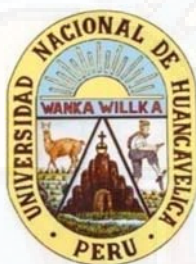


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de
Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:
Obsta. Mendoza Vivanco, Deisy Pamela

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCABELICA – PERÚ
2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los quince días del mes de diciembre a las 8:45 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

MENDOZA VIVANCO, DEISY PAMELA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

MORBILIDAD EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, AYACUCHO 2019.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 327-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 9:25 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

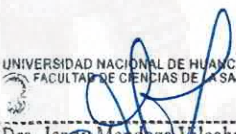
Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 15 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
.....
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
.....
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
.....
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

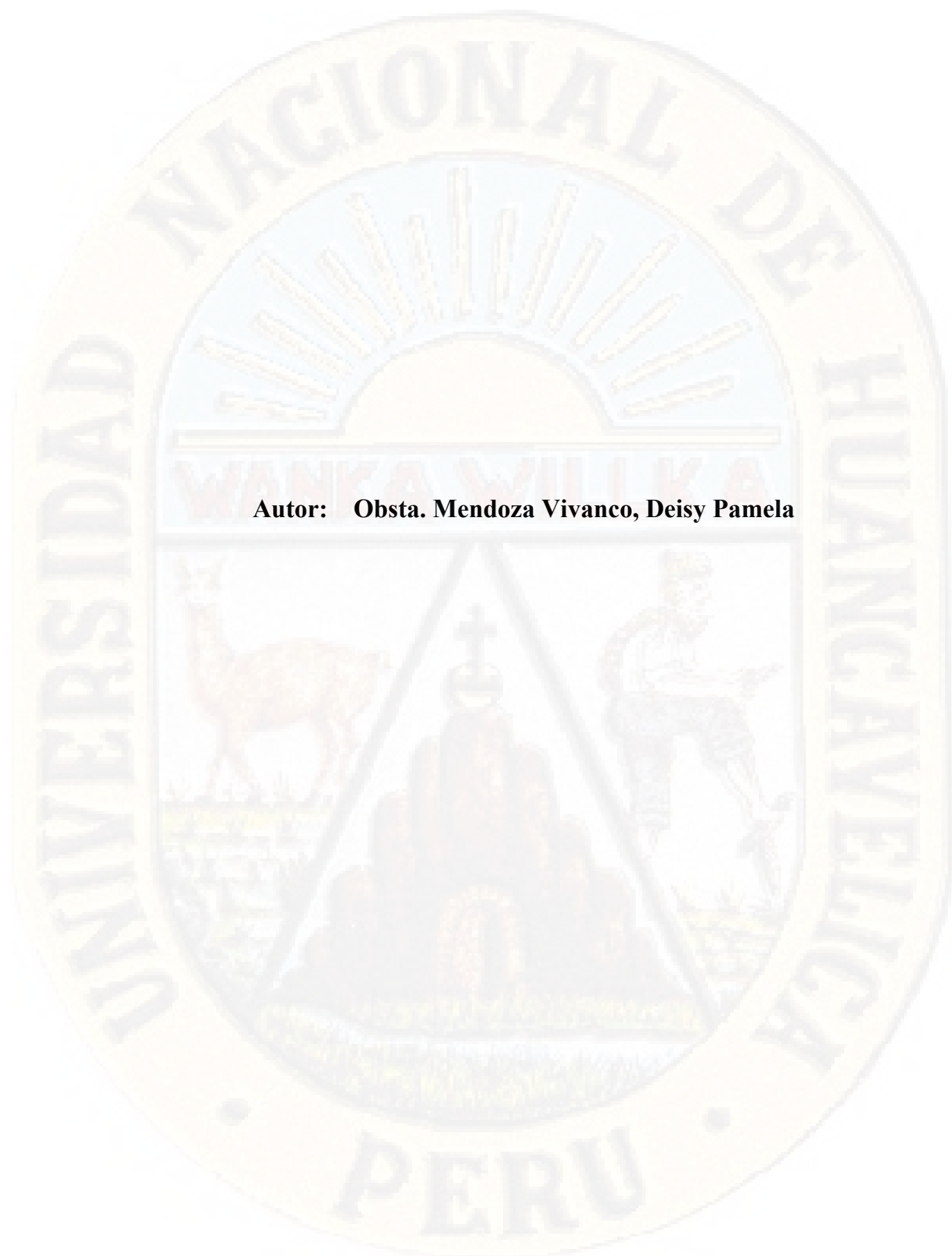
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
.....
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

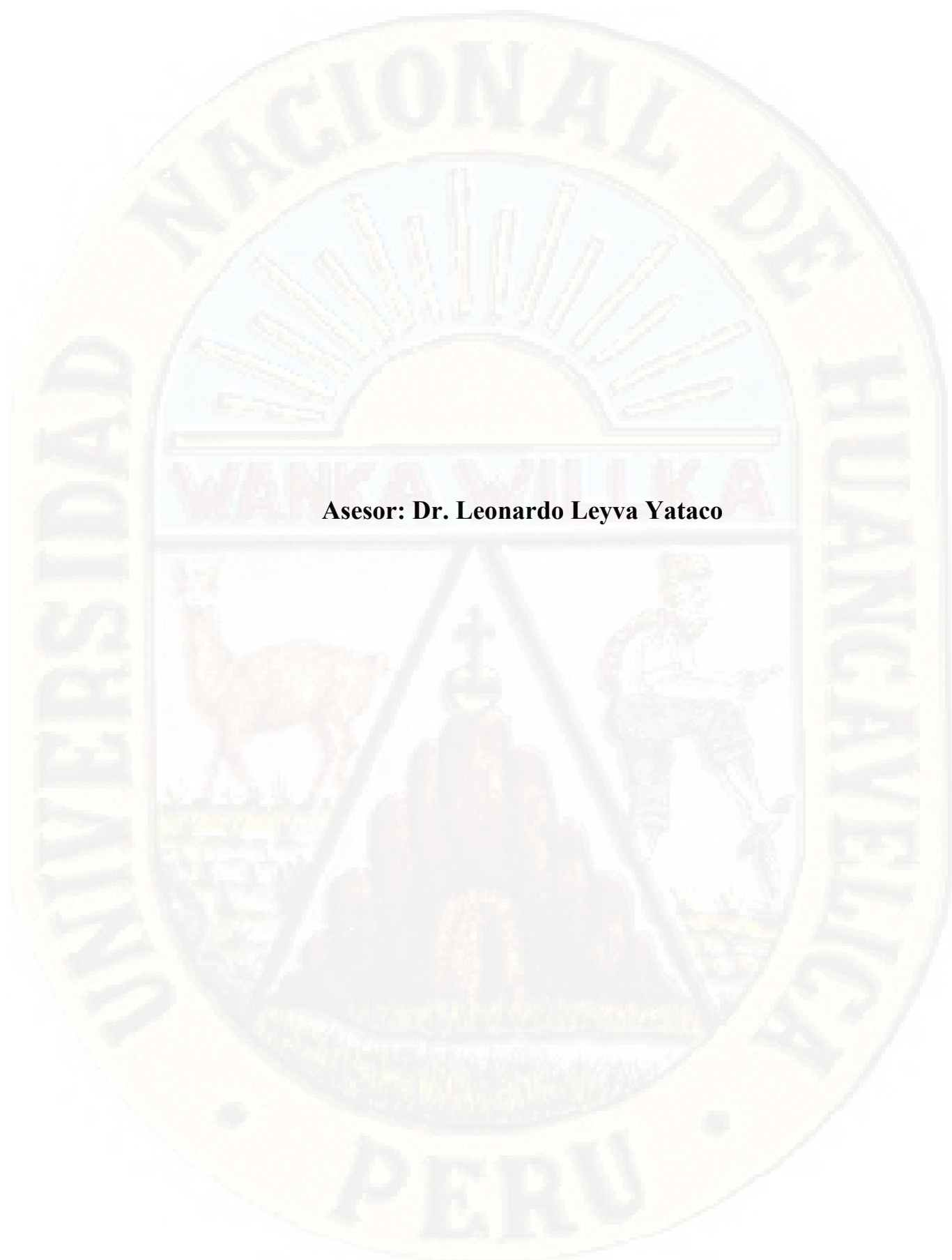
Kelly RIVEROS LAURENTE
SECRETARIA
.....
VºBº SECRETARIA DOC.

TÍTULO DE LA TESIS

**Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud
Huamanguilla, Ayacucho 2019.**



Autor: Obsta. Mendoza Vivanco, Deisy Pamela



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a Dios, por bendecirme y cuidarme en cada uno de los pasos que doy en mi anhelo profesional.

A mi querida hija Ángela Itzel, quien es mi motor y motivo del sacrificio de cumplir este trabajo de investigación.

A mi madre Juana Antonieta, por su inmenso cariño, amor, sacrificio y desvelo, por su ayuda incondicional para seguir mis metas.

Agradecimiento

Agradezco a los docentes de la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Segunda Especialidad, nuestra casa de estudios y alma mater de generación de conocimientos.

El más grato agradecimiento a DIOS por iluminarme en todo momento y por rodearme de todas aquellas personas que me ayudaron e hicieron posible culminar mis estudios universitarios.

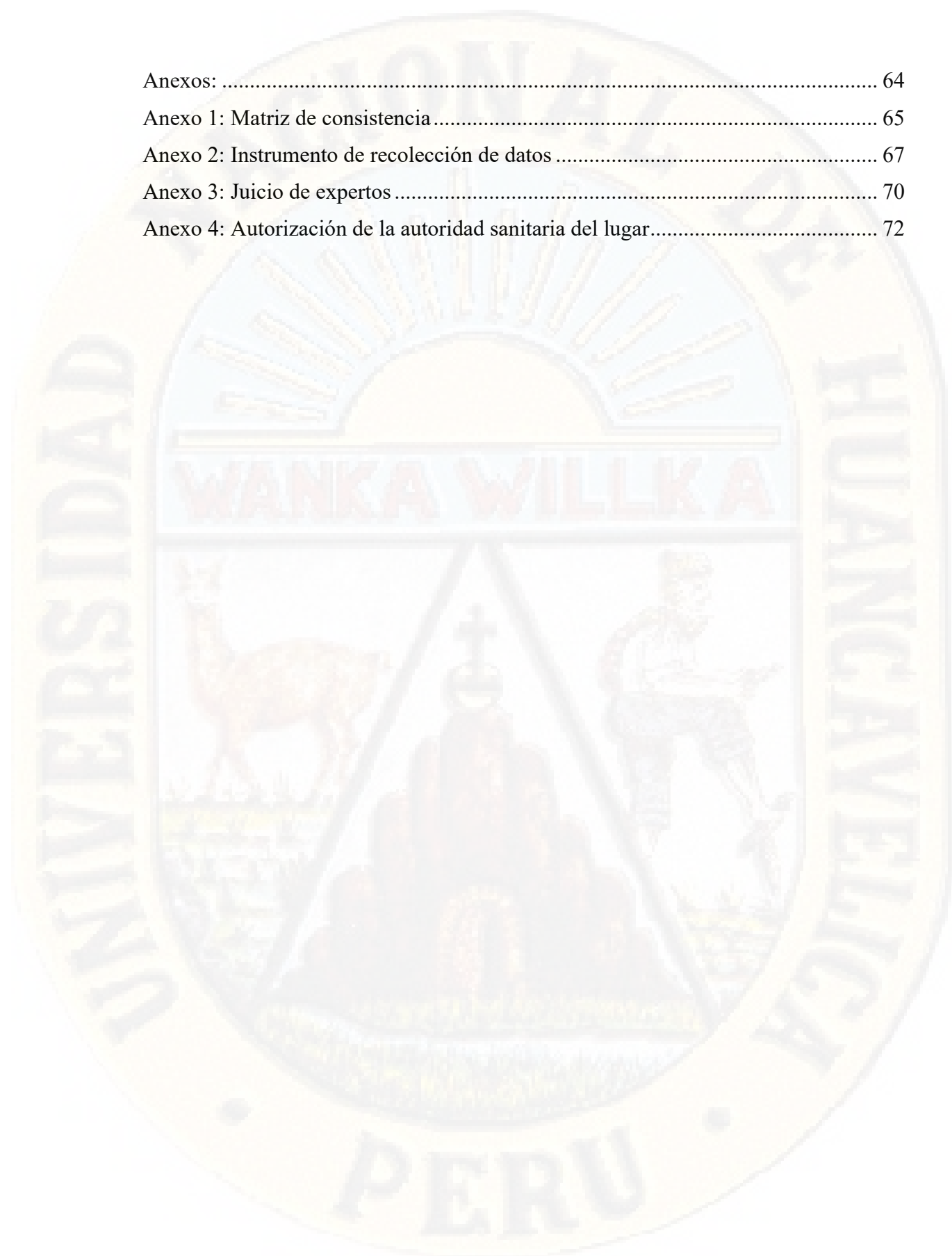
A su excelente plana docente por sus enseñanzas, consejos, orientaciones y la motivación recibida en mi formación profesional.

