHg, disminución de la presión arterial sistólica por debajo de 40 mmHg,

índice cardíaco >3.5 L /min. m^2 , llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo.

Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la TAS sea >160 mmHg o TAD >110 mmHg persistente por más de 20 minutos.

C. Renal: deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, oliguria (< 0.5 cc/Kg/hora) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico.

D. Hepática: alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de 3.0 mg/dl, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L, o elevación de LDH ≥ 600 UI/L.

E. Metabólica: aquella que corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras, y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo, por hiperlactacidemia >200 mmol/L, hiperglucemia >240 mg/dl, sin necesidad de padecer diabetes.

F. Cerebral: coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, presencia de lesiones hemorrágicas o isquémicas.

G. Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo.

H. Coagulación: criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600).

3. Relacionados con el manejo instaurado a la paciente

A. Ingreso a UCI: paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto al indicado para estabilización hemodinámica electiva.

B. Cirugía: procedimientos diferentes a un legrado parto o cesárea, practicados de urgencia para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante. Entre ellas tenemos Histerectomía post parto, post Cesárea o post aborto, laparotomía exploratoria.

C. Transfusión sanguínea aguda: transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo. (Ortiz E, 2010)

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Morbilidad materna extrema: Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (Definición FLASOG 2007)

- **La identificación del caso:** Para la identificación del caso se utilizarán las definiciones y los criterios propuestos por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Entonces Morbilidad Materna Extrema se considera como caso toda gestante sobreviviente que durante el embarazo, parto o puerperio y presente uno o más de los criterios de inclusión determinados por la OMS, como son los relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica, relacionados con falla o disfunción orgánica y los relacionados con el manejo instaurado a la paciente, los cuales se detallaron líneas arriba.

Factores de Riesgo:

OMS (2016) Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Un número reducido de factores de riesgo contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad de las enfermedades no transmisibles. Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de factores de riesgo es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control. (OMS, 2016)

Factores de Riesgo Sociodemográficos

Son los factores relativos y características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, la edad de matrimonio, volumen de población, inmigración de una sociedad. Esto se hace para cada miembro de la población (Law Dictionary).

Factores de Riesgo Clínicos Obstétricos

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, puerperio, feto y/o neonato) o un grupo de personas, que se asocia con un riesgo anormal de poseer o desarrollar una enfermedad, o ser especialmente afectado de forma desfavorable por ella (OMS).

2.4 BASES EPISTÉMICAS.

Según Winslow (1920), La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1) El saneamiento del medio;
- 2) El control de las enfermedades transmisibles;
- 3) La educación de los individuos en los principios de la higiene personal;
- 4) La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades;
- 5) El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

La Organización Mundial de la Salud (1946) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Según Hanlon (1974), define a la salud pública como el logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad.

Según Piédrola Gil (1991), estableció la siguiente definición que simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido.

Definición de Piédrola Gil: La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

Según Frenk (1992), propone delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones.

En el mismo año Milton Terris (1992) prescribía cuatro tareas básicas para la teoría y práctica de la "Nueva Salud Pública": prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y de la rehabilitación. Este autor actualizó la clásica definición de Salud Pública elaborada por Winslow. Definiendo la Salud Pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad.

También Testa (1992), de una reflexión sobre las políticas sociales, y buscando un redimensionamiento teórico de la salud como "campo de fuerza" y de

aplicación de la ciencia, reconocía a la salud pública en tanto práctica social, por lo tanto, como construcción histórica. El área de la salud, inevitablemente referida al ámbito colectivo-público-social, ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Pero si las proposiciones de las políticas de salud y las prescripciones de la salud pública son contextualizadas en un "campo de fuerza", otros sentidos y significados pueden ser extraídos de esa retórica.

La Organización Panamericana de la Salud (2002) propone la siguiente definición de Salud Pública de las Américas. La Salud Pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Definición Actual de Salud Pública

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado. Integra las disciplinas de Ingeniería Sanitaria, Psicología, Veterinaria, Economía, Administración en Salud, Antropología, Sociología, Ciencias de la Salud, Demografía, Estadística, Ingeniería de Sistemas, Medicina, Biología, Ciencia Política, Ecología.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el periodo 2016, con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados con la morbilidad materna extrema.

La información sobre las pacientes se obtuvo directamente de las historias clínicas del HRZCVH. Estos datos fueron recolectados mediante una ficha diseñada para este fin.

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño de la investigación es Descriptivo, Correlacional, se describen los factores de riesgo asociados con la morbilidad materna extrema, en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. (Fonseca A. 2013)

Se evalúa si existe asociación estadísticamente significativa entre la Morbilidad Materna Extrema y los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos, para tal se utilizó la prueba χ^2 de Pearson y el valor p (<0.05)

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población de estudio:

Estuvo conformado por aquellas pacientes obstétricas, que suman un total de 90 mujeres, cuyas características están acordes a los criterios de FLASOG para morbilidad materna extrema, atendidas por el Servicio de

Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el periodo 2016.

Tipo de muestreo no probabilístico y la técnica de muestreo por conveniencia (Fonseca A. 2013).

La presente investigación fue un estudio censal, del 100% de pacientes con Morbilidad Materna Extrema que acudió al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el periodo 2016.

Características generales de la población

Criterios de inclusión:

- Estuvo conformado por todas aquellas pacientes obstétricas cuyas características están acordes a los criterios de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la Organización Mundial de Salud (OMS) para morbilidad materna extrema (MME) que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huancavelica el año 2016.
- Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: preeclampsia-eclampsia-síndrome de HELLP, choque séptico, choque hipovolémico.
- Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
- Relacionados con el manejo de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma

Criterios de exclusión, los más importantes fueron:

- Todas aquellas pacientes obstétricas cuyas características no estuvieron acordes a los criterios de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la Organización Mundial de Salud (OMS) para morbilidad materna extrema (MME).
- Historias clínicas de pacientes que fueron ingresados durante el embarazo, parto y puerperio con registros clínicos incompletos o ilegibles.

Ubicación de la población en el espacio y tiempo

Ubicación en el espacio, Las mujeres incluidas en el estudio son aquellas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huancavelica.

Ubicación en el tiempo, Son todas aquellas fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huancavelica de enero a diciembre del año 2016.

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La Ficha de Recolección de datos, estuvo conformada por dos variables principales, donde la V. Dependiente será la Morbilidad Materna Extrema, que incluye los tres criterios básicos para ser considerada como MME, la segunda V. Independiente, son los factores de riesgo, subdivididos en factores de riesgo sociodemográficos los cuales consta de 6 ítems y los factores de riesgo clínicos obstétricos conformada por 22 ítems. La información fue recabada de las Historias clínicas de las pacientes obstétricas que acudieron al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el periodo 2016. La ficha de recolección de datos fue validada por juicio de expertos.

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

3.5.1 TÉCNICA

La técnica utilizada es la **documentación** y el instrumento la **ficha de recolección de datos** con 28 ítems, que permitió recolectar datos de las fuentes secundarias de las historias clínicas, para el presente estudio descriptivo, retrospectivo (Fonseca A. 2013).

Para el análisis de los datos se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS – V23, en dos etapas:

Estadística descriptiva, para obtener los datos de frecuencia y porcentajes, medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Estadística Inferencial, para establecer relaciones entre las variables estudiadas se utilizó el estadístico de correlación Chi Cuadrado.

Se presentan los resultados en tablas de doble entrada así como también gráficos estadísticos.

3.5.2 PROCESAMIENTO

Se elaboró una ficha electrónica para la recolección de los datos en el programa Microsoft Office Excel 2010.

La base de datos obtenida se trasladó al paquete estadístico SPSS v. 23.0 para el análisis estadístico respectivo, analizándose las variables cualitativas para determinar las frecuencias absolutas y relativas elaborándose los gráficos y tablas respectivos. Se analizaron y discutieron los resultados obtenidos, se estableció las conclusiones y recomendaciones y finalmente se elaboró el informe final.

3.5.3 PRESENTACIÓN DE DATOS

La información obtenida de la ficha de recolección de datos, fue analizada por medio de programas informáticos tipo SPSS. (23.0) Para fines de análisis de población de estudio.

Se utilizó la estadística descriptiva para presentar los datos de frecuencias porcentajes y medidas de tendencia central en tablas, Asimismo la estadística inferencial, y para la contratación de hipótesis se recurrió a técnica no paramétricas como el Chi cuadrado.

3.5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este trabajo se tomó en cuenta los siguientes aspectos éticos:

Se solicitó el permiso documentadamente a la Dirección del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica.

Existió una comunicación por parte del investigador al Director del Hospital y al Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, integrantes del Comité de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital, haciéndoles conocer el motivo de investigación y solicitando su aceptación del estudio que redundará en mejor conocimiento e información en la resolución de los casos de gestantes o puérperas con morbilidad materna extrema.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1. RESULTADOS POR DIMENSIONES

4.1.1. Resultados de la variable factores de riesgo

4.1.1.1. Dimensión factores sociodemográficos

Tabla 1: Edad de la Paciente

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
14 a 16	5	5,6
17 a 19	18	20,0
20 a 24	21	23,3
25 a 29	19	21,1
30 a 34	9	10,0
35 a 39	8	8,9
40 a 45	10	11,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

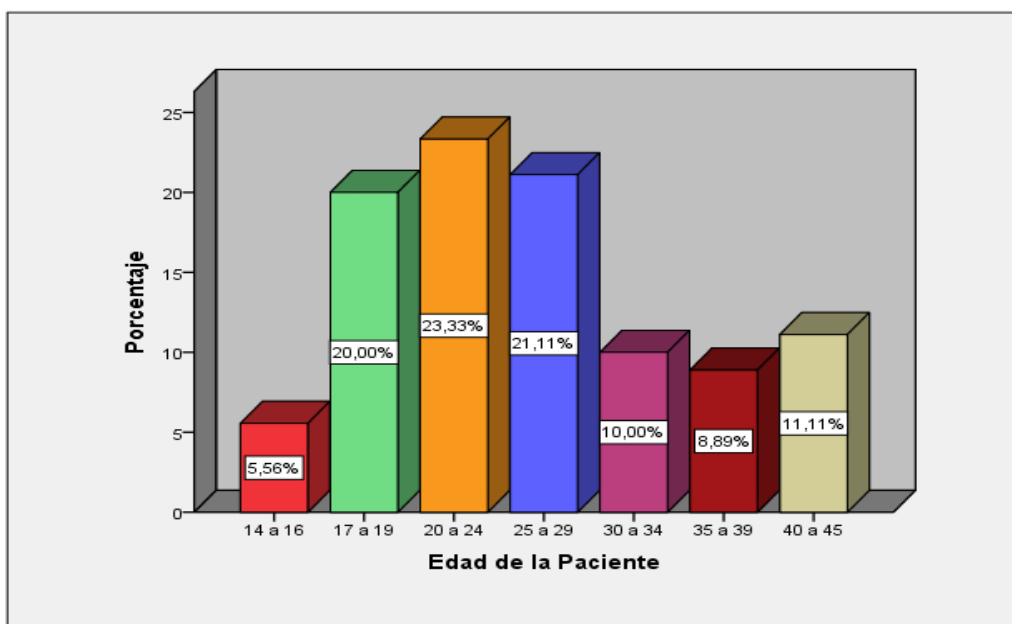


Gráfico 1: Edad de la Paciente

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 1, se analizó las edades de las pacientes maternas del Hospital Regional de Huancavelica, donde se encontró con mayor frecuencia en el 23,3% con la edad de 20 a 24 años, con el 21,1% las pacientes de 25 a 29 años y el 20% de las pacientes tuvieron la edad de 17 a 19 años, mientras que en menor frecuencia el 11,1% de las pacientes tuvieron la edad de 40 a 45 años ,10% la edad de 30 a 34 años, el 8,9% la edad de 35 a 39 años y el, 5,6% de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema tuvieron la edad de 14 a 16 años.

Tabla 2: Nivel educativo

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	3	3,3
Primaria Incompleta	10	11,1
Primaria Completa	10	11,1
Secundaria Incompleta	20	22,2
Secundaria Completa	29	32,2
Superior Técnico	7	7,8
Superior Universitario	11	12,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

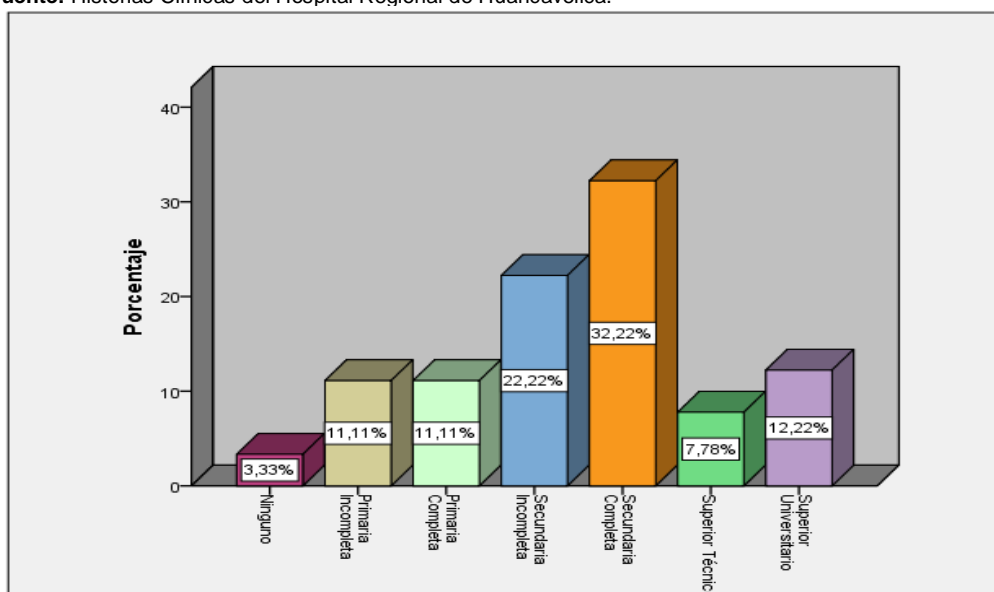


Gráfico 2: Nivel educativo

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 2, se analizó el nivel educativo de las pacientes con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 3,3% no se evidencio ningún nivel educativo, el 11,1% de las pacientes estuvieron dentro del nivel educativo de primaria incompleta, así mismo el 11,1% de las pacientes con instrucción de primaria completa, también se observó que el 7,8% de las pacientes contaron con instrucción de superior técnico y el 12,2% de las pacientes de instrucción superior universitario, además se observó que la frecuencia estuvo con el 22,2% con secundaria incompleta y el 32,2% con secundaria completa

Tabla 3: Lugar de procedencia

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Rural	52	57,8
Urbano	38	42,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

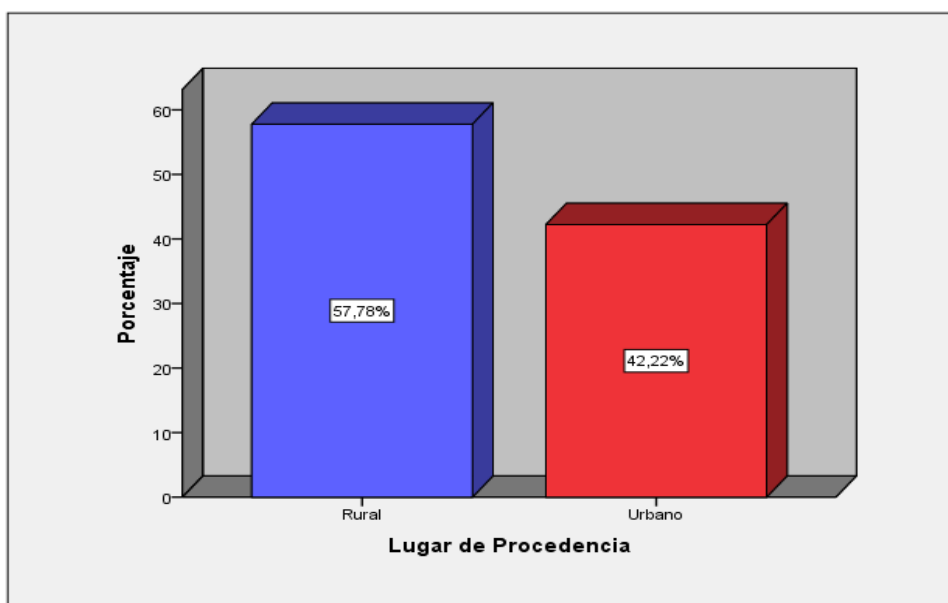


Gráfico 3: Lugar de procedencia

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 3, se analizó el lugar de procedencia de las pacientes con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde se observó que el 57,8% de las pacientes proceden de las zonas rurales y el 42,2% de las zonas urbanas.

