



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA - PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:


Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

MEDICINA HUMANA - P09



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 571-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de julio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-5382 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller **PAREDES MAMANI AMPARO SOLEDAD** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Mgrtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : VIERNES 11 DE JULIO DEL 2025
HORA : 11:00 HORAS
LOCAL : SALÓN DE GRADOS

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Ingrid Liz Quispe Picora
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CEP: 39216

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 191-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 21 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 057-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 21 de abril del egresado: **PAREDES MAMANI AMPARO SOLEDAD** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**

- * **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **PAREDES MAMANI AMPARO SOLEDAD**; para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** : Con la Tesis Titulado : **FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA P09**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud , quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP:Medicina Humana Medica Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 035-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 13 de enero del 2025

VISTOS:

El Informe N° 003-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 09 de enero de la E.P. Medicina Humana, folio 000041;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a) PAREDES MAMANI AMPARO SOLEDAD ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 533 -2023-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **PAREDES MAMANI AMPARO SOLEDAD**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado **FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
CORPO 34
13 DE ENERO DE 2025

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana, Secretaría Académica, Archivo.



FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXYREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

12%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8%
2	1library.co Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título de la tesis	
FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70111052
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-3054-0610
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02379055
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7050-4608
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI.
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Edificio: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA Av. Huancané Coordenadas Latitud: 15° 48' 16" Longitud: 70° 12' 01" URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdaiS14IEIEo5bhHjtjXhfnt0g5R8&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2025 – Julio 2025
URL de disciplinas OCDE Librería	<p>Medicina general, Medicina interna https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</p> <p>Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERESYERRE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI, identificado con DNI

Nro. 70111052, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024

Asesorado por: Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 17 de Julio del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)
Firma del Estudiante
(obligatoria)

Huella



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a quienes han sido mi inspiración y mi soporte en este camino. A mi familia, por su amor y sacrificio, que han sido mi mayor fortaleza.



AGRADECIMIENTO

Primero, quiero darles las gracias. Mi universidad, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez, me tiene en el corazón. También a mis docentes, me enseñaron muchísimo y su esfuerzo me ayudó a lograr esta meta. No lo habría logrado sin ellos.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN	xvi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Problema general	3
1.1.2. Problemas específicos	3
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	3
1.2.1. Justificación Teórica.....	3
1.2.2. Justificación práctica	4
1.2.3. Justificación Metodológica	5
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	7



1.4. HIPÓTESIS.....	7
1.4.1. Hipótesis general.....	7
1.4.2. Hipótesis específicas.....	7
1.5. VARIABLES.....	8
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.1.1. A nivel internacional	11
2.1.2. A nivel nacional	15
2.1.3. A nivel local	20
2.2. MARCO TEÓRICO	23
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	36

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
3.4.1. Población.....	40
3.4.2. Muestra.....	40
3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN.....	41



3.5.1. Técnicas	41
3.5.2. Instrumentos.....	41
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	41
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	43
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	45
3.8.1. Validez.....	45
3.8.2. Confiabilidad.....	45

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS.....	125
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	126
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	130
ANEXO 3: INSTRUMENTO	132
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	134
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	140



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad materna y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	47
Tabla 2.	Procedencia y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	51
Tabla 3.	Nivel educativo y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	54
Tabla 4.	Estado civil y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	55
Tabla 5.	Ocupación y su relación c con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024	58
Tabla 6.	Número de gestaciones previas y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	61
Tabla 7.	Paridad y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024	65
Tabla 8.	Cesáreas previas y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024	68



Tabla 9. Abortos previos y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	71
Tabla 10. Período intergenésico y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	75
Tabla 11. Hipertensión arterial y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	79
Tabla 12. Diabetes y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	83
Tabla 13. Cardiopatías y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	86
Tabla 14. Preeclampsia y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del hospital carlos monge medrano juliaca, 2024.....	89
Tabla 15. Otras patologías y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	92
Tabla 16. Edad gestacional y su relación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	95



Tabla 17. Control prenatal y su asociación con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024.....	98
Tabla 18. Anemia y su relación c con los graves problemas de salud en las futuras mamás del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024	101
Tabla 19. Principales causas de la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2024	106



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución según edad materna vinculado a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	48
Figura 2. Distribución según procedencia y su relación con la morbilidad materna extrema en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	52
Figura 3. Distribución según nivel educativo vinculado a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	55
Figura 4. Distribución según estado civil vinculado a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	56
Figura 5. Distribución según ocupación y su relación con la morbilidad materna extrema en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	59
Figura 6. Distribución según el número de gestaciones previas vinculado a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	62
Figura 7. Distribución según paridad vinculado a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	66
Figura 8. Distribución según cesáreas previas vinculadas a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	69



Figura 9. Distribución según abortos previos vinculadas a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	72
Figura 10. Distribución según período intergenésico vinculadas a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	76
Figura 11. Distribución hipertensión arterial y su vinculación a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	80
Figura 12. Distribución según diabetes y su vinculación a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	84
Figura 13. Distribución según cardiopatías y su vinculación a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	87
Figura 14. Distribución según la presencia de preeclampsia y su relación con la morbilidad materna extrema en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	90
Figura 15. Distribución según la presencia de otras patológicas y su asociación con la morbilidad materna extrema en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	93
Figura 16. Distribución según edad gestacional asociadas a la morbilidad materna extrema en pacientes del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024	96



Figura 17. Distribución según control prenatal y su vinculación a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	99
Figura 18. Distribución porcentual según anemia vinculación a graves riesgos para la salud de las madres del servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024... ..	102
Figura 19. Distribución frecuencial y porcentual de los casos de morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024.....	107

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la morbilidad materna extrema (MME) en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. **Material y Métodos:** Investigación básica diseño no experimental transversal con una muestra de 78 gestantes diagnosticadas con MME. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para determinar la asociación. **Resultados:** Se encontraron asociaciones significativas ($p < 0,05$) con los siguientes factores de riesgo: edad materna ($\text{Chi}^2_c=8,298$; $p=0.034$), cesáreas previas ($\text{Chi}^2_c=12,758$; $p=0.005$), abortos previos ($\text{Chi}^2_c=8,298$; $p=0.039$), así mismo hipertensión arterial crónica ($\text{Chi}^2_c=9,890$; $p=0.020$), preeclampsia ($\text{Chi}^2_c=10,679$; $p=0.016$), control prenatal ($\text{Chi}^2_c=9,080$; $p=0.026$), y anemia ($\text{Chi}^2_c=20,138$; $p=0.021$). De cada 1000 mujeres embarazadas, unas 30 sufrieron graves problemas de salud. La preeclampsia, una afección que causa hipertensión arterial, fue la causa más frecuente. Fue la causa de casi la mitad de los problemas de salud graves, seguida del shock hipovolémico (34.6%) y la eclampsia (7.7%). **Conclusiones:** La morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca presentó una alta incidencia (30.36 por 1000 gestantes), asociándose significativamente con edad materna, cesáreas previas, abortos previos, hipertensión crónica, preeclampsia, control prenatal y anemia. Estos hallazgos revelan la urgente necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, con énfasis en el manejo de trastornos hipertensivos y hemorrágicos, que representaron el 83.3% de las complicaciones graves.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema, edad materna, preeclampsia, shock hipovolémico, anemia.



ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with extreme maternal morbidity (EMM) in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca during 2024.

Materials and Methods: A non-experimental, cross-sectional, relational study was conducted with a sample of 78 pregnant women diagnosed with EMM. The chi-square test was used to determine the association. **Results:** Significant associations ($p < 0.05$) were found with the following risk factors: maternal age ($\text{Chi}^2_{c}=8.298$; $p=0.034$), previous cesarean sections ($\text{Chi}^2_{c}=12.758$; $p=0.005$), previous abortions ($\text{Chi}^2_{c}=8.298$; $p=0.039$), as well as chronic arterial hypertension ($\text{Chi}^2_{c}=9.890$; $p=0.020$), preeclampsia ($\text{Chi}^2_{c}=10.679$; $p=0.016$), prenatal care ($\text{Chi}^2_{c}=9.080$; $p=0.026$), and anemia ($\text{Chi}^2_{c}=20.138$; $p=0.021$). The incidence of Extreme Maternal Morbidity was 30.36 cases per 1000 pregnant women. Preeclampsia was the most common cause, accounting for 48.7% of cases, followed by hypovolemic shock (34.6%) and eclampsia (7.7%). **Conclusions:** Extreme maternal morbidity at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca had a high incidence (30.36 per 1,000 pregnant women), significantly associated with maternal age, previous cesarean sections, previous miscarriages, chronic hypertension, preeclampsia, prenatal care, and anemia. These findings reveal the urgent need to strengthen prevention strategies, with an emphasis on the management of hypertensive and hemorrhagic disorders, which accounted for 83.3% of serious complications.

