

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Tesis

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y SU RELACIÓN CON LAS
DEMORAS OBSTÉTRICAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA – 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
OCAS BUENO, JIMENA ROXANA**

**ASESORA:
OBSTA. MARÍA YNÉS HUAMANÍ DE TORRES**

**Cajamarca – Perú
2018**

COPYRIGHT © 2018 BY
JIMENA ROXANA OCAS BUENO
Todos los derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

A Dios.

Por haberme dado la vida, guiarme en el buen camino, brindándome fuerzas para no desmayar en los problemas que se presentaban ni desfallecer en el intento, hasta llegar a terminar mi formación profesional.

A mis padres.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, comprensión, valores, motivación constante, para conseguir mis objetivos, pero más que nada, por su amor.

A mi hijo.

El cuál es mi motor para seguir adelante, pues sé que el también seguirá mis pasos.

JIMENA OCAS

SE AGRADECE A

A mí querida Universidad Nacional de Cajamarca y Escuela Académico Profesional de Obstetricia por acogerme durante mi formación profesional.

Gracias a mis queridos maestros y en especial a la Obst. María Ynés Huamaní Medina por sus conocimientos impartidos, paciencia, simpatía, comprensión y disciplina para realizar esta tesis.

Gracias a mi amiga, Lucerito Sánchez por su cariño y apoyo constante para seguir adelante, en la elaboración de esta tesis.

JIMENA OCAS

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Contenido.....	iv
Lista de ilustraciones	v
Abreviaturas.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	6
1.3 Objetivos.....	6
1.4 Justificación de la investigación.....	6
Capítulo II.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Hipótesis.....	22
2.4 Variables.....	23
2.4.1 Conceptualización y operacionalización de variables.....	23
Capítulo III.....	24
3.1 Diseño y tipo de estudio.....	24
3.2 Área de estudio y población.....	24
3.3 Muestra y muestreo.....	25
3.4 Unidad de análisis.....	26
3.5 Criterios de inclusión y exclusión.....	26
3.6 Técnicas de recolección de datos.....	26
3.7 Descripción del instrumento.....	27
3.8 Procesamiento y análisis de datos.....	28
3.9 Principios Éticos.....	29
Capítulo IV.....	30
4.1 Resultados, análisis y discusión de la investigación.....	30
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Anexos.....	51

LISTA DE ILUSTRACIONES

1. LISTA DE TABLAS

- **Tabla 01.** Morbilidad materna y morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017.
- **Tabla 02.** Características de las pacientes con morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Agosto-setiembre 2017.
- **Tabla 03.** Morbilidad materna extrema según enfermedad específica.
- **Tabla 04.** Morbilidad materna extrema según falla orgánica.
- **Tabla 05.** Morbilidad materna extrema según manejo instaurado en la paciente.
- **Tabla 06.** Demora tipo I y su relación con el tipo de morbilidad materna.
- **Tabla 07.** Demora tipo II y su relación con el tipo de morbilidad materna.
- **Tabla 08.** Demora tipo III y su relación con el tipo de morbilidad materna.
- **Tabla 09.** Demora tipo IV y su relación con el tipo de morbilidad materna.

2. LISTA DE ANEXOS

- **Anexo 01.** Ficha de recolección de datos.
- **Anexo 02.** Consentimiento Informado.

LISTA DE ABREVIATURAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS:** Organización Panamericana de Salud.
- **ASIS:** Análisis de Situación de Salud.
- **MME:** Morbilidad Materna Extrema.
- **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.
- **HELLP:** hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia.
- **FLASOG:** Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.
- **PES:** preeclampsia severa.
- **PAS:** Presión Arterial Sistólica.
- **TAS:** Tensión Arterial Sistólica.
- **CID:** Coagulación Intravascular Diseminada.
- **TAD:** Tensión Arterial Diastólica.
- **AST:** Aspartato aminotransferasa.
- **ALT:** Alanina aminotransferasa.
- **LDH:** Lactato Deshidrogenasa.
- **TTP:** Tiempo de tromboplastina parcial.
- **TP:** Tiempo de protrombina.
- **INR:** Ratio Internacional Normalizada.

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017.

Metodología: el diseño es no experimental, transversal, descriptivo, correlacional y prospectiva. Se estudió a 122 pacientes que presentaron morbilidad materna y morbilidad materna extrema durante agosto y setiembre – 2017. Se realizó muestreo aleatorio simple.

Resultados: la prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Las características que presentaron son: edad de 20 a 35 años, procedencia rural, educación básica (primaria y secundaria), convivientes e ingreso económico bajo. Según criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema; la causa más resaltante en el criterio enfermedad específica es para PES – eclampsia. Según falla orgánica presentaron cuatro fallas (falla vascular + renal + coagulación + hepática), y en el manejo instaurado de la paciente el mayor número de casos es admisión a UCI. La relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras son: existe relación significativa entre la demora tipo I y la morbilidad materna extrema. Existe relación significativa entre la demora tipo II y la morbilidad materna extrema (excepto si comunico sobre su estado de salud). Demoro en llegar al establecimiento y la existencia de carreteras, de la demora tipo III tienen relación significativa con la morbilidad materna extrema. Personal que brindó la atención de la demora tipo IV presenta relación significativa con la morbilidad materna extrema.

Conclusiones: Existe relación significativa entre las demoras obstétricas y la morbilidad materna extrema.

Palabras clave: Morbilidad materna, morbilidad materna extrema, demoras obstétricas, falla orgánica, enfermedad específica.

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between extreme maternal morbidity and the obstetric delays of patients attended in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca 2017.

Methodology: the design is non-experimental, transversal, descriptive, correlational and prospective. We studied 122 patients who presented maternal morbidity and extreme maternal morbidity during August and September - 2017. Simple random sampling was performed.

Results: the prevalence of extreme maternal morbidity is 1 to 4 in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca. The characteristics that presented are: age from 20 to 35 years, rural origin, basic education (primary and secondary), cohabitants and low economic income. According to inclusion criteria of extreme maternal morbidity: the most prominent cause in the specific disease criterion is for PES - eclampsia. According to organic failure, they presented four faults (vascular + renal + coagulation + hepatic failure), and in the management of the patient, the greatest number of cases is admission to the ICU. The relationship between extreme maternal morbidity and delays is: there is a significant relationship between type I delay and extreme maternal morbidity. There is a significant relationship between type II delay and extreme maternal morbidity (except if I communicate about their state of health). Demoro in arriving to the establishment and the existence of roads, of the type III delay have a significant relationship with extreme maternal morbidity. Staff who provided attention to type IV delay presented a significant relationship with extreme maternal morbidity.

Conclusions: There is a significant relationship between obstetric delays and extreme maternal morbidity.

Keywords: Maternal morbidity, extreme maternal morbidity, obstetric delays, organic failure, specific disease.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado natural en la vida de todas las mujeres, pero no todos los embarazos tienen la probabilidad de presentar algunas complicaciones, en los casos que se producen estas complicaciones, generalmente son condiciones que no amenazan la vida; sin embargo existen condiciones que amenazan potencialmente la vida de la gestante, llevándolas hasta la muerte. Todas aquellas mujeres que sobrevivieron, están consideradas en el grupo de morbilidad materna extrema (MME).

La morbilidad materna extrema es definida como la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, un establecimiento de referencia para la atención prioritaria de las complicaciones más severas de las gestantes y puérperas, actualmente no hay un estudio epidemiológico sobre la morbilidad materna extrema, reportándose únicamente casos de morbilidad materna. Las causas asociadas a la morbilidad materna extrema, han sido en primer lugar la preeclampsia severa/eclampsia, seguida por las hemorragias.

Son diversos los factores de riesgo que intervienen para que una mujer gestante o puérpera enferme gravemente poniendo en riesgo su salud y en ocasiones puedan ocasionar hasta la muerte, dentro de ellos tenemos factores sociales, económicos, geográficos y los del sistema de salud. Últimamente uno de los factores que frecuentemente se reporta como responsable de las pacientes con MME son los retrasos y demoras que las mujeres enfrentan para llegar a una atención segura. Díaz (2015) señala que una de estas dificultades es la demora tipo I; que es considerada como la falta de conocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad sobre los signos y síntomas o señales de peligro en el embarazo parto y puerperio.

Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no permite asumir su derecho y tomar decisión por si misma; sino que esta deba ser decidida por

terceras personas (demora tipo II). La falta vías de comunicación, recursos económicos y de transporte (demora tipo III), la mujer puede vencer estas barreras, pero la atención institucional muchas veces puede ser deficiente e inoportuna, falta de competencia de los proveedores, falta de insumos, contribuyen a la demora tipo IV.

Es por ello que en presente trabajo de investigación consta de cuatro capítulos que son:

- Capítulo I: Problema de la investigación (planteamiento, formulación, objetivos, justificación del problema)
- Capítulo II: Marco teórico (antecedentes internacionales y nacionales, bases teóricas, hipótesis, variables operacionalización de variables).
- Capítulo III: Metodología (diseño metodológico, tipo de estudio, área y población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, técnica de recolección de datos, descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos.
- Capítulo IV: Resultados de investigación (tablas, interpretación, análisis y discusión)

Y por último se presentan las conclusiones, recomendaciones de la investigación, anexos y bibliografía.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un estado natural en la vida de todas las mujeres, sin embargo, puede acompañarse de complicaciones, algunas veces asociadas a procesos inadecuados que pueden llevar a muerte materna o discapacidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 15% de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para esto la OMS adoptó la definición de morbilidad materna extrema para aquellos casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto y puerperio (1).

Asimismo, la OMS estima que la morbilidad materna es un evento que ocurre con mayor frecuencia en relación con las muertes maternas, lo que permite un análisis sobre un número mayor de casos, los cambios en la fisiología de la mujer gestante ante un agente lesivo integran un proceso continuo que parte del embarazo normal y se desplaza hacia eventos de morbilidad cada vez más grave hasta la muerte, si no se interviene (2). El Informe de la secretaria de la OMS, refiere que cada año quedan embarazadas 210 000 000 mujeres, de ellas 8 000 000 padecen complicaciones potencialmente mortales relacionadas con el embarazo, en muchos casos provocan enfermedades y discapacidad prolongadas (3).

El Instituto Nacional de Salud de Colombia señala que la experiencia sobre morbilidad materna extrema (MME) es muy poca, centrándose principalmente en Europa Occidental y África del Sur. La tasa de MME es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varía de 4,9% en América Latina a 5,1% en Asia y

14,9% en África, mientras que los estudios realizados en países de altos ingresos las tasas varían de 0,8% en Europa y 1,4% en América del Norte. Sin embargo, en México se encontró una razón de 31,9 por mil nacidos vivos, en Colombia hubo un total de 10 499 casos. En La Paz, Bolivia la razón es de 50 por mil nacidos vivos, las hemorragias y los trastornos hipertensivos son las principales causas (3,4).

En Perú, la razón de MME es de 9,43 por mil nacimientos, con un índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4%, la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante, seguida por la hemorragia puerperal. Los factores de riesgo identificados estuvieron relacionados con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado (3).

Al realizar la revisión bibliográfica en nuestra región, no se ha encontrado estudios al respecto. Sin embargo, según el reporte del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la región para el año 2014 se presentó 1625 gestantes y/o puérperas, de estas referidas has sido un total de 355, un equivalente al 20% de pacientes con morbilidad. En el año 2015 se han identificado mayor número de riesgos en las madres gestantes, por lo que se ha logrado evitar muertes maternas de las 3150 referencias de gestantes 775 fueron pacientes con morbilidad (5). La morbilidad materna en el Hospital Regional de Cajamarca es elevada se presentaron más de 3712 casos durante el año 2016, dentro de ellas 31,8% de los casos son hemorragias, seguido del 21% son de hipertensión inducida por la gestación, 2,5% casos de HELLP, 2,5% casos de pacientes en UCI que son muertes evitadas (pacientes con MME), 1,5% en sepsis (6).

Son diversos los factores de riesgo que intervienen para que una mujer gestante o puérpera enferme gravemente poniendo en riesgo su salud y en ocasiones puedan ocasionar hasta la muerte, dentro de ellos tenemos factores sociales, económicos, geográficos y los del sistema de salud. Últimamente, uno de los factores que frecuentemente se reporta como responsable de las pacientes con MME son los retrasos y demoras, que son barreras que enfrentan las mujeres para llegar a una atención segura. Díaz (2015) señala que una de estas dificultades es la demora tipo I; que es considerada como la falta de conocimiento que tienen las

mujeres, familias y comunidad sobre los signos y síntomas o señales de peligro en el embarazo parto y puerperio (7).

Aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no permite asumir su derecho y tomar decisión por si misma; sino que va ser decidida por la pareja o familiar cercano (padres, suegros, entre otros) esto es conocido como la demora tipo II. Existen también limitantes como la economía, la falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud, tiempo que emplea para llegar al establecimiento, demora tipo III, la mujer puede vencer estas barreras, pero suele ocurrir que la atención institucional sea deficiente e inoportuna, falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de los proveedores, falta de insumos, equipo adecuado, esto es conocida como demora tipo IV (7,8).

Los signos y síntomas de alarma en el embarazo según la organización mundial de la salud son los que van a indicar que la salud de la madre y el producto están en peligro (2). Estudiar la morbilidad materna extrema es importante ya que se sabe que el 40% de embarazadas desarrollan alguna complicación del embarazo, el 15% manifiesta complicaciones potencialmente mortales y el 1-2% mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio (1). Las mujeres que sufren de efectos adversos graves durante el embarazo comparten tanto enfermedades como factores circunstanciales. Algunas finalmente fallecen mientras que otras logran sobrevivir y es de estas últimas de las cuales se puede aprender más sobre la situación del cuidado materno en los establecimientos de salud.

