

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes
hospitalizadas en gineco obstetricia-Hospital Víctor
Ramos Guardia, Huaraz 2017**

**Tesis para optar por el título profesional de licenciada en
enfermería**

**Autora:
Chico Iguaro, Edith Ruth**

**Asesora:
Lic. Abanto Cerna, Sonia**

Caraz – Perú

2017

Palabras Claves:

Tema	Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes.
Especialidad	Enfermería
Línea de Investigación	Salud Pública.

Keywords:

Theme	Factors associated with maternal morbidity in pregnant women.
Specialty	Nursing
Line of research	Public Health.

DEDICATORIA

A Dios por guiar mis pasos, a mi madre por haber sido el timón y fortaleza, por su amor, paciencia, comprensión y por el esfuerzo desmedido que hace para que pueda cumplir con cada una de mis metas trazadas.

Edith

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes por haber compartido sus enseñanzas y experiencias en clases, esto fue cimiento para mi formación profesional.

A mi madre por haber confiado y brindado ese apoyo para mí superación profesional.

A los señores miembros del jurado de tesis en la presencia de Dr. Jesús Zúñiga Huerta, Lic. Emilio Guillermo Felipe, Lic. Nora Aguilar Quiroz, miembros que con paciencia y dedicación supieron aportar sus valiosas observaciones para que se haga realidad el informe final de la presente tesis.

Edith

DERECHO DE AUTORIA

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos del autor en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes mi autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.

PRESENTACION

Se presenta el estudio de investigación denominado Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

Capítulo I, precisa los antecedentes de la investigación, justificación del estudio, la descripción de la problemática y formulación del problema, el marco teórico-conceptual que incluye el fundamento científico de las variables y las bases teóricas de la investigación. Se describen en este capítulo la operacionalización de variables, hipótesis y objetivo general y específico.

Capítulo II; detalla la metodología de la investigación, instrumento y técnica, población y muestra de la investigación

Capítulo III, contiene resultados en tablas, análisis y discusión de los resultados.

Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos incluye instrumento y técnica empleado, oficio de solicitud, validez del instrumento, confiabilidad del instrumento y datos de la morbilidad materna.

INDICE DE CONTENIDOS

Tema	Página N
Palabras claves	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Derecho de Autoría	iv
Presentación	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
I. Introducción	1
1. Antecedentes y fundamentación Científica	2
1.1. Antecedentes	2
1.2. Justificación de la Investigación	13
1.3. Problema	14
1.4. Marco Teórico-Conceptual	17
A. Factores Asociados	17
a.1. Factores Socio demográficos	17
a.2. Factores Personales	22
a.3. Factores Obstétricos	23
B. Morbilidad Materna	29
b.1. Hemorragias Obstétricas	30
b.2 Infecciones	34
b.3. Enfermedades hipertensivas durante el embarazo	37

Teoría de Ramona Mercer: “Adopción del papel maternal”	43
1.5 Operacionalización de Variables	45
1.6 Hipótesis	49
1.7 Objetivos	49
II. Material y Método	50
1. Metodología de Trabajo	50
1.1.Tipo y Diseño de Investigación	50
1.2.Población y muestra	50
1.3.Técnica e instrumentos de recolección de datos	52
1.4.Procedimiento para la recolección de datos	52
1.5.Validez y confiabilidad de datos	53
1.6.Procesamiento y análisis de información	53
1.7.Protección de los Derechos Humanos de los sujetos en estudio	54
III. Resultados	56
1. Análisis y Discusión	71
2. Conclusiones y Recomendaciones	75
3. Referencias Bibliográficas	77
4. Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Edad asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 56
Tabla N° 2	Procedencia asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 57
Tabla N°3	Idioma asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 58
Tabla N°4	Estado civil asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 59
Tabla N°5	Grado de instrucción asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 60
Tabla N°6	Ocupación asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 61
Tabla N°7	Ingreso económico familiar asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 62
		Pág. 63

Tabla N°8	Antecedentes de comorbilidad asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	
Tabla N°9	Hábitos nocivos asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 64
Tabla N°10	Número de gestaciones asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 65
Tabla N°11	Período intergenésico asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 66
Tabla N°12	Número de abortos asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 67
Tabla N°13	Atención prenatal asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 68
Tabla N°14	Tipo de parto asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017	Pág. 69
Tabla N°15	Ganancia de peso asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.	Pág. 70

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema ¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017? ; **El objetivo** general fue determinar los factores asociados a la morbilidad materna en gestantes de dicho Servicio; **Hipótesis:** Los factores sociodemográficos, personales y obstétricos están asociados significativamente con la morbilidad materna en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, retrospectivo. El diseño de investigación fue no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 200 historias clínicas de gestantes y con una muestra de 132 historias clínicas. Se usó como técnica el análisis documental e instrumento la ficha de recolección de datos para factores asociados (sociodemográficos, personales y obstétricos) y para la morbilidad materna. La información se procesó mediante el programa SPSS V 22, la contrastación de la hipótesis se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado. Se reporta como **Resultados:** los factores sociodemográficos sí están asociados con la morbilidad materna, con mayor acentuación fue el grado de instrucción primario (34.1%). Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo el valor de 0,001 lo cual nos indica que hay asociación entre grado de instrucción y la morbilidad materna. Entre los factores personales el 79,5% no tienen ningún hábito nocivo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,019, esto indica que hay asociación entre hábitos nocivos y la morbilidad materna. Entre los factores obstétricos predominó el período intergenésico, en un 56,8% no existe mucho espacio de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,001, esto indica que hay asociación entre el período intergenésico y la morbilidad materna. **Conclusión:** existe asociación significativa entre los factores (sociodemográficos, personales y obstétricos) y la morbilidad materna. ($P < 0.05$).

Palabras claves: Factores, morbilidad materna y gestante.

Abstract

The following problem was posed: What are the factors associated with maternal morbidity in pregnant women hospitalized in Obstetrics-Gynecology Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017? ; The general objective was to determine the factors associated with maternal morbidity in pregnant women of the Service; The Hypothesis: The demographic, personal and obstetric partner factors are significantly associated with maternal morbidity in pregnant women of the Víctor Ramos Guardia Hospital. The research was quantitative, descriptive, correlational, retrospective. The research design was non-experimental and cross-sectional. The population consisted of 200 clinical histories of pregnant women and a sample of 132 clinical histories. The documentary analysis was used as a technique and the data collection card for associated factors (sociodemographic, personal and obstetric) and for maternal morbidity. The information was processed through the SPSS V 22 program, the test of the hypothesis was carried out using the Chi square statistical test. The following results are reported: sociodemographic factors are associated with maternal morbidity, with a greater emphasis on primary education (34.1%). When performing the chi-square statistical test, the value of 0.001 was obtained, which indicates that there is an association between educational level and maternal morbidity. Among the personal factors, 79.5% do not have any harmful habit. When performing the Chi-square statistical test a value of 0.019 was obtained, this indicates that there is an association between harmful habits and maternal morbidity. Among the obstetric factors the intergenetic period prevailed, in 56.8% there is not much time between the end of a pregnancy and the conception of the next pregnancy. When performing the chi square statistical test, a value of 0.001 was obtained, this indicates that there is an association between the intergenic period and maternal morbidity. Conclusion: there is a significant association between factors (sociodemographic, personal and obstetric) and maternal morbidity. ($P < 0.05$).

Key words: Factors, maternal and pregnant morbidity.

I. INTRODUCCIÓN

La morbilidad y mortalidad son dos indicadores importantes para medir la salud reproductiva, y su vigilancia permite identificar sus factores de riesgo.

Cada minuto en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones que surgen durante el embarazo, parto y puerperio, por aborto, preeclampsia, eclampsia, hemorragias, sepsis y otros.

Según la Organización Panamericana de Salud, la mortalidad materna representa un grave problema de salud, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social; son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir y presentar secuelas de morbilidad con relación al embarazo.

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones o provocar la muerte a la madre, al hijo o a ambos, por lo que se hace necesaria una adecuada vigilancia durante el embarazo, parto, y postparto para que este termine con un final feliz. Su ocurrencia es factible disminuirla, a través de la atención eficiente y humanizada durante la gestación, parto y postparto en las instituciones de salud.

El estudio de la morbi-mortalidad materna permite observar uno de los componentes más importantes de la dinámica de la población y debe entenderse como la resultante de la interacción de factores biológicos, sociales y ambientales que de manera negativa y parcial expresa el estado de salud de una comunidad cuyo mejoramiento es el objetivo social indiscutible de todas las instituciones.

1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1. ANTECEDENTES

SONI, Clementina. (2015). Realizó un artículo de investigación sobre morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica en México con el objetivo de identificar los factores que predispusieron la morbilidad y mortalidad materna en el Hospital Regional de Poza Rica. Estudio retrospectivo y transversal con una población de 364pacientes entre gestantes y puérperas. Donde utilizó como instrumento de recopilación de datos la encuesta e hizo el análisis estadístico con la prueba de la χ de Mantel y Heanzel.

Hallazgos:

Las principales causas de morbilidad materna fueron hemorragias del primer trimestre (45%), preeclampsia (40%), síndrome HELLP (3%), embarazo ectópico (5%), enfermedad trofoblástica gestacional (2%), placenta previa (2%) y eclampsia (1%). Los límites de edad fueron 13 y 46 años.

Conclusiones:

El grupo con mayor incidencia fue el de hemorragia del primer trimestre (aborto). Se calcularon los factores de riesgo: edad, paridad, periodo intergésico, origen y escolaridad. Para las pacientes con preeclampsia, el segundo grupo de mayor incidencia fue el que tuvo los siguientes factores de riesgo: edad, paridad, origen, escolaridad, periodo intergésico y sexo del feto. (Soni,2015)

PEÑUELAS, Jelen. (2014). Realizó una tesis de especialidad sobre factores asociados a mortalidad materna en México con el objetivo de identificar los factores asociados a las muertes maternas y las oportunidades de mejora. Realizó un estudio retrospectivo, trasversal y analítico con una población de 31 muertes maternas; utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos y para el análisis estadístico utilizó el paquete estadístico Stata versión 9.

Resultados:

En la distribución de mortalidad materna por grupos de edad se observó que el mayor número de muertes ocurrió en el grupo de 20 a 29 años, con 20(64.52%) defunciones. Tenían control prenatal 17(54.84%), la causa de muerte estuvo relacionada con la presencia de toxemias. (Peñuelas, 2014)

CARRILLO, Janeth. (2015). Realizó un artículo de investigación sobre el comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta-Colombia en el 2014, con el objetivo de describir el comportamiento de la morbilidad materna extrema; estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo con una población de 353 casos de mortalidad materna extrema; utilizó como instrumento la ficha de recopilación de datos y para el análisis estadístico uso la prueba estadística de Chi Cuadrado.

Hallazgos:

Se reportaron 353 casos de morbilidad materna extrema durante 2014, frente a 194 del 2013, con una edad promedio de 25.2 años, se tuvo como resultados la eclampsia (22.38%), seguida de choque hipovolémico. Por causas agrupadas se encuentran en primer lugar los trastornos hipertensivos (55.24%), seguidos de las complicaciones hemorrágicas (21.25%).

Conclusiones:

La causa más importante de morbilidad en las mujeres en edad fértil son los trastornos hipertensivos y los hemorrágicos. (Carrillo, 2015)

NARVÁEZ, Nubia. (2015). Realizó una tesis de maestría sobre los determinantes sociales de la morbilidad materna extrema en el Hospital Occidente de Kennedy, junio de 2012- noviembre 2014 en Colombia con el objetivo de establecer factores socioeconómicos y de acceso a los servicios de salud. El trabajo de investigación fue de diseño mixto: Diseño explicativo secuencial con una

población de 11.004 puérperas; tuvo como instrumento el cuestionario y el análisis estadístico lo realizó con el SPSS versión 22.0.

Hallazgos:

El grupo de edad que representó fue de 20 a 24 años con el 33,1% (3641 mujeres), seguido del grupo de 15 a 19 años con el 28,4% (3123) y 25 a 29 años que representó el 17,7% (1946 mujeres). Se encontraron gestantes no aseguradas con el 27,2% (2998). Las viviendas estaban ubicadas en zona urbana, y con acceso a servicios públicos básicos. Los ingresos familiares fueron menores a un salario mínimo y tan solo una minoría obtuvo ingresos mayores a dos salarios mínimos. El promedio de gestaciones fue de 1 a 9; el período intergenésico el 13,6% de las mujeres tuvo un período intergenésico corto (menor de 2 años), el 49,5% tuvo un período intergenésico ideal (entre 2 y 5 años) y el 36,9% un período intergenésico largo (mayor a 5 años).

Conclusiones:

Se encontraron determinantes sociales tales como el desempleo, barreras de acceso a los servicios de salud, pobre red social de apoyo y bajo nivel educativo, determinantes que se encuentran presentes en la vida de las personas y que reflejan las inequidades en salud que afecta a grupos específicos de personas deteriorando su bienestar. (Narvaez, 2015)

RUMBOS, Barney. (2016). Realizó una tesis de especialidad sobre hábitos tóxicos durante el embarazo y resultados perinatales en Venezuela con el objetivo de determinar la frecuencia de hábitos tóxicos(alcohol, tabaco y café) durante el embarazo y sus resultados perinatales en el Hospital Chiquinquira. Estudio descriptivo, prospectivo y transversal con un diseño no experimental con una población de muestra de 60 puérperas, utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos y la aplicación de una encuesta e hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 10.