Keywords: Severe maternal morbidity, maternal age, preeclampsia, hypovolemic shock, anemia.



INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna extrema (MME) esto es importante porque nos informa sobre los servicios de salud que nos rodean, especialmente para las futuras mamás. También muestra si todas las personas acceden fácilmente a la ayuda médica que necesitan durante el parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que se trata de si una madre corre peligro en cualquier momento durante el embarazo o después del parto, y necesita atención médica urgente para su seguridad(1). Este fenómeno no solo implica un riesgo inminente de mortalidad materna, sino que también conlleva secuelas físicas, psicológicas y sociales a largo plazo, especialmente en contextos de recursos limitados (2).

A nivel global, la frecuencia con la que las madres sufren problemas de salud graves, conocidos como MME, es bastante alta. Por cada madre que, lamentablemente, no sobrevive, puede haber entre 20 y 30 madres más que sufren MME. Esto ocurre principalmente después del parto, a menudo debido a una gran pérdida de sangre o hipertensión. Estas son causas comunes en zonas como Nepal, similares a las nuestras (3). En países de ingresos bajos y medianos, como Perú, la incidencia de MME es sustancialmente mayor debido a barreras estructurales, como la fragmentación de los servicios de salud, la escasa cobertura de atención prenatal de calidad y las disparidades socioeconómicas. Datos recientes del Ministerio de Salud (MINSA) peruano revelan que, durante el 2024, se registraron 2131 casos de MME a nivel nacional, con una tasa de mortalidad materna que persiste como un desafío en regiones como Puno, donde se reportaron 58 casos en el mismo año (4).



En el ámbito clínico, la identificación temprana de los factores asociados a la MME es fundamental para mitigar su impacto. La literatura especializada, incluyendo textos fundamentales de Ginecología, destaca que variables como la edad materna extrema (<20 o >35 años), antecedentes de cesáreas, multiparidad, enfermedades crónicas no controladas (p. ej., hipertensión, diabetes gestacional) y la calidad del control prenatal son determinantes clave en el desarrollo de complicaciones obstétricas graves (5). Además, estudios recientes enfatizan el papel de los determinantes sociales (6).

El Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, ubicado en una región con altos índices de pobreza y dispersión geográfica, enfrenta retos únicos en la atención de gestantes que presentan perfiles epidemiológicos complejos, con alta prevalencia de anemia materna, embarazos no planificados y limitado acceso a controles prenatales especializados. A pesar de ello, existen pocos estudios locales que analicen de manera integral los factores asociados a la MME en este contexto, lo que dificulta la implementación de intervenciones basadas en evidencia (7). Este estudio se divide en cuatro partes. Capítulo I: Fundamentos. Esta sección explica el problema que estamos analizando, por qué es importante estudiarlo, qué buscamos encontrar. Capítulo II: La teoría subyacente y las teorías y conceptos que lo rodean. Capítulo III: Esta parte explica cómo organizamos el estudio, qué tipo de estudio es, los métodos que usamos, a quién o qué estudiamos, qué herramientas usamos, cómo recopilamos y analizamos los datos, y qué hizo que nuestros hallazgos fueran válidos. Capítulo IV: Qué encontramos. Por último, compartimos lo que descubrimos, lo discutimos, compartimos nuestras reflexiones finales y sugerimos pasos futuros, todo ello manteniéndonos arraigados en las teorías y aplicando nuestros hallazgos de manera efectiva.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

La morbilidad materna extrema (MME) es un evento crítico en la salud materna que compromete gravemente la vida de la gestante, requiriendo intervenciones médicas inmediatas para evitar la mortalidad. La Organización Mundial de la Salud, o OMS, explica que el MME afecta a las mujeres de una forma muy sensible. Durante el embarazo, el parto o después de tener un bebé, ocurre algo grave, pero la mujer sobrevive (1). En 2020, la OMS informó que unas 287.000 mujeres murieron durante o después de dar a luz. La mayoría de estas muertes ocurrieron en países con bajos recursos, incluido el nuestro. Lamentablemente, estas cifras significan que el 95% de todas las madres que murieron en 2020 ocurrieron en estos lugares. A pesar de los avances en el cuidado obstétrico, la MME sigue representando un problema significativo en los países en desarrollo, con una alta carga de enfermedad y una repercusión considerable en los sistemas de salud (1).

En 2018, la tasa de mortalidad materna en EE. UU. fue de 17,3 por cada 100 000 nacidos vivos, superando la meta de Healthy People 2020 (11,4) y



duplicando la de otros países desarrollados. La morbilidad materna severa (MSS), considerada un "casi accidente" de mortalidad debido a sus graves consecuencias para la salud, ocurre aproximadamente 50 veces más que la muerte materna en este país (8).

En el Perú durante el año 2024 se reportaron 2131 casos de MME, de los cuales el 93.5% salieron de alta, el 3.2% se reportó como fallecida, el 0.1% se reportó como fallecida en otro EESS y el 3.2% aún se encuentra en investigación. La región de Puno, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades - MINSA, reporto durante el año 2024, 58 casos de MME, siendo este un número elevado considerando las otras regiones (4).

En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, atender a las futuras mamás es difícil. Las personas que viven aquí enfrentan problemas específicos. Estos problemas pueden causar graves problemas a las embarazadas. Algunos de estos problemas incluyen la falta de acceso a atención médica, la edad avanzada, entre otros. Estos desafíos dificultan enormemente la atención médica para las embarazadas (<20 años y >35 años), el nivel de instrucción, la paridad, el antecedente de cesáreas previas y la calidad del control prenatal han sido reportados en la literatura como elementos determinantes en el desarrollo de MME. Sin embargo, se requiere un análisis específico en esta población para identificar los factores predominantes y establecer estrategias de prevención y manejo oportuno.

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados a la MME en las pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital



Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. Los hallazgos pretenden generar evidencia científica que contribuya a mejorar las políticas de atención materna y a reducir la incidencia de este problema de salud pública.

Formulación del problema

1.1.1. Problema general

PG. ¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE1: ¿Qué factores sociodemográficos están asociados con la morbilidad materna extrema?

PE2: ¿Cuáles son los factores obstétricos relacionados con la morbilidad materna extrema?

PE3: ¿Cuáles son los factores patológicos asociados con la morbilidad materna extrema?

PE4: ¿Qué factores clínicos presentan asociación con la morbilidad materna extrema?

PE5: ¿Cómo se presenta la morbilidad materna extrema?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación Teórica

La morbilidad materna extrema (MME) se refiere a situaciones en las que una mujer experimenta complicaciones severas durante el embarazo, parto



o puerperio que ponen en riesgo su vida, pero logra sobrevivir gracias a intervenciones oportunas (9).

Estudiar los factores asociados a la MME es esencial para comprender las causas subyacentes de estas complicaciones y desarrollar estrategias efectivas de prevención y manejo. Estudios anteriores han descubierto que factores como la edad de la madre y su escolarización pueden afectar a su bebé. Otros factores importantes son si ha acudido al médico con suficiente frecuencia antes del nacimiento del bebé y qué ha sucedido antes si ha tenido bebés, como determinantes clave en la aparición de MME (10).

Sin embargo, la variabilidad en los contextos locales exige estudios específicos que aporten evidencia contextualizada.

Además, la MME se asocia con importantes las madres y sus familias pueden enfrentar muchos problemas que persisten durante mucho tiempo. Estos afectan su estilo de vida. Las madres pueden sentirse muy mal física y mentalmente debido a estos problemas. También pueden presentarse graves problemas de salud, como infecciones de la sangre o sangrado excesivo durante el parto. También pueden presentarse problemas de presión arterial alta. Estos problemas son muy graves para una mujer. Pueden poner en riesgo su vida de inmediato.