La morbilidad materna extrema es elevada en Cajamarca la cual está relacionada con las cuatro demoras obstétricas, indicando que la mayoría de las mujeres presentan dificultades desde el momento que no pueden reconocer el problema que presentan, además demorando en tomar la decisión para acudir a un puesto de salud, la accesibilidad de este y mucho más la calidad de atención. Las mujeres del departamento de Cajamarca presentan una realidad donde la mayoría pertenece a un grupo etario donde presentan una misma edad, viviendo en una zona rural, una educación básica, bajos ingresos económicos y mucho más son convivientes, estas características sociales van a influenciar mucho más para que esta mujer enferme gravemente e incluso pueda llegar a morir.

Frente a la problemática expuesta se formula el siguiente problema.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la Morbilidad Materna Externa y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la relación entre la morbilidad materna y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar la prevalencia de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- b. Caracterización de las pacientes con morbilidad materna extrema.
- c. Identificar la morbilidad materna extrema según criterio de inclusión.
- d. Identificar la relación entre la morbilidad materna extrema y demora tipo I, II, III, IV

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La maternidad se define como el acontecimiento más importante en la vida de una mujer, pero también uno de los más peligrosos si las condiciones sociales, culturales, económicas, sanitarias y del apoyo relacionado con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas. La morbilidad y mortalidad materna no es un asunto del ministerio de salud, las muertes maternas tienen que ver con nuestra realidad que son; la pobreza, la desigualdad de género, la falta de educación e información, el desempleo, las prácticas culturales, falta de acceso de caminos para el transporte, la distancia, acceso a un puesto de salud o la inexistencia de servicios adecuados son retrasos que van a influir de manera muy resaltante en la vida de la mujer.

Considerando que en la actualidad, en la región Cajamarca no se han realizados muchos trabajos de investigación que permitan determinar si existe relación entre

la morbilidad materna y los retrasos o demoras obstétricas. Asimismo es importante resaltar que no existe una vigilancia epidemiológica sobre morbilidad materna extrema, enfocándose solamente en las muertes maternas y no en las mujeres sobrevivientes. En el Hospital Regional Docente de Cajamarca la morbilidad materna es muy elevada, se presentaron 3712 casos durante el año 2016 (6). Es importante saber que muchas gestantes y puérperas llegan a presentar un estado de morbilidad materna extrema debido al poco conocimiento sobre las señales de alarma, y al momento de presentarlas no saben qué actitud tomar frente a ello, esto ocasiona que las complicaciones se agraven debido al tiempo transcurrido que pasa, lo cual reduce drásticamente las posibilidades de que éstas salven, por eso se ha creído conveniente realizar el presente trabajo de investigación para conocer si existe una relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas.

El presente trabajo de investigación es importante porque está abarca todas las mujeres sobrevivientes pues tiene como finalidad investigar que barreras tuvo que vencer la paciente desde la aparición de las primeras señales de alarma hasta su atención en un establecimiento de salud o cuál de las demoras que presentó género que se complicara aún más su estado de salud, consigo saber qué características en común presentaban aquellas mujeres sobrevivientes. Es mucho más fácil trabajar con una mujer sobreviviente pues la información va hacer directa en cambio sí se estuviera dirigido a muertes maternas la información va ser dada por terceros la cual puede estar cierta o no, adulterando los resultados.

Los resultados del presente estudio servirán como base y bibliografía para la elaboración de estrategias y propuestas de intervención relacionadas con los retrasos o demoras obstétricas, con ello contribuir para la disminución de la morbilidad materna extrema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.2.1 Internacionales

González O.L (Colombia, 2012). En su investigación tuvo como objetivo establecer si la morbilidad materna extrema se asocia con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos, cuyos resultados indicaron que las pacientes tenían una edad entre 20 y 34 años, educación secundaria, ingreso económico bajo. Las principales complicaciones fueron preeclamsia grave (61%), seguido por la hemorragia. En referencia a las demoras o retrasos el 54,4% de todas las mujeres presento el retraso tipo 3, en su gran mayoría (69,3%) obedeció a tratamientos médicos calificados como inadecuados, seguido por el retraso tipo II, en la decisión de buscar atención, 32,0% (9).

Rodríguez A.E. (México, 2012). En su trabajo de investigación tuvo como objetivo describir las principales demoras o retrasos en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en 6 municipios del sur de Yucatán, México. Cuyos resultados indican que las mujeres tenían entre 20 y 34 años de edad, muy baja escolaridad. El retraso tipo 3 se presentó en un 53%, seguido por el primer retraso. Las causas que llevaron al primer retraso fueron la falta de conocimiento de las señales de alarma y desconocimiento de sus derechos, para el segundo retraso las causas fueron las malas experiencias con los servicios de salud, dificultad económica para transportarse. Y las causas para el tercer retraso fueron tratamiento inadecuado e inoportuno, aumento en el tiempo de espera (10).

Carrillo F.J. (Colombia, 2014). En su trabajo de investigación tuvo como objetivo describir el comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema. Cuyos resultados obtenidos indican la prevalencia de morbilidad materna extrema de 1 a 2, con una edad entre 20 a 34 años, procedencia rural, bajos recursos y cursaban el nivel de secundaria. Se analizaron los criterios de inclusión, por enfermedad específica, encontrando como primera causa la eclampsia (22,38%), seguida de choque hipovolémico. El 71,7% de las gestantes presentó entre uno y dos criterios de inclusión para Morbilidad Materna Extrema y el 28% restante tres criterios. El 46% presentaron falla vascular. Según el manejo específico el ingreso a UCI fue la primera causa (49.6%), seguido por la transfusión. La histerectomía fue la cirugía más frecuente (11).

Palma S.M. (México, 2014), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar las causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas. Las principales causas de la primera demora fueron: la falta de decisión en buscar ayuda al momento de la complicación (79%) y no reconocer los signos de alarma de la complicación (82,1%). La segunda demora se debió, principalmente, a la falta de transporte (92,3%) al momento del traslado a otro hospital. La tercera demora se relacionó con la baja calidad del cuidado en los servicios de salud (63%) (12).

2.1.2 Nacionales

Ramírez M.V. (La Libertad 2012). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar los retrasos que predominan en los casos de muerte materna directa en los hospitales de tercer nivel. Los resultados indican que la demora que predomina es la segunda, que se refiere a la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención, con una frecuencia de 64,42%, seguida por la primera demora que se refiere al reconocimiento del problema (7).

Reyes A.I. (Lima, 2012), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo caracterizar la morbilidad materna extrema. Cuyos resultados indican que la morbilidad materna extrema estuvo relacionada con una edad de 20 a 35 años, nivel educativo bajo. Según el criterio enfermedad específica, la primera causa es el Shock hipovolémico, seguido por el shock séptico. Según falla orgánica la más común fue la coagulación, seguida por daño renal y hepática. Para el tercer criterio

las transfusiones presentaron el mayor porcentaje seguido por la cirugía adicional. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (tipo IV) fueron los que más se asociaron (58,3%), seguido por el tipo II (45,6%) (13).

Payajo VJ. (Lima, 2014). En su trabajo de investigación tuvo como objetivo caracterizar la morbilidad Materna extrema en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Los resultados mostraron que la morbilidad materna extrema (MME) afectó a 1,33%, encontrándose relacionada a la edad materna entre los 18 y 35 años, grado de instrucción secundaria, convivientes. El choque hipovolémico (64%) es el parámetro que se encuentra con mayor frecuencia. Hubo falla multiorgánica en 26,83%, dentro de la falla más frecuente la de coagulación seguida por la hepática. Las transfusiones fueron la primera causa según el manejo de la paciente (39,02%) seguido por ingreso a UCI y por último la cirugía (14).

Colachahua B.M. (Lima, 2015), en su trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con Morbilidad Materna Extrema. Cuyos resultados indican que las pacientes tenían entre 20 a 35 años (48,3%), grado de instrucción secundaria (73,3%). Las causas de morbilidad materna extrema: Preeclampsia - Síndrome de Hellp (45%), Sepsis (21,6%), Hemorragia (15%). El nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%) (15).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Morbilidad materna extrema: antecedentes históricos

Stones, en 1991, fue el primero en usar el término de «morbilidad materna extrema» para definir una categoría de morbilidad que abarca a aquellos casos en los cuales se presentan eventos que potencialmente amenazan la vida de la gestante, proponiendo su estudio para la evaluación de la calidad del cuidado obstétrico a nivel hospitalario o a nivel poblacional en áreas de baja mortalidad materna en el Reino Unido (16).

El uso de términos como «complicaciones que amenazan la vida», «morbilidad materna severa» y «morbilidad materna extrema» son a menudo intercambiados, generando confusión. Es necesario entender que un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o una complicación que amenaza la vida de la gestante. En esta última condición, las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir. Aquellas gestantes que sobreviven a una complicación que amenazaba su vida son consideradas como casos de morbilidad extrema (17).

Desde el año 2006 la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) con el apoyo de Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha promovido la vigilancia de los eventos que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante en América, para lo cual estimuló reuniones de consenso que permitieron establecer la denominación del evento como “Morbilidad Materna Extrema” y concertar los criterios para la identificación de casos. Los Comités de Mortalidad Materna y Derecho Sexual y Reproductivo de FLASOG deciden analizar el problema de Mortalidad Materna en la región mediante diversos talleres en los países de Bolivia, Guatemala, Santo Domingo y Perú (16).

2.2.2 Morbilidad materna extrema

Morbilidad materna extrema son todos aquellos casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación severa que ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio (4).

Para la FLASOG la morbilidad materna extrema presenta tres criterios de inclusión.

2.2.2.1 Criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema

La definición de morbilidad materna extrema más aceptada para la identificación de casos define tres categorías de acuerdo con el criterio utilizado para clasificar a las pacientes (4,17):

- Criterios relacionados con la enfermedad específica (preeclampsia severa-eclampsia, choque hipovolémico, choque séptico).
- Criterios relacionados con falla o disfunción de órgano y sistemas (vascular, coagulación, renal, hepático, respiratoria y cerebral).
- Criterios relacionados con el manejo instaurado a la paciente: admisión a Unidad de Cuidados Intensivos, histerectomía postparto o postcesárea y transfusiones (de tres a más unidades de cualquier derivado sanguíneo).

2.2.2.1.1 Relacionado con enfermedad específica

- a. *Preeclampsia severa*: es la presencia de preeclampsia mas la presencia de:
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg o incremento de la presión sistólica en 60 mm Hg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mm Hg o más (en relación a la basal).
 - Proteinuria igual o mayor de 5 gr/L. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
 - Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
 - Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl).
 - Edema pulmonar.
 - Disfunción hepática (aumento de transaminasas al doble de su concentración).
 - Trastorno de la coagulación (trombocitopenia).
 - Elevación de creatinina sérica
 - Ascitis (18).
- b. *Eclampsia*: presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia, sin historia previa de epilepsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos identificados (18).
- c. *Choque séptico*: estado de hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica (4,17).

Infección documentada o sospecha de infección: Que cumple con dos de los siguientes criterios (4,17):

- Temperatura > 38,3 °C ó < 36 °C.
- Frecuencia cardíaca > 90 lat/min.

- Frecuencia respiratoria > 20/min.
- Presión arterial sistólica (PAS) < 90 mm Hg, PAM < 70 mm Hg o una disminución de la PAS > 40 mm Hg.

Y se acompaña de cualquiera de los siguientes criterios

- Recuento de glóbulos blancos > 12,000 μ L o < 4.000 μ L o con más del 10% de formas inmaduras.
- Anomalías en la coagulación (INR > 1,5 o PTT > 60 s).
- Proteína C reactiva en plasma doble de valor normal.
- Trombocitopenia (recuento de plaquetas < 100,000 μ L).
- Hiperbilirrubinemia (bilirrubina total en plasma > 4mg/dL o 70 μ mol/L).
- Hiperlactatemia (> 1 mmol/L).
- Reducción en llenado capilar o moteado.
- Procalcitonina en plasma superior a dos desviaciones estándar por encima del valor normal.
- Hipoxemia arterial (Pao₂/FIO₂ < 300).
- Oliguria aguda (diuresis < 0,5 ml/kg/h durante al menos 2 horas).
- Aumento de creatinina > 0,5mg/dL.
- Glucosa en plasma > 140 mg/dL.
- Estado mental alterado.
- Edema generalizado.
- Íleo paralítico (18).

d. *Choque hipovolémico*: estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado (18).

- Pérdida sanguínea de origen obstétrico con pérdida de un 25% de la volemia.
- Pérdida mayor de 150 mL / min o 1000 mL o más.
- Presencia de cambios hemodinámicos (TAS \leq 90 o TAD \leq 50)
- Caída de hematocrito mayor de 10 puntos (18).

2.2.2.1.2 Relacionada con falla orgánica:

- *Cardíaca:* Paro cardíaco; edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos, soporte inotrópico, vasopresor y/o vasodilatador (17).
- *Vascular:* Ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque de cualquier etiología (séptico o hipovolémico) Se manifiesta en general, por presión arterial $3,5 \text{ L /min.m}^2$, llenado capilar disminuido >2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo TAS > 160 ó TAD > 110 persistente por más de 20 minutos (17).

Hipovolemia secundaria a hemorragia (presión arterial $3,5 \text{ L /min.m}^2$, llenado capilar disminuido > 2 segundos, necesidad de soporte vasoactivo TAS >160 o TAD > 110 persistente por más de 20 minutos). Se considerará también como falla vascular aquellos casos donde la TAS sea $> 160\text{mm Hg}$ o TAD $> 110 \text{ mm Hg}$ persistente por más de 20 minutos (17).

- *Renal:* Deterioro agudo de la función renal, documentada por incremento de la creatinina basal de un 50% en 24 horas o elevación de la creatinina sérica por encima de $1,2 \text{ mg/dl}$, oliguria ($<0.5 \text{ cc/Kg/hora}$) que no responde al reemplazo adecuado de líquidos y diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido básico (4,17).
- *Hepática:* Alteración de la función hepática, que se documenta con ictericia de piel y escleras o bilirrubina total mayor de $3,0 \text{ mg/dl}$, elevación de valores de transaminasas a niveles moderadamente elevados: AST y ALT mayor de 70 UI/L o elevación de LDH $\geq 600 \text{ UI/L}$ (4,17).
- *Metabólica:* aquella que corresponde a comorbilidades como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia $>200\text{mmol/L}$, hiperglicemia $> 240 \text{ mg/dl}$, sin necesidad de padecer diabetes (4,17).
- *Cerebral:* coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización, lesiones hemorrágicas o isquémicas (4,17).