Hallazgos:

La mayoría de las pacientes eran de procedencia urbana, unión estable, ama de casa, el 52.56% presentó grado de instrucción secundario. El 40.54% presentó hábito de consumo de café, promedio más de cuatro tasas al día. El 35.14% fumaba más de cuatro cigarrillos diarios y el 23.42% tenían hábitos alcohólicos eventualmente. Dentro de las patologías observadas durante el embarazo en los tres hábitos se observó un predominio de parto pre término, anemia, infecciones urinarias, ruptura prematura de membrana y aborto.

Conclusiones:

Se concluye que los hábitos tóxicos (café, alcohol y tabaco) durante el embarazo fueron estadísticamente no significativos para predecir la aparición de patologías perinatales en las pacientes evaluadas.(Rumbos, 2016)

SAYURI, Ana. (2015). Realizó una tesis de maestría sobre estado nutricional y aumento de peso en la mujer embarazada, Brasil con el objetivo de caracterizar el estado nutricional y el aumento de peso de gestantes atendidas en un centro de salud de Sao Paulo y evaluar la influencia de esas variables en el peso al nacer del niño, con vistas a subvencionar el equipo de salud en el acompañamiento prenatal. Estudio retrospectivo con una población de 228 historias clínicas de gestantes, utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con la Chi-cuadrado, análisis de varianza (ANOVA), prueba de Tokey y regresión lineal.

Resultados:

La media del aumento total de peso disminuyó de las mujeres que iniciaran el embarazo con bajo peso para las que comenzaron con sobrepeso/obesidad ($p=0,005$), siendo insuficiente para 43,4% y 36,4% de embarazadas con peso adecuado inicial y para el total, respectivamente. Sin embargo, 37,1% de las que comenzaron el embarazo con sobrepeso/obesidad finalizó con ganancia excesiva. (Sayuri, 2015)

ACELAS, David. (2016). Realizó un artículo de investigación sobre los factores de riesgo para la morbilidad materna extrema, en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia en Chile con el objetivo de identificar los factores de riesgo para la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el Hospital Universitario de Santander. Realizó un estudio observacional con una muestra de 126 Gestantes; teniendo como instrumento de recopilación de datos el programa Stata 13.1.

Hallazgos:

El 88% de los casos de morbilidad materna extrema se presentaron en el tercer trimestre y el 97% fueron gestaciones simples. El 46.52% presentó grado de instrucción primaria. Tener antecedente de trastornos hipertensivos en anteriores gestaciones presentó asociación positiva para la morbilidad materna extrema. A su vez presentar eventos de morbilidad materna extrema está asociado a pérdidas gestacionales tempranas antes de las 28 semanas de gestación con fetos menores a 1000 gramos. Antecedentes familiares como trastornos hipertensivos en anteriores gestaciones y patología psiquiátrica mostraron tendencia al riesgo para presentar morbilidad materna extrema.

Conclusiones:

La valoración del nivel educativo, permanencia prolongada en el sitio de atención inicial y los antecedentes obstétricos previos relacionados con trastornos hipertensivos, con el fin de incidir sobre ellos y de esta forma disminuir el porcentaje de pacientes con morbilidad materna extrema son teóricamente inevitables. (Acelas, 2016)

TORRES, Ricardo. (2015) Realizó una tesis para optar el título de medicina sobre los factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2012-2014 en Lima con el objetivo de identificar las principales características de la morbilidad materna extrema en el periodo 2012-

2014. Realizó un estudio descriptivo analítico, prospectivo de corte transversal con una población de 122 pacientes, utilizando como instrumento la ficha de recopilación de datos, el análisis estadístico lo realizó con el software estadístico STATA versión 13.

Hallazgos:

La morbilidad materna extrema (MME), estuvo relacionada con la edad materna promedio de 26 años, el 33,7% de las gestantes tenían una edad en los extremos de la vida reproductiva. El 13,9% presentaron tan sólo un nivel de instrucción básica, mientras que la mayoría (73%) presentó un nivel de secundaria Incompleta. Con respecto al estado civil la mayoría (79,5%) presenta la condición de casada o conviviente, mientras que un 18,9% presenta la condición civil de soltera. Con antecedentes obstétricos patológicos: la falta de atención prenatal y planificación familiar con alto porcentaje de gestaciones a pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas. Los trastornos hipertensivos del embarazo fue la causa más frecuente de morbilidad materna extrema (40,2%), embarazo ectópico complicado 14,8% aborto incompleto infectado, atonía uterina, hemorragia puerperal (8,2%).

Conclusiones:

La morbilidad materna extrema se presenta con mucha frecuencia en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Siendo los trastornos hipertensivos del embarazo la principal causa de morbilidad materna extrema. (Torres, 2015)

MEJÍA, Christian. (2015). Realizó una tesis sobre asociación entre una adecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y complicaciones maternas, Instituto Nacional Materno Perinatal 2013-2014, en Lima con el objetivo de determinar si existe asociación entre inadecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y complicaciones maternas. Estudio analítico, de tipo cohorte retrospectivo con una población de 2700 pacientes que culminaron su gestación, donde utilizó como instrumento la ficha de recolección

de datos e hizo el análisis estadístico con los programas SSPS versión 17.0 y STATA versión 10.0.

Hallazgos:

De las más de 2700 pacientes estudiadas se determinó que según el índice de masa corporal pre gestacional, si las gestantes subían menos de 13.5 kg. (<20), menos de 11.5 kg (20-25) y menos de 9 kg (>25), tenían un incremento de 2.14; 1.25 y 1.16 veces en su riesgo relativo (respectivamente) de hacer una complicación. Se hallaron significancias estadísticas en las variables: desgarro durante el momento del parto, la infección urinaria post parto, la infección de la herida operatoria, culminación del embarazo por cesárea, la presentación estado hipertensivo gestacional, la presentación de anemia, la obtención de un producto grande y el sufrimiento fetal intraútero.

Conclusiones:

Existe asociación entre la inadecuada ganancia de peso según hábito corporal en gestantes a término y complicaciones maternas.(Mejia, 2015)

ESPINOZA, Amadeo. (2015). Realizó una tesis de maestría sobre correlación entre el estado nutricional materna y la ganancia de peso gestacional con macrosomia fetal en el Hospital Uldarico Rocca en el 2014 Lima, con el objetivo de establecer la correlación entre el estado nutricional materna y la ganancia de peso gestacional con macrosomia fetal. Estudio aplicado, retrospectivo, transversal y descriptivo de diseño observacional con una población de 190 puérperas y recién nacido, donde utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 21.

Hallazgos:

Los resultados mostraron que el 54% de las madres presentaron sobrepeso u obesidad al inicio del embarazo mientras que el 57% ganó peso gestacional por encima de lo recomendado según su estado nutricional pre gestacional.

Conclusiones:

Existe correlación positiva y significativa entre la ganancia de peso gestacional y peso al nacer. Se encontró correlación positiva no significativa entre el índice de masa corporal pre gestacional y peso al nacer.(Espinoza, 2015)

REYES, Iván. (2012). Realizó un artículo de investigación sobre la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional docente madre-niño san Bartolomé en Lima durante el periodo 2007 al 2009 con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extrema (MME); realizó un tipo de estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal con una población de 213 casos de morbilidad materna extrema, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con la prueba estadística de chi-cuadrado y exacta de Fisher.

Hallazgos:

La morbilidad materna extrema afectó a 0,94% de pacientes con índice de mortalidad. Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, el 26.52% presentó grado de instrucción primaria, multiparidad, falta de control prenatal, el 43.41% tuvo período intergenésico corto y el 23.63% tuvo un período intergénésico prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de morbilidad materna extrema (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 fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de morbilidad materna extrema.

Conclusiones:

La morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de casos en dicho hospital, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación. (Reyes, 2012)

HEREDIA, Irma. (2015). Realizó una tesis de maestría sobre factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014 con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia; estudio transversal y retrospectivo con diseño observacional, con una población de 125 gestantes, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos y para el análisis estadístico con el programa SPSS versión 20.

Hallazgos:

El 42.7%(47) de las preeclámpticas fueron primigestas, el 17.3% fue segundigesta, y el 40% (44) fueron multigestas. El 3.6% de las preeclámpticas fueron nulíparas, el 37.3% primíparas, el 20% secundíparas, el 22.7% múltiparas y el 16.4% fueron gran múltiparas. El 38.2% de las preeclámpticas presentaron abortos y el 61.8% no lo presentaron. El 48.2% de las preeclámpticas tenían menos de seis controles prenatales y el 51.8% tenían de seis a más.

Conclusiones:

Los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 20 años, edad mayor de 34 años, la obesidad, la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la hipertensión arterial crónica y el antecedente familiar enfermedad hipertensiva.(Heredia, 2015)

WONG, Luis. (2011). Realizo un artículo de investigación sobre mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash, con el objetivo de determinar la tendencia de la razón de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud

de Ancash. Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo, con una población de 242 gestantes que fallecieron, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 20.

Hallazgos:

Del análisis de las 242 fichas epidemiológicas de muertes maternas, encontramos que la razón de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nacidos vivos, en 1999, a una razón de 90/100 000 nacidos vivos en el año 2009. El tipo de muerte materna fue directa en 83% de los casos, incluyendo hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%.

Conclusiones:

La razón de mortalidad materna en la Dirección de Regional de Salud Ancash tuvo una tendencia a disminuir en forma significativa, pero continuó siendo alta de acuerdo a los estándares internacionales. La primera causa de muerte materna fue la hemorragia, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo, las infecciones, y el aborto. La mayoría falleció en su domicilio. (Wong, 2011)

Arotoma, MARCELO. (2015) Realizó una tesis para obtener el grado de doctorado sobre factores de riesgo materno perinatales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2015. Con el objetivo de determinar los factores de riesgo materno perinatales asociados a las enfermedades hipertensivas del embarazo en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2015; el estudio fue aplicada, correlacional, transversal y analítico de diseño no experimental, con una población de 99 historias clínicas de pacientes con enfermedades hipertensivas del embarazo, utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos e hizo el análisis estadístico con el programa SPSS versión 22.

Resultados:

Entre las edades de 19 años y mayor a 35 años es una característica demográfica que es estadísticamente significativa para ser un factor de riesgo determinante para la aparición de la enfermedad hipertensiva del embarazo. La variable estado civil no es estadísticamente significativa por lo tanto no es un factor determinante. De la variable grado de instrucción se observa que del total de mujeres que tienen secundaria y superior, el 54,5% tienen enfermedad hipertensiva del embarazo, así mismo en las mujeres sin instrucción o con primaria se observa que el 61.6% no presentaron enfermedades hipertensivas del embarazo por lo tanto el grado de instrucción secundaria o superior es un factor de riesgo asociado. En cuanto al lugar de residencia, las mujeres que residen en la zona rural el 52,8% tuvieron la enfermedad, asimismo en las mujeres procedentes de la zona urbana se observó que el 61.7% no tuvieron dicha enfermedad, por lo tanto, el lugar de residencia rural es un factor de riesgo asociado a la enfermedad hipertensiva del embarazo. En paridad de las mujeres se observa que el total de mujeres nulíparas el 58,3% tuvieron la enfermedad, asimismo en las mujeres multíparas se observó que el 56,3% no tuvieron la enfermedad, por lo tanto, la paridad nulípara es un factor de riesgo. (Arotoma, 2016)

1.2. JUSTIFICACION

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales y la mayoría de ellos concluyen con resultados positivos, sin embargo, todos los embarazos representan algún riesgo para la madre y el bebé; por ello es importante prevenir, detectar y tratar las complicaciones a tiempo, antes de que se conviertan en emergencias con amenaza para la vida de la madre y su bebé.

Desde el punto de vista teórico: Aportará información, reflexión y debate académico entre las futuras investigaciones que se puedan realizar en distintas realidades a la nuestra y puedan proponer ampliación sobre el tema.

Desde el punto de vista práctico: Los resultados de esta investigación permitirán dar respuesta al problema con los nuevos conocimientos adquiridos por el personal de enfermería y así mejorar la identificación de los factores asociados que aumentan la probabilidad de una morbilidad materna en las gestantes.

Desde el punto de vista metodológico: El presente trabajo se realizó mediante una base científica y que fueron demostrados su validez y confiabilidad para poder ser utilizados en otros trabajos de investigación.

Desde el punto de vista social: La población beneficiaria serán las mujeres en edad fértil que se atienden en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, en quienes se promoverá acciones orientadas a identificar a tiempo los factores asociados a la morbilidad materna, al identificar oportunamente se disminuirán complicaciones que puedan tener repercusión tanto para la madre como para el niño que está por nacer.

Este estudio es viable porque se dispuso de recursos humanos y financieros, también es de gran importancia para el personal profesional en especial a los de enfermería, así como para el Hospital Víctor Ramos Guardia, ya que la investigación aportó información científica para así tomar medidas y proponer estrategias de mejora y así evitar y/o disminuir los índices de morbi-mortalidad materna.