Tabla 4: Distrito de procedencia

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Acoria	9	10,0
Huancavelica	26	28,9
Lircay	11	12,2
Yauli	9	10,0
Colcabamba	2	2,2
Paucará	6	6,7
Palca	1	1,1
Manta	2	2,2
Ascensión	6	6,7
Marcas	1	1,1
Huando	4	4,4
Conaycasa	1	1,1
Acobambilla	1	1,1
Cochaccasa	1	1,1
Anchonga	3	3,3
Tintaypuncu	1	1,1
Pampas	1	1,1
Salcabamba	1	1,1
Acostambo	1	1,1
Huaytara	1	1,1
Pilpichaca	1	1,1
Vilca	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

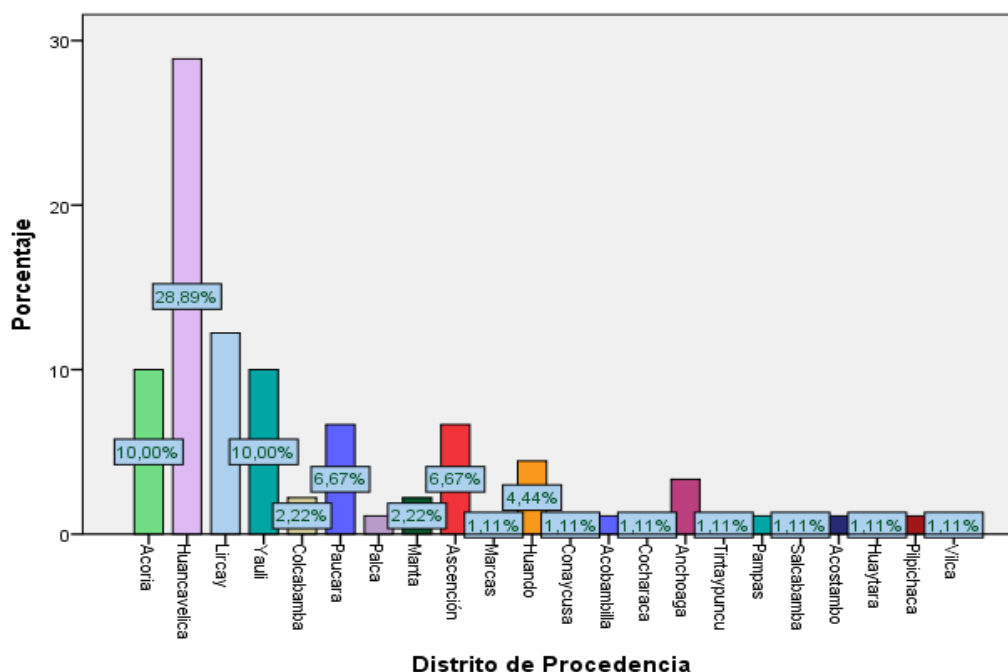


Gráfico 4: Distrito de procedencia

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 4, se analizó el Distrito de procedencia de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde se observó que con mayor frecuencia se encuentran el distrito de Huancavelica, Lircay, Yauli y Acoria con 28,9%, 12,2%, 10%, 10% respectivamente, en menor frecuencia y también de importancia se encuentran los distritos Ascensión y Paucará con 6,7%, Huando con 4,4%, Cochaccasa, el 3,3% y el 2,2% de las pacientes proceden del distrito de Colcabamba.

Tabla 5: Estado Civil

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	21	23,3
Casada	18	20,0
Conviviente	51	56,7
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

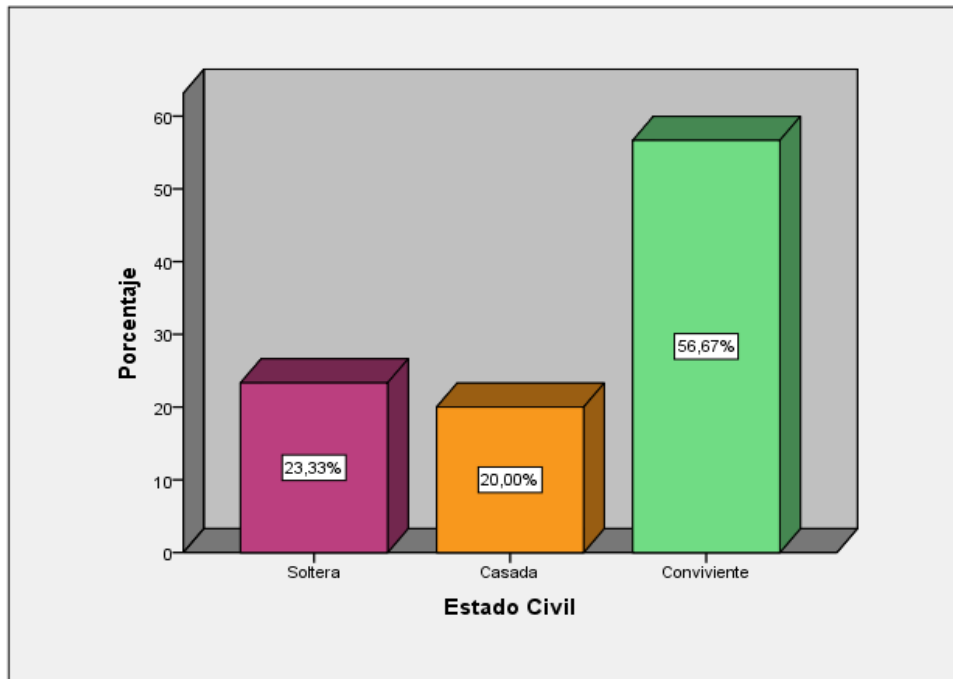


Gráfico 5: Estado civil

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 5, se analizó el estado civil de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde se encontró que el 58,7% son de estado civil conviviente, el 23,3% solteras y el 20%.

Tabla 6: Ocupación

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	68	75,6
Trabajo Dependiente	2	2,2
Trabajo Independiente	2	2,2
Estudiante	18	20,0
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

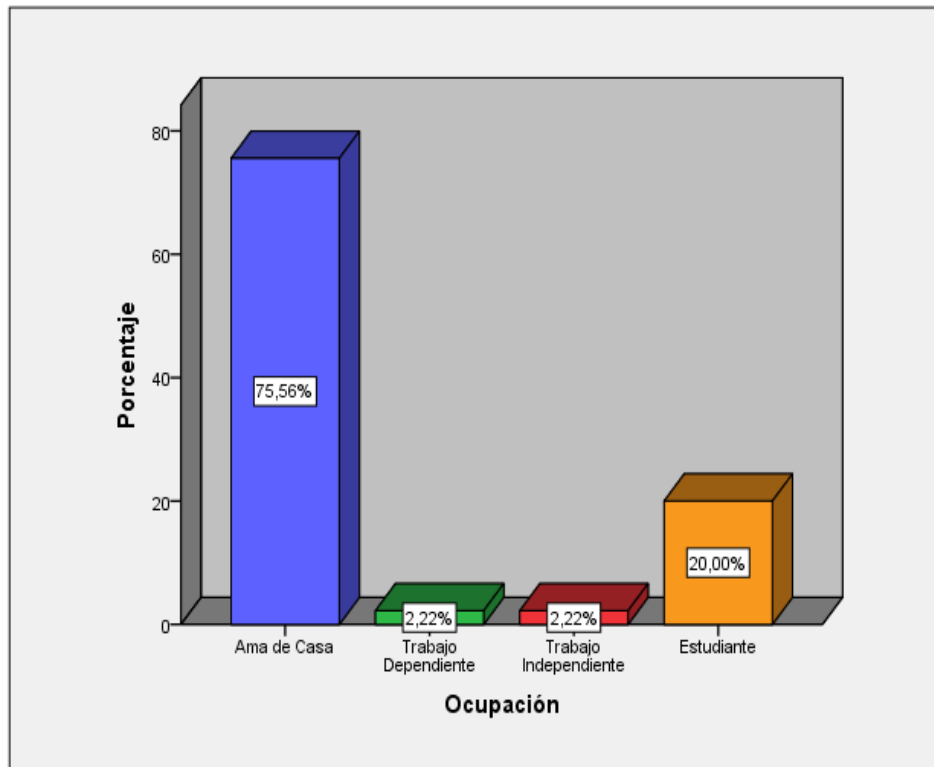


Gráfico 6: Ocupación

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 6, se analizó la ocupación de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde se encontró que el 75,6% de las pacientes tuvieron la ocupación de ama de casa, seguidas del 20% con ocupación de estudiante, el 2,2% con trabajo dependiente e independiente.

Tabla 7: Cuenta con algún tipo de seguro

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No cuenta con Ningún Seguro	1	1,1
SIS	87	96,7
EsSalud	2	2,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

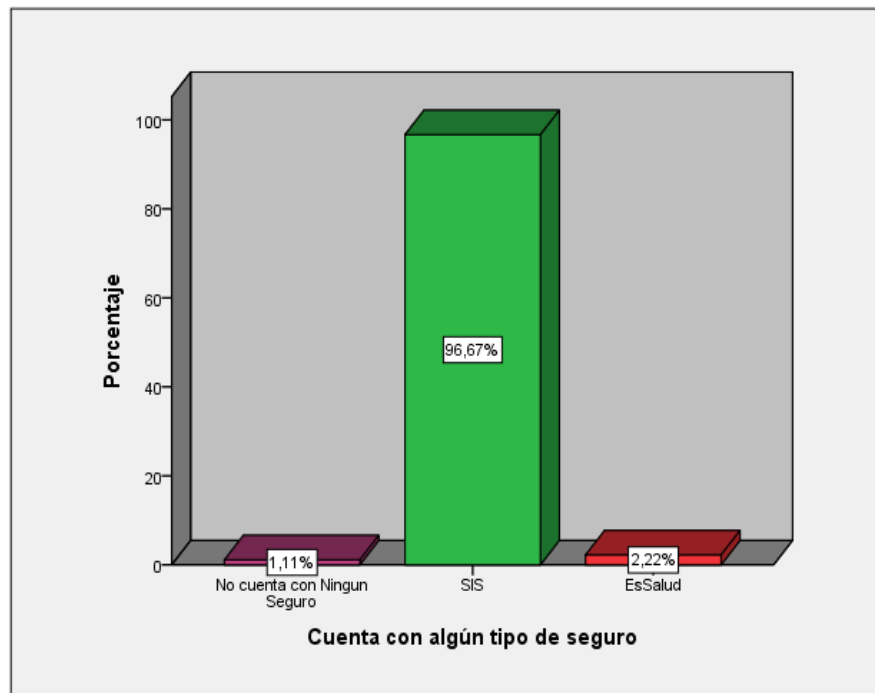


Gráfico 7: Cuenta con algún tipo de seguro

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 7, se analizó si cuentan con alguno seguro las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde la mayoría contaba con el seguro del SIS 96,7%, el 2,2% el seguro de EsSalud y el 1,1% de las pacientes no contaban con ningún tipo de seguro.

4.1.1.2. Dimensión factores clínicos obstétricos

Tabla 8: Número de gestaciones

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	47	52,2
2 a 4 gestaciones	34	37,8
5 a más gestaciones	9	10,0
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

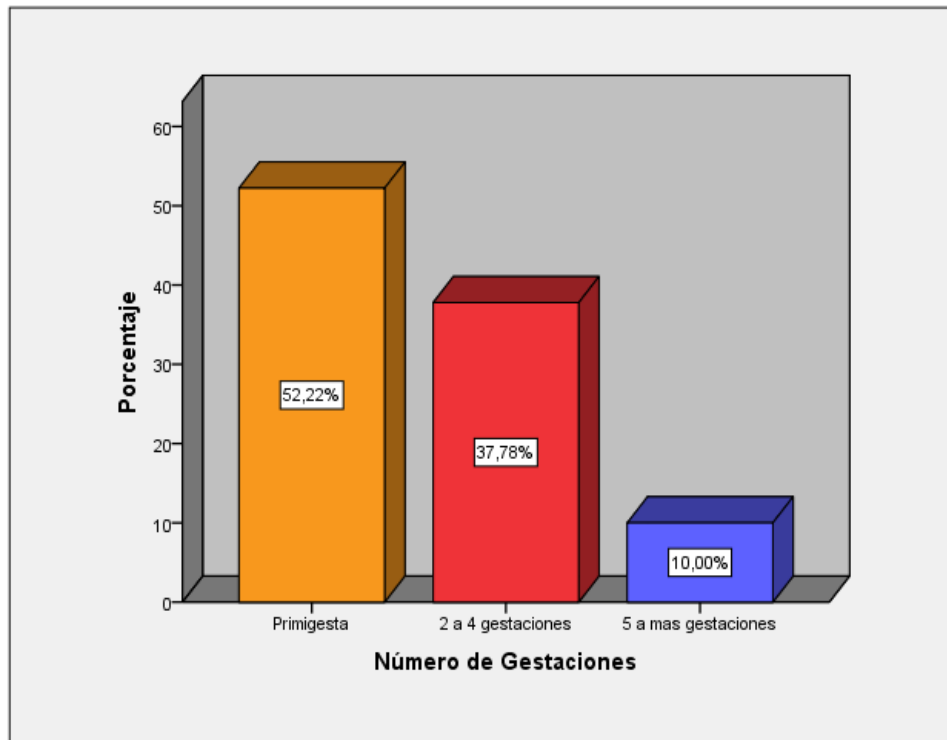


Gráfico 8: Numero de gestaciones

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 8, se analizó el número de gestas de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 52,2% de las pacientes fueron primigestas, mientras que el 37,8% tuvieron de 2 a 4 gestaciones y el 10% tuvieron más de 5 gestaciones.

