



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

TESIS

**“Morbilidad Materna Extrema en Cuidados
Intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán
Medrano, Huánuco, 2014-2016”**

**Para optar el Título Académico de Segunda
Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**

Autora

NOLAZCO BRAVO DIANA

Asesora

MG. MARCELO ARMAS MARICELA

Huánuco – Perú

2017

DEDICATORIA

A mi creador y salvador, a mis padres por su amor incondicional y a los que influyen para que cada momento de mi vida tenga sentido.

La autora

ÍNDICE

	Página
Índice	3
Resumen	4
Abstract	5
Presentación	6

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema	8
1.2. Formulación del Problema y alternativas o planteamientos	12
1.3. Trascendencia Teórica, Técnica y Académica	13
1.4. Antecedentes inmediatos	15
1.5. Objetivos	21

CAPITULO II

2. REFERENCIA TEORICA O CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes Históricos	23
2.2. Aspectos Conceptuales o Doctrinarios	28
2.3. Base Teórica o teoría en la que sustenta	35
2.4. Definiciones Operacionales	36

CAPITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método y Nivel de Investigación	37
3.2. Sistema de Hipótesis, variables y esquema del diseño	38

3.3. Técnicas e instrumentos	40
3.4. Cobertura de la investigación	42

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos	44
4.2 Análisis y organización de los datos	45

CAPITULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Verificación y contrastación de la hipótesis, objetivos y problema	63
5.2. Nuevos planteamientos	68

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Apéndice y Anexos	82
-------------------	----

TABLAS Y GRAFICOS

	Página
Tabla 01	44
Tabla 02	45
Tabla 03	46
Tabla 04	48
Tabla 05	49
Tabla 06	50
Tabla 07	51
Tabla 08	52
Tabla 09	53
Tabla 10	54
Tabla 11	56
Tabla 12	57
Tabla 13	58
Tabla 14	59
Tabla 15	61
Gráfico 01	45
Gráfico 02	46
Gráfico 03	47
Gráfico 04	48
Gráfico 05	50
Gráfico 06	52
Gráfico 07	53
Gráfico 08	54

Gráfico 09	55
Gráfico 10	56
Gráfico 11	58
Gráfico 12	59
Gráfico 13	60
Gráfico 14	61
Gráfico 15	61
Gráfico 16	40
Gráfico 17	40
Gráfico 18	40

RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo caracterizar la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Se elaboró un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, Se revisaron 117 historias clínicas de las pacientes atendidas que cumplieron los criterios de inclusión, durante los años 2014, 2015 y 2016. Se analizó las características sociodemográficas, obstétricas y la causa. El estudio refleja que los pacientes que presentaron morbilidad materna extrema, en su mayoría son adolescentes y jóvenes (18-24 años), con nivel educativo secundaria, de ocupación ama de casa y procedentes de la provincia de Huánuco. Respecto a las características obstétricas la mayoría son multigestas (52.1%), con periodo intergenésico largo (29.1%), con 6 controles prenatales a más (47%), edad gestacional de inicio del control prenatal entre las 15-28 semanas (35.9%), edad gestacional al momento de la complicación 29 semanas a más (76.1%), la terminación del embarazo fue por cesárea (59%), la condición de ingreso a cuidados intensivos fue puérpera (79.5%). Referente a la causa de la morbilidad materna extrema se utilizó los criterios establecidos por la FLASOG, el shock hipovolémico fue la enfermedad específica presentada en su mayoría con 45.3%, la falla vascular fue la disfunción orgánica mayor presentada con 44%. Respecto al manejo instaurado, la cirugía fue la intervención más realizada con un 61%, seguido de la transfusión con un 19.5%. Por lo evidenciado la morbilidad materna extrema suscitadas en el hospital fue de importante proporción, así como las características encontradas. Estos hallazgos servirán para fortalecer acciones de vigilancia de la morbilidad materna extrema con el propósito de reducir en alguna medida la morbilidad y la mortalidad materna.

Palabra clave: Morbilidad materno extrema

ABSTRACT

This research work is to characterize the extreme maternal morbidity in intensive care unit of the Hospital Regional Hermilio Valdizán. A descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. We reviewed 177 medical records of patients seen during the years 2014, 2015 and 2016 that met the inclusion criteria for extreme maternal morbidity. We analyzed the socio-demographic characteristics, obstetrical, and the main cause. The study reflects that it is the majority of the patients with extreme maternal morbidity are adolescents and young adults (18-24 years), with secondary level of education, occupation housewife and from the province of Huánuco. With regard to the obstetric characteristics the majority (52.1%), with intergenesic period long (29.1%), with 6 more prenatal controls (47%), gestational age of initiation of prenatal care between 15-28 weeks of gestation (35.9%), gestational age at the time of the Mme de 29 weeks to more (76.1%), termination of pregnancy cesarean delivery (59%), condition of admission to intensive care puerperal (79.5%). With regard to the cause of the extreme maternal morbidity was used the criteria established by the FLASOG, with the criterion of specific disease, 45.3% of the patients had hypovolemic shock and with the criterion of organic dysfunction 44% had vascular failure (44%). With regard to the management in place, the surgery was performed more frequently with a 61%, followed by transfusion with a 19.5%. As evidenced by the extreme maternal morbidity was presented in a significant proportion of cases in the hospital. These findings will be used for the implementation of a monitoring system for the extreme maternal morbidity in order to reduce to some extent the maternal mortality and morbidity

Keyword: extreme maternal morbidity

PRESENTACIÓN

El embarazo, parto y puerperio son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se presentan complicaciones que pueden comprometer la sobrevivencia, tanto de la mamá como del hijo. (1)

La morbilidad materna extrema (MME), es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio, que pone en riesgo la vida y que requiere una atención inmediata para de evitar la muerte. (2)

La morbilidad materna extrema es un indicativo muy relacionado a la mortalidad materna, su frecuencia de casos es superior que la mortalidad materna. (3)

A nivel mundial, cada año aproximadamente cinco millones de mujeres sufren enfermedades críticas relacionadas con la maternidad, de ellas cerca del 10 % fallece (4). De las ocurrencias de muertes, el 80 % se podría evitar. (5)

Las patologías que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio traen como consecuencias en las mujeres en edad reproductiva la discapacidad y la muerte, siendo esto mayor en países en desarrollo. (2)

Con la intención de aportar a la solución de esta grave situación, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ha propuesto en ésta última década fortalecer la investigación de la morbilidad materna grave, siendo considerada el complemento del estudio de la mortalidad materna

porque contribuye a la valoración, a enmendar y prosperar los servicios de salud a favor de las mujeres y población en general. (6)

En conformidad a lo planteado, se llevó a cabo la presente investigación con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extrema de las pacientes atendidas en cuidados intensivos en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, valorando las características sociodemográficas, obstétricas y las causas según los criterios de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

La investigación ha permitido arribar hallazgos importantes para iniciar con el establecimiento de actividades dirigidas a la vigilancia de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema (*explicación y caracterización*)

La morbilidad materna extrema es un problema importante de salud pública asociado a la mortalidad materna, que reflejan algunas de las más profundas desigualdades, tanto en las situaciones de vida como en los servicios de salud a los que tienen acceso, cuya ausencia produce defunciones y daños a la salud. (7)

La morbilidad materna extrema (MME), es una enfermedad grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que

pone en riesgo la vida y requiere de una atención inmediata para evitar la muerte. (2)

En el mundo, en el año 2005 hubo 536 000 muertes de mujeres por causas relacionadas a una complicación o enfermedad severa del embarazo, siendo similares a las cifras del año 1990 que fueron 576 000, el 99% se produjeron en los países en vías de desarrollo, donde el riesgo de morir es 1 en 48 mujeres a diferencia que en países desarrollados es 1 de cada 1,800 mujeres. (2,3)

En América Latina y el Caribe, hay alrededor de 9.500 muertes maternas anuales, lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 88,9 por 100 mil nacidos vivos. En su mayoría las muertes se dan en el parto y puerperio inmediato. (8) Por cada muerte materna, ocurren 20 casos de morbilidad materna, de los cuales hasta una cuarta parte podrían padecer efectos permanentes. (9) La atención de la MME se dan hasta en un 10%.en la unidad de cuidados intensivos de los hospitales. (2)

En el Perú, la morbilidad materna extrema está vinculada con un problema grave “la mortalidad materna”, en el año 2010 la RMM fue de 93 por cada 100 mil nacidos vivos (10); cada día se producen 856 complicaciones del embarazo y 2 mujeres mueren por complicaciones relacionados a la maternidad. (11)

Las características sociodemográficas como son la edad, el grado de instrucción, sumado a la falta de empoderamiento de la mujer,

la pobreza, la vulneración de derechos sexuales y reproductivos; son factores trascendentales que contribuyen a la MME y al riesgo de morir en estas poblaciones. (2) Además no todas las instituciones cumplen con los requisitos básicos y no disponen de insumos y medicamentos para brindar una atención obstétrica esencial, sumándose muchas veces a la mala atención. (1)

Cuando se produce un caso de muerte materna, 20 casos presentan lesiones, infecciones, enfermedad o discapacidades (13), se calcula que cada año 10 millones de mujeres que sobreviven de las complicaciones de la maternidad experimentan estas consecuencias adversas, que a menudo son para toda la vida. (5,12)

La MME que causa defunciones y discapacidades a las madres, traen enormes consecuencias, los lactantes tienen más posibilidad de morir antes de cumplir dos años. (3,12) La muerte materna nos muestra como una verdadera tragedia, no sólo para las mujeres, sino también para sus familias y sus comunidades; implica la evanescencia de una mujer joven por causas prevenibles, sentenciando a la orfandad a niños pequeños.

Las principales causas de MME registradas en todo el mundo están vinculadas con complicaciones obstétricas, entre ellas: hemorragias posparto, embarazo ectópico, embolismo de líquido amniótico, eclampsia, sepsis, tromboembolismo pulmonar, rotura uterina, síndrome Hellp y la coagulación intravascular diseminada.

Estas atenciones están ligadas al manejo obstétrico, fundamentalmente en el trabajo de parto y parto. (2)

En América Latina las causas más frecuentes son las enfermedades hipertensivas del embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%). (8)

1.2. Formulación del problema y alternativas o planteamientos

De acuerdo a los elementos anteriormente señalados se plantea las siguientes preguntas del estudio:

Problema General

¿Cuál es la caracterización de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?

Problemas Específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?

¿Cuáles son las características obstétricas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?

¿Cuáles son las causas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos según los criterios FLASOG del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?

La atención prenatal óptima y precoz disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad materna (9), al igual que una atención de calidad del parto va a disminuir notablemente la morbimortalidad materna y perinatal. (9). Por lo tanto la MME y la mortalidad materna de causa obstétrica se consideran potencialmente previsibles (8).

La intención del estudio de investigación es generar estadísticas con respecto a la morbilidad materna extrema, identificar y manejar los casos severos, o potencialmente mortales se hace entonces estratégico y puede tomarse como parte de prevención de la mortalidad materna; así como, para realizar intervenciones a fin de brindar una atención calificada a la paciente obstétrica.

1.3. Trascendencia teórica, técnica y académica (Justificación y Trascendencia)

Según un informe de la UNICEF, cada minuto en el mundo 110 mujeres sufren alguna complicación del embarazo, cada día mueren no menos de 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo, la mayoría de ellas en países del tercer mundo. (14)

La vigilancia epidemiológica de la MME es una estrategia propuesta por la Organización Panamericana de Salud y por la

Organización Mundial de la Salud para reducir las muertes maternas (5), permite vigilar la disposición de los servicios de salud relacionado con la atención obstétrica, e identificar las fallas en el sistema de salud. (15)

La presente investigación se diseñó para contribuir a incrementar el conocimiento alrededor del tema, la MME en estos tiempos es un concepto de creciente interés para el gremio científico, siendo relevante académicamente. En nuestra región existen pocas publicaciones respecto a MME. Permitted conocer las características sociodemográficas, obstétricas y las causas médicas de la MME, el cual servirá para establecer el análisis crítico, así como, mecanismos de solución y tomar decisiones de los sucesos ocurridos en la realidad.

Los resultados conseguidos en la investigación serán proporcionados la alta dirección y a los gestores del programa en salud materna, para la implementación de acciones de vigilancia de la MME en el Hospital Regional Hermilio Valdizán.