Mendoza Vivanco, Deisy Pamela

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos.....	48
2.4. Identificación de variables	48
2.5. Operacionalización de variables	49
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Nivel de investigación.....	50
3.3. Métodos de investigación.....	50
3.4. Diseño de investigación	51
3.5. Población, muestra y muestreo	51
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	52
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos	53
4.2. Discusión de resultados.....	56
Conclusiones	59
Recomendaciones.....	60
Referencias bibliográficas.....	61

Anexos:	64
Anexo 1: Matriz de consistencia	65
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	67
Anexo 3: Juicio de expertos	70
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	72



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad, número de partos, numero de atenciones prenatales en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.	53
Tabla 2.	Características de la gestante atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.	54
Tabla 3.	Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.	55

Resumen

Objetivo. Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. **Método.** Investigación observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 60 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio de las gestantes fue de 25,9 años, el 50% tuvieron más de 25 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 45 años. El número promedio de partos fue de 1,9 partos, el 50% tuvieron más de un parto, el número promedio de atenciones prenatales fue de 7,6 atenciones. El 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales, el 75% tuvieron más de 7 atenciones prenatales. El 1,7% (1) no tuvieron nivel de instrucción, el 10% (6) tuvieron educación inicial, el 28,3% (17) tuvieron educación primaria, el 50% (30) tuvieron educación secundaria, el 5% (3) tuvieron educación superior técnico y el 5% (3) tuvieron educación superior universitaria. El 40% no llegaron a tener educación secundaria. El 46,7% (28) fueron convivientes, el 30% (18) fueron casadas y el 23,3% (14) fueron solteras. El 40% (24) de las gestantes tuvieron morbilidad y el 60% (36) no tuvieron morbilidad. Del total de gestantes con morbilidades agudas; el 23,3% (14) tuvieron infección de tracto urinario, el 15% (9) tuvieron síndrome de flujo vaginal y el 11,7% (7) tuvieron anemia. Del total de gestantes con morbilidades crónicas; el 8,3% (5) tuvieron hipertensión arterial y el 6,7% (4) tuvieron diabetes. **Conclusiones.** Cuatro de cada diez gestantes tuvieron morbilidad. Las morbilidades de las gestantes fueron infección de tracto urinario, síndrome de flujo vaginal, anemia, hipertensión arterial y diabetes.

Palabras clave: Gestante con morbilidad, características de la gestante, morbilidad aguda, morbilidad crónica.

Abstract

Objective. Identify the morbidities that occur in pregnant women treated at the Huamanguilla Health Center, Ayacucho 2019. **Method.** Observational, retrospective, cross-sectional research at a descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant women treated at the Huamanguilla Health Center, Ayacucho 2019; According to statistical records, there were a total of 60 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results.** The average age of the pregnant women was 25.9 years, 50% were over 25 years old, the minimum age was 15 years and the maximum was 45 years. The average number of births was 1.9 births, 50% had more than one birth, the average number of prenatal care was 7.6. 50% had more than 8 prenatal care, 75% had more than 7 prenatal care. 1.7% (1) had no educational level, 10% (6) had initial education, 28.3% (17) had primary education, 50% (30) had secondary education, 5% (3) had higher technical education and 5% (3) had higher university education. 40% did not have a secondary education. 46.7% (28) were cohabiting, 30% (18) were married and 23.3% (14) were single. 40% (24) of the pregnant women had morbidity and 60% (36) had no morbidity. Of the total of pregnant women with acute morbidities; 23.3% (14) had urinary tract infection, 15% (9) had vaginal discharge syndrome, and 11.7% (7) had anemia. Of the total of pregnant women with chronic morbidities; 8.3% (5) had high blood pressure and 6.7% (4) had diabetes. **Conclusions.** Four out of every ten pregnant women had morbidity. The morbidities of the pregnant women were urinary tract infection, vaginal discharge syndrome, anemia, arterial hypertension and diabetes.

Keywords: Pregnant woman with morbidity, characteristics of the pregnant woman, acute morbidity, chronic morbidity.

Introducción

El embarazo se considera un evento fisiológico normal en la vida de una mujer. Sin embargo, en este proceso fisiológico normal, pueden ocurrir complicaciones y/o enfermedades que eventualmente afectarán negativamente a la madre y al niño (1).

La morbilidad materna, alude a cualquier enfermedad física o mental y a las discapacidades relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres, pero que tienen impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta (2). Las mujeres embarazadas casi siempre son jóvenes y tienen menos morbilidades que las mujeres en las edades extremas. Existen una serie de enfermedades agudas, que se pueden desarrollar durante el embarazo, complicando la gestación, estas pueden ser controladas cuando se realiza un diagnóstico precoz.

Las enfermedades crónicas tienen un gran impacto en la salud materna y el embarazo. Las condiciones médicas preexistentes en las gestantes aún continúan siendo elevadas y merecen una especial atención.

Estudios en Cuba indican que el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde la consulta de captación. La infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales trastornos maternos durante el embarazo (3). En México encontraron que un 63% de las mujeres presentaron síntomas de morbilidad. Además, un 13% reportó infección en riñones, lo cual es significativamente alto, dada la importancia de esta morbilidad (2).

Las mujeres de los hogares más pobres de las comunidades rurales no tienen educación, mientras que las mujeres de las comunidades urbanas marginales no reciben los servicios necesarios esto se agrava si presentan morbilidades (4).

El conocer las principales morbilidades de las gestantes y sus características, permitirá organizar la oferta sanitaria para responder a las necesidades reales que presenta la gestante evitando riesgos y brindando una atención de calidad que permita contribuir a una buena salud materna perinatal y mejorar la calidad de atención conociendo sus características.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El embarazo se considera un evento fisiológico normal en la vida de una mujer. Sin embargo, en este proceso fisiológico normal, pueden ocurrir complicaciones y/o enfermedades que eventualmente afectarán negativamente a la madre y al niño (1).

La morbilidad materna, alude a cualquier enfermedad física o mental y a las discapacidades relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que no necesariamente amenazan la vida de las mujeres, pero que tienen impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta (2).

Las mujeres embarazadas casi siempre son jóvenes y tienen menos morbilidades que las mujeres en las edades extremas. Existen una serie de enfermedades agudas, que se pueden desarrollar durante el embarazo, complicando la gestación, estas pueden ser controladas cuando se realiza un diagnóstico precoz. Entre ellas tenemos la Diabetes Gestacional, que afecta entre un 6 y 10% de los embarazos, las infecciones entre otras. Otros problemas de salud que pueden presentar las gestantes son las debidas a la malnutrición, deficiencias de hierro entre otras. Por otra parte, se tienen gestantes con enfermedades crónicas que pueden complicar el embarazo si no tiene un manejo especializado.

Las enfermedades crónicas tienen un gran impacto en la salud materna y el embarazo. Considerando que un embarazo saludable empieza antes de la concepción, a través de la nutrición y los hábitos de vida, tratar enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, cáncer y obesidad es muy importante.

Las condiciones médicas preexistentes en las gestantes aún continúan siendo elevadas y merecen una especial atención.

Estudios en Cuba indican que el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde la consulta de captación y su proporción se incrementó en la de reevaluación (82,4 %). La infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales trastornos maternos durante el embarazo (3).

En un estudio realizado en México encontraron que un 63% de las mujeres presentaron síntomas de morbilidad, los más frecuentes fueron: hinchazón de piernas y/o cara (34.3%); dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos (26.7%); contracciones antes de tiempo (20.5%) y sangrado vaginal (20.9%); Además, 13% de las entrevistadas reportó infección en riñones, lo cual es significativamente alto, dada la importancia de esta morbilidad (2).

Las mujeres de los hogares más pobres de las comunidades rurales no tienen educación, mientras que las mujeres de las comunidades urbanas marginales no reciben los servicios necesarios esto se agrava si presentan morbilidades (4).

En el contexto de la salud materna de acuerdo al ámbito socio cultural, existen diversas características de las mujeres gestantes con morbilidad que pueden ser aspectos personales, socioculturales, biomédicos entre otros y que en algunos casos pueden poner en riesgo la salud de la madre en el periodo de gestación. En la región Ayacucho, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Huamanguilla; no se tiene información sobre las morbilidades que presentan las gestantes en su contexto territorial. Por lo mencionado fue necesario conocer a más profundidad esta situación a fin de caracterizar a este grupo de gestantes.

El conocer las principales morbilidades de las gestantes y sus características, permitirá organizar la oferta sanitaria para responder a las necesidades reales que presenta la gestante evitando riesgos y brindando una atención de calidad

que permita contribuir a una buena salud materna perinatal y mejorar la calidad de atención conociendo sus características.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019?
- ¿Cuál es la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019?
- ¿Cuáles son las morbilidades agudas y crónicas que se presentaron en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.
- Determinar la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.
- Identificar las morbilidades agudas y crónicas que se presentaron en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

1.4. Justificación

Existen una serie de enfermedades agudas, que se pueden desarrollar durante el embarazo, estas pueden ser controladas cuando se realiza un diagnóstico precoz; pero pueden complicar la salud de la gestante. Las enfermedades crónicas tienen un gran impacto en la salud materna y el embarazo. Las condiciones médicas preexistentes en las gestantes aún continúan siendo elevadas y merecen una especial atención.

Estudios en Cuba indican que el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde la consulta de captación. La infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales trastornos maternos durante el embarazo (3).

En México encontraron que un 63% de las mujeres presentaron síntomas de morbilidad. Además, un 13% reportó infección en riñones, lo cual es significativamente alto, dada la importancia de esta morbilidad (2).

En el contexto de la salud materna de acuerdo al ámbito socio cultural, existen diversas características de las mujeres gestantes con morbilidad que pueden ser aspectos personales, socioculturales, biomédicos entre otros y que en algunos casos pueden poner en riesgo la salud de la madre en el periodo de gestación. En la región Ayacucho, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Huamanguilla; no se tiene información sobre las morbilidades que presentan las gestantes en su contexto territorial. Por lo mencionado fue necesario conocer a más profundidad esta situación a fin de caracterizar a este grupo de gestantes.

El conocer las principales morbilidades de las gestantes y sus características, permitirá organizar la oferta sanitaria para responder a las necesidades reales que presenta la gestante evitando riesgos y brindando una atención de calidad que permita contribuir a una buena salud materna perinatal y mejorar la calidad de atención conociendo sus características.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Suraz et al (5), investigaron sobre complicaciones obstétricas, con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas de las pacientes que acuden al Ambulatorio de Caburé, Municipio Petit, Estado Falcón, periodo marzo-agosto 2018; esta investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva, con diseño no experimental, de corte transversal, con una población de 40 embarazadas; resultados: La edad promedio está comprendida entre 21-25 años con un 42,5%; Entre las complicaciones obstétricas: un 25% presentó infección del tracto urinario, 20% infección vaginal, 7,5 % preeclampsia-eclampsia, 7,5% anemia, un 5% oligoamnios y amenaza de aborto; El 72,5% de la muestra presentó un riesgo obstétrico moderado, 17,5% presentaron bajo riesgo, y el 10% alto riesgo; Conclusión: las complicaciones obstétricas más comunes que se han identificado en esta investigación, fueron: infección del tracto urinario, infección vaginal, preeclampsia-eclampsia, anemia, parto pre término.

Corona et al (6), realizaron una caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave; con el objetivo de describir los procesos de atención de las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave en la atención prenatal en el 2009; Método: se realizó un estudio descriptivo cuyo universo fueron las 63 gestantes que se diagnosticaron con morbilidad materna extremadamente grave en los servicios de ginecobstetricia de los hospitales generales y maternos de La Habana; La información se obtuvo de los registros hospitalarios y las historias clínicas de las gestantes en la atención prenatal y hospitalaria; esta se recogió a través de un instrumento creado al efecto y se introdujo en una base de datos en Access; Resultados: los principales riesgos identificados fueron la hipertensión arterial, la anemia, la infección vaginal y la pre eclampsia; La consulta de reevaluación

realizada por el especialista en ginecobstetricia se reflejó en un 33 %, el promedio de 10 consultas durante el embarazo se constató en el 69,8 % de las gestantes; La complicación por shock hipovolémico ocupó el primer lugar, seguido del shock séptico y la eclampsia; Conclusiones: la identificación de riesgos en la atención prenatal probablemente intervenga en la evolución de la MMEG en la Habana.

