



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Factores asociados a la morbilidad materna extremadamente grave y percepción de las gestantes sobrevivientes en un Hospital público 2021.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Aviles Mendez, Kerly Marisol (orcid.org/0000-0002-8835-9979)

ASESOR:

Dr. Vladimir Roman, Gutierrez Huancayo (orcid.org/0000-0002-2986-7711)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA - PERÚ

2023

Dedicatoria

A mis padres Olga y Luis quienes me han acompañado con amor y paciencia en todo momento, y han forjado en mi perseverancia y empeño con su ejemplo, esfuerzo y sacrificio, a mi hijo Liam por ser mi más grande motivación para cumplir esta meta profesional y ayudarme a descubrir mi fortaleza.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a Dios por haberme permitido de su mano y la de mi familia, dar un peldaño en mi carrera académica. A mis padres e hijo por confiar en mí y ser mi apoyo perenne aun en mis días duros.

A la Universidad Cesar Vallejo y los docentes que sembraron en mí sus conocimientos y acompañaron en mi formación académica, de manera especial a mi tutor del proyecto de investigación el Dr. Vladimir Gutiérrez Huancayo, quien me ha guiado con sabiduría y paciencia en el proceso de la tesis.

Extiendo mi agradecimiento al Establecimiento donde realice el estudio de investigación, por permitirme desarrollar el trabajo y por brindarme las herramientas necesarias durante el proceso; así como también agradezco a mis compañeros de trabajo: Dr. Oscar Decker por compartir sus conocimientos epidemiológicos e investigativos y Lic. Gabriela Salazar por haber creído en mí y guiado durante la realización de mi tesis de manera generosa.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	v
Índice de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	26
3.1. Tipo y diseño de investigación	26
3.2. Variables y operacionalización	26
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.4. Procedimientos	35
3.5. Método de análisis de datos	36
3.6. Aspectos éticos	36
IV. RESULTADOS	37
V. DISCUSIÓN	48
VI. CONCLUSIONES	54
VII. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS	56
ANEXOS	62

Índice de Tablas

Tabla 1. Detalle del instrumento 1	33
Tabla 2. Detalle del instrumento 2	33
Tabla 3. Detalle del instrumento 3	34
Tabla 4. Detalle del instrumento 4	34
Tabla 5. Factores de riesgo que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	37
Tabla 6. Factores sociodemográficos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	39
Tabla 7. Factores gineco-obstétricos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	41
Tabla 8. Comorbilidades preexistentes en las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	44
Tabla 9. Percepción de las gestantes sobrevivientes a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	45

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema del tipo de investigación mixta	26
Figura 2. Factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021	38
Figura 3. Factores sociodemográficos que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	40
Figura 4. Factores gineco-obstétricos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	42
Figura 5. Patologías gineco-obstétricas asociadas a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	43
Figura 6. Comorbilidades preexistentes en las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	44

Resumen

Este proyecto tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, para ello se empleó una metodología analítica de casos y controles, enfoque mixto, diseño no experimental con alcance descriptivo, transversal y participativo, en el proceso de la recolección de datos se utilizó como técnica a la revisión y auditorias de historias clínicas de gestantes y puérperas con MMEG atendidas durante el periodo enero a diciembre 2021 para la fase cuantitativa, mientras que en la fase cualitativa se usó la entrevista, la muestra estuvo conformada por 135 casos de MMEG y 270 controles mediante un muestreo probabilístico aleatorio; los instrumentos de recolección de datos se elaboraron según las variables de estudio. Para el análisis estadístico se utilizó la razón de productos cruzados con intervalo de confianza de 95% y la prueba de X². Resultados: Los factores sociodemográficos no tuvieron mayor significancia en la morbilidad materna extremadamente grave, mientras que los factores gineco-obstétricos estadísticamente tuvieron resultados significativos como la hipertensión gestacional [OR 3,20], síndrome de HELLP [OR 2,27], hemorragia postparto secundaria [OR 2,20], primiparidad [OR 1,57] y las comorbilidades metabólicas [OR 1,21]. Conclusión: La primiparidad y algunas patologías gineco-obstétricas fueron los principales factores de riesgo asociados a morbilidad materna extremadamente grave. Se recomienda la implementación de estrategias enfocadas en la identificación oportuna de gestantes con mayor probabilidad de morbilidad materna extremadamente grave, con la finalidad de brindar un manejo y tratamiento oportuno.

Palabras clave: *Morbilidad materna extremadamente grave, factores de riesgo, percepción.*

Abstract

The objective of this project was to determine the risk factors associated with extremely severe maternal morbidity in a public hospital, for which an analytical methodology of cases and controls was used, a mixed approach, a non-experimental design with a descriptive, cross-sectional and participatory scope. In the data collection process, the review and audits of medical records of pregnant and postpartum women with MMEG treated during the period January to December 2021 for the quantitative phase were used as a technique, while in the qualitative phase the interview was used. The sample consisted of 135 cases of MMEG and 270 controls through random probabilistic sampling; the data collection instruments were prepared according to the study variables. For the statistical analysis, the ratio of cross products with a confidence interval of 95% and the X² test were used. Results: Sociodemographic factors did not have greater significance in extremely severe maternal morbidity, while gynecologic-obstetric factors had statistically significant results such as gestational hypertension [OR 3.20], HELLP syndrome [OR 2.27], postpartum hemorrhage. secondary [OR 2.20], primiparity [OR 1.57] and metabolic comorbidities [OR 1.21]. Conclusion: Primiparity and some gynecological-obstetric pathologies were the main risk factors associated with extremely serious maternal morbidity. The implementation of strategies focused on the timely identification of pregnant women with a higher probability of extremely severe maternal morbidity is recommended, in order to provide timely management and treatment.

Keywords: *Extremely severe maternal morbidity, risk factors, perception.*

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la morbilidad materna extrema o extremadamente grave (MMEG) se conceptualiza al estado en que una gestante o puérpera presenta una complicación que la lleva cerca de fallecer, y sobrevive a esta; escenario que puede darse en la gestación, aborto, parto y puerperio (OMS, 2017).

Existen varios factores de riesgo que pueden desencadenar a patologías que ubican en riesgo la vida de la gestante y el producto, varios de estos factores, pueden ser identificados e intervenidos de manera efectiva ya muestran relación con el ámbito sociocultural, reconociendo las deficiencias en cuanto al conocimiento acerca de los signos de alarma durante la gestación y postparto, los controles durante el embarazo y su importancia, por lo tanto las intervenciones en promoción y prevención en salud, son esenciales en la captación a tiempo de mujeres con mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas al cuidado durante la gestación y puerperio, estas medidas son de aporte en la disminución de severidad de MMEG (Sanabria et al., 2019).

El vínculo entre la muerte y la morbilidad materna, forman parte de indicadores que permiten evaluar la calidad y efectividad en el cuidado Gineco-obstétrico, mediante las auditorias se obtiene la oportunidad de reconocer factores contributivos y acciones inseguras en la atención de pacientes gestantes con morbilidades que amenazan la vida de la paciente, y buscar mejoras para evitar su ocurrencia en la atención de pacientes gestantes (Mateus, 2016).

La OMS, establece como parte de la definición de la MMEG, a tres tipos de criterios, el uno está relacionado a una patología específica, otro de acuerdo a las intervenciones o procedimientos y por último el criterio basado en la pérdida de función sistémica u orgánica, los criterios forman parte de la identificación de casos de MMEG a nivel mundial, en lo que respecta a la notificación y seguimiento, para llevar un mejor manejo y control de la muerte materna, tomando en consideración la intervención a través de los sistemas de vigilancia de morbimortalidad materna, mediante la

intervención de los Comités de Muertes evitables en los casos de gestantes con MMEG que son identificadas a tiempo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2021, reportó entre las complicaciones de MMEG que más prevalecieron, a las hemorragias, sepsis y trastornos hipertensivos durante el periodo de gestación y puerperal; la evitabilidad de la muerte ocasionada por complicaciones o criterios de morbilidad extrema, son resultados de las acciones generadas por el sistema de salud, por lo que en la región de Latinoamérica se ha llegado a mantener durante el año 2016 una tendencia de reducción de mortalidad materna del 18,1% de la razón de morbilidad materna, sin embargo existen brechas en lo que respecta a la situación problemática de la morbilidad materna extrema, para lo cual es fundamental reconocer los factores que conllevan a esta, y contribuir con medidas que aporten a la disminución de las tasas de MMEG y MM (OMS, 2021).

De acuerdo a la investigación realizada por Hernández y Au-Fonseca (2019), se detalla las tasas de MMEG por continentes, la cual se muestra en constante variación, en los países bajos y medianos se evidencia una tasa superior en comparación a otras regiones, en América Latina la tasa de MMEG varió en 4,9% , 5,1% en Asia y en África 14,9%; en los países de mayores ingresos como Europa la tasa es de un 0.8% y 1.4% en Norteamérica, esta relación de porcentajes permite evidenciar la diferencia entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, además de la importancia de un sistema de vigilancia continuo de MMEG, para reducir las tasas de muerte materna, siendo esta la principal razón de este indicador.

La razón de mortalidad materna en Ecuador entre el año 2007 al 2020, ha presentado cambios, en el año que presentó una variación más alta fue en el 2011, con un 70,4, y en los años consiguientes disminuyeron llegando al 2019 con una RMM del 37,0 por cada 100.000 nacidos vivos, con un registro de 123 muertes maternas, en el 2020 se registraron 191 muertes maternas, representando una RMM 57,6 (INEC, 2021)

De acuerdo a los datos obtenidos de la Gaceta Epidemiológica en Muerte Materna publicada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021), entre las principales morbilidades asociadas a muertes maternas en el año 2020, estuvieron los trastornos hipertensivos con un 26%, hemorragias obstétricas con 7,87%, sepsis el 10,24% y el 42,51% de causas indirectas, las provincias que más representan MM eran Guayas, Manabí y Pichincha.

Existen otros estudios, en los cuales parte de las pacientes vinculan su experiencia como gestantes sobrevivientes a la MMEG, a los servicios asistenciales y la respuesta ante su evento en los niveles de atención, además de las condiciones sociales, familiar y cultural; por lo que la percepción de las gestantes sobrevivientes representa una oportunidad para obtener hallazgos en la identificación de factores predisponentes a morbilidad materna extrema, tener una referencia de la atención de salud y conocer el afrontamiento y perspectiva actual de las usuarias respecto al embarazo. (2019)

El lugar donde se realizó la presente investigación fue el Hospital Universitario de Guayaquil, pertenece a la Red Pública de establecimientos de salud y brinda atención referencial por ser de tercer nivel, mayoritariamente a pacientes gineco-obstétricos, cuenta con una amplia cartera de servicios con diversas especialidades y áreas hospitalarias, en el año 2021 se notificaron 158 casos de embarazadas y puérperas con morbilidades extremadamente graves, de las cuales 10 terminaron en muerte, incrementando los indicadores de MMEG, lo cual crea interés en analizar los factores asociados al desarrollo de MMEG en gestantes, si va más allá de la atención de calidad y la efectividad de la vigilancia epidemiológica en un establecimiento de salud, la promoción de salud o las condiciones sociodemográficas de la población de estudio, además de la relación que existe entre la percepción de las gestantes sobrevivientes y los factores de riesgo de MMEG.

De acuerdo a lo expuesto, se desarrollaron interrogantes según la problemática planteada: ¿Cuáles son los factores que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave, en un hospital público, 2021?; entre los problemas específicos se detallan, 1. ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos de mayor incidencia,

asociados a la morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021?; 2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos principales, que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021?; 3. ¿Qué tipo de comorbilidades se asocian al riesgo de morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021?; 4. ¿Cuál es la percepción de las gestantes sobrevivientes sobre la experiencia ante un evento de morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021? (**Anexo 1**).

La muerte materna es una problemática de salud pública de gran magnitud en Ecuador, gran parte de ellas son consideradas evitables, por lo que es importante implantar en los establecimientos de salud, estrategias efectivas que aporten en la reducción de la mortalidad materna-neonatal, tomando en relación las morbilidades de las gestantes.

La morbilidad materna extremadamente grave, actualmente es reconocida como un indicador que permite medir el nivel de calidad en las atenciones gineco-obstétricas, aportando información sobre la magnitud, severidad y efectividad, en relación a casos de gestantes con complicaciones que amenazan la vida, tomando referencia a las embarazadas sobrevivientes y muertes maternas. Esta problemática de gran magnitud en Ecuador, está asociada mayormente a causas evitables, por lo que es importante implantar en los establecimientos de salud, estrategias efectivas que aporten en su prevención, de esta manera se reduciría el índice de los casos de MMEG sino también las muertes de estas mujeres.

La justificación práctica del presente estudio, se basa en el alto índice de casos de pacientes con morbilidad materna extremadamente grave atendidas en el establecimiento de salud, buscando a través de un análisis de casos y controles determinar los factores de riesgo que se asocian a los casos, entre los cuales están los sociodemográficos, gineco-obstétricos y comorbilidades, además de la relación que existe entre varios factores y la percepción de las pacientes sobrevivientes; la justificación teórica se basa en el abordaje de los criterios de MMEG, las complicaciones y principales causas y factores de la morbilidad materna extrema,

dentro de la justificación social contribuye con hallazgos significativos para posteriores estudios, promover criterios de mejoramiento continuo en la calidad de atención gineco-obstétrica orientados en la reducción de los indicadores de calidad de MM y MMEG, a través de estrategias o intervenciones que modifiquen los factores tanto directos o indirectos según los resultados que se obtuvieron en este estudio investigativo.

Para el objetivo general de la actual investigación se consideró el determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021. Para los objetivos de tipo específico se estudiaron los detallados a continuación: 1. Describir los factores sociodemográficos que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021; 2. Caracterizar los factores gineco-obstétricos que intervienen en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021; 3. Identificar el tipo de comorbilidades preexistentes que predominan en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021; 4. Analizar la percepción de las gestantes sobrevivientes a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021 (**Anexo 1**).

II. MARCO TEÓRICO

En este apartado, se considera conveniente resaltar algunos estudios que guardan relación con las respectivas variables de esta investigación, los factores asociados a MMEG que pueden conllevar al deceso de la mujer durante la gestación, parto y postparto; a continuación, se realiza una descripción de los aspectos más relevantes de investigaciones del contexto internacional y nacional.

Corrales y col. (2022) en su investigación «Determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019», cuyo propósito fue describir los determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema en la población de estudio, para lo cual se aplicó metodología mixta, observacional descriptiva, utilizaron datos del sistema de vigilancia de epidemiología y entrevistas semi estructuradas, teniendo como resultado: que la edad promedio en las féminas atendidas fue de 24 años, el 69,7% viven en sector rural y en unión libre 68,7%; el 38% presentó un bajo nivel de educación mientras que el aproximado de controles prenatales fue de 3,5 lo cual se enlaza con la demora de iniciar los controles (68.7 %) además que el 56.2% son primigestas, a ello se le suman carencias relacionadas con la calidad de supervivencia como barreras administrativas a seguros médicos y pobreza, concluyendo que los principales determinantes para la ocurrencia de la morbilidad materna es el bajo nivel de instrucción, procedencia rural, gestante joven, etnia y estado conyugal.

Calle y col. (2022) realizaron un estudio en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado titulado «Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia», con el objetivo de determinar los perfiles de morbilidad materna extrema según las condiciones sociodemográficas y clínicas de pacientes venezolanas y colombianas. Emplearon en su investigación un diseño metodológico observacional, retrospectivo y transversal, la muestra fue de 29 gestantes venezolanas y 300 colombianas. Entre los hallazgos se identificó que el promedio de edad en las colombianas fue de 27 y en las venezolanas fue 26 años. Los factores de tipo sociodemográfico en las colombianas fueron residencia urbana con el

87,7%, nivel de educación secundario en el 66,7%, eran amas de casa en el 51,7%, unión libre en el 62,3% y nivel socioeconómico bajo en el 80,7%; mientras que las venezolanas, procedencia urbana con el 93,1%, nivel de educación secundario con el 62,1%, eran amas de casa en el 75,9%, unión libre en el 58,6% y nivel económico medio con el 58,6%. Entre los factores clínicos y de salud materna, se evidenció en las colombianas, reconocimiento oportuno de signos de alarma con el 77,3% y entre las comorbilidades, la obesidad en el 24,3%, hipotiroidismo en el 9%, hipertensión arterial en el 8% y diabetes con el 5,3%; mientras que en las venezolanas, reconocimiento correcto de signos de alarma en el 58,6% y entre las comorbilidades, la obesidad con el 13,8%, hipertensión arterial en el 13,8% y diabetes en el 3,4%; por último, entre los factores gineco-obstétricos en las colombianas, eran primigestas en el 48,3%, nulíparas en el 42% y el diagnóstico de MME fue preeclampsia con el 4,3%; en venezolanas, se aprecia que tenían menos de 3 hijos en el 48,3%, eran nulíparas en el 51,7% y el principal diagnóstico de MME fue la hemorragia obstétrica con el 41,4%. Se concluye que las variables sociodemográficas influyen en la morbilidad materna extrema de las gestantes del estudio.