1.3. PROBLEMA.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se estima un total de 13.6 millones de mujeres han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas, sin embargo la mortalidad materna a nivel mundial ha evidenciado una constante reducción entre los años 1990 y 2015, la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos). (OMS, 2015)

Millones de mujeres en el mundo, padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, atribuibles al embarazo, al parto o al puerperio. Aproximadamente el 10 % fallecen, muchas de las que sobreviven sufren lesiones y discapacidades, que con frecuencia acarrear consecuencias para toda la vida. La tasa de morbilidad materna es superior para los países de medianos y bajos ingresos, en el 2014 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. Existe una gran diferencia en la letalidad entre países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo; en Nigeria, Benín y Malasia se ha encontrado una relación de morbilidad/mortalidad de 11/12, mientras que en Europa esta relación es de 117/223. Como principales factores de riesgo para morbilidad materna extrema se han identificado la edad mayor de 34 años, exclusión social, mujeres no blancas, antecedentes de hipertensión, parto por cesárea de emergencia y embarazo múltiple, adicionalmente, las complicaciones derivadas del aborto siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en países en vía de desarrollo.

En Australia, entre 2009 y 2010 la razón de morbilidad obstétrica severa fue de siete por cada mil nacidos vivos; las condiciones obstétricas directas fueron la causa del 64 % de los casos, principalmente la hemorragia postparto (40 %) y la

pre-eclampsia (12 %), mientras que las condiciones no obstétricas representaron el 30% de los casos. (Alvarez, 2010)

Según la OMS las tres principales causas de mortalidad materna son: los trastornos hipertensivos, las hemorragias antes, durante y después del parto y el proceso infeccioso generalizado más conocido como sepsis. (OMS, 2014)

En los países industrializados la tasa de morbilidad materna varía de 3.8 a 12 por cada 1,000 nacimientos. En Latinoamérica existen pocos reportes al respecto, por eso se desconoce la magnitud real del problema, sólo se han encontrado estudios en Brasil y Cuba. El 25% de las muertes maternas en el mundo suceden en mujeres adolescentes. En América Latina, el embarazo en la adolescente es un factor que se asocia de forma independiente con mayor riesgo de adversidades durante el embarazo. (Machado, 2012)

La OMS refiere que, según las estimaciones, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF), el fondo de población de las naciones unidas (UNFPA), el Banco Mundial sobre la mortalidad materna y la División de Población de Naciones Unidas, el Perú alcanzó una RMM (razón de mortalidad materna) de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015; por lo que se considera que nuestro país ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna. (OMS, 2016)

Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) a nivel nacional, los casos de muerte materna están afectando al grupo de edad entre 20 a 29 años (39%) ocasionadas por causa directa/indirecta, el grupo de 10-19 años de edad (adolescentes) representa el 12% observándose una ligera disminución en comparación al año del 2014.

Del total de casos de muerte materna el 33% fallece debido a causas obstétricas indirectas, 24% fallece debido hemorragias obstétricas, el 21% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 15% debido a sepsis y otras infecciones obstétricas y el 7% debido a otras causas obstétricas directas. (INEI, 2014)

Según el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades la mortalidad materna a nivel regional de Ancash disminuyó de forma significativa desde el año 2000 con 31 muertes al año 2017 con 8 muertes

Existen múltiples patologías atribuibles al embarazo en la provincia de Huaraz y entre las complicaciones del embarazo más frecuente se reportaron una incidencia de infecciones urinarias (31,41%) y preeclampsia (5,25%). (DIRESA, 2014)

Durante las prácticas clínicas pre profesionales se ha observado el ingreso de gestantes, con diversas patologías atribuibles al embarazo en el Servicio de GinecoObstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia. Estos aspectos motivaron la necesidad de investigar los elementos más conocidos como factores relacionados al problema de investigación, luego de realizar la revisión correspondiente de la problemática actual que involucra los factores asociados a la morbilidad materna, fue preciso plantear la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia Hospital-Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017?

1.4. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

A. Factores Asociados

La OMS refiere que 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 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. (OMS, 2010)

Los factores o indicadores que puedan influir positiva o negativamente sobre la salud materna y del recién nacido, deben ser motivo de preocupación. Se conoce que la malnutrición es un factor determinante en el curso y resultado del embarazo, en el que la mujer experimenta una serie notable de ajustes fisiológicos para permitir el crecimiento y desarrollo fetal, y al mismo tiempo conservar su propia homeostasia. El período más crítico y de mayor riesgo del ser humano es aquel que corresponde a la vida intrauterina, incluyendo al parto; por ello los factores de riesgo que elevan la morbilidad en esta etapa deben ser identificados y eliminados para evitar la morbilidad materna y lograr un futuro niño cada vez más sano. (Valdespino, 1998)

a.1. Factores Sociodemográficos:

Proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y demográficos de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociodemográfico tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma, entre ellos se encuentran: (Leon, 2008)

- **Edad:** La edad es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. La noción de

edad brinda la posibilidad, entonces de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales. (Juares, 2009)

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre. (Donoso, 2014)

El caso de las adolescentes, se plantea que no han acabado de desarrollar su pelvis, sus órganos genitales aún no han alcanzado su madurez y presentan con mayor frecuencia bajo peso materno y recién nacidos de bajo peso. (Selva, 1998)

Un embarazo a los 40 años genera un aumento del riesgo de anomalías genéticas, a medida que las mujeres envejecen, sus óvulos no se dividen bien y pueden ocurrir problemas genéticos. El trastorno genético más común es el síndrome de Down, riesgo a un aborto espontáneo, padecer de diabetes y presión arterial alta y tener problemas en el parto. (Maguey, 2003)

- **Procedencia:** Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa,

sierra y selva. Cada uno como miembros de su grupo presenta características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque cambian cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra. Las personas pueden proceder de la zona urbana o rural. (Maldonado, 2001)

Las carencias que sufren las personas para alcanzar una vida digna, bien sean de salud, educación u otras, son las mismas con independencia del lugar en que se produzcan. Sin embargo, es importante conocer las formas concretas en que se manifiestan a fin de diseñar las políticas adecuadas para superarlas. En las últimas décadas las situaciones de privación que padecen las personas han ido mostrando cada vez más formas diferenciadas según habitan en zonas urbanas o rurales. (Dubois, 2005)

- **Idioma:** El idioma es conocido históricamente como la lengua o lenguaje que expresan los ciudadanos de una población o nación. El idioma es conocido como la manera de expresarse de un grupo social que pertenecen a una determinada zona geográfica. Se entiende que es aquel lenguaje que se emplea en una comunidad para poder comunicarse entre ellos, teniendo en cuenta que puede ser percibido como un sistema comunicativo a través del habla, la escritura y la gestualidad.

El idioma también es conocido como la lengua de los habitantes de un país o región determinada que los lleva a poder entenderse entre ellos, se conoce que está compuesto por la unión de un grupo de letras o símbolos que deben de seguir una serie de normas gramaticales y convencionalismos que dan origen al entendimiento del mismo para

que así pueda existir la comunicación. Cada idioma puede ser expresado o pronunciado de diferentes formas en distintas regiones geográficas. Para poder aprender un idioma es necesario entender las reglas de escritura y pronunciación, es por ello que desde la educación inicial se enseña en clases el propio idioma que utilizan en cada país. Gracias a la variación de las formas de las conversaciones los seres humanos pueden llegar a comunicarse entre sí, y de este modo expresar lo que piensan y sienten de una manera práctica y universal. (Olaya, 2015)

- **Estado civil:** Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada estado, con otro individuo de distinto sexo, o del mismo, en países que lo permiten, naciendo a partir de este hecho la sociedad conyugal, o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio, o el de viudo, si su cónyuge falleció. El estado civil de divorciado se adquiere cuando se ha disuelto el vínculo matrimonial por sentencia judicial, ya sea que el divorcio se haya producido de común acuerdo o por culpa de uno de los cónyuges. El estado civil de concubino, tiene diferentes efectos legales de acuerdo al país de que se trate, y su legislación al respecto, así en algunos, se permite registrar esa condición y tiene efectos similares al matrimonio, mientras en otros países tiene efectos limitados y requiere un tiempo mínimo de convivencia. (Bembibre, 2010)

- **Grado de instrucción:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Muchas personas no tienen acceso, o carecen de los conocimientos para una adecuada atención en salud debido a un bajo nivel de educación. (Granados, 2001)

El nivel educativo influye en el poco interés que pone la mujer en el curso y resultado final de la gestación, su capacidad de asimilación es poca y la educación higiénico dietética es pobre. (Selva, 1998)

- **Ocupación:** En nuestras comunidades, los habitantes se dedican a diferentes ocupaciones. Los habitantes que viven en las comunidades rurales se dedican principalmente a la agricultura y a la ganadería. Los que viven en las comunidades urbanas se dedican sobre todo al comercio y a la industria. Existen algunas que son profesionales, estos requieren de una educación más especializada que se imparte en una institución específica, y los oficios son ocupaciones que si se requiere saber sobre un tema específico pero no es necesario asistir alguna institución, ya que puedes aprender mediante la observación directa. (Montes, 2010)
- **Ingreso económico:** El concepto de ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras. Todo ese ingreso familiar será con el que la familia en cuestión contará para poder cubrir sus necesidades básicas y el resto de los gastos que normalmente tiene una familia. (Maldonado, 2001)

La Remuneración Mínima Vital es el monto mínimo mensual que debe percibir un trabajador de la actividad privada por una jornada de ocho horas. El requisito para percibirlo es laborar por lo menos 4 horas diarias o 24 horas semanales, así se desprende del Artículo 3° de la Resolución Ministerial N° 091-92-TR. El mismo que también establece que de trabajar menos de 4 horas diarias el sueldo será proporcional a la Remuneración Mínima. Junio de 2012 llegó a los S/.750.00 y Actualmente en el 2017 es S/. 850.00(Anton, 2016)

a.2. Factores personales:

Son una serie de características que junto con unos hábitos de vida saludable hacen a la persona más o menos vulnerable a las enfermedades.

- **Antecedentes de comorbilidad**

La comorbilidad es toda condición o enfermedad que puede predisponer o representar una complicación para las gestantes, que puede estar presente desde antes del embarazo.(Diaz, 2015)

- **Hábitos nocivos.**

Son aquellas conductas o agentes externos cuya práctica o interacción repetida nos provocan daños a corto o largo plazo o a situarnos en un mayor riesgo de contraer enfermedades graves. (LaTorre, 2008)

Existe asociación entre el consumo de tabaco en la gestación con una mayor posibilidad de sufrir aborto espontaneo y rotura prematura de membranas y parto prematuro. (Fernandez J. , 2009)

a.3. Factores obstétricos:

Son los que dan probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. Se entiende como factores obstétricos a todas aquellas

condiciones o características, externos e internas de la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto. (Odiro, 2011)

- **Numero de gestaciones:**

- **Primigesta:** Es la mujer que se embaraza por primera vez, diversos estudios muestran que en primigestas el riesgo de sufrir alguna enfermedad, sobre todo cuando son más jóvenes.
- **Multigesta:** Es la mujer que se ha embarazado dos o más veces, estudios de investigación demuestran que la mortalidad materna está asociada a la alta paridad, sobre todo después del quinto embarazo. (Dominguez, 2005)

- **Periodo Intergenésico:**

El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. Las pacientes multíparas, corren el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico < 24 o > 60 meses, independientemente de otras variables como la edad. Un intervalo intergenésico < 24 meses se ha asociado con una evolución perinatal adversa. (Dominguez, 2005)

El período intergenésico corto se asocia a una mayor incidencia de aborto, crecimiento intrauterino retardado y partos con niños que tienen peso inferior a 2.500 gramos. (Selva, 1998)

El intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término). Un intervalo intergenésico corto (menor de seis meses) o muy largo (mayor de 59 meses) posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, rotura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia), así como incremento de complicaciones perinatales como bajo peso al nacimiento, nacimiento pre término. (Morgan, 2010)

- **Abortos.**

La OMS refiere que el aborto espontáneo es aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad; lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos) o de un feto de 500 gramos de peso que corresponde a una gestación de 20-22 semanas los tipos de aborto se clasifican en espontaneo, frustrado, incompletos. (OMS, 2011)

- **Atención prenatal.**

El MINSA (Ministerio de Salud) refiere que las atenciones prenatales son evaluaciones periódicas de la embarazada por parte de profesionales especializados, para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación, el inicio de control prenatal debe iniciarse antes de 12 semanas: Es el período comprendido entre la semana 6 y la semana 12 del embarazo, y donde tendrá lugar el primer control prenatal de la mujer. Es un control de gran importancia, debido a que las primeras semanas del embarazo son el momento perfecto para establecer los correctivos necesarios en la salud de la madre y en el desarrollo de su hijo. También menciona sobre: Gestante atendida, referida a la primera

atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual y gestante controlada, como a la gestante que ha cumplido sus sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante. (MINSA, 2009)

- **Tipo de término de parto.**

El parto es el término fisiológico del embarazo mediante la expulsión del feto maduro y de la placenta, que comienza cuando el órgano que hasta entonces albergaba y nutria al feto, inicia con las contracciones que conduce a su expulsión. Podemos hacer una distinción, según las complicaciones o la normalidad del parto en vaginal y cesárea. (Quintana, 2010)

- a) **Parto Vaginal.**

Su inicio es espontáneo. La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza (dilatación), las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiera una consistencia blanda y vaya dilatándose. Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros y culmina al alcanzar los 10 cm. Su duración es variable, depende sobre todo del número de partos que ha tenido cada mujer y su progreso no es necesariamente lineal: La fase activa de la primera etapa del parto de las mujeres que van a tener su primer bebé (nulíparas) suelen ser de alrededor de 8 horas, siendo infrecuente que se alargue más de 18 horas. En las mujeres que ya han tenido algún parto (multíparas), la duración esperada es de aproximadamente 5 horas, aunque en algunas ocasiones puede prolongarse más de 12 horas. La segunda etapa

(expulsivo) es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. También se subdivide en dos fases: pasiva y activa. Durante la fase pasiva de la segunda etapa del parto no se percibe sensación de pujo y las contracciones uterinas hacen descender la cabeza del bebé a lo largo de la vagina. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben. La fase activa de la segunda etapa comienza cuando el bebé es visible, se producen contracciones y se percibe el deseo de pujar. A partir de este momento el pujo materno ayuda al descenso y permite el nacimiento del bebé. La duración normal en nulíparas sin epidural es de hasta una hora y de hasta dos horas con epidural; en multíparas la duración normal es de hasta una hora independientemente de que tengan o no analgesia epidural. La tercera etapa del parto (alumbramiento) es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En la guía sobre la atención al parto normal se recomienda el manejo activo o dirigido de la tercera etapa del parto, es decir, la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia postparto y acortar la duración de este periodo. Sin embargo, el alumbramiento espontáneo, sin utilización de fármacos, es una opción aceptable para aquellas mujeres que, teniendo un riesgo bajo de hemorragia, lo prefieran. (Quintana, 2010)

b) Cesárea.