1.2.2. Justificación práctica

En el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, la incidencia de MME representa un desafío significativo para la salud pública. Identificar los factores de riesgo específicos en esta población permitirá implementar intervenciones dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad materna. Los



estudios nos dicen que cuando una persona tiene condiciones como el síndrome HELLP, demasiado sangrado después del parto, parto por cesárea, sobrepeso o da a luz demasiado pronto, podría tener una mayor probabilidad de desarrollar MME (11).

Conocer la prevalencia y los factores asociados en este entorno específico facilitará la planificación de programas de salud materna más efectivos y adaptados a las necesidades locales.

Asimismo, este estudio contribuirá a mejorar la calidad de la atención obstétrica en la región mediante la generación de evidencia científica que respalde estrategias de intervención. Este estudio ayudará a capacitar mejor a nuestros profesionales de la salud. Les ayudará a identificar con mayor rapidez a las personas que necesitan ayuda. También facilitará la elección de la mejor atención para el paciente. Además, estos hallazgos pueden servir de guía para establecer mejores normas de salud. Esto podría ayudar a que más personas utilicen los servicios de cuidado infantil antes y durante el parto, garantizando una atención materna más equitativa y eficaz.

1.2.3. Justificación Metodológica

El diseño relacional adoptado en este estudio es adecuado para investigar los factores asociados a la morbilidad materna extrema (MME), ya que permite analizar las relaciones entre variables sociodemográficas, obstétricas, clínicas y patológicas mediante pruebas estadísticas como la chi-cuadrado. Este enfoque es ideal para identificar asociaciones, sin necesidad de establecer grupos comparativos. La recolección retrospectiva de datos del año 2024 garantiza información completa y confiable para este análisis.

Este enfoque metodológico aportará información valiosa para la práctica clínica, ya que los resultados podrán utilizarse para mejorar los protocolos de atención y prevención de la MME. Al centrarse en el análisis de asociaciones más que en comparaciones entre grupos, el diseño relacional ofrece una perspectiva integral sobre los factores involucrados en esta condición, lo que resulta especialmente útil para problemas de salud complejos y multifactoriales como la MME.

Para evaluar las asociaciones, se empleará principalmente la prueba de chi-cuadrado es excelente para estudiar categorías y determinar si existen relaciones estadísticamente significativas entre ellas. Este método permitirá identificar qué factores presentan una distribución diferente entre las pacientes con MME, proporcionando evidencia objetiva sobre posibles variables de riesgo. Además, se aplicarán criterios de inclusión y exclusión bien definidos para asegurar la validez de los resultados. Finalmente, este estudio servirá como referencia para futuras investigaciones en salud materna, contribuyendo al desarrollo de estrategias basadas en evidencia que permitan reducir la carga de la MME en contextos con características sociodemográficas similares.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.



1.3.2. Objetivos específicos

- OE1:** Identificar los factores sociodemográficos asociados con la morbilidad materna extrema.
- OE2:** Definir la asociación entre los factores obstétricos y la morbilidad materna extrema.
- OE3:** Identificar los factores patológicos relacionados con la morbilidad materna extrema.
- OE4:** Detectar la asociación entre los factores clínicos y la morbilidad materna extrema.
- OE5:** Identificar la presentación de la Morbilidad Materna Extrema.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG Los factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos están significativamente asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1:** Los factores sociodemográficos tienen una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.
- HE2:** Los factores obstétricos están asociados significativamente con la morbilidad materna extrema.



HE3: Los factores patológicos presentan una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.

HE4: Los factores clínicos muestran una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.

HE5: La prevalencia de la morbilidad materna extrema es significativa.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Factores asociados.

Variable 2: Morbilidad Materna Extrema

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valores
Variable 1: 1. Factores asociados	1.1. Sociodemográficos	1.1.1. Edad materna	a. <20 o >35 b. De 20 a 35
		1.1.2. Procedencia	a. Urbana b. Rural
		1.1.3. Nivel educativo	a. Ninguno b. Primaria c. Secundaria d. Superior
		1.1.4. Estado civil	a. Soltera b. Casada c. Conviviente
		1.1.5. Ocupación	a. Estudiante b. Ama de casa c. Dependiente d. Independiente
	1.2. Obstétricos	1.2.1. Número de gestaciones previas	a. Nuligesta b. Primigesta c. Multigesta (2 o más)
		1.2.2. Paridad	a. Nulípara b. Primípara c. Multípara (2 a 5) d. Gran multípara (6 o más)
		1.2.3. Cesáreas previas	a. Sí b. No
		1.2.4. Abortos previos	a. Sí b. No
		1.2.5. Periodo intergenésico	a. Menos de 2 años b. 2 a 5 años c. Más de 5 años
	1.3. Antecedentes Patológicos	1.3.1. Hipertensión arterial crónica	a. Sí b. No
		1.3.2. Diabetes	a. Sí b. No
		1.3.3. Cardiopatías	a. Sí b. No
		1.3.4. Preeclampsia	a. Sí b. No
		1.3.7. Otros	a. Sí b. No



	1.4. Clínicos	1.4.1. Edad gestacional	a. Menos de 37 semanas b. 37 a 42 semanas c. Más de 42 semanas
		1.4.2. Control prenatal	a. Adecuado (≥ 6 controles) b. Inadecuado (0-5 controles)
		1.4.3. Anemia	a. Normal (≥ 11) b. Leve (10.0 - 10.9) c. Moderada (7.0 - 9.9) d. Severa (< 7)
Variable 2: 2. Morbilidad Materna Extrema		2.1.1. Paciente con MME	a. Preeclampsia b. Shock Hipovolémico c. Eclampsia d. Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Erazo. et al, (12) llevaron a cabo una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en una Clínica de Santa Marta” en Ciudad de Santa Marta, Colombia, 2024. Esta investigación tenía un objetivo principal: descubrir qué factores podrían aumentar la probabilidad de problemas de salud graves en las madres. Se centró en mujeres que tuvieron problemas graves durante el embarazo, el parto o después de tener a su bebé. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos y condiciones clínicas al analizar los factores de riesgo importantes, utilizamos pruebas como la de Chi-cuadrado y la regresión logística. Estas nos mostraron que la preeclampsia grave era importante, las hemorragias obstétricas y las infecciones sistémicas fueron las principales condiciones asociadas a la MME. Además, factores como la falta de controles prenatales adecuados y antecedentes de cesáreas previas aumentaron el riesgo de desarrollar complicaciones maternas extremas. Estos hallazgos resaltan la importancia



de una atención prenatal integral y la identificación temprana de condiciones de riesgo para prevenir la morbilidad materna extrema en entornos similares.

Harrison. et al, (13) desarrollaron la investigación titulada "Maternal anemia and severe maternal morbidity in a US cohort" en Estados Unidos, 2024. Los investigadores tuvieron como propósito principal evaluar la relación entre la anemia diagnosticada prenatalmente y la morbilidad materna grave, utilizando datos del Consorcio sobre Trabajo Seguro que incluyó 166,566 partos únicos entre 2002-2008. Mediante un análisis secundario de historias clínicas y códigos CIE-9, se identificó que el 6.1% (10,217 mujeres) presentaba anemia prenatal. Los resultados mostraron que las mujeres con anemia tenían mayor probabilidad de ser jóvenes (26.2 vs 27.7 años), no hispanas (33.7% vs 24.9%) y multíparas (61.3% vs 59.6%). Tras ajustar por confusores, la anemia se asoció significativamente con morbilidad materna grave (ORa 2.04; IC95% 1.86-2.23), incluyendo mayores tasas de muerte materna (ORa 18.10), transfusiones (ORa 3.16), histerectomías (ORa 7.66) e ingreso a UCI (ORa 4.07). En neonatos, se observó mayor riesgo de ingreso a UCIN (14.9% vs 12.6%) y bajo peso al nacer (9.8% vs 9.0%). La investigación reveló algo importante. Si una futura mamá tiene anemia, puede aumentar la probabilidad de sufrir problemas graves. Esto demuestra por qué es crucial detectar y tratar la anemia de forma más eficaz durante el embarazo.