Chávez y Acosta (2022) realizó una investigación cualitativa denominado «Calidad de vida percibida y significados de la experiencia de morbilidad materna extrema en mujeres colombianas» con el objetivo de comprender los significados de sobrevivientes a MME de acuerdo a sus experiencias e influencia cotidiana. Se empleó como muestra a 5 pacientes, realizando entrevista semiestructurada como herramienta para recopilar información. Como resultados, se evidenció que las entrevistadas manifiestan la experiencia de MME como un sufrimiento que valió la pena debido a sus significados en cada etapa, en el embarazo lo perciben como un suceso que amerita de compañía, las complicaciones representan angustia por la separación con sus hijos y el gran valor de la vida luego de estar casi en la muerte.

En la investigación realizada por Alfonso y col. (2021), sobre «Caracterización de gestantes que dieron a luz en el año 2016 en el Hospital de La Samaritana, Bogotá DC, Colombia», con el fin de caracterizar a las gestantes que recibieron atención en el Hospital de Samaritana, considerando la parte sociodemográfica y clínica, buscando

identificar factores comunes que puedan intervenir, mediante un estudio transversal, se realizó el análisis de 785 expedientes clínicos de embarazadas con edad gestacional > 24 semanas, obteniéndose datos relacionados con las variables cuantitativas y cualitativas, mediante un análisis multivariado, entre los resultados se muestra que un 47,51% de las embarazadas tenían un nivel de educación deficiente o bajo, 34,39% correspondían al porcentaje de madres solteras, el 32,10% presentaban alguna comorbilidad antes de su gestación y 5,85% control prenatal insuficiente. La proporción de partos prematuros fue de 23,6 (IC 95%: 20,63%-26,69%). Concluyendo que la población de embarazadas atendidas, fueron principalmente mujeres jóvenes, provenientes de sectores donde no existía un fácil acceso al sistema de salud, lo cual se vio reflejado en la falta de controles prenatales, a esto se suma el bajo nivel de escolaridad. Esta población de gestantes presenta una alta tasa de morbilidad materna severa y mortalidad materna, en relación con el valor referencial en Colombia, por lo que priorizar en intervenciones educativas o para disminuir los factores de riesgos identificados en esta población, prevendría o evitaría desenlaces maternos adversos.

Hernández y Au-Fonseca (2019) realizaron el estudio «Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica», con el objetivo de caracterizar la mortalidad materna y morbilidad materna extrema en el Hospital Tshilidzini, Sudáfrica con una muestra de 21 muertes maternas y de 145 casos de morbilidad. La metodología empleada fue descriptiva y transversal; se describe como principales resultados: existe mayor morbilidad en gestantes adolescentes representado por el 30,3%, mientras que en añosas se registra mayor cifra de muertes con el 28,6%; no existe diferencias en la procedencia; las causas de morbilidad más frecuentes eran la eclampsia con el 35,9%, la preeclampsia severa con el 23,4% y la hemorragia posterior al parto con el 19,3%; las causas de mortalidad, la hemorragia postparto con el 42,9%, sepsis con el 28,6% y shock hipovolémico con el 23,8%. Se concluye que las causas de morbimortalidad eran prevenibles en la mayor parte de casos estudiados, correspondían a los trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas e infecciones severas.

Rangel y col. (2019) ejecutaron una investigación denominada «Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México» con el objetivo de analizar la percepción de mujeres sobrevivientes a MME en San Luis Potosí de México, con una muestra de 20 mujeres a través de un estudio biográfico y narrativo. Como resultados relevantes, se describe que las entrevistadas manifestaron que la morbimortalidad materna extrema representó algo cercano a la muerte, un evento rápido y fortuito, se vincularon con miedo e incredulidad sobre el futuro.

Jiménez y col. (2019) en el estudio nombrado «Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos» cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de morbilidad materna extrema en el establecimiento donde se realizó la investigación, en el que se aplicó metodología analítico, de casos y controles, observacional, cuyos resultados señalaron que entre los factores que predominaron en el desarrollo de la morbilidad materna extrema a la edad gestacional >36 semanas de gestación, parto quirúrgico, puerperio y comorbilidades preexistentes, el equivalente más importante se detalla al puerperio [OR 5,8, IC 95 % 1,9-17,4, p=0,002] y la comorbilidad [OR 2,1, IC 95 % 0,9-4,5, p=0,059], demostrando a estos factores como los que ocasionaron mayor riesgo en la morbilidad materna grave.

Herrera y col. (2019) desarrollaron un estudio titulado «Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira, Colombia» con la finalidad de determinar los factores que se asocian a la morbilidad materna por insuficiencia de controles prenatales, en la que se realizó metodología cuantitativo, no experimental, retrospectivo y descriptivo, con una muestra de 103 gestantes. Los principales resultados fueron: el 84% de las pacientes tenían procedencia urbana, el grupo de edades fue de 20 - 30 años con el 51%, eran primigestas en el 50%, registraban menos de 4 controles en el 36%, de ellas el 65% presentó preeclampsia. Con respecto al neonato, el 55% de las pacientes tuvieron neonatos de bajo peso. Se concluye que la no adherencia a la asistencia prenatal incide en la presentación de complicaciones maternas como la preeclampsia, o en el recién nacido, manifestándose con bajo peso.

Cecatti y col. (2019) publicaron un artículo titulado «Red para la Vigilancia de la Morbilidad Materna Severa: una poderosa colaboración nacional que genera datos sobre los resultados y la atención de la salud materna» con el objetivo de identificar los casos de morbilidad materna grave tanto en la gestación como en el parto. El diseño fue transversal multicéntrico con una muestra de 9555 casos de morbilidad materna grave registrados de 27 maternidades de referencia de Brasil. Entre los principales resultados: se presentó 140 muertes y 770 casos de cuasi accidentes maternos; siendo la principal causa, los trastornos hipertensivos. Los autores manifestaron que el 9,5% de las muertes se relacionaban a una complicación materna grave y que se requiere de políticas e intervenciones de salud para reducir el índice de morbimortalidad en la población obstétrica.

Loureiro y col. (2017) realizaron una investigación denominada «Aspectos sociodemográficos y obstétricos de la morbilidad materna grave» cuyo objetivo fue identificar las características sociodemográficas, obstétricas y de salud en pacientes con morbilidad materna grave en un hospital de Brasil mediante una metodología descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 78 mujeres y utilizaron una herramienta para la recolección de información. Existieron resultados significativos entre ellos: las participantes se distribuían en gestantes (24,4%) y puérperas (75,6%), la edad promedio fue de 28,8 años y eran primigestas en el 35,9%. El diagnóstico principal fue la enfermedad hipertensiva con el 83,3% y otras morbilidades con el 16,7%; se evidencia que el 15,4% tuvo más de 1 criterio para la internación en la casa de salud y el 73% asistió a más de seis controles. Como conclusión, la causa principal fueron los trastornos hipertensivos a pesar de la asistencia prenatal adecuada.

Lisonkova y col. (2016) llevaron a cabo un estudio «Morbilidad materna y resultados perinatales entre mujeres en áreas rurales versus urbanas» cuyo propósito fue analizar la relación entre residencia rural y urbana con la morbilidad materna severa, morbilidad y mortalidad perinatal en Canadá. El estudio fue de cohorte prospectivo con datos obtenidos del periodo 2005- 2010. Los resultados exponen que existe una asociación significativa entre la morbimortalidad materna grave y la residencia rural (OR 1,15; IC 95% 1,03-1,28), principalmente las mujeres que habitan en el área rural presentaban

eclampsia (OR 2,70; IC 95% 1,79-4,08) y ruptura o dehiscencia uterina (OR 1,96; IC 95% 1,42-2,72) en relación a las mujeres del sector urbano. Los neonatos del área rural tenían mayor probabilidad de presentar morbilidad grave en relación al sector urbano (OR 1,14; IC 95% 1,02-1,29), nacimiento prematuro (OR 1,06; IC 95% 1,01-1,11) y puntuaciones bajas de Apgar (OR 1,24; IC 95% 1,13-1,31). Las mujeres de zonas rurales tienen mayor probabilidad de morbilidad materna y neonatal grave en relación al área urbana.

En el contexto nacional, se encontraron algunos trabajos que guardan relación con la temática, entre ellos:

En el estudio «Adolescentes embarazadas con morbilidad materna extrema en el Hospital Ángela Loayza de Ollague 2019-2020», realizado por Chiliquinga y col. (2021), cuyo objetivo fue describir los resultados perinatales y obstétricos en gestantes adolescentes con MME del hospital de estudio, para ello se aplicó una investigación retrospectiva, transversal y descriptiva, tras el análisis de expedientes clínicos de las 36 embarazadas que presentaron criterios de MME, teniendo mayor prevalencia la edad entre 15 a 19 años, que representan al 97,2%, entre las variables de estudio que corresponden al diagnóstico, complicaciones y tratamientos no hubo relación significativa, mientras que el 88,9 % tuvieron respuestas favorables a sus complicaciones debido a la acciones oportunas por parte del personal de salud. Se concluye destacando la importancia del diagnóstico y valoración de criterios en pacientes con MMEG, para la oportuna intervención de equipos multidisciplinarios que prevengan riesgos reproductivos en las madres y neonatos.

Moreno y col. (2019) realizaron una investigación titulada «Mortalidad Materna en Ambato, Ecuador durante el periodo 2005-2014» cuyo objetivo fue analizar la tendencia y magnitud de la muerte materna en el cantón Ambato durante el tiempo establecido a través de un diseño observacional, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 46 muertes maternas reportadas y 51947 recién nacidos. Entre los principales resultados, se detectó el significativo aumento de natalidad ($r=0.652$, $p=0.041$), con respecto a la razón de mortalidad materna durante

este periodo fue de 88.6 con inclinación a la disminución poco significativa ($r=0.12$ $p=0.743$) y la principal morbilidad vinculada a los decesos maternos fue el trastorno hipertensivo con el 41,5%, es decir 17 fallecimientos.

Una investigación realizada por Correa y col. (2017) denominada «Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica» con el objetivo de exponer los hallazgos sobre el análisis de los indicadores de calidad en la atención obstétrica de los Hospitales Enrique C. Sotomayor y Dr. Teodoro Maldonado Carbo mediante una metodología de revisión bibliográfica y actualización epistémica. Los autores revelan que los factores predictores de morbilidad obstétrica extremadamente grave de mayor era la exclusión social, el antecedente de hemorragia postparto y la gestación añosa; además, ellos manifiestan que existen criterios propios para el tamizaje oportuno de MMEG y la intervención temprana de las mujeres ingresadas en los servicios de cuidados intensivos.

Por último, Gaibor y col. (2017) realizaron un estudio denominado «Prevalencia de Near Miss en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo» con el objetivo de determinar la prevalencia de morbilidades maternas graves en este establecimiento de salud a través de datos estadísticos que permitan disminuir la muerte materna durante la gestación, parto y puerperio. La metodología investigativa fue de tipo observacional, descriptiva y de corte transversal mediante el análisis de 6379 historias clínicas de usuarias atendidas por cualquier causa obstétrica; estableciéndose una muestra de 55 expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Como principales resultados se evidenció que en los 55 casos de near miss, el 0,9% de casos sucedieron en el grupo de edades de 30 a 39 años y la causa de predominio fueron las convulsiones en el 34,5%, shock por hemorragia en el 32,7% y síndrome de HELLP en el 20%; el 55% de near miss se presentaron en el tercer trimestre, el 35% ingresó a unidades de cuidados intensivos y el 5,5%, es decir 3 pacientes fallecieron.

Con respecto a la conceptualización de las variables de estudio, la morbilidad materna extremadamente grave, factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos, las

comorbilidades y la percepción de las sobrevivientes, algunos autores abordan estos términos.

Para la OMS, la morbilidad materna extremadamente grave representa un indicador que incluye a las mujeres sobrevivientes luego de una complicación de alto riesgo durante el embarazo, labor de parto y puerperio que refleja la calidad integral de atención y los cuidados brindados al binomio madre-hijo (OMS, 2021)

Según la «Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología», la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) conlleva al mayor número de muertes lo que permite analizar factores de riesgo y la calidad de atención; por otro lado, una de las propuestas de la OPS consiste en su vigilancia epidemiológica para lograr “Disminuir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes”; es una de las metas del desarrollo del milenio (FLASOG, 2020).

El Comité de Mortalidad Materna FLASOG conceptualiza a la MMEG como una complicación severa en la gestación, parto o postparto que compromete la vida de la mujer y necesita una atención oportuna con el fin de prevenir su muerte (FLASOG, 2020).

La morbilidad obstétrica grave (MOG) se refiere a « una paciente embarazada o posparto, muy enferma, que, si no se trata adecuadamente, resultaría en la muerte» (Andreucci & Cecatti, 2021). Es seguro asumir que los mismos procesos de enfermedad que causan MOG están estrechamente relacionados con los que causan muerte materna (MM).

En la literatura médica se emplean diferentes criterios de inclusión en la selección de casos de MOG como disfunción aguda de órganos y sistemas, complicaciones obstétricas graves entre la semana 28 de gestación y los 42 días de puerperio, ingresos a las terapias intensivas de pacientes para recibir una transfusión sanguínea, y accidentes anestésicos (Sanabria et al., 2019).

En 1994, la Organización Mundial de la Salud, en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), definió la muerte materna como “el deceso o

fallecimiento de una mujer durante la gestación o dentro de un período de 42 días después de finalizar su embarazo, por cualquier causa que esté relacionada con la gestación o agravada por él o por las medidas adoptadas, pero no por causas accidentales o incidentales" (OMS, 2017).

Aunque catastrófica, la muerte materna es numéricamente rara en las regiones de altos ingresos. En los países en vías de desarrollo, aunque es más común, se encuentra dispersa y esporádica en numerosas instituciones de salud, lo que unido al subregistro complica y encarece los estudios epidemiológicos para determinar factores de riesgo y determinantes (Andreucci & Cecatti, 2021).

Las mujeres que sobreviven a complicaciones graves del embarazo han atraído el interés de investigadores y elaboradores de políticas públicas desde la década de 1990. Este grupo, conocido como maternal near miss (MNM), está conformado por mujeres que escaparon de la muerte tras una complicación aguda y grave del embarazo (Cecatti et al., 2019).

En 2019, la OMS estableció un grupo de trabajo técnico formado por obstetras, parteras, epidemiólogos y profesionales de la salud pública para desarrollar una definición estándar y criterios de identificación uniformes para los MNM. Desde entonces, este concepto se ha atribuido a los casos de mujeres que sobreviven a una complicación grave y potencialmente mortal durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores al parto y que cumplen con cualquiera de los criterios clínicos, de laboratorio o de manejo recomendados por la OMS (Sanabria et al., 2019).

La OMS recomienda que el enfoque de MNM se considere en los planes nacionales para mejorar la salud materna, porque los investigadores están de acuerdo en que los MNM representan un precursor prevenible de la mortalidad materna. Utilizando la misma clasificación, se pueden comparar países y regiones de un mismo país para ayudar a identificar deficiencias en el sistema de salud, mejorar la calidad de la atención durante el ciclo embarazo-puerperio y orientar estudios más recientes sobre el tema (Cecatti et al., 2019).

Según Barbosa y Col. (2019), otra estrategia para reducir los resultados maternos graves es la identificación de posibles fallas en la atención que el sistema de salud brinda a estas mujeres. Los estudios han demostrado que muchas embarazadas llegan a los servicios de salud en condiciones tan precarias que no pueden ser salvadas y que el tiempo necesario para recibir una atención adecuada es el factor más importante en su muerte.

Suponiendo que la mayoría de estos resultados sean prevenibles, pueden explicarse mediante el «*Modelo de las tres demoras*». Este modelo tiene como objetivo identificar cuando el cuidado materno falla en la creación de estrategias de prevención de la muerte. La primera demora ocurre cuando el paciente o sus familiares no pueden buscar atención, la segunda cuando el usuario tiene barreras en el acceso al establecimiento de salud después de decidir buscar atención y la tercera cuando los profesionales de la salud no pueden reconocer o iniciar la atención requerida a tiempo o cuando el establecimiento de salud carece de infraestructura adecuada (Cecatti et al., 2019).

Además, la mortalidad materna es un hecho que refleja la calidad del sistema de salud. Se aporta con otra conceptualización, la muerte materna directa que es el resultado de una complicación del embarazo, el parto o el manejo de las dos etapas, mientras que una muerte materna indirecta (IMD, en inglés) es un fallecimiento vinculado con la gestación en una paciente con una patología preexistente o desarrollada recientemente que no guarda relación con el embarazo. El indicador estándar es la tasa de MM que se establece como la relación entre el número de muertes maternas por cada 1.000 nacimientos (Miceli et al., 2020).

La tasa de MM y otros índices surgen como resultado del estudio de ellos, proporcionan una mejor comprensión de los problemas médicos que rodean a las embarazadas. Como tasa de mortalidad se representa al número de muertes según el número de casos de MOG, la tasa de morbilidad expresa la relación entre los casos de MOG por cada muerte materna y la incidencia de MOG indica el número de mujeres muy enfermas atendidas por año y muerte de mujeres en el período embarazo-

puerperal generando un problema de salud pública que compromete a regiones de bajos y medianos ingresos. Entre 1990 y 2015, hubo una disminución de las MM a nivel mundial, pero esta reducción fue variable con respecto a otras regiones. Sin embargo, la disminución mundial de los indicadores de muerte materna aún es lenta, lo que se comprueba debido a que solo nueve países lograron la reducción del 75% de las MM entre 1990 y 2015, propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Cecatti et al., 2019).