- *Respiratoria*: Síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio invasivo o no (4).
- *Coagulación*: Criterios de CID, trombocitopenia (<100000 plaquetas) o evidencia de hemólisis (LDH > 600) (4,17).

2.2.2.1.3 Relacionada con el manejo instaurado a la paciente

- Necesidad de transfusión: Indicación de transfusión de tres o más unidades de cualquier componente sanguíneo ante evento agudo (17).
- Necesidad de la admisión en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Indicación para ingreso a UCI, diferente al indicado para estabilización hemodinámica electiva (17).
- Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia: Procedimientos diferentes a legrado, parto o cesárea, practicados para el manejo de una complicación obstétrica o de alguna condición que se genera como consecuencia de un compromiso grave de la gestante (17).

2.2.3 Demoras o retrasos en la atención obstétrica

2.2.3.1 Según *Deborah Maine*, Universidad de Columbia, junto a la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en su publicación “Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia” describe “Las tres demoras” (19).

- **La demora tipo 1**: evalúa los conocimientos de las comunidades que puedan influir en el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar ayuda. La demora o retraso 1 es desglosada en dos y se evalúa con las preguntas (19):

- ¿Reconoció la paciente el problema con prontitud?
- ¿Cuándo reconoció el problema?
- ¿Tomó la decisión de solicitar atención médica?

- **Demora tipo 2:** ¿Hubo demoras para lograr la atención una vez decidió solicitarla? La accesibilidad a los servicios de salud es el factor que influenciará este retraso (19).
 - Inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público.
 - Falta de estructura vial y de comunicaciones.
 - Factores económicos que dificultan el traslado.
- **Demora tipo 3:** una vez que la paciente logró tener acceso a los servicios de salud, ¿obtuvo una atención de calidad? (19).
 - Dificultades administrativas para acceder al servicio.
 - Tratamientos médicos inadecuados e inoportunos. .

No identificación adecuada del riesgo.

- Personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención del caso.
- Falta de protocolos de atención o incumplimiento de los mismos.
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, entre otros.
- Atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente.
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros) (19).

2.2.3.2 Según *“Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva y Camino para la supervivencia ruta hacia la vida”*, lo divide en cuatro tipos de demoras (20,21).

- **Primera demora:** se produce por: “el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio.” (20,21).
- **Segunda demora** Se produce cuando, “aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma; sino que ésta deba ser decidida por su pareja o familiar cercano (padres, suegros, comadrona, entre otros)” (20, 21).

- **Tercera demora:** “Se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud” (20,21).
- **Cuarta demora:** Se refiere a la producida por: “una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes) de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado” (20, 21).

La autora ha preferido el modelo de “Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva y Camino para la supervivencia ruta hacia la vida”, porque le parece más práctico para realizar el análisis.

2.2.4 Demora obstétrica TIPO I. Reconocimiento del problema.

- Desconocimiento del problema que se convierte en una barrera para que la gestante pueda acceder con oportunidad al servicio.
- Desconocimiento del problema de manera individual o familiar.
- Desconocimiento del problema con prontitud.
- Desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación; signos y síntomas de peligro o alarma.
- Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. por ejemplo, las pacientes no saben que tienen derecho a recibir atención y exámenes prenatales sin ningún costo, el acceso gratuito al seguro integral de salud y planificación familiar (22).

2.2.5 Demora obstétrica TIPO II. Toma de decisión.

- Se presentan inconvenientes familiares, culturales, económicos, geográficos que impidieron a la gestante tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica.
- Los factores culturales influyen, existen lugares donde la mujer no es valorada y no son respetadas. Este estatus de la mujer y su autonomía también pueden afectar la decisión de pedir ayuda, en algunas comunidades las mujeres no pueden tomar por sí solas la decisión de acudir a un centro de salud.

- Experiencias negativas de la gestante en los servicios de salud que le impidieron tomar la decisión de solicitar atención (22).

2.2.6 Demora obstétrica TIPO III. El acceso a la atención oportuna “accesibilidad”.

- Inaccesibilidad geográfica o por orden público.
- Falta de estructura vial y de comunicaciones.
- Factores económicos que dificultaban el traslado.
- No hubo el acceso a la atención en salud a que se exigió el pago por algún servicio.
- No disponibilidad de ambulancia para el traslado (22).

2.2.7 Demora tipo IV. La calidad de la atención médica (deficiencias de los servicios de salud).

- Demora en atenderla en el establecimiento de salud
- Calidad de la atención prenatal en cuanto a identificación del riesgo
- Personal suficiente y capacitado para la atención a la paciente.
- Deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.
- Falta de oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Atención en instituciones de salud no acordes con la gravedad del cuadro clínico de la paciente.
- Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros) (22).

2.2.8 Signos o síntomas de peligro en el embarazo.

Según la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción están en peligro (2).

Los signos y síntomas o señales de peligro en el embarazo serán considerados todos aquellos que están presentes en el carnet perinatal.

- **Fiebre o escalofríos:** el embarazo en la mujer es fisiológico por lo que no causa fiebre. Las gestantes están predispuestas a enfermedades infecciosas, y alguna de estas enfermedades pueden llegar a ser peligrosas tanto para la madre como para el feto, hay estudios que reportan un riesgo mayor de malformaciones en el tubo neural en bebés de mujeres que presentaron fiebres altas y persistentes las cuales pudieron haber sido provocadas por alguna infección. En la presencia de infección del tracto urinario, infecciones respiratorias e intraútero es puntual buscar ayuda médica (23).

- **Edemas:** en el embarazo el edema es normal sobre todo en el último trimestre y en los primeros diez días próximos al parto. Si el edema es clínicamente importante en rostro y manos sucede en el 50% de las gestantes, el edema en miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en aproximadamente el 80%. Existen diferentes factores que colaboran a la aparición del edema como: (23)
 - Aumento en la retención hídrica
 - Aumento de la permeabilidad capilar
 - Aumento del flujo sanguíneo
 - Disminución de la presión osmótica del plasma.

Si el edema está en cara, extremidades superiores y hay aumento drástico de peso sobre todo en el tercer trimestre del embarazo, hay que examinar y evaluar la posibilidad de un síndrome hipertensivo del embarazo; por ello es fundamental buscar asistencia hospitalaria (23).

- **Sangrado vaginal:** este signo está en aproximadamente la tercera parte de las embarazadas sobre todo en el primer trimestre de la gestación y va disminuyendo hasta en un 10% en el tercer trimestre. Las gestantes presentan desde manchado color café oscuro escaso hasta sangrado vaginal con coágulos rojo brillante, este puede ir acompañado de cólicos o no, dolor de espalda o contracciones. Se puede clasificar según las causas y el tiempo en el que ocurre, se puede dividir en tres etapas (23).
 - En el primer trimestre: amenaza de aborto, mola hidatiforme o embarazo ectópico.
 - En el segundo y tercer trimestre: desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa.

Los sangrados pueden llegar a ser peligrosos tanto para la madre como para el feto pudiendo ocasionar hasta la muerte del bebé, por lo que es importante acudir a un médico o centro de emergencia (23).

- **Pérdida de líquido amniótico:** este es secundario a una ruptura prematura de membranas y sucede en el último trimestre de embarazo, aunque también puede darse en el segundo trimestre, las membranas ovulares tienen diferentes funciones, una de las principales es el comportamiento como una barrera protectora contra microorganismos que se encuentran en vagina y útero. Si estas membranas se llegan a romper estos microorganismos pueden ascender desde la vagina o útero hacia el líquido amniótico y pueden producir alguna infección al feto, esto como consecuencia aumenta las probabilidades de morbimortalidad tanto materna como fetal (23).

La gravedad de esta infección va directamente relacionada con El período de latencia, si va más allá de las 24 horas el riesgo es significativamente mayor. Existen también otros factores que pueden contribuir a la ruptura de membranas como: el polihidramnios, el embarazo gemelar, malformaciones uterinas, placenta previa, tumores uterinos (23).

- **Náuseas y vómitos excesivos:** las náuseas y vómitos son normales en el embarazo y aparecen como consecuencia de la presencia de las hormonas placentarias principalmente de la gonadotropina coriónica y la progesterona, estas hormonas hacen que la digestión sea más lenta por lo que los alimentos persisten más tiempo en el estómago. Se calcula que aproximadamente el 50-80% de las mujeres embarazadas sienten náuseas y presentan vómitos exagerados, que se intensifican cerca de la cuarta semana, pueden llegar a estar presentes hasta las 12-15 semanas y van desapareciendo; según los niveles de estas hormonas van decreciendo. Estos signos son más frecuentes en adolescentes y madres primerizas (23).

Cuando existen náuseas y vómitos en exceso, puede llevar a la embarazada a una deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras carencias nutricionales, incluso cetosis. Si esto no se trata a tiempo la paciente puede llegar a presentar trastornos neurológicos, lesiones hepáticas, lesiones renales e incluso hemorragia de la retina. De ser así la gestante debe ser hospitalizada de inmediato para ser hidratada por vía intravenosa (23).

- **Cefalea:** este síntoma es normal que aparezca en el embarazo. Aparece principalmente durante el primer trimestre. Después de este tiempo la embarazada no debería de presentar cefalea, visión borrosa o mareos, ya que esto puede ser consecuencia de: preeclampsia o eclampsia (23).
- **Disminución de movimientos fetales:** es un síntoma clínico que se utiliza para el diagnóstico de la condición fetal y debe ser evaluado en cada atención prenatal desde que es percibido por la madre. La percepción materna de los movimientos fetales es entre las 18 y 22 semanas de amenorrea. El aumento de la actividad fetal, especialmente postprandial es un signo de salud, mientras que su disminución es un signo sospechoso de hipoxia fetal (23).

Si los movimientos fetales disminuyen considerablemente o están ausentes se debe concurrir al médico para realizar un monitoreo y un examen ecográfico para verificar vitalidad fetal o complicaciones fetales (23).

- **Visión borrosa y zumbido de oídos:** los síntomas en visión y audición tienen relevancia si se relacionan con cefalea intensa, este síntoma nos puede guiar para descartar preeclampsia (23).

2.2.9 Definición de términos

- **Morbilidad**

La morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población (24).

- **Morbilidad Materna**

La morbilidad materna corresponde la presencia de enfermedades de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio (24).

- **Morbilidad Materna Extrema**

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio que ponen en riesgo la vida de la mujer y que requieren de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte (4).

- **Demora**

Retraso, tardanza, dilatación o detención de una cosa por algún tiempo, según la real academia es el retraso en un proceso o actividad (25).

- **Retraso**

Según la Real Academia Española es la acción y resultado de retrasar, retrasarse o demorar en la ejecución de una cosa, acción de hacer que algo ocurra en un tiempo posterior al previsto o debido, hacer que algo vaya más lento (26).

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis Alternativa

Existe relación significativa entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

2.4 VARIABLES

a) Variable Independiente

- Demora tipo I
- Demora tipo II
- Demora tipo III
- Demora tipo IV

b) Variable dependiente

- Morbilidad materna extrema

c) Variable Interviniente

Características sociales

- Edad
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Ingreso económico
- Estado civil

2.5 Conceptualización y Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala
Variable Independiente					
Demoras Obstétricas	Son las acciones Para retrasarse o demorar en la atención de salud (20).	Tipo I: reconocimiento de problema	- Conocimiento de signos y síntomas de peligro.	- SI - NO	Nominal
			- Reconoce el problema.	- SI - NO	Nominal
			- Persona que reconoce el problema.	- Paciente - Esposo - Otro	Nominal
		Tipo II: toma de decisiones	- Demora en buscar ayuda.	- SI - NO	Nominal
			- Comunicó sobre su estado de salud.	- SI - NO	Nominal
			- Persona que decide llevarla al centro de salud.	- Paciente - Esposo - Otro	Nominal
			- Dificultad económica.	- SI - NO	Nominal
			- Experiencias negativas.	- SI - NO	Nominal
		Tipo III: la accesibilidad	- Demora en llegar al puesto de salud.	- SI - NO	Nominal
			- Inaccesibilidad geográfica.	- SI - NO	Nominal
			- Falta de estructura vial.	- SI - NO	Nominal
			- Falta de vía de comunicaciones.	- SI - NO	Nominal
			- Dificultad económica.	- SI - NO	Nominal
			- Disponibilidad de la ambulancia.	- SI - NO	Nominal
		Tipo IV: calidad de atención	- Demora en la atención.	- SI - NO	Nominal
			- Explicar las complicaciones que presentaba.	- SI - NO	Nominal
			- Personal que le brindo atención.	- Enfermera - Obstetra - Medico - Otros	Nominal
			- Dificultad acceso al SIS.	- SI - NO	Nominal
			- Compra de medicamentos.	- SI - NO	Nominal
			- Traslado a un establecimiento más capacitado para tratar su salud.	- SI - NO	Nominal
Variable Dependiente					
Morbilidad Materna extrema	Son aquellos casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio (4).	Enfermedad específica	- Preeclampsia Severa – Eclampsia. - Shock Séptico. - Shock Hipovolémico.	- SI - NO	Nominal
		Falla Orgánica	- Falla cardíaca. - Hepática. - Respiratoria. - Vascular. - Metabólica. - Coagulación. - Renal. - Cerebral.	- SI - NO	
		Manejo Hospitalario	- UCI - Cirugía - Transfusión.	- SI - NO	
Variable Interviniente					
Características Sociales	Es el conjunto de características de la unidad de estudio como: su edad, procedencia, Nivel educativo, estado civil, Ingreso económico familiar (20).	Factor Biológico	Edad	- <19 años - 20 – 35 años - > 35 años	Intervalo
		Factor Demográfico	Procedencia	- Rural - Urbana	
		Factor social	Grado de instrucción	- Illetrada - Primaria - Secundaria - Superior técnica - Superior Universitaria	Ordinal
			Estado civil	- Soltera - Casada - Otro	Nominal
		Factor económico	Ingreso económico	- Menor al mínimo vital. - Entre 1 a 2 mínimos vitales - Más de 2 mínimos vitales	intervalo

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la presente investigación es no experimental de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional, de naturaleza prospectiva.