Hazlina. et al, (14) realizaron el estudio titulado "The Prevalence and Risk Factors for Severe Maternal Morbidities: A Systematic Review and Meta-Analysis" en Malasia, 2022. Los investigadores tienen como objetivo principal identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la



morbilidad materna grave (MMG) y cuasi accidentes maternos (CAM). Mediante una revisión sistemática y metaanálisis de 44 estudios (2011-2020) de MEDLINE, CINAHL y Science Direct, se encontró una prevalencia global del 2.45% para MMG y 1.68% para CAM. Las principales causas de aumentar las probabilidades de MMG haber tenido una cesárea previamente. (OR:1.63; IC95%:1.43-1.87), condiciones médicas coexistentes (OR:1.51; IC95%:1.28-1.78), edad materna joven (OR:0.71; IC95%:0.60-0.83), embarazo único (OR:0.42; IC95%:0.32-0.55) y parto pretérmino (OR:0.14; IC95%:0.08-0.23). Para CAM, el único factor significativo fue el antecedente de cesárea (OR:2.68; IC95%:1.41-5.10). Los autores concluyeron que estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias preventivas como educación sanitaria, tamizaje temprano de riesgos y seguimiento prenatal/postnatal riguroso, especialmente en mujeres con cesáreas previas o comorbilidades, para reducir la carga global de la morbilidad materna severa.

Juyeong. et al, (15) desarrollaron una investigación titulada "Advanced maternal age and severe maternal morbidity in South Korea: a population-based cohort study", en Corea del Sur, 2022. Los investigadores examinaron la relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad materna grave (MMG) en Corea del Sur. Analizaron datos de 2.113.615 partos registrados entre 2013 y 2019 en la cohorte nacional de partos del Servicio Nacional de Seguro de Salud de Corea. La MMG se presentó en el 1,9% de los casos. Los hallazgos revelaron que tanto las adolescentes como las mujeres de 35 años o más tenían un mayor riesgo de MMG. Específicamente, las adolescentes de 15 a 19 años mostraron un



riesgo relativo (RR) de 1,32; las mujeres de 35 a 39 años, un RR de 1,24; aquellas de 40 a 44 años, un RR de 1,57; y las de 45 años o más, un RR de 2,07. Estos resultados indican una relación en forma de "J" entre la edad materna y la MMG, donde las edades extremas se asocian con un mayor riesgo. El estudio afirma que es fundamental identificar y gestionar los factores de riesgo en estos grupos de edad tan sensibles. De esta manera, se puede mejorar la salud de las madres.

Raineau, et al, (16) desarrollaron la investigación titulada "Antepartum Severe Maternal Morbidity: A Population-Based Study of Risk Factors and Delivery Outcomes", en Francia, 2022. Los investigadores se propusieron identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna severa (MMS) antes del parto y describir los resultados adversos relacionados con el parto y el neonato. Para ello, llevaron a cabo un estudio de casos y controles anidado de base poblacional, utilizando datos del estudio EPIMOMS, que abarcó 119 maternidades en seis regiones de Francia entre 2012 y 2013, con una cohorte de origen de 182,309 partos. Se incluyeron 601 mujeres que experimentaron MMS anteparto y se compararon con una muestra aleatoria de 3,651 mujeres que dieron a luz sin MMS en los mismos hospitales. Mediante regresión logística multivariable, se identificaron como factores de riesgo significativos: edad materna de 35 años o más (OR ajustado 1.55), mayor índice de masa corporal (OR por cada incremento de 5 kg/m², 1.24), nacimiento de la madre en África subsahariana (OR 1.80), condiciones médicas preexistentes (OR 2.56), nuliparidad (OR 2.26), antecedentes de trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo (OR 4.94), embarazo múltiple (OR 5.79) y atención prenatal

irregular (OR 1.86). Además, Las mujeres que se sometieron a MMS durante el embarazo tuvieron partos prematuros con mayor frecuencia, presentaron mayores tasas de pérdida de recién nacidos y sus bebés tuvieron que ser trasladados a la unidad de cuidados intensivos neonatales con mayor frecuencia que el grupo de control. Este grupo también presentó mayores tasas de cesáreas no planificadas y un uso más frecuente de anestesia general. Además, la detección temprana de factores de riesgo puede detener la MMS durante el embarazo y mejorar los resultados.

Carmona. (17) realizó un estudio titulado “Morbilidad materna extrema en gestantes con preeclampsia severa: estudio de casos y controles” en Barranquilla, Colombia en el año 2021. El objetivo fue analizar un estudio para comprender si las mujeres embarazadas con preeclampsia severa tienen mayor probabilidad de presentar MME. Utilizamos diferentes tipos de cálculos y comprobaciones, como la prueba de chi-cuadrado y la regresión logística binaria, para determinar los principales riesgos. El sobrepeso preconcepcional, la edad materna superior a 30 años y un número insuficiente de controles prenatales se asociaron de manera significativa con la MME. Estos hallazgos resaltan la importancia riesgo modificables para prevenir complicaciones maternas severas en pacientes con preeclampsia severa.

2.1.2. A nivel nacional

Vera. et al, (11) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema” en Lima, Perú, 2024. Este estudio tiene un enfoque observacional de casos y controles, incluyó a 219 pacientes, de las cuales 73 presentaron morbilidad materna extrema (MME)



y 146 integraron el grupo control. Analizamos diferentes factores, como la edad, el peso, el tipo de parto y cualquier problema médico de las personas. Para ello, utilizamos pruebas matemáticas especiales. Incluso verificamos la precisión de nuestros resultados. Tras revisar todo, encontramos algunos factores que podrían aumentar la probabilidad de problemas de bienestar durante o después del parto. Estos incluyen padecer una afección grave llamada síndrome HELLP, sangrado abundante después del parto, una cesárea, sobrepeso o un parto prematuro. Esta información es fundamental para nuestro estudio. Demuestra que debemos prestar atención a estos problemas y gestionarlos adecuadamente. Esto puede ayudarnos a garantizar la seguridad de las personas durante el embarazo.

Cutipa. (18) desarrolló el estudio titulado "Factores predictivos de morbilidad materna extrema en pacientes cesareadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, 2022-2023" en Tacna, Perú, 2024. El investigador tuvo como objetivo principal identificar los factores de riesgo asociados a esta condición en pacientes cesareadas. Realizamos un estudio retrospectivo de 264 casos. Los seleccionamos aleatoriamente, pero con precisión. Encontramos 49 casos en los que las madres presentaban problemas de salud muy graves. Este tipo de problema se presentó en casi el 19 % de los casos. Los resultados del análisis bivariado mostraron que tanto la glicemia elevada (>100 mg/dl) como el tiempo de espera prolongado para cesárea (>2 días) fueron factores significativamente asociados al desarrollo de morbilidad materna extrema ($p < 0.05$). En el análisis multivariado, el investigador identificó tres factores predictivos independientes: menor número de controles prenatales (HRa

0.90, IC 95%), presión arterial sistólica elevada preoperatoria (≥ 140 mmHg; HRa 2.20, IC 95%) y mayor duración del procedimiento quirúrgico (HRa 1.02, IC 95%). El estudio concluyó que estos hallazgos demuestran la importancia crítica del control prenatal adecuado, el manejo estricto de la presión arterial y la optimización de los tiempos quirúrgicos como estrategias clave para prevenir la morbilidad materna extrema en pacientes cesareadas. Estos resultados respaldan la necesidad de implementar protocolos clínicos específicos que prioricen estos factores en la práctica obstétrica habitual.

Ruiz. (19) desarrollaron la investigación titulada "Factores de riesgo relacionados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de 2019 – 2020", en Ica, Perú, 2023. Los científicos del hospital querían averiguar si ciertos riesgos afectaban la gravedad de la enfermedad de una madre tras el parto. Seleccionaron 80 casos de la UCI para su estudio. Se trató de un estudio sencillo, llamado estudio descriptivo-correlacional, que simplemente observó lo que ocurría sin realizar ningún experimento. Los hallazgos revelaron que el 66,7% de las pacientes con MME tuvieron parto por cesárea, el 70% de los casos ocurrieron durante el embarazo, el 50% desarrollaron eclampsia, el 35% presentaron problemas renales y el 63,3% requirieron intervención quirúrgica. Entre los factores de riesgo sociodemográficos, se encontró que el 45% de las gestantes tenían educación primaria, el 56,7% procedían de zonas rurales, el 55% profesaban la religión evangélica, el 75% eran amas de casa y el 58,3% convivían con sus parejas. En relación con los factores personales, el 50% de las gestantes tenían 35 años o más y el 53,3% presentaban un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 29,9. Respecto a los factores obstétricos, el 65% habían



asistido a más de seis controles prenatales, el 50% tenían un periodo intergenésico mayor de un año, el 46,7% eran multíparas y el 63,3% multigestas. El estudio halló una fuerte relación entre factores como la edad, la vida personal y los aspectos relacionados con el embarazo con los cambios de energía entre madre y bebé en el Hospital de Cajamarca. Esto se mantuvo durante el periodo del estudio y se comprobó mediante una prueba de matemáticas llamada Chi-cuadrado.