En cuanto a distribución de casos de muertes maternas en números absolutos difiere de manera drástica entre regiones de altos y bajos ingresos, tomando como ejemplo Finlandia, que en 2015 registraba tres muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en cuanto Sierra Leona alcanzó las 1.360 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Para reducir la mortalidad materna, es importante conocer los aspectos relacionados con estos caso; sin embargo, el análisis de las defunciones únicamente no es el más adecuado, debido al reducido índice de eventos en regiones con adecuado desarrollo social y económico (Clapp, et al., 2018). Además, la información de mala calidad sobre muertes maternas, es decir errores en el registro, datos incompletos en los informes médicos, definición errónea de la causa básica de muerte y uso incorrecto de CIE conlleva a la subestimación de los indicadores de muerte (Sanabria et al., 2019).

Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (2017) recomienda realizar estudios sobre los casos de mujeres con condiciones potencialmente mortales o que estuvieron cerca de morir, pero sobrevivieron alguna complicación durante su embarazo, el parto y hasta 42 días de puerperio, como cuasi accidente materno. Las condiciones potencialmente mortales son situaciones menos graves y representan una condición que generalmente ocurre antes de que la madre casi fallezca en términos de gravedad, y esto a menudo precede a la muerte materna (Andreucci & Cecatti, 2021).

En 2009, la OMS estableció un conjunto de criterios de gravedad para identificar casos de cuasi accidentes maternos y condiciones potencialmente mortales. El uso de esta

clasificación tiene la ventaja de estandarizar la metodología de identificación de casos graves, lo que permite comparar la atención de la gestante y puérpera a lo largo del tiempo y en cualquier localidad, independientemente del nivel de desarrollo del contexto (OMS, 2021)

Con la finalidad de analizar el comportamiento de la muerte materna, se ha empleado varios enfoques con cualidades metodológicas y epistémicas distintas como es el caso de la “autopsia verbal”, este método se orienta en el deceso de las mujeres, mientras que el criterio de casi pérdida o near miss se encarga de las mujeres que lograron superar las situaciones potencialmente mortales; es decir que la autopsia específicamente se centra en factores culturales, sociales y estructurales que contribuyeron a la muerte durante el embarazo, parto y puerperio, en cambio near miss aborda los factores socioculturales y estructurales de las féminas que bordearon la muerte, es decir trabajar en base a los riesgos que se manejaron para evitar que se perdiera su vida (Rangel et al., 2019).

Así pues, en un estudio realizado en 27 hospitales brasileños se identificó una razón de near miss materna de 9,37 casos por mil nacidos vivos, resultado que se acerca al valor encontrado en estudios realizados en países de Medio Oriente, Asia, África y América Latina con 8,3 Casos de near miss maternos por cada mil nacidos vivos (OMS, 2017).

Los casos de near miss materno comparten características similares a las muertes maternas, por lo que el estudio de mujeres que desarrollan near miss en el período embarazo-puerperal puede aportar información importante sobre las dificultades en la atención obstétrica en el momento de la complicación, además de la ventaja de entrevistar directamente a las mujeres, lo que permite recopilar información más detallada sobre la enfermedad y la atención recibida (Franco & Hernández, 2016).

La existencia de datos confiables sobre morbilidades maternas graves puede contribuir a la toma de decisiones en todos los niveles de atención. Esta información permite asignar adecuadamente los recursos, planificar e implementar intervenciones para

reducir los indicadores de morbilidad y mortalidad en este grupo prioritario (Franco & Hernández, 2016).

Por otra parte, existen unas características o circunstancias que se vinculan al desarrollo de una lesión o patología, lo que se denomina «Factor de riesgo». De acuerdo con la OMS, estos factores son conductas, situaciones o estilos de vida que desencadenan diversas condiciones, por ejemplo, el consumo de alcohol, tabaco, alimentación inadecuada, sedentarismo, entre otros (OPS, 2018). En la literatura médica se describen algunos estudios sobre la población vulnerable a muerte materna por la edad, raza, educación, estado civil, procedencia y nivel socioeconómico.

A nivel país, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2019 publicó el «Manual de Evaluación y Categorización del Riesgo Obstétrico»; en este documento, se realiza una orientación sobre el diagnóstico temprano de factores de riesgo que se asocian a resultados desfavorables en la madre y su hijo/a. El abordaje de los factores de riesgo lo realiza en la clasificación modificable y no modificable, se considera como «factor de riesgo modificable» cuando la característica o el rasgo de la gestantes aumenta la probabilidad de desarrollar una patología, pero es posible de prevenir y controlar; mientras que, el «factor de riesgo no modificable» implica el rasgo o característica de la gestante que conlleva a la enfermedad, pero no se puede revertir (MSP, 2019)

La edad es el curso del tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta el momento considerado; específicamente la edad materna representa un antecedente demográfico que permite la identificación de riesgos, en lo que respecta a la edad fértil, un embarazo antes de los 20 años y luego de los 35 puede conllevar a múltiples complicaciones (Donoso et al., 2019).

En general, se considera que las mujeres en los extremos de edad presentan un riesgo mayor de culminar su embarazo de forma negativa, con la pérdida del producto o el deceso de la madre. África subsahariana, el sur de Asia, América Latina y en el Caribe reportan que la fecundidad de la población femenina ha disminuido, pero los embarazos adolescentes incrementan y constituyen la tasa de mortalidad materna (Donoso et al., 2019).

El nivel educativo representa el grado de educación más alto que ha alcanzado un individuo; por otra parte, la Organización de Naciones Unidas ha descrito que brindar enseñanza primaria, específicamente a las mujeres influye en la disminución del índice de pobreza y contribuye al desarrollo económico porque aumenta la productividad; además, fomenta hábitos y conductas saludables. Al pasar del tiempo, las mujeres con un nivel educativo, como mínimo el grado primario, aprovechan los servicios sociales y sanitarios mediante una planificación adecuada de los hijos que desea tener con respecto a sus recursos en relación aquellas que no cuentan con estudios (ONU, 2022).

En la adolescencia puede ocurrir un embarazo por desconocimiento del riesgo que implica esta etapa, escolaridad baja o dificultad para conseguir trabajo, lo que favorece la unión temprana a una pareja, ya sea por deseo o presión familiar. Estos factores, juntos o por separado, culminan en un embarazo caracterizado por déficit del desarrollo corporal, asociado a complicaciones propias de la gestación, como enfermedades hipertensivas y una pobre adherencia a la atención prenatal. En el extremo final de la edad fértil, las mujeres con edad mayor a 35 años en su primer embarazo tienen mayor riesgo de muerte por complicaciones hipertensivas (Da Costa et al., 2017).

Fernandez y col. (2020), demostraron que el incremento en las tasas de embarazo en mujeres de avanzada edad se debe tanto a la opción de concebir más tarde como a la facilidad de acceso a las técnicas de fecundación asistida. En cuanto al tema racial, un estudio retrospectivo de ocho años realizado en Estados Unidos encontró que las mujeres afroamericanas tienen una tasa de mortalidad cuatro veces mayor que las estadounidenses. Una revisión de artículos nacionales, que relacionan las tasas de mortalidad materna por raza/color, demostró que la tasa de mortalidad materna es superior entre las mujeres de raza negra. Estos datos pueden ser explicados por la mayor asociación de patologías hipertensivas, dificultad para acceder a los servicios de salud y la baja calidad de la atención.

Otro factor de riesgo materno, considerando el aspecto gineco-obstétrico es la paridad, implica el número total de gestaciones que ha tenido una fémina, incluido abortos, se abordan otras denominaciones, como nulípara cuando la mujer no ha parido nunca, primípara cuando ha parido una vez y múltipara en mujeres que han parido anteriormente por más de 2 ocasiones. En el caso de que la mujer nunca ha estado en gestación se denomina nuligesta (Cunningham, 2016).

Además, en un estudio realizado por Uri (2018) en el Centro Perinatal de Jerusalén, se registró datos sobre 44.067 madres con un total de 92.408 nacimientos en todos los hospitales de Jerusalén Occidental desde 2014 hasta 2016. El autor manifiesta que existía el siguiente número de mujeres en la cohorte (n=40454) que pertenecían a los diferentes grupos de paridad: 8826 (21,8 %) madres de 1 hijo, 23 427 (58 %) madres de 2 a 4 hijos, 7850 (19,4 %) madres de 5 a 9 hijos y 351 (0,8%) madres de 10 o más hijos. Las tasas de mortalidad de las madres aumentaron a medida que era mayor el número de niños, vinculado al nivel socioeconómico bajo y el nivel educativo primario fueron más comunes en los dos grupos de mayor paridad.

En la evaluación del riesgo obstétrico descrita por el MSP de Ecuador, se describe entre los factores al antecedente obstétrico de cesárea uterina previa, el control prenatal insuficiente y el periodo intergenésico corto. La cicatriz previa de útero o cesárea anterior (CUP) se asocia a diversas complicaciones como la dehiscencia de cicatriz, hemorragia obstétrica e implantación anómala de la placenta; así mismo, un intervalo entre gestaciones menor a 18 meses implica mayor riesgo y la falta del mínimo de visitas prenatales sugeridas por la OMS (5 controles) se vincula con parto prematuro y bajo peso al nacer (MSP, 2019).

En cuanto a la vía de culminación del embarazo, se considera las variables de cesárea, parto normal y el aborto. En un estudio realizado por Esteves (2020), se identificaron primero a las mujeres que fallecieron dentro de los 42 días posteriores al parto durante el periodo 2019-2020 en ocho estados con la mayor cobertura y calidad de datos de SIM y MMEC: Espírito Santo, Río de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul y Distrito Federal; como principales resultados se

evidenció que las mujeres con mayor riesgo de morbilidad materna eran aquellas con antecedentes de cesárea previa, en mayor incidencia con más de tres cesáreas, las gran multíparas y con abortos recurrentes.

Es preciso también realizar una descripción de las causas principales de muerte materna a nivel internacional; a continuación, se realiza una exploración y análisis de los aspectos más significativos de la hemorragia postparto, síndrome hipertensivo y sepsis.

Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia postparto (HPP) es la causa principal de muerte materna en países de condición económica baja, estimándose una prevalencia del 2% del total de parturientas, implica la pérdida hemática mayor de 500 cc en las primeras 24 horas posterior a la atención del parto. La mayoría de estos decesos pudieron evitarse mediante el uso preventivo de uterotónicos en el periodo de alumbramiento y con un manejo adecuado. La causa principal de HPP es la atonía uterina, seguido de laceraciones genitales, ruptura del útero, retención de restos placentarios y alteraciones de coagulación; se han descrito algunos factores de riesgo, como los embarazos múltiples y la gran multiparidad (MSP, 2013)

De hecho, la «Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia» (FASGO) en su actualización de consenso del 2019 sobre «Hemorragia postparto» manifiesta que se debe considerar a toda pérdida de sangre que genera inestabilidad hemodinámica e hipovolemia en las gestantes, estableciéndose como primaria al ocurrir en las primeras 24 horas y secundaria luego de las 24 horas hasta las 12 semanas de puerperio, es preciso que se identifique su causa mediante los grupos «4 T»: tono, traumatismos, trastornos de coagulación y tejido (Voto et al., 2019).

Durante un parto normal, las mujeres pierden alrededor de 500cc de sangre, mientras que después de una cesárea, la pérdida hemática puede llegar a los 1000cc. En consecuencia, la hemorragia postparto temprana (HPT) se define clásicamente como la pérdida de sangre superior a 500 ml dentro de las 24 primeras horas posterior del final de la segunda fase del parto (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En la guía de práctica clínica «Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto» publicada por el MSP, reporta que en Ecuador, la HPP es la segunda causa de deceso materno que puede presentarse en mujeres sin factores de riesgo clínico o antecedentes; recomendándose el manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en todas las mujeres y que el personal sanitario se encuentre preparado para la intervención en caso de hemorragia postparto, como es el caso de contar con la oxitocina inyectable por ser el uterotónico de elección o ergometrina, el último está contraindicado en gestantes que padecen hipertensión arterial o alguna cardiopatía (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Según Herrera y col. (2019) , el 5% de todas las mujeres sometidas a un parto vaginal sin complicaciones pierden más de 1000 ml de sangre. Además, los investigadores refieren que se suele evaluar de manera incorrecta la cuantificación de sangre perdida durante el trabajo de parto y, por lo general, existe subestimación. La evaluación objetiva de la pérdida sanguínea por el trabajo de parto puede ser difícil, específicamente con sangrado lento y constante o en presencia de sangrado intraabdominal.

Además, los signos clínicos de pérdida de sangre, como la disminución de la tensión arterial y aumento de la frecuencia cardíaca, tienden a aparecer tarde, solo cuando la cantidad hemática perdida alcanza los 1500 ml. En consecuencia, se ha presentado una definición más objetiva y precisa para determinar la HPT. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha sugerido que una disminución superior al 10% en el hematocrito, o de necesitar una transfusión sanguínea después del parto debido a una hemorragia, se definirá como HPT (Souza et al., 2019).

Algunos investigadores consideran que la HPT se diagnostica en el 4-8% de todos los partos vaginales. El principal factor de riesgo es probablemente un útero sobre distendido, que es responsable del 90 % de los casos de HPT. La tasa promedio de flujo de sangre al útero durante el parto es de 600 ml por minuto. Por eso, la falta de contracción del útero puede causar una pérdida de sangre severa e incluso un shock hipovolémico o la muerte. La atonía uterina puede ocurrir en casos de útero sobre

distendido, como polihidramnios, gestación múltiple, trabajo de parto prolongado, uso de oxitocina, multiparidad y retención de placenta (Castiblanco et al., 2022).

Otra causa principal de morbilidad materna implica al síndrome hipertensivo. La OMS en su informe «Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de preeclampsia y la eclampsia» describe que los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son una causa importante de morbilidad del binomio madre-hijo. En Asia y África, aproximadamente una décima parte de los decesos maternos se deben a toxemia gravídica, mientras que en Latinoamérica, se estima la cuarta parte de los fallecimientos maternos. Entre los trastornos de la presión durante esta etapa, se incluye a la hipertensión gestacional, hipertensión crónica, preeclampsia y eclampsia; además, entre los factores predisponentes se menciona a la ganancia excesiva de peso, diabetes, hipertensión crónica, primiparidad, gestación a temprana edad y las alteraciones placentarias (OMS, 2015).

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación son los trastornos hipertensivos que afectan principalmente a los sitios de bajos recursos y existe una gran problemática en su manejo debido al desconocimiento de su etiología y patogenia, además de los cambios subsecuentes de los valores clínicos y la clasificación de la hipertensión en el embarazo. A nivel país, la eclampsia y la preeclampsia son las causas predominantes de muerte materna durante el periodo 2006-2014, representando el 27,53% del total de decesos, es decir 457 de 1660 fallecimientos (Ministerio de Salud Pública, 2016).

El Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) publicó en el 2019 diversas pautas para la clasificación de mujeres con riesgo elevado para desarrollar preeclampsia, considerando a la historia previa de enfermedad hipertensiva, padecimientos como insuficiencia renal crónica, enfermedades autoinmunes, hipertensión crónica y diabetes; mientras que en el riesgo moderado o mediano, a las mujeres mayores de 40 años, nulíparas, sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares de eclampsia o preeclampsia o un periodo intergenésico prolongado. Estos riesgos se

toman en consideración para la administración profiláctica con ácido acetilsalicílico a partir de la semana 16 (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Entre los factores clínicos adicionales que predisponen a la preeclampsia, se menciona al síndrome de ovario poliquístico, las patologías periodontales, infecciones de vías urinarias, trastornos respiratorios, sangrado excesivo por más de 5 días durante la gestación, además de la donación de ovocitos en relación a la fertilización in vitro (García et al., 2018).

Al mismo tiempo, se ha descrito otra problemática frecuente en embarazadas denominada sepsis, la cual se define como la disfunción orgánica con gran alcance mortal que surge como respuesta ante una infección. Existen algunos factores de riesgo para esta patología, lo que ha llevado a la implementación generalizada de directrices para la prevención de sepsis en esta población vulnerable; como la evaluación rutinaria de bacteriuria asintomática y enfermedades de transmisión sexual durante la gestación en sus primeras etapas y la administración profiláctica de antibióticos para la atención por cesárea (Schlichting et al., 2019).

Para abordar ello, la OMS ha propuesto una nueva conceptualización de sepsis materna, «La afección potencialmente mortal establecida como disfunción de los órganos que conlleva a la infección durante la gestación, parto, puerperio y postaborto», es la tercera causa de deceso materno y afecta tanto a países de ingresos bajos y altos. La septicemia compromete a 11 millones de individuos al año, principalmente a niños; en lo que respecta a las gestantes, 11 mujeres de cada 1000 gestantes presentan severas disfunciones orgánicas por un foco séptico (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En la GPC «Score MAMÁ y Claves Obstétricas» del MSP de Ecuador, se indica que en el país desde el 2014 se realiza la vigilancia de la mortalidad materna tardía, reportándose en el 2016, 150 muertes maternas por causas directas en el 80,6%, de ellas el mayor porcentaje fue por trastornos hipertensivos con el 31,1%, hemorragias postparto con 12% y la sepsis con el 12%. En función de que la sepsis obstétrica es una de las tres principales causas de MM en Ecuador, se implementó la clave amarilla

para su manejo que engloba identificación de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y un foco infeccioso probable o definitivo, posteriormente se define el esquema de antibióticos (Ministerio de Salud Pública, 2017).