Diseño no experimental, porque se va a basado en la observación de los datos no existiendo manipulación de ninguna variable.

De Corte Transversal, porque se analizó cual es el estado de cada una de las variables en momento o periodo de tiempo en el que ocurrió el estudio.

Descriptivo, porque analizó cada una de las variables, la Morbilidad Materna Extrema y su relación con los retrasos o demoras obstétricas.

Correlacional, porque se buscó establecer una relación entre la Morbilidad Materna Extrema y lo retrasos o demoras obstétricas.

Prospectivo, porque se obtuvieron los resultados conforme fueron sucediendo los hechos.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, ubicado en el Distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca, y departamento de Cajamarca es la ciudad más importante de la sierra norte del Perú. El distrito de Cajamarca

está ubicado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste a 856 kilómetros de la capital del país "Lima", a una altitud de 2720 000 msnm y cuenta con una temperatura media anual de 18,9°C.

La población estuvo constituida por todas las pacientes gestantes y puérperas con morbilidad materna y morbilidad materna extrema atendidas en el área de hospitalización del Hospital Regional de Cajamarca, durante el año 2016 se registraron 3712 de pacientes con morbilidad materna.

N= 3712

3.3 MUESTRA

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1 Tamaño de muestra

El tamaño de muestra que se calculó para estimar la proporción de gestantes y puérperas con morbilidad materna y con morbilidad materna extrema (P=0,09) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calcula teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Pacientes con morbilidad materna (3712) durante el 2016

z: Valor probabilística de Confiabilidad al 95% (1,96)

p: Proporción estimada de pacientes con morbilidad materna extrema (0,09)

q: Complemento de "p" (0,91)

E: Margen de error (0,05)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.09)(0.91)(2199)}{0.05^2(2199 - 1) + (1.96)^2(0.09)(0.91)}$$

$$n = 122$$

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada gestante y puérpera con morbilidad materna y con morbilidad materna extrema atendida en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca del 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a. Criterios de Inclusión

- Pacientes que presentaron morbilidad materna.
- Gestantes y puérperas que presentaron el criterio de clasificación de enfermedad específica.
- Gestantes y puérperas que presentaron el criterio de clasificación de Falla orgánica.
- Gestantes y puérperas que presentaron el criterio de clasificación de Manejo instaurado.
- Pacientes estables derivadas a los diferentes servicios de hospitalización, procedentes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Pacientes que desean participar.

b. Criterios de Exclusión

- Gestantes y puérperas que no presentaron morbilidad materna.
- Gestantes y puérperas que no desean participar.

3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó para el presente estudio de investigación es la recolección de datos mediante una encuesta y entrevista, se usó también la historia clínica, y se entrevistó a la paciente para recolectar toda la información que se necesitó para evaluar los retrasos y demoras, como instrumento de recolección de datos

tenemos a la encuesta diseñada para su efecto de reunir la información de la Morbilidad Materna Extrema y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional docente de Cajamarca (Ver Anexo 1).

La encuesta ya ha sido validada por la FLASOG, la cual ha sido adecuada para el proyecto de investigación.

Procedimiento:

- Se solicitó la autorización del Hospital Regional de Cajamarca y del departamento de Gineco-Obstetricia, durante el tiempo de estudio.
- Preparación del instrumento, se medirá el tiempo promedio de llenado del mismo.
- Se presentó al lugar y se seleccionó e identificó a los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se revisaron las historias clínicas de las pacientes seleccionadas para determinar si presentan morbilidad materna y además algún criterio de inclusión morbilidad materna extrema según FLASOG.
- Se les explicó de forma clara, de que trata el estudio, los objetivos, propósitos e importancia del mismo. Luego de ser explicado se pidió la firma en el consentimiento informado.
- Se aplicó el instrumento de recolección de datos a quienes hayan firmado el consentimiento informado.
- Se eligió al azar pacientes con morbilidad materna para establecer al final en el análisis si existe alguna relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas.

3.7. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la entrevista a pacientes con morbilidad materna y morbilidad materna extrema y el instrumento fue el cuestionario, además que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se solicitó su consentimiento informado y disponibilidad de su tiempo para la resolución del cuestionario.

El instrumento para la recolección de datos fue impreso, se tituló "Morbilidad Materna Extrema y su relación con las demoras obstétricas en pacientes

atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca – 2017” y estuvo compuesta por:

- Datos Básicos: comprendida por el nombre, apellido, edad, estado civil y el N° de historia clínica. Información demográfica, procedencia. Información socioeconómica como, grado de instrucción, ocupación e ingreso económico.
- Criterios de inclusión de Morbilidad Materna Extrema; Según enfermedad específica (Preeclampsia – Eclampsia, Shock Séptico, Shock Hipovolémico), según falla orgánica (Cardiaca, Cerebral, Hepática, Coagulación, Renal, Vascular, Respiratoria y Metabólica), y según manejo instaurado a la paciente (UCI, Cirugía y Transfusiones sanguíneas).
- Retraso y Demora tipo I; está constituida por tres ítems
- Retraso y Demora tipo II; está constituida por cinco ítems
- Retraso y Demora tipo III; está constituida por seis ítems.
- Retraso y Demora tipo IV; está constituida por seis ítems.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.8.1 Procesamiento

- Se recolectaron todos los datos usando el instrumento.
- Se elaboró una plantilla para el ingreso de los datos del instrumento hacia una base de datos creada con el software Excel.
- La información recogida fue ingresada a la base de datos Excel.
- Una vez fue transcrita la información a la base de datos del paquete Excel, fue procesado en el software estadístico SPSS v 21. Para Windows
- Los resultados obtenidos fueron vaciados y presentados en tablas estadísticas simples y de contingencia, para el análisis estadístico respectivo.

3.8.2 Análisis de datos

Para la interpretación y análisis de datos de la siguiente manera:

- Fase Descriptiva. Consistente en describir los resultados de la relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas.
- Fase Inferencial. Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en la población correspondiente.

3.9 PRINCIPIOS ÉTICOS

- Confidencialidad: la información obtenida a través de este trabajo de investigación que se aplicó bajo estricta confidencialidad. No se mostró ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en esta investigación. Sus archivos no fueron ni serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.
- Beneficios: no existió beneficio directo a los participantes de este estudio, los resultados de este estudio ayuden a la relación de la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas.
- Justicia: el investigador va ejercer un juicio razonable para tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus gestos, limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia llevando al investigador la obligación a tratar equitativamente a quienes participan en la investigación.
- Integridad científica: la integridad o rectitud deben regir no sólo la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional
- Consentimiento informado: en toda investigación se debe contar con la manifestación de voluntad, informada y específica; mediante la cual la investigadora concienticen el uso de la información para fines específicos establecidos en la investigación.
- El principio de no maleficencia: este principio exige no hacer daño, si no tratar de crear el menor mal posible, el objetivo es no crear nuevos males ni aumentar los ya existentes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 01. Morbilidad materna y morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017

Morbilidad	N°	%
Morbilidad materna extrema	30	24,6
Morbilidad materna	92	75,4
Total	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 01, se observa que el 75,4% son pacientes con morbilidad materna y un 24,6% corresponde a pacientes con morbilidad materna extrema. Los resultados concuerdan con Carrillo (2014) y con la FLASOG (21,9%), pero difieren de Payajo (2014), y Reyes (2012) indicando que la morbilidad materna extrema se presenta en un porcentaje menor al 2%.

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca solo se encuentra la vigilancia epidemiológica de morbilidad materna que corresponden a pacientes que presentaron alguna enfermedad durante el embarazo, parto o puerperio, la cual se encuentra alta, sin embargo, no hay una vigilancia para los casos de morbilidad materna extrema que son pacientes que presentaron una complicación grave, que requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Según este estudio la morbilidad materna extrema es alta en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, asimismo la mortalidad materna que hasta mes de setiembre se registraron 7 muertes maternas, siendo 5 de ellas por causas directas (por preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de Hellp) que pudieron ser evitadas y 2 muertes por causa indirecta.

Cajamarca es el segundo departamento con más muertes maternas por lo que probablemente la razón de morbilidad materna extrema se encuentra elevada. Los casos de morbilidad materna extrema se presentan en un mayor número que los casos de muerte materna, esto ocurre porque el Hospital Regional Docente de Cajamarca es un establecimiento de salud referencial, encontrando una razón de

morbilidades superiores a los índices internacionales (Colombia y México), además no se puede comparar estos resultados, porque aún no se cuenta con indicadores nacionales de la morbilidad materna extrema.

En respuesta al objetivo, la prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4 en el Hospital Regional de Docente de Cajamarca.

Tabla 02. Características de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Agosto – Setiembre 2017

Características principales de la MME			
		N°	%
Edad	≤19 AÑOS	8	26,7
	20 - 35 AÑOS	12	40
	> 35 AÑOS	10	33,3
Procedencia	Rural	23	76,7
	Urbana	7	23,3
Grado de instrucción	Iletrada	2	6,7
	Primaria	13	43,3
	Secundaria	13	43,3
	Superior no universitaria	1	3,3
	Superior universitaria	1	3,3
Estado civil	Soltera	4	13,3
	Casada	8	26,7
	Conviviente	18	60
Ingreso económico	<1SMV	26	86,7
	1-2 SMV	4	13,3
	>2 SMV	0	0
Total		30	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 02 se observa las características de las pacientes con morbilidad materna extrema, como primera característica en relación a la edad podemos señalar que el mayor porcentaje (40%) se presentó para el grupo etario de 20 a 35 años y en menor porcentaje (26,7%) al grupo etario ≤ a 19 años, es decir adolescentes. Los resultados del presente estudio concuerdan con Payajo (2012), Reyes (2012), González (2012) Carrillo (2014) y Colachahua (2015). Asimismo discrepa con la FLASOG quien manifiesta que las pacientes que sufren de MME son las que presentan edades extremas de la vida reproductiva.

La edad es un factor muy importante porque puede ser un factor de riesgo, pues en la edad de 20 a 34 años para la OMS es la edad óptima para embarazarse, es considerado como el periodo fértil. Pero en muchas regiones de Cajamarca, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; por eso la mayoría de las pacientes a los 20 años indica que ya ha tenido más de un embarazo (multiparidad), por este motivo es considerado como un gran problema para el área de salud.

Como segunda característica con respecto a la Procedencia; el 76,7% de las pacientes con morbilidad materna extrema son de zona rural y un 13% son de zona urbana. Estos resultados concuerdan con Carrillo (2014), el cual indica que el mayor riesgo de presentar morbilidad materna extrema es la que presentan una procedencia rural. Pero difieren de Reyes (2012) indicando que el mayor porcentaje son las de procedencia urbana.

La procedencia es importante porque puede estar relacionada con la lejanía al establecimiento de salud, considerándose un factor de riesgo para presentar morbilidad materna extrema. Asimismo, se pone en evidencia que existen diferencias entre las zonas rurales y urbanas, condicionalmente la posibilidad de presentar MME en las rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

La tercera característica que es el grado de instrucción, se encuentra en igual porcentaje (43,3%) para nivel de primaria y secundaria, sin embargo un 6,7% son iletradas y por ultimo un 6,6% tienen grado superior. Al comparar los resultados de investigación concuerdan con los de Colachahua (2015), Payajo (2014), Reyes (2012), y González (2012), los cuales indican que las pacientes presentan mayor porcentaje nivel de secundaria y menor porcentaje al nivel superior. Sin embargo, discrepan con la FLASOG pues manifiesta que presentar un nivel bajo de escolaridad contribuye para presentar morbilidad materna extrema.

El 86.6% de las pacientes tiene un grado de instrucción básico, el nivel educativo es un factor importante, porque un nivel bajo va a contribuir para desarrollar morbilidad materna extrema. A mayor educación menor probabilidad de presentar morbilidad materna extrema y muerte materna, a menor educación la probabilidad de presentar morbilidad materna extrema los porcentajes son mayores, porque la

paciente no va a poder captar la información brindada por el personal de salud, además no va a conocer la importancia sobre su salud.

Por otro lado la característica del estado civil: el 60% de las pacientes con morbilidad materna extrema eran convivientes, el 26,7% casada y el 13,3% soltera. Al comparar los resultados obtenidos concuerdan con Colachahua (2015), Payajo (2014), Reyes (2012) indicando que el mayor porcentaje es para conviviente.

El estado civil parece darse una tendencia al cambio con el tiempo, pues mientras descende el porcentaje de casadas aumenta el porcentaje de unión libre (convivientes), condiciones que favorecen a la inclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de la mujer, favoreciendo un nivel de pobreza mayor a la que tenían. En este punto es necesario comentar porque al buscar información de la pareja (a que se dedica actualmente) se carece de los datos tales como la escolaridad, ocupación, lo que obliga a repensar sobre cuál era la situación real de la mujer. Esta unión libre refleja el machismo que existe en la región Cajamarca.

Y por última característica es el ingreso económico, el 86,7% de las pacientes con morbilidad materna extrema presentan un ingreso menor a un salario mínimo vital y un 13,3% presentaron entre 1 y 2 salarios mínimos vitales, no se encontró ninguna paciente con un ingreso mayor a 2 salarios mínimos vitales durante el estudio, resultados que concuerdan con González (2012), que la mayoría de pacientes con morbilidad materna extrema presentan un nivel socioeconómico bajo o un ingreso económico menor a un salario mínimo vital.

Las mujeres que presentan un nivel socioeconómico bajo tienen menor probabilidad de gozar una buena salud, menos oportunidades de educación, de buscar y recibir atención médica, generalmente viven en una zona rural, siendo su única ocupación la agricultura o ganadería, situación real de la población de Cajamarca, el cual es un factor de riesgo para presentar morbilidad materna extrema. Condición que indicar que la mujer no cuida ni valora su salud.