Chahuayo. (20) desarrolló el estudio titulado "Caracterización de las mujeres con morbilidad materna extrema atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica, 2016 a 2018" en Huancavelica, Perú, 2021. En su investigación el objetivo principal fue analizar las características clínicas, obstétricas y sociodemográficas asociadas a estos casos mediante el análisis documental de 94 historias clínicas. Los resultados evidenciaron que el 53.2% de las pacientes tenían entre 20-34 años, el 63.8% procedían de zonas rurales y el 45.7% solo contaban con educación secundaria. En el aspecto obstétrico, se encontró que el 26.6% eran nulíparas, el 59.6% superó los seis controles prenatales recomendados y el 67.9% presentó intervalos intergenésicos adecuados (2-5 años). Clínicamente, predominó la preeclampsia severa (48.9%), seguida del síndrome HELLP (12.8%) y la eclampsia (11.7%). El estudio concluyó que la persistencia de altas tasas de trastornos hipertensivos en esta población, a pesar de la cobertura de controles prenatales, revela la necesidad de implementar protocolos de atención diferenciados que consideren las particularidades epidemiológicas de las



zonas de altitud, con especial énfasis en la detección temprana y manejo oportuno de estas complicaciones obstétricas.

Valladares. (21) desarrolló la tesis titulada “Factores de riesgo para morbilidad materna extrema. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018” en Lima, Perú en el año 2021. Esta investigación intentó descubrir qué factores aumentan el riesgo de problemas maternos graves en un gran instituto de salud en 2018. El estudio comparó a 76 futuras mamás que tenían estos problemas con 76 que no los tenían. Usamos pruebas de matemáticas y probabilidades para estudiar los resultados. Descubrimos que las madres con problemas graves a menudo tenían dos tipos de shock: uno por pérdida de sangre (alrededor del 58% de ellas) y otro por infección (25%). También descubrimos que ser madre primeriza, tener mucho sangrado después del parto, necesitar una cesárea urgentemente, estar en una situación social difícil, dar a luz de forma prematura, tener una infección en la bolsa de agua en la que crece el bebé o tener el síndrome HELLP (un trastorno hepático raro) podrían aumentar el riesgo de problemas graves. Estos resultados nos ayudan a comprender cómo podemos cuidar mejor a las futuras mamás, especialmente en áreas que tratan problemas de parto y salud femenina.

Neciosup. (22) en su investigación titulada "Factores de riesgo de morbilidad materna extrema durante la pandemia por COVID-19, Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2020 - 2021" en Lima, Perú en el año 2020. Un científico realizó un estudio para determinar por qué algunas madres enfermaron gravemente (EMM) al tener a sus bebés durante la COVID-19 en este hospital. Analizó todos los casos de mujeres que



recibieron tratamiento allí durante la COVID-19. Descubrió que, del total de madres muy enfermas, el 33,3 % había perdido mucha sangre, el 25 % tenía una afección llamada eclampsia, el 66,7 % presentó una insuficiencia en una o más partes de su cuerpo y el 69,4 % tuvo que ser enviada a la UCI o la UCIN. El científico también observó que algunos factores aumentaban considerablemente la probabilidad de que una madre enfermara de esta manera. Las madres con bajo nivel de escolaridad ($p = 0,002$) y las madres del campo ($p = 0,000$) tenían una mayor probabilidad de enfermarse gravemente. Lo mismo ocurrió con las madres que ya habían tenido muchos hijos ($p=0,009$), las que habían dado a luz más de una vez ($p=0,001$, $p=0,004$) y las que dieron a luz de forma precoz ($p=0,014$). Sin embargo, no todos los aspectos que revisó influyeron. En conclusión, durante la COVID-19, la mayoría de las madres en estado grave del Hospital de Cajamarca perdieron mucha sangre, presentaron insuficiencia orgánica y necesitaron atención en la UCI. Las madres con mayor riesgo eran aquellas con bajo nivel educativo, provenientes del campo, que habían dado a luz muchas veces y habían tenido a sus bebés de forma precoz.

2.1.3. A nivel local

Zurita. y Vargas. (23) realizaron la investigación titulada "Factores de riesgo para morbilidad materna extrema" en Juliaca, Perú, 2023. El objetivo del estudio fue determinar qué aumenta la probabilidad de presentar problemas de salud graves en mujeres embarazadas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023. El estudio utilizó cifras, un procedimiento paso a paso y comparaciones, con la participación de 139 pacientes. Sus registros se analizaron mediante diferentes formularios y un



proceso de salud especial para 2021. Los hallazgos revelan datos interesantes sobre los pacientes. Más del 50 % tenía entre 20 y 34 años. Un número similar había terminado la secundaria. Casi 8 de cada 10 se dedicaban a las tareas del hogar a tiempo completo. Además, casi 9 de cada 10 tenían matrimonios estables. En antecedentes obstétricos, el 51.80% eran multíparas, el 46.04% tuvieron embarazos entre 23 y 36 semanas y el 50.36% terminaron en cesárea. Los principales antecedentes patológicos fueron preeclampsia (33.81%), anemia (22.30%) e hipertensión arterial (15.83%). El 96.40% presentó al menos un antecedente patológico, confirmándose que estos aumentan significativamente el riesgo de MME ($p < 0.05$). Se concluyó que, aunque los antecedentes patológicos (especialmente preeclampsia) son determinantes, otros factores sociodemográficos y obstétricos también influyen, recomendándose fortalecer la prevención y el manejo clínico para reducir la MME en esta población.

Vilca. (24) realizó la tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, año 2019” en Puno, Perú, 2020. Durante 2019, investigadores emprendieron una búsqueda para determinar la frecuencia del MME y comprender los factores asociados. Se centraron en pacientes de un lugar específico: el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. El estudio analizó eventos pasados y se basó en una comparación cuidadosa. Examinó 70 casos de algo llamado MME, así como 70 casos de personas que no padecían esta afección. Estas personas se seleccionaron



mediante un método aleatorio. Del total de personas analizadas, el 14,6 % presentó MME. Las principales causas fueron problemas de presión arterial alta durante el embarazo (72,9 %), sangrado (22,9 %) y sepsis (una respuesta corporal extrema a una infección) (4,3 %), tener solo educación básica o intermedia, ser ama de casa, haber tenido dos cesáreas, ser madre primeriza, tener más de 5 años entre embarazos, tener un embarazo de entre 28 y 37 semanas de duración, no asistir al menos a seis controles durante el embarazo, iniciar los controles de forma tardía (después de la semana 14) y tener un nivel de hemoglobina en sangre determinado (entre 10-10.9 g/dL y 7.0-9.9 g/dL). Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la atención prenatal y educar a las personas sobre salud para reducir la incidencia de MME en este hospital.

Mamani. (25) realizó la investigación titulada “Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2018” en Puno, Perú en el año 2019. Nuestro objetivo en esta investigación fue identificar los rasgos sociales y médicos relacionados con los problemas de salud graves en las madres (EMM) en este hospital en 2018. Para ello, revisamos 56 registros de mujeres embarazadas o que acababan de dar a luz ese mismo año. Estas mujeres fueron atendidas en este hospital y la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) las definió como portadoras de EMM. Nuestra investigación reveló que el 1,82 % de las mujeres experimentó EMM y, lamentablemente, el 8,19 % falleció. Por cada 1000 bebés nacidos vivos, hubo 25,57 casos de EMM. Estos riesgos para la salud se encontraron principalmente en mujeres de 18 a 35

años, con un nivel educativo más bajo, que vivían en zonas rurales y que no contaban con suficiente atención prenatal. La hipertensión arterial relacionada con el embarazo fue la principal causa, seguida de la hemorragia posparto. Además, el 40% de las pacientes con falla orgánica presentaron falla multiorgánica, siendo la alteración de la coagulación la más común. Los resultados muestran que debemos mejorar la atención prenatal y abordarla rápidamente de las complicaciones obstétricas para reducir la incidencia de MME en la región.