La sepsis se presenta con mayor frecuencia en parturientas mayores de 35 años; y aquellas que tienen algunas comorbilidades como diabetes mellitus y obesidad. Con el aumento de la edad materna, el éxito de las tecnologías de reproducción asistida y el incremento de las tasas de parto por vía abdominal, una gran proporción de embarazadas presenta al menos un factor de riesgo de sepsis materna (Rodríguez et al., 2016).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue realizada mediante enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo), de tipo explicativo secuencial, retrospectivo, analítico, de casos «gestantes con morbilidad materna extremadamente grave» y controles «gestantes sin morbilidad materna grave». El diseño aplicado de este estudio fue observacional, no experimental con alcance descriptivo, transversal y participativo, que permitió recolectar los datos e información de historias clínicas y base del sistema de vigilancia epidemiológica de los casos MMEG presentados en un hospital público en el 2021, además de analizar la percepción de las gestantes sobrevivientes a MMEG mediante los datos obtenidos de las entrevistas, permitiendo vincular ambas fases del estudio para la obtención de mejores resultados. (R. Hernández et al., 2017)

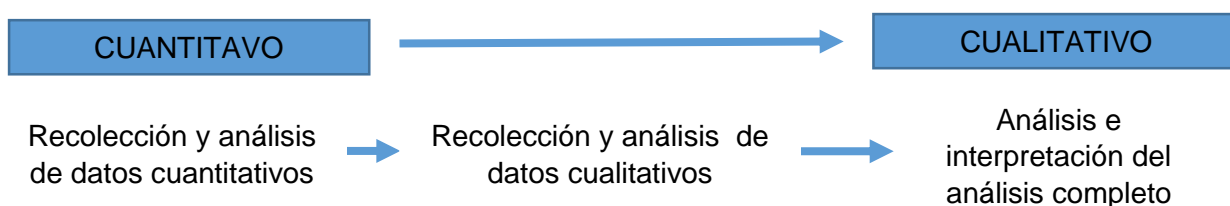


Figura 1. Esquema del tipo de investigación mixta

3.2. Variables y operacionalización

Variables independientes: Factores de riesgo sociodemográficos, Factores de riesgo gineco-obstétricos, Comorbilidades.

Se consideró variables independientes a aquellos factores predisponentes en el desarrollo de MMEG. **(Anexo 2)**

Variable 1: Factores de riesgo sociodemográficos

Definición conceptual: Son un conjunto de características basadas en las determinantes sociales y culturales, que pueden influir en la salud de un individuo (Loureiro et al., 2017).

Definición operacional: Son aquellos factores o características de tipo social, personal y demográficas, que intervinieron en el desarrollo de morbilidades maternas, en relación con el nivel de instrucción, procedencia, estado civil y la edad de la gestante o puérpera.

Edad de la gestante o puérpera

Indicador: Edad en años.

Escala de medición: Cuantitativa discreta.

Nivel de instrucción

Indicadores: Primario, secundario, superior.

Escala de medición: Politómica ordinal.

Estado civil

Indicadores: Soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada.

Escala de medición: Multicotómica nominal.

Procedencia

Indicadores: Urbano, rural.

Escala de medición: Dicotómica, nominal.

Variable 2: Factores de riesgo gineco-obstétricos

Definición conceptual: Se refiere a los antecedentes Gineco obstétricos incluyendo las patologías, que predisponen un mayor riesgo a causar una complicación durante el embarazo o puerperio (Loureiro et al., 2017).

Definición operacional: Son todos los factores de antecedentes ginecológicos y obstétricos que incrementaron el riesgo a desarrollar morbilidades maternas graves y muerte materna, como son las gestas, las semanas de embarazo, periodo intergenésico, controles prenatales, paridad y antecedentes de abortos, partos y cesáreas, además se incluyen las patologías que se encuentran presentes en las gestantes o puérperas, que causan complicaciones severas, entre estas se encuentran los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis.

Semanas de gestación

Indicadores: Menor de 28 semanas, de 29 a 32 semanas, de 33 a 36 semanas, mayor a 37 semanas.

Escala de medición: Multicotómica nominal.

Control prenatal:

Indicadores: Controles prenatales <4 (Insuficiente), controles prenatales >5 (Adecuado)

Escala de medición: Dicotómica nominal.

Periodo Intergenésico

Indicadores: < 24 meses (corto), >24 meses (largo).

Escala de medición: Dicotómica nominal.

Paridad

Indicadores: Primípara, múltipara

Escala de medición: Dicotómica nominal.

Patologías Gineco Obstétricas

Trastornos Hipertensivos:

Indicadores: Hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.

Escala de medición: Multicotómica nominal.

Sepsis

Indicadores: Sepsis puerperal, sepsis de foco urinario.

Escala de medición: Dicotómica, nominal.

Hemorragias Postparto

Indicadores: Hemorragias obstétricas primarias, hemorragias obstétricas secundarias.

Escala de medición: Dicotómica, nominal.

Variable 3: Comorbilidades

Definición conceptual: Lifshitz (2021), define a la comorbilidad a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades al mismo tiempo en un individuo.

Definición operacional:

Casos de gestantes o púerperas que presentan morbilidades preexistentes o patologías de base.

Tipos de comorbilidades preexistentes

Indicadores: Comorbilidades hematológicas, comorbilidades metabólicas, comorbilidades infecciosas, comorbilidades inmunológicas, comorbilidades renales,

comorbilidades cardiovasculares, comorbilidades neurológicas, comorbilidades respiratorias, comorbilidades hepáticas.

Escala de medición: Multicotómica nominal.

Dentro de la parte cualitativa de la investigación se desarrolló una variable independiente relacionada con la percepción de las gestantes sobrevivientes a la MMEG.

Variable 4: Percepción de las gestantes sobrevivientes.

Definición conceptual de percepción y gestantes sobrevivientes: La percepción se define como un mecanismo esencial en la experiencia porque por medio de ella ubicamos la realidad y se establece una referencia (Rosales, 2015). La OMS (2017), define a la gestante sobreviviente, como toda mujer en estado de gestación o puérpera hasta los 42 días post parto, que presentó complicaciones que pusieron en riesgo su vida y sobrevivió a esta.

Variable dependiente: Morbilidad materna extremadamente grave.

Definición conceptual: La OMS define a la Morbilidad Materna Extremadamente Grave, como aquella condición o complicaciones graves que ponen en riesgo la vida de la gestante o puérpera (OMS, 2017).

Definición operacional:

Casos de Morbilidad Materna Extremadamente Grave, en el Hospital público obstétrico entre en el año 2021.

Indicadores: Número de pacientes con criterios de MMEG.

Escala de medición: Cuantitativa discreta.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Población: Fueron todas las embarazadas o puérperas hospitalizadas «controles» con las mismas condiciones o características de los casos de morbilidad materna extrema grave «casos» que fueron ingresadas en un Hospital público durante el 2021.

Muestra: Se consideró una muestra censal conformada por 158 casos de MMEG y para los controles se estableció un muestreo probabilístico aleatorio, relacionando 2 controles por cada caso, considerando los criterios de inclusión, quedando un total de 135 casos y 270 controles.

Criterios de inclusión fueron:

- a) Factores de riesgo sociodemográficos: edad, nivel de educación, estado civil, procedencia.
- b) Factores gineco obstétricos: semanas de gestación, controles prenatales, periodo intergenésico, paridad, patologías gineco obstétricas.
- c) Comorbilidades: presencia de morbilidades preexistentes.

Criterios de exclusión: historias clínicas de las gestantes o puérperas con datos incompletos, ilegibles o que no cumplieron con los criterios diagnósticos de MMEG.

Unidad de análisis: Gestantes y puérperas con morbilidad que estuvieron ingresadas en el contexto del año o periodo 2021.

Por otra parte, para la etapa cualitativa de la presente investigación se consideró 6 gestantes o puérperas que sobrevivieron a morbilidad materna extremadamente grave en el hospital público durante el año 2021, debido a que son las personas idóneas para conocer su percepción o experiencia frente a la situación obstétrica compleja que tuvieron; esta población que a su vez integra la muestra, fueron seleccionadas mediante el muestreo por conveniencia (Hernández et al., 2017).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se empleó como técnica la revisión y auditorías de expedientes clínicos de gestantes y puérperas con MMEG, previo a la autorización de los Responsables de Docencia e Investigación y autoridades del hospital de estudio. En la recolección de datos durante la parte cuantitativa del estudio, se emplea un instrumento diseñado en Excel (tablón de datos) según las variables del estudio, la información obtenida será almacenada y ordenada mediante tablas dinámicas para su fácil manejo y visualización (**Anexo 3**).

En la parte cualitativa, se empleó como técnica a la entrevista con la finalidad de recolectar los datos, esto permitió obtener información subjetiva que no podría lograrse mediante la utilización de encuestas. Según Troncoso y Amaya (2017), la entrevista se define como una conversación con el fin de obtener respuestas sobre un tema en específico, esta técnica debe realizarse en un ambiente tranquilo, no solo es un momento de diálogo, sino es un intercambio de sentimientos, experiencias y creencias entre el investigador y el entrevistado.

Instrumento 1: Enfocado en levantar información que corresponda a factores sociodemográficos estructurado por sus dimensiones con los respectivos indicadores y escalas.

Instrumento 2: Permitted recolectar información relacionada a factores gineco-obstétricos de pacientes con criterios de MMEG, cuya estructura estuvo conformada por 7 dimensiones e indicadores específicos y la escala de medición correspondiente.

Instrumento 3: Su diseño permitió recolectar información sobre las comorbilidades preexistentes en la población de estudio, de acuerdo a su dimensión, indicadores y escala de medición.

Instrumento 4: se emplearon tres preguntas abiertas, que permitieron obtener respuestas amplias, identificando su percepción sobre la morbilidad obstétrica que presentó durante la atención de su embarazo, parto o puerperio, para ello se tomó

como referencia el modelo de entrevistas elaborado por el Instituto Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Colombia (MSP Colombia, 2016).

Tabla 1

Composición del instrumento 1

Nombre del instrumento:	Formulario de recolección de datos
Autora:	Kerly Marisol Avilés Méndez
Adaptado:	2022
Lugar:	Hospital público Universitario (Guayaquil-Ecuador)
Fecha inicial de aplicación:	Octubre de 2022
Objetivo:	Describir los factores sociodemográficos que se asocian a la MMEG en un hospital público, 2021.
Dirigido a:	Gestantes y puérperas
Estructura:	Conformado por 4 dimensiones, factores sociodemográficos, (edad, nivel de educación, procedencia, estado civil), escalas de mediciones ordinales, nominales, multicotómicas, politómicas, dicotómicas y discretas, incluyendo de tipo cuantitativo y cualitativo.

Fuente: Expedientes clínicos y matriz estadística del Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil.

Tabla 2

Composición del instrumento 2

Nombre del Instrumento:	Formulario de recolección de datos
Autora:	Kerly Marisol Avilés Méndez
Adaptado:	2022
Lugar:	Hospital público Universitario (Guayaquil-Ecuador)
Fecha inicial de aplicación:	Octubre de 2022
Objetivo:	Caracterizar los factores gineco-obstétricos que intervienen en la MMEG en un hospital público, 2021.
Dirigido a:	Gestantes y puérperas

Estructura:	Compuesto por 4 dimensiones (control prenatal, periodo intergenésico, paridad, patologías: trastornos hipertensivos, hemorragias, sepsis), escalas de mediciones ordinales, nominales, multicotómicas, politómicas, dicotómicas, de tipo cualitativo.
Fuente:	Expedientes clínicas y matriz estadística del Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil.

Tabla 3

Composición del instrumento 3

Nombre del Instrumento:	Formulario de recolección de datos
Autora:	Kerly Marisol Avilés Méndez
Adaptado:	2022
Lugar:	Hospital público Universitario (Guayaquil-Ecuador)
Fecha inicial de aplicación	Octubre de 2022
Objetivo:	Identificar el tipo de comorbilidades preexistentes que predominan en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.
Dirigido a:	Gestantes y puérperas
Estructura	Compuesto por 1 dimensión y 9 indicadores, (comorbilidades hematológicas, metabólicas, infecciosas, inmunológicas, renales, cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, hepáticas), escala de medición multicotómica nominales de tipo cualitativo.

Fuente: Expedientes clínicos y matriz estadística del Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil.

Tabla 4

Composición del instrumento 4

Nombre del Instrumento:	Cuestionario de entrevista abierta
Autora:	Kerly Marisol Avilés Méndez
Adaptado:	2022
Lugar:	Hospital público Universitario (Guayaquil-Ecuador)
Fecha inicial de aplicación	Octubre de 2022

Objetivo:	Analizar la percepción de las gestantes sobrevivientes a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.
Dirigido a:	6 gestantes o puérperas sobrevivientes a MMEG.
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo fue su experiencia frente al estado de salud que presentó durante su embarazo? - ¿Cómo empezó lo de su condición y cómo fueron sus controles prenatales? - Desde su punto de vista, ¿Cuáles fueron los motivos o factores asociados a su condición de salud?
Fuente: Entrevista a gestantes o puérperas sobrevivientes a MMEG.	

3.4. Procedimientos

Mediante gestión documental, se solicitó la autorización al establecimiento donde se realizó la investigación, por medio de la gerencia hospitalaria y la gestión de docencia e investigación, para el acceso a la información necesaria para el desarrollo del estudio. **(Anexo 8)**

Se solicitó por correo institucional al área de Admisiones y Estadística del establecimiento, los expedientes clínicos de gestantes y puérperas con criterios de morbilidad materna extremadamente grave, de acuerdo a la información del registro de vigilancia epidemiológica de casos del año 2021, así como también los archivos clínicos de mujeres que ingresaron en el hospital durante el año 2021, que conformaron la muestra de los controles.

Una vez obtenidas las historias clínicas se iniciaron las auditorías correspondientes para su análisis, lo cual permitió determinar las variables del estudio y diseñar los instrumentos en donde se registraron los datos de acuerdo a las variables de investigación obtenidos de la muestra.

En cuanto a la entrevista, primero se realizó la explicación previa a la gestante o puérpera sobreviviente de MMEG sobre la finalidad de la entrevista y se procedió a la firma del consentimiento informado, además se autorizó la grabación de la misma mediante un dispositivo electrónico (grabadora o celular). **(Anexo 4)**

3.5. Método de análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos recolectados, se empleó el programa SPSS versión 25 en la ejecución del análisis bivariado de los datos mediante Odds ratio (OR>4) con intervalo de confianza - 95%, considerando las estadísticas diferenciales siendo el valor de p inferior a 0.05, además se aplicó Chi cuadrado. **(Anexo 10)**

Los datos cualitativos se procesan a través de la asignación de códigos mediante el análisis final de las respuestas de las seis entrevistadas, lo que permite identificar algunas ideas de relevancia y puede contrastarse con los datos obtenidos de manera cuantitativa.

3.6. Aspectos éticos

Para el presente estudio se usó como referencia la «Ley – Código Orgánico de Salud» cuidando la integridad de los derechos del paciente, y sin causar algún tipo de alteración en la vida del individuo, y respetando al establecimiento de salud, ya que la información se obtuvo de las historias clínicas, guardando cualquier posición o ideología que pueda dañar a la institución en su reputación, se solicitará la respectiva autorización a la máxima autoridad y a el departamento de investigación del nosocomio para poder acceder a los registros estadísticos. **(Anexo 5) (Anexo 6) (Anexo 7)**

En la fase cualitativa, la ejecución de la recolección de los datos se basa en principios éticos orientados a la confidencialidad de los datos de las entrevistadas, el trato cuidadoso de la información y la participación voluntaria de los integrantes de la muestra, este proceso se respalda con la firma del consentimiento informado para la entrevista y la seguridad de que los datos obtenidos solo se emplean con fines educativos.

La investigación fue aprobada por el Tribunal de Titulación de la Universidad Cesar Vallejo de Piura, Perú y se consideran los fundamentos de ética para la investigación en seres humanos (respeto, justicia, beneficencia y no maleficencia) establecidos en la Asociación Médica Mundial, el Informe de Belmont y la Declaración de Helsinki.