Gil et al (7), estudiaron la morbilidad materna extremadamente, con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extremadamente en Villa Clara, desde enero hasta junio del 2012, métodos: Se realizó un estudio descriptivo, cuyo universo estuvo constituido por todas las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave diagnosticada en los hospitales con servicios gineco obstétricos según criterios de inclusión, y evaluar la calidad de la atención prenatal y hospitalaria mediante el modelo de evaluación táctica, la información se obtuvo de las historias clínicas en la atención primaria y secundaria y de las guías de observación para cada dimensión.

Resultados: Se diagnosticaron 20 pacientes con morbilidad materna extremadamente grave, con una edad promedio de 28 años, y se identificaron riesgos maternos en el 75 %, los más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos, la infección vaginal, la anemia y la edad extrema; la morbilidad estuvo más relacionada con el manejo instaurado a las pacientes, y se identificaron deficiencias en la atención prenatal, en la capacitación del recurso humano, en la aplicación del código de colores y de algunos protocolos de actuación, también con el seguimiento de las pacientes por comisión de morbilidad materna grave en la atención secundaria; la hemorragia obstétrica constituyó la principal causa de morbilidad materna extremadamente grave (7).

Álvarez et al (8), realizaron una caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave; con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave en la Ciudad de La Habana, desde enero hasta junio del año 2009; Métodos: Se realizó un estudio transversal cuyo universo de estudio lo constituyeron todas las gestantes que se diagnosticaron como morbilidad

materna extremadamente grave en los hospitales maternos y servicios gineco obstétricos de hospitales generales y clínico quirúrgicos; según criterios de inclusión; La información se obtuvo mediante la historia clínica de cada gestante durante su atención prenatal y hospitalaria; Resultados: Se diagnosticaron 46 gestantes, con una edad promedio de 28 años; se identificaron riesgos maternos en el 89,1 % de las gestantes; los riesgos de mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial, el asma, la diabetes mellitus y la sepsis urinaria; conclusiones: La morbilidad materna extremadamente grave ocurrió con mayor frecuencia después del parto; según los criterios de inclusión, las causas de mayor ocurrencia fueron las relacionadas con el manejo instaurado al paciente (cirugía, UCI, transfusión) y la enfermedad específica (shock séptico e hipovolémico).

Pintado y Reyes (9), estudiaron el nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre las señales de alarma en gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud del distrito de Lambayeque 2018; Metodología: La metodología de investigación es de tipo básica, cuantitativa, no experimental, de corte transversal y prospectivo, el diseño en la investigación de tipo descriptivo, correlacional; se encuestaron a 287 gestantes que se atienden en establecimientos de salud del distrito de Lambayeque; se empleó un instrumento estructurado validado en otros estudios, mediante una encuesta la cual nos sirvió para medir el nivel de conocimiento sobre las señales de alarma en el embarazo; Resultados: El perfil de las gestantes fueron: Edad entre los 20 a 34 años (69%), convivientes (73%), proceden de la zona urbana (59%), nivel educativo secundario (58%), en el tercer trimestre del embarazo (48%), primíparas (33%), con ≥ 6 atenciones prenatales (36%), el 29% presentó morbilidad; el 69% recibieron información sobre señales de alarma; El 48% de las gestantes encuestadas tienen un nivel medio; el 42%(119) un nivel alto y el 10% un nivel bajo de conocimiento sobre las señales de alarma durante el embarazo, asociándose un alto nivel de conocimiento sobre señales de alarma a una mayor edad ($p=0,001$), a un mayor nivel de instrucción ($p=0,001$); a la

multiparidad ($p=0,001$); y a la recepción de información sobre el tema ($p=0,001$); Conclusiones: El 48% de las gestantes encuestadas tienen un nivel medio; el 42% tienen un nivel alto y el 10% un nivel bajo de conocimiento sobre las señales de alarma durante el embarazo.

Uchuypoma (10), investigo sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes; con el objetivo de caracterizar la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018; Método: La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo; El método fue inductivo, diseño descriptivo simple; La población fueron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa del distrito de Locroja, Churcampa, Huancavelica 2018; según registros estadísticos fueron un total de 64 gestantes; La muestra fue censal; La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos; Resultados: La edad promedio en las gestantes fue de 23,78 años, el 50% tuvieron más de 21,5 años; el 25% tuvieron menos de 37 semanas antes del parto; el 18,8% (12) no tuvieron nivel de instrucción, el 45,3% (29) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 35,9% (23) tuvieron nivel de instrucción secundario; el 60,9% (39) fueron convivientes, el 29,7% (19) fueron casadas y el 9,4% (6) fueron solteras; El número promedio de atenciones prenatales fue 7,88; el 75% tuvieron más de 6 atenciones prenatales; El 100% tuvieron una anamnesis y un examen físico completo en su atención prenatal; exámenes obstétricos completos, excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 79,7% (51); El 31,3% (20) presentaron infección del tracto urinario, el 12,5% (8) presentaron infección vaginal, el 10,9% (7) presentaron anemia, el 7,8% (5) presentaron preeclampsia, el 4,7% (3) presentaron parto pretérmino, el 3,1% (2) presentaron placenta previa, el 3,1% (2) presentaron presentación podálica; en una mínima proporción se encontraron casos de embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón; Conclusiones: La mayoría de las gestantes con atención prenatal tuvieron más de 21,5 años, bajo nivel educativo, fueron convivientes;

Siete de cada diez gestantes tuvieron una atención oportuna, periódica y continua; Aproximadamente la mitad de las gestantes con atención prenatal presentaron al menos una morbilidad; Las morbilidades más frecuentes fueron infección del tracto urinario, infección vaginal y anemia.

Mendoza (11), investigo la morbilidad materna y peso del recién nacido con el objetivo de determinar la relación de la Morbilidad Materna en el Peso del recién nacido de un Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo–2018; el método fue científico, de tipo retro prospectivo, transversal, de nivel descriptivo y con un diseño no experimental relacional; se realizó un muestreo probabilística estratificada con una muestra de 327 gestantes, se utilizó la técnica de análisis documentario recolectando datos con la ficha de cotejo procesando en SPSS versión24, obteniendo resultados que la morbilidad materna si está relacionado con peso del recién nacido, al igual que se relaciona la morbilidad materna con el bajo peso del recién nacido en un 11,9%: causados por la anemia en un 26,4% y la enfermedad hipertensiva del embarazo con 64,3%, a diferencia que de la morbilidad materna con el peso normal y macrosómico no se relaciona, en las características sociodemográficas no existe ningún tipo de relación con el peso del recién nacido; Conclusiones: La morbilidad materna está relacionado con el bajo peso del recién nacido por la enfermedad hipertensiva del embarazo y la anemia, no existió relación con el peso normal y macrosómico; Tampoco existe relación con la características sociodemográficas y peso del recién nacido; Recomendaciones: Implementar el tema de morbilidad materna en las sesiones educativas psicoprofilaxis; Toda paciente que se encuentre en un periodo gestacional o pre concepcional debe de tener en conocimiento de los datos porcentuales de las enfermedades más recurrentes durante el embarazo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo es el proceso fisiológico que ocurre desde el momento en que se implanta un óvulo fertilizado en el útero hasta el parto; desde el momento en que se fecunda el óvulo, el cuerpo de la mujer sufre cambios fisiológicos y metabólicos, diseñados para proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo normal del feto; el embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir del primero después de la última menstruación (40 semanas), o 266 días si se considera como punto de partida la fecha de ovulación (12).

2.2.2. Morbilidad

La morbilidad materna, es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa, relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto, que tienen un impacto significativo en su calidad de vida e incluso pueden perdurar a lo largo de ésta (2).

2.2.3. Morbilidades comunes en el embarazo

Las embarazadas son susceptibles a todas las morbilidades o trastornos médicos y quirúrgicos que pueden afectar a las mujeres en edad reproductiva; algunos de éstos, en particular los crónicos, casi siempre preceden al embarazo; no obstante, igual que otros, pueden producir una complicación aguda en un embarazo por lo demás normal, es difícil cuantificar con exactitud la morbilidad no obstétrica que complican el embarazo, pero pueden hacerse algunas estimaciones, por ejemplo, en una población con atención médica la tasa para hospitalización prenatal total fue de 10,1 por 100 nacimientos, de estos casos, cerca de un tercio se debió a trastornos no obstétricos que incluyeron enfermedades renales, pulmonares e infecciosas (13).

Los embarazos tienden a evolucionar en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación; aun así se debe tener presente que un porcentaje entre el 10 y el 5 % de los embarazos, pueden presentar una complicación que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo (14).

Con frecuencia se encuentran nefropatías y uropatías durante el embarazo; algunas de éstas lo preceden, por ejemplo, la nefrolitiasis, en otros casos, los cambios provocados por el embarazo predisponen a la aparición o el agravamiento de una uropatía (como el notable incremento del riesgo de padecer pielonefritis), por último, a veces se trata de una anomalía renal exclusiva del embarazo, como la preeclampsia; sin embargo, con una atención prenatal adecuada, la mayoría de las mujeres con estos trastornos carecerá de secuelas a largo plazo (13).

Las infecciones durante el embarazo son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno perinatal. Aunque los defectos congénitos son poco frecuentes, las infecciones intrauterinas pueden causar aborto espontáneo, complicaciones obstétricas o muerte fetal.

Las infecciones urinarias (pielonefritis, cistitis y bacteriurias asintomáticas) son las complicaciones más comunes del embarazo; se producen en el 2-7% de las embarazadas (15).

La infección vaginal puede estar presente en mujeres de cualquier edad, la mayoría ha tenido una infección vaginal, por lo menos una vez en su vida; el embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales; en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de

membrana, parto pretérmino y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso (16).

El hierro es un micronutriente fundamental para la salud; su deficiencia o su exceso son dañinos; durante la gestación hay una mayor necesidad de hierro para la placenta y el feto, y ello se evidencia en un aumento de la eritropoyesis; sin embargo, la concentración de la hemoglobina disminuye por efecto de una mayor expansión vascular; esto determina una hemodilución que se evidencia a partir del segundo trimestre, y luego se va normalizando al final del tercer trimestre (17).

La anemia materna por deficiencia de hierro se constituye en un problema de salud pública cuando es de magnitud moderada (7 a <9 g/dL) y severa (Hb <7 g/dL); incrementando el riesgo de morbi-mortalidad materna y del neonato; igualmente se ha demostrado que niveles altos de hemoglobina (>14,5 g/dL) en la gestante afecta a la madre y al neonato; por ello es importante determinar si una gestante con hemoglobina baja es realmente anémica o tiene una hemodilución, que es un proceso fisiológico que no requiere de tratamiento; esta revisión presenta las evidencias para poder discriminar entre una anemia verdadera gestacional de una hemodilución fisiológica (17).

La hipertensión en el embarazo (HE), además de producir daño materno y fetal, también puede suponer el inicio de alteraciones vasculares y metabólicas futuras, implicando así que el riesgo relativo de padecer hipertensión crónica tras la HE es entre 2,3 y 11,0 veces mayor; Las mujeres con historia previa de preeclampsia/eclampsia tienen doble riesgo de accidentes cerebrovasculares y mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca; asimismo, se observa un riesgo 10 veces mayor de enfermedad renal terminal a largo plazo (18). La hipertensión crónica es una de las complicaciones graves más frecuentes que se presentan durante el embarazo; la prevalencia promedio de la hipertensión en mujeres de 18 a 39 años de edad es de

cerca de 7%; la incidencia de la hipertensión crónica en el embarazo es variable y depende de las inconsistencias en la población; en un estudio de más de 56 millones de partos de la Nation wide Patient Sample, 1,8% de los nacimientos en 2007 y 2008 ocurrió en mujeres con hipertensión crónica; a pesar de esta prevalencia sustancial, no se ha estudiado bien el tratamiento óptimo; se sabe que la hipertensión crónica suele mejorar durante las primeras etapas del embarazo; esto se acompaña de un comportamiento variable en una etapa más avanzada del embarazo y lo que es importante, del desarrollo imprevisible de preeclampsia superpuesta, que conlleva incrementos en los riesgos de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales (13).