En el lineamiento técnico sobre cesárea segura en México mencionan que la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos

ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas. (MINSa, 2002)

a) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus.

b) Causas fetales:

- Macrostomia fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Prolapso de cordón umbilical.

- Sufrimiento fetal.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.

c) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica.
- Preeclampsia/eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Infección amniótica.

- **Ganancia de Peso**

La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no solo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario. Las mujeres que durante el embarazo que tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada, presentan una mejor evolución gestacional y del parto. Las mujeres con una ganancia gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener hipertensión, diabetes mellitus, varices coledocolitiasis embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, complicaciones tromboticas, anemia, infecciones urinarias y desordenes en la lactancia. Por una parte existe una relación entre el peso de la placenta y el volumen del líquido amniótico y, por la otra el peso del recién nacido, probablemente también exista una relación con el tamaño del útero. Existen diferentes factores que dificultan que la ganancia de peso sea la adecuada, entre los que se encuentran la edad mayor o igual a los 40 años. La ganancia excesiva de peso que se puede mantener, e incluso aumentar después del embarazo, dificulta que la mujer regrese a su peso ideal. (Minjarez, 2013)

Las pacientes malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemias. En el caso de las pacientes obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso. (Herrea, 2011)

B. Morbilidad Materna

La morbilidad materna es la situación en la cual hay una alteración del funcionamiento de órganos y sistemas, como producto de la gestación y pueden presentarse durante el parto y/o puerperio.

La mayoría de las complicaciones son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. (OMS, 2016)

La norma técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna menciona que la morbilidad materna extrema (MME), es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte, entre las patologías más frecuentes se mencionan: (MINSA, 2012)

b.1. Hemorragias Obstétricas

Es aquel sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento del embarazo. La hemorragia obstétrica sigue siendo una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. Las hemorragias asociadas al embarazo son las que se presentan durante los diferentes períodos del embarazo y del parto y tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido. (Rivera, 2014)

Hemorragias de la primera mitad del embarazo; tienen como principales causas los:

- **Abortos.**

La OMS refiere que el aborto espontáneo es aquel embarazo que finaliza espontáneamente antes de que el feto alcance una edad gestacional que permita su viabilidad; lo define como la expulsión o extracción uterina de un embrión (incluidos huevos) o de un feto de 500 gramos de peso que corresponde a una gestación de 20-22 semanas los tipos de aborto se clasifican en espontaneo, frustro, incompletos. (OMS, 2011)

Etiología

Los abortos espontáneos y recurrentes pueden deberse a causas cromosómicas, anomalías uterinas, la irradiación terapéutica y las drogas de quimioterapia, consumo de alcohol, y drogas, endocrinas, infecciones, lesiones traumáticas, anomalías autoinmunes y trombóticas. Las causas más importantes de las pérdidas gestacionales espontáneas reconocidas clínicamente son las anomalías cromosómicas. Entre ellas encontramos las trisomías 13, 18 y 21, monosomía X y polisomías de los cromosomas sexuales. La mayoría de trisomías tienen relación con la edad materna, pero el efecto es variable según el cromosoma afectado.

c) Embarazo ectópicos.

Es la implantación y el desarrollo del blastocito fuera del endometrio que reviste la cavidad uterina. Esta implantación puede tener lugar en la trompa, ovario, cavidad abdominal y cuello uterino.

Entre la causa se encuentran: Causas ovulares, causas tubáricas, los abortos como consecuencia de este tipo de embarazos evolucionan

en algunos casos en rotura tubárica convirtiéndose en un cuadro abdominal agudo que compromete severamente la salud materna. (Gonzales, 2001)

d) Enfermedad del trofoblasto.

Es un conjunto complejo de alteraciones del trofoblasto, que plantea problemas del orden morfológico, biológico, clínico y terapéutico, engloba tres grupos: mola hidatiforme, mola perforante invasiva y coriocarcinoma. (Gonzalez, 2001)

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo; tienen como principales causas los:

- **Placenta previa.**

Es una implantación placentaria en el segmento uterino bajo, ya sea muy cerca o con algún grado de cobertura del orificio cervical interno. Suele presentarse como sangrado indoloro hacia finales del segundo trimestre del embarazo. (Avila, 2016)

Clasificación

Existen 4 tipos de esta anomalía: (Lopez, 2011)

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad.

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El orificio cervical interno-OCI está cubierto por completo por la placenta

Etiología

- Factores ovulares: un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.
- Factores maternos: parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.
- Edad materna y multiparidad, a medida que aumenta, el riesgo de placenta previa es mayor.
- Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de cesáreas. Así mismo, los legrados también estarían implicados en la génesis de placenta previa. Tabaquismo: La hipoxemia producida por el monóxido de carbono produciría una vascularización decidual defectuosa y una hipertrofia placentaria compensadora.
- Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.

Clínica

El fenómeno más característico de la placenta previa es la hemorragia indolora, aparece hacia el final del segundo trimestre. La hemorragia puede ser escasa o abundante y comienza en forma insidiosa pero pueden darse episodios repetidos e ir aumentando en intensidad según

- **Desprendimiento prematuro de placenta.**

Es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento. La mayoría de desprendimientos parecen estar relacionados con una enfermedad crónica placentaria, basada en anomalías en el desarrollo temprano de

las arterias espirales (alteraciones en el proceso de invasión trofoblástica en el primer trimestre) que conduce a una necrosis decidual con activación de procesos inflamatorios, disrupción vascular y finalmente sangrado. (Zamorano, 2015)

Los principales factores de riesgo son:

- Traumatismo abdominal/accidente (mecanismo de aceleración deceleración) Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente.
- Cocaína y otras drogas de abuso. Producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Hasta un 10 % de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta.
- Tabaco: Tiene también efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidual, necrosis y hemorragia. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento.
- Hidramnios y Gestación múltiple (por descompresión uterina rápida tras rotura de membranas o parto del primer gemelo).
- Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo
- Malformaciones uterinas: Conforman sitios mecánica y biológicamente inestables para la implantación de la placenta; el desprendimiento en estos sitios puede ser debido a una decidualización insuficiente o a un cizallamiento excesivo.
- Cesárea anterior. Conlleva una implantación trofoblástica subóptima en esa zona.
- Rotura prematura de membranas.
 - Isquemia placentaria en embarazo previo (Preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado-CIR o antecedente de DPPNI).

–Edad materna ≥ 35 años.

–Multiparidad (≥ 3 hijos).

b.2. Infecciones.

Es una enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del embarazo, parto o puerperio, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. (Bataglia, 2006)

Factores de Riesgo

–Anemia

–Desnutrición

–Obesidad

–Enfermedades crónicas debilitantes

–Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes

–Control prenatal deficiente

–Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud

–Rotura prematura de membranas(RPM) de más de 6 horas

–Trabajo de parto prolongado

–Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)

–Corioamnionitis

–Parto instrumentado (utilización de fórceps)

–Ruptura prematura de placenta (RPM) de más de 6 horas.

La etiología de la infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, aumentan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos

gérmenes y sugiere que estos microorganismos pueden causar infección puerperal. (Zamorano, 2015)

- **Infección del Tracto Urinario**

Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones del tracto urinario (ITU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de la vagina que acceden al tracto urinario. La bacteriuria está relacionada a cambios fisiológicos en el embarazo (compresión mecánica por el crecimiento del útero, relajación del músculo liso inducido por la progesterona, cambios en el pH urinario, así como glucosuria y aminoaciduria).

Los cambios anatómicos y funcionales que ocurren durante el embarazo, guardan una relación directa con el aumento a la predisposición para las infecciones urinarias:

- Los riñones aumentan de tamaño por aumento del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto aumenta la longitud renal.
- La vejiga es desplazada de su sitio habitual y (a causa del aumento de la hormona progesterona), pierde tono muscular durante el embarazo. Resulta más difícil vaciarla por completo cuando orinas y se vuelve más propensa al reflujo, una condición en la que parte de la orina vuelve a subir por los uréteres hacia los riñones.
- El útero (que sigue creciendo) comprime los uréteres, especialmente el del lado derecho, acumulándose en los uréteres hasta 200 ml de orina. Este estancamiento urinario favorece el crecimiento de las bacterias.
- El crecimiento del abdomen también dificulta que te hagas una buena higiene cuando vas al baño.
- Se cambia el pH de la orina y se hace más alcalino.

- Otro de los factores que contribuyen para la multiplicación de bacterias es la mayor eliminación de proteínas por la orina conforme avanza la gestación. (Hernandez, 2007)

Etiología

Los microorganismos que causan infecciones urinarias son los habituales de la flora perineal normal y en general se trata de los mismos gérmenes que fuera del embarazo. Los gérmenes aislados habitualmente son los bacilos gramnegativos, aunque también se pueden observar grampositivos, que suelen ser los responsables del 10-15% de las infecciones sintomáticas agudas de la mujer joven. Bacilos gramnegativos: Escherichiacoli (85%). Seguidos en orden de frecuencia por Klebsiella y Proteusmirabilis (12%), Enterobacter (3%) Serratia, Pseudomonas y Citrobacter (1-2%). Estos últimos son responsables de un importante porcentaje de las infecciones del tracto urinario (ITU) complicadas que requieren hospitalización. (Maroto, 2013)

Otros factores son:

- Aumento de la longitud renal en 1 cm.
- Cambio en la posición de la vejiga (más abdominal que pélvica).
- Aumento del pH de la orina por el incremento de la excreción de bicarbonato y la mayor concentración urinaria de azúcares, estrógenos y aminoácidos, favoreciendo así el crecimiento bacteriano.

Manifestaciones clínicas

Bacteriuria asintomática (en un 4 a un 7 % de mujeres en edad reproductiva se puede demostrar la presencia de 100.000 bacterias por mililitro de orina, pero raramente dan síntomas)

- Esta bacteriuria asintomática no tratada desarrolla cistitis sintomática en el 30%, que puede, a su vez, convertirse en pielonefritis en el 50% de los casos.
- Además, se asocia con riesgo incrementado de parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso al nacer, anemia, eclampsia e infección del líquido amniótico.

Cistitis (infección e inflamación de la vejiga)

Pielonefritis (infección renal) La pielonefritis aguda durante el embarazo puede producir complicaciones serias como septicemia (infección generalizada) materna.

Fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos y dolor en los flancos.

c.3. Enfermedades Hipertensivas durante el Embarazo

La hipertensión arterial es la complicación médica más frecuente del embarazo. La elevación tensional durante el embarazo tiene diversas causas y expresiones. En primer lugar el embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal específico para esta condición. Por otra parte, un número importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a las alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición.

- **Preeclampsia**

Es una complicación médica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo

y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Es posible que exista un componente en la placenta que cause disfunción endotelial en los vasos sanguíneos maternos de mujeres susceptibles. Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia, con daño al endotelio materno, riñones e hígado. El único tratamiento es el parto, siendo la inducción del parto o la cesárea los procedimientos más comunes. Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades. (Drife, 2007)

Esta se puede clasificar en:

- Preeclampsia leve: es aquella que presenta una presión arterial sistólica <160 mm Hg y diastólica <110 mm Hg, con ausencia de daño de órgano blanco, proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de acid sulfosalicilico)
- Preclampsia severa: es aquella preeclampsia asociada a presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o diastólica ≥ 110 mm Hg ó a evidencias de daño en órgano blanco, proteinuria cualitativa, compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis.