Tabla 9: Número de partos

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	50	55,6
Primípara	7	7,8
Multípara	30	33,3
Gran Multípara	3	3,3
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

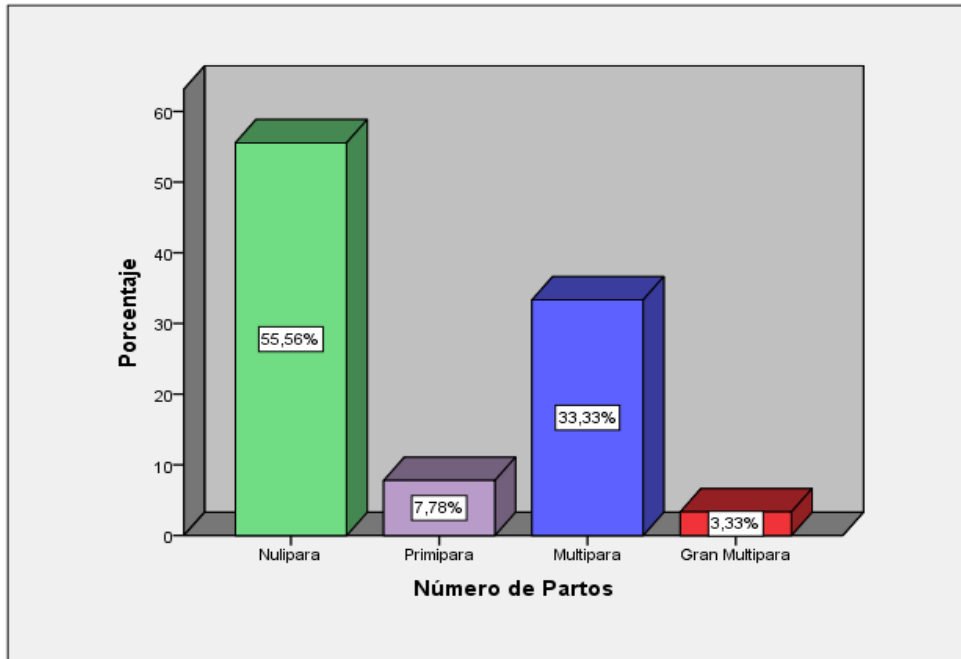


Gráfico 9: Número de partos

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 9, se analizó la paridad de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, de acuerdo a los datos obtenidos de las historias clínicas el 55,7% de las pacientes fueron nulíparas, el 33,3% multíparas, el 7,8% primíparas y el 3,3% gran multíparas.

Tabla 10: Número de abortos

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sin Abortos	76	84,4
Con Abortos	14	15,6
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

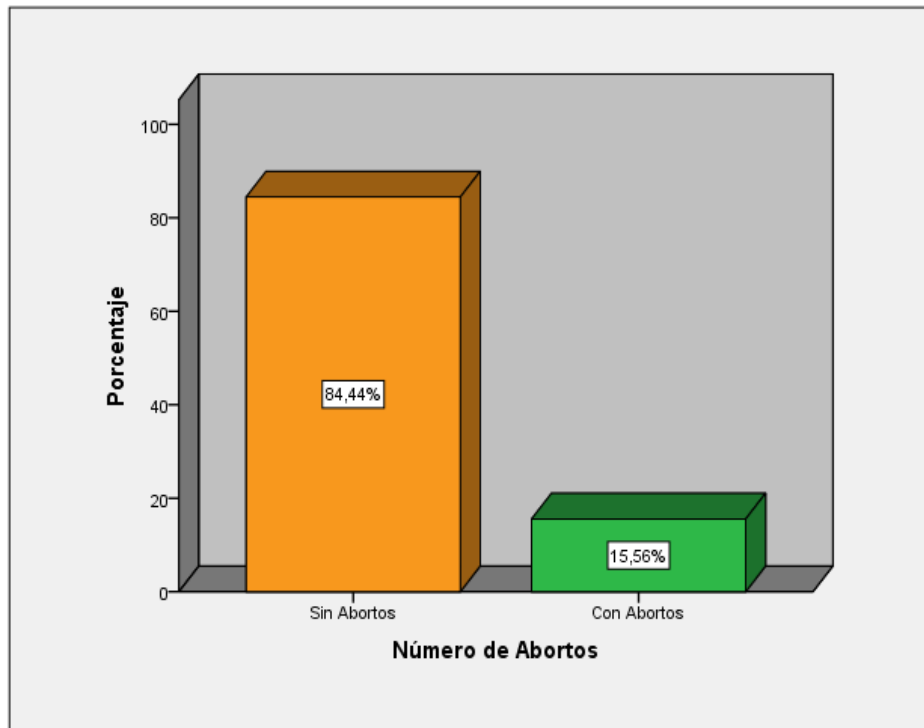


Gráfico 10: Número de abortos

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 10, se analizó el antecedente de abortos de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 84,4% de las pacientes no tuvieron ningún aborto y el 15,7% de las pacientes tenían el antecedente de 1 o más abortos.

Tabla 11: Número de cesáreas

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
No tiene Cesárea	82	91,1
Cesareada 1 vez	6	6,7
Cesareada Anterior 2 veces a más	1	1,1
No Aplica	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

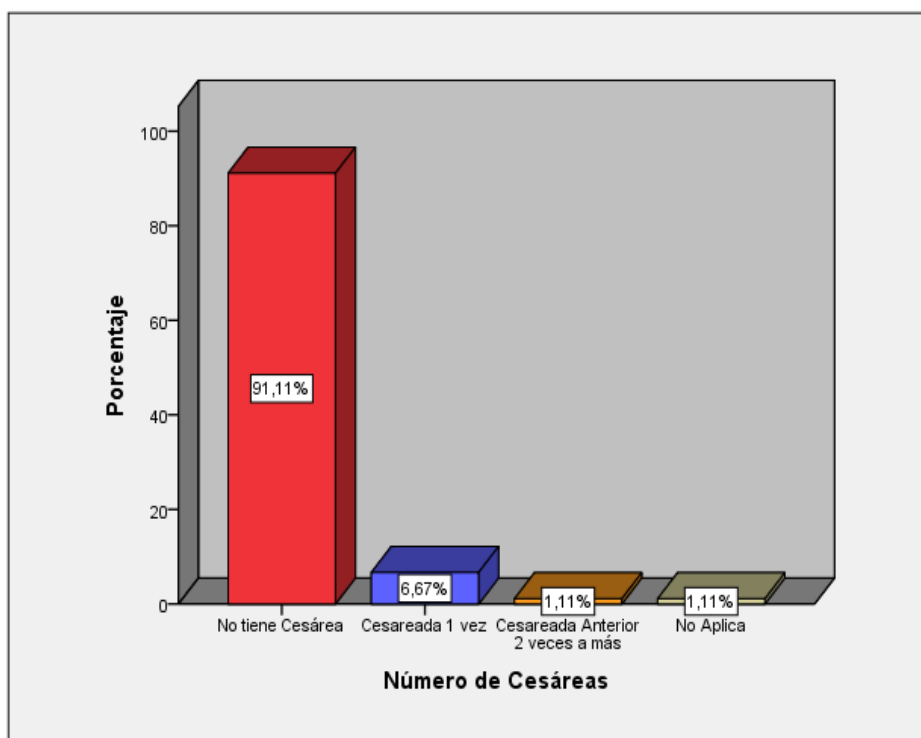


Gráfico 11: Número de cesáreas

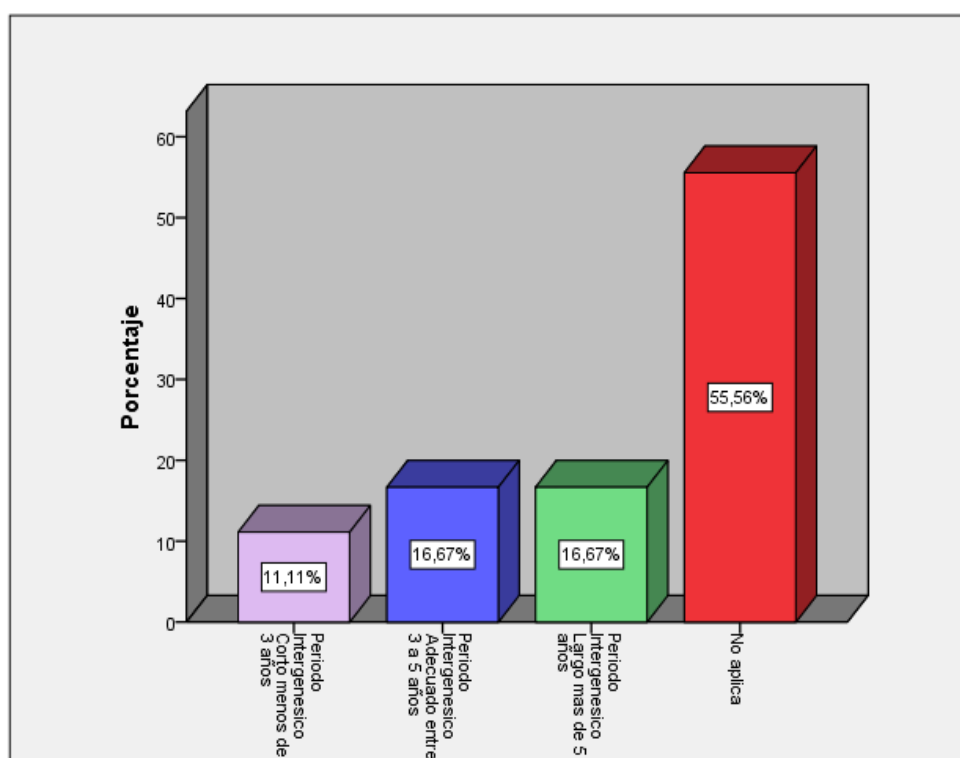
Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 11, se analizó el antecedente de cesáreas de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 91,1% no tenían el antecedente de cesárea, mientras que el 6,7% de las pacientes tuvieron una cesárea anterior, el 1,1% de las pacientes tuvieron más de 2 cesáreas previas y el 1,1% de las pacientes encuestadas no aplica por ser su primer embarazo.

Tabla 12: Periodo intergenésico

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Periodo Intergenésico Corto menos de 3 años	10	11,1
Periodo Intergenésico Adecuado entre 3 a 5 años	15	16,7
Periodo Intergenésico Largo más de 5 años	15	16,7
No aplica	50	55,6
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

**Gráfico 12: Periodo intergenésico****Análisis e interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 12, se analizó el periodo intergenésico (PI) de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 16,7% se encontraban dentro del periodo intergenésico adecuado y PI. largo, el 11,1% dentro del periodo intergenésico corto entre 3 a 5 años y el 55,7% de las pacientes encuestadas no aplica por ser su primer embarazo.

Tabla 13: Número de atenciones prenatales

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sin APN	13	14,4
Menos de 6 APN	21	23,3
Más de 6 APN	56	62,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

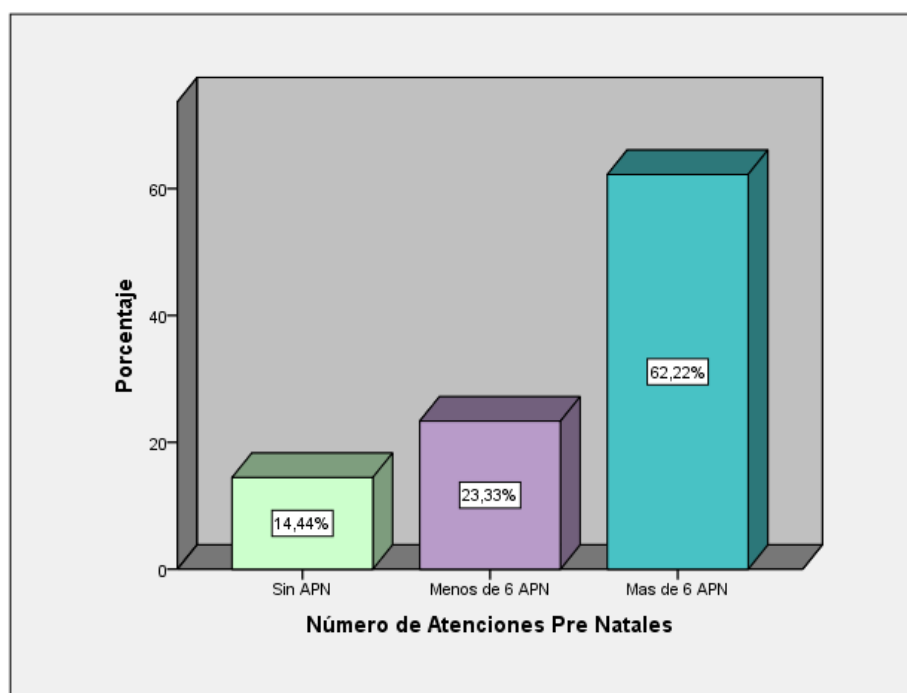


Gráfico 13: Número de atenciones prenatales

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 13, se analizó el número de atenciones prenatales de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 62,2% se realizaron más de 6 atenciones prenatales, el 23,3% contaron con menos de 6 atenciones prenatales y el 14,4% de las pacientes no tuvieron atenciones prenatales.