Las características de las pacientes que conllevaron a presentar morbilidad materna extrema son: una edad entre 20 a 35 años, un grado de instrucción básica

(primaria y secundaria), procedencia rural, estado civil convivientes, y un ingreso económico menor a un salario mínimo vital.

Tabla 03. Morbilidad materna extrema según el criterio enfermedad específica.

Enfermedad específica	N°	%
PES- Eclampsia	22	84,6
Shock hipovolémico	4	15,3
Shock séptico	0	0
Total	26	100

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 03, se presenta los resultados obtenidos según enfermedad específica, encontrándose que la PES – eclampsia presenta el mayor porcentaje (84,6%), seguido por un 15,3% por Shock Hipovolémico y no se encontró ningún caso de shock séptico durante el periodo de estudio. Al comparar estos resultados concuerdan con Carrillo (2014) y González (2012) los cuales indican que la eclampsia y preeclampsia grave o severa son la primera causa de morbilidad materna extrema seguida por shock hipovolémico y shock séptico. Pero estos resultados difieren de Payajo (2014) y Reyes (2012) los cuales considera que el shock hipovolémico es la primera causa seguido de la eclampsia.

Para la FLASOG la primera causa más importante es la enfermedad hipertensiva de la gestación, seguida por la hemorragia puerperal y por último la sepsis. Al respecto el ASIS y la oficina de estadística del Hospital Regional Docente de Cajamarca; para Cajamarca la primera causa de morbilidad materna son los trastornos hipertensivos por ende son enfermedades que van a generar más complicaciones a la gestante. Estas patologías que se presentan son por causas obstétricas, por lo cual son prevenibles si se detectan a tiempo, pero por el descuido o la falta de interés de la paciente sobre su salud puede llegar a presentar estas complicaciones graves.

Tabla 04. Morbilidad materna extrema según falla orgánica.

Falla orgánica	N°	%
Vascular	1	3,7
Renal	1	3,7
Hepática	3	11,1
Vascular y hepática	3	11,1
Respiratoria y coagulación	1	3,7
Vascular y renal	1	3,7
Renal y hepática	1	3,7
Renal y coagulación	1	3,7
Vascular, renal y hepática	4	14,8
Vascular, coagulación y hepática	2	7,4
Vascular, renal, coagulación y hepática	6	22,2
Vascular, renal, cerebral, coagulación y hepática	3	11,1
Total	27	100

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 04, El mayor porcentaje fue para las que presentaron cuatro fallas orgánicas 22% (falla vascular + renal + coagulación + hepática), seguido por las que presento tres fallas orgánicas 14,8% (falla vascular + renal + hepática).

Al comparar los resultados concuerdan con las investigaciones de Carrillo (2014), Payajo (2014), Reyes (2012) y González (2012), indicando que la fallas orgánicas más frecuentes son de coagulación, renal y hepática, además presentaron complicaciones que requirieron un manejo crítico.

La preclampsia severa presenta el mayor porcentaje en el criterio de enfermedad específica, además va de la mano con el criterio de falla orgánica, la cual es la causa que provoca daño multiorgánico además es la causante de generar complicaciones graves como eclampsia, Síndrome de Hellp, los cuales afectan a diferentes órganos como: vascular, hepático, renal, coagulación y en los peores casos un daño cerebral. Esto se puede observar claramente en los resultados de esta investigación.

Tabla 05. Morbilidad materna extrema según manejo instaurado en la paciente

Manejo instaurado en la paciente	N°	%
UCI	6	46,2
Cirugía	2	15,4
Transfusiones	4	30,8
Todas	1	7,7
Total	13	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 05, el mayor porcentaje es para las pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos “UCI”, seguido por las transfusiones y el menor porcentaje para las pacientes que necesitaron un procedimiento quirúrgico de emergencia diferente al legrado, parto o cesárea practicados para el manejo de una complicación obstétrica, en este caso una histerectomía parcial o total. Al comparar los resultados obtenidos concuerdan con la investigación de Carrillo (2014) y Reyes (2012). Sin embargo discrepan con Payajo (2014) el cual indica que las transfusiones son la primera causa seguidas por el ingreso a UCI y de cirugía adicional. Asimismo no concuerda con Reyes (2012) pues indica que la cirugía adicional es el que presenta mayor porcentaje seguido por transfusiones.

El criterio de manejo instaurado en la paciente con morbilidad materna extrema indica que la paciente estuvo al borde de la muerte o que presentaba una situación crítica para ingresar a UCI. En esta unidad crítica se evidencia las complicaciones más graves que la paciente puede llegar producto de: la poca responsabilidad que tiene sobre su salud, o la existencia la demora en la atención del personal de salud frente a las complicaciones netamente obstétricas.

Según los criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema indican que para enfermedad específica la preeclampsia severa y eclampsia son la causa principal, generando cuatro fallas orgánicas que son vascular, renal, coagulación y hepático. Esto conlleva que la admisión a UCI esa la principal causa del tercer criterio de la morbilidad materna extrema.

Tabla 06. Demora tipo I y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Demora tipo I: toma de decisión		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
Conoce signos y síntomas de alarma.	Si	10	33,3	73	79,3	83	68,0	0,000
	No	20	66,7	19	20,7	39	32,0	
Reconoce la situación de riesgo.	Si	8	26,7	68	73,9	76	62,3	0,000
	No	22	73,3	24	26,1	46	37,7	
Persona que reconoció el problema.	Ud. Misma	8	26,7	64	69,6	72	59,0	0,000
	Su pareja	4	13,3	6	6,5	10	8,2	
	Otros	18	60	22	23,9	40	32,8	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 06 se muestran los resultados obtenidos relacionando la demora tipo I con la morbilidad materna extrema, el 32% de la población no conocen los signos y síntomas de alarma, sin embargo al comparar el 66,7% son pacientes con morbilidad materna extrema frente al 20,7% de pacientes sin morbilidad materna extrema. El 37,7% de la población no reconoció que la situación que presentaban era de riesgo. Sin embargo, al comparar ambos grupos tenemos que el 73,3% corresponde a las pacientes con morbilidad materna extrema frente al 26.1% de las pacientes sin morbilidad materna extrema. Y por último el 59% de la población indican que las pacientes fueron quienes reconocieron el problema, sin embargo destacan las pacientes sin morbilidad materna extrema (69,9%) frente a las pacientes con morbilidad materna extrema (26,7%), asimismo existe un 32,8% que indican que fueron otras personas quienes reconocieron el problema, de este porcentaje el 60% corresponde a pacientes con morbilidad materna extrema frente al 23,9% de pacientes sin morbilidad materna extrema.

Los resultados concuerdan con las investigaciones de Rodríguez (2012) y Palma (2014) pues indica que la primera demora es la causa principal de este problema. Pero difieren con el estudio de González (2012) y Colachahua (2015), pues indican que la mayoría de las pacientes si conocen los signos y síntomas.

Al relacionar la demora tipo I y la morbilidad materna extrema según la prueba de Chi cuadrado podemos resaltar que si existe relación altamente significativa entre la morbilidad materna extrema y la demora tipo I.

Estos resultados indican que la población con morbilidad materna extrema presentó la demora tipo I, existiendo un desconocimiento los signos y síntomas de alarma o peligro, lo cual impide reconocer el peligro que están presentando, llegando a que otras personas reconozcan el problema. Muchas veces no solo es conocer los signos y síntomas de peligro sino es verificar si llegan a reconocer que la situación que presentan está poniendo en peligro sus vidas, entre las terceras personas quienes reconocen el problema, son las del establecimiento de salud mediante su control prenatal o en visita domiciliaria llegan a detectarlo.

Además en la tabla 02 indica que las pacientes con morbilidad materna extrema presentan una educación básica, lo cual impide que reciban información en su puesto de salud, además que son convivientes, uniones recientes o forzadas que generan un control de embarazo tardíamente, vivir en una zona rural, alejadas de su puesto de salud va a impedir que se controlen de manera frecuente, estos son factores que van a contribuir para que la paciente presente la demora tipo I.

Tabla 07. Demora tipo II y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Demora tipo II. Toma de Decisión		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
¿Demoro en buscar ayuda?	Si	21	70	24	26,1	45	36,9	0,00
	No	9	30	68	73,9	77	63,1	
Motivo de demora	1. No sabía que tenía que consultar rápidamente.	15	50	13	14,1	28	23	0,00
	2. Estaba sola y no tenía como pedir ayuda.	1	3,3	5	5,4	6	4,9	
	3. No tenía dinero para desplazarme.	1	3,3	2	2,2	3	2,5	
	1 y 2	0	0	2	2,2	2	1,6	
	1 y 3	1	3,3	0	0	1	0,8	
	2 y 3	1	3,3	1	1,1	2	1,6	
	1, 2 y3	2	6,7	1	1,1	3	2,5	
Comunicó sobre su estado de salud	Si	22	73,3	78	84,8	100	82	0,157
	No	8	26,7	14	15,2	22	18	
Persona que decidió llevarla.	Ud. misma	8	26,7	48	52,2	56	46	0,012
	Pareja	8	26,7	25	27,1	33	27	
	Otros	14	46,6	19	20,7	33	27	
Experiencia negativa	Si	7	23,3	7	7,6	14	11,5	0,015
	No	23	76,7	85	92,4	108	88,5	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 07, el 36,9% de la población demoraron en buscar ayuda, sin embargo al comparar el 70% de las pacientes son con morbilidad materna extrema frente al 26,1% de pacientes sin morbilidad materna extrema. Al preguntar el motivo de la demora el 23% de la población no sabían que tenían que consultar rápidamente, sin embargo al comparar el 50% de pacientes son con morbilidad materna extrema frente al 14,1% de pacientes sin morbilidad materna extrema. El 18% de la población no logro comunicar sobre su estado de salud, al comparar el 26,7% corresponde al grupo con morbilidad materna extrema, frente al 15,2% de pacientes sin morbilidad materna extrema. El 46% de la población fueron ellas mismas quienes tomaron la decisión de ir al puesto de salud, sin embargo el mayor porcentaje son para las pacientes sin morbilidad materna extrema (52,2%) frente al 26,7% con morbilidad materna extrema. Asimismo el 27% de la población indico que fue otra persona quien tomó la decisión, el mayor porcentaje corresponde para las pacientes con morbilidad materna extrema (46,6%) frente al 20,7% sin morbilidad materna extrema. Y por último 11,5% la población presentó una experiencia negativa, al comparar el 23% corresponde a pacientes con morbilidad materna extrema frente al 7,6% pacientes sin morbilidad materna extrema.

Cuatro de los cinco ítems de la demora tipo II presentaron un valor estadístico significativo (excepto el ítem de si comunico sobre su estado de salud), indicando que si hay relación entre la morbilidad materna extrema y la demora tipo II. Los resultados de la demora tipo II y la relación con la morbilidad materna extrema, concuerdan con Las investigaciones de González (2012), Ramírez (2012) y Palma (2014), por tanto indican que la principal causas de esta demora es la falta de decisión en buscar ayuda al momento de la complicación. Estos resultados difieren de Colachahua (2015). Además para González (2012) la experiencia negativa que presentan las pacientes, indica que muchas veces el trato o la actitud del personal de salud también pueden generar este tipo de demora.

La decisión de buscar ayuda es la segunda barrera que debe vencer una mujer que presenta una complicación, la cual anhela recibir una atención médica. Pero el estatus, autonomía de la mujer puede afectar en la decisión de pedir ayuda, puesto que en algunas comunidades de Cajamarca las mujeres no pueden tomar decisión por sí solas, sino que son terceras personas que van a decir por ella. Las experiencias negativas en los servicios de salud o la reputación de estos son un factor clave, porque pueden generar que las personas no busquen ayuda rápidamente o no lo hagan en absoluto, si piensan que los servicios son de mala calidad.

Tabla 08. Demora tipo III y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Demora tipo III: Accesibilidad		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
Demora en llegar al puesto de salud.	Si	17	56,7	31	33,7	48	39,3	0,025
	No	13	43,3	61	66,3	74	60,7	
Existencia de carretera.	Si	17	56,7	83	90,2	100	82	0,00
	No	13	43,3	9	9,8	22	18	
Falta de movilidad.	Si	12	40	23	25	35	28,7	0,115
	No	18	60	69	75	87	71,3	
Pagó algún servicio.	Si	1	3,3	8	8,7	9	7,4	0,329
	No	29	96,7	84	91,3	113	92,6	
Comunicó al puesto de salud.	Si	6	20	35	38	41	33,6	0,069
	No	24	80	57	62	81	66,4	
Disponibilidad de ambulancia.	Si	22	73,3	68	73,9	90	73,8	0,21
	No	8	26,7	24	26,1	32	26,2	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 08, el 39,3% de la población presentaron la demora en llegar al establecimiento de salud, sin embargo al relacionar el 56,7% de las pacientes son con morbilidad materna extrema frente al 33,7% de pacientes sin morbilidad materna extrema. El 18% de la población indican que no existen carreteras desde su casa hasta el establecimiento de salud, sin embargo el porcentaje mayor son para las pacientes con morbilidad materna extrema (43,3%) frente al 9,8% de pacientes sin morbilidad materna extrema. El 7,4% de la población tuvo que pagar algún servicio, al relacionar las pacientes con y sin morbilidad materna extrema, los resultados se muestran de manera similar para ambos grupos, no existiendo diferencia significativa. El 66,4% de la población no comunican a su puesto de salud sobre su problema, al comparar las poblaciones el 80% de pacientes son con morbilidad materna extrema frente al 62% de pacientes sin morbilidad materna extrema. Por último el 26,2% de la población indica que no estuvo disponible la ambulancia para su traslado, resultados similares para ambos grupos de estudio, no existiendo diferencia significativa porque para ambos grupos si hubo disposición de la ambulancia.

Solo los dos primeros ítems de la demora tipo III presentan un valor significativo (demora en llegar al establecimiento y la existencia de carreteras). Indicando que si

existe una breve relación entre morbilidad materna extrema y la demora tipo III. Al comparar los resultados obtenidos de esta investigación concuerdan con los estudios de Palma (2014) y Ramírez (2012), indicando que la causa principal de esta demora se debe principalmente a la falta de transporte.