La frecuencia de la diabetes mellitus gestacional se ha duplicado en la última década, lo cual se atribuye al incremento de la obesidad y su asociación con el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2; la diabetes gestacional aparece, sobre todo, en mujeres con factores de riesgo fácilmente identificables, quienes por los cambios propios de su embarazo elevan la resistencia a la insulina y sus cifras de glucosa, lo que repercute en el desarrollo de su hijo y puede ser causa de macrosomía (19).

Las citocinas que producen resistencia a la insulina (leptina, resistina, TNF- α e IL-6) se incrementan durante el embarazo; en realidad, éstas pueden ser el principal estimulante de la resistencia a la insulina; la secreción de las adipocinas remanentes no se identifica o está atenuada; se han descrito diversos patrones específicos con la diabetes gestacional, la preeclampsia y la restricción del crecimiento fetal (13).

Los aspectos adversos de la salud relacionados con la obesidad son asombrosos. Las enfermedades vinculadas con esta alteración comprenden diabetes, cardiopatía, hipertensión, apoplejía y artrosis. Las mujeres obesas que se embarazan (y sus fetos) tienen una predisposición a desarrollar diversas complicaciones graves

relacionadas con el embarazo. Por otra parte, los efectos de largo plazo sobre la madre y el feto comprenden una elevación significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad (13).

Los trastornos pulmonares agudos y crónicos son frecuentes durante el embarazo; el problema más común es el asma crónica o una exacerbación aguda y afecta hasta el 4% de las mujeres embarazadas; junto con la neumonía adquirida en la comunidad, estos padecimientos causaron casi 10% de las hospitalizaciones no obstétricas en un plan de atención administrada; la neumonía también es una complicación frecuente que obliga al reingreso después del parto; estos y otros trastornos pulmonares se superponen a varios cambios importantes inducidos por el embarazo en la fisiología ventilatoria; por ejemplo, las embarazadas, sobre todo las que cursan el último trimestre, no parecen tolerar la neumonitis aguda grave, como lo demuestra el número elevado de muertes maternas durante las pandemias de gripe (influenza) de 1918 y 1957; Los volúmenes y capacidades pulmonares que se miden en forma directa para describir la fisiopatología pulmonar se alteran en grado considerable; a su vez, estos cambios modifican los resultados de las concentraciones de gases y los valores ácido básicos (13).

2.2.4. Atención prenatal reenfocada

Lo mejor es realizar un seguimiento y una evaluación integral de las mujeres embarazadas y los fetos antes de la decimocuarta semana de gestación para brindar medidas de intervención básicas para detectar señales de alerta, factores de riesgo, autocuidado y educación; Participación familiar y manejo adecuado de las complicaciones; enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (20).

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son: 1) evaluación de riesgos temprana y continua; 2) promoción de la salud y 3) intervención y monitoreo médico y psicológico; la evaluación de riesgos incluye una investigación integral; prospección física; exámenes de laboratorio y control del feto; Evaluación del estado de crecimiento y la salud; la promoción de la salud incluye proporcionar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y las madres (y los padres), y promover y apoyar comportamientos saludables; las intervenciones incluyen el tratamiento de cualquier enfermedad existente; proporcionar recursos sociales y financieros Y derivar o consultar a otros especialistas (21).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio (22). Sus objetivos son:

- Aumentar la salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo.
- Determinar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación (22).
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo (22).
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.5. La atención integral de salud materna en el Perú

2.2.5.1. Atención preconcepcional / pregestacional

Dependiendo del nivel de complejidad, la atención será brindada por profesionales calificados (ginecólogos, cirujanos, obstetras) (20).

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja; se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo (20).

La atención incluye 2 consultas. Si se encuentra alguna patología se debe derivar al especialista correspondiente; la primera es para detectar el riesgo de embarazo, y la segunda es de seguimiento o mantenimiento; según la situación se debe realizar la consulta o referencia correspondiente (20).

Incluye:

- Evaluación clínica, del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio (20).
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental (20).
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas; incluye educación para el autoexamen (20).
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar su carné de atención, verificar su vacunas, si fuese necesario indicar que se complete las vacunas según el esquema de vacunación; asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas (20).

- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción (20).
- Realizar orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables y nutrición adecuada (20).
- Orientación y consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable (20).
- Revisión de la atención con los resultados de exámenes auxiliares solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (20).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos (20):

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales.

Antecedentes reproductivos (20):

- Esterilidad previa.
- Aborto o parto prematuro a repetición.
- Muerte perinatal.
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos.

Antecedentes médicos (20):

- Hipertensión arterial.
- Enfermedad cardíaca o renal.
- Endocrinopatías.
- Epilepsias.

- Enfermedad respiratoria crónica.
- Enfermedades hematológicas o hepáticas.
- Infecciones no tratadas o recidivantes.

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal.

Exploración física (20):

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla.
- Examen de patologías presentes.

Exámenes de laboratorio (20):

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis
- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa.

2.2.5.2. Atención prenatal reenfocada

- De acuerdo con el grado de complejidad, en todas las instituciones de salud se brindará atención prenatal reenfocada, incluyendo: seguimiento, evaluación, prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que puedan afectar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal para lograr / Saludable / recién nacido / o sin perjudicar la salud de la madre, en el marco de los derechos humanos y teniendo en cuenta los antecedentes de género, psicológicos y

sociales, y adoptar un enfoque de género e intercultural (20).

- La primera atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos. Las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos (20).
- La atención prenatal reposicionada debe ser realizada por un profesional médico: gineco obstetra, obstetra o médico general, dependiendo de la complejidad de la institución médica. Si no cuenta con estos profesionales, la enfermera puede ayudarlo (20).
- Toda complicación de la gestante, detectada en cualquier momento de la atención debe ser atendida por médico gineco-obstetra (20).
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio (20).
- Brindar educación para que la gestante pueda identificar los signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio (20).
- La Historia Clínica Materno Perinatal debe ser llenada en toda atención prenatal (20).
- Brindar la atención prenatal reenfocada según la normativa establecida (20).
- Realizar evaluación nutricional, brindar orientación y consejería nutricional y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro (20).
- Elaborar el plan de parto que permitan una atención de parto institucional con adecuación intercultural, de corresponder (20).

- Detección y manejo temprano de complicaciones, realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico (20).
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja (20).
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- En el primer nivel de atención, el obstetra-ginecólogo o cirujano debe realizar la primera o segunda atención prenatal según el nivel de atención con el fin de realizar un examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio y determinar la patología o complicaciones relevantes. Y comience a conducir si es necesario. En atención secundaria y terciaria, realizada por obstetras y ginecólogos (20).
- Las autoridades sanitarias deberán garantizar la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención (20).

2.2.5.3. Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y obtener información sobre la posibilidad de productos con malformaciones congénitas, especialmente si hay antecedentes familiares o factores de riesgo (20).

- Se recomienda realizar un examen vaginal durante el primer examen prenatal, incluido el control de vaginosis bacteriana, la realización de una prueba de Papanicolaou y la evaluación de la pelvis. Si la embarazada no está preparada, se puede posponer para la próxima consulta (20).

- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio (20).
- Los análisis de laboratorio como son hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal, urocultivo o examen de orina completo, se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra (20).
- En toda consulta se evaluará los síntomas y signos de alarma.

Procedimientos de la primera atención prenatal

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:
 - Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal; precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental (20).
 - Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos realizado por el médico (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc) (20).
 - Tomar funciones vitales: pulso con la técnica de los 3 dedos, respiración, temperatura, presión arterial después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho (20).
 - Tomar medidas antropométricas: peso con balanza calibrada y talla, valorar el estado nutricional, graficar en las tablas de ganancia

de peso CLAP-OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal; aplicar las tablas CLAP-OPS-OMS de peso-talla para la edad gestacional (20). Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal pregestacional del CENAN (20).

- Debido a que la mortalidad materna por causa de la enfermedad hipertensiva del embarazo es alta, el profesional de la salud responsable que atiende a la gestante o puerpera, debe valorar el edema y los reflejos osteotendinosos (20).

Valorar el edema:

0: No presenta edema.

1+: Edema leve, fovea perceptible sólo al tacto.

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores.

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara.

4+: Anasarca con ascitis.

Evaluar reflejos Osteotendinosos:

0: Arreflexia o ausencia de reflejos.

1+: Hiporreflexia.

2+: Normal.

3+: Hiperreflexia.

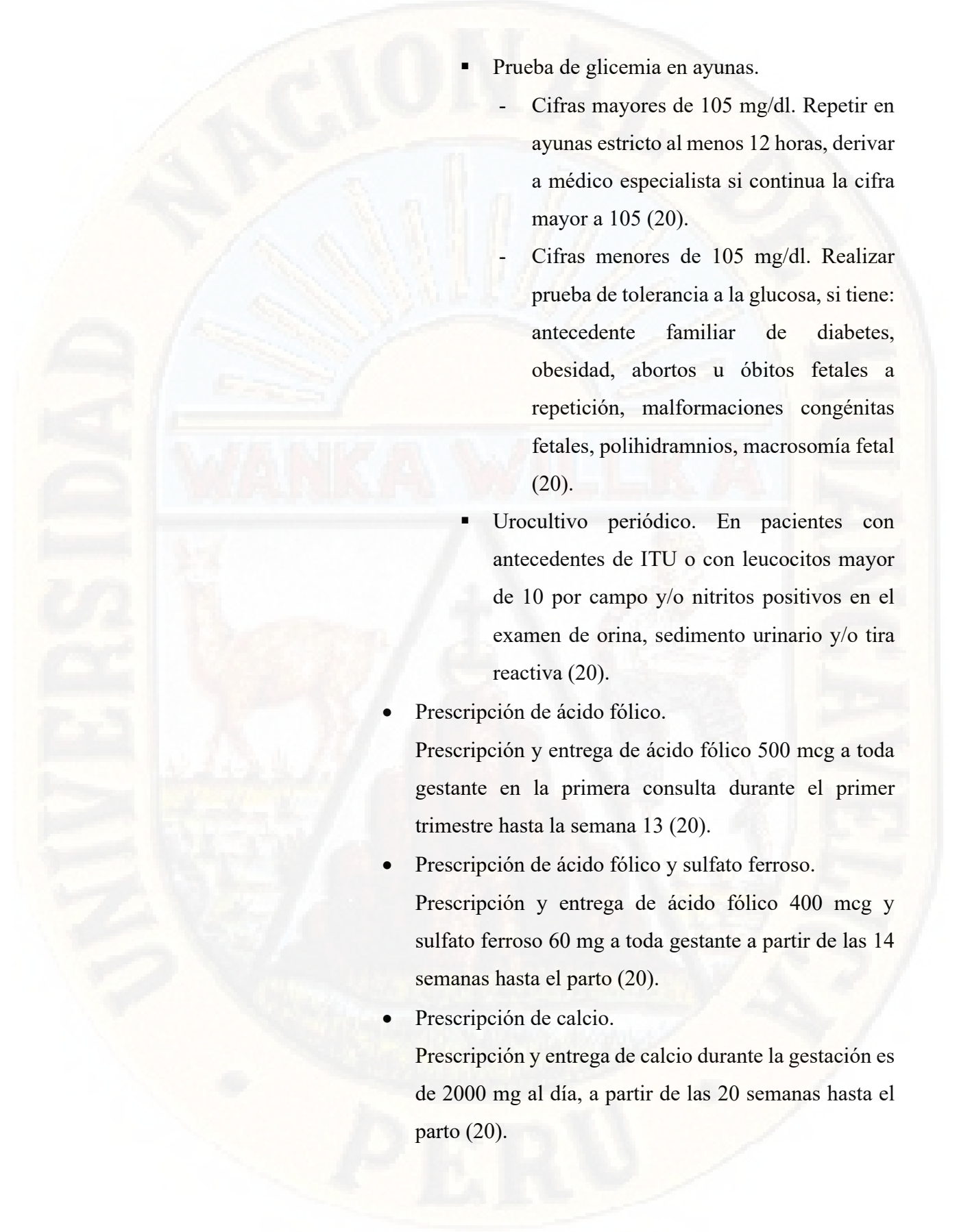
4+: Presencia de clonus.

- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial $>140/90$ o presión arterial media >106 , o presión arterial sistólica <140 y

diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM <106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.

- o Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE (20).
- o Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados, en los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente (20).
- Examen obstétrico completo:
 - o Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardíacos fetales y movimientos fetales (20).
 - o Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP-OPS; utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones (20).
 - o Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino, Papanicolaou (20).

- Exámenes auxiliares basales
 - o Tamizaje de proteínas detectando albúmina en orina a través de métodos cualitativos, con prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico (20).
 - o Hemoglobina. Se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH, para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología (20).
 - o Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas (20).
 - o Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades.
 - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28 (20). Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas (20).
 - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas (20).