Etiopatogenia

Es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria, en lo que

parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, produciendo una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria. La preeclampsia se considerará grave en una gestante anteriormente sana, cuando la tensión arterial sistólica o diastólica superan los valores de 160 y/o 110 respectivamente, cuando la proteinuria es superior a 2 g/24 horas, o aparecen signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefaleas, alteraciones visuales), de Síndrome HELLP (plaquetopenia, elevación de enzimas hepáticas y hemólisis), de insuficiencia cardíaca (edema agudo de pulmón), o de insuficiencia renal (creatinina >1,2 mg/dL), o dolor epigástrico. Suele acompañarse de signos de afectación fetal por insuficiencia placentaria crónica en forma de signos de restricción del crecimiento intrauterino (RCrCIU), o aguda con signos de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (RPBF). Con el agravante de que la situación fetal suele empeorar al tratar la hipertensión materna grave ya que al descender sus valores se disminuye la perfusión placentaria, y de que los fármacos administrados a la madre dificultan la valoración del estado fetal a través del estudio de la frecuencia cardíaca fetal basal o test no estresante (NST en inglés). (Cararach, 2005)

- **Eclampsia**

Es el desarrollo de convulsiones o coma en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia, proteinuria, edema, o todo lo anterior. No está causado por ningún trastorno neurológico coincidente como la

epilepsia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto. (Lowdermilk, 1998)

Complicaciones para la madre.

- **Desprendimiento prematuro de placenta.** El desprendimiento de placenta es una situación muy grave que obliga a concluir inmediatamente el embarazo mediante una cesárea. Supone la separación de la placenta de la zona en la que se inserta, y es más frecuente cuando hay síndrome de Hellp. (Rodelgo, 2016)
- **Problemas renales.** La preeclampsia puede conllevar una insuficiencia renal aguda. Así, la alteración renal más característica dependiente de la preeclampsia es el glomérulo endoteliosis, por la que se eliminan proteínas plasmáticas, dando lugar a la proteinuria.
- **Edema pulmonar.** El pulmón también se puede ver afectado por la preeclampsia y eclampsia en forma de edema pulmonar agudo. Es una complicación más propia de la preeclampsia grave y de la eclampsia, y puede ocasionar la muerte en el periodo posparto.
- **Hemorragia cerebral** u otros accidentes cerebrovasculares. La hemorragia cerebral es la principal causa de la muerte en pacientes con preeclampsia o con eclampsia (un 60% de las defunciones por este motivo se producen por una hemorragia cerebral). La hemorragia cerebral producida por preeclampsia suele presentarse con convulsiones y coma.
- **Edema cerebral.** La hipertensión arterial propia de la preeclampsia eleva la presión intracraneal, lo que produce extravasación de líquidos, generándose el edema cerebral.
- **Ruptura hepática.** Es una complicación rara de la preeclampsia y de la eclampsia, dado su elevado índice de muerte. Se manifiesta con dolor epigástrico o en el cuadrante superior

derecho que se irradia al hombro. Se trata de un dolor muy intenso que no cesa y que aumenta con la respiración y con todas las situaciones que incrementan la presión intraabdominal. Varios días antes ofrece síntomas como náuseas y vómitos, taquicardias, ictericia y palidez.

- **Alteraciones en la coagulación.** El metabolismo de los factores de coagulación de la sangre puede verse alterado con la preeclampsia, formándose trombos y dando lugar a hemorragias.

Complicaciones para el feto

La preeclampsia y eclampsia también afectan al estado del feto, ya que el flujo sanguíneo, que es el que provee al bebé de nutrientes y oxígeno, se ve alterado. Los efectos adversos de la preeclampsia sobre el niño serán más graves cuanto más tiempo se prolongue el cuadro de preeclampsia y cuanto más severo sea. El feto puede sufrir crecimiento intrauterino retardado (CIR), también conocido como retraso en el crecimiento uterino. Esta alteración conlleva que el feto no se desarrolle según los parámetros saludables que le corresponden de acuerdo con su edad gestacional y, en los casos más graves, puede ocasionarle la muerte. También se produce oligoamnios (disminución de la cantidad de líquido amniótico), que implica, igualmente, la posibilidad de alteraciones en el crecimiento fetal. Además, la presencia de oligoamnios dificulta el parto y eleva la posibilidad de tener complicaciones con el cordón umbilical. Además, actualmente, la preeclampsia es una de los factores que más influye en la prematuridad, tanto espontánea como inducida, con los problemas que esto conlleva para el niño de bajo peso al nacer y alteraciones de todo tipo: respiratorias, metabólicas, cardíacas, inmunitarias, digestivas, oftalmológicas, auditivas. La preeclampsia y eclampsia también produce un aumento de la

mortalidad perinatal. Esto guarda relación con las cifras de tensión arterial de la madre, la gravedad de la proteinuria y los valores de ácido úrico.

Las causas más frecuentes son la placenta previa, asfixia fetal y otras complicaciones derivadas de la inmadurez y la prematuridad. (Rodelgo, 2016)

TEORIA DE RAMONA MERCER: “ADOPCION DEL PAPEL MATERNAL”

Una de las teorías de Enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Ramona Mercer, llamada “adopción del papel maternal”, que propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol materna, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema

El microsistema: Es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre- niño.

El mesosistema: Agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

El macrosistema:Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado

de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias influyen en la adopción del rol maternal.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala de Medición
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Son las condiciones o características asociadas a la morbilidad materna en la gestación. Se medirán a través de tres aspectos: Factores sociodemográficos, factores personales y factores obstétricos.	Factores Socio demográficos	Edad	- Menor de 18 años - Mayor de 35 años	Ordinal
				Procedencia	- Urbano - Rural	Nominal
				Idioma	- Quechua - Castellano - Ambos	Nominal
				Estado Civil	- Soltera - Casada - Divorciada - Viuda - conviviente	Nominal
				Grado de Instrucción	Primaria - Secundaria - Superior - Sin grado de instrucción	Nominal

				Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Comerciante - Empleada - Profesional 	Nominal
				Ingreso económico familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Menor de s/. 850.00 - Mayor de s/. 850.00 	Ordinal
			Antecedentes Personales.	Comorbilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Hipertensión Arterial - Cáncer - Epilepsia - Ninguno 	Nominal
				Hábitos Nocivos	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaco - Alcohol - Drogas - Ninguno 	Nominal
			Factores Obstétricos	Número de gestaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Primigesta - Multigesta 	Nominal
				Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> - 1 año - 2 años - De 3 años a mas - Ninguno 	Ordinal
				Abortos	<ul style="list-style-type: none"> - 1 aborto - 2 abortos 	Ordinal

					<ul style="list-style-type: none"> - Más de 3 abortos - Ninguno 	
				Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de las 12 semanas - Después de las 12 semanas 	Ordinal
				Término de parto	<ul style="list-style-type: none"> - Vaginal - Cesárea 	Nominal
				Ganancia de peso	<ul style="list-style-type: none"> - De 12.5-18 Kg - De 11.5-16.0 Kg - De 7.0-11.5 Kg - 6.0 Kg 	Ordinal
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala de Medición
VARIABLE DEPENDIENTE: Morbilidad Materna	La morbilidad es la situación en la cual hay deficiencias o anormalidades en la función de	Es la situación de estar enferma con presencia de signos y síntomas en la mujer durante el	Hemorragias Obstétricas	Abortos	Primera mitad del embarazo	Nominal
				Embarazo Ectópico	Segunda mitad del embarazo	Nominal
				Enfermedad del Trofoblasto		Nominal
				Placenta Previa		Nominal
				Desprendimiento Prematuro de Placenta		Nominal

	diversos órganos o sistemas.	embarazo parto o puerperio.	Infecciones	Infección del Tracto Urinario	I, II y III trimestre	Nominal
			Enfermedades Hipertensivas durante el Embarazo	Preeclampsia	II y III trimestre	Nominal
				Eclampsia	II y III trimestre	Nominal

1.6. HIPOTESIS

H_a

Los factores Sociodemográficos, personales y obstétricos están asociados significativamente con la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

H₀

Los factores Sociodemográficos, personales y obstétricos no están asociados significativamente con la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

1.7. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.
- Identificar los factores personales asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.
- Identificar los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

II. MATERIAL Y METODO

1. METODOLOGIA DE TRABAJO

1.1 Tipo y Diseño de Investigación

Tipo de Estudio

El presente trabajo de investigación es de enfoque **cuantitativo** ya que al momento de recolectar los datos se usó datos numéricos.

Es **descriptivo** porque se describió las características de las variables en estudio.

Es **Retrospectivo** porque la información se obtuvo de la revisión de historias clínicas de gestantes que fueron hospitalizadas durante los meses Abril, Mayo y Junio 2017.

Es **correlacional** porque permitió medir el grado de asociación de las variables en estudio.

Diseño de Investigación:

No experimental:

Es no experimental porque no se manipularon las variables y se observaron tal y como se dan en su contexto natural lo cual posteriormente fueron analizados.

Transversal:

Es transversal porque los datos se recolectaron en un único momento, esto implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo.

1.2. Población y Muestra

Universo o Población

Para la investigación se contó con las historias clínicas de gestantes que fueron hospitalizadas en Ginecoobstetricia, aquellas que tuvieron el diagnóstico de enfermedades hemorrágicas, enfermedades infecciosas y enfermedades hipertensivas durante el embarazo, durante los meses Abril, Mayo y Junio del

2017 que hicieron un total de 200 historias clínicas de gestantes según reporte estadístico del Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz.

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de gestantes que ingresaron durante el periodo de abril, mayo y junio del 2017.
- Historias clínicas de gestantes que tuvieron el diagnóstico de enfermedades hemorrágicas, enfermedades infecciosas y enfermedades hipertensivas durante el embarazo.
- Historias clínicas de gestantes de todas las edades
- Historias clínicas de gestantes de todas las semanas de gestación.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de gestantes que tengan ausencia de datos y/o mal llenados, que impidan el recojo de datos para la investigación.

Muestra

Para la determinación de la muestra se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{Z^2 P \cdot Q + E^2 (N - 1)}$$

Dónde:

N = Población = 200

Z = Nivel de confianza = 1.96

E = Error permitido (margen de error) = (0,05)

p = Probabilidad del éxito = (0,5)

q = Probabilidad de no ocurrencia del evento = (0,5)

Reemplazando la muestra estuvo constituida por 132 historias clínicas de gestantes.

Unidad de Análisis: Historias clínicas de gestantes que se atendieron en Gineco Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia.

1.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Instrumento de Recopilación de Datos

Para la recolección de la información se usó como técnica el **análisis documental** y como instrumento la **ficha de recolección de datos**, mediante el muestreo aleatorio simple donde se asignó un número a cada historia clínica de la población y a través de un medio mecánico (bolas de papel dentro una bolsa), se eligió tantas historias clínicas de acuerdo al número de muestra que está constituida por 132 historias clínicas gestantes que se atendieron en gineco obstetricia.

La ficha de recolección de datos estuvo de la siguiente manera:

I. PARTE: Factores asociados

- 1 Factores Sociodemográficos. (Edad, procedencia, idioma, estado civil, grado de instrucción, ocupación e ingreso económico) 07 ítems.
- 2 Factores Personales. (Antecedentes personales, ganancia de peso, hábitos nocivos) 03 ítems.
- 3 Factores Obstétricos. (número de gestaciones, periodo intergenésico, abortos, atención prenatal, y tipo de término de parto) 05 ítems.

II. PARTE: Morbilidad Materna (enfermedades hemorrágicas, enfermedades infecciosas y enfermedades hipertensivas durante el embarazo) 03 ítems.

1.4. Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo se consideró los siguientes aspectos:

- Se envió un documento al Director del Hospital Víctor Ramos Guardia para hacer de su conocimiento de la realización del presente trabajo de investigación anexando el proyecto a la vez se solicitó la autorización respectiva para la aplicación de encuestas.

- Se coordinó con el jefe responsable de archivos para coordinar fecha y hora de aplicación de la ficha de recolección de datos.

1.5. Validez y confiabilidad de datos

- **Validez**

La validación del instrumento se realizó a través del juicio de expertos, en la que participaron 04 profesionales de Enfermería expertos en el tema y 01 profesional Médico y 01 profesional de Obstetricia, a quienes se les solicitó por escrito su opinión sobre la validez total que comprende: contenido, constructo y criterio referente al instrumento y cuyas recomendaciones se tuvo en cuenta para la elaboración del cuestionario. Mediante el coeficiente de concordancia de Kendal se confirma la validez del instrumento con un valor de $p = 0,042$. (Anexo 3)

- **Confiabilidad**

Se realizó una prueba piloto con 20 historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas en Ginecoobstetricia de ESSALUD-Huaraz, a fin de determinar cualquier dificultad y realizar las correcciones respectivas. Los resultados se sometieron al Análisis Estadístico utilizando el Alfa de Cronbach con un valor de 0,85 por lo que el instrumento del presente estudio es altamente confiable.(Anexo 4)

1.6. Procesamiento y análisis de la información

Con los datos que se recolectaron se confeccionó una base de datos usando el software estadístico SPSS Vss 22.0. Los resultados se presentaron en tablas uni e bidimensionales, en los cuales se buscó la relación de los factores asociados con la morbilidad materna.

La contrastación de Hipótesis, se realizará mediante la prueba Chi cuadrado con un nivel de error menor al 5%, y un nivel de confianza al 95%.