Estos resultados nos dan a conocer que la paciente con morbilidad materna extrema si presentan la demora tipo III en comparación con las pacientes sin morbilidad materna extrema, siendo las principales dificultades la falta de existencia de carreteras consigo la falta de movilidad y la falta de comunicación con el establecimiento de salud. Un 76,7% de las pacientes con morbilidad materna extrema viven en el la zona rural, además presentan un ingreso económico bajo, barreras que contribuyen para presentar esta demora. Los principales factores para presentar la demora tipo III están relacionados con: la distancia, ya que muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica por las largas distancias o servicios de salud alejados, lo que significa dejar a su familia, asociadas a la falta de transporte, a los caminos en mal estado, gastos en el transporte, en la estancia y en la compra de algún medicamentos o exámenes desmotivan a la paciente o simplemente están fuera del alcance de familia (bajo nivel socioeconómico) lo cual impide la búsqueda de atención oportuna.

Tabla 09. Demora tipo IV y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Demora tipo IV. Calidad de atención		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
Demora en la atención.	Si	9	30	17	18,5	26	21,3	0,181
	No	21	70	75	81,5	96	78,7	
Personal que le brindo atención.	Médico	3	10	4	4,3	7	5,7	0,021
	Obstetra	12	40	64	69,6	76	62,3	
	Técnico	2	6,7	3	3,3	5	4,1	
	Médico, obstetra y enfermera	4	13,3	11	12	15	12,3	
	Médico y Obstetras	7	23,3	6	6,5	13	10,7	
	Obstetra y enfermera	0	0	3	3,3	3	2,5	
	Médico y enfermera	2	6,7	1	1,1	3	2,5	
Explicaron las complicaciones.	Si	23	76,7	81	88	104	85,2	0,127
	No	7	23,3	11	12	18	14,2	
Dificultad al acceso al SIS.	Si	10	33,3	26	28,3	36	29,5	0,597
	No	20	66,7	66	71,7	86	70,5	
Referida.	Si	28	93,3	83	90,2	111	91	0,605
	No	2	6,7	9	9,8	11	9	
Compro medicamentos.	Si	2	6,7	6	6,5	8	6,6	0,978
	No	28	93,3	86	93,5	114	93,4	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 09, para el 21,3% de la población demoraron en ser atendidas en el establecimiento de salud, sin embargo al comparar el 30% de pacientes son con morbilidad materna extrema frente al 18,5% de pacientes sin morbilidad materna extrema. La población de estudio indicó que 62,3% fue atendido por el personal de obstetricia, al hacer la comparación en ambos grupos tenemos que la atención mayoritaria es en las pacientes sin morbilidad materna extrema frente a las pacientes con morbilidad materna extrema. El 14,2% de la población indica que no les explicaron sobre las complicaciones que presentaban, sin embargo al comparar el 23,3% son pacientes con morbilidad materna extrema frente al 12% de pacientes sin morbilidad materna extrema.

Al procesar la información sobre si existió dificultad al acceso al SIS los resultados dan a conocer que solo 29,5% de la población presentaron esta dificultad, al comparar el 33,3% corresponde a pacientes con morbilidad materna extrema frente al 28,3% sin morbilidad materna extrema. Como últimos ítems de la demora tipo IV sobre si la paciente fue referida o tuvo que comprar medicamentos los resultados

fueron similares para ambos grupos de estudio, indicando que solo el 9% y 6,6% respectivamente afecto a la población. No existiendo diferencia en ambos grupos.

En esta tabla solo el único ítem de la demora tipo IV presentan un valor significativo es; personal que brindo la atención con un valor estadístico donde ($p=0,021$). Al comparar los resultados obtenidos no concuerda con Rodríguez (2012), pues indica que la demora tipo IV fue la demora que afecto mayormente a su población. Además para Palma (2014) presentó que los establecimientos de salud presentan una baja calidad de cuidado, lo cual concuerda con resultados de esta investigación, pues estos indican que si fueron atendidos de manera oportuna y al no poder ser atendidos en ese establecimiento fueron referidos a uno de mayor capacidad coincidiendo con los estudios de Ramírez (2012) y González (2012)

Cada puesto de salud según su nivel de complejidad indica que personal de salud se debe encontrar, pero desde un FONP se cuenta con un médico, obstetra, enfermera y técnico, los resultados de la investigación indican personal de salud que atiende no es el capacitado, pues solo al 40% de las pacientes con MME fueron atendidas por el personal de obstetricia. También tenemos que tener en cuenta el estado de la paciente al momento de ingresar al establecimiento de salud, la mayoría ingresa en un estado crítico ya sea físico o psicológico (desesperación o estrés) lo que genera muchas veces una desorientación o confusión o simplemente el olvido. Además la tabla 02 indica que la paciente presenta una educación básica, vivir en una zona rural, estas características indican que la paciente puede o no conocer o diferenciar adecuadamente al personal de salud.

Al procesar la información los resultados indican que la mayoría de las pacientes tiene un seguro (SIS) indicando que no es impedimento para ir a un establecimiento de salud y tratar su enfermedad a tiempo.

En referente al objetivo planteado y con los resultados obtenidos se da a conocer que si existe relación significativa entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas, indicando que si una mujer llega a presentar una demora obstétrica, esto va a contribuir como un factor de riesgo para presentar morbilidad materna extrema.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
2. Las características principales de las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema son: encontrarse en una edad biológicamente segura entre 20 y 35 años, procedencia rural, grado de instrucción primaria o secundaria, convivientes y un ingreso económico bajo.
3. La morbilidad materna extrema según los criterios de inclusión son:
 - Enfermedad específica, el 84,6% destacó preeclampsia severa – eclampsia.
 - Según falla orgánica el 22,2 % presentaron cuatro fallas orgánicas las cuales son: falla vascular + renal + coagulación + hepática.
 - Manejo instaurado en la paciente, recalcó que el 46,2% fue el ingreso a UCI.
4. La relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras son:
 - Existe relación altamente significativa entre la demora tipo I y la morbilidad materna extrema, indicando el desconocimiento de los signos y síntomas de peligro durante el embarazo parto o puerperio.
 - Existe relación significativa entre la demora tipo II y la morbilidad materna extrema, indicando que existe la demora en tomar la decisión en acudir a un establecimiento de salud, además indican que las mujeres no saben que tienen que consultar rápidamente, lo cual conlleva a que terceras personas decidan llevarla a un establecimiento de salud, sin embargo, las experiencias negativas también retrasaron esta decisión.

- Existe relación significativa entre la demora tipo III y la morbilidad materna extrema. Pues indican que las mujeres demoraron en llegar al establecimiento de salud por la lejanía e indicando que la existencia de carreteras también puede intervenir para presentar este tipo de demora.
- Existe relación significativa entre la demora tipo IV y la morbilidad materna extrema. Los resultados indicaron que el personal de salud no fue el capacitado para brindar dicha atención en la emergencia dada.

Por lo tanto podemos concluir que las demoras obstétricas presentan relación significativa con la morbilidad materna extrema, indicando que si una mujer llega presentar solo una demora obstétrica, esta va a contribuir como factor de riesgo para presentar morbilidad materna extrema.

RECOMENDACIONES

Las sugerencias planteadas por la investigadora esta dirigidas a:

- ❖ A los profesionales de salud que brindan atención en los establecimientos con funciones obstétricas y neonatales primarias, deben priorizar el tema de la prevención y sensibilización en las mujeres en edad fértil, incidiendo sobre la importancia en la atención prenatal y la identificación temprana de las señales de alarma con la finalidad de prevenir complicaciones que pueden llevar a una morbilidad materna extrema. Además esta atención debe ser brindada por un personal capacitado y enfocado en una atención personalizada.
- ❖ Para los obstetras docentes deben priorizar sus enseñanzas sobre los signos y síntomas de alarma (prevención y promoción) en los alumnos de la Escuela Profesional de Obstetricia, pues ellos están en formación y deben poner en práctica sus conocimientos mediante sus prácticas pre profesionales, ya que van a tener contacto directo con las gestantes, siendo un contacto fundamental para evitar así la morbilidad materna extrema.
- ❖ A los alumnos de la Escuela Académico Profesional de Obstétrica realizar trabajos de investigación relacionados con este tema, con la finalidad de mejorar, reforzar o ampliar los conocimientos descritos.
- ❖ Si las mujeres conocen los signos y síntomas de alarma o señales de peligro, acudiendo a su establecimiento de salud inmediatamente van a contribuir que la morbilidad materna y la morbilidad materna extrema disminuyan, pues si estas complicaciones son detectadas a tiempo pueden ser controladas evitando complicaciones severas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la salud (OMS). Temas de Salud: Salud Materna. 2017.[fecha de consulta 12 may 2017] Disponible en: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
2. Organización mundial de la salud (OMS), análisis de la mortalidad materna.2016. [fecha de consulta 16 may 2017] Disponible en: <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. Ospina M.M., Martinez D.M., Pacheco G.O., Quijada B.H., Protocolo de vigilancia en salud pública “Morbilidad materna extrema”.INS Colombia. 2016. Vo2.
4. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad Materna extrema Protocolo de Vigilancia en Salud pública. Colombia.2014.Vo1. [fecha de consulta 25 may 2017] Disponible en: [http://www.ipsunipamplona.com/es/images/sampledata/sivigila_2015/protocolo](http://www.ipsunipamplona.com/es/images/sampleddata/sivigila_2015/protocolo).
5. Gobierno Regional de Cajamarca, Dirección Regional de Salud, Oficina de epidemiología. Análisis de situación de salud-ASIS, 2015. Cajamarca.
6. Hospital Regional de Cajamarca. Oficina de estadísticas epidemiológicas. Estadística 2016.morbilidad materna en el servicio de Gineco-obstetricia.2016
7. Díaz P.J., Lozano A.S, Acta Medica Orreguiana Hampi Runa, 2015, ene-jun. Vol 15. Peru. La libertad.
8. Ministerio de Salud, MINSA, salud materna - Maternidad responsable, [fecha de consulta 20 may 2017], disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7
9. González OL, Gómez AR, Vélez AG, Agudelo LS, Gómez DJ, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 35 (1):15–22. Colombia; 2014. [fecha de consulta 10 de may 2017], Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8576/03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Rodríguez A.E., Aguilar P.P., Montero C.L., Hoil S.J., Andueza P.G. Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México, revista biomédica, V.23[trabajo de investigación][fecha de consulta 26 may de 2017] Disponible en: [file:///c:/users/invitado01/downloads/dialnet-demorasenlaatenciondecomplicacionesmaternasasociad-4016303%20\(1\).pdf](file:///c:/users/invitado01/downloads/dialnet-demorasenlaatenciondecomplicacionesmaternasasociad-4016303%20(1).pdf)
11. Carrillo FJ, García BC. Comportamiento de la morbilidad materna extrema en el departamento del Meta [Trabajo de investigación]. Hacia promoc.

- Salud Colombia, 21(1):15-25, 2014. [fecha de consulta 20 may de 2017]
 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a02.pdf>
12. Palma S.M., Zapata V.R., Rodríguez A.E., Causas de demora en la atención de pacientes con complicaciones obstétricas ¿qué es necesario atender?, Revista de ginecología y obstetricia México, 2014, [trabajo de investigación][fecha de consulta 29 may de 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom1410b.pdf>
 13. Reyes, A.I., Villar A., Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional docente Madre-Niño San Bartolome,Lima 2007-2009,Rev.peru.ginecol.obstet.v58.N.4.Lima 2012.[fecha de consulta 28 de jun 2017] disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322012000400006&script=sci_arttext
 14. Payajo VJ. Caracterización sociodemográfica de la morbilidad materna extrema en el Hospital nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014 [tesis para optar el título profesional de médico cirujano] [fecha de consulta 15 may 2017. Lima-Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/717>
 15. Colachahua B.M., “nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal. Enero-febrero 2015”. [tesis para optar título profesional] [fecha de consulta 11 may 2017] disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4191/1/colachahua_b_m.pdf
 16. Mejía M.A., Téllez B.G., González V.A., Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas 2012. [fecha de consulta 02 jun 2017] disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2012/imi123e.pdf>
 17. Ministerio de la Protección Social. Vigilancia Epidemiológica de la morbilidad materna extrema. [Diapositivas]. Colombia. 2010. V. 35, [Fecha de consulta 10 jun 2017]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/events/2010/20100809_colombia.pdf
 18. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Primera Edición. Lima-Perú: Sinco Editores; 2007.
 19. Maine D. Modelo de análisis de la muerte materna: camino a la supervivencia 2012. [fecha de consulta 20 jun 2017] disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/CLAP/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf>
 20. Protocolo de Vigilancia y Control de la Morbilidad Materna Extrema, Grupo de vigilancia y control de enfermedades no transmisibles, abril del 2012. [Fecha de consulta 05 jun 2017] disponible en: <http://secretariadesalud.sogamoso.org/wpcontent/uploads/2014/07/Protocolo-de-la-Morbilidad-Matena-Extrema-INS.pdf>
 21. Plan de acción para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015. [fecha de consulta 27 jun

2017]Disponible en:

[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download
&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-
accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-
reproductiva&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid=518)

- 22.** Capacitación En La Implementación, Seguimiento y Evaluación De La Metodología De La Vigilancia De La Morbilidad Materna Extrema, “Camino de la supervivencia, ruta hacia la vida”, diapositivas. [Fecha de consulta 26 jun 2017]. Disponible en:
<http://huila.gov.co/documentos/1/1capacitacionmorbilidadmaterna.pdf>
- 23.** Maternidad responsable, conocimiento de las señales de alarma. MINSA [fecha de consulta 15 may 2017] disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.asp
- 24.** Enciclopediasalud, [fecha de consulta 05 jun 2017] disponible en:
<http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/morbilidad>
- 25.** Real academia española, significados. [fecha de consulta 22 jun 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=demora>
- 26.** Real academia española, significados. [fecha de consulta 22 jun 2017].Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=retraso>

3. ¿Reconoció que la situación que presentaba era de riesgo?

 Si No

4. ¿ Quien reconoció que su enfermedad era grave?