1.4. Antecedentes inmediatos

Internacional:

- Chávez Moraga, Daysi (16), en Nicaragua, 2016, elaboró el estudio **“Caracterización de las Pacientes con Morbilidad Materna Extrema en Cuidados Intensivos. Hospital Bertha Calderón Roque. 2015”**. Estudio descriptivo, transversal, la

muestra fueron 108, la fuente de información fueron los expedientes clínicos. Siendo el resultado mujeres adolescentes: 51,9%, de procedencia rural 55,6%, primaria completa 29%, primigestas 50,9%, de 2-4 controles prenatales 45,4%. Las patologías frecuentes fueron los trastornos hipertensivos (56%,4), hemorragias postparto (19%) y sepsis grave (15.7%). Las principales fallas orgánicas fueron: falla multiorgánica (60.6%), síndrome HELLP (16.3%), IRA (14,7%), edema cerebral (3,2%), CID (4,9%).

- Nava, María; Ramón, José (17), en Venezuela, 2015, realizaron el estudio **“Caracterización de la paciente Obstétrica Críticamente Enferma. Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo. Venezuela. 2011-2014”**. Investigación descriptiva, retrospectiva, la cual incluyó a todas las embarazadas críticamente enfermas atendidas en UCIO. Las patologías frecuentes fueron las enfermedades hipertensivas (53%), infecciones (23.2%) y hemorragias (13.7%). Los factores de riesgo encontrados fueron: edad 19-35 años (58.1%), procedencia rural (59%), bajo nivel educativo (80%), concubinas (60,7%), control prenatal ausente o inadecuado (74,5%), multiparidad (37.9%), embarazos pretérminos (65.9%), cesárea (62.5%). La estancia hospitalaria fue de 5,91-8,17 días, siendo las disfunciones más frecuentes la cardiovascular (50,3%), hematológica (41,3%) o

respiratoria (31,4%). Se encontró 38 muertes maternas (tasa de letalidad 6,93%)

- Jurado Ocampo, Nathalie (18), en Colombia, 2014, realizó el estudio **“Factores de Riego para Morbilidad Materna Extrema en gestantes, 2009-2013”**. Estudio de casos y controles, comparando pacientes con MME y sin MME. Muestreo aleatorio simple. El tamaño muestral fue 110 pacientes (55 en cada grupo). Los factores de riesgo encontrados para MME fueron: estrato socioeconómico bajo, con 2 o menos partos, de 0-3 controles prenatales, antecedente de preeclampsia, hipotiroidismo o trastorno bipolar. Entre los factores protectores se encontró tener de 3 hijos a más y controles prenatales de 7 a más.
- Seguí Gort, Fidel; Pérez Assef, Albadio (19), en Cuba, 2013 realizaron un estudio sobre **“Caracterización de la morbilidad materna grave en cuidados intensivos. Hospital General Docente Dr. Enrique Cabrera. La Habana. 1998-2009”**. Estudio observacional, descriptivos y retrospectivo de 705 pacientes obstétricas ingresadas a cuidados intensivos para caracterizarlas según edad, color de piel, antecedentes patológicos crónicas, situación obstétrica, requerimientos de cirugía y ventilación mecánica. Los resultados mostraron mayor mortalidad en personas con edades 34 años a más, mestizas, antecedentes patológicos, intervención cesárea, ventilación mecánica y falla multiorgánica.

- Almeida Arguello, Nathalia Andrea (20), en España, 2012, realizó la investigación **“Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema. Hospital Universitario de Santander. 2009-2011”**. Estudio descriptivo, serie de casos, se usaron como criterios de morbilidad materna extrema: enfermedad específica, falla de órgano y manejo de alta complejidad. Se evaluaron características sociodemográficas, historia clínica y análisis cualitativo. Se estudiaron 164 casos: 155 (94.5%) de MME Y 9 (5.5%) de mortalidad materna. La causa principal de MME fueron las enfermedades hipertensivas (56%), la hemorragia post parto (17%) y sepsis no obstétrico y causas misceláneas (12%).

Nacional:

- Payajo Villar, Jackeline (21), en Perú (Lima), 2016, realizó un estudio **“Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital Sergio Bernales. 2014”**. Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo. Se revisó 79 historias clínicas, las variables estudiadas fueron las sociodemográficas, obstétricas y la causa principal. El resultado muestra que la MME afectó al 1.33% de pacientes, entre edades de 18 y 35 años, con secundaria, convivientes, paridad más de 1, falta de control prenatal, periodos intergenésicos cortos, la cirugía más común fue la cesárea. Las patologías hipertensivas y los abortos fueron la principal causa de MME (43%), seguido de las hemorragias (11%).

- Torres Vásquez, Ricardo (22), en Perú, 2015, realizó el estudio **“Factores Asociados a Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. 2012-2014”**. Estudio descriptivo, analítico, prospectivo de corte transversal, la muestra fue 122 pacientes con MME. Se estudiaron las variables sociodemográficas, obstétricas, enfermedad específica, falla orgánica y manejo, utilizando una ficha de datos. La MME estuvo vinculada con la edad media de 26 años, secundaria incompleta, antecedentes obstétricos patológicos, ausencia de control prenatal, gestaciones pretérmino, la gran parte termino en cesáreas. Las enfermedades hipertensivas fue la causa más frecuente de MME (40,2%), embarazo ectópico complicado (14,8%), aborto incompleto infectado, hemorragia puerperal (8,2%). Atención en UCI el 27,9%, transfusiones en 26,7%.
- Solórzano Chávez, Lorena M. (23), en Perú (Lima), 2014, realizaron un estudio **“Factores de riesgo asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013”**. Estudio que compara un grupo de casos (n=50) y otro de controles (n=100), se analizó la relación de variables mediante la prueba de Chi cuadrado y Odds Ratio con la variable independiente, intervalo de confianza 95%. Los resultados muestran los siguientes factores de riesgo para MME: adolescente o tener edad ≤ 25 años, periodo intergenésico corto, número inadecuado e inicio tardío del control prenatal.

- Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24), en Perú, 2012, realizó un estudio sobre **“Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, 2007-2009”**. Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, se revisó 206 historias clínicas, se analizó las variables sociodemográficas, obstétricas y la identificación de la causa básica de MME, Los resultados muestran que la morbilidad materna extrema afectó al 0.94% de las pacientes, asociado con edad de 35 años a más, nivel educativo bajo, multiparidad, sin control prenatal, periodo intergenésico corto o prolongado, gestaciones pretérmino; la cirugía más común fue la cesárea. Los trastornos hipertensivos del embarazo fue la causa más importante de MME (42%), seguida de la hemorragia puerpéra (17.5%), alteración de la coagulación (33.5%), transfusiones (27%) y alteración renal (26%).
- Acho Mego, Segundo Cecilio; Salvador Pichilingue, Jorge (25), en Perú, 2011, realizaron un estudio **“Morbilidad Materna Extrema: Admisiones Ginecoobstétricas en las Unidades de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2008-2009”**, estudio descriptivo. Objetivo: determinar la frecuencia diagnóstico de ingreso, estancia y tasa de letalidad de pacientes. Se revisó 52 historias clínicas, 26 en el año 2008 donde la edad promedio fue 26 años; las primera causa de ingreso a UCI fue la hemorragia postparto con shock hipovolémico (23%), seguido de la

preeclampsia severa, eclampsia, shock séptico por aborto incompleto y miocardiopatía cada uno con 11.5%. En el 2009, 26 pacientes con una edad promedio fue 27 años; las causas de ingreso a UCI fue la preeclampsia severa, eclampsia, shock séptico por aborto incompleto cada uno con 19.5%; las hemorragias postparto con shock hipovolémico y las cardiopatías congénitas representaron el 7.6%. Los días de hospitalización fue en promedio 4 días en el 2008 y 5.5. días en el 2009, en el manejo de utilizó ventilación mecánica, plasma fresco congelado y soporte inotrópico.

1.5. Objetivo general

- ✓ Caracterizar la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las características sociodemográficas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.
- ✓ Describir las características obstétricas de la morbilidad materna en extrema cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.

- ✓ Clasificar las causas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos, según los criterios FLASOG del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.

CAPITULO II

2. REFERENCIA TEÓRICO O CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes históricos

En el mundo, anualmente 300 millones de mujeres sufren de enfermedades de corto y largo plazo relacionadas con la gestación. (26)

En 1991 en el Reino Unido, Stones, utilizó por primera vez el término “morbilidad materna extrema” para definir aquellos casos que presentan episodios graves que potencialmente amenazan la vida de la gestante, además propone hacer la evaluación a nivel hospitalario de la calidad de cuidado obstétrico o a nivel poblacional en lugares con baja mortalidad materna. (2)

La denominación *near miss*, se utilizó en el año 1998 para designar a las sobrevivientes de patologías obstétricas; significa algo así como cercanía a la fatalidad. En África Occidental, la MME es definida como “una complicación obstétrica severa que amenaza la vida, requiriendo una intervención de salud urgente para prevenir la posible muerte de la madre. (27)

Dos años más tarde, se define la morbilidad obstétrica severa como la complicación que se da entre las 28 semanas de gestación y 42 días post parto, que puede ocasionar la muerte o invalidez a la madre, si no se brinda una atención médica adecuada. (2)

En el año 2007, La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), define a la morbilidad materna extremadamente grave como la complicación grave

ocurrida durante el embarazo, el parto y/o puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o que requiera una atención médica inmediata a fin de evitar una defunción. (28) Utiliza tres criterios para identificar estos casos:

- Criterios relacionados con los signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico y shock hipovolémico.
- Criterios relacionados con la falla o disfunción orgánica: respiratoria, cerebral, metabólica, hepática, renal, vascular, cardíaca o de coagulación.
- Criterios relacionados con el manejo: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia y transfusión de tres o más paquetes de sangre o hemoderivados.

La OMS en el año 2009 define a la MME como la complicación severa que se da durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto pero sobrevive gracias a una intervención médica urgente y oportuna. (9) Definió tres categorías para clasificar a las pacientes:

- Relacionados con la enfermedad específica (desórdenes hipertensivos, hemorragia y sepsis).
- Relacionados con falla de órgano y sistemas (vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria y cerebral).
- Relacionados con el manejo instaurado (admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, histerectomía postparto o postcesárea y transfusiones).

Los términos “complicaciones que amenazan la vida”, “morbilidad materna severa” y “morbilidad materna extrema” son utilizados como sinónimos. En el embarazo el proceso de salud enfermedad se presenta como una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muertes, es decir, un embarazo puede ser considerado como *no complicado*, *complicado* (morbilidad), *severamente complicado* (morbilidad severa) o como con una *complicación que amenaza la vida* de la gestante, (27) en esta última condición, las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir. Aquellas gestantes que sobreviven a una complicación que amenazaba su vida son consideradas como casos de *morbilidad extrema*. (Figura 01) (27).

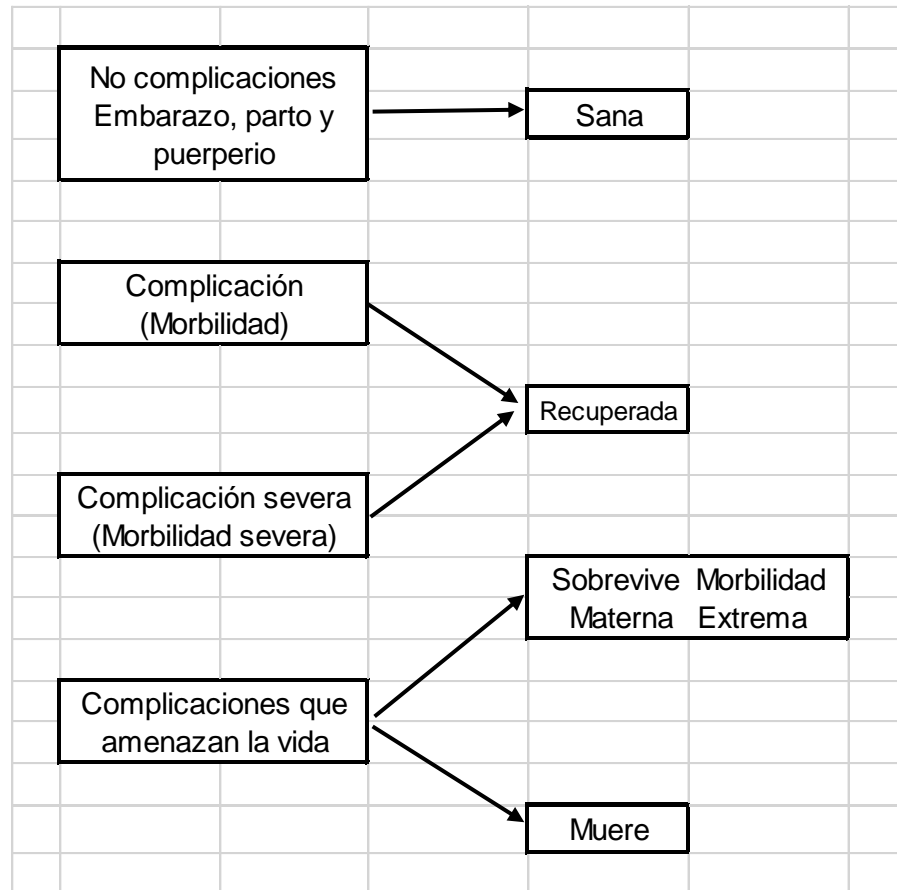


Figura 01. Secuencia entre los extremos de salud y muerte durante el embarazo.