2.2. MARCO TEÓRICO

1. Factores Asociados a la Morbilidad Materna Extrema (MME)

1.1. Factores sociodemográficos

1.1.1. Edad Materna

Las gestantes adolescentes y las personas mayores de 35 años tienen mayor probabilidad de padecer MME. Esto se debe principalmente a afecciones complejas como la preeclampsia, parto prematuro y hemorragias. Las adolescentes enfrentan riesgos biológicos (inmadurez del sistema reproductivo) y sociales (deserción escolar, pobreza). Se considera que el 25% de las gestantes adolescentes desarrollaron preeclampsia, comparado con el 12% en mujeres de 20-35 años. Por otro lado, las gestantes mayores de 35 años presentan mayor prevalencia de comorbilidades como hipertensión crónica y diabetes. En algunos casos representan, el 40% de las pacientes con MME >35 años requirieron histerectomía (29) (30).

1.1.2. Procedencia

En las zonas urbanas, el acceso a los servicios de salud es mayor, pero también se observa una mayor prevalencia de obesidad y diabetes

gestacional. En contraste, en las áreas rurales, algunas mujeres no tienen suficiente acceso a la atención que necesitan durante el embarazo. Esto puede provocar problemas como anemia y preeclampsia, que son indeseables. En un lugar como Perú, hay informes que indican que muchas mujeres no acuden a sus controles de embarazo. Una de las razones que esgrimen es la dificultad para llegar a los centros de salud. Factores como la distancia entre sus casas y los lugares donde podrían recibir ayuda también representan problemas, los tiempos de espera prolongados, la ausencia de centros de salud en su comunidad y la necesidad de trasladarse a otras localidades, junto con los costos asociados a estos desplazamientos, representan barreras importantes para su atención (31).

1.1.3. Nivel Educativo

Un nivel educativo bajo, las mujeres a menudo falta a sus citas prenatales en países con escasez de educación y recursos. Esto incluye desconocer la importancia de estos controles o carecer de conocimientos suficientes sobre temas sexuales. Las razones pueden incluir la escasa escolaridad de los padres o incluso tabúes que dificultan la conversación. Las investigaciones demuestran que solo la mitad de las mujeres terminan la secundaria. Esto puede generar más problemas durante el embarazo y una menor dedicación a las visitas prenatales. (32).

1.1.4. Estado Civil

Las gestantes solteras o sin una pareja estable enfrentan un menor apoyo social y económico, lo que incrementa su vulnerabilidad a la morbilidad materna extrema (MME). Diversos estudios han demostrado que la falta de ayuda puede dificultar que las futuras mamás acudan a sus citas médicas,

accedan a los servicios de salud y adquieran buenos hábitos durante el embarazo. Si lo analizamos desde una perspectiva económica, la ausencia de una pareja que contribuya al sustento familiar puede generar dificultades para costear una alimentación adecuada, transporte a los centros de salud y tratamientos médicos necesarios, lo que influye en un mayor riesgo de complicaciones obstétricas. Según investigaciones, las mujeres con menor estabilidad económica tienen una mayor prevalencia de anemia, desnutrición y enfermedades infecciosas durante la gestación, factores que pueden predisponer a la MME (12).

1.1.5. Ocupación

Las gestantes que desempeñan trabajos físicamente exigentes o en el sector informal están expuestas a ciertos riesgos laborales pueden afectar tu bienestar y el de tu bebé. Pueden aumentar el riesgo de parto prematuro y bebés con bajo peso. Factores como el estrés térmico, la exposición a radiación ionizante, el ruido excesivo y la vibración puede provocar problemas en el crecimiento del bebé, incluidos defectos de nacimiento, restricción del crecimiento intrauterino y mayor riesgo de aborto espontáneo. Actividades como levantar objetos pesados, permanecer de pie por largos períodos y realizar esfuerzos físicos constantes incrementan la fatiga, el riesgo de caídas y la posibilidad de parto prematuro. Además, las largas jornadas laborales, el trabajo nocturno y la falta de descansos adecuados pueden alterar los ritmos biológicos de la gestante, contribuyendo a complicaciones como hipertensión, desprendimiento de placenta y estrés crónico. La discriminación laboral, el acoso y la falta de apoyo en el entorno de trabajo también pueden generar ansiedad y depresión, afectando el

bienestar materno-fetal. Dado que no existen niveles completamente seguros de exposición a muchos de estos riesgos, se recomienda minimizar la carga laboral y garantizar condiciones adecuadas, reducir el número de nacimientos prematuros y de bebés pequeños entre estas personas propensas a riesgos (33).

1.2. Factores Obstétricos

1.2.1. Número de Gestaciones Previas

Haber tenido un bebé antes puede influir en el riesgo de problemas de salud para la madre o el bebé. Estar embarazada varias veces conlleva sus propios obstáculos durante el embarazo y el parto:

- **Primigesta:** En el primer embarazo, el riesgo de preeclampsia sigue siendo elevado, aunque moderado en comparación con nuligestas. Además, las primigestas tienen mayor probabilidad de trabajo de parto prolongado debido a la falta de experiencia del útero en contracciones previas, lo que puede derivar en un aumento de partos instrumentados o cesáreas (34).
- **Multigesta:** Las gestantes con múltiples embarazos tienen un mayor riesgo de hemorragia postparto debido a la disminución de la contractilidad uterina. También presentan mayor incidencia de complicaciones placentarias, como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, especialmente si han tenido cesáreas previas o legrados uterinos. Además, la multiparidad se asocia con un riesgo aumentado de parto y ruptura prematuros de membranas, lo que puede afectar el desarrollo fetal (34).



1.2.2. Cesáreas previas

Las gestantes que han tenido una cesárea anteriormente, sus probabilidades de tener problemas en embarazos posteriores pueden aumentar, debido a la cicatrización del útero y su impacto en la implantación placentaria y la resistencia del miometrio. Entre las principales complicaciones se encuentran:

- **Placenta Accreta:** Cuando la placenta, la fuente de alimentación del bebé, se adhiere demasiado a la capa muscular del útero, no es bueno. Esto se conoce como "placenta accreta". Este problema es más común en madres que han tenido varias cesáreas, debido a la alteración de la vascularización y cicatrización del endometrio. Esta condición puede provocar hemorragia severa en el parto y, en casos graves, requerir histerectomía para controlar la hemorragia (35).
- **Ruptura Uterina:** La cicatriz de una cesárea anterior puede debilitar la pared uterina, aumenta la posibilidad de fractura durante el parto, especialmente en intentos de parto vaginal después de cesárea (PVDC). La ruptura uterina es una emergencia obstétrica que puede causar hemorragia masiva, sufrimiento fetal y aumentar la morbilidad materno-fetal. El riesgo se incrementa en mujeres con múltiples cesáreas previas, intervalos intergenésicos cortos y antecedentes de incisiones uterinas verticales (35).

1.2.3. Abortos previos

Los antecedentes de aborto, especialmente los inseguros, aumentan significativamente el peligro que corren las mamás ante graves problemas de salud (MME) debido a complicaciones como sepsis y hemorragias

severas. Los abortos realizados en condiciones no estériles o sin supervisión médica pueden provocar infecciones graves que, al diseminarse, evolucionan a sepsis y shock séptico, poniendo en riesgo la vida de la gestante. Además, la interrupción del embarazo sin una adecuada atención puede causar hemorragias incontrolables por atonía uterina, perforación uterina o retención de restos ovulares, lo que puede derivar en choque hipovolémico, transfusiones masivas o histerectomía de emergencia (36). Asimismo, los abortos previos pueden generar lesiones endometriales y afectar la implantación placentaria en embarazos futuros, aumentando el riesgo de placenta previa, placenta accreta y parto prematuro, condiciones que predisponen a hemorragias masivas y otras complicaciones graves. También pueden causar adherencias intrauterinas (Síndrome de Asherman), comprometiendo la fertilidad y aumentando la probabilidad de pérdidas gestacionales recurrentes (36).