Usted misma ()

Pareja ()

Otros ()

V. Demora y Retraso Tipo II

5. ¿Cuándo empezaron los síntomas, demoró en buscar ayuda?

 Si No

Además:

A. No sabia que debía consultar rápidamente

B. Me encontraba sola y no tenia como pedir ayuda

C. No tenia dinero para desplazarme

6. ¿ Comunicó sobre su estado de salud a alguien?

SI ()

NO ()

7. ¿ Quien tomó la decisión de llevarla a un centro de salud?

Usted misma ()

Pareja ()

Otros ()

8. ¿ha tenido alguna mala experiencia en algún establecimiento de salud ?

 Si No

VI. Demora y Retraso Tipo III

9. ¿Presento alguna de estas problemas para llegar al establecimiento de salud?

A. ¿demoró en llegar al centro de salud?

 SI NO

B. ¿Existen carreteras desde su casa hasta el establecimiento de salud?

C.¿La falta de movilidad impidió llegar al centro de salud de manera oportuna?

C.¿Le exigieron pagar algún servicio?

D. Logró comunicar al puesto de salud sobre su enfermedad

E. ¿Hubo disposición de la ambulancia para su traslado?

VII. Demora Tipo IV

10. ¿Cuándo llego al establecimiento de salud demoraron en atenderla ?

 Si No

11. ¿Qué personal de salud le brindo atención?

Enfermera ()

Obstetra ()

Todos ()

Medico ()

Otros ()

13. En el establecimiento durante su estancia presento alguna de estas dificultades:

a)Le explicaron sobre las complicaciones que presentaba

 SI NO

b)Fue difícil acceder al SIS

d) Sabe si sus familiares tuvieron que comprar algún medicamento

e) Le realizaron exámenes de laboratorio o ecografías para saber su bienestar

f)le transfirieron a un establecimiento mas capacitado para tratar su salud

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y SU RELACIÓN CON LAS DEMORAS OBSTÉTRICAS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA - 2017”

Investigadora:

Ocas Bueno Jimena Roxana

Propósito de Estudio:

Se está invitando a participar en un estudio llamado: “Morbilidad materna extrema y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente De Cajamarca – 2017”. Se aplicará un cuestionario de preguntas por parte de la investigadora tendrá como finalidad recolectar información sobre la demora demoras obstétricas en pacientes morbilidad materna y morbilidad materna extrema.

Confidencialidad:

La información obtenida a través de este cuestionario que se le aplicará será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

Beneficios:

No existe beneficio directo para usted por participar de este estudio. Se prevé que los resultados de este estudio ayuden a identificar la relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas.

Consentimiento:

Yo.....,
he sido informada de los beneficios de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas, he podido hacer preguntas, he disipado mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando lo desee, sin que ello interfiera o tenga alguna consecuencia en mis cuidados médicos. Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

Firma de la Paciente
DNI N°.....
Fecha:

Firma del investigador
DNI N°:.....
Fecha:

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y SU RELACIÓN CON LAS DEMORAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA – 2017

JIMENA ROXANA OCAS BUENO

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017.

Metodología: El diseño es no experimental de corte transversal, descriptivo, correlacional y de naturaleza prospectiva. En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se estudió a 122 pacientes que presentaron morbilidad materna y morbilidad materna extrema. **Resultados:** La prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4. Las características que presentaron son: edad de 20 a 35 años, procedencia rural, educación básica (primaria y secundaria), convivientes y un ingreso económico bajo. Según los criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema; la causa más común en el criterio enfermedad específica es para preeclampsia severa – eclampsia. Según falla orgánica presentaron cuatro fallas orgánicas (vascular + renal + coagulación + hepática), y por último el manejo instaurado en la paciente es el ingreso a UCI. La relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras obstétricas si existe relación significativa.

Palabras clave: Morbilidad materna, morbilidad materna extrema, demoras obstétricas, falla orgánica, enfermedad específica.

ASBTRACT

Objective: To determine the relationship between extreme maternal morbidity and obstetric delays of patients treated in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca 2017. **Methodology:** The design is non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational and prospective in nature. In the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, 122 patients were studied who presented maternal morbidity and extreme maternal morbidity. **Results:** The prevalence of extreme maternal morbidity is 1 to 4. The characteristics that presented are: age of 20 to 35 years, rural origin, basic education (primary and secondary), cohabitants and a low economic income. According to the inclusion criteria of extreme maternal morbidity; The most common cause in the specific disease criterion is for severe preeclampsia - eclampsia. According to organic failure, they presented four organic faults (vascular + renal + coagulation + hepatic), and finally the management established in the patient is admission to the ICU. The relationship between extreme maternal morbidity and obstetric delays if there is a significant relationship.

INTODUCCIÓN

El embarazo es un estado natural en la vida de todas las mujeres, sin embargo, puede acompañarse de complicaciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 15 % de las embarazadas pueden experimentar un alto riesgo de complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. Para esto la define “como todos aquellos casos en los que una mujer casi muere, pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto y puerperio” (1).

La razón de Morbilidad materna Extrema en México es de 31,9 por mil nacidos vivos, en Colombia se presentan 10499 casos anualmente y en Bolivia es de 50 por mil nacidos vivos (3,4). En Perú, la razón es de 9,43 por mil nacimientos, la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante, seguida por la hemorragia puerperal. Los factores de riesgo son edad mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado (3).

Para Cajamarca no se han encontrado estudios al respecto. Sin embargo, la morbilidad materna en el Hospital Regional de Cajamarca es elevada, se presentaron 3712 casos durante el año 2016: el 31,8% son hemorragias, el 21% hipertensión inducida por la gestación, 2,5% casos de HELLP, 2,5% pacientes en UCI que son muertes evitadas (pacientes con MME) 1,5% en sepsis (6).

Los factores de riesgo que intervienen para que una gestante o púérpera enferme gravemente, son factores sociales, económicos, geográficos y los del sistema de salud. Últimamente, se reporta como responsable las demoras obstétricas, que son barreras que enfrenta la mujer para llegar a una atención segura. La demora tipo I, es la toma de decisión que tiene que ver con el reconocimiento de los signos de peligro, pero la inequidad de género no permite que la mujer tome decisión, sino que es decidida por la pareja o familiar cercano (padres, suegros, entre otros) esto es conocido como la demora tipo II. Existen también limitantes como la economía, falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte, tiempo que emplea para llegar al establecimiento, demora tipo III, la mujer puede vencer estas barreras, pero suele ocurrir que la atención institucional sea deficiente e inoportuna, falta de competencia de los proveedores, falta de insumos, esto es conocida como demora tipo IV (7,8).

¿Existe relación entre la Morbilidad Materna Externa y las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017?

METODOLOGÍA

El estudio fue no experimental, de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional, de naturaleza prospectiva. El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de muestreo aleatorio simple. El tamaño de muestra fue de 122 pacientes con morbilidad materna y morbilidad materna extrema.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 01. Morbilidad materna y morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017

Morbilidad	N°	%
Morbilidad materna extrema	30	24,6
Morbilidad materna	92	75,4
Total	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 01, se observa que el 75.4% son pacientes con morbilidad materna y un 24.6% corresponde a pacientes con morbilidad materna extrema. Según este estudio la prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Cajamarca es el segundo departamento con más muertes maternas por lo que probablemente la razón de morbilidad materna extrema se encuentra elevada. Los casos de morbilidad materna extrema se presentan en un mayor número que los casos de muerte materna, esto ocurre ya que el Hospital Regional Docente de Cajamarca es un establecimiento de salud referencial, encontrando una razón de morbilidades superiores a los índices internacionales (Colombia y México), además no se puede comparar estos resultados, porque aún no se cuenta con indicadores nacionales de la morbilidad materna extrema.

Tabla 02. Características de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Agosto – Setiembre 2017

Características principales de la MME			
	N°	%	
Edad	≤19 AÑOS	8	26,7
	20 - 35 AÑOS	12	40
	> 35 AÑOS	10	33,3
Procedencia	Rural	23	76,7
	Urbana	7	23,3
Grado de instrucción	Iletrada	2	6,7
	Primaria	13	43,3
	Secundaria	13	43,3
	Superior no universitaria	1	3,3
	Superior universitaria	1	3,3
Estado civil	Soltera	4	13,3
	Casada	8	26,7
	Conviviente	18	60
Ingreso económico	<1SMV	26	86,7
	1-2 SMV	4	13,3
	>2 SMV	0	0
Total	30	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 02 se observa las características de las pacientes con morbilidad materna extrema, como primera característica en relación a la edad podemos señalar que el mayor porcentaje (40%) se presentó para el grupo etario de 20 a 35 años y en menor porcentaje (26,7%) al grupo etario ≤ a 19 años, es decir adolescentes. La edad es un factor muy importante porque puede ser un factor de riesgo, pues en la edad de 20 a 34 años para la OMS es la edad óptima para embarazarse, es

considerado como el periodo fértil. Pero en las regiones de Cajamarca, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto es aceptado por los grupos sociales.

La Procedencia; el 76,7% de las pacientes son de zona rural y el 13% son de zona urbana. La procedencia es importante porque está relacionada con la lejanía al establecimiento de salud, considerándose un factor de riesgo para presentar morbilidad materna extrema.

El grado de instrucción, se encuentra en igual porcentaje (43,3%) para nivel de primaria y secundaria, sin embargo, un 6,7% son iletradas. El 86,6% de las pacientes tiene un grado de instrucción básico, el nivel educativo es un factor importante, porque un nivel bajo va a contribuir para desarrollar morbilidad materna extrema. A mayor educación menor probabilidad de presentar morbilidad materna extrema y muerte materna, a menor educación la probabilidad de presentar morbilidad materna extrema los porcentajes son mayores, porque la paciente no va a poder captar la información brindada por el personal de salud, además no va a conocer la importancia sobre su salud.

El estado civil: el 60% eran convivientes, el 26,7% casada y el 13,3% soltera. El estado civil parece darse una tendencia al cambio con el tiempo, pues mientras desciende el porcentaje de casadas aumenta el porcentaje de unión libre (convivientes), condiciones que favorecen a la inclusión social y disminuyen las expectativas económicas y laborales de la mujer, favoreciendo un nivel de pobreza mayor a la que tenían.

Y el ingreso económico, el 86,7% presentan un ingreso menor a un salario mínimo vital y un 13,3% presentaron entre 1 y 2 salarios mínimos vitales. Las mujeres que presentan un nivel socioeconómico bajo tienen menor probabilidad de gozar una buena salud, menos oportunidades de educación, de buscar y recibir atención médica, generalmente viven en una zona rural, siendo su única ocupación la agricultura o ganadería, situación real de la población de Cajamarca.

Tabla 03. Morbilidad materna extrema según enfermedad específica

Enfermedad específica	N°	%
PES- Eclampsia	22	84,6
Shock hipovolémico	4	15,3
Shock séptico	0	0
Total	26	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 03, se presenta los resultados obtenidos según enfermedad específica, encontrándose que la PES – eclampsia presenta el mayor porcentaje (84,6%), seguido por un 15,3% por Shock Hipovolémico y no se encontró ningún caso de shock séptico durante el periodo de estudio. Para la FLASOG la primera causa más importante es la enfermedad hipertensiva de la gestación, seguida por la hemorragia puerperal y por último la sepsis. Al respecto el ASIS y la oficina de estadística del hospital regional docente de Cajamarca; para Cajamarca la primera causa de morbilidad materna son los trastornos hipertensivos por ende son enfermedades que van a generar más complicaciones a la gestante. Estas patologías que se presentan son por causas obstétricas por lo cual son prevenibles si se detectan a tiempo, pero por el descuido o la falta de interés de la paciente sobre su salud puede llegar a presentar estas complicaciones graves.

Tabla 04. Morbilidad materna extrema según falla orgánica

Falla orgánica	N°	%
Vascular	1	3,7
Renal	1	3,7
Hepática	3	11,1
Vascular y hepática	3	11,1
Respiratoria y coagulación	1	3,7
Vascular y renal	1	3,7
Renal y hepática	1	3,7
Renal y coagulación	1	3,7
Vascular, renal y hepática	4	14,8
Vascular, coagulación y hepática	2	7,4
Vascular, renal, coagulación y hepática	6	22,2
Vascular, renal, cerebral, coagulación y hepática	3	11,1
Total	27	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 04, el mayor porcentaje fue para las que presentaron cuatro fallas orgánicas 22% (falla vascular + renal + coagulación + hepática), seguido por las que presento tres fallas orgánicas 14,8% (falla vascular + renal + hepática).

La preclampsia severa presenta el mayor porcentaje en el criterio de enfermedad específica, además va de la mano con el criterio de falla orgánica, la cual es la causa que provoca daño multiorgánico además es la causante de generar complicaciones graves como eclampsia, Síndrome de Hellp, los cuales afectan a diferentes órganos como: vascular, hepático, renal, coagulación y en los peores casos un daño cerebral. Esto se puede observar claramente en los resultados de esta investigación.

Tabla 05. Morbilidad materna extrema según manejo instaurado en la paciente

Manejo instaurado en la paciente	N°	%
UCI	6	46,2
Cirugía	2	15,4
Transfusiones	4	30,8
UCI + Cirugía + transfusiones	1	7,7
Total	13	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 05, el mayor porcentaje es para las pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos "UCI", seguido por las transfusiones y el menor porcentaje para las pacientes que necesitaron un procedimiento quirúrgico de emergencia diferente al legrado, parto o cesárea practicados para el manejo de una complicación obstétrica, en este caso una histerectomía parcial o total.

El criterio de manejo instaurado en la paciente con morbilidad materna extrema indica que la paciente estuvo al borde de la muerte o que presentaba una situación crítica para ingresar a UCI, esta unidad crítica evidencia las complicaciones más graves a la cual puede llegar el paciente producto de: la poca responsabilidad que tiene la paciente sobre su salud, la demora en la atención del personal de salud, o de las complicaciones netamente obstétricas.