La identificación de los casos de MME emerge como una alternativa de investigación de muertes maternas, el cual permite la construcción de indicadores que ayudan a la auditoria de la calidad de atención, siendo los siguientes indicadores:

- Razón MME = # Casos MME / nacidos vivos
- Índice de Mortalidad = # MM / (# MME + # MM)
- Relación MME / MM = # Casos MME / # Casos MM

Identificar los casos de MME es especialmente compleja. Si bien no existen criterios uniformes para definirla, aquellas propuestas por Say pueden ser útiles y clarificantes. El encontró en una

revisión que incluyó diez publicaciones electrónicas con 30 estudios de madres que fueron admitidas a cuidados intensivos, diferentes prevalencias en relación al criterio elegido. (28) Su prevalencia oscilo entre el 8.0% y 8.23% entre aquellas cuyo criterio estaba relacionado con una enfermedad específica. Si el criterio estaba relacionado con una falla orgánica, su prevalencia fue entre 0.38% y 1.09% y si el criterio fue relacionado con el manejo médico la prevalencia fue entre 0.01% y 2.99%. De esto se deduce ciertas ventajas y desventajas de usar uno u otro criterio para el estudio de MME, con las consecuencias diferencias en los resultados, lo que hace difícil las comparaciones. (30)

La OMS recomienda utilizar, en lo posible, criterios basados en falla o disfunción de órganos y sistemas, lo cual se facilita por el hecho de contar con estándares clínicos y de laboratorio, facilitándose la unidad de concepto y la comparación entre instituciones. (29) Es el criterio más utilizado en los países desarrollados como estándar para la identificación de MME. (2)

2.2. Aspectos conceptuales o doctrinarios (*para cada variable*)

Morbilidad Materna Extrema: Es una complicación severa que se produce 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.

Causas de Morbilidad Materna: Se clasifican según los criterios de inclusión establecidos por la FLASOG:

Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:

- Eclampsia: Complicación aguda de la preeclampsia, se presenta una o más convulsiones generalizadas tónica-clónicas, y en ausencia de otros trastornos neurológicos. (30)
- Shock séptico: Sepsis asociada a disfunción de órgano distante del sitio de la infección, con signos de hipoperfusión como puede ser acidosis láctica, oliguria, alteración del estado mental, frialdad distal, injuria pulmonar, disfunción miocárdica. (30)
- Shock hipovolémico: Estado de choque asociado a una pérdida aguda o excesiva de sangre fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, manifestado con hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, no pulso periférico, frialdad en extremidades inferiores y oliguria. (30)

Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica:

- Cardíaca: Edema pulmonar que requiere diuréticos endovenosos.
- Vasculares: Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más, asociada a shock séptico, hipovolemia secundaria a hemorragia.

- Renal: Deterioro agudo de la función renal, con incremento de creatinina basal o elevación de la creatinina sérica, oliguria que no responde a líquidos ni diuréticos, trastorno del equilibrio ácido-base y electrolitos
- Hepática: Alteración importante de la función hepática, manifestado por ictericia en piel y escleras, puede existir hepatomegalia, asociado a transaminasas elevadas.
- Metabólica: Aquella que se 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 >1 mmol/l, hiperglicemia glicemia plasmática $> 7,7$ mmol/l, sin presentar diabetes.
- Cerebral: Coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona tiempo y espacio, signos de focalización.
- Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.
- Coagulación: CID, trombocitopenia ($<100\ 000$ plaquetas) o hemolisis (LDH $>$).

Criterios relacionados con el manejo instaurado:

- Ingreso a UCI (excepto para monitoreo hemodinámico secundaria a cirugía electiva).
- Cirugía: Son procedimientos quirúrgicos de emergencia después del parto, la cesárea o el aborto.
- Transfusión: Administración de 3 o más unidades de sangre o hemoderivados cuando hay compromiso hemodinámico.

Características socio-demográficas y obstétricas

Muchas mujeres consideran la maternidad como una etapa positiva y satisfactoria. Sin embargo, es bien conocido que el embarazo es de gran riesgo para la mujer, más si entran en juego factores económicos, sociales, culturales y dependientes del sistema de Salud. (31)

Es así como se puede decir que las complicaciones en el periodo de gestación son el producto de una serie compleja de factores y causas que actúan sobre la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores maternos determinantes están relacionados con las características sociodemográficas de las gestantes como la edad menor de 15 años y mayor de 35 años, las adolescentes están menos preparadas emocionalmente y físicamente para dar a luz un bebé y menos criarlos, (31) las complicaciones incluyen, parto pretérmino, placenta previa, bajo

peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino; en tanto que en gestantes mayores de 35 años es el aborto espontáneo, placenta previa y embarazo ectópico. Otro factor asociado es la paridad, las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas por encima de 95% de mortalidad materna, a diferencia de las que tienen 2 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64%. (31).

El estado civil también se considera un factor asociado, basándose en que cuando una madre tiene que afrontar su embarazo sin la compañía de su pareja, ya sea por separación, muerte o abandono, la va a llevar a un estado de depresión, soledad y dudas acerca de si continuar con su embarazo o no, en varias circunstancias, ese nuevo ser, más que significar un motivo de alegría, puede resultar un obstáculo para continuar con su vida laboral y social, y por ello llevar a presentar complicaciones. Cuando el nivel educativo es bajo podría afectar negativamente la salud, toda vez que tendría mayor dificultad para comprender y aplicar cuidados básicos durante el embarazo (32).

El nivel socioeconómico, más específicamente las situaciones de pobreza pueden privar a la madre y al feto de muchos requerimientos vitales para la salud de ambos, entre ellos encontramos la limitante para ingerir una alimentación balanceada, que conlleva a complicaciones maternas, otro factor importante, la procedencia que dificulta el acceso a los servicios de salud especialmente en zonas rurales retiradas. Por último las

concepciones culturales propias de las madres que en algunas ocasiones descartan o repudian la atención sanitaria, omitiendo las posibles complicaciones. (31) Muchas veces, las pacientes no tienen un único factor considerado como de riesgo, lo cual implica que el riesgo global de un embarazo determinado dependerá de la suma de factores de riesgo concomitante. (32)

Hay dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera de ellas pacientes con antecedentes familiares, personales, obstétricos o con situaciones patológicas bien definidas; la segunda y la más importante por su frecuencia correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. En estas últimas se deben tomar decisiones que algunas veces la evolución fetal y materna es desfavorable. De ahí la importancia de identificar oportunamente y así minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional. (32)

El Control Prenatal son actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos y con enfoque de género e interculturalidad. (33) Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo y que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las

complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato, se considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo. (33)

2.3. Base teórica o teoría en la que se sustenta (teorías, modelos, paradigmas)

Analizar la mortalidad y morbilidad materna es una actividad importante para conocer el estado de salud de una comunidad.

(34) La OMS y otros organismos internacionales tiene un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y de la disminución de la mortalidad materna. (35)

La OMS lanzó en 1987 la iniciativa para una maternidad segura, la OPS en 1990 lanzó el Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, (36) mediante el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva.

(27) La Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en el 2007, definen a la morbilidad materna extremadamente grave como la complicación grave ocasionada 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.

En el año 2009, la OMS, define a la MME como la complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto o entro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo pero sobrevive gracias a una intervención médica urgente y oportuna.

Una de las estrategias propuestas consiste en la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema a través de la promoción de la vigilancia y del análisis de la morbilidad materna extrema a nivel institucional y poblacional, como un complemento adicional a la vigilancia de la mortalidad materna. (37)

2.4. Definiciones operacionales

Morbilidad Materna Extrema: Es la complicación severa que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo pero sobrevive gracias a una intervención médica urgente y oportuna.

Cuidados intensivos: Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios médicos hospitalarios especializados en el tratamiento de los pacientes graves que necesitan una vigilancia permanente, mantener con vida a los pacientes en estado crítico es su propósito.

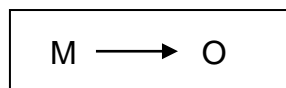
CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método y nivel de investigación

Tipo de Investigación: Descriptivo, observacional, retrospectivo; porque los hechos se registraron a partir de la fecha que se inició la investigación, de corte transversal y analítico, pues la medición y análisis de las variables se realizaron en un mismo tiempo, sobre las características y causas de la morbilidad materna extrema. Corresponde al nivel de investigación descriptivo.

Diseño de la investigación:



Donde:

M: muestra de estudio

O: información (observación) recogida de la muestra

3.2. Sistema de hipótesis, variables (operativización) y esquema de diseño

a) Hipótesis

Al ser un trabajo de investigación de nivel descriptivo, que desea reflejar la situación actual del evento en estudio en un sitio específico, no requiere plantear la hipótesis.

b) Sistema de variables, dimensiones e indicadores

Variable: Morbilidad materna extrema

Dimensiones: Características sociodemográficas, características obstétricas, causas según los criterios de la FLASOG.

Indicadores: Edad, nivel educativo, procedencia, ocupación, paridad, número de gestaciones, inicio de controles prenatales, cantidad de controles prenatales, periodo intergenésico, edad gestacional, vía de parto, condición de ingreso, enfermedad específica, disfunción orgánica, transfusiones y cirugía.

c) Esquema del diseño de operativización

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Morbilidad Materna Extrema	Características Sociodemográficas	Edad	continua	años
		Nivel Educativo	Nominal, politómica	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitario
		Procedencia	Categórica	Nombre de la Provincia
		Ocupación	Categórica, politómica	Ama de casa Dependiente Independiente Estudiante
	Características Obstétricas	Número de Gestaciones	continua	Número
		Número de Partos	continua	Número
		Periodo Intergenésico	continua	Años, meses
		Edad Gestacional	continua	Semanas
		Número de Controles Prenatales	continua	Semanas
		Inicio de control prenatal	continua	Semanas
		Término del Embarazo	Categórica, politómica	Vaginal Cesárea Aborto No culminó
		Condición de ingreso	Categórica, politómica	Gestante Puerpéra Aborto
	Causas según criterios FLASOG	Enfermedad específica	Categórica, politómica	Eclampsia
				Shock hipovolémico
				Shock séptico
		Disfunción orgánica	Categórica, politómica	Cardiaca
				Vascular
				Renal
				Hepática
	Metabólica			
Manejo instaurado	Categórica, dicotómica	Cerebral		
		Pulmonar		
			Coagulación	
			Transfusión	
			Cirugía	

3.3. Técnicas e instrumentos

a) Para recolección de datos y organización de datos

Recolección de Datos: Se realizó una revisión sistemática del libro de registro de ingreso y egreso de la unidad de cuidados intensivos, así como los informes del programa materno neonatal y de la estrategia de salud sexual y reproductiva de las muertes maternas evitadas. Luego se hizo la revisión sistemática las historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión previo documento de autorización; los datos fueron llenados en el instrumento de recolección de datos por cada caso, la ficha de recolección de datos fue elaborada de manera estructurada desglosadas en tres áreas: características sociodemográficas características obstétricas, causas según criterios de la FLASOG y 15 reactivos.

Cabe mencionar que la investigación fue realizada en cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Organización de los Datos: La información recabada en el instrumento de recolección de datos fueron transcritos a una hoja electrónica en el programa Microsoft Office Excel 2013 por cada caso con sus respectivas variables de estudio. Con la información registrada de la MME se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS.

Revisión de datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los datos recogidos e ingresados a la fichas de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos.

Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

b) Interpretación de datos y resultados

Para interpretar los datos obtenidos e ingresados en el programa estadístico SPSS, se utilizaron: medidas estadísticas descriptivas y análisis descriptivo de datos de cada tabla, para determinar la frecuencia. La presentación de los datos se realizó de dos formas: presentación tabular (tablas académicas) y presentación gráfica de las variables en estudio (gráficos simples y gráficos de sectores,).

c) Análisis y datos, prueba de hipótesis

Se elaboró un análisis descriptivo por cada variable estudiada, haciendo mención a los mayores porcentajes presentados y a los más bajos, no se hizo la prueba de hipótesis por no aplicarse al tipo de estudio.

3.4. Cobertura del estudio (población y muestra)

El estudio fue realizado en el Hospital Regional Hermilio Valdizán (HRHVM), que corresponde al Departamento de Huánuco,

ubicado en la parte central del Perú. Su cobertura abarca una población total de 833.205 habitantes (Región Huánuco) (38, 39,40).

Universo del estudio: Está constituido por todas las pacientes obstétricas atendidas en el HRHVM, durante el año 2014, 2015 y 2016.

Población: Está constituido por todas las pacientes obstétricas con MME atendidas en cuidados intensivos del HRHVM, durante los años 2014 al 2016.

a) Muestra

Está constituida por el 100% de las pacientes tipificadas como morbilidad materna extrema, de acuerdo a los criterios de la FLASOG, que recibieron atención en cuidados intensivos del HRHVM durante los años 2014 al 2016.

La unidad de análisis es una paciente con morbilidad materna extrema, atendida en cuidados intensivos del HRHVM durante los años 2014 al 2016.

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión. Todas las pacientes obstétricas atendidos en cuidados intensivos, que deben cumplir uno a más de los siguientes criterios:

- ✓ Relacionados con signo y síntoma de enfermedad específica; eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.

- ✓ Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- ✓ Relacionados con el manejo establecido: intervención quirúrgica de emergencia y transfusión.

Criterios de exclusión:

- ✓ Paciente obstétrica atendida sin ingreso a cuidados intensivos
- ✓ Pacientes que fallecieron.

b) Delimitación geográfico-temporal y temática

La investigación se llevó a cabo en el HRHVM, ubicado en el Distrito y Provincia de Huánuco, durante el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2016.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Entre el 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2016 se estudiaron 117 casos de morbilidad materna extrema atendidos en cuidados intensivos del hospital Regional Hermilio Valdizán, de los cuales 26 casos corresponde al año 2014, 44 casos al año 2015 y 47 casos al año 2016.

a) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla N° 01

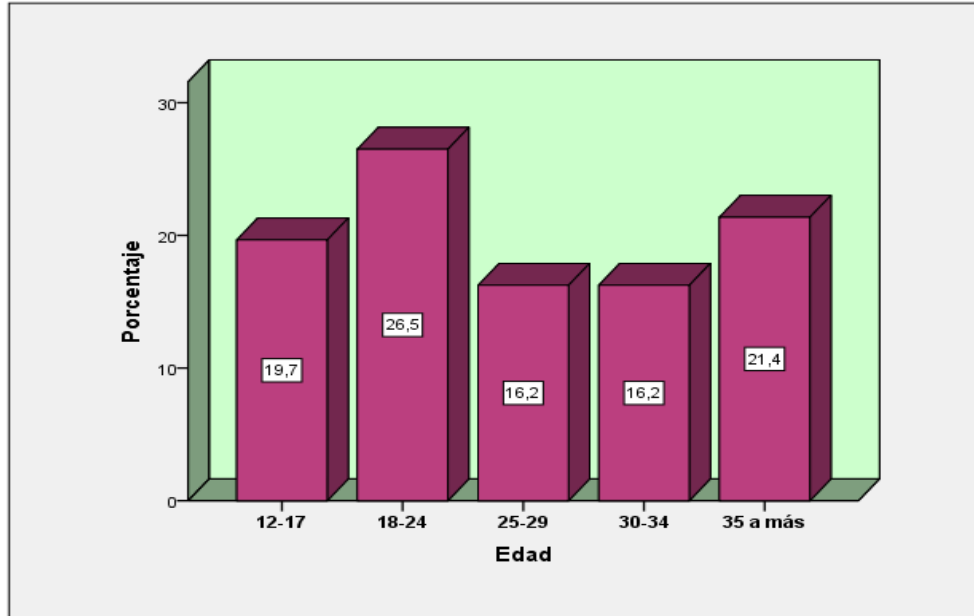
Edad de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	12-17	23	19,7	19,7	19,7
	18-24	31	26,5	26,5	46,2
	25-29	19	16,2	16,2	62,4
	30-34	19	16,2	16,2	78,6
	35 a más	25	21,4	21,4	100,0
	Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 01

Edad de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Análisis e Interpretación:

Se estableció una escala ordinal de 05 grupos etáreos reportando el siguiente hallazgo: 19.7% (12-17 años), 26.5% (18-24 años), 16.2% (25 a 29 años), 16.2% (30 a 34 años), 21.4% (35 a más años), se observa que las edades en los extremos de la vida reproductiva presentaron porcentaje considerable.

Tabla N° 02

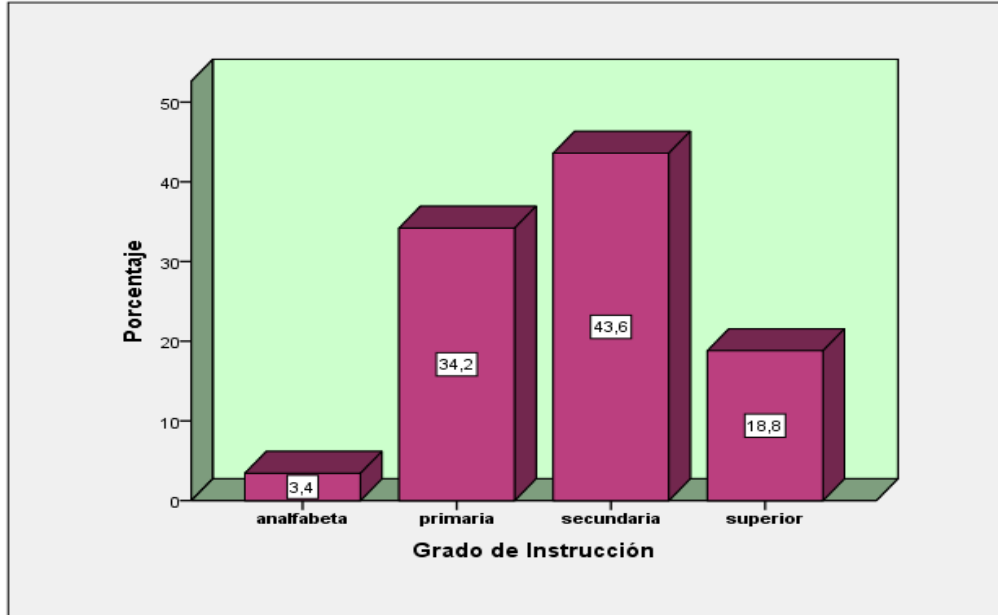
Grado de Instrucción de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
analfabeta	4	3,4	3,4	3,4
primaria	40	34,2	34,2	37,6
Válidos secundaria	51	43,6	43,6	81,2
superior	22	18,8	18,8	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 02

Grado de Instrucción de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se tuvo como resultado un 3.4% sin ningún grado de instrucción, 34,2% primaria, 43.6% secundaria y 18.8% superior, podemos aseverar que la demanda de usuarias correspondió mayoritariamente al nivel de educación secundaria.

Tabla N° 03

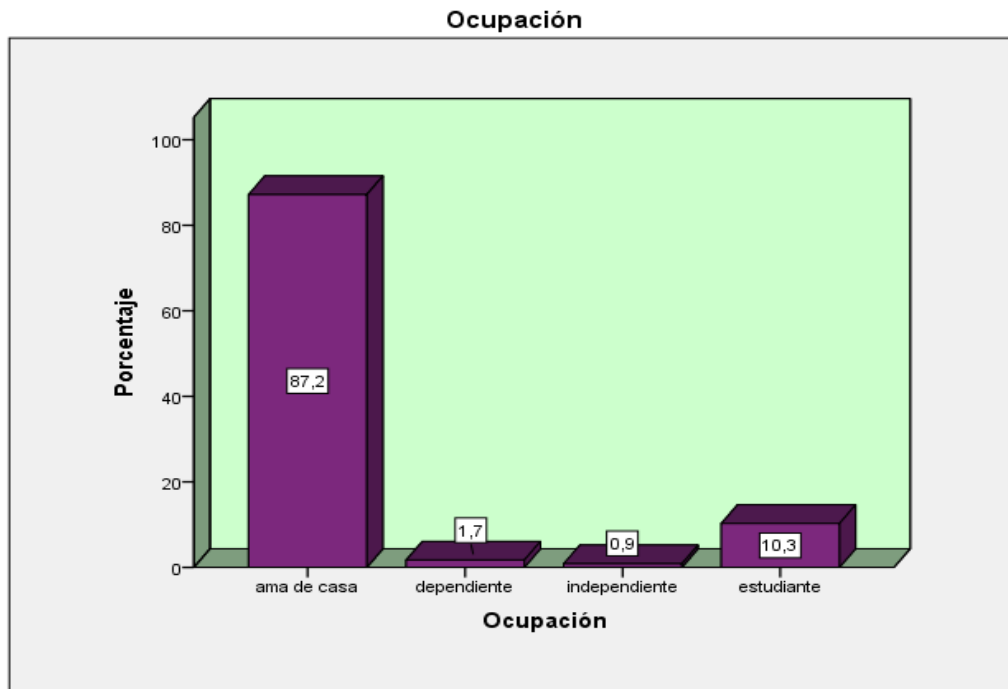
Ocupación de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, 2014-2016.

Ocupación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ama de casa	102	87,2	87,2	87,2
dependiente	2	1,7	1,7	88,9
Válidos independiente	1	,9	,9	89,7
estudiante	12	10,3	10,3	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 03

Ocupación de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Teniendo como principio la escala nominal pre establecida se encontró que la demanda de usuarias estuvo conformada por 88.0% de amas de casa, 10.3% de estudiantes, 1,7% de empleadas, inferimos que se trata de un hallazgo similar descrito por estudios nacionales e internacionales.

Tabla N° 04

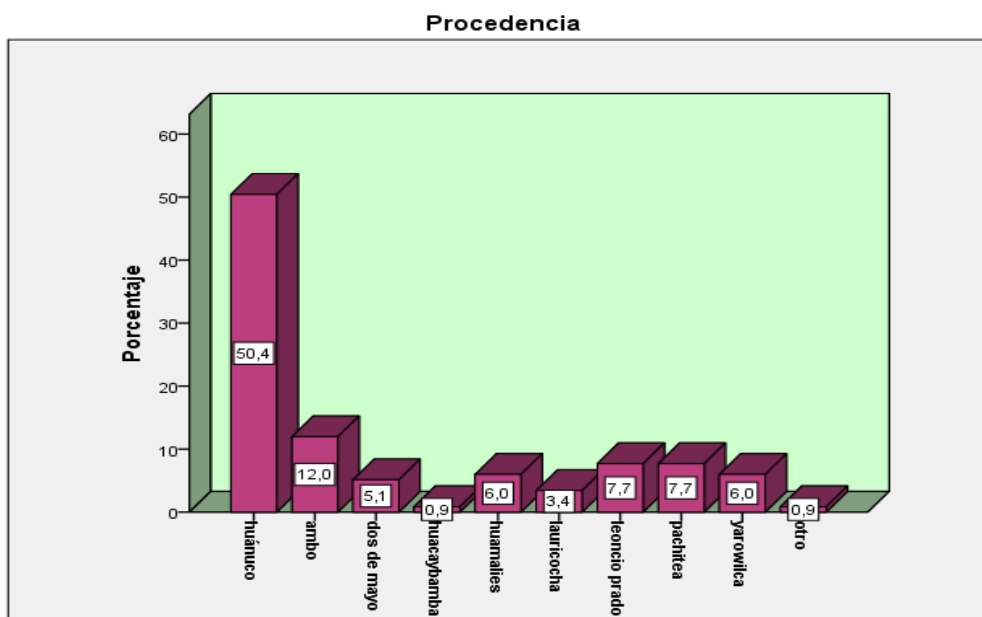
Procedencia de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
huánuco	59	50,4	50,4	50,4
Ambo	14	12,0	12,0	62,4
dos de mayo	6	5,1	5,1	67,5
huacaybamba	1	,9	,9	68,4
huamalies	7	6,0	6,0	74,4
Válidos lauricocha	4	3,4	3,4	77,8
leoncio prado	9	7,7	7,7	85,5
pachitea	9	7,7	7,7	93,2
yarowilca	7	6,0	6,0	99,1
otro	1	,9	,9	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 04