- 
- Prueba de glicemia en ayunas.
 - Cifras mayores de 105 mg/dl. Repetir en ayunas estricto al menos 12 horas, derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105 (20).
 - Cifras menores de 105 mg/dl. Realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal (20).
 - Urocultivo periódico. En pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina, sedimento urinario y/o tira reactiva (20).
 - Prescripción de ácido fólico.

Prescripción y entrega de ácido fólico 500 mcg a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre hasta la semana 13 (20).
 - Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso.

Prescripción y entrega de ácido fólico 400 mcg y sulfato ferroso 60 mg a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto (20).
 - Prescripción de calcio.

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto (20).

- Evaluación odontológica.

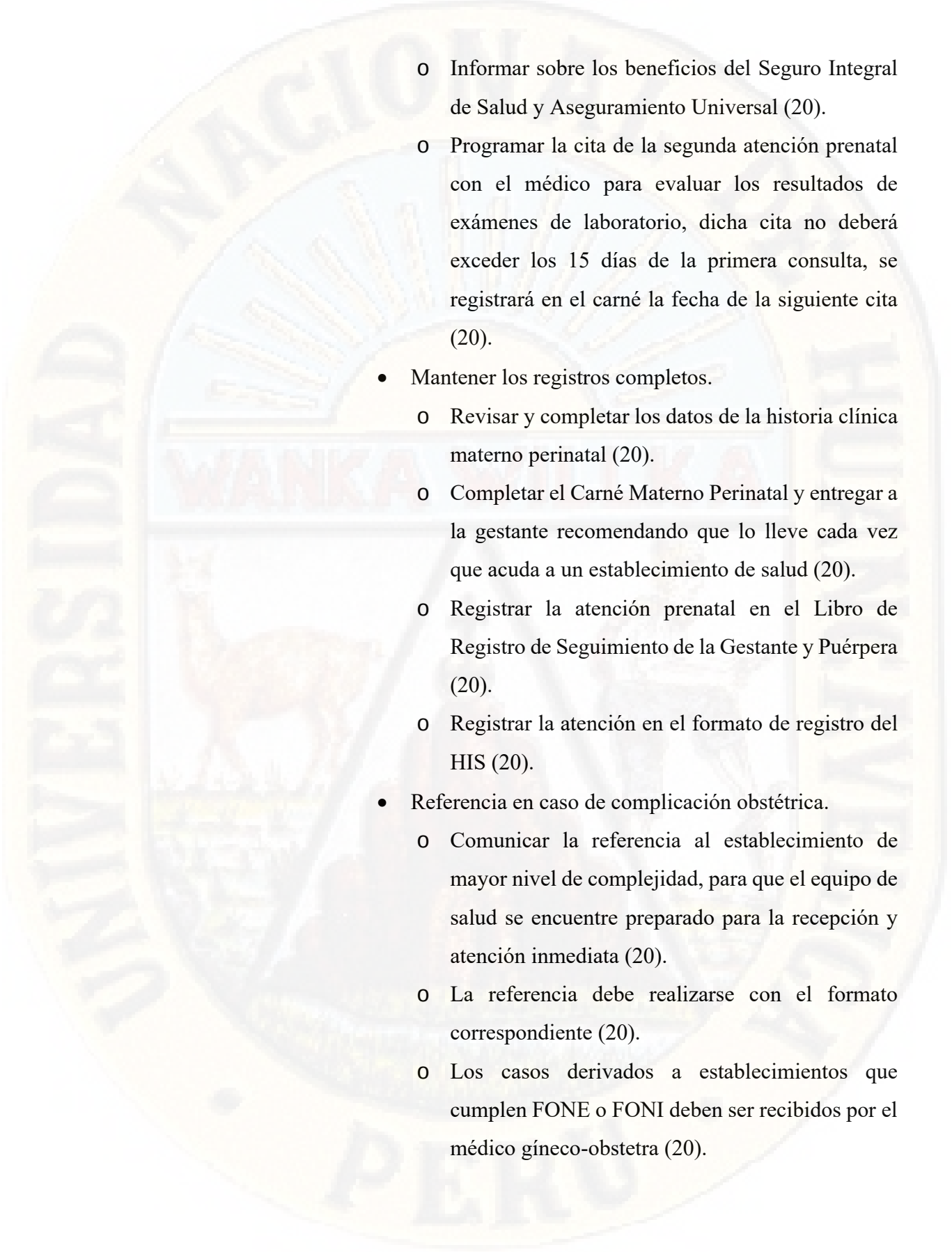
De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios (20).

- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional.

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna contra la difteria y tétanos al término de la primera consulta y continuar según el esquema de vacunación (20). Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación (20).

- Información para la gestante en la primera consulta.

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas (20).
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia (20).
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre (20).
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio. Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH (20).

- 
- o Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal (20).
 - o Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita (20).
 - Mantener los registros completos.
 - o Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal (20).
 - o Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud (20).
 - o Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera (20).
 - o Registrar la atención en el formato de registro del HIS (20).
 - Referencia en caso de complicación obstétrica.
 - o Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata (20).
 - o La referencia debe realizarse con el formato correspondiente (20).
 - o Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra (20).

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes (20).

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral; Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio (20).
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas (20).
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina (20).
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante (20).
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales desde las 20 semanas (20).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas (20).

A partir de las 28 semanas (20):

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos
- Control de latidos cardíacos fetales
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión

diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva; la prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.

- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio (20).
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33 (20).

A partir de las 35 semanas (20):

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1,40 m);
- Determinación del encajamiento fetal;
- Determinación de la presentación fetal;
- Reevaluación del estado general materno;
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde;
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso;
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales; Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de

inmediato al establecimiento de salud para su evaluación;

- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente;
- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia;
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional.

Signos y síntomas de alarma.

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención (20).

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.
- Alteraciones psicoafectivas.

- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar según gravedad.
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes, si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera (20).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia (20).

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención (20).

En zonas endémicas además se debe considerar.

- Tratamiento antiparasitario
- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa, verificar efectos de insecticidas sobre el feto (20).
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas (20).

2.2.6. Paridad

Nulípara: una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico (23).

Primípara: una mujer que ha dado a luz sólo una vez a uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más; antes se usaba un umbral de 500 g de peso al nacer para definir el número de partos; en Estados Unidos todavía usan este peso para distinguir entre un mortinato y un aborto; sin embargo, ya no es

infrecuente que sobrevivan recién nacidos con peso <500 g al nacer (23).

Múltipara: una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más; el número de partos se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas; el número no se incrementa si un embarazo determinado es múltiple; además, el mortinato no reduce esta cifra; en algunas instituciones, los antecedentes obstétricos se resumen con una serie de dígitos conectados con guiones; estos se refieren al número de lactantes de término, de lactantes prematuros, abortos menores de 20 semanas e hijos vivos; Por ejemplo, una mujer para 2-1-0-3 tuvo dos partos de término, uno prematuro, ningún aborto y tiene tres hijos vivos; como esta forma de registro no es convencional, es conveniente especificar el resultado de cualquier embarazo que no terminó de manera normal (23).

2.2.7. Características sociales

2.2.7.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (24).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (24).

2.2.7.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (25).

2.2.7.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (26).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás, se distinguen 06 tipos soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente (27). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (27).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra

atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (27).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (28).

2.3. Definición de términos

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas.

Morbilidad materna. Es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa, relacionadas de manera directa con el embarazo y el posparto.

Embarazo. El embarazo es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (12).

Gestante. Mujer embarazada que está gestando vida en su vientre.

Características de las gestantes. Son rasgos o singularidades de naturaleza social o de otro tipo que identifica a una gestante o a un grupo de gestantes.

Enfermedad. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

2.4. Identificación de variables

Variable: Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla

Dimensión: Características

Edad de la gestante en años

Nivel de Instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Número de partos antes del embarazo actual

Número de atenciones prenatales

Dimensión: Morbilidad

Enfermedades agudas que presento la gestante

Enfermedades crónicas que presento la gestante

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla	La morbilidad materna, es cualquier enfermedad física o mental relacionadas de manera directa con el embarazo que pueden generar complicaciones en el embarazo, parto o puerperio.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes; atendidas en el centro de salud Huamanguilla y registro en la ficha de recolección de datos.	Características	Edad de la gestante en años.	Edad de la gestante en años registrada en la historia clínica.	N Numérico
				Nivel de Instrucción de la gestante.	Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica.	S Sin instrucción (1) I Inicial (2) P Primaria (3) S Secundaria (4) S Superior técnico (5) S Superior universitario (6)
				Estado civil de la gestante.	Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica.	S Soltera (1). C Conviviente (2). C Casada (3). V Viuda (4). D Divorciada (5).
				Número de partos antes del embarazo actual	Número de partos antes del embarazo actual registrada en la historia clínica.	N Numérico
				Número de atenciones prenatales	Número de atenciones prenatales registrada en la historia clínica.	N Numérico
			Morbilidad	Enfermedades agudas que presento la gestante	Enfermedades agudas que presento la gestante, registrada en la historia clínica.	N Nominal
				Enfermedades crónicas que presento la gestante	Enfermedades crónicas que presento la gestante, registrada en la historia clínica.	N Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue observacional, retrospectiva, descriptiva y transversal; observacional, porque no hay intervención de los investigadores, retrospectiva, porque los datos recolectados provienen de fuentes previamente registradas, transversales, porque todas las mediciones se hicieron en un mismo momento; descriptivo, porque sus datos se utilizan para describir la variable (29-31).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo; Su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente y caracterizarlo en un grupo de individuos (29, 32-34).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se distinguen cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (35).

3.3.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (35).

3.4. Diseño de investigación

El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (31, 33, 34).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla de la ciudad de Ayacucho en el año 2019.

O: Características y morbilidad en las gestantes.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 60 gestantes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (31, 33, 36, 37).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal (31, 33, 36, 37).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (32); de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla de la ciudad de Ayacucho en el año 2019.

Fuentes Secundarias

o Historia Clínica.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al tema de estudio, propósito, objetivos, variable entre otros (32).

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero, se revisó la calidad de toda la información recopilada; luego se ordenó y clasificó de acuerdo con la codificación utilizada; se elaboró una matriz de datos en el software Office Microsoft Excel 2013; luego se ingresó la información.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 18 para Windows, se importó los datos del Excel al SPSS; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como la tabulación, frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central; así como de localización.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó la morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019

Tabla 1. Edad, número de partos, numero de atenciones prenatales en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Estadísticos	Edad de la gestante en años	Número de partos antes del embarazo actual	Número de atenciones prenatales
Número de gestantes	60.00	60	60.0
Media	25.98	1.98	7.6
Mediana	25.00	1.00	8.0
Moda	20.00	0	9.0
Mínimo	15.00	0	0.0
Máximo	45.00	8	11.0
Percentil 25	19.00	0.00	7.0
Percentil 50	25.00	1.00	8.0
Percentil 75	33.00	3.00	9.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Tabla 1. De todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. La edad promedio de las gestantes fue de 25,9 años, el 50% tuvieron más de 25 años, la edad más frecuente fue 20 años, la edad mínima fue de 15 años y la máxima de 45 años. El 25% tuvieron menos de 19 años, el 75% tuvieron menos de 33 años.

El número promedio de partos fue de 1,9 partos, el 50% tuvieron más de un parto, la cantidad mínima de partos fue de 0 y la máxima de 8. El 75% tuvieron menos de 3 partos.

El número promedio de atenciones prenatales fue de 7,6 atenciones. El 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales, el número de atenciones prenatales más frecuente fue de 9 atenciones, el 25% tuvieron menos de 7 atenciones prenatales, el 75% tuvieron más de 7 atenciones prenatales.

Tabla 2. Características de la gestante atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Características de la gestante	Frecuencia (n=60)	Porcentaje (h%=100)	Porcentaje acumulado
Nivel de Instrucción de la gestante			
Sin instrucción	1	1.7%	1.7%
Inicial	6	10.0%	11.7%
Primaria	17	28.3%	40.0%
Secundaria	30	50.0%	90.0%
Superior técnico	3	5.0%	95.0%
Superior universitario	3	5.0%	100.0%
Estado civil de la gestante			
Conviviente	28	46.7%	46.7%
Casada	18	30.0%	76.7%
Soltera	14	23.3%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Tabla 2. Del total de gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. El 1,7% (1) no tuvieron nivel de instrucción, el 10% (6) tuvieron educación inicial, el 28,3% (17) tuvieron educación primaria, el 50% (30) tuvieron educación secundaria, el 5% (3) tuvieron educación superior técnico y el 5% (3) tuvieron educación superior universitaria. El 40% no llegaron a tener educación secundaria.