Tabla 14: Inicio de la atención prenatal

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sin APN	13	14,4
Inicio de la APN en el I Trimestre	50	55,6
Inicio de APN en el II Trimestre	25	27,8
Inicio de APN en el III Trimestre	2	2,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

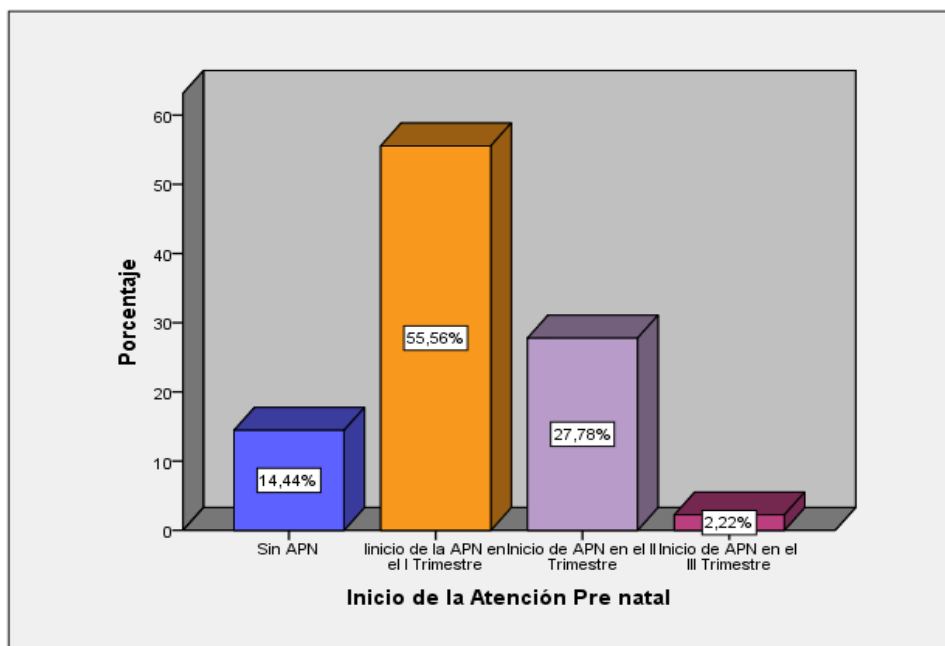


Gráfico 14: Inicio de la atención prenatal

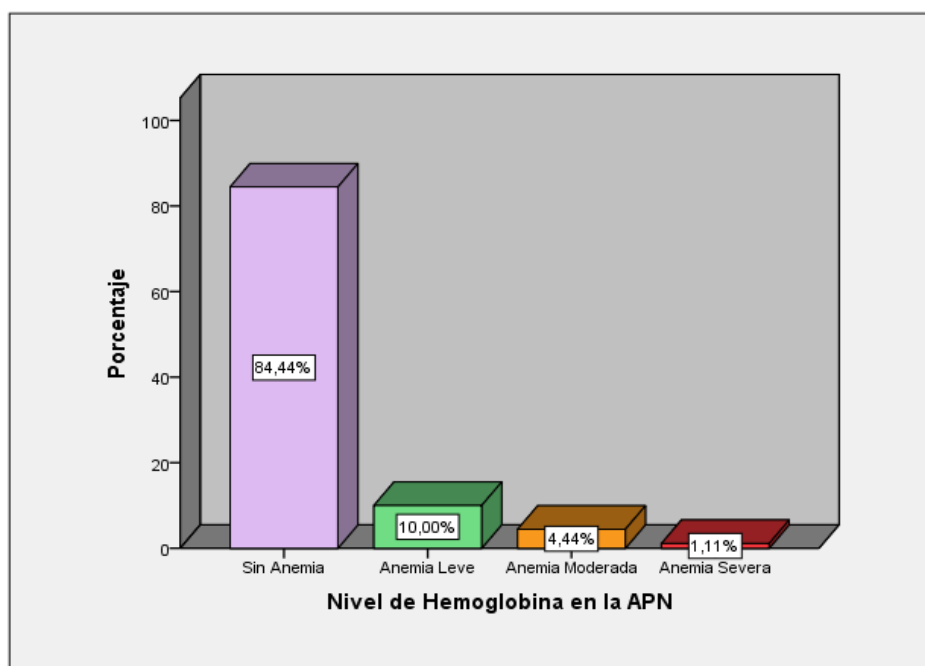
Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 14, se analizó el inicio de la atención prenatal de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 55,6% iniciaron sus atenciones prenatales oportunamente en el I trimestre de embarazo, el 27,8% iniciaron tardíamente sus atenciones prenatales en el II trimestre y el 2,2% sus atenciones prenatales fueron llevadas a cabo en el III trimestre de embarazo, mientras que el 14,4% de las pacientes no tuvieron atención prenatal.

Tabla 15: Nivel de hemoglobina en la Atención Prenatal (APN)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sin Anemia	76	84,4
Anemia Leve	9	10,0
Anemia Moderada	4	4,4
Anemia Severa	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

**Gráfico 15: Nivel de hemoglobina en la Atención Prenatal (APN)**

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 15, se analizó el nivel de hemoglobina en la Atención Prenatal (APN) de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 84,4% no presentaron anemia, mientras que el 10% tuvieron anemia leve, el 4,4% anemia moderada y el 1,1% de las pacientes presentaron anemia severa.

Tabla 16: Antecedentes familiares

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	77	85,6
Hipertensión Arterial	7	7,8
Diabetes	1	1,1
Cardiopatías	1	1,1
Embarazo múltiple	4	4,4
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

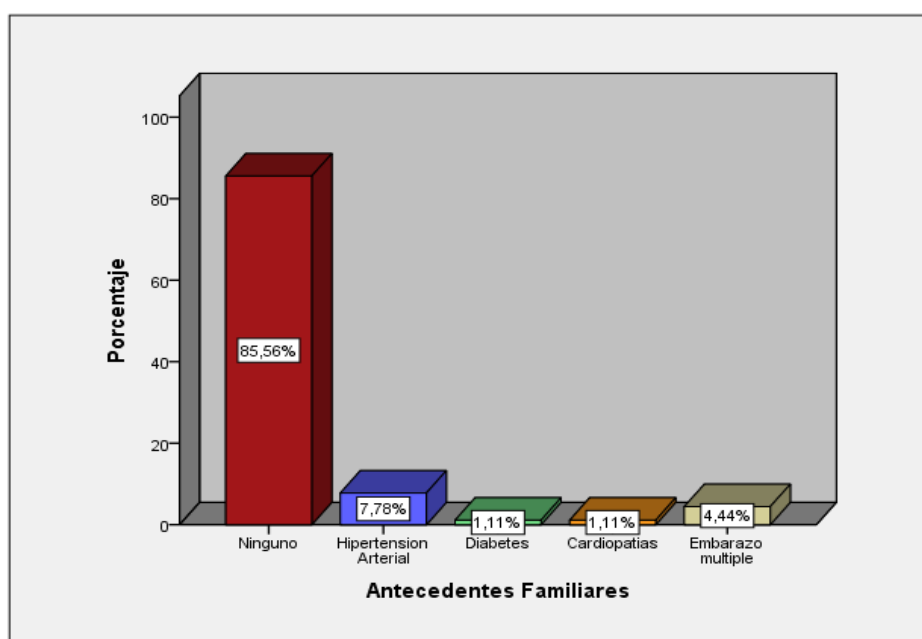


Gráfico 16: Antecedentes familiares

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 16, se analizó los antecedentes familiares en las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 85,7% de las pacientes no presentaron ningún antecedente familiar, el 7,8% tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 4,4% antecedente familiar de embarazo múltiple y el 1,1% tenían antecedente familiar de diabetes y cardiopatías.

Tabla 17: Antecedentes Personales

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	79	87,8
Epilepsia	1	1,1
Cesáreas Anteriores	4	4,4
Abortos	4	4,4
Hipertiroidismo	1	1,1
Esquizofrenia	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

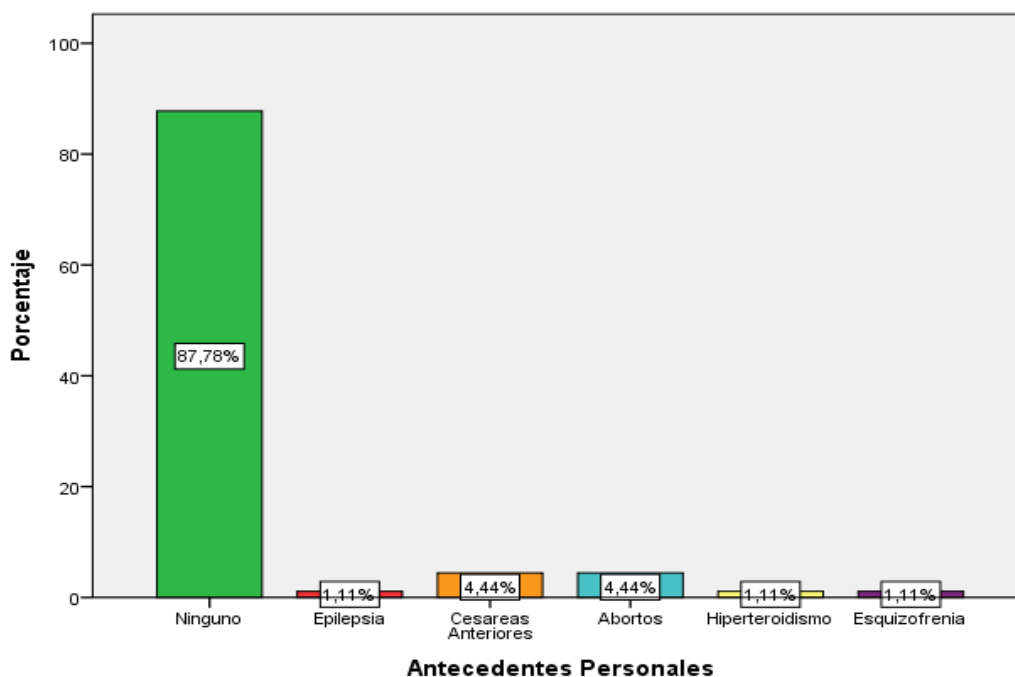


Gráfico 17: Antecedentes familiares

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 17, se analizó los antecedentes personales en las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 87,8% de las pacientes no tenían antecedentes personales, mientras que el 4,4% tenían antecedentes de cesáreas anteriores y abortos, el 1,1% de las pacientes tenían antecedentes personales de epilepsia, hipertiroidismo y esquizofrenia.

Tabla 18: Edad Gestacional

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	5	5,6
Inmaduro	1	1,1
Pre termino	34	37,8
A termino	47	52,2
Post termino	3	3,3
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

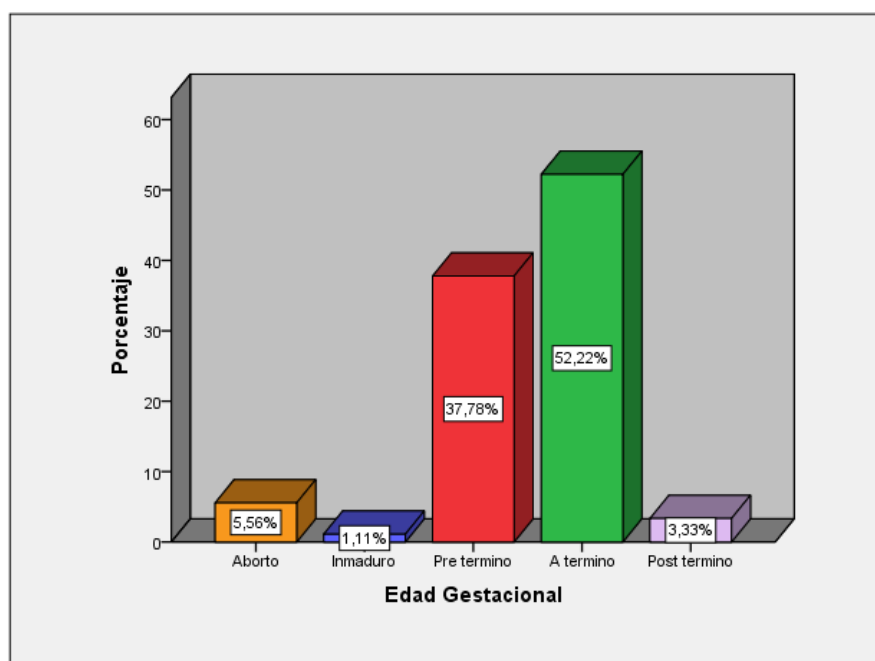


Gráfico 18: Edad gestacional

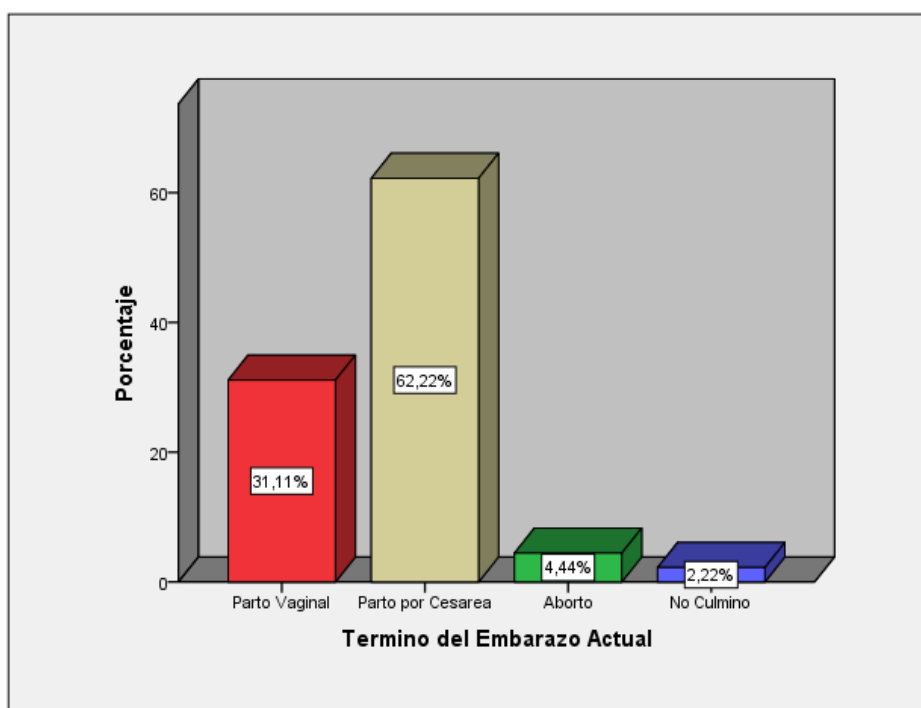
Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 18, se analizó la edad gestacional durante la ocurrencia de la morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 52,2% estuvieron con una edad gestacional adecuada o a término (37 a 41 semanas), el 37,8% pre termino (28 a 36 semanas), el 3,3% post termino (> 42 semanas), el 1,1% con edad gestacional inmadura (22 a 27 semanas) y el 5,7% terminaron en aborto.

Tabla 19: Termino del embarazo actual

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Parto Vaginal	28	31,1
Parto por Cesárea	56	62,2
Aborto	4	4,4
No Culmino	2	2,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

**Gráfico 19: Termino del embarazo actual****Análisis e interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 19, se analizó el término del embarazo durante la ocurrencia de la morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 62,2% culminó su embarazo por cesárea, el 31,1% culminó en parto vaginal, mientras que el 4,4% de las pacientes culminó su embarazo en aborto.

Tabla 20: Momento de ocurrencia del evento

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo	69	76,7
Parto	4	4,4
Puerperio	17	18,9
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

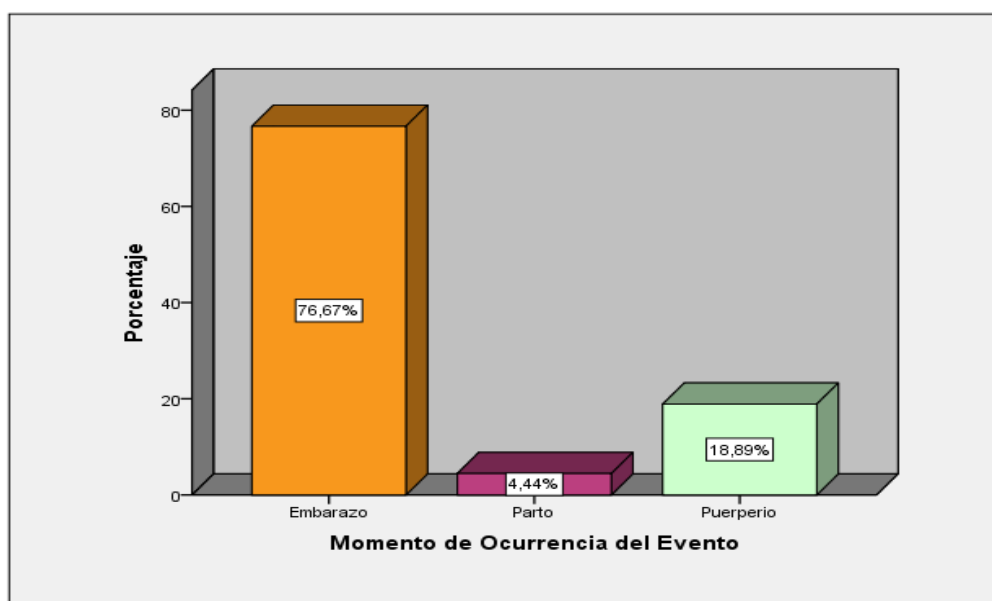


Gráfico 20: Momento de ocurrencia del evento

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 20, se analizó el momento de ocurrencia de la morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 76,7% se dio durante el embarazo, el 18,9% la complicación se dio en el puerperio y el 4,4% el momento de ocurrencia de MME fue en el parto.