Procedencia de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Siendo el Hospital Hermilio Valdizán, el único hospital referencial de mayor capacidad resolutive, se halló que el 0.4% de pacientes atendidas procedían de la provincia de Huánuco, seguido de la provincia de Ambo con 12.0%, sólo se tuvo una paciente procedente de otro provincia que no pertenece al Departamento de Huánuco.

b) CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla N° 05

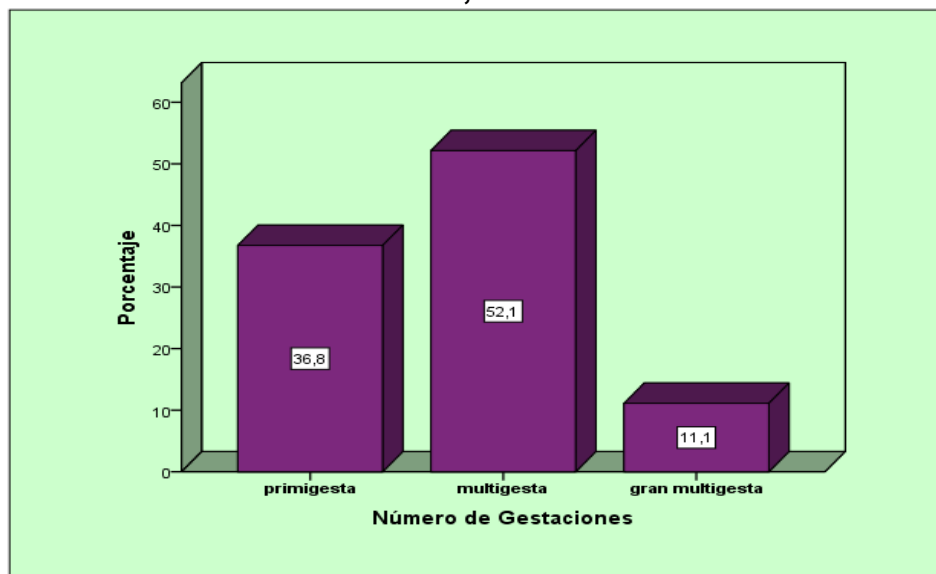
Número de gestaciones de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primigesta	43	36,8	36,8	36,8
multigesta	61	52,1	52,1	88,9
gran multigesta	13	11,1	11,1	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 05

Número de gestaciones de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se encontró que el 36.8% de las pacientes “primigesta”, el 52.1% “multigesta” y un 11.1% “gran multigesta”, siendo importante hallazgo, ya que a más gestaciones hay más probabilidad para presentar complicaciones obstétricas.

Tabla N° 06

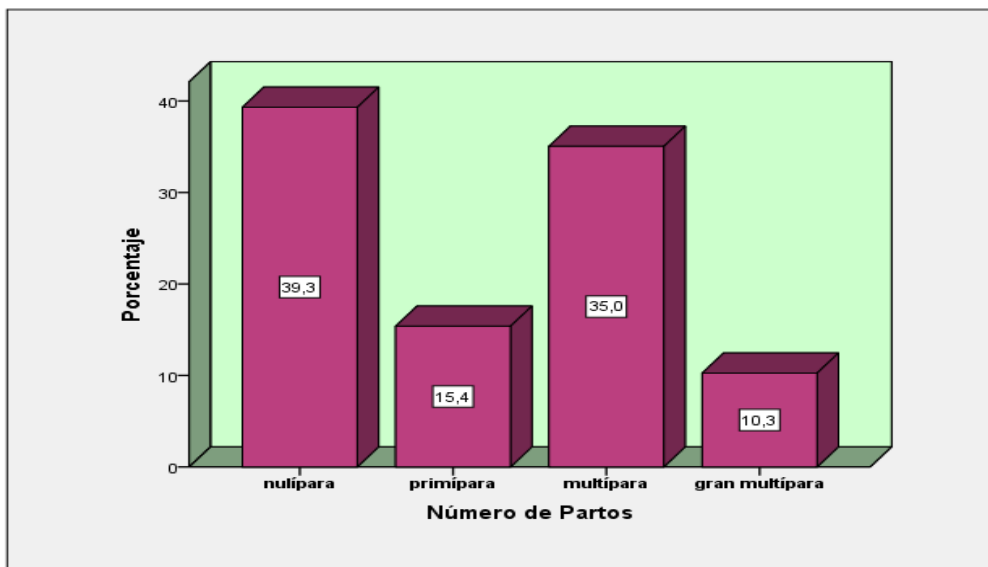
Número de partos de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
nulípara	46	39,3	39,3	39,3
primípara	18	15,4	15,4	54,7
Válidos múltipara	41	35,0	35,0	89,7
gran múltipara	12	10,3	10,3	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 06

Número de partos de las pacientes con MME atendidos en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se puede observar que el 39.3% de las pacientes “nulípara”, el 15.4% “primípara”, 35.0% “multípara” y un 10.3% “gran múltipara”, siendo en mayor porcentaje las pacientes nulíparas, importante hallazgo, ya que la paridad es un factor de riesgo para las complicaciones obstétricas.

Tabla N° 07

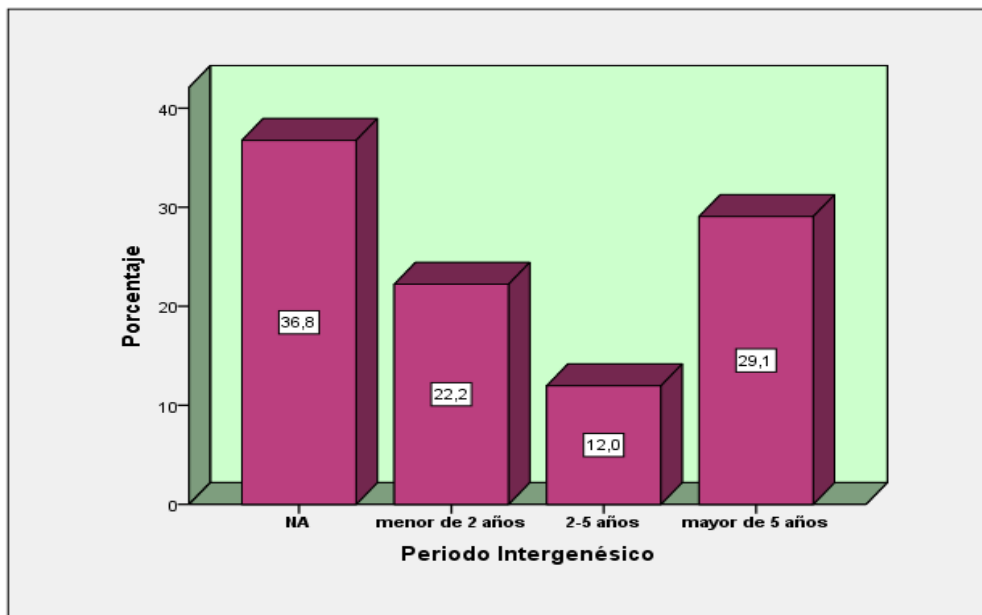
**Periodo intergenésico de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
NA	43	36,8	36,8	36,8
menor de 2 años	26	22,2	22,2	59,0
2-5 años	14	12,0	12,0	70,9
mayor de 5 años	34	29,1	29,1	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 07

**Periodo intergenésico de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se encontró que en el 36.8% no aplica este indicador por ser el primer embarazo de las pacientes con MME, el 29.1% con un periodo intergenésico largo (> de 5 años), el 22.2% con un periodo intergenésico corto, (< de 2 años) y en menor porcentaje (12.0%) con un periodo intergenésico que va entre 2 -5 años.

Tabla N° 08

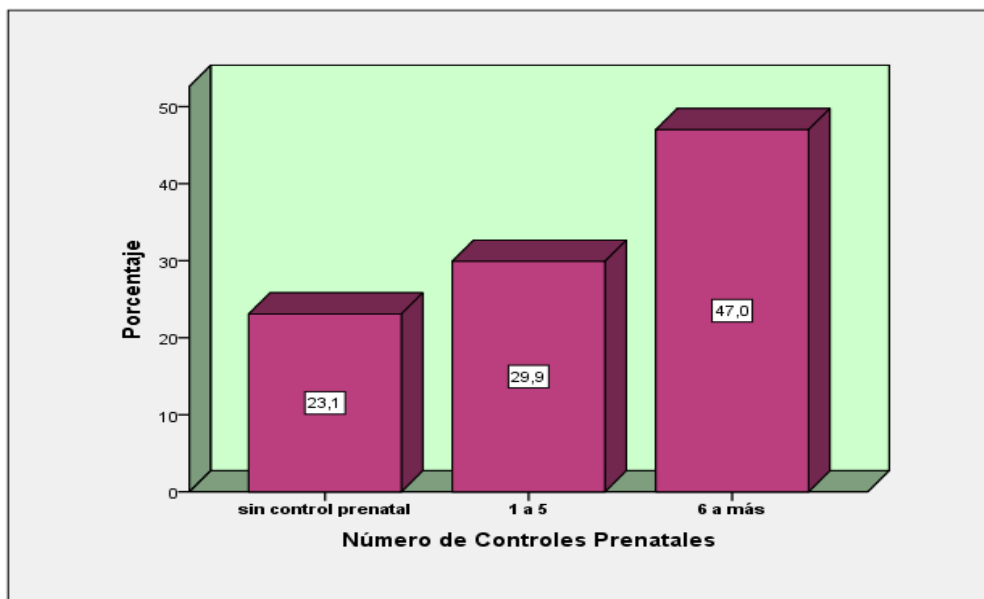
N° controles prenatales de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin control prenatal	27	23,1	23,1	23,1
Válidos 1 a 5	35	29,9	29,9	53,0
6 a más	55	47,0	47,0	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 08

N° controles prenatales de pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Se observa que un 47.0% de las pacientes contaban con 6 a más controles, el 29.9% contaban entre 1 a 5 controles prenatales y un 23.1% de las pacientes no tenían ningún control prenatal, siendo importante hallazgo, ya que los controles prenatales permiten identificar la morbilidad complicaciones maternas.

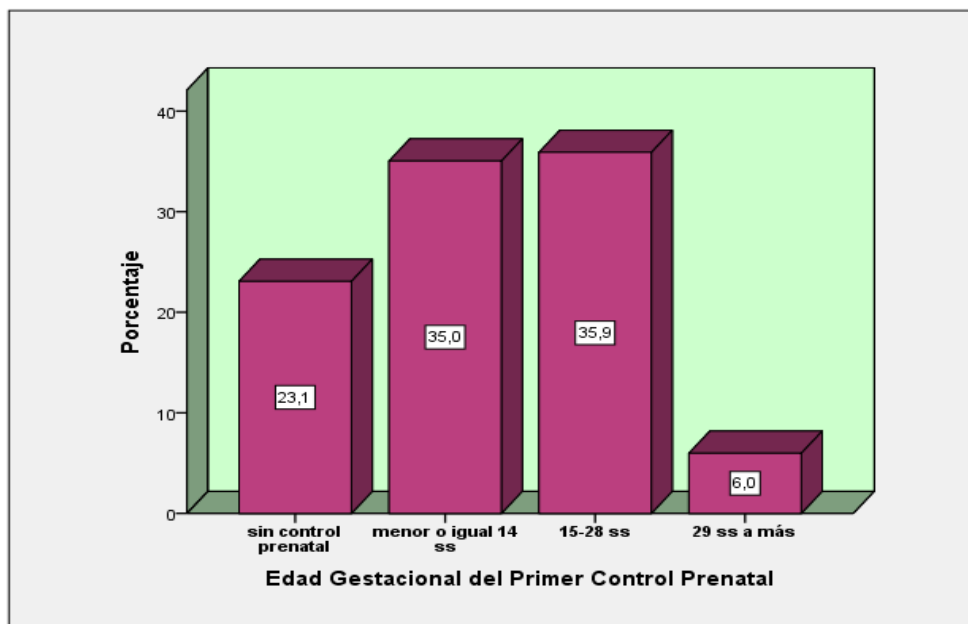
Tabla N° 09

Edad gestacional del 1er. CPN de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sin control prenatal	27	23,1	23,1	23,1
menor o igual 14 ss	41	35,0	35,0	58,1
Válidos 15-28 ss	42	35,9	35,9	94,0
29 ss a más	7	6,0	6,0	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Gráfico N° 09

Edad gestacional del 1er. CPN de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Se observa que la edad gestacional de inicio de los controles prenatales en su mayoría fue entre las 15-28 semanas de gestación con un 35.9%, un 35.0% menor o igual de las 14 semanas y un 6% inició su atención prenatal de 29 semanas a más, es decir, un 41.9% tuvo un inicio tardío del control prenatal.