IV. RESULTADOS

Resultados sobre el objetivo general

Tabla 5

Factores de riesgo que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Factores de riesgo	Casos n (%)	Controles n (%)	Total n (%)	OR	IC 95%	X ²	P
Edad materna < 19 y >35 años	46/135 (34,1)	95/ 270 (35,2)	141 (34,8)	0,95	0,616- 1,471	0,825	0,912
Nivel educativo Secundaria	81/135 (60,0)	141/270 (52,2)	222 (54,8)	0,72	0,479- 1,108	0,138	0,084
Procedencia Urbana	90/135 (66,7)	215/270 79,6)	305 (75,3)	0,51	0,322- 0,814	0,004	0,004
Estado civil Unión libre	77/135 (57,0)	162/270 (60,0)	239 (59,0)	1,13	0,743- 1,718	0,568	0,321
Edad gestacional < 36 semanas	76/135 (56,3)	175/270 (64,8)	251 (62,0)	0,69	0,459- 1,066	0,096	0,060
Paridad Primípara	51/135 (37,8)	139/270 (51,5)	190 (46,9)	1,57	1,375- 3,873	0,009	0,004
Periodo intergenésico <24 meses (corto)	15/135 (17,9)	34/270 (25,6)	49 (22,6)	0,63	0,320- 1,251	0,186	0,123
Controles prenatales <4 controles (insuficiente)	59/135 (43,7)	129/270 (47,8)	188 (46,4)	0,84	0,560- 1,286	0,435	0,252
Hipertensión gestacional Si	6/135 (4,4)	35/270 (13,0)	41 (10,1)	3,20	1,312- 7,815	0,007	0,004
Síndrome de HELLP Si	32/135 (23,7)	0/270 (0,0)	32 (7,9)	2,27	1,234- 3,325	0,000	0,000
Sepsis de foco urinario Si	11/135 (8,1)	6/270 (2,2)	17 (4,2)	0,25	0,093- 0,709	0,005	0,007
Hemorragia postparto secundaria Si	7/135 (5,2)	29/270 (10,7)	36 (8,9)	2,20	1,938- 5,162	0,064	0,044
Comorbilidades metabólicas Si	14 (10,4)	31 (11,5)	45 (11,1)	1,21	1,12-2,186	0,867	0,004

Fuente: Historias clínicas Hospital Gineco-obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil

Interpretación:

En la tabla #5 se realizó un análisis de los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos relacionados a la morbilidad materna extremadamente grave, se aprecia que estadísticamente mayor significancia existe en los factores gineco-obstétricos, evidenciándose en primer lugar la hipertensión gestacional con OR 3,20 (IC 95% 1,31-7,81 valor p 0,004), seguido del síndrome de HELLP con OR 2,27 (IC 95% 1,23-3,32 valor p 0,000), la hemorragia postparto secundaria con OR 2,20 (IC 95% 1,93-5,16 valor p 0,044), la primiparidad OR 1,57 (IC 95% 1,37-3,87 valor p 0,004) y las comorbilidades metabólicas OR 1,21 (IC 95% 1,12-2,18 valor p 0,004).

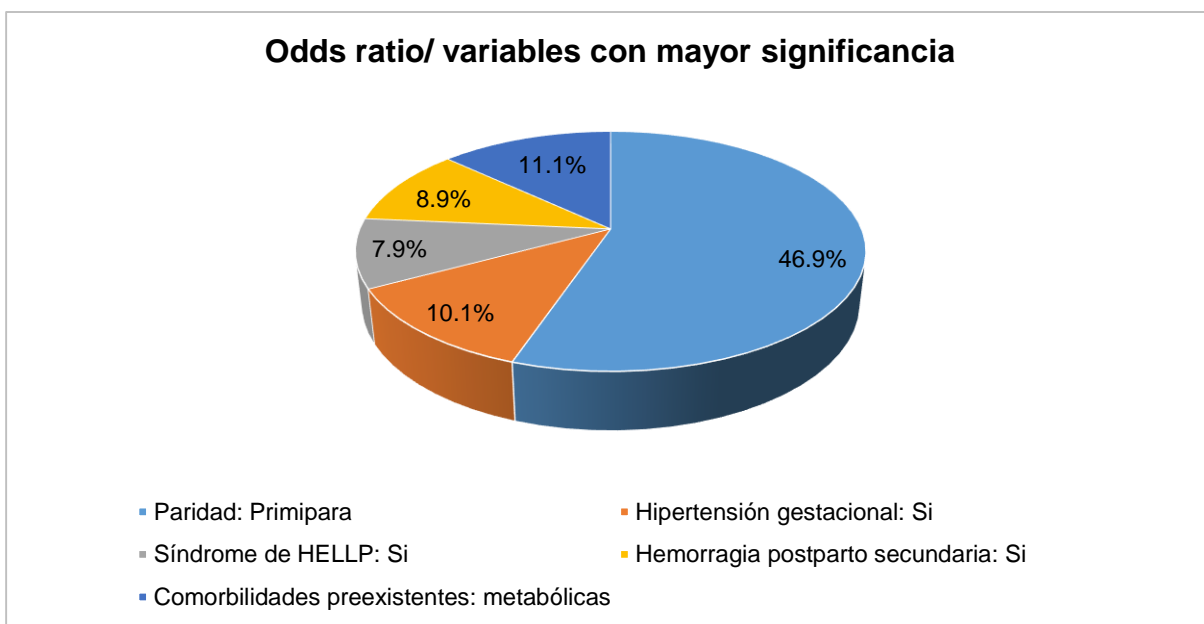


Figura 2. Factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021

Interpretación:

En la figura #2 se realiza la representación porcentual de las variables que presentaron mayor significancia y probabilidad en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público de Guayaquil encargado de la atención gineco-obstétrica durante el año 2021.

Resultados sobre el objetivo específico 1

Tabla 6

Factores sociodemográficos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Factores sociodemográficos	Casos (n=135) n (%)	Controles (n=270) n (%)	Total n (%)
Edad materna (años)			
< 19 y >35 años	46 (34,1)	95 (35,2)	141 (34,8)
20-34 años	89 (65,9)	175 (64,8)	264 (65,2)
Nivel educativo			
Primaria	42 (31,1)	99 (36,7)	141 (34,8)
Secundaria	81 (60,0)	141 (52,2)	222 (54,8)
Superior	12 (8,9)	30 (11,1)	42 (10,4)
Procedencia			
Urbana	90 (66,7)	215 (79,6)	305 (75,3)
Rural	45 (33,3)	55 (20,4)	100 (24,7)
Estado civil			
Soltera	39 (28,9)	57 (21,1)	96 (23,7)
Casada	17 (12,6)	51 (18,9)	68 (16,8)
Unión libre	77 (57,0)	162 (60,0)	239 (59,0)
Viuda	1 (0,7%)	0 (0,0)	1 (0,2)
Divorciada	1 (0,7%)	0 (0,0)	1 (0,2)

Valores reportados porcentualmente (%)

Fuente: Historias clínicas Hospital Gineco-obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil

Interpretación:

En la tabla #6 se realizó la descripción de los factores sociodemográficos asociados a morbilidad materna extremadamente grave, con respecto a la edad materna se evidenció el predominio del grupo etario de 20 a 34 años con 65,2%, el nivel educativo era secundario en el 54,8%, procedencia urbana en el 75,3% y estado civil unión libre en el 59%.

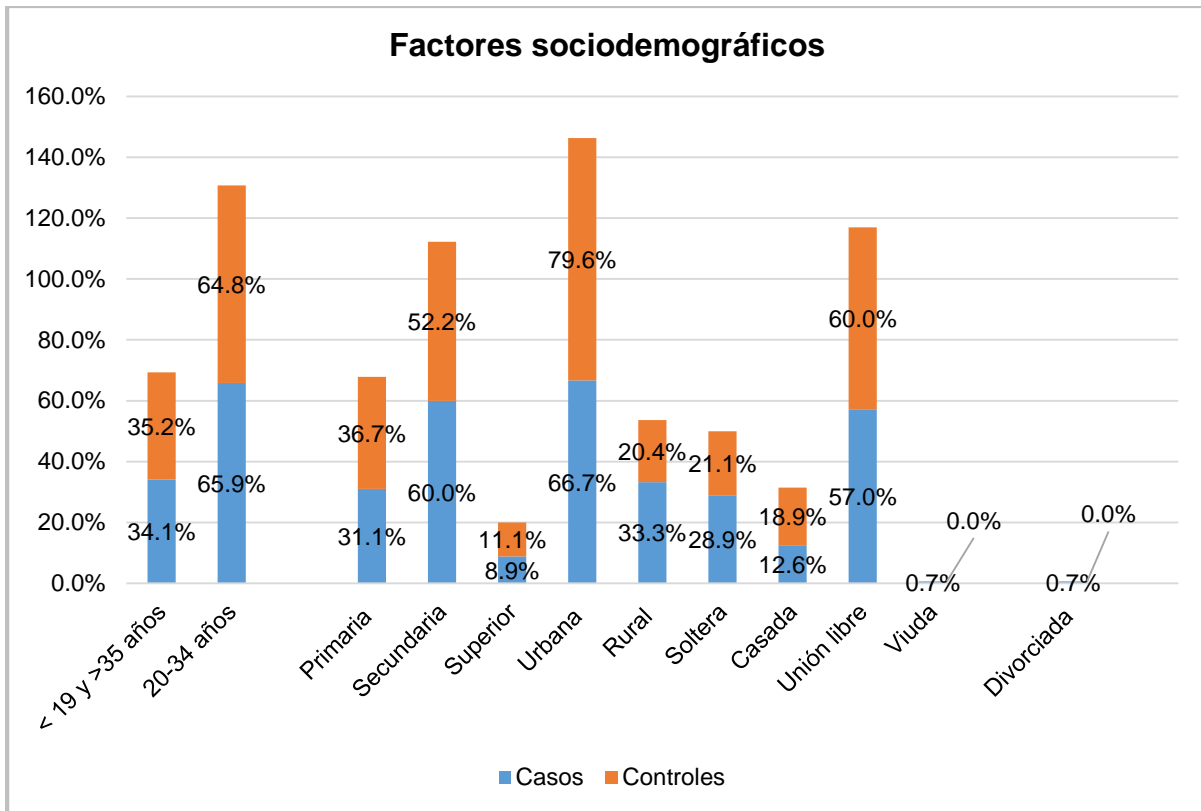


Figura 3. Factores sociodemográficos que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Interpretación:

En la figura #3 se realiza la distribución de los casos y controles de acuerdo a las variables sociodemográficas del estudio, evidenciándose que existe predominio de la edad materna adecuada (20-34 años) con porcentaje similar (casos=65,9%; controles=64,8%); nivel educativo secundario (casos=60,0%; controles=52,2%); procedencia urbana (casos=66,7%; controles=79,6%) y estado civil unión libre (casos=57,0%; controles=60,0%).

Resultados sobre el objetivo específico 2

Tabla 7

Factores gineco-obstétricos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Factores gineco-obstétricos	Casos (n=135) n (%)	Controles (n=270) n (%)	Total n (%)
Edad gestacional (semanas)			
< 36 semanas	76 (56,3)	175 (64,8)	251 (62,0)
37 semanas o más	59 (43,7)	95 (35,2)	154 (38,0)
Paridad			
Primípara	51 (37,8)	139 (51,5)	190 (46,9)
Multipara	84 (62,2)	131 (48,5)	215 (53,1)
Periodo intergenésico			
<24 meses (corto)	15 (17,9)	34 (25,6)	49 (22,6)
>24 semanas (largo)	69 (82,1)	99 (74,4)	168 (77,4)
Controles prenatales			
<4 controles (insuficiente)	59 (43,7)	129 (47,8)	188 (46,4)
>5 controles (adecuado)	76 (56,3)	141 (52,2)	217 (53,6)
Patologías gineco-obstétricas			
Hipertensión gestacional			
Si	6 (4,4)	35 (13,0)	41 (10,1)
No	129 (95,6)	235 (87,0)	364 (89,9)
Preeclampsia			
Si	49 (36,3)	87 (32,2)	136 (33,6)
No	86 (63,7)	183 (67,8)	269 (66,4)
Eclampsia			
Si	34 (25,2)	59 (21,9)	93 (23,0)
No	101 (74,8)	211 (78,1)	312 (77,0)
Síndrome de HELLP			
Si	32 (23,7)	0 (0,0)	32 (7,9)
No	103 (76,3)	270 (100,0)	373 (92,7)
Sepsis puerperal			
Si	10 (7,4)	18 (6,7)	28 (6,9)
No	125 (92,6)	252 (93,3)	377 (93,1)

Sepsis de foco urinario

Si	11 (8,1)	6 (2,2)	17 (4,2)
No	124 (91,9)	264 (97,8)	388 (95,8)

Hemorragia postparto primaria

Si	41 (30,4)	43 (15,9)	84 (20,7)
No	94 (69,6)	227 (84,1)	321 (79,3)

Hemorragia postparto secundaria

Si	7 (5,2)	29 (10,7)	36 (8,9)
No	128 (94,8)	241 (89,3)	369 (91,1)

Valores reportados porcentualmente (%)

Fuente: Historias clínicas Hospital Gineco-obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil

Interpretación:

En la tabla #7 se realizó la caracterización de los factores gineco-obstétricos asociados a morbilidad materna extremadamente grave, con respecto a la edad gestacional se evidenció el predominio de gestantes con menos de 36 semanas con el 62%, multiparidad con el 53,1%, periodo intergenésico largo con el 77,4%, controles prenatales adecuados en el 53,6% y padecían de preeclampsia con el 33,6%, seguido de eclampsia con el 23% y la hemorragia postparto primaria con el 20,7%.

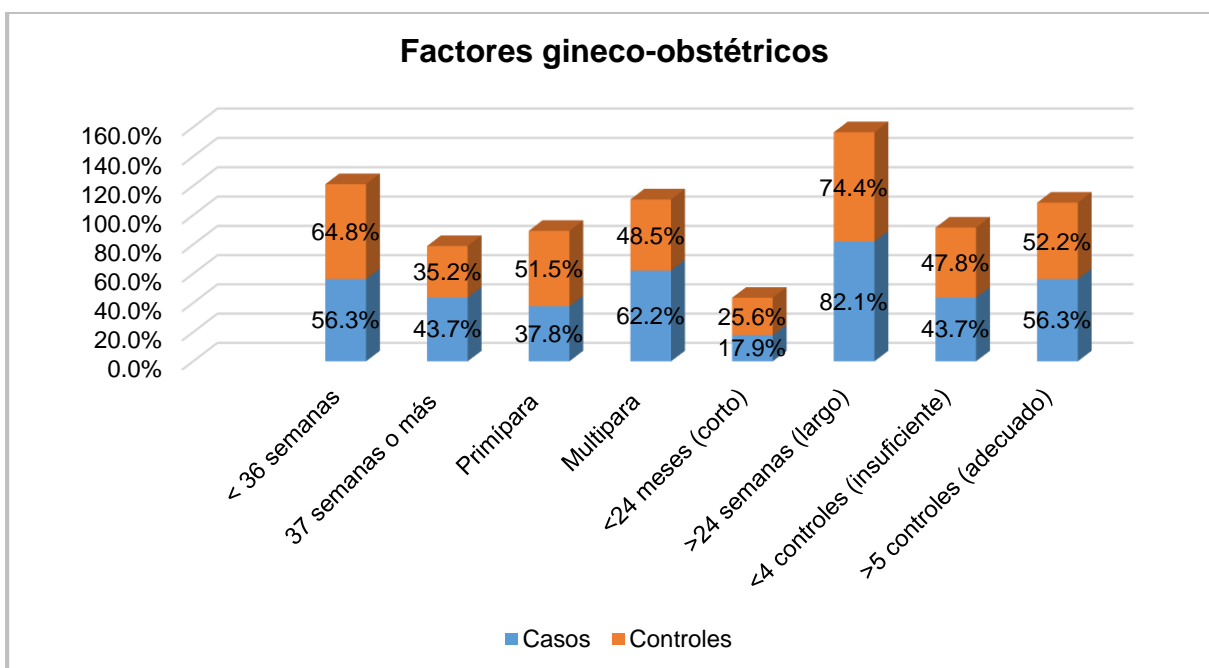


Figura 4. Factores gineco-obstétricos que se asocian a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Interpretación:

En la figura #4 se realiza la distribución de los casos y controles de acuerdo a las variables gineco-obstétricas del estudio, evidenciándose que existe predominio de la edad gestacional (<36 semanas) con porcentaje similar (casos=56,3%; controles=64,8%); periodo intergenésico largo (casos=82,1%; controles=74,4%); controles adecuados (casos=56,3%; controles=52,2%); mientras que en la paridad se aprecia diferencia en el grupo casos, se observó el predominio de multíparas con el 62,2% y en el grupo de controles, el predominio de primíparas con el 51,5%.

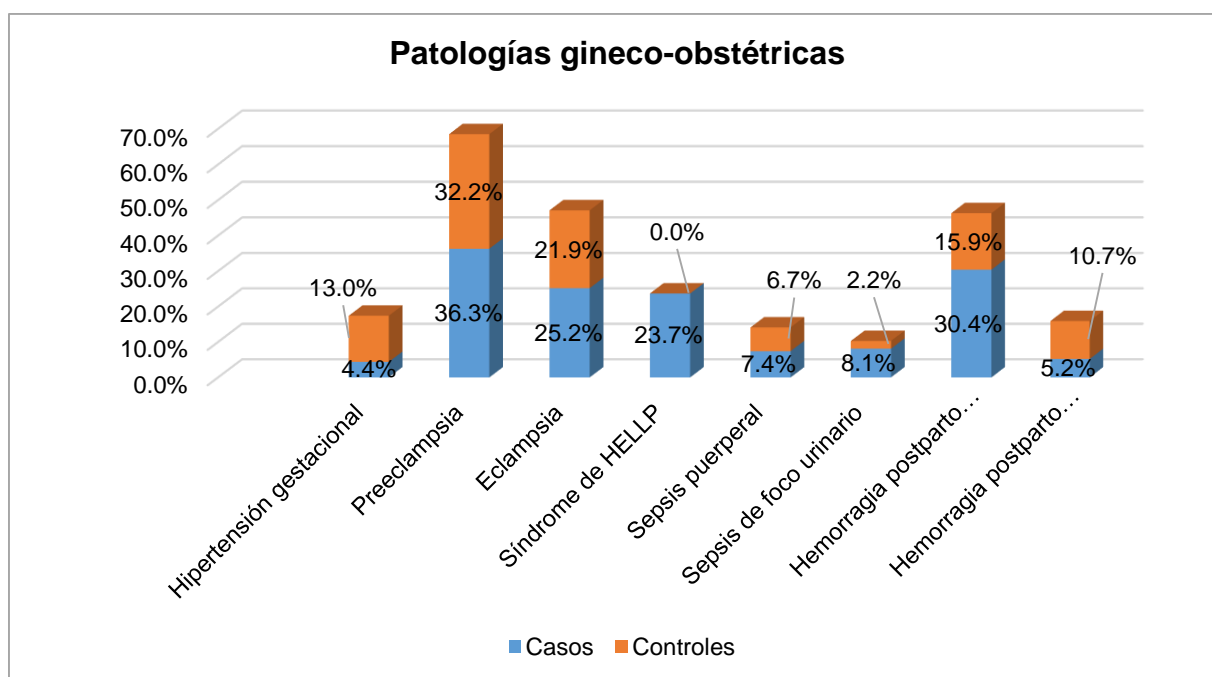


Figura 5. *Patologías gineco-obstétricas asociadas a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.*

Interpretación:

En la figura #5 se realiza la distribución de los casos y controles de acuerdo a las patologías que forman parte de los factores gineco-obstétricos asociados a morbilidad materna extremadamente grave, evidenciándose el predominio de la preeclampsia (casos=36,3%; controles=32,2%); en segundo lugar, la eclampsia (casos=25,2%; controles=21,9%) y la hemorragia postparto primaria (casos=30,4%; controles=15,9%).