4.1.2. Resultados de la variable morbilidad materna extrema

Tabla 21: Paciente Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	35,6
No	58	64,4
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

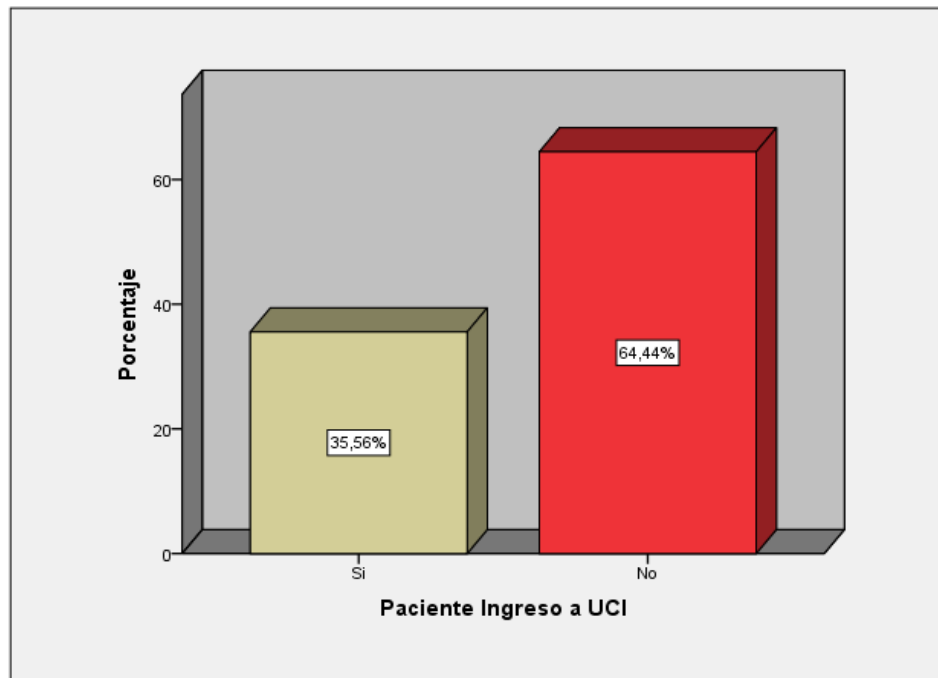


Gráfico 21: Paciente ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 21, se analizó el ingreso a UCI de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 35,6% de las pacientes ingresaron a UCI y el 64,4% no hubo la necesidad de ingreso a UCI para resolver el problema obstétrico.

Tabla 22: Días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
0	58	64,4
1 a 3 días	25	27,8
4 a 6 días	4	4,4
7 a 9 días	2	2,2
10 a 12 días	1	1,1
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

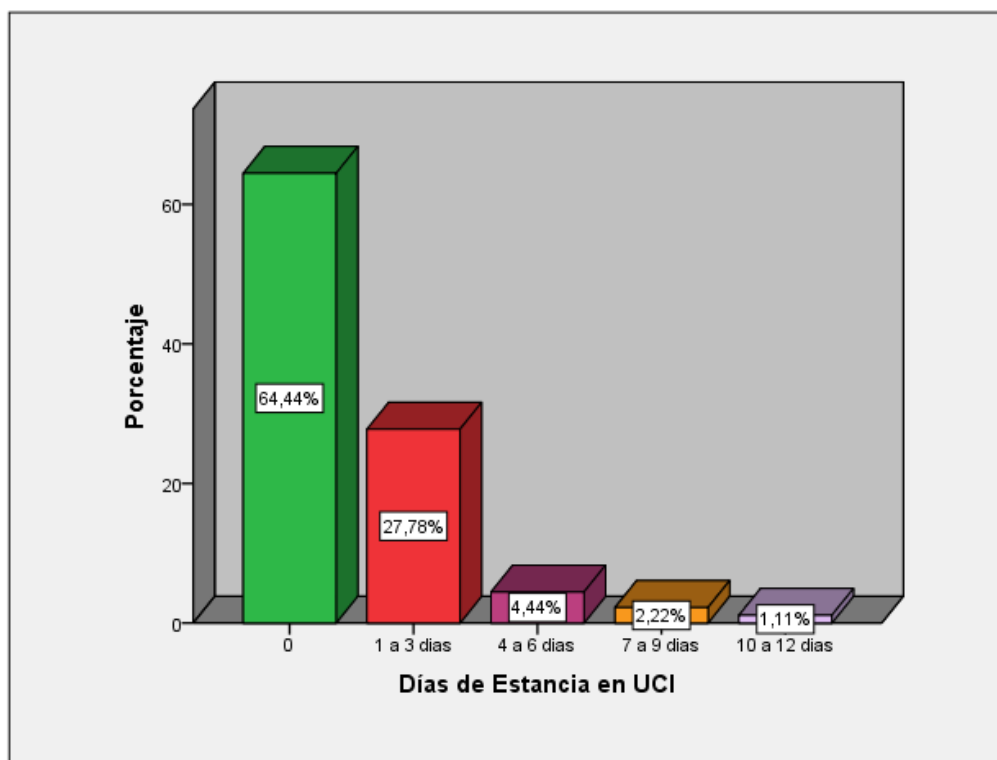


Gráfico 22: Días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 22 , se analizó los días de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde el 64,4% de las pacientes no tuvieron la necesidad de ingresar a UCI, mientras que el 27,8% de las pacientes permanecieron en UCI de 1 a 3 días, el 4,4% tuvieron una estancia en UCI de 4 a 6 días, el 2,2% estuvieron en UCI de 7 a 9 días y el 1,1% de 10 a 12 días.

Tabla 23: Transfusión de unidades de sangre

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
2 unidades de transfusión sanguínea	5	5,6
3 unidades de transfusión sanguínea	7	7,8
4 unidades de transfusión sanguínea	1	1,1
5 unidades de transfusión sanguínea	1	1,1
6 unidades de transfusión sanguínea	1	1,1
sin transfusiones	75	83,3
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

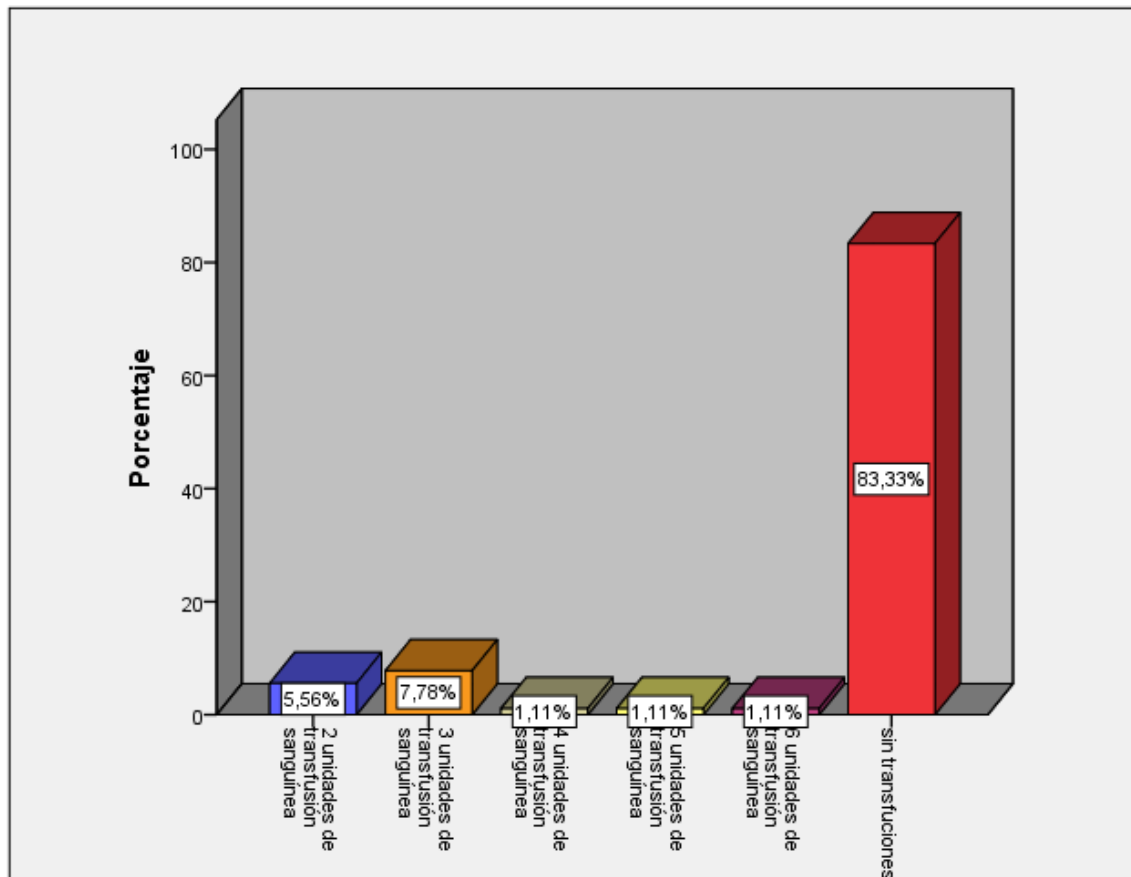


Gráfico 23: Transfusiones de unidades de sangre

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 23, se analizó transfusiones de unidades de sangre de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 7,8% se les transfundió 3 unidades de sangre, el 5,6% recibieron 2 unidades de transfusión sanguínea, mientras que, el 1,1% recibieron 4, 5 y 6 unidades de transfusión sanguínea, y el 83,3% de las pacientes no tuvieron la necesidad de transfusión sanguínea.

Tabla 24: Cirugías adicionales

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea más histerectomía	3	3,3
Legrado Uterino por retención de restos placentarios	12	13,3
Otro	1	1,1
Sin Cirugías	74	82,2
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

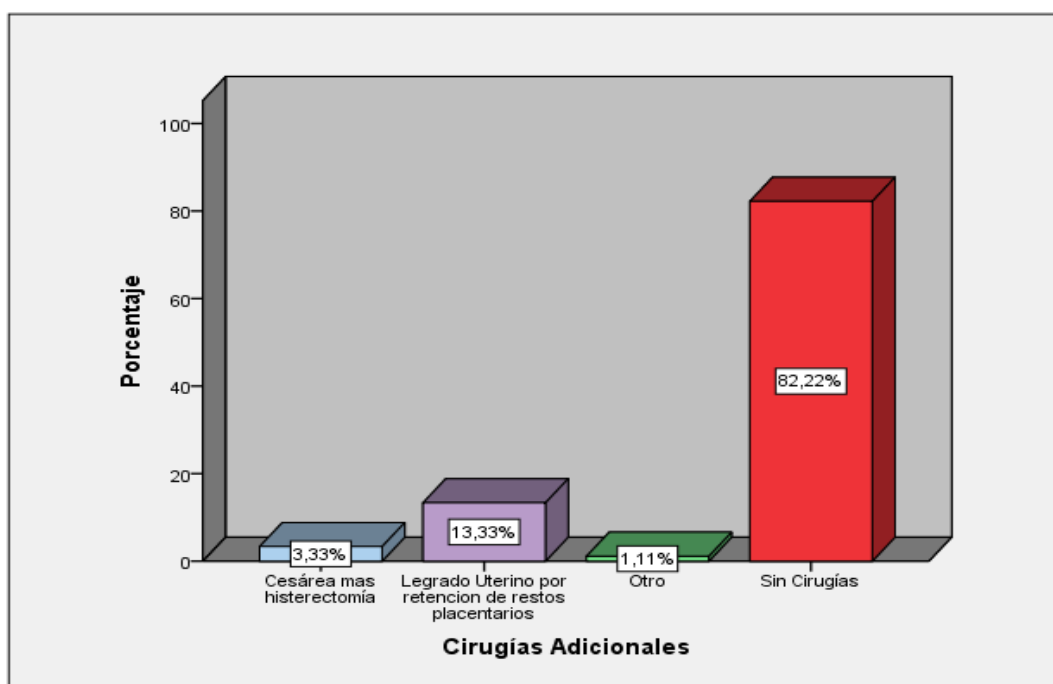


Gráfico 24: Cirugías adicionales

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 24, se analizó cirugías adicionales de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 13,3% se les tuvo que realizar legrado uterino por retención de restos placentarios, el 3,3% de las pacientes se les tuvo que realizar una cirugía adicional de cesárea más histerectomía, mientras que el 82,2% de las pacientes no necesitaron la intervención de ninguna cirugía adicional a la complicación que presentaron en el momento de la morbilidad materna extrema.

Tabla 25: Días de hospitalización

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 días	29	32,2
4 a 6 días	44	48,9
7 a 9 días	11	12,2
10 a 12 días	6	6,7
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

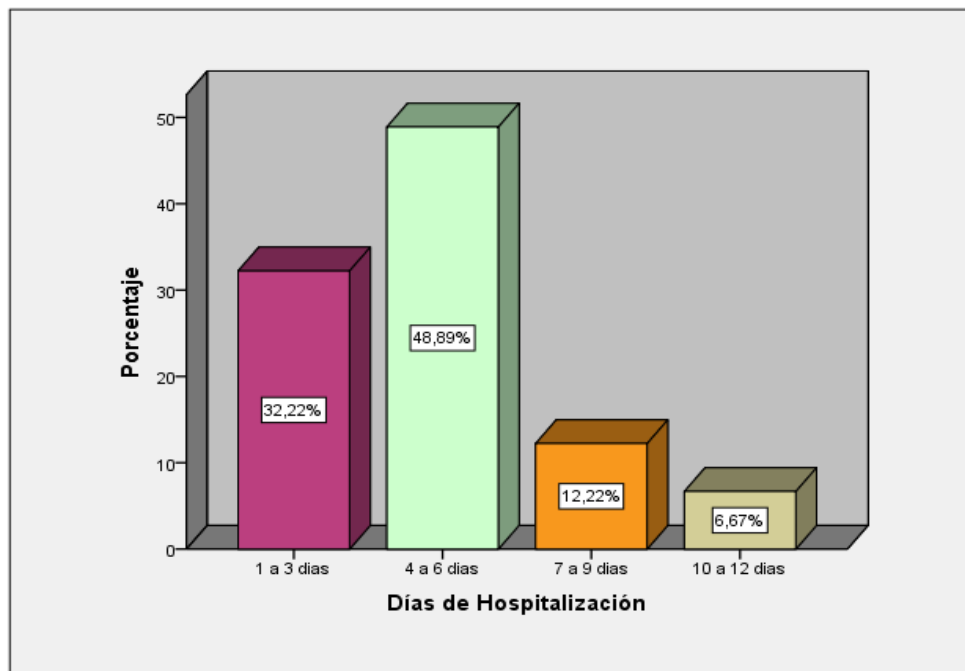


Gráfico 25: Días de Hospitalización

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 25, se analizó días de hospitalización de las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 48,9% tuvieron una estadía en hospitalización de 4 a 6 días, el 32,2% de 1 a 3 días, el 12,2% estuvieron hospitalizadas de 7 a 9 días y el 6,7% de las pacientes permanecieron hospitalizadas de 10 a 12 días.