1.2.4. Periodo Intergenésico

Tener bebés muy juntos o muy separados puede ser riesgoso tanto para la madre como para el bebé. Esto se debe a problemas que pueden surgir durante el embarazo. Si una madre tiene un bebé y luego otro menos de dos años después, podría desarrollar un problema de salud llamado anemia, ya que el organismo no tiene el tiempo suficiente para recuperar sus reservas de hierro y otros nutrientes esenciales tras la gestación previa. Tener niveles bajos de hierro en la sangre durante la gestación puede causar graves problemas. Podrías sufrir hemorragias graves después del nacimiento, contraer infecciones o incluso que el bebé sufra algún sufrimiento. Además, si el tiempo transcurrido entre un bebé y el siguiente es demasiado corto, el

bebé podría nacer prematuro o no crecer adecuadamente durante su gestación (RCIU), lo que incrementa la probabilidad de complicaciones neonatales y perinatales (37).

Por otro lado, un periodo intergenésico prolongado entre embarazos también conlleva riesgos, ya que se ha observado una mayor incidencia de preeclampsia y diabetes gestacional en estas gestantes. La preeclampsia es una de las principales causas de MME, ya que puede evolucionar a eclampsia, síndrome de HELLP y falla multiorgánica. La diabetes gestacional, por su parte, aumenta el riesgo de macrosomía fetal, trauma obstétrico y hemorragia postparto, lo que puede requerir intervenciones quirúrgicas de emergencia (37).

1.3. Factores Patológicos

1.3.1. Hipertensión Arterial Crónica

Las mujeres con hipertensión arterial persistente son más propensas a padecer preeclampsia y eclampsia graves. Estas enfermedades pueden agravarse y provocar síndrome HELLP, insuficiencia renal prematura, hemorragia cerebral y desprendimiento de la placenta. Todos estos problemas aumentan el riesgo de muerte de la madre o del bebé. Además, implican que el bebé debe nacer antes de tiempo para la seguridad tanto de la madre como del neonato (38).

1.3.2. Diabetes

La diabetes, tanto pregestacional como gestacional, incrementa el riesgo de macrosomía fetal, lo que puede llevar a trauma obstétrico, distocia de hombros y mayor necesidad de cesárea, con el consiguiente aumento del



riesgo de hemorragia postparto e infecciones. Además, la diabetes pregestacional mal controlada puede causar malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria y muerte fetal intrauterina, contribuyendo a la carga de MME (39).

1.3.3. Cardiopatías

Las enfermedades cardíacas son una de las principales causas de muerte por parte de las madres, no de forma directa, sino indirecta. Durante la gestación, los cambios hemodinámicos pueden precipitar falla cardíaca, arritmias y eventos tromboembólicos. Las gestantes con cardiopatías estructurales o disfunción ventricular severa tienen un alto riesgo de insuficiencia cardíaca descompensada, edema pulmonar agudo e incluso muerte súbita (40).

1.3.4. Preeclampsia

Es la principal causa de MME en América Latina, asociada con falla multiorgánica que puede comprometer el sistema nervioso central (eclampsia, accidente cerebrovascular), el hígado (síndrome de HELLP), los riñones (insuficiencia renal aguda) y la coagulación sanguínea (coagulación intravascular diseminada - CID). La preeclampsia severa y la eclampsia requieren manejo hospitalario inmediato para reducir la morbimortalidad materna y fetal (41).

1.4. Factores Clínicos

1.4.1. Edad Gestacional

Consideramos que, menos de 37 semanas: El nacimiento prematuro suele provocar problemas de salud e incluso la muerte en los recién nacidos, ya



que los órganos del feto pueden no estar completamente desarrollados, aumentando el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular. En la madre, el parto prematuro puede asociarse con infección intraamniótica, hemorragia postparto y complicaciones quirúrgicas si se requiere una cesárea de emergencia. Por otro lado, más de 42 semanas: El embarazo posttérmino incrementa el riesgo de macrosomía fetal, distocia de hombros y hemorragia postparto, debido al mayor tamaño del feto y la posible disfunción placentaria y también incrementa el riesgo de cesárea (42).

1.4.2. Atención Prenatal

Un buen cuidado antes del nacimiento es fundamental. Puede prevenir enfermedades graves en las madres. Los médicos afirman que visitar a la futura mamá al menos seis veces antes de tener a su bebé puede ser útil. Permiten detectar cualquier problema a tiempo, la intervención oportuna en condiciones médicas maternas y el seguimiento del crecimiento fetal. Estudios han demostrado que un control prenatal adecuado reduce la incidencia de preeclampsia severa, infecciones maternas y hemorragia obstétrica, mejorando los desenlaces perinatales (43).

La atención prenatal inadecuado (0-5 controles) si las futuras mamás no acuden a controles regulares mientras están embarazadas, es mucho más probable que sus bebés nazcan antes de tiempo, infecciones maternas no detectadas, restricción del crecimiento fetal y hemorragia obstétrica. Además, impide la identificación y tratamiento temprano de condiciones críticas como diabetes gestacional e hipertensión, aumentando la probabilidad de MME (43).



1.4.3. Anemia

"Anemia" es una palabra que los médicos suelen utilizar cuando hablan de problemas sanguíneos comunes durante el embarazo y se asocia con desenlaces adversos maternos y neonatales. Podemos clasificarlo en anemia leve a moderada (Hb 7-10 g/dL): Puede comprometer la oxigenación tisular materna y fetal, aumenta la probabilidad de crecimiento insuficiente en el útero (RCIU), parto prematuro y bajo peso al nacer. Deficiencia grave de glóbulos rojos (Hb <7 g/dl): Se relaciona con un mayor riesgo de hemorragia postparto severa, insuficiencia cardíaca materna y necesidad de transfusión sanguínea, lo que eleva la probabilidad de complicaciones hemodinámicas y shock hipovolémico, una de las principales causas de MME (44).

1.4.4. Morbilidad Materna Extrema

El parto o el posparto. Sin embargo, esto no implica que la muerte sea definitiva. Estas situaciones a menudo se describen mediante el concepto de "near miss" maternal morbidity (morbilidad materna casi mortal) (26).

Según la NTS N° 174 DEL MINSA, Un problema muy grave podría presentarse durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores al término del embarazo. Este problema puede poner en peligro la vida de la mujer. Es importante que reciba ayuda de inmediato para evitar cualquier problema grave (27).

Por otro lado, la OPS (organización panamericana de salud) añade además que los casos de MME son un Indicador de calidad de atención útil para medir la calidad de la atención obstétrica y la disponibilidad de cuidados de

salud adecuados. Al ser un evento que ocurre generalmente en instituciones de salud, su registro y análisis son importantes para determinar el nivel de la atención brindada, y para detectar fallas en el sistema de salud (28).

Criterios de inclusión en el grupo de Morbilidad Materna Extrema

La OMS dice que se identifica por tener uno o más de estos puntos (26):

a) Insuficiencia cardiovascular

- **Shock:** Tu cuerpo puede intentar controlar la presión arterial baja cuando algo sale mal. Esto se llama insuficiencia circulatoria aguda. Puede ocurrir si tus vasos sanguíneos no funcionan correctamente o si no tienes suficiente sangre. Esto significa que tu presión arterial se mantiene por debajo de 80 mmHg. O bien, tu presión arterial puede bajar por debajo de 90 mmHg durante al menos una hora. Al mismo tiempo, tu corazón puede latir 120 veces o más en un solo minuto.
- **Paro cardíaco:** El corazón deja de funcionar repentinamente. Esto significa que no hay latidos y se queda inconsciente.
- **Acidosis severa:** El exceso de ácido y pequeñas partículas llamadas iones de hidrógeno se acumulan en la sangre y en otras partes del cuerpo, desequilibrándola. Esto hace que el pH caiga por debajo de 7,1, lo cual es perjudicial.
- **Hipoperfusión severa:** Cuando la sangre no fluye bien a las partes importantes del cuerpo, las células no funcionan correctamente. Esto puede causar enfermedades graves e incluso la muerte. Esto se nota porque el cuerpo tiene un nivel alto de lactato en sangre, superior a 5 mmol/L o 45 mg/L.



- **Uso continuo de agentes vasoactivos:** Administración intravenosa ininterrumpida de fármacos vasoactivos.

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP):** Cuando a alguien se le para el corazón, existe un proceso especial para ayudarlo.

b) Insuficiencia respiratoria

- **Cianosis aguda:** Coloración azulada de la piel y mucosas debido a una deficiente oxigenación sanguínea.