Tabla 8

Comorbilidades preexistentes en las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Comorbilidades preexistentes	Casos (n=135) n (%)	Controles (n=270) n (%)	Total n (%)
Hematológicas	4 (3,0)	1 (0,4)	5 (1,2)
Metabólicas	13 (9,6)	32 (11,9)	45 (11,1)
Infecciosas	13 (9,6)	6 (2,2)	19 (4,7)
Inmunológicas	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,2)
Renales	2 (1,5)	3 (1,1)	5 (1,2)
Cardiovasculares	6 (4,4)	5 (1,9)	11 (2,7)
Neurológicas	3 (2,2)	7 (2,6)	10 (2,5)
Respiratorias	6 (4,4)	6 (2,2)	12 (3,0)
Hepáticas	0 (0,0)	2 (0,7)	2 (0,5)
Ninguna	87 (64,4)	208 (77,0)	295 (72,8)

Fuente: Historias clínicas Hospital Gineco-obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil

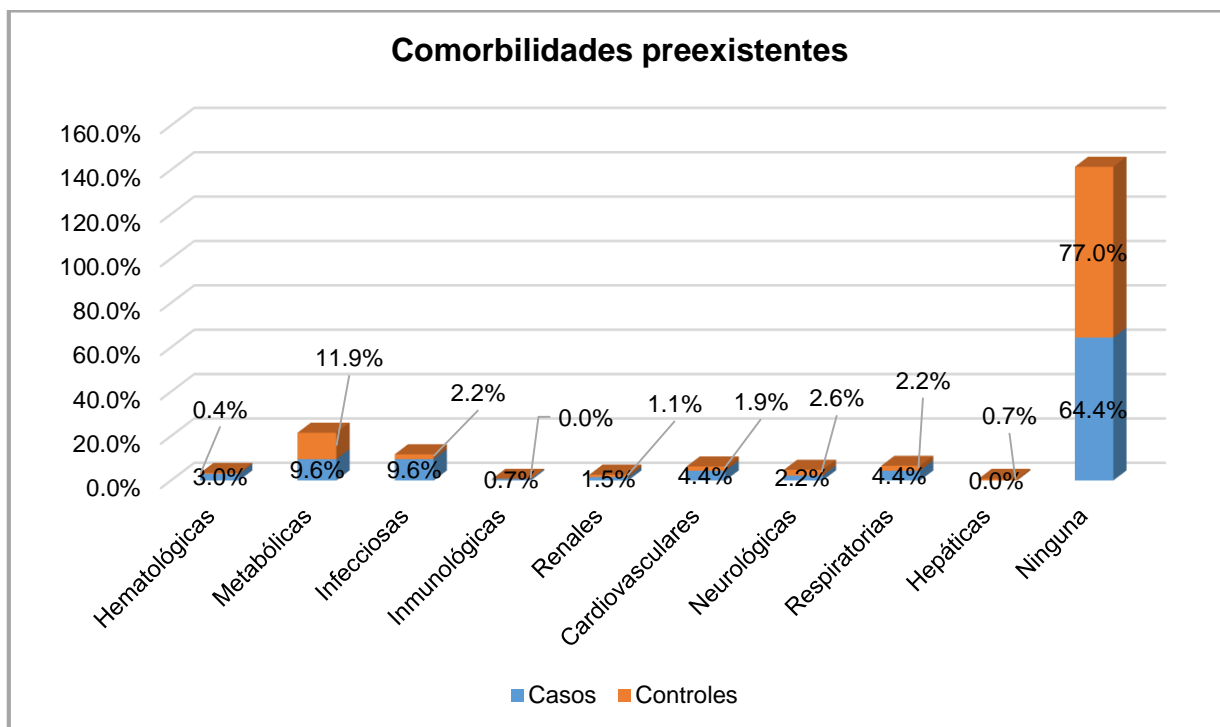


Figura 6. *Comorbilidades preexistentes en las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.*

Interpretación:

En la tabla #8 y figura #6 se realiza la distribución de los casos y controles según las comorbilidades preexistentes, evidenciándose en primer lugar las comorbilidades metabólicas (casos=9,6%; controles=11,9%), seguido de las comorbilidades infecciosas (casos=9,6%; controles=2,2%) y las comorbilidades respiratorias (casos=4,4%; controles=2,2%).

Tabla 9

Percepción de las gestantes sobrevivientes a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.

Entrevistados	Datos brutos ¿Cómo fue su experiencia frente al estado de salud que presentó durante su embarazo?	Transformación
P1	En ese momento me encontré angustiada y desesperada porque no sabía que sucedería conmigo y con mi hijo.	Angustia Desesperación
P2	Cuando me encontré hospitalizada porque me dijeron que tenía una fuerte infección, pensé lo peor, más que todo que mi bebé no sobreviviría.	Preocupación
P3	Me sentí triste y con depresión porque creí que no podría tener a mi hijo entre mis brazos.	Tristeza Incertidumbre
P4	Me sentía con mucho miedo porque tengo otros hijos y pensé que los iba a dejar solos y soy una madre soltera.	Temor Incertidumbre
P5	Cuando me dijeron que tenía que quedarme ingresada, me sentía muy preocupada porque mis otros hijos están en casa sin nadie que les cuide y mi futuro bebé no sabía en qué condiciones vendría ya que no cuento con recursos económicos estables.	Preocupación Incertidumbre

P6	Me sentía preocupada, triste y ansiosa porque no sabía si sobreviviría a ese momento.	Preocupación Tristeza
Entrevistados	Datos brutos ¿Cómo empezó lo de su condición y cómo fueron sus controles prenatales?	Transformación
P1	La verdad no sentí ninguna molestia, solo acudía a mis controles mensualmente pero al revisarme el médico me indicó que mi presión estaba elevada y decidieron ingresarme en el hospital.	Problemas en la presión Controles adecuados
P2	Llegué por el área de emergencia porque sentí que mi bebé no se movía y empecé a mojar el interior y con un olor desagradable.	Signos de infección
P3	La verdad no asistía muy seguido a mis controles, tuve como 2 controles en todo el embarazo porque creí que al tener 3 hijos tenía mucha experiencia y en ellos no me había pasado nada, pero empecé a sentir dolor de cabeza y veía borroso.	Problemas en la presión Control insuficiente
P4	Mi molestia empezó cuando vi que salía mucha sangre y era más de 2 paños en una hora y acudí de inmediato por emergencia. Yo si tuve unos 6 controles aproximadamente.	Signos de hemorragia Controles adecuados
P5	Ese problema durante el embarazo inició con fuerte dolor en el vientre y salida de sangre por la vagina, por ello fui al médico y me dejó ingresada; sinceramente solo pude asistir a 4 controles porque trabajaba y no me daban permiso.	Signos de hemorragia Control insuficiente
P6	Mis controles del embarazo los realicé cada mes, pero en las últimas semanas no pude asistir y un día de mañana empecé a perder líquido de manera	Signos de infección Control insuficiente

considerable y acudí al hospital más cercano.

Entrevistados	Datos brutos Desde su punto de vista, ¿Cuáles fueron los motivos o factores asociados a su condición de salud?	Transformación
P1	Considero que pudo ser el desconocimiento sobre las señales de alarma durante el embarazo y la falta de recursos económicos.	Desconocimiento de signos de alarma Nivel económico bajo
P2	Pudo ser porque faltaba a los controles o a veces cuando asistía el médico quería realizar su valoración completa y yo debía irme pronto porque necesitaba ir a retirar a mis niños de la escuela.	Control insuficiente
P3	Considero que pudo ser la falta de los controles médicos y porque tengo ya el cuarto hijo.	Control insuficiente Multiparidad
P4	Creo que uno de los motivos fue desconocer sobre los signos de peligro y no contar con el apoyo económico de mi pareja.	Desconocimiento de signos de alarma Falta de apoyo de pareja
P5	El principal factor que influyó en mi estado de salud fue que no pude acudir a mis controles por el trabajo.	Control insuficiente
P6	Desde mi punto de vista, el factor influyente en mi condición fue que tengo algunos hijos y no pude dar el tiempo oportuno para mis controles.	Control insuficiente Multiparidad

Fuente: Entrevista a pacientes sobrevivientes de MMEG.

Interpretación:

En la tabla #9 se analizó la percepción de las gestantes o puérperas sobrevivientes a MMEG, evidenciándose que ellas se sentían preocupadas, angustiadas, tristes, temerosas y con incertidumbre sobre lo que podría pasar; presentaban sintomatología compatible con trastornos hipertensivos, hemorragia y sepsis, además refirieron que su asistencia a los controles fue insuficiente; considerando este último aspecto como un factor predisponente a su estado de salud, además del desconocimiento sobre signos de alarma, multiparidad, falta de apoyo de la pareja y el nivel económico bajo.

V. DISCUSIÓN

El deceso materno es un suceso muy frecuente a diario en diversos países, a pesar de los programas y estrategias empleadas, no se ha alcanzado una disminución significativa y el cumplimiento de uno de los objetivos del desarrollo del milenio. La vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave como un indicador de reducción de la muerte materna, se ha trabajado en las naciones de una manera distinta y existe muy poca experiencia o datos obtenidos. Por lo expuesto anteriormente, se consideró la ejecución del presente estudio orientado a determinar los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extremadamente grave y la percepción de las gestantes sobrevivientes en un hospital público situado en la ciudad de Guayaquil, 2021.

En este estudio se aplicó una metodología de enfoque mixto de tipo explicativo secuencial, debido a que se llevó una fase cuantitativa y cualitativa, con diseño descriptivo, transversal, retrospectivo observacional, de casos y controles, en el que las «gestantes y puérperas con morbilidad materna extremadamente grave» representaron los casos y las «gestantes y puérperas sin morbilidad materna grave» conformaron los controles; además de ser participativa para el análisis de la percepción de las gestantes sobrevivientes a MMEG, diseños metodológicos similares fueron también presentados en investigaciones como la realizada por Corrales y col. (2022) en su investigación cuyo propósito fue «Describir los determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema en la población de estudio» Calle y Col. (2022) que tuvo como objetivo «Determinar los perfiles de morbilidad materna extrema según las condiciones sociodemográficas y clínicas», Alfonso y col. (2021), cuyo fin fue «Caracterizar a las gestantes que recibieron atención en el Hospital de Samaritana» considerando la parte sociodemográfica y clínica, así mismo también los autores Hernández y Au-Fonseca (2019) realizaron su estudio con el objetivo de «Caracterizar la mortalidad materna y morbilidad materna extrema en el Hospital Tshilidzini, Sudáfrica», Jiménez y col. (2019) con el propósito de « Identificar

los factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos»; Loureiro y col. (2017) realizaron su investigación con la finalidad de «Identificar las características sociodemográficas, obstétricas y de salud en pacientes con morbilidad materna grave en un hospital en Brasil», de igual manera Gaibor y col. (2017) realizaron un estudio con el fin de « Determinar la prevalencia de morbilidades maternas graves en un hospital de Ecuador», se destaca también que gran parte de las investigaciones tienen variables que se relacionan a la investigación actual, por lo que otorgan relación y diferencias en los resultados.

Con respecto al objetivo específico 1, se evidenció que los factores sociodemográficos no mostraron mayor asociación con la morbilidad materna extremadamente grave, observándose como principal hallazgo que la procedencia urbana es un factor protector. Se apreció que existían algunos resultados porcentuales similares en el grupo casos y en el grupo control, como el grupo etario de 20 a 34 años (casos=65,9%; controles=64,8%), nivel educativo secundario (casos=60,0%; controles=52,2%), procedencia urbana (casos=66,7%; controles=79,6%) y estado civil unión libre (casos=57,0%; controles=60,0%).

Los resultados obtenidos concuerdan con los hallazgos de Calle y Col. (2022) en su estudio realizado en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado en Antioquia-Colombia con el objetivo de «Determinar los perfiles de morbilidad materna extrema según las condiciones sociodemográficas y clínicas». La muestra estuvo compuesta por 29 embarazadas venezolanas y 300 colombianas, obteniéndose como resultados que la edad promedio de las colombianas fue de 27 años y en las venezolanas de 26 años; en las colombianas, se describe como factores sociodemográficos a la residencia urbana con el 87,7%, nivel educativo secundario con el 66,7% y la unión libre con el 62,3%; mientras que en las venezolanas, procedencia urbana con el 93,1%, nivel educativo secundario con el 62,1% y unión libre con el 58,6%.

De igual manera tuvo relevancia con el estudio realizado por Corrales y col. (2022) en su investigación cuyo propósito fue «Describir los determinantes sociales de salud relacionados con la morbilidad materna extrema en la población de estudio»,

mostrando en sus resultados a la edad promedio en las mujeres atendidas fue de 24 años, el 69,7% viven en sector rural y en unión libre 68,7%; el 38% presentó un bajo nivel de educación.

En relación al objetivo específico 2, se evidenció en los factores gineco-obstétricos, las patologías como la hipertensión gestacional presentan un riesgo con OR 3,20 (IC 95% 1,31-7,81 valor p 0,004), seguido del síndrome de HELLP con OR 2,27 (IC 95% 1,23-3,32 valor p 0,000), la hemorragia postparto secundaria con OR 2,20 (IC 95% 1,93-5,16 valor p 0,044), la primiparidad OR 1,57 (IC 95% 1,37-3,87 valor p 0,004); el periodo intergenésico, los controles prenatales y la edad gestacional no se relacionan con la morbilidad materna extremadamente grave. Se reportó el predominio similar de algunas variables en el grupo casos y control, como fue la edad gestacional menor a 36 semanas (casos=56,3%; controles=64,8%), periodo intergenésico largo (casos=82,1%; controles=74,4%), controles adecuados (casos=56,3%; controles=52,2%), lo que se diferenció fue el predominio de multíparas en el grupo casos con el 62,2%, mientras que en grupo control, las primíparas con el 51,5%.

Algunos de estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Loureiro y col. (2017) en un hospital de tercer nivel de Brasil con el objetivo de «Identificar aspectos obstétricos y sociodemográficos de la morbilidad materna grave». La muestra estuvo compuesta por 78 pacientes y entre los hallazgos significativos, se evidenció que eran primigestas en el 35,9% y tuvieron controles prenatales adecuados (>6 controles) en el 73% y el 83,3% presento patologías hipertensivas del embarazo.

De igual manera presenta similitud con el estudio de Gaibor y col. (2017) que tuvo como objetivo «Determinar la prevalencia de morbilidades maternas graves en un hospital de Ecuador», en el que entre sus resultados se demostró que en los 55 casos de near miss, el 0,9% de los casos sucedieron en el grupo de edades de 30 a 39 años y la causa de predominio fueron las convulsiones en el 34,5%, shock por hemorragia en el 32,7% y síndrome de HELLP en el 20%.

Por otra parte difiere con el estudio realizado por Jiménez y col. (2019) que tuvo como objetivo «identificar los factores de riesgo de morbilidad materna extrema en el establecimiento donde se realizó la investigación» cuyos resultados señalaron que entre los factores que predominaron en el desarrollo de la morbilidad materna extrema a la edad gestacional mayor a 36 semanas de gestación, parto quirúrgico, puerperio y comorbilidades preexistentes, el equivalente más importante se detalla al puerperio [OR 5,8, IC 95 % 1,9-17,4, p=0,002] y la comorbilidad [OR 2,1, IC 95 % 0,9-4,5, p=0,059], demostrando a estos factores como los que ocasionaron mayor riesgo en la morbilidad materna grave.

Con respecto al objetivo específico 3, se observó que las principales comorbilidades preexistentes en las pacientes con morbilidad materna extremadamente grave fueron las comorbilidades metabólicas y las infecciosas, ambas con el 9,6%.