Tabla 26: Criterios de inclusión relacionada con enfermedades específicas.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Eclampsia/Preeclamsia/Sind. HELLP	74	82,2
Shock Séptico	2	2,2
Shock Hipovolémico	14	15,6
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

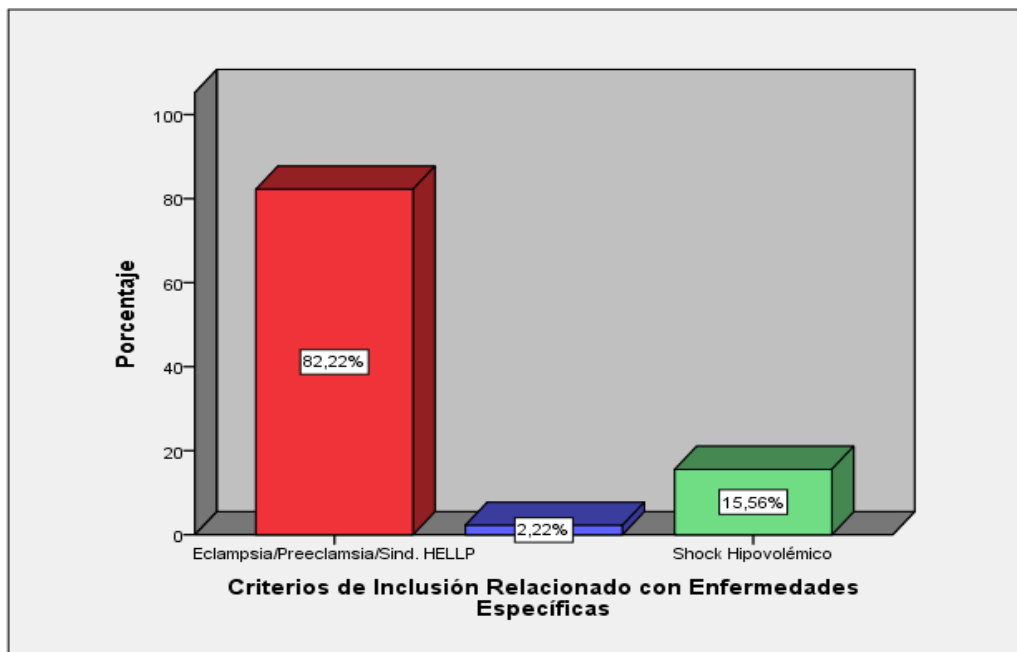


Gráfico 26: Criterios de inclusión relacionada con enfermedades específicas.

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 26, se analizó criterios de inclusión relacionada con enfermedades específicas en las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 82,2% de las pacientes se complicaron por Eclampsia/Preeclampsia/Síndrome de HELLP, el 15,6% con Shock Hipovolémico y el 2,2% con Shock Séptico.

Tabla 27: Criterios de inclusión relacionada con falla orgánica.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Cardiaca	1	1,1
Renal	3	3,3
Hepática	6	6,7
Metabólica	1	1,1
Cerebral	1	1,1
Respiratoria	1	1,1
Sin Falla Orgánica	77	85,6
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

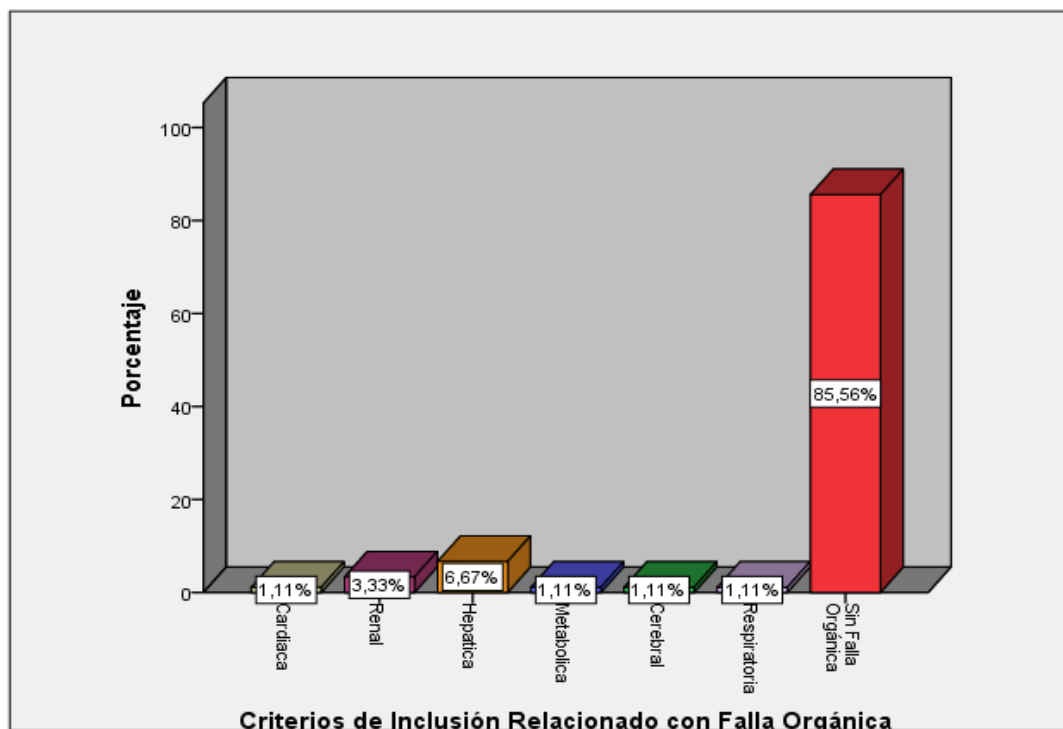


Gráfico 27: Criterios de inclusión relacionado con falla orgánica

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 27, se analizó criterios de inclusión relacionado con falla orgánica en las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 6,7% se relacionaron con falla orgánica hepática, el 3,3% con falla orgánica renal, el 1,1% de las pacientes tuvieron falla orgánica cardiaca, metabólica, cerebral, respiratoria y el 85,7% de las pacientes no padecieron de falla orgánica alguna.

Tabla 28: Criterios de inclusión relacionada con el manejo hospitalario.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
UCI	31	34,4
Cirugía	1	1,1
Transfusión Sanguínea	8	8,9
Ninguno	50	55,6
Total	90	100,0

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional de Huancavelica.

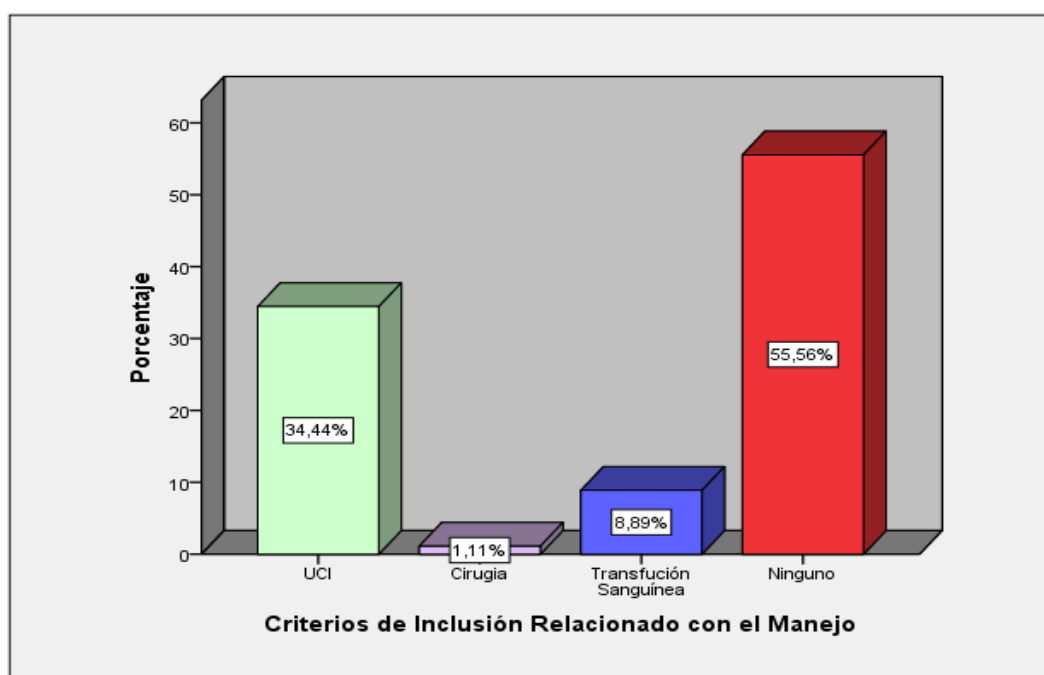


Gráfico 28: Criterios de inclusión relacionada con el manejo hospitalario

Análisis e interpretación:

En la tabla y gráfico N° 28, se analizó criterios de inclusión relacionado con el manejo hospitalario en las pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema del Hospital Regional de Huancavelica, donde el 34,4% de las pacientes con MME se manejaron en UCI, el 8.7% se manejaron con transfusión sanguínea, el 1,1% tuvieron un manejo con cirugía.

4.2. CONTRASTACION DE LAS HIPOTESIS**4.2.1. Contrastación de la Hipótesis General****a) Planteamiento de la Hipótesis:**

Ho = Los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.

Hi = Los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.

Tabla 29: Tabla cruzada entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema.

Variable Factores de riesgo*Variable Morbilidad Materna Extrema tabulación cruzada

		Variable Morbilidad Materna Extrema			Total
		Eclampsia/Preeclamsia/Sind. HELLP	Shock Séptico	Shock Hipovolémico	
Variable Factores de riesgo	Presente	Recuento 73 % del total 81,1%	2 2,2%	13 14,4%	88 97,8%
	Ausente	Recuento 1 % del total 1,1%	0 0,0%	1 1,1%	2 2,2%
Total		Recuento 74 % del total 82,2%	2 2,2%	14 15,6%	90 100,0%

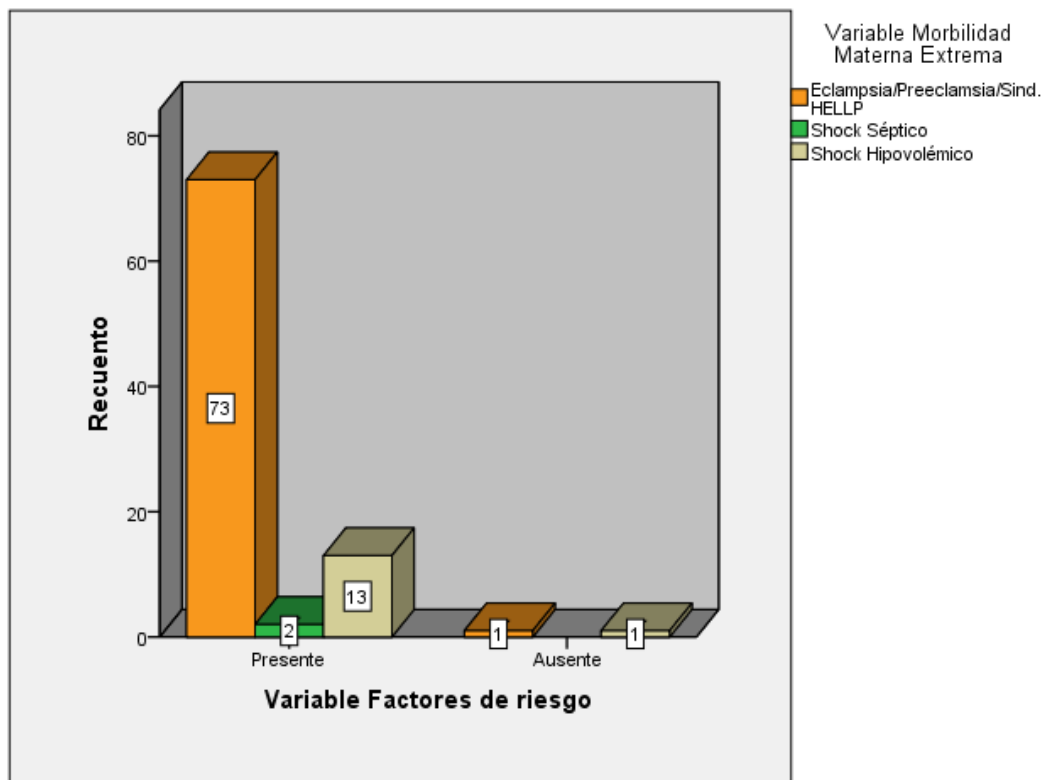


Gráfico 29: Tabulación cruzada entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema

Análisis e interpretación:

Los datos que se muestran en la tabla y gráfico N° 29, están relacionados a la tabulación cruzada entre las variables de factores de riesgo y la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, donde los factores de riesgo se mostraron presentes en un 81,1% (73 mujeres) debido a una eclampsia/preeclampsia/síndrome de HELLP, el 14,4% (13 mujeres) estuvieron relacionadas a shock hipovolémico, el 2,2% (2 mujeres) a un shock séptico. Así mismo cuando los factores de riesgo se mostraron ausentes, el 1,1% estuvo relacionada a una eclampsia/preeclampsia/síndrome HELLP y shock hipovolémico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,864 ^a	2	,394
Razón de verosimilitud	1,382	2	,501
Asociación lineal por lineal	1,686	1	,194
N de casos válidos	90		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Toma de Decisión:

La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis afirmativa, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es menor que, $p = 0,394$, es decir que “Los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 1,864$.

4.2.2. Contrastación de las Hipótesis Específicas

a) Planteamiento de la Hipótesis Específica:

Ho = Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.

Hi = Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.

Tabla 30: Tabla cruzada entre los factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema.