El 46,7% (28) fueron convivientes, el 30% (18) fueron casadas y el 23,3% (14) fueron solteras.

Tabla 3. Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Morbilidad en la gestante	Frecuencia	Porcentaje
Sin morbilidad	36	60.0%
Morbilidad	24	40.0%
Enfermedades agudas		
Infección de Tracto Urinario	14	23.3%
Síndrome de flujo vaginal	9	15.0%
Anemia	7	11.7%
Enfermedad Crónica		
Hipertensión arterial	5	8.3%
Diabetes	4	6.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Tabla 3. Del total de gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. El 40% (24) de las gestantes tuvieron morbilidad y el 60% (36) no tuvieron morbilidad.

Del total de gestantes con morbilidades agudas; el 23,3% (14) tuvieron infección de tracto urinario, el 15% (9) tuvieron síndrome de flujo vaginal y el 11,7% (7) tuvieron anemia.

Del total de gestantes con morbilidades crónicas; el 8,3% (5) tuvieron hipertensión arterial y el 6,7% (4) tuvieron diabetes.

4.2. Discusión de resultados

De todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. La edad promedio de las gestantes fue de 25,9 años, el 50% tuvieron más de 25 años, la edad más frecuente fue 20 años. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Suraez et al (5), Pintado y Reyes (9) y Uchuypoma (10), quienes también encontraron en su grupo de estudio gestantes jóvenes; pero difiere de lo hallado por Álvarez et al (8), quienes encontraron gestantes con edades promedio mayores a la del estudio; esto probablemente se deba a los diferentes contextos del estudio y a las condiciones socioculturales. Por la edad, las morbilidades en las gestantes jóvenes no presentan muchas complicaciones en el embarazo, parto o puerperio; pero deben ser consideradas como un riesgo para la salud materna perinatal.

El número promedio de partos fue de 1,9 partos, el 50% tuvieron más de un parto; lo hallado reafirma el resultado anterior en cuanto a la edad de tener en el grupo de estudio a gestantes jóvenes que se caracterizan en su mayoría por ser nulíparas o primíparas.

El número promedio de atenciones prenatales fue de 7,6 atenciones; el 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales, el número de atenciones prenatales más frecuente fue de 9 atenciones, el 25% tuvieron menos de 7 atenciones prenatales, el 75% tuvieron menos de 9 atenciones prenatales. El número adecuado de atenciones prenatales en las gestantes fue similar a lo hallado por Uchuypoma (10) y mucho mayor a lo hallado por Pintado y Reyes (9), Las atenciones prenatales tiene como meta la detección oportuna de morbilidades o factores de riesgo que pudieran generar complicaciones en el embarazo; por lo que es muy importante que todas las mujeres tengan acceso a una atención prenatal de calidad.

El 1,7% (1) no tuvieron nivel de instrucción, el 10% (6) tuvieron educación inicial, el 28,3% (17) tuvieron educación primaria, el 50% (30) tuvieron

educación secundaria, el 5% (3) tuvieron educación superior técnico y el 5% (3) tuvieron educación superior universitaria. El 40% no llegaron a tener educación secundaria. La proporción del nivel educativo secundario fue similar a lo hallado por Pintado y Reyes (9) y mayor a lo hallado por Uchuypoma (10). El que cuatro de cada diez gestantes no hayan tenido educación secundaria, indicaría que aún existe un limitado acceso a la educación secundaria, probablemente por falta de oportunidades en el contexto de estudio. Un bajo nivel educativo puede limitar la comprensión de diversas acciones sanitarias para la prevención enfermedades y complicaciones en las gestantes.

El 46,7% (28) fueron convivientes, el 30% (18) fueron casadas y el 23,3% (14) fueron solteras. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Pintado y Reyes (9), Uchuypoma (10). El tener una elevada proporción de gestantes convivientes probablemente se deba a que son parejas jóvenes que posteriormente formalizaran su relación o por las características propias del contexto.

El 40% (24) de las gestantes tuvieron morbilidad y el 60% (36) no tuvieron morbilidad. La proporción de gestantes con morbilidad fue mayor a la encontrada en otros estudios como el de Pintado y Reyes (9). Estos resultados indicarían que una buena proporción de gestantes están enfermas no por problemas del embarazo, sino por problemas médicos que pueden complicar su gestación; por lo cual es importante la atención preconcepcional; afín de detectar y tratar estas enfermedades antes del embarazo.

Del total de gestantes con morbilidades agudas; el 23,3% (14) tuvieron infección de tracto urinario, el 15% (9) tuvieron síndrome de flujo vaginal y el 11,7% (7) tuvieron anemia. Estas morbilidades también fueron halladas en los estudios realizados por Suraz et al (5), Corona et al (6), Gil et al (7), Uchuypoma (10); así mismo del total de gestantes con morbilidades crónicas; el 8,3% (5) tuvieron hipertensión arterial y el 6,7% (4) tuvieron diabetes. Los resultados fueron similares a los hallado por Álvarez et al (8). En cuanto a la

hipertensión este resultado fue similar a lo hallado por Corona et al (6), Gil et al (7), Mendoza (11). Estos resultados muestran de manera objetiva que las gestantes presentaron morbilidades comunes no complicadas que pudieron ser diagnosticadas y tratadas con anterioridad al embarazo; afin de que no generen riesgo a la salud; pero al parecer el acceso a la atención de estas morbilidades medicas es limitado en el ámbito de estudio. Por lo cual el profesional de la salud debe tener las competencias necesarias para la detección oportuna, manejo, tratamiento y cuidados; así como todo lo necesario para los exámenes de ayuda diagnostica y medicamentos para el tratamiento de estos problemas de salud.

Conclusiones

- 1 La edad promedio de las gestantes fue de 25,9 años y la mitad tuvieron más de 25 años.
- 2 La mitad de las gestantes tuvieron más de un parto y tres de cada cuatro tuvieron menos de tres partos.
- 3 Tres de cada cuatro gestantes tuvieron más de siete atenciones prenatales y el número promedio de atenciones prenatales fue de 7,6 atenciones.
- 4 Cuatro de cada diez gestantes no llegaron a tener nivel educativo secundario.
- 5 Las gestantes se caracterizaron principalmente por ser madres jóvenes, convivientes, de nivel educativo secundario, nulíparas, con atenciones prenatales.
- 6 Cuatro de cada diez gestantes presentaron una morbilidad en su embarazo.
- 7 Las morbilidades que presentaron las gestantes fueron infección de tracto urinario, síndrome de flujo vaginal, anemia, hipertensión arterial y diabetes.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Ayacucho.

Implementar o fortalecer las políticas sanitarias que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad, en relación a la cartera de servicios de las IPRESS, con equipamiento e infraestructura adecuada para la atención y diagnóstico oportuno de morbilidades que presentan las gestantes.

Operativizar las políticas educativas y estrategias en salud pública; que mejoren el acceso a los servicios de salud y educación en igualdad de oportunidades para la población.

Al sector salud.

Muchas enfermedades ocurren antes de que las mujeres queden embarazadas. Por ello, se pueden prevenir y tratar antes del embarazo; en este caso, es necesario enfocar las acciones de salud en la atención primaria y la atención pregestacional. El sector salud debe promover la salud y prevenir enfermedades; fortaleciendo sus intervenciones.

La operativización de las redes integradas de salud permitirá brindar continuidad en la atención sanitaria por capacidad resolutoria; a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud adecuadamente equipados y con profesionales calificados.

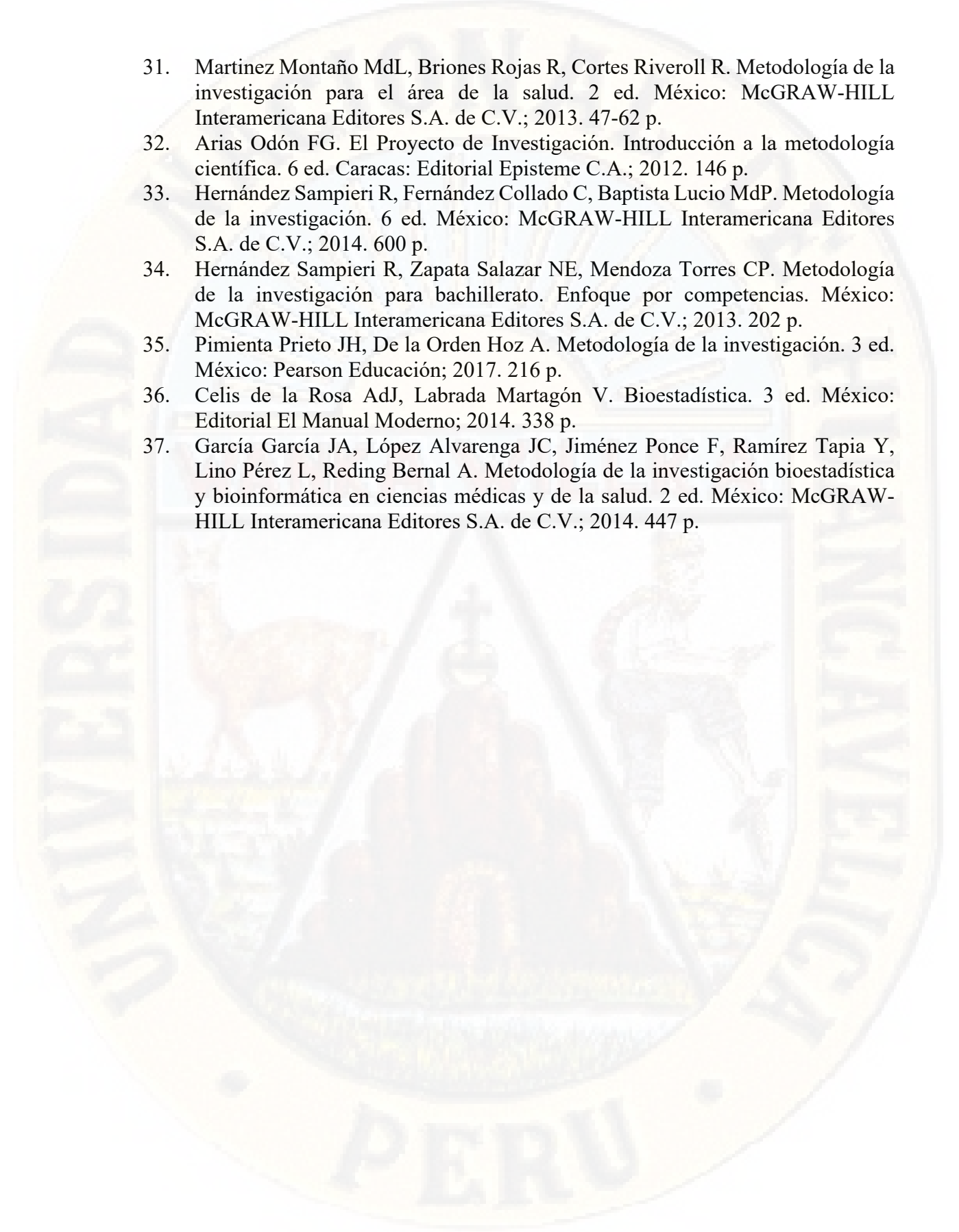
Capacitar a los profesionales de salud en la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de morbilidades que se presentan en las gestantes.