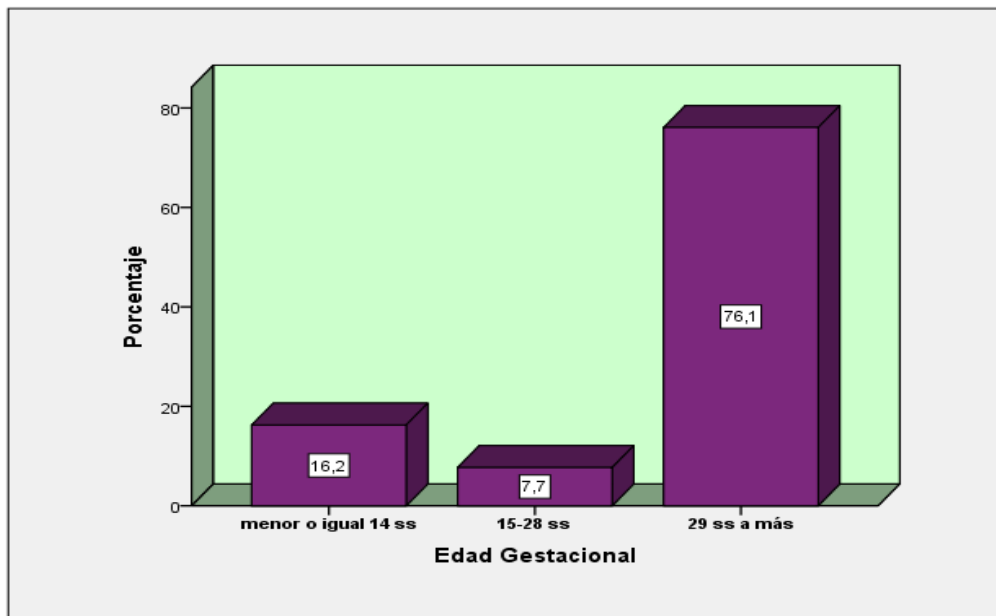
Tabla N° 10

**Edad gestacional de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
menor o igual 14 ss	19	16,2	16,2	16,2
15-28 ss	9	7,7	7,7	23,9
29 ss a más	89	76,1	76,1	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Gráfico N° 10

**Edad gestacional de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Se observa que 76.1% de las gestantes presentó una edad gestacional al momento de la MME de 29 semanas a más, el 16.2% menor o igual de 14 semanas y un 7.7% con una edad gestacional de 15-28 semanas, es decir, en su mayoría la complicación se desencadenó en el tercer trimestre del embarazo.

Tabla N° 11

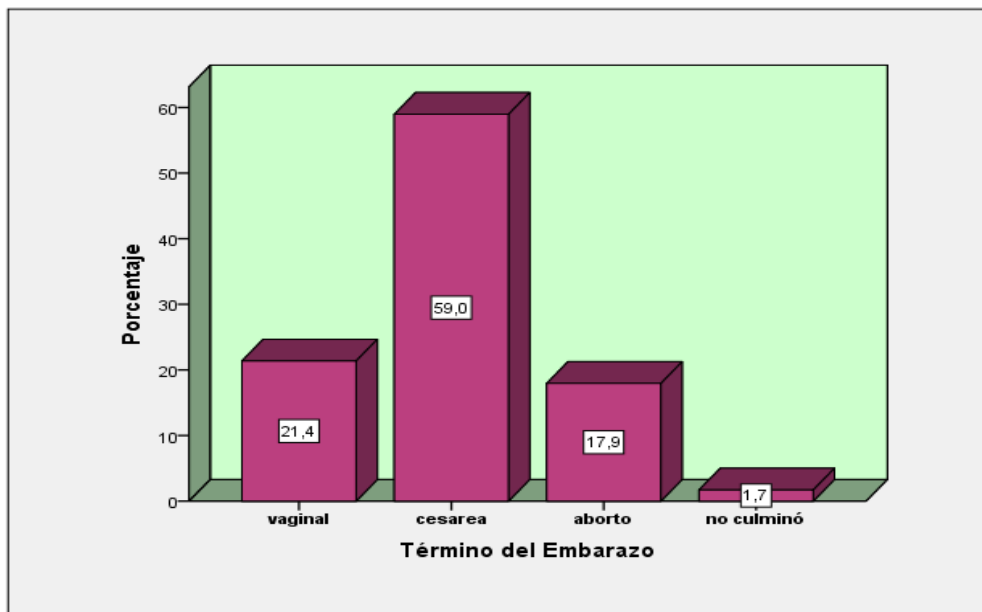
**Término del embarazo de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
vaginal	25	21,4	21,4	21,4
cesarea	69	59,0	59,0	80,3
Válidos aborto	21	17,9	17,9	98,3
no culminó	2	1,7	1,7	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 11

**Término del embarazo de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

La finalización del embarazo terminó en parto en un 80.4%, siendo un 59.0% en cesárea y un 21.4% vaginal; un 17.9% en aborto y un 1.7% no terminó el embarazo. Inferimos que La gran parte terminó el embarazo en parto, esto debido a que muchas veces el embarazo desencadena la severidad de la enfermedad, además el aborto tiene un porcentaje que llama la atención como morbilidad materna extrema.

Tabla N° 12

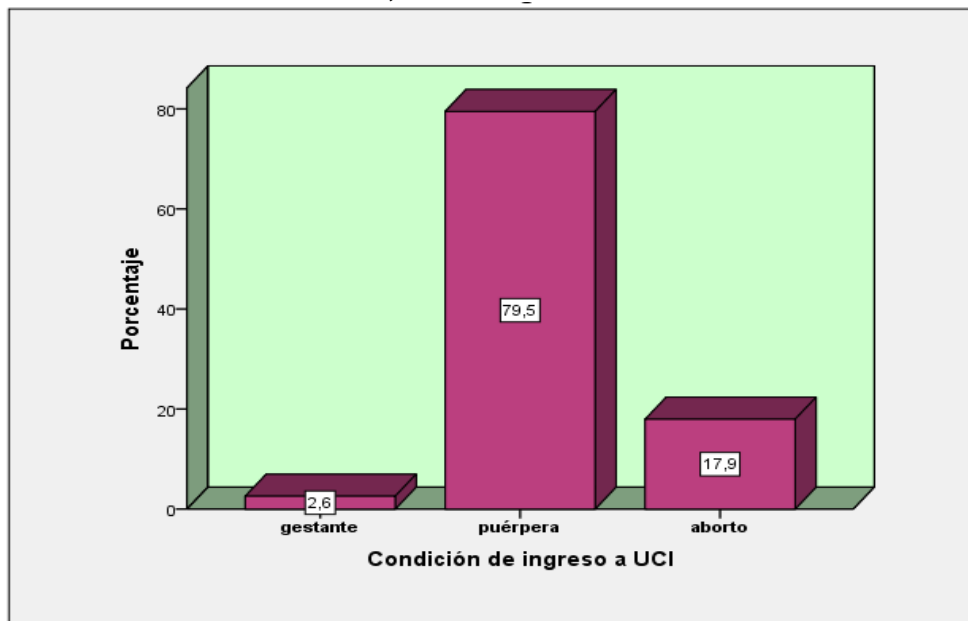
**Condición de ingreso de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	gestante	3	2,6	2,6
	puérpera	93	79,5	82,1
	aborto	21	17,9	100,0
	Total	117	100,0	100,0

Fuente: Historia clínica materna

Gráfica N° 12

**Condición de ingreso de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se encontró 79.5% que ingresaron a UCI como puérpera, el 17.9 en condición de aborto y un 2.6% como gestante, siendo la condición de puérpera en su mayoría, probablemente el manejo de primera opción es terminar el embarazo.

c) CAUSAS

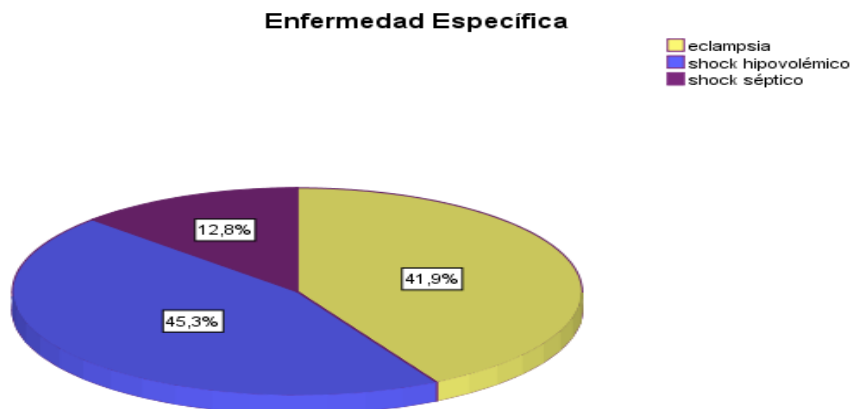
Tabla N° 13

Enfermedad específica de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	eclampsia	36	30,8	41,9
	shock hipovolémico	39	33,3	87,2
	shock séptico	11	9,4	100,0
	Total	86	73,5	100,0
Perdidos	Sistema	31	26,5	
Total	117	100,0		

Gráfico N° 13

Enfermedad específica de las pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se encontró que el 73.5% de las pacientes estuvieron dentro del criterio de enfermedad específica, de los cuales el 45.3% de las pacientes tuvieron el shock hipovolémico, el 41.9% eclampsia y el 12.0% shock séptico, siendo la principal causa de morbilidad materna extrema el shock hipovolémico.

Tabla N° 14

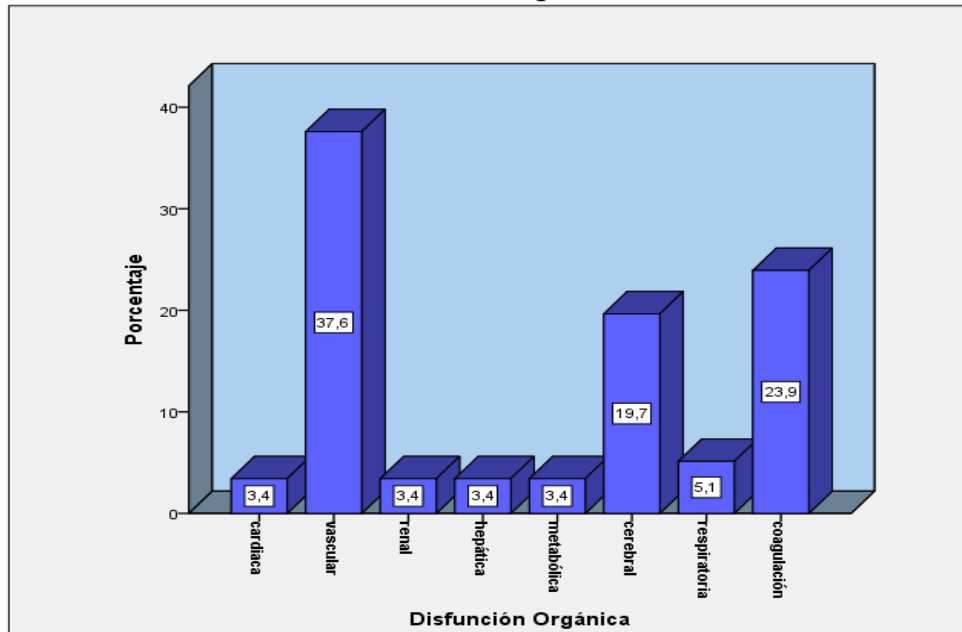
**Disfunción orgánica de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
cardiaca	4	3,4	3,4	3,4
vascular	44	37,6	37,6	41,0
renal	4	3,4	3,4	44,4
hepática	4	3,4	3,4	47,9
Válidos metabólica	4	3,4	3,4	51,3
cerebral	23	19,7	19,7	70,9
respiratoria	6	5,1	5,1	76,1
coagulación	28	23,9	23,9	100,0
Total	117	100,0	100,0	

Fuente: Historia clínica materna

Gráfico N° 14

Disfunción orgánica de las pacientes con MME en cuidados intensivos.
HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Al analizar el criterio de severidad, se encontró 37.6% con falla vascular, 23.9% con falla de coagulación, 19.7% con falla cerebral, 5.1% falla respiratoria y en porcentaje mínimo de 3.4% la falla renal, hepática y metabólica. La disfunción vascular está asociado al shock hipovolémico y al shock séptico, la disfunción de coagulación está asociado a síndrome HELLP, la disfunción cerebral está asociada a la eclampsia. Además el 8% de las gestantes presentó dos tipos de disfunción orgánica, lo que señala la complejidad de la morbilidad.