Estos datos concuerdan con los obtenidos por Calle y Col. (2022) en su estudio realizado en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado en Antioquia-Colombia con el objetivo de determinar los perfiles de morbilidad materna extrema según las condiciones sociodemográficas y clínicas. La muestra estuvo compuesta por 29 embarazadas venezolanas y 300 colombianas, reportándose que entre los factores clínicos o las comorbilidades preexistentes, las gestantes colombianas padecían de comorbilidades metabólicas (obesidad con el 24,3%, hipertensión arterial con el 8% y diabetes con el 5,3%), situación similar en las pacientes venezolanas (obesidad con el 13,8%, hipertensión arterial en el 13,8% y diabetes con el 3,4%).

El estudio realizado por Jiménez y col. (2019) que tuvo como objetivo «identificar los factores de riesgo de morbilidad materna extrema en el establecimiento donde se realizó la investigación» también presentó en sus resultados como uno de los factores predominantes a las comorbilidades con un [OR 2,1, IC 95 % 0,9-4,5, p=0,059].

En relación al objetivo específico 4, mediante las entrevistas abiertas se recolectó algunas ideas relevantes sobre la percepción de las sobrevivientes a morbilidad

materna extremadamente grave, las gestantes o puérperas manifestaron que se sentían preocupadas, temerosas, tristes y con incertidumbre en ese estado de salud; presentaban sintomatología asociada a las tres principales causas de muerte materna y sus controles fueron insuficientes, lo que consideran como un motivo de su condición, además de otros factores como el desconocimiento de los signos de alarma, la multiparidad, la falta de apoyo de su pareja y el bajo nivel económico.

La información referida por las entrevistadas sobre la morbilidad materna extremadamente grave guarda relación con los datos reportados por Rangel y col. (2019) en su investigación realizada en San Luis Potosí de México con 20 mujeres, ellas manifestaban que este suceso fue algo cercano a la muerte, lo describen como un evento fortuito y se encontraban temerosas e incrédulas sobre el futuro.

También se encontró cierta similitud con los resultados del estudio realizado por Chávez y Acosta (2022) en el que se empleó una entrevista semiestructurada a 5 mujeres y se evidenció que las entrevistadas manifestaron a la experiencia de MME como un sufrimiento que valió la pena debido a sus significados en cada etapa, en el embarazo lo perciben como un suceso que amerita de compañía, las complicaciones representan angustia por la separación con sus hijos y el gran valor de la vida luego de estar casi en la muerte.

Es importante que se sigan sumando nuevas investigaciones, con diferentes metodologías de estudio que garanticen mejoras en la búsqueda de más factores de riesgo, incluyendo los de tipos modificables y no modificables, abordar las comorbilidades de forma más detallada, así como también la parte psicosocial de las gestantes y puérperas que pasaron por un evento de morbilidad materna extremadamente grave, de esta manera se podría implantar estrategias de afrontamiento y reconocer las fallas por parte de la paciente y de otros actores.

Las diferencias en los hallazgos de esta investigación comprueban la justificación teórica, práctica y social, ya que contribuye con los resultados, colaborando con información relevante a la morbilidad materna extremadamente grave y proporciona fundamentos o bases para aportar con recomendaciones enfocadas en la disminución tanto de morbilidad materna grave por ende la mortalidad materna.

VI. CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados obtenidos, se emiten las siguientes conclusiones:

1. Se determinó los factores de riesgo asociados a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, evidenciándose significancia de los factores gineco-obstétricos y las comorbilidades: hipertensión gestacional, síndrome de HELLP, hemorragia postparto secundaria, primiparidad y comorbilidades metabólicas.
2. Entre los factores sociodemográficos asociados a morbilidad materna extremadamente grave en el hospital público, se evidenció el predominio del grupo etario de 20 a 34 años, nivel educativo secundario, procedencia urbana y estado civil unión libre.
3. Se caracterizó los factores gineco-obstétricos asociados a la morbilidad materna extremadamente grave en el hospital público, observándose con respecto a la edad gestacional, el predominio de embarazos menores a 36 semanas, multiparidad, periodo intergenésico largo, controles prenatales adecuados y el padecimiento de preeclampsia, eclampsia y hemorragia postparto primaria.
4. Se identificó el tipo de comorbilidades preexistentes que predominan en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, reportándose en primer lugar a las comorbilidades metabólicas, seguido de las infecciosas.
5. Se analizó la percepción de las gestantes sobrevivientes a morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, obteniéndose que ellas se sentían preocupadas, tristes, temerosas y con incertidumbre en ese momento; con respecto a la sintomatología se presentaron manifestaciones clínicas de los trastornos hipertensivos, hemorragia y sepsis, algunas entrevistadas referían que asistieron a sus controles prenatales y otras no; por último, consideran que los motivos asociados a su estado de salud fue la falta de controles, no contar con el apoyo de su pareja, problemas económicos y desconocimiento de los signos de alarma.

VII. RECOMENDACIONES

1. Establecer programas de educación prenatal enfocados en la socialización de los signos de alarma en las tres principales causas de morbilidad materna: trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas y sepsis materna; además de compartir esta información con sus familiares para que apoyen en el reconocimiento de estas señales de peligro.
2. Realizar estudios de metodología prospectiva tomando en consideración otros factores de riesgo, como la condición económica, el tiempo de distancia de la unidad de salud, entre otros, lo que facilita la identificación temprana de casos y permite la implementación de un manejo oportuno y efectivo.
3. Continuar realizando actualizaciones y capacitaciones de los profesionales de salud del área gineco-obstétrica sobre la atención de emergencias obstétricas en todos los niveles de atención con el objetivo de mejorar las destrezas y habilidades del recurso humano y evitar complicaciones en el binomio madre-hijo.

REFERENCIAS

- Andreucci, C., & Cecatti, J. (2021). *Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: Uma revisão sistemática*. 27(6). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>
- Barbosa, T., Amorim, M., & Buainain, S. (2019). Maternal near miss determinants at a maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2381-9>
- Boulet, S., Stanhope, K., Worrell, N., & Jamieson, D. (2022). Risk of recurrent severe maternal morbidity in an urban safety-net health system. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100568>
- Calle, A., Ramírez, B., & Quirós, O. (2022). Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(1), 21-31. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6973>
- Castiblanco, R., Coronado, C., Morales, L., Polo, T., & Saavedra, A. (2022). Hemorragia postparto: Intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- Cecatti, J., Costa, M., Haddad, S., Parpinelli, M., Souza, J. P., Pinto, J., Pacagnella, R., & Passini, R. (2019). Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: A powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(6), 946-953. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13614>
- Chiliquinga, S., Guerra, M., Alvarado, E., Chu, A., & Arciniega, L. (2021). Adolescentes embarazadas con morbilidad materna extrema en el Hospital Ángela Loayza de Ollague 2019-2020. *REDIELUZ*, 11(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6800222>

- Corrales Aldana, L. S. ., Arroyo Herrera, S. ., & Galván Borja, D. (2022). Determinantes sociales de la salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019. *Revista Científica Salud Uninorte*, 529–542.
- Correa, K., Paz, C., & Albán, C. (2017). Morbilidad materna extremadamente grave y mortalidad, indicadores de calidad de la atención obstétrica. *Multimed*, 21(3), 290-310.
- Cruz, E., García, C., Sánchez, K., Herrera, L., Dávila, V., & Martínez, Y. (2021). Characterization of pregnant women who gave birth in 2016 at the Hospital de La Samaritana, Bogotá, Colombia. *Rev. Fac. Med. (Bogotá)*, e204-e204.
- Cunningham, F. (2016). *Williams Obstetricia* (24°). Mc Graw Hill.
- Da Costa, R., Carvalho, M., & Calderon, I. (2017). *Mortalidade Materna—Uma abordagem atualizada*. 22(1), 141-152.
- Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. (2019). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Esteves, A., Deneux, C., Nakamura, M., Saucedo, M., Bouvier, M., & Leal, M. (2020). Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. *PloS One*, 11(4), e0153396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153396>
- Fernández, M., Bueno, A., & de Mateo, S. (2020). Excess of maternal mortality in foreign nationalities in Spain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 149(1), 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.12.020>
- FLASOG. (2020). *La vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave MMEG*. https://hjmvi.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Vigilancia_MMEG_FLASOG-2007.pdf
- Franco, C., & Hernández, J. (2016). Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.004>

- Gaibor, D., Erazo, S., & Ramos, L. (2017). *Prevalencia de «Near Miss» en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo*. 21(3), 123-128.
- García, A., Jiménez, M., & González, D. (2018). *Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia*. 26(4), 256-262.
- Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de Muerte Materna. (2017). *Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe*. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- Hernández, J., & Au-Fonseca, O. (2019). Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(6), 469-479. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262019000600469>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2017). *Metodología de la investigación (6°)*. Mc Graw Hill Interamericana. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Herrera, K., Granja, X., & Bedoya, J. (2019). *Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle*. 38(4), 401-413.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). *Boletín Técnico: Registro Estadístico de Defunciones Generales*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
- Lifshitz, A. (2021). *Sobre la «comorbilidad»*. 14(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032016000200061&script=sci_arttext
- Lisonkova, S., Haslam, M., Dahlgren, L., Chen, I., Synnes, A., & Lim, K. (2016). Maternal morbidity and perinatal outcomes among women in rural versus urban areas. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 188(17-18), E456-E465. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151382>

- Loureiro, C., Rios, C., Torricelli, L., Dos Santos, J., & Gomes, F. (2017). *Aspectos sociodemográficos e obstétricos da morbidade materna grave*. XXIII(2), 21-32.
- Mateus, J. (2016). El lastre de la morbilidad materna severa en la Obstetricia contemporánea. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(4), 397-404.
- Miceli, I., Borda, M., Casale, R., & Ferreirós, A. (2020). *Mortalidad materna. Hospital Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires. Evolución 2003-2015*. https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-no-2-indice/mortalidad_materna/
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Trastornos hipertensivos en el embarazo*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Score MAMÁ y claves obstétricas*. <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20BSTETRICAS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal*. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%2016...pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 51 Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
- Moreno, G., Martínez, R., Moreno, M., & Fernández, M. (2019). *Mortalidad materna en Ambato, Ecuador 2005-2014*. 67(1), 57-62. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66622>
- Narváez, N., & Acosta, N. (2022). Calidad de vida percibida y significados de la experiencia de morbilidad materna extrema: Un estudio cualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 1703-1712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24032021>

- OMS. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=1F35CDFADA1EB4D450D76B0E5319DE02?sequence=1
- Organización de Naciones Unidas. (2022). *La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación*. La educación es la clave para reducir la mortalidad infantil: El vínculo entre la salud materna y la educación
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe de la OMS señala que las infecciones obstétricas son la tercera causa de muerte materna*.
<https://www.paho.org/es/noticias/21-9-2020-informe-oms-senala-que-infecciones-obstetricas-son-tercera-causa-muerte-materna>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54093/9789275323908_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Evaluación de riesgo*.
<https://www.paho.org/es/deteccion-verificacion-evaluacion-riesgos-dve/evaluacion-riesgo>
- Pupo Jiménez, Julia Matilde, González Aguilera, Julio César, Cabrera Lavernia, Jorge Omar, & Cedeño Tarancón, Oscar. (2019). Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos. *Multimed*, 280-296.
- Rangel, Y., Rincón, D., Martínez, A., & Pérez, M. (2019). *Narrativas sobre morbilidad materna extrema en sobrevivientes a esta experiencia en México*. 28(1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100008
- Rodríguez, J., Madrigal, V., Bañuelos, A., & Sandoval, R. (2016). *Sepsis en medicina materno fetal*. 3(3), 172-182.
- Rosales, J. (2015). *Percepción y experiencia*. 35(2), 21-36.

- Sanabria, A., Barbosa, F., Sánchez, N., & Pino, G. (2019). *Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en el Hospital Ramón González Coro* 2014—2017. 45(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000300008
- Schlichting, L., Insaf, T., Zaidi, A., & Lui, G. (2019). *Maternal Comorbidities and Complications of Delivery in Pregnant Women With Congenital Heart Disease*. 73(17).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109719338719?via%3Dihub>
- Souza, J., Cecatti, J., Pacagnella, R., Giavarotti, T., & Parpinelli, M. (2019). *Development and validation of a questionnaire to identify severe maternal morbidity in epidemiological surveys*. 7(16). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-7-16>
- Troncoso, C., & Amaya, A. (2017). *Entrevista: Guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud*. 65(2).
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Uri, D., Hagit, H., Yechiel, F., & Calderon, R. (2018). *Association between number of children and mortality of mothers: Results of a 37-year follow-up study*. 23(1).
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279712004176>
- Valencia-Flórez, Belibeth, & Gaviria-Londoño, Martha Beatriz. . (2019). Vida vivida: experiencias de morbilidad materna extrema. Relatos de mujeres sobrevivientes y cuidadoras. Subregión del Urabá antioqueño, 2016. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 121-132.
- Voto, L., Casale, R., & Basanta, N. (2019). *Actualización de Consenso de Obstetricia «Hemorragia Postparto»*.
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Variables
Problema General:	Objetivo General:	Variable Dependiente:
¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave, en un hospital público, 2021?	Determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extremadamente grave y la percepción de las gestantes sobrevivientes en un hospital público, 2021.	Morbilidad Materna Extremadamente Grave
Problemas Específicos:	Objetivos Específicos:	Variables Independientes:
1. ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos de mayor incidencia, asociados a la morbilidad materna extrema grave de un hospital público, 2021?	Describir los factores sociodemográficos que se asocian a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	Factores de Riesgo:
		Factores Sociodemográficos
2. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos principales, que se asocian a la morbilidad materna extrema grave de un hospital público, 2021?	Caracterizar los factores gineco-obstétricos que intervienen en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	Factores Gineco-Obstétricos
		Comorbilidades Preexistentes
3. ¿Qué tipo de comorbilidades se asocia al riesgo de morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021?	Identificar el tipo de comorbilidades preexistentes que predominan en la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	Percepción de las gestantes sobrevivientes

4. ¿Cuál es la percepción de las gestantes sobrevivientes sobre la experiencia ante un evento de morbilidad materna extremadamente grave de un hospital público, 2021?	Analizar la percepción de las gestantes sobrevivientes a la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital público, 2021.	Tipo de Investigación:
		Mixta (Cuantitativa-Cualitativa) de Tipo explicativo secuencial

Anexo 2. Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Factores de Riesgo Sociodemográficos				
Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Dimensiones:	Indicadores:	Escala de Medición:
Son un conjunto de características basadas en las determinantes sociales y culturales, que pueden influir en el estado de salud de un individuo o población.	Son los factores o características personales, sociales y demográficas, que influyeron en el desarrollo de morbilidades maternas, en relación con el nivel de instrucción, procedencia, estado civil y la edad de la gestante o puérpera.	Edad de la gestante o puérpera	Edad en años	Cuantitativa discreta.
		Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel primario. • Nivel secundario. • Nivel superior. 	Cualitativa, ordinal, politómica.
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Casada. • Unión libre. • Viuda. • Divorciada. 	Cualitativa, nominal, multicotómica.
		Procedencia:	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano. • Rural. 	Cualitativa, nominal, dicotómica.

Variable Independiente: Factores de Riesgo Gineco-Obstétrico

Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Dimensiones:	Indicadores:	Escala de Medición:
Se refiere a los antecedentes Gineco obstétricos incluyendo las patologías, que predisponen un mayor riesgo a causar una complicación durante el embarazo o puerperio	Son todos los factores de antecedentes ginecológicos y obstétricos que incrementaron el riesgo a desarrollar morbilidades maternas graves y muerte materna, como son las gestas, las semanas de embarazo, periodo intergenésico, controles prenatales, paridad y antecedentes de abortos, partos y cesáreas, además se incluyen las patologías que se encuentran presentes en las gestantes o puérperas, que causan complicaciones severas, entre estas se encuentran los trastornos hipertensivos, hemorragias, sepsis, complicaciones quirúrgicas o médicas.	Semanas de gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 28 semanas. • De 29 a 32 semanas. • De 33 a 36 semanas. • Mayor a 37 semanas. 	Cualitativa, Multicotómica nominal
		Control prenatal:	<ul style="list-style-type: none"> • Controles prenatales <4 (Insuficiente) • Controles prenatales >5 (Adecuado) 	Cualitativa, nominal, dicotómica.
		Periodo Intergenésico:	<ul style="list-style-type: none"> • < 24 meses. • >24 meses. 	Cualitativa, nominal, dicotómica.
		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara 	Cualitativa, nominal, dicotómica.
		Patologías Gineco-Obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión gestacional. • Preeclampsia. • Eclampsia. • Síndrome de HELLP. • Sepsis puerperal. • Sepsis de foco urinario. • Hemorragias 	Cualitativa, nominal, multicotómica.

			obstétricas primarias. • Hemorragias obstétricas secundarias.	
Variable Independiente : Comorbilidades Preexistentes				
Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Dimensiones:	Indicadores:	Escala de Medición:
Lifshitz (2021), define a la comorbilidad a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades al mismo tiempo en un individuo.	Casos de gestantes o puérperas que presentan morbilidades preexistentes o patologías de base.	Tipos de Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades Hematológicas. • Comorbilidades Metabólicas. • Comorbilidades Infecciosas. • Comorbilidades Inmunológicas. • Comorbilidades Renales. • Comorbilidades Cardiovasculares. • Comorbilidades Neurológicas. • Comorbilidades Respiratorias. • Comorbilidades Hepáticas. 	Cualitativa, nominal, multicotómica.