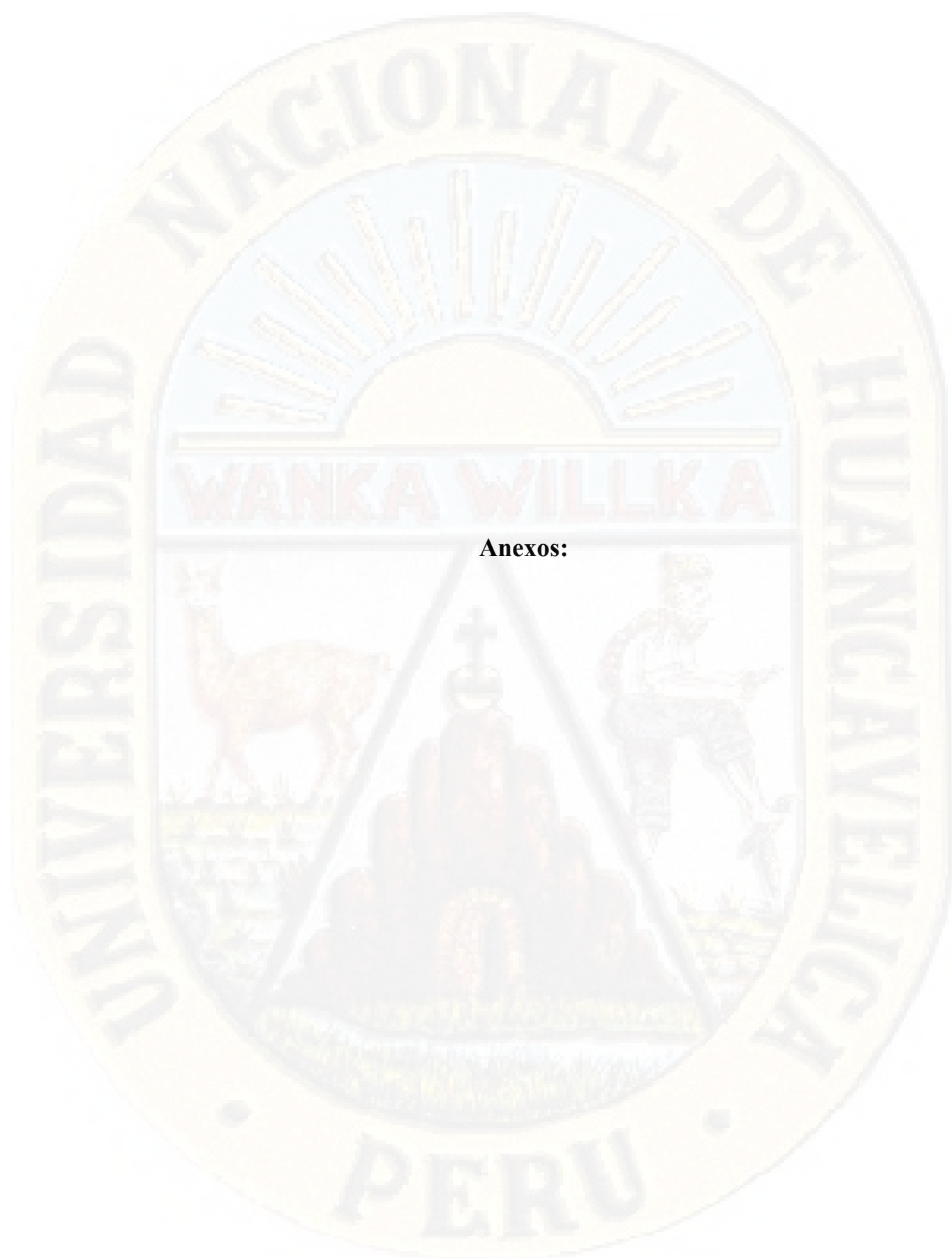
La cantidad de atención prenatal por sí sola no suele indicar una buena atención prenatal. Por ello, se recomienda que los controles prenatales sean oportunos, periódicos y de alta calidad; de acuerdo con la normatividad del Ministerio de Salud.

Referencias bibliográficas

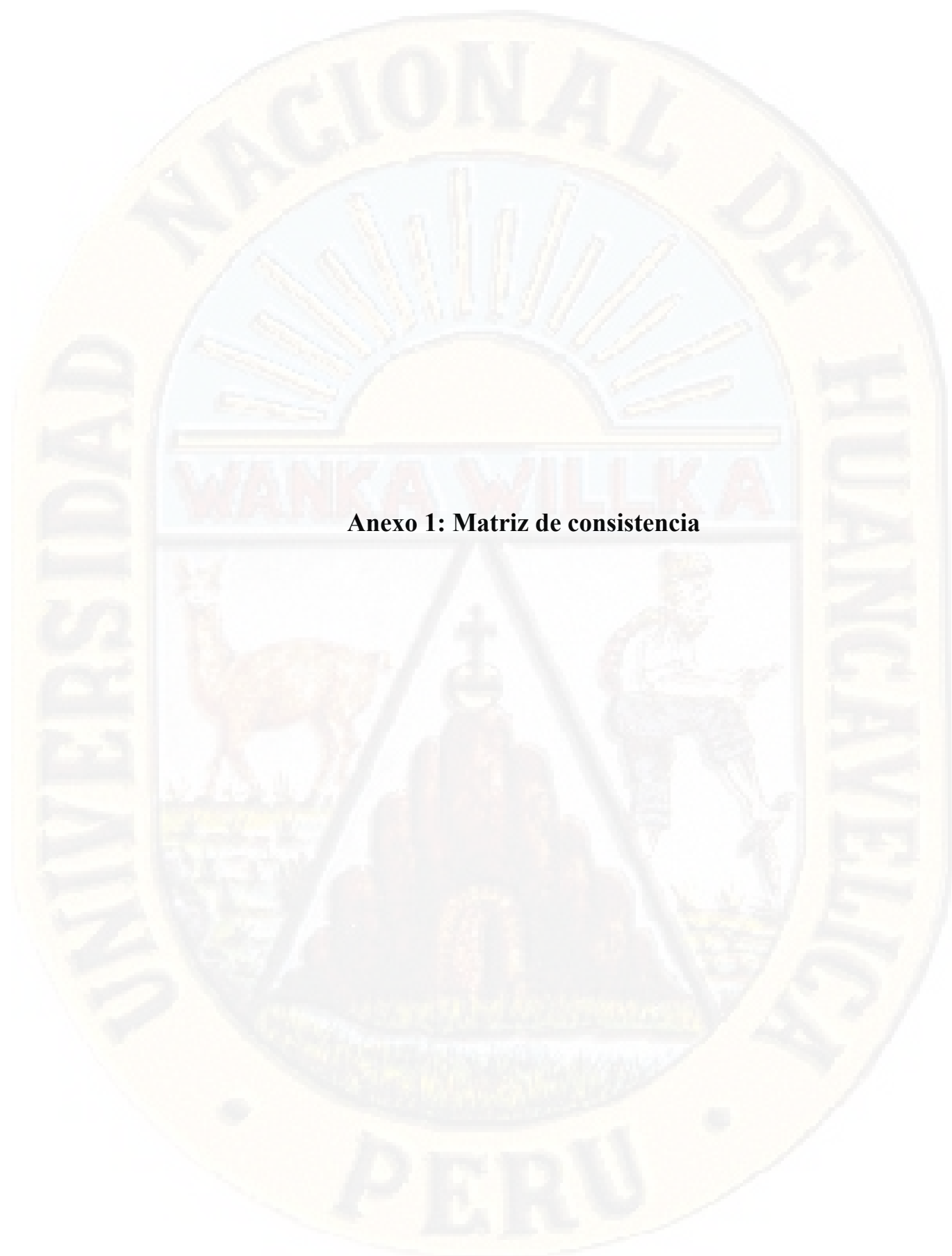
1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
2. Sánchez Bringas Á, Pérez Baleón F. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?. *Genero y Salud en Cifras*. 2014;3.
3. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MdC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39:836-49.
4. Menéndez C, Lucas A. Documento de trabajo para ISGlobal: Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad. Barcelona: Instituto de Salud Global Barcelona; 2016. Available from: <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>.
5. Suraz Roque J, Sánchez M, Pulgar Medina N, Piña B. Complicaciones Obstétricas en Pacientes que Acuden al Ambulatorio de Cabure, Municipio Petit, Estado Falcón. Marzo-Agosto 2018. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 2019;3(5):4-31.
6. Corona Miranda B, Pérez Jiménez D, Espinosa Díaz R, Álvarez Toste M, Álvarez SS. Caracterización de los procesos de atención prenatal a las gestantes con morbilidad materna extremadamente grave *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2015;53:0-.
7. Gil González I, Díaz Sanchez Y, Rodríguez López JF. Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara. *Medicentro Electrónica*. 2014;18:47-56.
8. Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez DR. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2010;48:310-20.
9. Pintado Coronel ED, Reyes Carrasco WA. Nivel de Conocimiento sobre señales de Alarma en Gestantes atendidas en Establecimientos de Salud del distrito de Lambayeque 2018. [Tesis de titulación]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad de Medicina Humana; 2019.
10. Uchuypoma Huamani ML. Atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el puesto de salud san juan de Occopampa, Churcampá 2018. [Tesis de segunda especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
11. Mendoza Manrique WG. Morbilidad materna y peso del recién nacido de un Hospital de Huancayo-2018. [Tesis de titulación]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
12. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
13. Leveno KJ, Spong CY, Dashe JS, Casey BM, Hoffman BL, Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics*, 25th Edition: McGraw-Hill Education; 2018.

14. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. Panamá: Ministerio de Salud del Panamá; 2015.
15. Fournié A, Jalle T, Sentilhes L, Lefebvre-Lacœuille C. Infecciones urinarias en el embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2008;44(4):1-9.
16. Miranda Guerra AdJ, Hernández Vergel LL, Romero Rodríguez C. Infección vaginal en gestantes y su incidencia en indicadores seleccionados del Programa Materno Infantil. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010;26.
17. Gonzales GF, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? . Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2019;65:489-502.
18. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018;64:191-6.
19. García CG. Diabetes mellitus gestacional. Medicina interna de México. 2008;24(2):148-56.
20. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
21. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
22. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
23. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
24. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
25. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
26. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
27. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
28. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
29. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
30. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.

- 
31. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
 32. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
 33. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
 34. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
 35. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
 36. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
 37. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.



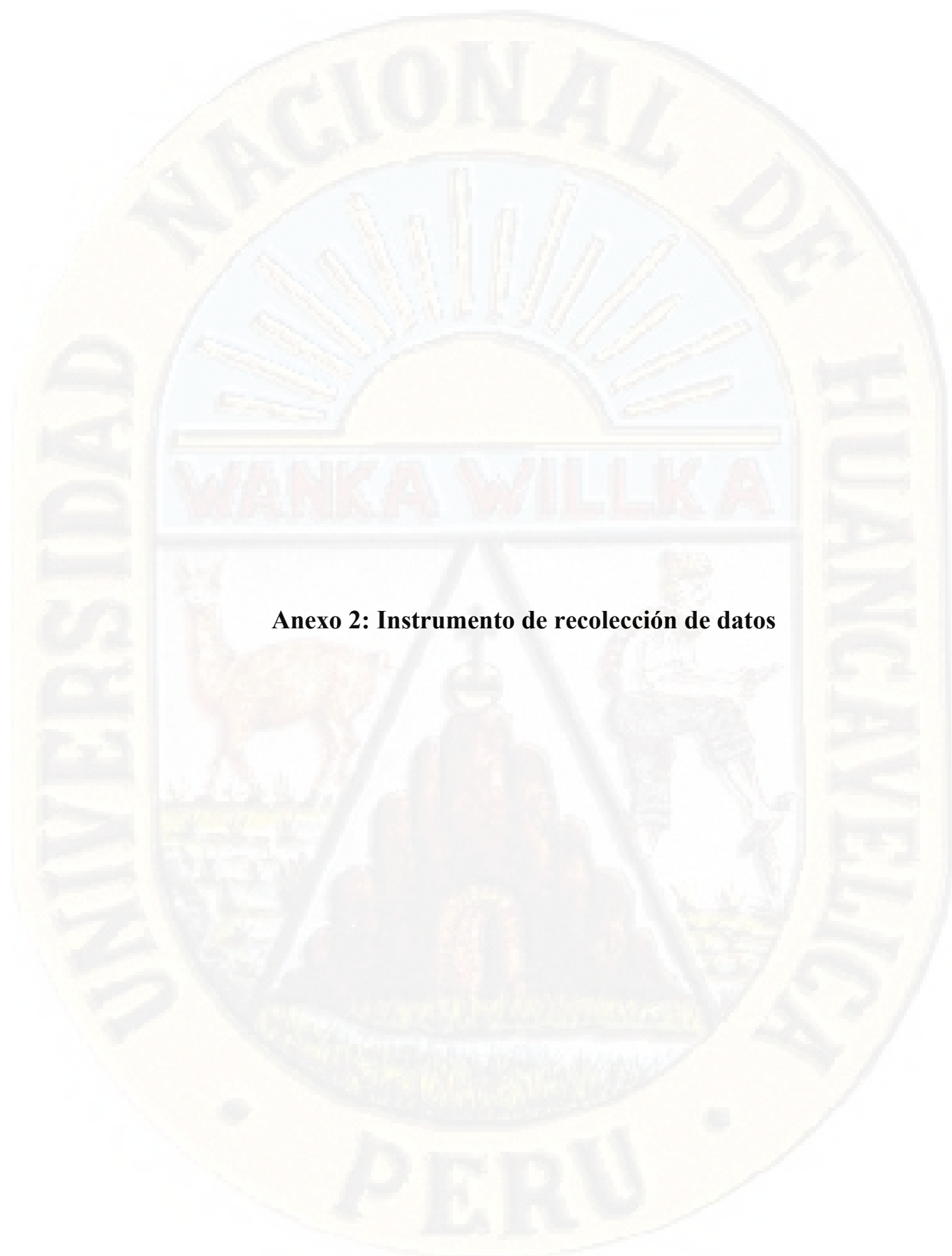
Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019? Problemas específicos ¿Cuáles son las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019? ¿Cuál es la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019? ¿Cuáles son las morbilidades agudas y crónicas que se presentaron en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019?	Objetivo general Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. Objetivos específicos Identificar las características de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. Determinar la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019. Identificar las morbilidades agudas y crónicas que se presentaron en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.	En el contexto de la salud materna de acuerdo al ámbito socio cultural, existen diversas características de las mujeres gestantes con morbilidad que pueden ser aspectos personales, socioculturales, biomédicos entre otros y que en algunos casos pueden poner en riesgo la salud de la madre en el periodo de gestación. En la región Ayacucho, específicamente en la jurisdicción del Centro de Salud Huamanguilla; no se tiene información sobre las morbilidades que presentan las gestantes en su contexto territorial. Por lo mencionado fue necesario conocer a más profundidad esta situación a fin de caracterizar a este grupo de gestantes. El conocer las principales morbilidades de las gestantes y sus características, permitirá organizar la oferta sanitaria para responder a las necesidades reales que presenta la gestante evitando riesgos y brindando una atención de calidad que permita contribuir a una buena salud materna perinatal y mejorar la calidad de atención conociendo sus características.	Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla	Características	Edad de la gestante en años. Nivel de Instrucción de la gestante. Estado civil de la gestante. Número de partos antes del embarazo actual Número de atenciones prenatales. Enfermedades agudas que presento la gestante Enfermedades crónicas que presento la gestante	Edad de la gestante en años registrada en la historia clínica. Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica. Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica. Número de partos antes del embarazo actual registrada en la historia clínica. Número de atenciones prenatales registrada en la historia clínica. Enfermedades agudas que presento la gestante, registrada en la historia clínica. Enfermedades crónicas que presento la gestante, registrada en la historia clínica.	Númérico Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior técnico (5) Superior universitario (6) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Númérico Númérico Nominal Nominal	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo. Tipo de investigación investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Diseño de Investigación El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (31, 33, 34). Donde: M O M: Gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla de la ciudad de Ayacucho en el año 2019. O: Características y morbilidad en las gestantes. Población, muestra, muestreo La población Fueron todas las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 60 gestantes. Muestra: El estudio fue censal.