1.7. Protección de los Derechos Humanos de los sujetos en Estudio

Ética de la Investigación

En el presente estudio de investigación se consideró la ética de la investigación científica, se tuvo en cuenta la normatividad nacional e internacional vigente como: la declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO, así como también la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, que fueron promulgadas sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

Esta investigación no cambió la cultura, los hábitos e idiosincrasia de los involucrados.

El bienestar de la persona que participa en esta investigación tuvo primacía sobre todo los demás intereses.

El estudio estuvo sujeto a normas éticas que sirvieron para promover el respeto a todas las gestantes que estuvieron hospitalizadas y para proteger su salud y sus derechos individuales, sin riesgos para ellas que participan en la investigación.

La revisión de las historias clínicas de gestantes que estuvieron hospitalizadas fue autorizada por parte de la autoridad de la institución.

Se consideraron toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que está escrita en cada historia clínica y la confidencialidad de su información personal se cumplió en todo momento de la investigación.

Como investigadora tengo el deber de tener a la disposición del público los resultados de la investigación; publicando los resultados negativos como los positivos en seres humanos y soy responsable de la integridad y exactitud de los informes.

Por lo expuesto, la presente investigación no comprometió la moral y ética de las gestantes, ya que se solicitó autorización para ejecutar el trabajo, informando con todo detalle los procedimientos a seguir durante el desarrollo del estudio, así como los beneficios potenciales que se obtuvieron al finalizar el estudio. De esta manera, la presente tesis se fundamentó en los siguientes principios:

Principio del respeto por el individuo: El respeto de los derechos de las gestantes con la finalidad de salvaguardar la integridad personal; debido a que el deber de la investigadora fue solamente hacia las historias clínicas de gestantes que fueron hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia, existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada hacia el bienestar del sujeto, lo cual siempre fue precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad.

Principio de la privacidad y confidencialidad: Se respetó la privacidad de las gestantes por lo que se tomaron en cuenta los datos personales mediante códigos para no perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones.

Principio de no maleficencia: Se buscó en todo momento no causar daño ni malestar a las gestantes mediante la revisión de sus historias clínicas.

Principio de justicia: Todas las historias clínicas consideradas en el presente estudio tuvieron la misma consideración y respeto, ninguno fue omitido por la raza, edad, ideas, creencias o posición social de las gestantes.

Principio de beneficencia: Se logró el mayor beneficio posible para las madres, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados del presente proyecto de tesis en beneficio de las personas.

El presente trabajo de investigación se basó en un conocimiento cuidadoso del campo científico que fue conducido y manejado por mi persona bajo supervisión de una asesora haciendo uso de los protocolos aprobados, sujeto a una revisión ética independiente, existiendo el compromiso de la publicación responsable de los resultados obtenidos.

III. RESULTADOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA

**Tabla 1. Edad asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-
Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.**

EDAD	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de 18 años	30	22,7	15	11,4	29	22	74	56,1
Mayor de 35 años	26	19,7	9	6,8	23	17,4	58	43,9
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 15,477 \quad g.l= 2 \quad p= 0,025$$

Se observa que el 56,1% de la población son menores de 18 años; el 22,7% (30) padecieron de hemorragias obstétricas; el 11,4% (15) de infecciones y el 22% (29) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,025 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre la edad y la morbilidad materna.

Tabla 2. Procedencia asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

PROCEDENCIA	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Urbana	19	14,4	12	9,1	18	13,6	49	37,1
Rural	37	28	12	9,1	34	25,8	83	62,9
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2 = 7,829 \quad g.l = 2 \quad p = 0,020$$

Se observa que el 62,9% de la población son de procedencia rural; el 28% (37) padecieron de hemorragias obstétricas; el 9,1% (12) de infecciones y el 25,8% (34) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,020 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre la procedencia y la morbilidad materna.

Tabla 3. Idioma asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

IDIOMA	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quechua	9	6,8	7	5,3	16	12,1	32	24,2
Castellano	10	7,6	15	11,4	18	13,6	43	32,6
Ambos	37	28	2	1,5	18	13,6	57	43,2
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 10,269 \quad g.l= 4 \quad p= 0,036$$

Se observa que el 43,2% de la población tienen el idioma tanto quechua y el castellano; el 28% (37) padecieron de hemorragias obstétricas; el 1,5% (2) de infecciones y el 13,6 % (18) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,036 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el idioma y la morbilidad materna.

Tabla 4. Estado civil asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

ESTADO CIVIL	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltera	14	10,6	3	2,3	8	6,1	25	18,9
Casada	22	16,7	3	2,3	12	9,1	37	28
Divorciada	4	3	2	1,5	1	0,8	7	5,3
Viuda	3	2,3	0	0	0	0	3	2,3
Conviviente	13	9,8	16	12,1	31	23,5	60	45,5
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 23,738 \quad g.l= 8 \quad p= 0,003$$

Se observa que el 45,5% de las madres son de estado civil conviviente; el 9,8% (13) padecieron de hemorragias obstétricas; el 12,1% (16) de infecciones y el 23,5% (31) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,003 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el estado civil y la morbilidad materna.

Tabla 5. Grado de instrucción asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	14	10,6	18	13,6	13	9,8	45	34,1
Secundaria	29	22	4	3	9	6,8	42	31,8
Superior	7	5,3	1	0,8	24	18,2	32	24,2
Sin grado de instrucción	6	4,5	1	0,8	6	4,5	13	9,8
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 45,044 \quad g.l= 6 \quad p= 0,001$$

Se observa que el 34,1% de las madres tienen el grado de instrucción el nivel primario; el 10,6% (14) padecieron de hemorragias obstétricas; el 13,6% (18) de infecciones y el 9,8% (13) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,001 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el grado de instrucción y la morbilidad materna.

Tabla 6. Ocupación asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

OCUPACIÓN	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	32	24,2	7	5,3	25	18,9	64	48,5
Comerciante	11	8,3	6	4,5	19	14,4	36	27,3
Empleada	7	5,3	6	4,5	5	3,8	18	13,6
Profesional	6	4,5	5	3,8	3	2,3	14	10,6
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 12,049 \quad g.l= 6 \quad p= 0,041$$

Se observa que el 48,5% de las madres son amas de casa; el 24,2% (32) padecieron de hemorragias obstétricas; el 5,3% (7) de infecciones y el 18,9% (25) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,041 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre la ocupación y la morbilidad materna.

Tabla 7. Ingreso económico familiar asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de s/. 850.00	25	18,9	13	9,8	35	26,5	73	55,3
Mayor de s/. 850.00	31	23,5	11	8,3	17	12,9	59	44,7
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 5,619 \quad g.l= 2 \quad p= 0,040$$

Se observa que el 55,3% de las madres tienen un ingreso menor a los s/. 850.00; el 18,9% (25) padecieron de hemorragias obstétricas; el 9,8% (13) de infecciones y el 26,5% (33) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,040 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el ingreso económico familiar y la morbilidad materna.

FACTORES PERSONALES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA

Tabla 8. Antecedentes de comorbilidad asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

COMORBILIDAD	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diabetes mellitus	0	0	0	0	5	3,8	5	3,8
Hipertensión arterial	0	0	3	2,3	12	9,1	15	11,4
Epilepsia	0	0	1	0,8	2	1,5	3	2,3
Cáncer	0	0	0	0	2	1,5	2	1,5
Ninguno	56	42,4	20	15,2	31	23,5	107	81,1
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 31,104 \quad g.l= 8 \quad p= 0,031$$

Se observa que el 81,1% de las madres no tienen antecedentes personales; el 42,4% (56) padecieron de hemorragias obstétricas; el 15,2% (20) de infecciones y el 23,5% (31) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,031 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre los antecedentes de comorbilidad y la morbilidad materna.

Tabla 09. Hábitos nocivos asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

HABITOS NO CIVOS	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabaco	8	6,1	0	0	1	0,8	9	6,8
Alcohol	14	10,6	0	0	1	0,8	15	11,4
Drogas	3	2,3	0	0	0	0	3	2,3
Ninguno	31	23,5	24	18,2	50	37,9	105	79,5
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 35,269 \quad g.l= 6 \quad p= 0,019$$

Se observa que el 79,5% de las madres no tiene ningún hábito nocivo; el 23,5% (31) padecieron de hemorragias obstétricas; el 18,2% (24) de infecciones y el 37,9% (50) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,019 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre los hábitos nocivos y la morbilidad materna.

FACTORES OBSTERICOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA

Tabla 10. Número de gestaciones asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

NUMERO DE GESTACIONES	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primigesta	25	18,9	15	11,4	28	21,2	68	51,5
Multigesta	31	23,5	9	6,8	24	18,2	64	48,5
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 21,331 \quad g.l= 2 \quad p= 0,012$$

Se observa que el 51,5% de las madres fueron primigestas; el 18,9% (25) padecieron de hemorragias obstétricas; el 11,4% (15) de infecciones y el 21,2% (28) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,012 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el número de gestaciones y la morbilidad materna.

Tabla 11. Periodo intergenésico asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

PERIODO INTERGENESICO	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 año	2	1,5	12	9,1	0	0	14	10,6
2 años	30	22,7	4	3	0	0	34	25,8
3 años a mas	8	6,1	0	0	1	0,8	9	6,8
Ninguno	16	12,1	8	6,1	51	38,6	75	56,8
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 38,116 \quad \text{g.l}= 6 \quad \text{p}= 0,001$$

Se observa que el 56,8% de las madres no tuvieron periodo intergenésico; el 12,1% (16) padecieron de hemorragias obstétricas; el 6,1% (8) de infecciones y el 38,6% (51) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,001 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el periodo intergenésico y la morbilidad materna.

Tabla 12. Número de abortos asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

NÚMERO DE ABORTOS	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 aborto	0	0	0	0	11	8,3	11	8,3
2 abortos	0	0	0	0	14	10,6	14	10,6
Más de 3 abortos	0	0	0	0	4	3	4	3
Ninguno	56	42,4	24	18,2	23	17,4	103	78
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 57,177 \quad g.l= 6 \quad p= 0,028$$

Se observa que el 78% de las madres no tuvieron abortos; el 42,4% (56) padecieron de hemorragias obstétricas; el 18,2% (24) de infecciones y el 17,4% (23) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,028 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el número de abortos y la morbilidad materna.

Tabla 13. Atención prenatal asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

ATENCIÓN PRENATAL	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes de las 12 semanas	0	0	8	6,1	7	5,3	15	11,4
Después de las 12 semana	56	42,4	16	12,1	45	34,1	117	88,6
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$X^2= 18,908$ g.l= 2 p= 0,008

Se observa que el 88,6% de las madres tuvieron su control prenatal después de las 12 semanas; el 42,4% (56) padecieron de Hemorragias obstétricas; el 12,1% (16) de infecciones y el 34,1% (45) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,008 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre la atención prenatal y la morbilidad materna.

Tabla 14. Tipo de parto asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

TIPO DE PARTO	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vaginal	34	25,8	18	13,6	0	0	52	39,4
Cesárea	22	16,7	6	4,5	52	39,4	80	60,6
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 57,206 \quad g.l= 2 \quad p= 0,043$$

Se observa que el 60,6% de las madres se realizaron cesárea; el 16,7% (22) padecieron de hemorragias obstétricas; el 4,5% (6) de infecciones y el 39,4% (52) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,043 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre el tipo de parto y la morbilidad materna.

Tabla 15. Ganancia de peso asociada a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017.

GANANCIA DE PESO	MORBILIDAD MATERNA							
	Hemorragias obstétricas		Infecciones		Enfermedades hipertensivas durante el embarazo		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De 12,5 – 18 kg	7	5,3	0	0	7	5,3	14	10,6
De 11,5 – 16 kg	17	12,9	7	5,3	20	15,2	44	33,3
De 7- 11,5 kg	22	16,7	7	5,3	17	12,9	46	34,8
De 6 kg	10	7,6	10	7,6	8	6,1	28	21,2
TOTAL	56	42,4	24	18,2	52	39,4	132	100

$$X^2= 10,290 \quad g.l= 6 \quad p= 0,013$$

Se observa que el 34,8% de las madres tienen ganancia de peso de 7 – 11,5kg; el 16,7% (22) padecieron de hemorragias obstétricas; el 5,3% (7) de infecciones y el 12,9% (17) de enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,013 al ser menor a 0,05 nos indica que hay asociación entre la ganancia de peso y la morbilidad materna.

1. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- Los resultados del presente trabajo de investigación con respecto al primer objetivo específico: Identificar los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna, en gestantes hospitalizadas, los resultados fueron dados a conocer en la tabla 1 en el que el 56;1% fueron menores de 18 años; tabla 2 el 62.9% tuvo procedencia rural; tabla 3 el 43.2% hablan el idioma tanto quechua y castellano; tabla 4 el 45.5% son convivientes; tabla 5 el 34.1% tiene el grado de instrucción primaria; tabla 6 el 48.5% fueron ama de casa y tabla 7 el 55.3% su ingreso económico fue menor de 850 nuevo soles.