Dimensión de factores sociodemográficos*Variable Morbilidad Materna Extrema tabulación cruzada

		Variable Morbilidad Materna Extrema				Total
		Eclampsia/Preeclamsia/Sind. HELLP	Shock Séptico	Shock Hipovolémico		
Dimensión de factores sociodemográficos	Presente	Recuento	57	0	11	68
		% del total	63,3%	0,0%	12,2%	75,6%
	Ausente	Recuento	17	2	3	22
		% del total	18,9%	2,2%	3,3%	24,4%
Total		Recuento	74	2	14	90
		% del total	82,2%	2,2%	15,6%	100,0%

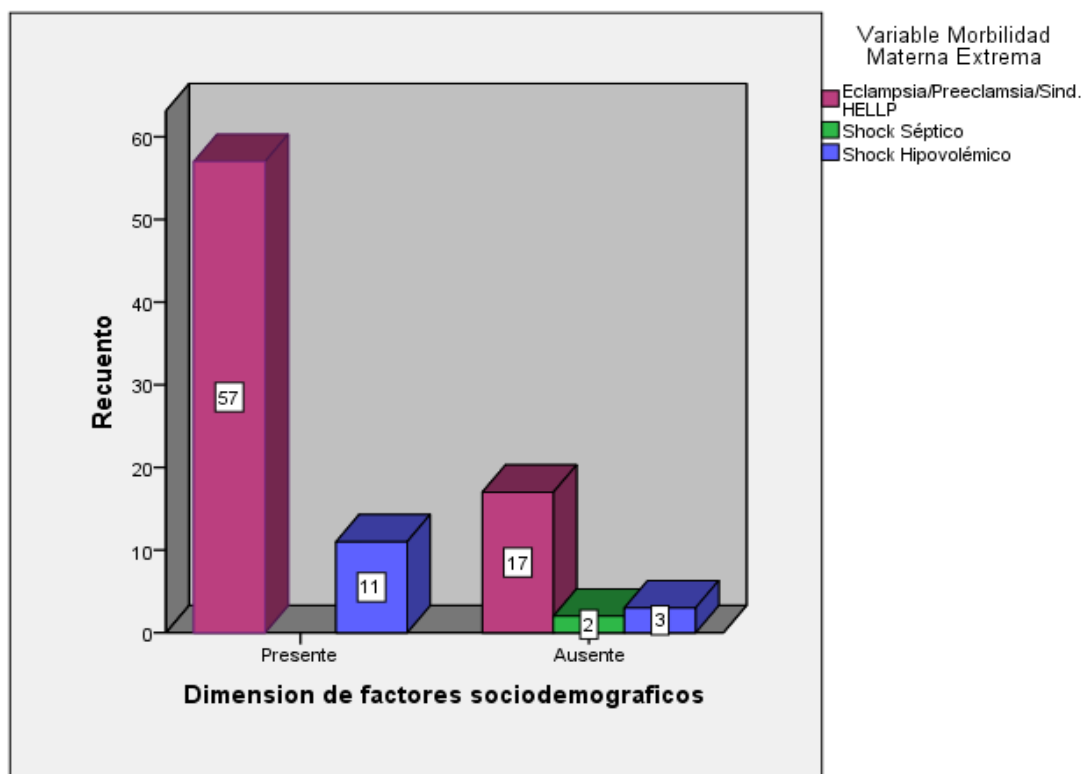


Gráfico 30: Tabulación cruzada entre los factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema

Análisis e interpretación:

Los datos que se muestran en la tabla y Gráfico N° 30, están relacionados a las variables factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, encontrándose que cuando los factores de riesgo sociodemográficos se mostraron presentes, el 63,3% (57 mujeres) de morbilidad materna extrema fue debido a una eclampsia/preeclamsia/síndrome de HELLP y el 12,2% (11 mujeres) debido a shock hipovolémico. Así mismo cuando los factores de riesgo sociodemográficos se mostraron ausentes, el 18,9% (17 mujeres) de morbilidad materna extrema fue debido a una eclampsia/preeclamsia/síndrome de HELLP, el 2,2% (2 mujeres) a shock séptico y el 3,3% (3 mujeres) debido a un shock hipovolémico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,338 ^a	2	,042
Razón de verosimilitud	5,794	2	,055
Asociación lineal por lineal	,050	1	,824
N de casos válidos	90		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49.

Toma de Decisión:

La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es mayor que, $p = 0,042$ es decir que “Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 6,338$.

4.2.3. Contrastación de las Hipótesis Específicas

a) Planteamiento de la Hipótesis Específica:

H_0 = Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016.

H_1 = Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas son factores de riesgo asociados a

la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016.

Tabla 31: Tabla cruzada entre los factores de riesgo clínicos obstétricos y la morbilidad materna extrema.

Dimensión de factores clínicos obstétricos*Variable Morbilidad Materna Extrema tabulación cruzada

		Variable Morbilidad Materna Extrema				
		Eclampsia/Preeclamsia/Sind. HELLP	Shock Séptico	Shock Hipovolémico	Total	
Dimensión de factores clínicos obstétricos	Presente	Recuento	71	2	12	85
		% del total	78,9%	2,2%	13,3%	94,4%
	Ausente	Recuento	3	0	2	5
		% del total	3,3%	0,0%	2,2%	5,6%
Total		Recuento	74	2	14	90
		% del total	82,2%	2,2%	15,6%	100,0%

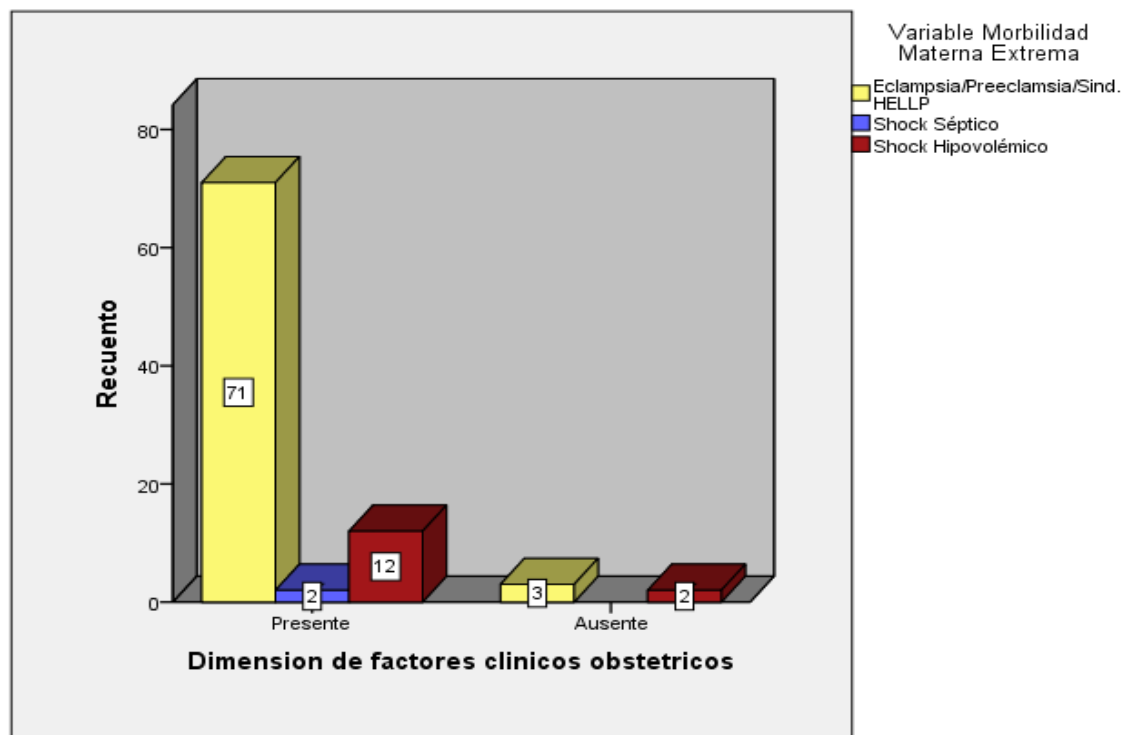


Gráfico 31: Tabulación cruzada entre los factores de riesgo clínicos obstétricos y la morbilidad materna extrema

Análisis e interpretación:

Los datos que se muestran en la tabla y Gráfico N° 31, están relacionados a las variables factores de riesgo clínicos obstétricos y la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, encontrando que cuando los factores de riesgo clínicos obstétricos se mostraron presentes, el 78,9% (71 mujeres) de morbilidad materna extrema fue debido a una eclampsia/preeclampsia/síndrome de.HELLP, el 13,3% (12 mujeres) debido a un shock hipovolémico y el 2,2% (2 mujeres) por shock séptico. Así mismo cuando los factores de riesgo clínicos obstétricos se mostraron ausentes, el 3,3% (3 mujeres) de morbilidad materna extrema fue debido a una eclampsia/preeclampsia/síndrome de.HELLP, y el 2,2% (2 mujeres) de morbilidad materna extrema fue debido a un shock hipovolémico.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,469 ^a	2	,291
Razón de verosimilitud	2,028	2	,363
Asociación lineal por lineal	2,138	1	,144
N de casos válidos	90		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.

Toma de Decisión:

La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es menor que, $p = 0,291$ es decir que “Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia,

antecedente de cesáreas no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 2,469$.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- El objetivo General buscó determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica-2016, encontrándose que resulta no significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula.

El hecho de que las variables morbilidad materna extrema y factores de riesgo en general no estén asociados implicaría, que los casos obstétricos complicados y que llevan a la madre al borde de la muerte no estén directamente relacionados. Además que la morbilidad materna extrema, estaría condicionado por otras variables, como son los factores sociodemográficas como la edad, el nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia.

- Con el primer objetivo específico se buscó: Identificar cuáles son los factores clínicos obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.

Al respecto hay que señalar que los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente personales y familiares, antecedentes de cesáreas y abortos, entre otros, no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es menor que, $p = 0,291$. **Gonzales (2012) Colombia** realizó un estudio de Caso y control donde encontró que las variables obstétricas como número gestaciones, cesáreas previas, número de control prenatal, inicio del control

prenatal y antecedentes personales de patologías no se asociaron estadísticamente a la MME.

Lo cual confirma en este estudio de investigación, que los factores clínicos obstétricos no se asocian a morbilidad materna extrema.

- Por otro lado el segundo objetivo específico buscó: Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.

Se ha encontrado Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es mayor que, $p = 0,042$. **Payajo J. (2016) Perú**, realizó un estudio, donde tuvo como Objetivo: Caracterizar la morbilidad materna extrema en un Hospital Nacional de Lima, analizó las variables sociodemográficas, obstétricas y la causa principal de morbilidad siguiendo el protocolo establecido en la metodología para la vigilancia de la FLASOG, encontrándose relacionada a la edad materna entre los 18 y 35 años, grado de instrucción secundaria, convivientes. **Bendezú G. (2014)** en Perú, realizó un estudio, donde la media de edad fue $30,67 \pm 6,06$, rango entre 20 y 42 años, 48% eran convivientes, la mayoría con nivel secundaria (43%) y el 58% era ama de casa.

Lo cual nos confirma que los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016.

- El tercer objetivo específico indica: Caracterizar el perfil de las pacientes gestantes o puérperas con morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.

Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016. Donde el 20% de las pacientes obstétricas tienen la edad de 17 a 19 años, también se observó que el 23,3% de las pacientes tiene la edad de 20 a 24 años, así mismo el 21,1% de las pacientes tienen la edad de 25 a 29 años, la característica del nivel educativo el 22,2% de las pacientes tienen el nivel educativo de secundaria incompleta, mientras que el 32,2% de las pacientes fueron del nivel educativo de secundaria completa. Según la procedencia el 57,8% de las pacientes proceden de las zonas rurales y el 42,2% de las pacientes proceden de las zonas urbanas; en su mayoría el 58,7% de las pacientes tienen el estado civil de conviviente.

Entre los factores clínicos obstétricos el 55,7% de las pacientes fueron nulíparas, mientras que el 7,8% eran primíparas, el 33,3% multíparas (2-4 gestaciones) y el 3,3% gran multíparas (> 6 gestaciones); el 84,4% de las pacientes obstétricas no tuvieron antecedentes de aborto y el 15,7% de las pacientes si tuvieron al menos un aborto anterior; el 91,1% de las pacientes no tuvieron cesárea anterior; el 62,2% tuvieron más de 6 atenciones prenatales; el 85,7% no presentan ningún antecedente familiar, el 87,8% no presenta ningún antecedente personal, el 37,8% su edad gestacional fue pre termino (28 a 36 semanas), mientras que el 52,2% su edad gestacional fue a término (37 a 41 semanas); el momento de la ocurrencia de la MME fue en el embarazo con un 76,7%; la principal causa de MME fueron los

trastornos hipertensivo en un 82,2%, seguido de Shock Hipovolémico con 15,6% y shock séptico con 2.2%. **Almeida (2012)** en Colombia, realizó la “Caracterización de la mortalidad y morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de Stander”, donde las principales causas principales de la MME fueron los trastornos hipertensivos (56%), hemorragia postparto (17%), sepsis de origen no obstétrico, lo cual confirma nuestro estudio donde la principal causa de MME fueron los trastornos hipertensivo en un 82,2%, seguido de Shock Hipovolémico con 15,6% y shock séptico con 2.2%. Al igual que **Payajo J. (2016)** en Perú, realizó un estudio, donde encontró relacionada a la edad materna entre los 18 y 35 años, grado de instrucción secundaria, convivientes, paridad >1, falta de control prenatal, períodos intergenésicos cortos, embarazos terminados en abortos y siendo las cesáreas las de mayor complicación. Los trastornos hipertensivos de la gestación fueron las causas más importante de MME (43,04%), seguida por la hemorragia del 2° y 3° trimestre de la gestación (11,39%). **Reyes I. (2012)** en Perú, en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, realizó un estudio donde la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%).

Siguiendo los estudios de Almeida, Payajo y Reyes podemos confirmar que en ésta investigación la principal causa de MME también fueron los trastornos hipertensivo en un 82,2%, seguido de shock hipovolémico con 15,6% y shock séptico con 2.2%

CONCLUSIONES

- Los factores en general sociodemográficos y clínicos obstétricos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016. La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis afirmativa, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es menor que, $p = 0,394$, es decir que “Los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016.”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 1,864$.
- Existe relación significativa entre los factores de riesgo sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil y procedencia con la morbilidad materna extrema, en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016. La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa, debido a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es mayor que, $p = 0,042$ es decir que “Los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, estado civil y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica - 2016”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 6,338$.
- No existe relación significativa entre los factores de riesgo clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas con la morbilidad materna extrema, en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016. La prueba estadística aplicada según Chi- cuadrado, nos indica que se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa, debido

a que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$ es menor que, $p = 0,291$ es decir que “Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, inicio del control pre natal, anemia, antecedente personales y familiares, antecedentes de cesáreas y abortos, entre otros, no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional de Huancavelica – 2016”, con un coeficiente de Chi-cuadrado $X^2 = 2,469$.

- Las características relacionadas con MME son la edad, el nivel educativo, procedencia, estado civil; así como la nuliparidad en 55.7%, múltipara (2-4 gestaciones) en 33.3%, no antecedentes de aborto 84.4%, no antecedentes de cesárea anterior 91.1%; el 62,2% tuvieron más de 6 atenciones prenatales; el 85,7% no presentan ningún antecedente familiar, el 87,8% no presenta ningún antecedente personal, el 52,2% su edad gestacional fue a término (37 a 41 semanas); el momento de la ocurrencia de la MME fue en el embarazo con un 76,7%; la principal causa de MME fueron los trastornos hipertensivo en un 82,2%.