Variable Independiente :Percepción de Gestantes Sobrevivientes				
Definición Conceptual:		Definición Operacional:		
<p>La percepción se define como un mecanismo esencial en la experiencia porque por medio de ella ubicamos la realidad y se establece una referencia (Rosales, 2015). La OMS (2017), define a la gestante sobreviviente, como toda mujer en estado de gestación o puerpera hasta los 42 días post parto, que presentó complicaciones que pusieron en riesgo su vida y sobrevivió a esta.</p>		<p>En la presente investigación para la aplicación de la fase cualitativa se consideró 6 gestantes o puerperas que sobrevivieron a morbilidad materna extremadamente grave en el hospital público durante el año 2021, debido a que son las personas idóneas para conocer su percepción o experiencia frente a la situación obstétrica compleja que tuvieron; esta población que a su vez integra la muestra, fueron seleccionadas mediante el muestreo por conveniencia</p>		
Variable Dependiente :Morbilidad Materna Extremadamente Grave				
Definición Conceptual:	Definición Operacional:	Dimensiones:	Indicadores:	Escala de Medición:
<p>La OMS define a la Morbilidad Materna Extremadamente Grave, como aquella condición o complicaciones graves que pongan en riesgo la vida de la gestante o puerpera (OMS, 2017).</p>	<p>Casos de Morbilidad Materna Extremadamente Grave, en el Hospital público obstétrico entre en el año 2021.</p>	<p>Morbilidad Materna Extremadamente Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Número de pacientes con criterios de MMEG. 	<p>Cuantitativa discreta.</p>

Anexo 3. Instrumento de recolección de Datos

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS										
DIMENSIÓN 1	DIMENSIÓN 2			DIMENSIÓN 3					DIMENSIÓN 4	
EDAD EN AÑOS	NIVEL DE INSTRUCCIÓN			ESTADO CIVIL					PROCEDENCIA	
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	SOLTERA	CASADA	UL	VIUDA	DIVORCIADO	URBANO	RURAL

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS																			
DIMENSIÓN 5				DIMENSIÓN 6				DIMENSIÓN 7		DIMENSIÓN 8		DIMENSIÓN 9							
SEMANAS DE GESTACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO				NRO. DE CONTROLES PRENATALES				PERIODO INTERGENESICO		PARIDAD		PATOLOGÍAS							
												TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO				SEPSIS		HEMORRAGIA POST PARTO	
<28 SG	29 A 32 SG	33 A 36 SG	>37 SG	0	1 A 3	4 A 6	>6	<24 MESES	>24 MESES	PRÍMIPARA	MULTÍPARA	HTA GESTACIONAL	PREECLAMPSIA	ECLAMPSIA	SINDROME DE HELLP	SEPSIS PUERPERAL	SEPSIS DE FOCO URINARIO	PRIMARIA	SECUNDARIA

COMORBILIDADES								
DIMENSIÓN 10								
COMORBILIDADES PRE-EXISTENTES								
HEMATOLOGICO	METABOLICAS	INFECCIOSOS	INMUNOLOGICO	RENALES	CARDIOVASCULAR	NEUROLOGÍCAS	RESPIRATORIO	HEPÁTICAS

Anexo 4. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Yo....., con cédula de identidad #....., manifiesto que la investigadora Kerly Marisol Avilés Méndez me ha informado sobre la justificación, objetivos y beneficios de la investigación titulada “Factores de riesgos asociados a la Morbilidad Materna Extremadamente Grave y percepción de las gestantes sobrevivientes en un Hospital público, 2021” aprobada por la Universidad César Vallejo. Así como también certifico que he decidido participar de manera voluntaria en la investigación como sujeto activo, también entiendo que puedo decidir no participar en cualquier momento, por lo cual me encuentro presta a colaborar con mis respuestas a la entrevista correspondiente al trabajo de investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Anexo 5. Acta de compromiso

Guayaquil, 01 de Noviembre de 2022

ACTA DE COMPROMISO

Estimado
Dra. Fátima Feraud Ibarra,
Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil



En su despacho:

Por medio de la presente, yo Kerly Marisol Avilés Méndez, portador/a de la Cédula de Identidad N° 0930211842, maestrante de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Piura, me comprometo libre y voluntariamente a entregar una copia en digital de mi trabajo final de investigación, para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento y detallo mis datos personales.

Correo: kmavilesczs5@gmail.com
Teléfono celular: 0993153715

Atentamente,



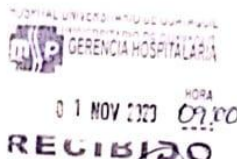
C.I. 093021184-2

Anexo 6. Solicitud del investigador

SOLICITUD DEL INVESTIGADOR

Guayaquil, 01 de Noviembre del 2022

Estimada
Dra. Fátima Feraud Ibarra
Gerente Hospitalario del Hospital Universitario de Guayaquil



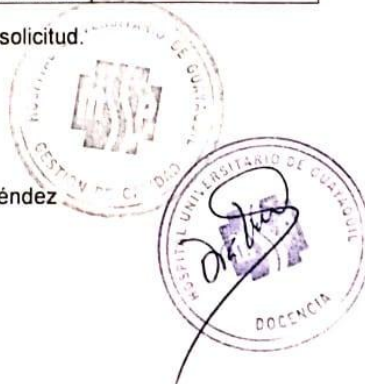
En su despacho

Por medio de la presente, solicito a usted me conceda adquirir información de la Gestión de Estadísticas y Admisiones para poder llevar a cabo la elaboración de mi proyecto de titulación, requisito necesario para poder graduarme.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	Kerly Marisol Avilés Méndez
CÉDULA DE IDENTIDAD	093021184-2
CORREO ELECTRÓNICO	kmavilesczs5@gmail.com
TELÉFONO CELULAR	0993153715
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE	Universidad de Guayaquil
CARRERA QUE CURSA	Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud
NOMBRE DEL TUTOR	Dr. Vladimir Gutiérrez Huancayo
TEMA DE TESIS	"Factores asociados a la Morbilidad Materna Extremadamente Grave y percepción de las gestantes sobrevivientes, en un hospital público 2021"
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	2021
ÁREA	Áreas Gineco Obstétricas del "Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil" (Emergencia Ginecológica, UCIM, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Consulta Externa)
SOLICITUD ESPECÍFICA	<ul style="list-style-type: none">Datos Estadísticos, Auditorias de Historias ClínicasEntrevista a pacientes con Near Miss (Gestantes Sobrevivientes)

Agradezco de antemano su atención prestada a mi solicitud.

Atentamente,
HOSPITAL UNIVERSITARIO
Avilés M
Lic. Kerly Marisol Avilés Méndez



Anexo 7. Carta de confidencialidad

Guayaquil, 01 de Noviembre del 2021

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada
Dra. Fátima Feraud Ibarra
Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil



En su despacho:

Por medio de la presente, yo **Kerly Marisol Avilés Méndez** portador/a de la Cédula de Identidad **093021184-2** ciudadano/a mayor de edad y en plena facultades mentales, me comprometo con esta casa de salud a no divulgar, ni utilizar en mi conveniencia personal la distinta información facilitada por el establecimiento, no proporcionaré a otras personas o instituciones ni de manera verbal, ni escrita, ya sea directa o indirectamente información sobre la identidad de los pacientes ni información alguna que pueda perjudicar los intereses de este nosocomio, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará investigación realizada.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento.

Atentamente,



Lic. Kerly Marisol Avilés Méndez
C.I. 093021184-2

Anexo 8. Solicitud - Hoja de ruta de autorización del Establecimiento de Salud.



Ministerio de Salud Pública
Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Calidad

Memorando Nro. MSP-CZRS-HUG-GCAL-2022-0574-M

Guayaquil, 18 de octubre de 2022

PARA: Sra. Mgs. Fátima Victoria Fernad Ibaña
Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil

ASUNTO: Solicitud de autorización para desarrollo de investigación.

De mi consideración:

Saludos Cordiales, por medio del presente. Yo, Kerly Marisol Avilés Méndez, con N° de CI. 0930211842, estudiante de Posgrado de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, me dirijo a usted como máxima autoridad de nuestra institución, para solicitar muy cordialmente autorización para desarrollar el trabajo de investigación cuyo tema es «Factores asociados a la Morbilidad Materna Extremadamente Grave y percepción de las gestantes sobrevivientes», con la recolección de datos estadísticos y epidemiológicos de la institución, indicando que dicha información será manejada confidencialmente.

De antemano agradezco su disposición y colaboración para el desarrollo de este estudio, el mismo que permitirá la implementación de estrategias de Mejoramiento Continuo de los Factores determinantes de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Leda. Kerly Marisol Avilés Méndez

ANALISTA DE CALIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Copia:

Sra. Mgs. Glomar Rebeca Viteri Gomez
Responsable de la Gestión Docencia e Investigación del Hospital Universitario de Guayaquil

Sra. Mgs. Randa Prudal Estefano Cadena
Responsable de la Gestión de Calidad del Hospital Universitario de Guayaquil

Sr. Dr. Óscar Luis Díez Yánez
Epidemiólogo de Vigilancia Hospitalaria del Hospital Universitario de Guayaquil

Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Transferencia Montebello.

Código Postal: 090706 /Guayaquil Ecuador Teléfono: 593-4-2594-760 - www.hug.gub.ec

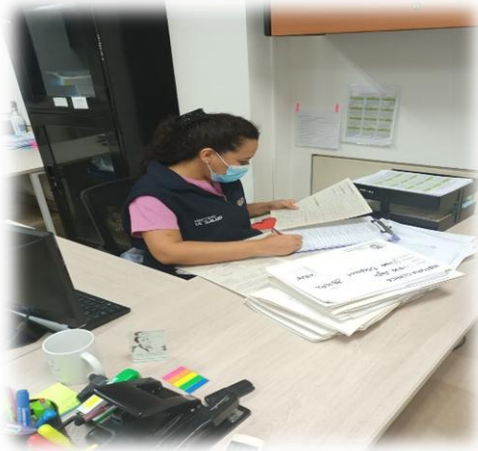
Información administrada por el Gobierno



Información del Documento			
No. Documento:	MSP-CZ8S-HUG-GCAL-2022-0574-M	Doc. Referencia:	--
De:	Srta. Lcda. Kerly Marisol Avilés Mendez, Analista de Calidad del Hospital Universitario de Guayaquil, Ministerio de Salud Pública	Para:	Sra. Mgs. Fátima Victoria Feraud Ibarra, Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil, Ministerio de Salud Pública
Asunto:	Solicitud de autorización para desarrollo de investigación.	Descripción Anexos:	--
Fecha Documento:	2022-10-18 (GMT-5)	Fecha Registro:	2022-10-18 (GMT-5)

Ruta del documento					
Área	De	Fecha/Hora	Acción	Para	No. Días
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:04:26 (GMT-5)	Firma Digital de Documento		0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:03:47 (GMT-5)	Registro	Óscar Luis Décker Yáñez (MSP)	0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:03:47 (GMT-5)	Registro	Ruzda Piedad Estefano Cadena (MSP)	0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:03:47 (GMT-5)	Registro	Giomar Rebeca Viteri Gomez (MSP)	0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:03:47 (GMT-5)	Registro	Fátima Victoria Feraud Ibarra (MSP)	0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:03:47 (GMT-5)	Firmar y Enviar		0
CZ8S-HUG-Gestión de Calidad	Kerly Marisol Avilés Mendez (MSP)	2022-10-18 16:02:42 (GMT-5)	Registro		0

Anexo 9. Evidencias Fotográficas



Anexo 10. Base de datos de recolección de información

DATOS MMEG.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 92 de 92 variables

	etario	Grupetario	Edad	casocontrol	Niveleducat.	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	estadocivil	ECSOLTERA	ECCASADA	ECLUNONLIBRE	ECVLUIDA	ECOVIVORCIA	procedencia	gestas	EDADGESTACIONAL	semanade gestacionmultimo embarazo	CONTROLPRENATAL	controlesprenatales	periodointergenesico	paridad	Au
1	20-34 años	25-29 años	27	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Primipara	P	
2	20-34 años	25-29 años	26	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
3	< 19 y > 35	> 35 años	37	Casos	Secundaria	No	Si	No	Casada	No	Si	No	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
4	20-34 años	20-24 años	21	Casos	Secundaria	No	Si	No	Soltera	Si	No	No	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	< 24 meses	Multipara	P	
5	20-34 años	30-34 años	34	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
6	< 19 y > 35	> 35 años	35	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	4-6 37 semana.	> 37 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Multipara	P	
7	20-34 años	20-24 años	24	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	Si	No	No	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Multipara	P	
8	20-34 años	30-34 años	34	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	Si	No	No	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	< 4 controles	1-3 controles	< 24 meses	Multipara	P	
9	20-34 años	25-29 años	25	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	Si	No	No	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Primipara	P	
10	< 19 y > 35	> 35 años	40	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	1-3 controles	< 24 meses	Multipara	P	
11	< 19 y > 35	> 35 años	36	Casos	Secundaria	No	Si	No	Casada	No	Si	No	No	No	Rural	1-3 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	0 controles	> 24 meses	Primipara	P	
12	20-34 años	20-24 años	20	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
13	< 19 y > 35	> 35 años	39	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	Si	No	No	No	No	Urbana	4-6 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Multipara	P	
14	20-34 años	20-24 años	24	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	4-6 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	0 controles	> 24 meses	Multipara	P	
15	< 19 y > 35	> 35 años	36	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	4-6 < 36 sema.	29 a 32 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
16	< 19 y > 35	> 35 años	38	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	Si	No	No	No	No	Rural	4-6 < 36 sema.	33 a 36 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
17	20-34 años	25-29 años	28	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
18	< 19 y > 35	> 35 años	37	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	1-3 37 semana.	> 37 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Multipara	P	
19	20-34 años	30-34 años	30	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	> 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
20	20-34 años	25-29 años	28	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
21	20-34 años	20-24 años	24	Casos	Secundaria	No	Si	No	Soltera	Si	No	No	No	No	Rural	1-3 < 36 sema.	29 a 32 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
22	20-34 años	20-24 años	22	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Primipara	P	
23	20-34 años	30-34 años	30	Casos	Superior	No	No	Si	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	4-6 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	0 controles	> 24 meses	Multipara	P	
24	20-34 años	20-24 años	22	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
25	20-34 años	20-24 años	23	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Primipara	P	
26	< 19 y > 35	> 35 años	37	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	4-6 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
27	< 19 y > 35	> 35 años	35	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	4-6 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	1-3 controles	> 24 meses	Multipara	P	
28	< 19 y > 35	15-19 años	16	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	Si	No	No	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Multipara	P	
29	< 19 y > 35	15-19 años	16	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Primipara	P	
30	< 19 y > 35	15-19 años	17	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Primipara	P	
31	< 19 y > 35	15-19 años	17	Casos	Secundaria	No	Si	No	Soltera	Si	No	No	No	No	Rural	1-3 < 36 sema.	29 a 32 se...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Primipara	P	
32	< 19 y > 35	15-19 años	16	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Rural	1-3 37 semana.	> 37 sema...	> 5 controles	4-6 controles	> 24 meses	Primipara	P	
33	20-34 años	25-29 años	28	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 < 36 sema.	< 28 sema...	< 4 controles	0 controles	> 24 meses	Multipara	P	
34	< 19 y > 35	< 14 años	14	Casos	Primaria	Si	No	No	Unión libre	No	Si	No	No	No	Rural	1-3 < 36 sema.	33 a 36 se...	< 4 controles	0 controles	> 24 meses	Primipara	P	
35	20-34 años	20-24 años	20	Casos	Secundaria	No	Si	No	Unión libre	No	No	Si	No	No	Urbana	1-3 37 semana.	> 37 sema...	< 4 controles	1-3 controles	< 24 meses	Multipara	P	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

30°C Nublado

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Vitor

Archivo Edición Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Paridad * Pacientes 405 100.0% 0 0.0% 405 100.0%

Tabla de contingencia Paridad * Pacientes

Paridad	Recuento	Pacientes		Total
		Casos	Controles	
Primipara	51	139	190	
	% dentro de Pacientes	37.8%	51.5%	46.0%
Multipara	84	131	215	
	% dentro de Pacientes	62.2%	48.5%	53.1%
Total	Recuento	135	270	405
	% dentro de Pacientes	100.0%	100.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.796 ^a	1	.009		
Corrección por continuidad ^b	6.247	1	.012		
Razón de verosimilitudes	6.842	1	.009		
Estadístico exacto de Fisher				.011	.006
Asociación lineal por lineal	6.770	1	.009		

a. 0 casillas (0.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 63.33.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Paridad (Primipara / Multipara)	.572	.375	.873
Para la cohorte Pacientes = Casos	.687	.515	.916
Para la cohorte Pacientes = Controles	1.201	1.047	1.378
N de casos válidos	405		

Gráfico de barras

IBM SPSS Statistics Processor está listo

30°C Nublado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, GUTIERREZ HUANCAYO VLADIMIR ROMAN, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Factores asociados a la morbilidad materna extremadamente grave y percepción de las gestantes sobrevivientes en un Hospital público 2021", cuyo autor es AVILES MENDEZ KERLY MARISOL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 18 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
GUTIERREZ HUANCAYO VLADIMIR ROMAN DNI: 18084573 ORCID: 0000-0002-2986-7711	Firmado electrónicamente por: VGUTIERREZH el 26-01-2023 20:01:45

Código documento Trilce: TRI - 0522671