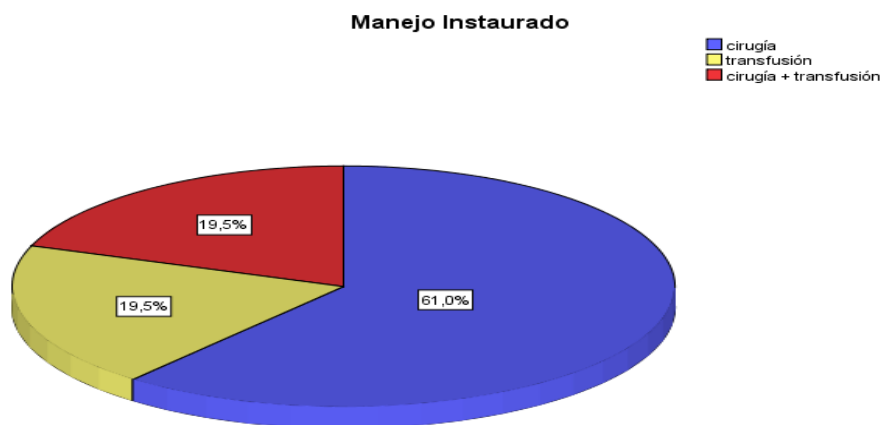
Tabla N° 15

Manejo instaurado A pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	cirugía	25	21,4	61,0
	transfusión	8	6,8	19,5
	cirugía + transfusión	8	6,8	19,5
	Total	41	35,0	100,0
Perdidos	Sistema	76	65,0	
Total	117	100,0		

Gráfico N° 15

Manejo instaurado a pacientes con MME en cuidados intensivos. HRHVM, Huánuco. 2014-2016.



Fuente: Historia clínica materna

Interpretación y Análisis:

Porcentualmente se encontró que el 35.0% de las pacientes con MME en cuidados intensivos requirieron un manejo por cirugía, transfusión o ambos, de los cuales el 61% tuvo una cirugía, l 19.5% necesitó transfusión y el 19.5% ambas intervenciones. La cirugía adicional más frecuente fue histerectomía, seguido por la laparotomía exploratoria. Las politransfusiones más común fue paquete globular.

CAPITULO V

1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Verificación o contrastación de la hipótesis, objetivos y problema (en coherencia)

La definición de la morbilidad materna extrema y los criterios para la identificación de los casos estipulados por la FLASOG son los que rigen en la actualidad y fueron empleados en la investigación que pretendió caracterizar la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del hospital Regional Hermilio Valdizán, durante el 2014 al 2016, encontrándose 117 casos, siendo 26 en el año 2014, 44 en el 2015 y 47 en el 2016.

En lo concerniente a las características sociodemográficas, la morbilidad materna extrema fue más frecuente en el grupo etáreo de 18-24 años, con un 26.5% seguido de los ambos extremos de la edad reproductiva

representado por un 41.1%, está considerado que el embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, la adolescencia acarrea importantes riesgos para el embarazo y el parto. El grado de instrucción, siendo en su mayoría el nivel secundaria con un 51%. La ocupación de las pacientes en su mayoría ama de casa con un 88%, nuestros hallazgos con respecto a las características sociodemográficas son similares a los estudios realizados por Payajo Villar, Jackeline (21) en el hospital Sergio Bernales. 2014, Torres Vásquez, Ricardo (22) en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. 2012-2014 y Solórzano Chávez, Lorena Margot (23) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013. A cerca de la procedencia, la provincia de Huánuco es de donde vinieron más los casos de MME, seguido de la provincia de Ambo, siendo ambos más accesibles y cercanos al hospital que otras provincias; sin embargo, sería necesario realizar estudios respecto a las particularidades de la comunidad de estas provincias.

Actualmente en el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres sufren enfermedades críticas relacionadas a la maternidad, de las cuales el 10% fallece. (4) En el 80% de las muertes pueden ser evitables, pero sin lugar a duda se necesita un entorno propicio para una maternidad saludable y segura. (5)

En lo alusivo a las características obstétricas de las pacientes con MME, el 52.1% son “multigesta”, siendo diferente al hallazgo encontrado por Nava, María; Ramón, José (17) en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo. Venezuela. 2011-2014; donde el 39.3% de las

pacientes fueron “nulíparas”; hallazgos similares fueron encontrados por Payajo Villar, Jackeline (21) en el hospital Sergio Bernales. 2014 y por Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24) en el Hospital San Bartolomé, 2007-2009, siendo el hallazgo la multiparidad. El 29.1% de las pacientes cuentan con un periodo intergenésico largo, mayor de 5 años, similar hallazgo encontró Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24) en el hospital San Bartolomé, 2007-2009. El 47.0% contaban con 6 a más controles prenatales, hallazgo interesante porque está demostrado que las atenciones prenatales acortan el riesgo de morbimortalidad. La edad gestacional de inicio de los controles prenatales fue entre las 15-28 semanas con un 35.9%, similar hallazgo encontró Solórzano Chávez, Lorena Margot (23) en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013, lo cual evidencia que las atenciones prenatales iniciaron tardíamente, la atención prenatal debe ser óptima y precoz, (9) iniciarse antes de las catorce semanas de gestación para la detección oportuna y manejo adecuado de las enfermedades si se presentaran, tanto en la madre como en el perinato. (33). El 76.1% presentó una edad gestacional al momento de la MME de 29 semanas a más, es decir, durante el tercer trimestre de gestación. La finalización del embarazo terminó en parto en un 80.4%, de ellos el 59% terminó en cesárea y un 21.4% vía vaginal; la OPS, señala que una atención del parto con calidad disminuirá enormemente la morbimortalidad materna y perinatal. (9) analizando los casos todos ingresaron por emergencia, siendo el plan médico inmediato culminar el embarazo en la gran mayoría gestantes; similares hallazgos encontraron

Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24) en el Hospital Nacional San Bartolomé, 2007-2009 y Nava, María; Ramón, José en la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo. Venezuela. 2011-2014. La condición de ingreso a UCI como puérpera en un 79.5%, una vez culminado la gestación en parto, las pacientes pasaron a la unidad de cuidados intensivos para su atención, un 17.9% ingresó en condición de aborto y un 2.6% en condición de gestantes, quienes por la gravedad, fueron referidas a otro hospital de mayor complejidad.

Respecto a la causa de la MME se utilizó los criterios establecidos por la FLASOG, encontrándose que el 73.5% de la muestra estuvieron dentro del criterio de enfermedad específica, de los cuales el 45.3% tuvieron el shock hipovolémico, hallazgo similar fue encontrado por Acho Mego, Segundo Cecilio; Salvador Pichilingue, Jorge (25) en el Hospital Cayetano Heredia. 2008-2009, donde la causa principal de ingreso a UCI fue la hemorragia postparto con shock hipovolémico (23%).

Con respecto al criterio de disfunción orgánica como criterio de severidad, los más usuales fueron: falla vascular (44%), coagulación (28%) y cerebral (23%), quienes tenían como diagnóstico el shock hipovolémico, síndrome HELLP y eclampsia respectivamente. Similares hallazgos encontró Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24) en el Hospital Nacional Docente San Bartolomé, 2007-2009, en relación a la falla de coagulación (33.5%); aunque la alteración renal si encontraron alto (26%) en comparación con lo encontrado en este estudio 3.4% de falla renal. Un dato encontrado en gran porcentaje es la falla de coagulación (28%),

siendo la patología síndrome HELLP, que a diferencia de otros estudios es alto, Chávez Moraga, Daysi (16) en el hospital Bertha Calderón Roque. Nicaragua. 2015, que encontró esta patología solo un 16.3%.

Relacionado al criterio de manejo instaurado, la cirugía con un 61%, siendo la histerectomía en mayor porcentaje, seguido de la laparotomía exploratoria; la transfusión se encontró en un 19.5%, siendo la transfusión de paquete globular más de tres unidades en su mayoría, requirieron ambos manejos un 19.5%, este hallazgo es menor en relación a los hallazgos encontrados por Reyes Armas, Iván; Villar Aurora (24) en el Hospital Nacional Docente San Bartolomé, 2007-2009, donde las transfusiones como manejo fue un 27% y por Torres Vásquez, Ricardo (22) en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. 2012-2014, teniendo transfusiones como manejo en 26.7%.

En análisis de la morbilidad materna extrema es compleja, siendo los datos obtenidos importantes para tomar acciones a favor de la salud materna.

5.2 Nuevos planteamientos

En la búsqueda de lograr progresos de la salud materna hay que concienciarse de que el panorama epidemiológico está cambiando, las primeras causas de morbimortalidad están variando, se evidencia cambios en las tendencias de las características demográficas de la población y las tasas de mortalidad materna están bajando, fenómeno conocido como “transición obstétrica”. (43)

Un nuevo modelo abarca el conocimiento de la MME mediante un sistema de vigilancia y respuesta ante ellas, la realización de investigaciones confidenciales proporcionará más información para proyectar intervenciones tanto las prioridades inmediatas como las necesidades futuras.

El término de la mortalidad materna prevenible es un pilar del desarrollo sostenible, habida cuenta del papel esencial que desempeñan las mujeres en las economías, en las sociedades y en el avance de las comunidades futuras. Invertir en la salud de la mujer y el niño proporcionará importantes créditos sanitarios, sociales y económicos.

La priorización de la supervivencia y la salud de las mujeres y las niñas requieren el reconocimiento de su gran valor en la sociedad, para lo cual hay que poner énfasis en la igualdad de género y el empoderamiento. Esto incluye estrategias para garantizar: la igualdad de acceso a los recursos, la educación y la información para que las mujeres puedan tomar sus propias decisiones y para que se elimine la violencia de género.

(43) Los datos ponen de manifiesto que, cuando se brinda a las niñas la posibilidad de atrasar el matrimonio y la crianza de los hijos para seguir estudiando, la mortalidad materna desciende por cada año adicional de estudios que completan. (43)

CAPITULO VI

1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- La investigación realizada obtuvo resultados que respondieron a las preguntas formuladas, cumpliéndose los objetivos por contar con base científica que la sustenta. No se contaba con estudios sobre MME en el hospital de estudio, considerándose un nuevo avance de la investigación en salud, que nos ayudará a conocer las variables más predictoras de MME.
- Las limitaciones detectadas en la investigación fueron respecto a la técnica utilizada para recoger los datos, algunas historias clínicas revisadas estaban incompletas y/o registradas inadecuadamente. Además se encontró casos de MME que fueron atendidos en el servicio de hospitalización de gineco-obstetricia, que no se abarcaron en el estudio. No obstante a

pesar de estas limitaciones, las aportaciones del trabajo son más relevantes, estas limitaciones mencionadas servirán como potenciales líneas de estudio para investigaciones futuras.

- Los resultados encontrados en resumen, la morbilidad materna extrema se presentó más en mujeres de 18-24 años, con grado de instrucción secundaria, de ocupación ama de casa y procedentes de la provincia de Huánuco. La mayoría son multigestas (52.1%), con periodo intergenésico largo (29.1%), con 6 controles prenatales a más (47%), edad gestacional de inicio del control prenatal entre las 15-28 semanas (35.9%), edad gestacional al momento de la MME de 29 semanas a más (76.1%), terminación del embarazo parto por cesárea (59%), condición de ingreso a cuidados intensivos puerpera (79.5%). Las causas principales fueron de shock hipovolémico y falla vascular, respecto al manejo instaurado, la cirugía se realizó con mayor frecuencia con un 61%, seguido de la transfusión con un 19.5%.