Datos similares con porcentajes menores encontró **Narvaez** (Colombia, 2015) evidenció que el 33.1% de su muestra de estudio tuvo de 20 a 24 años; seguido del grupo de 15 a 19 años con el 28.4% y de 25 a 29 representó el 17.7%. Además **Torres** (Perú, 2015) menciona que el 33.7% de las gestantes tenía extremos de la vida reproductiva; el 13.9% presentaron tan solo un nivel de secundaria incompleta. Refiere con respecto al estado civil que el 79.5% son casadas o convivientes mientras que un 18.9% son de condición soltera. También **Arotoma** (Perú, 2015) evidenció que las edades de 19 años y mayor de 35 años es una característica demográfica que es estadísticamente significativa para ser un factor de riesgo determinante para la aparición de una morbilidad materna. En cuanto al lugar de residencia, las mujeres residen en la zona rural el 25,8% tuvieron morbilidad materna, asimismo en las mujeres procedentes de la zona urbana se observó que el 61.7% no presentaron patologías por lo tanto el lugar de residencia rural es un factor de riesgo asociado para la morbilidad materna. Datos contradictorios encontró acerca del estado civil, menciona que este no es estadísticamente significativo por lo que no es un factor de riesgo determinante.

Donoso (Honduras, 2014) refiere que el embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico

que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre. Además **Selva** (Honduras, 1998) refiere el nivel educativo influye en el poco interés que pone la mujer en el curso y resultado final de la gestación, su capacidad de asimilación es poca y la educación higiénico dietética es pobre.

Por lo mencionado por los diferentes autores nos indica que a menor edad es mayor el riesgo de padecer morbilidad materna, y en cuanto al grado de instrucción a menor grado de instrucción mayor es el padecimiento de una morbilidad materna debido que a la falta de educación las gestantes no se informan adecuadamente. Un amplio espectro de factores sociodemográficos se han asociado con la morbilidad materna.

- Los resultados respecto al segundo objetivo específico: Identificar los factores personales asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas, los resultados fueron dados a conocer en la tabla 8 el 81,1% de las madres no tienen antecedentes de comorbilidad y en la tabla 9 el 79,5% de las madres no tiene ningún hábito nocivo.

Datos contradictorios encontró **Rumbos** (Venezuela, 2016) menciona que el 40.54% presentó hábitos de consumo de café, el 35.14% fumaba más de 4 cigarrillos diarios y el 23.42% tenían hábitos alcohólicos eventualmente y que estos estaban relacionados a las patologías que se presentan durante el embarazo. Además **Fernández** (México, 2009) refiere que existe asociación entre el consumo de tabaco en la gestación con una mayor posibilidad de sufrir aborto espontáneo y rotura prematura de membranas y parto prematuro.

Por lo mencionado por los autores anteriores podemos precisar que los hábitos nocivos son un factor de riesgo muy importante, entendiéndose que a un mínimo o excesivo consumo de alcohol o cigarrillos aumentará el riesgo de padecer alguna enfermedad propia del embarazo

- Los resultados respecto al tercer objeto específico: Identificar los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas, los resultados fueron dados a conocer en la tabla 10 el 51,5% de las madres fueron primigestas; tabla 11 el 56,8% de las madres no tuvieron periodo intergenesico; tabla 12 el 78% de las madres no tuvieron abortos; tabla 13 el 88,6% de las madres tuvieron su control prenatal después de las 12 semanas tabla 14 el 60,6% de las madres se realizaron cesárea y tabla 15 el 34,8% de las gestantes tienen ganancia de peso de 7-11.5 kg.

Datos similares encontró **Narvaez** (Colombia, 2015) mencionó que el 13.6% de las mujeres tuvo un período intergenésico corto, el 49.5% tuvo un período intergenésico ideal y el 36.9% un período intergenésico largo y el promedio de gestaciones fue de 1 a 9. Mencionando que el periodo intergenesico corto es un factor de riesgo para presentar una patología durante el embarazo. Además **Heredia** (Perú, 2015) refiere que el 42.7% fueron primigestas, el 17.3% fue segundigesta y el 40% fueron multigesta; también refiere que el 3.6% fueron nulíparas, el 37.3% primíparas, el 20% secundíparas, el 22.7% múltíparas y el 16.4% fueron gran múltíparas. El 38.2 si presentaron abortos y el 61.8% no lo presentaron, el 48.2% tenían menos de 6 controles prenatales y el 51.8% tenían de 6 a más controles. También **Mejía** (Perú, 2015) encontró que si las gestantes subían menos de 13.5 kg (<de 20 semanas), menos de 11.5 kg (de 20-25 semanas) y menos de 9 kg (> de 25 semanas) tenían un incremento de hacer una complicación. **Sayuri** (Brasil, 2015) refiere que el 43.4% de embarazadas iniciaron el embarazo con un peso adecuado, el 37.1% comenzaron el embarazo con sobrepeso/obesidad la cual finalizó con ganancia excesiva. Siendo esta ganancia excesiva o deficiente ganancia de peso un factor de riesgo de padecer patologías durante el embarazo.

Minjares (México, 2013) refiere que las mujeres que durante el embarazo que tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada,

presentan una mejor evolución gestacional y del parto. Las mujeres con una ganancia gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener hipertensión, diabetes mellitus, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, complicaciones tromboticas, anemia, infecciones urinarias y desordenes en la lactancia.

Por lo mencionado por los autores anteriores podemos precisar que los factores obstétricos como el período intergenésico largo o corto influyen para el riesgo de padecer alguna enfermedad propia del embarazo al igual que las primigestas y multigestas corren riesgo de una morbilidad materna. También se puede precisar que la ganancia de peso es un factor de riesgo muy importante, entendiéndose que a una deficiente o excesiva ganancia de peso el riesgo de padecer alguna enfermedad propia del embarazo estará presente.

2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Los factores sociodemográficos si están asociados en la morbilidad materna, el factor que predominó fue el grado de instrucción primario, a menor grado de instrucción mayor es el riesgo de padecer una morbilidad materna.

- Los factores personales más asociados a la morbilidad materna fue el antecedente referente a los hábitos nocivos. Entendiéndose que a un mínimo o excesivo consumo de alcohol o cigarrillos aumentará el riesgo de padecer alguna enfermedad propia del embarazo.

- Los factores obstétricos si están asociados a la morbilidad materna, el factor que predominó fue el período intergenésico. Entendiéndose que si es largo o corto el periodo, se asociará un riesgo de padecer alguna enfermedad propia del embarazo. Por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Recomendaciones

- Las autoridades del Hospital Víctor Ramos guardia deben promover acciones orientadas a la implementación de estrategias o protocolos adecuados para la atención de la gestante y su adecuado reconocimiento de los factores que producen la morbilidad materna e incorporar actividades de salud pública para la promoción y prevención de la morbilidad materna.
- Realizar más investigaciones sobre la morbilidad materna profundizando más sobre los factores que están asociados para su aparición.
- Los profesionales de enfermería capacitarse constantemente en la salud materna y dominar el idioma quechua, para que puedan ofrecer un cuidado acorde con la realidad de la zona y exigencias en el campo de la salud materna, esto les permitirá adquirir competencias y poder conjuntamente con el equipo de salud brindar una atención de calidad.
- Impartir a los estudiantes del pregrado, conocimientos sobre aspectos relevantes desde los factores sociodemográficos, personales y obstétricos; con el fin de identificar la morbilidad y mortalidad que padecen las gestantes, y mencionarles que deben de dominar el idioma quechua teniendo en cuenta que él o futuros profesionales de enfermería deberán encaminar a la promoción de la salud materna de acuerdo a la realidad de la zona, desde la etapa preconcepcional, con el fin de contribuir a un parto a término e hijos saludables.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Acelas, G. D., & Alarcon, N. M. (2016). *Factores de Riesgo para Morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atencion medica segun la estrategia camino para la supervivencia*. Chile.
- Alvarez, R. L. (2009). *Embarazo, Parto y Puerperio*. Colombia.
- Alvarez, T. M. (2010). *Incidencia de la Morbilidad Materna*. España.
- Anton, G. J. (2016). *La Remuneracion minima en el Peru*. Peru.
- Arias, S. A., Dominguez, T. A., & Soriano, J. O. (2016). *Segmento Uterino y Sanrado*. Ecuador.
- Avila, A. S., Alfaro, D. T., & Olmedo, S. J. (2016). *Segmento Uterino y Sangrado*. Ecuador.
- Bataglia, M. V., Araujo, R. G., & Rojas, D. R. (2006). *Infecciones Puerperales*. Colombia.
- Bembibre, L. C. (2010). *Estado Civil*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/derecho/estadocivil.php>. Revisado 28/01/2017
- Blas, F. H. (2007). *Infeccion del Tracto Urinario Materno*. Colombia.
- Cantaro, A. D. (2005). *Pobresa Urbana y Rural*. Obtenido de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/174>. Revisado 12/12/2016
- Cararach, R. V., & Botet, M. F. (2005). *Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo y sus complicaciones*. Cuba.
- Carrillo, F. J., & Garcia, B. C. (2015). *Comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema en le 2014*. Colombia.
- Castro, E. D., & Sanchez, J. C. (2014). *La edad como factor de Riesgo*. Honduras.
- Cerro, E. L. (2011). *Clasificacion de Placenta Previa*. España.
- DIRESA. (2014). *Morbilidad Materna*. Huaraz.

- Dominguez, L. L., & De Gracia, V. P. (2005). *Periodo Intergenesico en Materno*. Panama.
- Donoso, C. E., & Sanchez, C. J. (2014). *La edad como factor de Riesgo*. Honduras.
- Drife, J. O., & Manson, M. H. (2007). *Toxemia del Embarazo*. Paraguay.
- Dubois, C. A. (2005). *Pobresa Urbana y Rural*. Obtenido de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/174>. revisado 25/02/2017
- Enton, J. B. (2008). *Fisiologia del Utero y del cuello uterino*. Pensilvania.
- Falcon, A. L. (2008). *Factores Socioculturales a considerar en la Interpretacion de Morbilidad*. Honduras.
- Fernandez, J. S. (2012). *Factores Personales y Familiares*. Colombia.
- Fiesco, D. V., & Romero, A. R. (2010). *Aborto*. Colombia.
- Franco, M. C., & Cano, R. F. (1998). *La Salud Reproductiva en el Adolescente*. La Habana.
- Garcia, J. L. (2008). *Habitos y Conductas Saludables*. España.
- Gonzales, J. A. (2016). *La Remuneracion minima en el Peru*. Peru.
- Gonzalez, M. L. (2001). *Embarazo y Aborto*. Bolivia.
- Granados, J. M. (2001). *Tiempo de espera en el primer nivel*. Mexico.
- Gray, E. O. (2011). *Factores Externos o Intrinsecos de la mujer*. Mexico.
- Hernandez, B. F. (2007). *Infeccion del Tracto Urinario Materno*. Colombia.
- Herrea, V. O., & Dominguez, S. F. (2011). *Risgo Reproductivo*. Puerto Rico.
- INEI. (2014). *Instituto Nacional de Estadistica e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES*. Peru.
- INEI. (2015). *Instituto Nacional de Estadistica e Informática. Mortaliada Materna*.
- Jali, O. D., & Manson, H. M. (2007). *Toxemia del Embarazo*. Paraguay.
- Juares, J. P. (2009). *La Edad y el Tiempo*. Argentina.

- Jurado, O. N. (2014). Factores de Riesgo Para la Morbilidad Materna en Gestantes. Colombia.
- LaTorre, G. J. (2008). *Habitos y Conductas Saludables*. España.
- Leon. (2008). Factores Socioculturales a considerar en la Interpretacion de Morbilidad. Honduras.
- Leon, C. B. (2010). *Estado Civil*. Obtenido de <http://www.definicionabc.com/derecho/estadocivil.php>. revisado 25/01/2017
- Leon, L. D., & Gracia, P. V. (2005). Periodo Intergenesico en Materno. Panama.
- Lineamiento Tecnico De Salud. (2002). *Cesarea Segura*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>. Revisado 25/01/2017
- Lito, G. O. (2015). *Definicion de Idioma*. Chile.
- Lopez, D. C. (2011). *Clasificacion de Placenta Previa*. España.
- Lowdermilk, D. L., Perry, J., & Bobak, I. (1998). *Enfermeria Materno Infantil*. España: HarcourtBrace.
- Machado, G. M. (2012). *Morbilidad Materna*. España.
- Maguey, R. P. (2003). Riesgos y Cuidados del Embarazo despues de los 40 años. Mexico.
- Maldonado, G. J. (2001). Tiempo de espera en el primer nivel. Mexico.
- Manson, V. B., Rosales, G. A., & Rolon, J. R. (2006). *Infecciones Puerperales*. Colombia.
- Maroto, M. T. (2013). *Infeccion Puerperal*. España.
- Mejia, C. R. (2015). *Asociacion entre inadecuada ganancia de peso segun habito corporal en gestantes a termino y complicaciones maternas en el Intituto Nacional Materno Perinatal del 2011-2014*. Lima.
- Merlo, L. G. (2001). *Embarazo y Aborto*. Bolivia.