Tabla 06. Demora tipo I y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Demora tipo I: toma de decisión		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
Conoce signos y síntomas de alarma.	Si	10	33,3	73	79,3	83	68,0	0,000
	No	20	66,7	19	20,7	39	32,0	
Reconoce la situación de riesgo.	Si	8	26,7	68	73,9	76	62,3	0,000
	No	22	73,3	24	26,1	46	37,7	
Persona que reconoció el problema.	Ud. Misma	8	26,7	64	69,6	72	59,0	0,000
	Su pareja	4	13,3	6	6,5	10	8,2	
	Otros	18	60	22	23,9	40	32,8	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 06, el 32% no conocen los signos y síntomas de alarma, sin embargo, al comparar el 66,7% son con morbilidad materna extrema frente al 20,7% sin morbilidad materna extrema. El 37,7% no reconoció que la situación que presentaban era de riesgo. Pero al comparar tenemos que el 73,3% corresponde las con morbilidad materna extrema frente al 26.1% sin morbilidad materna extrema. Y por último el 59% indican que ellas mismas reconocieron el problema, no obstante, destacan las sin morbilidad materna extrema (69,9%) frente al 26.7% con morbilidad materna extrema, asimismo el 32,8% indican que fueron otras personas quienes reconocieron el problema, de este porcentaje el 60% corresponde a las con morbilidad materna extrema frente al 23,9% sin morbilidad materna extrema.

Al relacionar la demora tipo I y la morbilidad materna extrema (según la prueba de Chi cuadrado) podemos resaltar que si existe relación altamente significativa. Indicando que la población con morbilidad materna extrema presentó la demora tipo I, desconociendo los signos y síntomas de alarma o peligro, lo cual impide reconocer el peligro que presentan, llegando a que otras personas reconozcan el problema. Además, en la tabla 02 indica presentan una educación básica, lo cual

impide que reciban y captar información dada en su puesto de salud, convivientes uniones recientes o forzadas que generan un control tardío del embarazo, procedencia zona rural, distancia que impide que se controlen de manera frecuente, factores que contribuyen para presentar la demora tipo I.

Tabla 07. Demora tipo II y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Demora tipo II. Toma de Decisión		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%	N	%	
¿Demoro en buscar ayuda?	Si	21	70	24	26,1	45	36,9	0,00
	No	9	30	68	73,9	77	63,1	
Motivo de demora	1. No sabía que tenía que consultar rápidamente.	15	50	13	14,1	28	23	0,00
	2. Estaba sola y no tenía como pedir ayuda.	1	3,3	5	5,4	6	4,9	
	3. No tenía dinero para desplazarme.	1	3,3	2	2,2	3	2,5	
	1 y 2	0	0	2	2,2	2	1,6	
	1 y 3	1	3,3	0	0	1	0,8	
	2 y 3	1	3,3	1	1,1	2	1,6	
	1, 2 y 3	2	6,7	1	1,1	3	2,5	
Comunicó sobre su estado de salud	Si	22	73,3	78	84,8	100	82	0,157
	No	8	26,7	14	15,2	22	18	
Persona que decidió llevarla.	Ud. misma	8	26,7	48	52,2	56	46	0,012
	Pareja	8	26,7	25	27,1	33	27	
	Otros	14	46,6	19	20,7	33	27	
Experiencia negativa	Si	7	23,3	7	7,6	14	11,5	0,015
	No	23	76,7	85	92,4	108	88,5	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 07, el 36,9% de la población demoraron en buscar ayuda, sin embargo, al comparar el 70% son con morbilidad materna extrema frente al 26,1% sin morbilidad materna extrema. Al preguntar el motivo de la demora el 23% no sabían que tenían que consultar rápidamente, pero al comparar el 50% son con morbilidad materna extrema frente al 14,1% sin morbilidad materna extrema. El 18% no logro comunicar sobre su estado de salud, al comparar el 26,7% son con morbilidad materna extrema, frente al 15,2% sin morbilidad materna extrema. El 46% fueron ellas mismas quienes tomaron la decisión de ir al puesto de salud, sin embargo, el mayor porcentaje son para sin morbilidad materna extrema (52,2%) frente al 26,7% con morbilidad materna extrema. Asimismo, el 27% indico que fue otra persona quien tomó la decisión, el mayor porcentaje corresponde para con morbilidad materna extrema (46,6%) frente al 20,7% sin morbilidad materna extrema. Y por último 11,5% presentó una experiencia negativa, al comparar el 23% con morbilidad materna extrema frente al 7,6% sin morbilidad materna extrema.

Cuatro de los cinco ítems de la demora tipo II presentaron un valor estadístico significativo (excepto el ítem de si comunico sobre su estado de salud), indicando que si hay relación entre la morbilidad materna extrema y la demora tipo II.

La decisión de buscar ayuda es la segunda barrera que debe vencer una mujer, pero el estatus y la autonomía de la mujer puede afectar en la decisión de pedir ayuda, porque en algunas comunidades de Cajamarca las mujeres no pueden tomar por sí solas, sino que son terceras personas que deciden por ella. Las experiencias negativas en los servicios de salud o la reputación de estos son un factor clave, porque pueden generar que las personas no busquen ayuda rápidamente o no lo hagan en absoluto, si piensan que los servicios son de mala calidad.

Tabla 08. Demora tipo III y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Demora tipo III: Accesibilidad		Morbilidad Materna Extrema				Total		p
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%	N	%	
Demora en llegar al puesto de salud.	Si	17	56,7	31	33,7	48	39,3	0,025
	No	13	43,3	61	66,3	74	60,7	
Existencia de carretera.	Si	17	56,7	83	90,2	100	82	0,00
	No	13	43,3	9	9,8	22	18	
Falta de movilidad.	Si	12	40	23	25	35	28,7	0,115
	No	18	60	69	75	87	71,3	
Pagó algún servicio.	si	1	3,3	8	8,7	9	7,4	0,329
	No	29	96,7	84	91,3	113	92,6	
Comunicó al puesto de salud.	Si	6	20	35	38	41	33,6	0,069
	No	24	80	57	62	81	66,4	
Disponibilidad de ambulancia.	Si	22	73,3	68	73,9	90	73,8	0,21
	No	8	26,7	24	26,1	32	26,2	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 08, el 39,3% presentaron la demora en llegar al establecimiento de salud, sin embargo, al relacionar el 56,7% son con morbilidad materna extrema frente al 33,7% sin morbilidad materna extrema. El 18% indican que no existen carreteras desde su casa hasta el establecimiento de salud, sin embargo, el porcentaje mayor es para las con morbilidad materna extrema (43,3%) frente al 9,8% sin morbilidad materna extrema. El 7,4% tuvo que pagar algún servicio, al relacionar los resultados se muestran de manera similar para ambos grupos. El 66,4% no comunicaron a su puesto de salud sobre su problema, al comparar las poblaciones el 80% son con morbilidad materna extrema frente al 62% sin morbilidad materna extrema. Por último, el 26,2% indica que no estuvo disponible la ambulancia para su traslado, resultados son similares para ambos grupos de estudio.

Solo los dos primeros ítems de la demora tipo III presentan un valor significativo (demora en llegar al establecimiento y la existencia de carreteras). Indicando que si existe una breve relación entre morbilidad materna extrema y la demora tipo III.

Estos resultados nos dan a conocer que la paciente con morbilidad materna extrema si presenta la demora tipo III en comparación con solo los pacientes sin morbilidad materna extrema, siendo las principales dificultades la falta de existencia de carreteras consigo la falta de movilidad y la falta de comunicación con el establecimiento de salud. Un 76,7% de las pacientes con morbilidad materna extrema viven en la zona rural, además presentan un ingreso económico bajo, barreras que contribuyen para presentar esta demora. Los principales factores para también están relacionados con: la distancia, ya que muchas personas no toman la decisión de buscar atención médica por las largas distancias, servicios de salud alejados, lo que significa dejar a su familia, asociadas a la falta de transporte, a los caminos en mal estado, gastos en el transporte, en la estancia y en la compra de medicamentos o exámenes desmotivan a la paciente o simplemente están fuera del alcance de familia (bajo nivel socioeconómico) lo cual impide la búsqueda de atención oportuna.

Tabla 09. Demora tipo IV y su relación con la Morbilidad materna Extrema de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca

Demora tipo IV. Calidad de atención		Morbilidad Materna Extrema				Total		P
		Con MME		Sin MME		N	%	
		N°	%	N	%			
Demora en la atención.	Si	9	30	17	18,5	26	21,3	0,181
	No	21	70	75	81,5	96	78,7	
Personal que le brindo atención.	Médico	3	10	4	4,3	7	5,7	0,021
	Obstetra	12	40	64	69,6	76	62,3	
	Técnico	2	6,7	3	3,3	5	4,1	
	Médico, obstetra y enfermera	4	13,3	11	12	15	12,3	
	Médico y Obstetras	7	23,3	6	6,5	13	10,7	
	Obstetra y enfermera	0	0	3	3,3	3	2,5	
Explicaron las complicaciones.	Si	23	76,7	81	88	104	85,2	0,127
	No	7	23,3	11	12	18	14,2	
Dificultad al acceso al SIS.	Si	10	33,3	26	28,3	36	29,5	0,597
	No	20	66,7	66	71,7	86	70,5	
Referida.	Si	28	93,3	83	90,2	111	91	0,805
	No	2	6,7	9	9,8	11	9	
Compro medicamentos.	Si	2	6,7	6	6,5	8	6,6	0,978
	No	28	93,3	86	93,5	114	93,4	
Total		30	100	92	100	122	100	

Fuente: ficha de recolección de datos.

En la tabla 09, para el 21,3% de la población demoraron en ser atendidas en el establecimiento de salud, sin embargo, al comparar el 30% son con morbilidad materna extrema frente al 18,5% sin morbilidad materna extrema. La población de estudio indicó que 62,3% fue atendido por el personal de obstetricia, al hacer la comparación en ambos grupos tenemos que la atención mayoritaria es para sin morbilidad materna extrema frente a las con morbilidad materna extrema. El 14,2% indicó que no les explicaron sobre las complicaciones que presentaban, al comparar el 23,3% son con morbilidad materna extrema frente al 12% sin morbilidad materna extrema.

Al procesar la información sobre si existió dificultad al acceso al SIS los resultados dan a conocer que solo 29,5% presentaron esta dificultad, al comparar el 33,3% corresponde a con morbilidad materna extrema frente al 28,3% sin morbilidad materna extrema. Como últimos ítems de la demora tipo IV sobre si la paciente fue referida o tuvo que comprar medicamentos los resultados fueron similares para ambos grupos de estudio.

En esta tabla solo el de la demora tipo IV presentan un valor significativo es; personal que brindo la atención con un valor estadístico donde (p=0,021). Cada puesto de salud según su nivel de

complejidad indica que personal de salud se debe encontrar, pero desde un FONP se cuenta con un médico, obstetra, enfermera y técnico, los resultados de la investigación indican personal de salud que atiende no es el capacitado, pues solo al 40% de las pacientes con MME fueron atendidas por el personal de obstetricia. Además, la mayoría de las pacientes tiene un seguro (SIS) indicando que no es impedimento para ir a un establecimiento de salud y tratar su enfermedad a tiempo.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la morbilidad materna extrema es de 1 a 4 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca.
2. Las características principales de las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema son: encontrarse en una edad biológicamente segura entre 20 y 35 años, procedencia rural, educación básica (primaria o secundaria), convivientes y un ingreso económico bajo.
3. La morbilidad materna extrema según los criterios de inclusión es:
 - Enfermedad específica, el 84,6% destacó preeclampsia severa – eclampsia.
 - Según falla orgánica el 22,2 % presentaron cuatro fallas orgánicas las cuales son: falla vascular + renal + coagulación + hepática.
 - Manejo instaurado en la paciente, recalcó que el 46,2% fue el ingreso a UCI.
4. La relación entre la morbilidad materna extrema y las demoras son:
 - Existe relación altamente significativa entre la demora tipo I y la morbilidad materna extrema, indicando el desconocimiento de los signos y síntomas de peligro durante el embarazo parto o puerperio.
 - Existe relación significativa entre la demora tipo II y la morbilidad materna extrema, indicando la demora en tomar la decisión de acudir a un establecimiento de salud, además indican que no sabían que tenían que consultar rápidamente lo cual conlleva a que terceras personas decidieran llevarla al puesto de salud, sin embargo, las experiencias negativas también retrasaron esta decisión.
 - Existe relación significativa entre la demora tipo III y la morbilidad materna extrema. Pues indican que las mujeres demoraron en llegar al establecimiento de salud por la lejanía e indicando que la existencia de carreteras también puede intervenir para presentar este tipo de demora.
 - Existe relación significativa entre la demora tipo IV y la morbilidad materna extrema. Los resultados indicaron que el personal de salud no fue el capacitado para brindar dicha atención en la emergencia dada.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la salud (OMS). Temas de Salud: Salud Materna. 2017.[fecha de consulta 12 may 2017] Disponible en: http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
2. Organización mundial de la salud (OMS), análisis de la mortalidad materna.2016. [fecha de consulta 16 may 2017] Disponible en: <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. Ospina M.M., Martinez D.M., Pacheco G.O., Quijada B.H., Protocolo de vigilancia en salud pública "Morbilidad materna extrema".INS Colombia. 2016. Vo2.
4. Instituto Nacional de Salud. Morbilidad Materna extrema Protocolo de Vigilancia en Salud pública. Colombia.2014.Vo1. [fecha de consulta 25 may 2017] Disponible en: http://www.ipsunipamplona.com/es/images/sampled_data/sivigila_2015/protocolo.
5. Gobierno Regional de Cajamarca, Dirección Regional de Salud, Oficina de epidemiología. Análisis de situación de salud-ASIS, 2015. Cajamarca.
6. Hospital Regional de Cajamarca. Oficina de estadísticas epidemiológicas. Estadística 2016.morbilidad materna en el servicio de Gineco-obstetricia.2016
7. Díaz P.J., Lozano A.S, Acta Medica Orreguiana Hampi Runa, 2015, ene-jun. Vol 15. Peru. La libertad.
8. Ministerio de Salud, MINSA, salud materna -Maternidad responsable, [fecha de consulta 20 may 2017], disponible en:https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7