RECOMENDACIONES:

- Durante el estudio se ha limitado en estudiar los casos de MME atendidos en cuidados intensivos, sin embargo hubo casos de MME atendidos en hospitalización de gineco-obstetricia, por lo que se sugiere complementar el tema con otras investigaciones.
- Considerar el enfoque de riesgo durante la atención obstétrica, que es la parte más relevante del control prenatal, permitirá

reducir o controlar los riesgos modificables a través de acciones oportunas.

- Fortalecer la auditoría médica y los comités de análisis de morbilidad materna extrema como parte de la vigilancia, que permitirá plantear soluciones que minimicen el riesgo y lleven a una mejor atención de estas pacientes.
- Realizar planes de capacitaciones al personal vinculado a la atención materna., el cual permitirá una atención obstétrica calificada.

5. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministerio de Salud. Perú. Mortalidad Materna en el Perú. 2002-2011. 2013. Perú.
2. UNICEF. La morbilidad materna extremadamente grave. Cuba. 2012. [Internet]. 2014 [consultado 2 feb 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud materna [Internet]. 2010 [consultado 1 feb 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/index.htm
4. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009. [Internet]. Nueva York: UNICEF; diciembre de 2008 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
5. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. [Internet] OPS; 2011 [consulta el 02 febrero 2017]. Disponible en: www.clap.ops-oms.org/web_2005/.../CLAP1590.pdf.
6. UNICEF. Informe de riesgo de mortalidad materna en el mundo en desarrollo. Ginebra. Disponible en: http://www.unicef.org.gt/07prensa/cabal08/cabal2306oct08/comunicado_riesgo_mortalidad_mat.pdf. (Fecha de acceso: 13 de febrero del 2017)
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011. 2012

8. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna disminuye demasiado lentamente [Internet] Ginebra: OMS; octubre 2007 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/es/index.html>
9. Organización Panamericana de Salud. Indicadores básicos 2010. [Internet] OPS; 2011 [consulta el 02 febrero 2017]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com>.
10. Análisis de Situación de Salud del Perú 2012. Fernando Gonzales. Director General de Epidemiología. MINSA-PERU. 2012. <http://www.dge.gob.pe>
11. INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Revisado en <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>.
12. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
13. Avila Alatrística J. Características Epidemiológicas de la Mortalidad Materna en el departamento de cusco - año 2003. Perú. [Internet]. 2009 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/caracteristicas.htm
14. World Health Organization, UNICEF. “Building a Future for Women and Children. The 2012 Report” ISBN: 978-92-806-4644-3

15. Geller, S. Cos, S.M. A descriptive model of preventability in material morbidity and mortality. *Journal and perinatology*. 20016 26 79-84.
16. Chávez Moraga, Daysi. Caracterización de las Pacientes con Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos en el hospital Bertha Calderón Roque. 2015. Nicaragua.
17. Nava, María; Ramón, José. Caracterización de la paciente Obstétrica Críticamente Enferma. Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo. Venezuela. 2011-2014. [sitio en Internet]; 2016. [Acceso 02 de febrero de 2017] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400004>
18. Jurado, Nathalie. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. Tesis de grado, para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Rosario. Bogotá [sitio en Internet]; 2014. [Acceso 30 de enero de 2017] Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>.
19. Seguí Gort, Fidel; Pérez Assef, Albadio. Caracterización de la morbilidad materna grave en cuidados intensivos. Hospital General Docente: Dr. Enrique Cabrera. La Habana. 1998-2009. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia* 2013;12(3).
20. Almeida Arguello, Nathalia Andrea. Caracterización de la Morbilidad materna extrema en el hospital universitario de Santander. 2009-2011. Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. España. [sitio en Internet]; 2014. [Acceso 30 de enero de

- 2017] Disponible en:
repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10144/2/142388.pdf
21. Payajo Villar, Jackeline. Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el hospital Sergio Bernales. 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. Perú. [sitio en Internet]; 2017. [Acceso 30 de enero de 2017]
Disponible en:
cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/717/1/Payajo_j.pdf.
22. Torres Vásquez, Ricardo. Factores Asociados a Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. 2012-2014. Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina. Universidad San Martín de Porres. Perú. [sitio en Internet]; 2015. [Acceso 31 de enero de 2017]
Disponible en:
www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1854/1/Torres_r.pdf.
23. Solórzano Chávez, Lorena Margot. Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013. Tesis para optar el grado de Magister en Epidemiología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. [sitio en Internet]; 2014. [Acceso 31 de enero de 2017]
Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4167>.
24. Reyes Armas, Iván; Villar Aurora. Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, 2007-2009.

- [sitio en Internet]; 2013. [Acceso 29 de enero de 2017] Disponible: www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/44.
25. Acho Mego, Segundo Cecilio; Salvador Pichilingue, Jorge. Morbilidad Materna Extrema: Admisiones Ginecoobstétricas en las Unidades de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2008-2009. [sitio en Internet]; 2015. [Acceso 30 de enero de 2017] Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/ginecologia/v57n2/pdf/a04v57n2.pdf
 26. Filippi V et al. Near misses: maternal morbidity and mortality (letter). Lancet 1998; 351:145–146.
 27. Vázquez Cabrera J. Embarazo, parto y puerperio. Principales complicaciones. La Habana. Editorial Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/embarazo_parto_puerperio/indice_p.htm
 28. FLASOG. Documento Técnico Médico-Jurídico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Perú. 2011.
 29. Mejía MAM y cols. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas, [Internet]; 2012 [consulta el 04 febrero 2017]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123e.pdf..
 30. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health [Internet]. 2004 [citado el 04 abril 2017]. Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content>

31. Ortiz H. y Col. Análisis de la morbilidad materna extrema: una herramienta válida para la reducción de la mortalidad materna. Colombia. Hospital universitario del valle. 2005-2008.
32. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010. Perú.
33. Carbonell I, López R, Arias Y, Gómez T, Smith L, Álvarez M, Salvador S, Pérez R, Cordero I. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad extremadamente grave. Cuba, 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hie06309.pdf
34. Tamayo C, Arcos C, Álvarez J, Benavides N, cortes o, rosero j. Seguimiento a las gestantes con pre-eclampsia-eclampsia en el municipio de Umbal. 2006-2007; trabajo para optar el título de especialista en gerencia de la salud pública Universidad Mariana; 2008. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/339/2/Seguimientos_gestantes_preclampsia_eclampsia.pdf
35. Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención integral de la salud materna. NTS N° 105. Perú. 2013.
36. Linick M. Epidemiología, principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona. Salvat ed. S.A. 1987.
37. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the international safe motherhood conference, Naibori. 1987. Washington.

38. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad materna [Internet]. Washington, DC, EUA, 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-inf5-s.pdf>
39. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Capacitación e implementación en la metodología de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en 10 direcciones territoriales en salud [Internet]. Bogotá; 2008 [citado 9 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/CapacitacionesTalleres/Taller%20MMEG%20oct-07-2008/MME%20TALLER.ppt>
40. Dirección de Salud Huánuco. Oficina de informática y estadística 2017. Perú
41. Hospital Regional Hermilio Valdizán. Oficina de informática y estadística 2014, 2015 y 2016. Perú.
42. Hospital Regional Hermilio Valdizán. Evaluación anual 2014, 2015 y 2016. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. Huánuco. 2016.
43. Souza JP, et al. 2014. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG; 121 (Suppl. 1): 1–4.

APÉNDICE Y ANEXOS



Dirección Regional de Salud Huánuco
Hospital Regional Hermilio Valdizán Hco.

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del Buen Servicio del Ciudadano"



Huánuco, 19 de abril de 2017.

CARTA N° 011 -2017-GRH-DRS-HRHVMH-HCO-DE-UADI.

Señora
Obst. Diana NOLASCO BRAVO.
Alumna de la Escuela de Post Grado de la Universidad de Huánuco.
Presente.-

REFERENCIA : Proveido S/N.

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente e informarle sobre la solicitud de brindar facilidades para la ejecución de su proyecto de investigación, al respecto contandó con la opinión favorable de la Jefatura del Departamento de UCI, del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, por lo que esta Dirección **AUTORIZA** la realización del trabajo de investigación titulado: "**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO DE HUANUCO – 2014-2016**", para cuyo objetivo, deberá coordinar con la Jefatura del Servicio de UCI, para que le brinde las facilidades del caso.

Sin embargo es pertinente recomendar que del proceso de la investigación desarrollada, la información obtenida y los resultados alcanzados, deban ser de carácter **RESERVADO Y CONFIDENCIAL**, debiendo ser utilizado solo con fines estrictamente académicas, a responsabilidad única de la investigadora, debiendo alcanzar una copia del trabajo desarrollado a la Unidad de Apoyo a la Docencia.

Sin otro particular, se remite el presente para su conocimiento y fines.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano

Anderson Motta
Med. Ped. Eslv V. Anderson Motta
C.M.P. 35691 R.N.E. 23847
DIRECTOR EJECUTIVO

[Handwritten Signature]
EVAM/CJCH/cjch.
Hco. 19.04.2017.
C.c. Servicio de UCI
Archivo

www.hospitalvaldizanhco.gob.pe

Jr. Hermilio Valdizán N° 950
Huánuco - Perú
T(06251) 3370
Telefax (06251) 3370

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN CUIDADOS INTENSIVOS. 2014-2016



Historia Clínica: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: 12-17 a 18-24 a 15-129 a 30-24 a 35 a +

Nivel Educativo:

Analfabeta Primaria Secundaria
 Superior técnico Superior Universitario

Procedencia (Provincia):

Ocupación:

Ama de casa Trabajo Independiente
 Trabajo dependiente Estudiante

CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS

Número de Gestaciones:

Primigesta De 2-5 gestaciones Gran multigesta

Número de Partos:

Nulípara Primípara
 Multípara Granmultípara

Periodo Inter-genésico: <2 años 2-5 años >5 años N.A.

Nº de Controles Prenatales: sin CPN 1-5 CPN 6 a más

Inicio Control Prenatal: sin CPN <14 ss 15-28 ss >29 ss

Edad Gestacional: <14 ss 15-28 ss >29 ss

Término del Embarazo:

a. Vaginal b. Cesárea c. Aborto c. No culminó

Condición de ingreso a UCI:

a. Gestante b. Puerpera c. Aborto

CAUSAS SEGÚN FLASOG

Enfermedad Específica: a. Eclampsia b. Shock hipovolémico c. Shock séptico

Disfunción orgánica: a. Cardíaca b. Vascular c. Renal

d. Hepática e. Metabólica f. Cerebral

g. Respiratoria h. Coagulación

Manejo instaurado: Cirugía Transfusión cirugía+transfusión

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN, HUÁNUCO. 2014-2016.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2. OBJETIVOS	3. HIPOTESIS	4. VARIABLES DE ESTUDIO	5. DIMENSIONES	6. INDICADORES	7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	8. METODOLOGIA DISEÑO POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL: ¿Cuál es la caracterización de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?	GENERAL: Caracterizar la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.	No es aplicable al tipo de investigación	Morbilidad Materna Extrema	Características Sociodemográficas	Edad	TÉCNICAS	6.1 Método: Científico
					Nivel educativo	Recolección de datos	6.2 Tipo de investigación: Descriptivo, retrospectivo y transversal
ESPECÍFICOS: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?	ESPECÍFICOS: Describir las características sociodemográficas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.			Características Obstétricas	Procedencia		INSTRUMENTO
					Ocupación	6.4 Diseño: M → O	
¿Cuáles son las características obstétricas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?	Describir las características obstétricas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.				Paridad	Ficha de recolección de datos	Donde:
					Nº Gestaciones		M: muestra de estudio
¿Cuáles son las causas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos, según los criterios FLASOG del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016?	Clasificar las causas de la morbilidad materna extrema en cuidados intensivos según los criterios FLASOG del Hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco. 2014-2016.				Inicio de controles prenatales		O: información (observación) recogida de la muestra
					Número de controles prenatales		6.5 Población (N): Todas las pacientes obstétricas con MME atendidas en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco. 2014- 2016.
					Periodo intergenésico		6.6 Muestra (n): 100% de las pacientes tipificadas como MME (de acuerdo a los criterios FLASOG) atendidas en cuidados intensivos del Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco. 2014- 2016.
					Edad gestacional		
					Vía de parto		
				Causas según criterios FLASOG	Condición de ingreso		
					Enfermedad específica		
					Disfunción orgánica		
					Manejo instaurado		