SUGERENCIAS

- Difundir estos hallazgos a nivel del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia y la Dirección Regional de Salud Huancavelica, con la finalidad de que se adopten estrategias frente a los factores de riesgo identificados que se asocian a la Morbilidad Materna Extrema.
- Presentar información actualizada sobre las características sociodemográficas, clínicos obstétricos de la morbilidad materna extrema en la región Huancavelica, así como identificar estrategias de prevención y control ante los casos de morbilidad materna extrema.
- Orientar a los diferentes actores sociales, incluido el sector salud sobre las responsabilidades en la identificación, diagnóstico, manejo, prevención y control de la morbilidad materna extrema; y establecer indicadores de vigilancia en salud pública para la morbilidad materna extrema en la región Huancavelica y país.
- Capacitar al personal de salud como equipos multidisciplinarios en los temas de emergencias obstétricas, los cuales están directamente relacionados con los trastornos hipertensivos, shock hemorrágico, los cuales se dan con mayor frecuencia de complicación.
- Informar, orientar y sensibilizar a las gestantes para que lleven una maternidad segura, saludable y voluntaria, con la identificación oportuna de casos antes de la complicación severa y acudan de inmediato a un establecimiento de salud, logrando evitar de manera temprana mayores complicaciones que conlleven al aumento de la morbimortalidad materna extrema o lamentar una muerte materna.
- Alentar a continuar realizando estudios de investigación en temas de salud, en el bienestar y la calidad de atención de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acho S, Salvador J, Díaz J, García M. (2011). "Morbilidad Materna Extrema: admisiones ginecobstetricias en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general". *Revista Peruana de Ginecología Obstetricia.*; 57: 87-92
2. Aure, N., Oropeza, V., & Bastidas, G. (2011). Morbilidad y mortalidad materna en San Carlos, Cojedes-Venezuela. 2001-2008. *Salus*, 15(2), 9-16.
3. Almeida N. Caracterización de la mortalidad y morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de Santander. Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de especialista en ginecología y Obstetricia. 2012.
4. Bardalez, C.. (2001). "Salud de la Población". Ed. Políticas de Salud 2001-2006. Lima CIES, pp. 165-201
5. Bendezú Martínez Andrés Guido Artículo presentado en la sección Temas Libres del XX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú, Lima, 30 de setiembre al 3 de octubre de 2014.
6. Cabrera Paz, Jorge Antonio, "Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema y la Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente De Trujillo 2002 – 2006, Universidad Nacional De Trujillo, Perú – 2009.
7. Colachahua Baldoceca María R. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal. UNMSM, Lima, 2015.
8. De Souza JPD, Duarte G, Basile-Filho A: Near-miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002, 104:80.
9. Definiciones y Conceptos Censales Básicos – INEI proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0862/anexo04.pdf
10. Encuesta Demográfica y de salud familiar – ENDES 2013. Pág.403-408. http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html.
11. Fonseca Livias, Abner A. y otros, Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo, Grafica DyS EIRL, Lima 2013.
12. Galvao LP, et al. (2014). "Prevalencia de la Morbilidad materna severa y factores asociados. Brasil 2012." Publicado en *BMC Pregnancy and Childbirth* Enero; 14:25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24433516>

13. Gómez Iván, Bregaglio Renata. Documento Técnico Médico-Jurídico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos dirigido a Comisionados y Jueces del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. FLASOG, Lima, 2011.
14. Gonzales Espejo BJ. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del hospital nacional Guillermo Almenara iRigoyen [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/521/1/Gonzales_b.pdf
15. Gonzales, L; et al. (2014). "Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia 2012". Revista Panamericana de Salud Pública. 35, 15 – 22.
16. Hailu D, Berhe H. Knowledge about obstetric danger signs and associated factors among mothers in Tsegedie district, Tigray region, Ethiopia 2013: community based cross-sectional study. PLoS One. 2014 Feb 6; 9(2):e83459. Doi: 10.1371/journal.pone.0083459. ECollection 2014.
17. Instituto Nacional de Salud – Colombia (2012). "PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA". Disponible en: www.vigepi.com.cosivigilapdfprotocolos549p%20morb%20mat%20ext.pdf
18. INEI ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2012
19. Jurado N. (2013). "Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes" Trabajo de grado presentado para optar el título de especialista en obstetricia y ginecología. Universidad del Rosario de Colombia.
20. Law Dictionary: What is FACTORES DEMOGRÁFICOS, definition of FACTORES DEMOGRÁFICOS (Black's Law Dictionary).
21. Mariño C; Vargas D. (2010). "Caracterización de la morbilidad materna extrema en el instituto materno infantil – hospital la victoria". Colombia
22. Mejía Monroy Aura Meliza, Gerardo Efraín Téllez Becerril, Ángel González Vargas. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. México Rev. Mortalidad Infantil; Vol. IV, No. 3 • septiembre diciembre 2012 ;pp 146-153.
23. Ministerio de Salud del Perú. Programa de Salud reproductiva y Planificación familiar. (1996-2000). Dirección General de Salud de las personas. Dirección de Programas sociales. Enero 2006.
24. Ministerio de Salud del Perú. (2006). Lineamientos de Política sectorial para el período 2002- 2012 y principios fundamentales para el quinquenio.
25. MINSA "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004". Disponible: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>

26. Navarro Vicente, Concepto Actual de Salud Pública; [en línea] accesado 15 de abril 2012] Disponible en: <http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
27. Oliveira FC, Surita FG. (2014). "Morbilidad materna grave en los extremos de la edad reproductiva: resultados de un estudio multicéntrico, transversal nacional." Publicado en BMC Pregnancy and Childbirth Febrero; 14:77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24555831>
28. Ortiz E; Quintero C; Mejía J; Romero E; Ospino L. (2010). "VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTERNA Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna". Dirección General de Salud Pública; Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Bogotá D.C.
29. OMS. (2014). Mortalidad materna. OMS, 1-5. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
30. Payajo Villar, Jackeline Lissette; caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014 Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana, Lima – Perú 2016.
31. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, morbilidad materna extrema, documento actualizado por Greace Alejandra Ávila Mellizo, 29 de marzo 2016.
32. 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), 273-284.
33. Reyes I, Villar A. Maternal near-miss at Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. 2012. 58.
34. Tercer Informe Nacional del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio. Perú- 2014. Pág. 68- 80
35. Tunçalp, Ö. Hindin, M. J., Souza, J. P., Chou, D., & Say, L. (2012). The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 119(6), 653-661.
36. Wellington B.S. Demetrio D. Reflexiones epistemológicas en las ciencias de la salud. Rev. Hum Med v. 8 n 2-3 ciudad de Camaguey y Mayo-Diciembre 2008.
37. Zapata L. Taller Pre-Congreso sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. FLASOG. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 19 Octubre 2002. Rev Obstet Ginecol Venez 2002; 62 (4): 292-293.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUANCAMELICA, 2016.

Nombre de la Paciente _____ H. CLINICA N° _____

FECHA INGRESO: _____ FECHA DE ALTA: _____

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD: _____

2. NIVEL EDUCATIVO:

- | | |
|----------------------------|-----|
| (1) Ninguno | () |
| (2) Primaria Incompleta | () |
| (3) Primaria Completa | () |
| (4) Secundaria Incompleta | () |
| (5) Secundaria Completa | () |
| (6) Superior Técnico | () |
| (7) Superior Universitario | () |

3. PROCEDENCIA:

Lugar/Comunidad _____ Distrito _____ Provincia _____

Departamento _____ Rural () Urbano ()

4. ESTADO CIVIL:

- | | |
|-----------------|-----|
| (1) Soltera | () |
| (2) Casada | () |
| (3) Conviviente | () |
| (4) Otro _____ | () |

5. OCUPACIÓN:

- | | |
|---------------------------|-----|
| (1) Ama de casa | () |
| (2) Trabajo dependiente | () |
| (3) Trabajo Independiente | () |
| (4) Estudiante | () |
| (5) Otro _____ | () |

6. CUENTA CON ALGUN TIPO DE SEGURO:

- | | |
|---|-----|
| (1) No cuenta con ningún tipo de seguro | () |
| (2) Seguro Integral de Salud (SIS) | () |
| (3) Es Salud | () |
| (4) Privado | () |
| (5) Otro _____ | () |

II. FACTORES CLÍNICOS OBSTÉTRICOS

7. NÚMERO DE GESTACIONES: _____

- | | |
|-------------------------|-----|
| (1) Primigesta | () |
| (2) 2 a 4 gestaciones | () |
| (3) 5 a más gestaciones | () |

8. NÚMERO DE PARTOS: _____

- (1) nulípara ()
- (2) primípara ()
- (3) multípara (2 a 5) ()
- (4) gran multípara (+6) ()

9. NÚMERO DE ABORTOS: _____

- (1) sin abortos ()
- (2) con abortos ()

10. NÚMERO DE CESÁREAS: _____

- (1) no tiene cesárea ()
- (2) cesárea anterior 1 vez ()
- (3) cesárea anterior 2 veces a más ()

11. PERIODO INTERGENÉSICO: _____

- (1) Periodo intergenésico corto, menos de 3 años ()
- (2) Periodo intergenésico adecuado, entre las 3 a 5 años ()
- (3) Periodo intergenésico largo, más de 5 años ()
- (4) No Aplica ()

12. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES: _____

- (1) Sin atención pre natal ()
- (2) menos de 6 atenciones pre natales ()
- (3) más de 6 atenciones pre natales ()

13. INICIO DE LA ATENCION PRE NATAL: _____

- (1) Sin atención pre natal ()
- (2) inicio del atención pre natal en el I trimestre ()
- (3) inicio del atención pre natal en el II trimestre ()
- (4) inicio del atención pre natal en el III trimestre ()

14. NIVEL DE HEMOGLOBINA DURANTE EL CONTROL PRENATAL: _____

- (1) Sin anemia ()
- (2) Anemia leve ()
- (3) Anemia moderada ()
- (4) Anemia severa ()

15. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

- (1) Ninguno ()
- (2) Hipertensión arterial ()
- (3) Diabetes ()
- (4) Cardiopatías ()
- (5) Embarazo múltiple ()

16. ANTECEDENTES PERSONALES: _____

- (1) Ninguno ()
- (2) Hipertensión arterial ()
- (3) Diabetes ()
- (4) Cardiopatías ()

- (5) Anemia ()
- (6) Epilepsia ()
- (7) Enfermedad del tejido conectivo ()
- (8) Cesáreas anteriores ()
- (9) Esquizofrenia ()
- (10) Obesidad (IMC > 25) ()
- (11) Abortos ()

17. EDAD GESTACIONAL _____ Semanas

- a) Aborto (< 22 semanas) ()
- b) Inmaduro (22 a 27 semanas) ()
- c) Pre término (28 a 36 semanas) ()
- b) A término (37 a 41 semanas) ()
- c) Post término (> 42 semanas) ()

18. TÉRMINO DEL EMBARAZO ACTUAL:

- (1) Parto Vaginal ()
- (2) Parto por cesárea ()
- (3) Aborto ()
- (4) No culminó ()

19. MOMENTO DE OCURRENCIA DEL EVENTO:

- (1) Embarazo ()
- (2) Parto ()
- (3) Puerperio ()

III. DATOS COMPLEMENTARIOS CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN A MME

20. PACIENTE INGRESO A UCI:

- (1) SI ()
- (2) NO ()

21. DIAS DE ESTANCIA EN UCI: _____

22. TRANSFUSIÓN DE UNIDADES DE SANGRE O HEMODERIVADOS: _____

23. CIRUGÍAS ADICIONALES:

- (1) Histerectomía ()
- (2) Cesárea + histerectomía ()
- (3) Laparotomía ()
- (4) otro _____ ()

24. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN: _____ GLOBAL

25. DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO
CAUSA PRINCIPAL DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (CIE 10):

1er Dx. _____

2do Dx. _____

3er Dx. _____

26. CRITERIO(S) DE INCLUSIÓN RELACIONADO CON ENFERMEDADES ESPECIFICAS:

- (1) Eclampsia/preeclampsia/síndrome HELLP ()
- (2) Shock séptico ()
- (3) Shock hipovolémico ()

27. CRITERIO(S) DE INCLUSIÓN RELACIONADO CON FALLA ORGANICA:

- (1) Cardíaca ()
- (2) Vascular ()
- (3) Renal ()
- (4) Hepática ()
- (5) Metabólica ()
- (6) Cerebral ()
- (7) Respiratoria ()
- (8) Coagulación ()

28. CRITERIO(S) DE INCLUSIÓN RELACIONADO CON EL MANEJO:

- (1) UCI ()
- (2) Cirugía ()
- (3) Transfusión Sanguínea ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores de Riesgo Asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Regional de Huancavelica, 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>1. ¿Cuáles son los factores clínicos obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016?</p>	<p>GENERAL: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Identificar los factores clínicos obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.</p> <p>2. Identificar cuáles son los factores sociodemográficos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.</p> <p>3. Caracterizar el perfil de las pacientes gestantes o púerperas con morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016.</p>	<p>GENERAL</p> <p>1. Ho1 Los factores Sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. H1 Los factores Sociodemográficos como la edad, el nivel educativo y procedencia son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.</p> <p>2. Ho2 Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. H2 Los factores clínicos obstétricos como número de gestaciones, paridad, número de control pre natal, anemia, antecedente de cesáreas son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema.</p>	<p>V. DEPENDIENTE:</p> <p>Morbilidad Materna Extrema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad específica, presentó eclampsia, shock séptico o shock hipovolémico. - Falla orgánica: falla cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación. - Manejo: Ingreso a la Unidad de cuidados intensivos (UCI), intervención de cirugía o transfusión sanguínea. <p>V. INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de Riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores Clínicos Obstétricos: Edad, Nivel educativo, Procedencia, estado civil, ocupación, idioma, seguro, episodio de MME - Factores Sociodemográficos: Número de gestaciones, número de partos, número de abortos, antecedentes de cesárea, periodo intergenésico, número de atenciones prenatales, nivel de hemoglobina, antecedentes familiares, antecedentes personales, edad gestacional, término del embarazo actual, momento de ocurrencia del evento, lugar de ocurrencia del parto, persona que atiende el parto, datos relacionados al manejo, días de estancia en (UCI, cirugía, otros), transfusión sanguínea, cirugías adicionales, días de hospitalización global, datos relacionados con el diagnóstico, criterios de inclusión relacionados con enfermedades específicas, criterios de inclusión relacionados con falla orgánica, criterios de inclusión relacionados con el manejo. 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Se realizará un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo.</p> <p>DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN El diseño de la investigación es Descriptivo, Correlacional, se describirán los factores de riesgo asociados con la morbilidad materna extrema, en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. (Fonseca A. 2013) Se evaluará si existe asociación estadísticamente significativa entre la Morbilidad Materna Extrema y los factores sociodemográficos y clínicos obstétricos, para tal se utilizara la prueba chi2 de Pearson y el valor p (<0.05).</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Estará conformado por todas aquellas pacientes obstétricas, que suman un total de 90 mujeres, cuyas características estén acordes a los criterios de FLASOG para morbilidad materna extrema, atendidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el periodo 2016. Tipo de muestreo no probabilístico y la técnica de muestreo por conveniencia (Fonseca A. 2013). La presente investigación será un estudio censal, del 100% de pacientes con Morbilidad Materna Extrema que acudieron al Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica en el periodo.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS La técnica a utilizar será la documentación y el instrumento la ficha de recolección de datos con 28 ítems, que permitirá recolectar los datos de las fuentes secundarias de las historias clínicas, para el presente estudio descriptivo, retrospectivo (Fonseca A. 2013).</p>