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE MORBILIDAD EN LAS GESTANTES

Investigación: Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el periodo de enero a diciembre del 2019; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.

Revisar las historias clínicas, luego en la ficha de recolección de datos, llenar la información solicitada o marque con una “X” según corresponda.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ /2020. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 1.4. Región: _____
- 1.5. Provincia: _____
- 1.6. Distrito: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____

II. CARACTERISTICAS DE LA GESTANTE:

- 2.1. Edad de la gestante en años: _____
- 2.2. Nivel de Instrucción de la gestante:
 - 2.2.1. Sin instrucción (1)
 - 2.2.2. Inicial (2)
 - 2.2.3. Primaria (3)
 - 2.2.4. Secundaria (4)
 - 2.2.5. Superior técnico (5)
 - 2.2.6. Superior universitario (6)
- 2.3. Estado civil de la gestante:
 - 2.3.1. Soltera (1)
 - 2.3.2. Conviviente (2)
 - 2.3.3. Casada (3)
 - 2.3.4. Viuda (4)
 - 2.3.5. Divorciada (5)
- 2.4. Número de partos (antes del embarazo actual): _____
- 2.5. Número de atenciones prenatales: _____

III. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (Si, la gestante no presenta morbilidad dejar los Ítems en blanco)

3.1. Enfermedades agudas que presento la gestante

3.1.1. _____

3.1.2. _____

3.1.3. _____

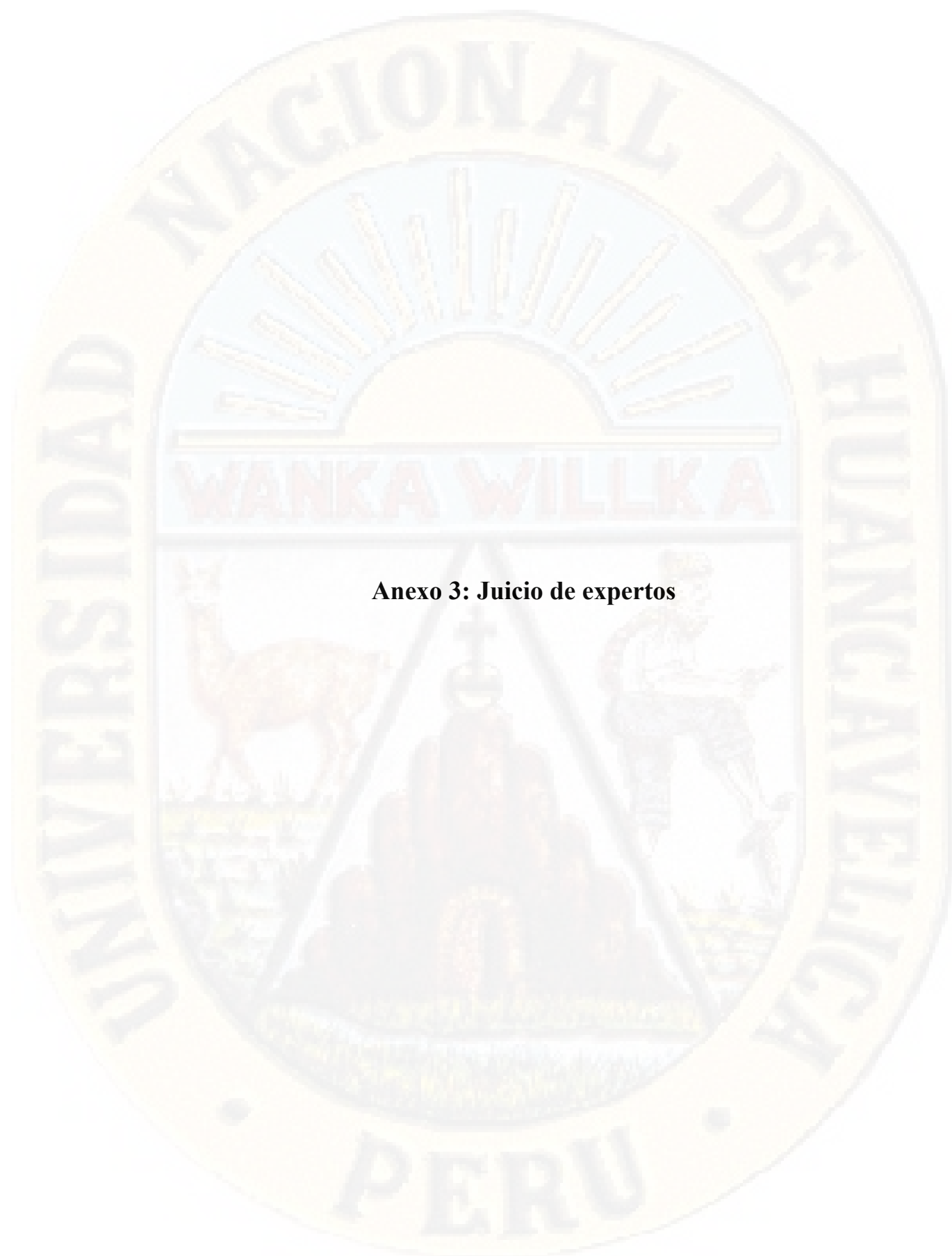
3.2. Enfermedades crónicas que presento la gestante

3.2.1. _____

3.2.2. _____

3.2.3. _____

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019.

Investigador: Obsta. Mendoza Vivanco, Deisy Pamela

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “Ficha de recolección de datos sobre morbilidad en las gestantes” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable propia del estudio						
	Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla.					
Dimensión: Características						
1	Edad de la gestante en años					
2	Nivel de Instrucción de la gestante					
3	Estado civil de la gestante					
4	Número de partos antes del embarazo actual					
5	Número de atenciones prenatales					
Dimensión: Morbilidad						
6	Enfermedades agudas que presento la gestante					
7	Enfermedades crónicas que presento la gestante					

Recomendaciones:

.....
.....

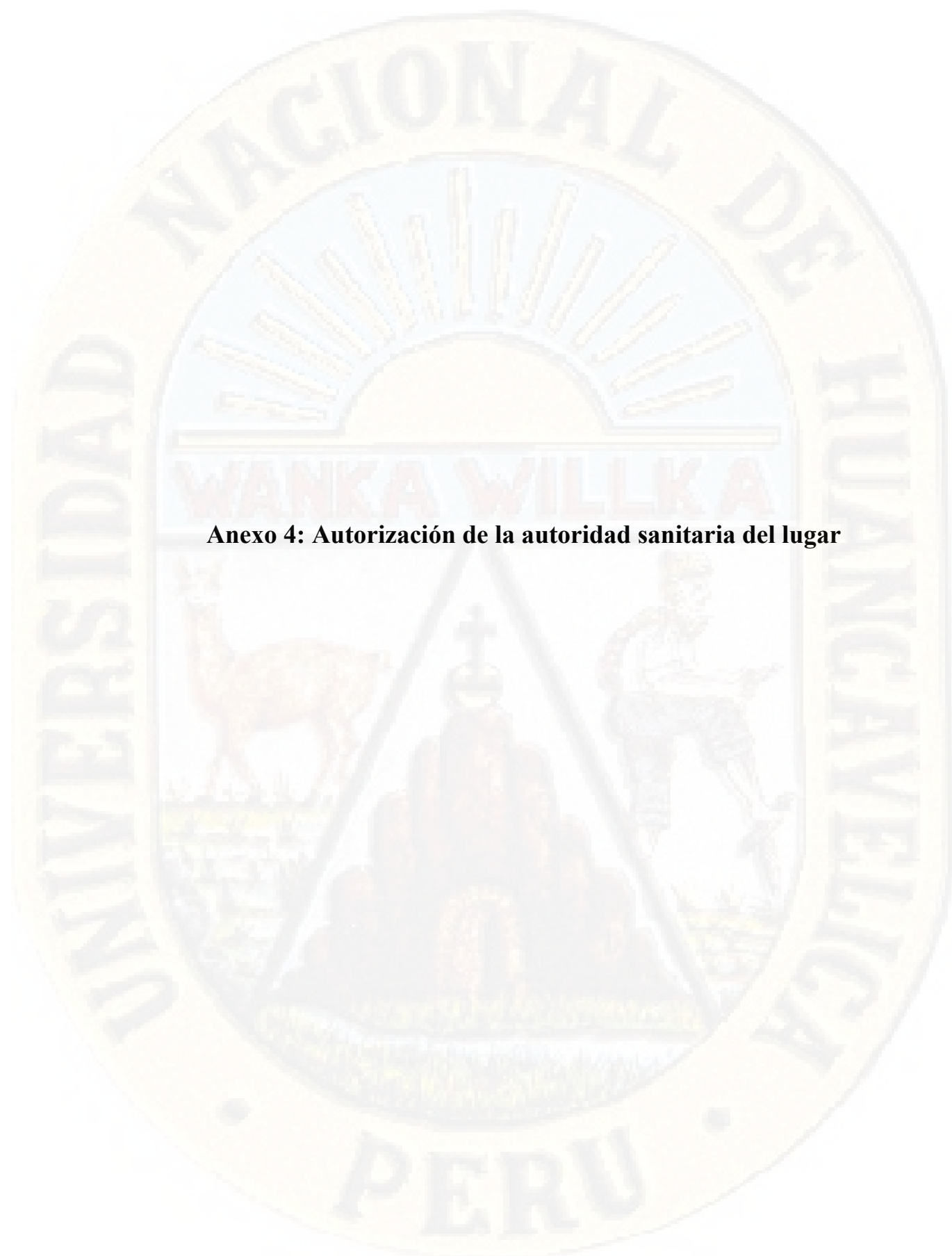
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Director
Centro de Salud Huamanguilla

SD.

Yo, Mendoza Vivanco, Deisy Pamela, identificado (a) con D.N.I. N°, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre “Morbilidad en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huamanguilla, Ayacucho 2019”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huamanga, 07 de agosto del 2020.

Firma del Interesado