- Minjarez, C. M., & et al. (2013). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Mexico.
- MINSA. (2009). *Ministerio de la Salud. Norma Tecnica de la Salud: Atencion Integral de la Salud Materna. Peru.*
- MINSA. (2012). *Ministerio de la Salud. Norma Tecnica de la Salud: Atencion Integral de Salud Materna. Peru.*
- MINSA. (2009). *Ministerio de la Salud.. Atencion Integral de la Salud Materna. Peru.*
- Montes, V. R. (2010). *Diferencias Ocupacionales. Peru.*
- Morgan, O. F., Muñoz, A. J., Valdez, Q. R., Quevedo, C. E., & Baez, B. J. (2010). Efecto del Intervalo Intergenesico Postaborto en los resultados obstetricos y perinatales. Mexico.
- Narvaez, D. N., & Riaño, R. E. (2015). Determinantes Sociales de la Morbilidad Materna Extrema Junio del 2012-Noviembre2014. Colombia.
- Nieves, M. Z. (2015). *Desprendimiento Prematuro de Placenta. Peru.*
- Odiro, G. E. (2011). *Factores Externos o Intrinsecos de la mujer. Mexico.*
- Olaya, L. G. (2015). *Definicion de Idioma. Chile.*
- OMS. (2010). *Organización Mundial de Salud. Factores de Riesgo.* Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/. Revisado 28/01/2017
- OMS. (2014). *Organización Mundial de la Salud. Causas de Mortalidad Materna.*
- OMS. (2015). *Organización Mundial de Salud. Factores de Riesgo. Mortalidad Materna.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Revisado 28/01/2017
- OMS. (2015). *Organización Mundial de Salud. Factores de Riesgo. Mortalidad Materna. Nota Descriptiva.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. revisado 29/01/2017

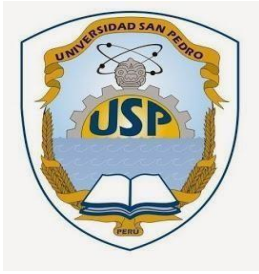
- OMS. (2016). *Organización Mundial de Salud. Factores de Riesgo. . Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.*
- OMS. (2015). *Organización Mundial de Salud. Factores de Riesgo. Mortalidad Materna.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/revisado> 03/03/2017
- Ortiz, F. M., Acosta, J. M., Quevedo, R. V., Castro, E. Q., & Barraza, J. B. (2010). Efecto del Intervalo Intergenesico Postaborto en los resultados obstetricos y perinatales. Mexico.
- Osorio, T. R. (2016). *Preclampsia y Eclampsia.* Obtenido de <http://www.onmeda.es/enfermedades/preclampsia.html>. Revisado 02/02/2017
- Pantaleon, C. Q. (2010). *Atencion al Parto Normal.* Vasco.
- Pedro, M. R. (2014). *Hemorragias Obstetricas.* Bolivia.
- Peñuelas, C. J., Ramirez, Z. M., Gonzales, B. M., Gil, P. J., & Cardenas, A. A. (2014). *Factores Asociados a Mortalidad Materna.* México.
- Quintana, P. C. (2010). *Atencion al Parto Normal.* Vasco.
- Ramoneda, V. C., & Mussons, F. B. (2005). *Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo y sus complicaciones.* Cuba.
- Reyes, A. I., & Aurora, V. A. (2012). *Morbilidad Materna Extrema 2007-2009.* Lima-Perú.
- Rivera, S. P. (2014). *Hemorragias Obstetricas.* Peru.
- Robles, P. M. (2003). *Riesgos y Cuidados del Embarazo despues de los 40 años.* Mexico.
- Rodelgo. (2016). *Preclampsia y Eclampsia.* Obtenido de <http://www.onmeda.es/enfermedades/preclampsia.html>. Revisado 02/02/2017
- Rodriguez, A. J. (2004). *Numero de Integrantes de una Familia.* Peru.

- Rumbos, B. M. (2016). *Habitos toxicos durante el embarazo y resultados perinatales*. Venezuela.
- Salud, L. T. (2002). *Lineamiento Tecnico de Salud. Cesarea Segura*. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>
- Salud, N. T. (2012). *Lineamiento Tecnico de Salud. Atencion Integral de Salud Materna*. Peru.
- Sanchez, F. J. (2012). *Factores Personales y Familiares*. Colombia.
- Sayuri, A. P. (2015). *Estado nutricional y aumento de peso en la mujer embarazada*. Brasil
- Schwartz, R. D. (1998). *Obstetricia*. Francia: El Ateneo.
- Selva, S. L., Prado, R. P., & Ochoa, A. J. (1998). Factores de Riesgo del Bajo Peso al nacer en sitios centrales de Holguin. Honduras: cubAlimentNutr.
- Solorzano, V. L. (2014). Factores de Riesgo Asociado a la Morbilidad Materna extrema en el 2013. Lima-Perú.
- Soni, T. C., Gutierrez, M. A., Santa Rosa, M. F., & Reyes, A. A. (2015). Morbilidad y Mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstetrica. México
- Soto, L. S., Prado, E. R., & Angeles, J. O. (1998). Factores de Riesgo del Bajo Peso al nacer en sitios centrales de Holguin. Honduras: cubAlimentNutr.
- Torres, V. R. (2015). *Factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2012-2014*. Perú.
- Valdespino, F. M., & Fernandez, C. R. (1998). *La Salud Reproductiva en el Adolescente*. La Habana.
- Valdez, R. M. (2010). *Diferencias Ocupacionales*. Peru.
- Vergaray, O. H., & Soto, F. D. (2011). *Risgo Reproductivo*. Puerto Rico.
- Villalba, T. C., & Martinez, S. P. (2014). Morbilidad Materna extrema en 2012-2013. Colombia.
- Zamorano, N. M. (2015). *Desprendimiento Prematuro de Placenta*. Peru.

ANEXOS

INDICE

Tema	Página N
Ficha de Recolección de Datos	I
Oficio de Solicitud a la Institución de Salud	V
Validación de Instrumento	VI
Confiabilidad de Instrumento	IX
Morbilidad Materna	X



ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERIA

Numero de Historia Clínica:

Fecha de Recolección de Datos:

A. FACTORES ASOCIADOS

Factores Socioculturales

- Edad
 - a) Menor de 18 años.
 - b) Mayor de 35 años.
- Procedencia
 - a) Urbano
 - b) Rural
- Idioma.
 - a) Quechua.
 - b) Castellano.
 - c) Ambos.
- Estado Civil
 - a) Madre soltera.
 - b) Casada.
 - c) Divorciada.
 - d) Viuda.
 - e) Conviviente
- Grado de Instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Sin grado de instrucción

- Ocupación.

- a) Ama de casa.
- b) Comerciante.
- c) Empleada.
- d) Profesional

- Ingreso Económico Familiar

- a) Menor de s/. 850.00
- b) Mayor de s/. 850.00.

Factores Personales.

- comorbilidad.

- a) Diabetes.
- b) Hipertensión Arterial.
- c) Epilepsia
- d) Cáncer.
- e) Otras.
- f) Ninguno

- Hábitos Nocivos

- a) Tabaco
- b) Alcohol
- c) Drogas
- d) Ninguno

Factores Obstétricos

- Numero de Gestaciones

- a) Primigesta
- b) Multigesta
- Periodo Intergenesico
 - a) 1 año
 - b) 2 años
 - c) De 3 a más años
 - d) Ninguno
- Abortos
 - a) Ninguno
 - b) 1 aborto
 - c) 2 abortos
 - d) Más de 3 abortos
- Atención Prenatal
 - a) Antes de las 12 semanas
 - b) Después de las 12 semanas
- Tipo de Término de Parto.
 - a) Vaginal.
 - b) Cesárea.
- Ganancia de Peso.
 - a) De 15.5-18 Kg
 - b) De 11.5-15.5 Kg
 - c) De 7.0-11.5 Kg
 - d) 6.0 Kg

B. MORBILIDAD MATERNA

1. Hemorragias Obstétricas

- a) Aborto.

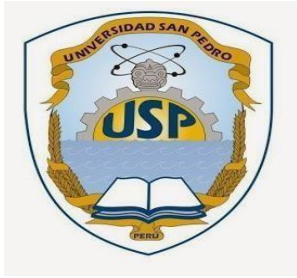
- b) Embarazo Ectópico.
- c) Enfermedad del Trofoblasto.
- d) Placenta Previa.
- e) Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- f) Ninguno.

2. Infecciones

- a) Infección del Tracto Urinario.
- b) Ninguno

3. Enfermedades Hipertensivas durante el Embarazo

- a) Preeclampsia
- b) Eclampsia
- c) Ninguno.



ANEXO N°2

Universidad: San Pedro

Facultad: Ciencias de la Salud

Escuela: Enfermería

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Oficio N° 001-15-02-2017

Dr. Jorge Romero Soriano

Director del Hospital Víctor Ramos Guardia

Asunto: Solicito acceso a las Historias Clínicas de Archivo.

Yo Chico Iguaro Edith Ruth con DNI 47509483, Bachiller de Enfermería me dirijo a usted para solicitarle acceso a la información de las Historias Clínicas del servicio Gineco Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia. Para realizar mi tesis sobre factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia- Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017. Que tiene como objetivo: determinar los factores asociados a la morbilidad materna en estantes hospitalizadas en Gineco Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz.

Para ello se llenará una ficha de Recolección de Datos con la información de las Historias Clínicas.

Solicito acceder a mi petición.

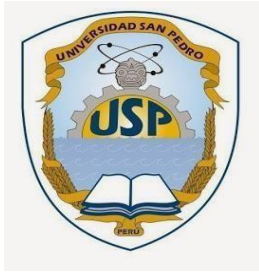
Sin otro en particular, le agradezco su atención y cooperación.

Apellidos y Nombres: Chico Iguaro Edith Ruth

DNI: 47509483

Correo: ruth2099@hotmail.com

Celular: 944224243



ANEXO N°3
UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERIA

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificara con 1 - 0 de acuerdo a su criterio.

LEYENDA

PUNTUACION

D.A de acuerdo

1

A.D en desacuerdo

0

N°	CONCEPTO	PUNTUACION	
1	El instrumento persigue los fines del objetivo general.	1	0
2	El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos.	1	0
3	La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados.	1	0
4	El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto.	1	0
5	Los ítems están redactados correctamente.	1	0

6	Los ítems no despiertan ambigüedades en el encuestado.	1	0
7	El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis.	1	0
8	La hipótesis está formulada correctamente.	1	0

OBSEVACIONES:.....
.....
.....

RESULTADOS:

JUEZ	Ítems 1	Ítems 2	Ítems 3	Ítems 4	Ítems 5	Ítems 6	Ítems 7	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	07
II	1	1	1	1	1	0	1	06
III	1	1	1	1	1	0	1	06
IV	1	1	1	1	1	0	1	06
V	1	1	1	1	1	1	1	07
VI	1	1	1	1	1	1	1	07
TOTAL	6	6	6	6	6	3	6	44

Estos datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 22.0, haciendo uso de la prueba de concordancia de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados:

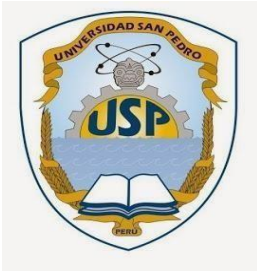
Rangos	Rango promedio
VAR00001	3,87
VAR00002	3,87
VAR00003	3,87
VAR00004	3,88
VAR00005	3,86
VAR00006	3,69
VAR00007	3,68

Estadísticos de contraste

N	6
W de Kendall (a)	4,87
Chi-cuadrado	21,793
gl	5
Valor p	0,042

- **Coefficiente de concordancia de Kendall**

Como el valor de p es menor al 0,05 nos confirma la validez del cuestionario sometido a validación.



ANEXO 4
UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERIA

Coefficiente de confiabilidad alfa de crombach:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

k= Número de Ítems

$\sum S_i^2$ = Suma de las varianza de cada Ítems

S_T^2 = Varianza Total

Obteniéndose los siguientes resultados:

Alfa de Crombach	Número de elementos
0,85	10

Fuente: Salida del Programa Spss.V.22

La confiabilidad es un valor que oscila entre 0 y 1. Se dice que un instrumento tiene alta confiabilidad cuando el resultado de su análisis da un mayor de 0,50. Por lo tanto el valor obtenido fue de 0, 85 el instrumento del presente estudio es altamente confiable.

ANEXO N °5

Tabla 1. Hemorragias Obstétricas

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS	N	%
Abortos	8	6,1
Embarazo ectópico	12	9,1
Enfermedad del trofoblasto	6	4,5
Placenta previa	14	10,6
Desprendimiento prematuro de placenta	16	12,1
TOTAL	56	42,4

Se observa que el 12,1% (16) de madres padecieron desprendimiento prematuro de placenta; el 10,6% (14) de placenta previa; el 9,1% (12) de embarazo ectópico; el 6,1% (8) de abortos y el 4,5% (6) de enfermedad del trofoblasto.

Tabla 2. Infecciones

INFECCIONES	N	%
Infecciones del tracto urinario	24	18,2
TOTAL	24	18,2

Se evidencia que el 18,2% (24) padecieron de infecciones del tracto urinario.

Tabla 3. Enfermedades hipertensivas durante el embarazo

ENFERMEDADES	N	%
HIPERTENSIVAS		
DURANTE EL		
EMBARAZO		
Preeclampsia	43	32,6
Eclampsia	9	6,8
TOTAL	52	39,4

Se evidencia que el 32,6% (24) padecieron de preeclampsia y el 6,8% (9) de eclampsia.