- **Respiración jadeante:** Patrón respiratorio irregular y convulsivo previo a la apnea.

- **Taquipnea severa:** Frecuencia respiratoria mayor a 40 respiraciones por minuto.

- **Bradipnea severa:** Frecuencia respiratoria inferior a 6 respiraciones por minuto.

- **Hipoxemia severa:** Cuando la cantidad de oxígeno en la sangre disminuye considerablemente.

- **Intubación y ventilación mecánica:** Inserción de un tubo traqueal para mantener la vía aérea y facilitar la ventilación, sin estar relacionada con la anestesia.

c) Insuficiencia renal

- **Oliguria resistente a líquidos o diuréticos:** Producción de orina menor a 0.5 ml/kg/h o menos de 400 ml en 24 horas, sin respuesta a la administración de líquidos o diuréticos.

- **Azotemia aguda severa:** Retención aguda de compuestos nitrogenados en sangre con valores de creatinina $\geq 300 \mu\text{mol/L}$ o $\geq 3.5 \text{ mg/dL}$.



- **Diálisis por insuficiencia renal aguda:** Necesidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal para eliminar productos de desecho del torrente sanguíneo.

d) Trastornos hematológicos y de la coagulación

- **Alteraciones en la coagulación:** en 7 a 10 minutos, o mediante pruebas de laboratorio que muestran trombocitopenia aguda ($< 50,000$ plaquetas), fibrinógeno bajo (< 1 g/dL) o prolongación del tiempo de protrombina (> 6 s, TP 1.5 veces el valor normal).
- **Trombocitopenia aguda severa:** Disminución de plaquetas a menos de 50,000/ml.
- **Transfusión masiva:** Administración de tres o más unidades de sangre o glóbulos rojos.

e) Insuficiencia hepática

- **Ictericia asociada a preeclampsia:** Cuando hay demasiada bilirrubina, un producto de desecho, en el cuerpo, la piel, los ojos y la sustancia viscosa que recubre ciertas partes del cuerpo pueden volverse amarillentos. Esto puede ocurrir si padeces una afección como la preeclampsia, una complicación del embarazo.
- **Hiperbilirrubinemia aguda severa:** Aumento súbito de bilirrubina en sangre, con valores superiores a $100 \mu\text{mol/L}$ o 6.0 mg/dL .

f) Trastornos neurológicos

- **Coma o pérdida prolongada de la consciencia:** Estado de inconsciencia que se extiende por más de 12 horas, con un puntaje en la Escala de Coma de Glasgow menor a 10.

- **Crisis epilépticas incontroladas:** Convulsiones recurrentes que no responden al tratamiento.
- **Estado epiléptico:** Cuando tiene convulsiones que duran más de 5 minutos.
- **Accidente cerebrovascular:** Déficit neurológico de origen vascular con duración mayor a 24 horas.
- **Parálisis generalizada:** Pérdida parcial o total del movimiento en ambos lados del cuerpo, generalmente vinculada a una debilidad neuromuscular grave.

g) Disfunción uterina y manejo especializado

- **Histerectomía:** Extirpación quirúrgica del útero como medida de emergencia ante infecciones o hemorragias maternas graves.
- **Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** Estancia en UCI por un período superior a 72 horas bajo indicación médica.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Anemia Gestacional

Cuando la sangre de una mujer embarazada tiene menos de 11 gramos de hemoglobina por decilitro, se dice que tiene un problema de salud. Si tiene entre 10 y casi 11 gramos, se considera leve. Si está entre 7 y casi 10 gramos, se considera moderada. Tener menos de 7 gramos se clasifica como grave.(44).

Control Prenatal Inadecuado

Atención prenatal con menos de seis controles médicos durante el embarazo, asociado a mayores riesgos de complicaciones maternas y neonatales (43).



Eclampsia

Complicación grave de la preeclampsia caracterizada por convulsiones o coma en mujeres embarazadas, sin relación con trastornos neurológicos previos (41).

Histerectomía Obstétrica

Extirpación quirúrgica de emergencia del útero para controlar hemorragias masivas o infecciones graves durante el parto o posparto (35).

Morbilidad Materna Extrema (MME)

Cuando una mujer está embarazada, en labor de parto o después de dar a luz, puede enfrentar graves problemas. Estos problemas pueden ser tan peligrosos que pueden poner en riesgo su vida. Para protegerla de la muerte, se requieren medidas o tratamientos rápidos. Incluye criterios como shock, falla orgánica o ingreso a UCI (26) (27).

Multípara

Mujer que ha tenido dos o más partos viables (34).

Nuligesta

Mujer que nunca ha estado embarazada (34).

Periodo Intergenésico

Intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el inicio del siguiente. Un periodo <2 años o >5 años se asocia a mayores riesgos de complicaciones (37).

Preeclampsia

El embarazo a veces puede provocar hipertensión arterial. Esta afección, que suele presentarse después de unas 20 semanas de embarazo, con riesgo de evolucionar a eclampsia o síndrome de HELLP (41).



Primigesta

Mujer que cursa su primer embarazo (34).

Síndrome de Hellp

La preeclampsia puede causar problemas graves. Puede provocar la descomposición de las células sanguíneas, el aumento de las enzimas hepáticas y la disminución del recuento de plaquetas. Requiere manejo inmediato para evitar falla multiorgánica (11).

Shock Hipovolémico

Estado crítico por pérdida aguda de volumen sanguíneo ($\geq 20\%$), que genera hipoperfusión tisular y riesgo de falla orgánica (28).



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación adopta un diseño no experimental, ya que busca estudiar los fenómenos en su contexto natural sin manipular variables. Este diseño es adecuado cuando no es posible o ético realizar intervenciones, permitiendo observar y analizar las variables tal como se presentan (45).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es simple y fundamental. ¿Su objetivo principal? Saber más sobre el tema que investigamos. No se centra en el uso inmediato en el mundo real, sino más bien en la adquisición de conocimiento. Es como conectar los puntos, buscando vínculos entre los aspectos que examinamos. Todo el estudio es como una instantánea, que recopila información en un momento dado, lo que permite obtener una visión específica del fenómeno en estudio (46).

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación emplea un método hipotético-deductivo con enfoque cuantitativo, lo que significa que parte fundamentos teóricos establecidos para plantear hipótesis concretas, los cuales luego son verificadas mediante



evidencia empírica. Además, este método recopila y estudia números. Por eso se llama "cuantitativo". Es más sencillo si lo consideramos como contar cosas para aprender más que permiten probar las hipótesis planteadas e identificar patrones claros en el comportamiento de las variables estudiadas (47).

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

El Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2024 atendió a 78 pacientes. Cada uno padecía una enfermedad específica que los clasificaba en un grupo conocido como morbilidad materna extrema.

3.4.2. Muestra

No fue necesario calcular el tamaño de la muestra, ya que se incluyó el 100% de la población con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Criterios de Inclusión

- Las mujeres que están embarazadas o acaban de dar a luz y necesitan controles de salud adicionales debido a problemas detectados durante el embarazo o hasta 42 días después del parto, pueden estar en riesgo.
- Gestantes o puérperas que presentaron ciertas enfermedades como eclampsia, shock séptico o shock hipovolémico, podría mostrar signos o síntomas específicos.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.
- Historias clínicas archivadas por fallecimiento.
- Historias clínicas duplicadas.



3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas

Variable 1: Análisis documental.

Variable 2: Análisis documental.

3.5.2. Instrumentos

Variable 1: Ficha de recolección de datos.

Variable 2: Ficha de recolección de datos.

Fuente

La fuente principal de información fueron las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. Estas historias clínicas proporcionaron datos confiables y verificables, asegurando la calidad y precisión de la información recolectada.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca comenzó a recopilar información. Solicitaron permiso para ello. El Departamento de Salud de la Mujer autorizó la revisión de los historiales médicos de las personas a partir de 2024. Una vez aprobada la autorización, seleccionaron a las personas que cumplieran con los requisitos del estudio. La información se recopiló mediante la aplicación de la ficha de recolección de datos, diseñada específicamente para este estudio, la cual fue completada mediante la revisión detallada de las historias clínicas.

Utilizamos una base de datos para analizar toda la información recopilada para el estudio. Esta base de datos, creada con el programa SPSS versión 25, registraba todos los diferentes tipos de información disponibles. Organizamos la información y la estudiamos contando la frecuencia con la que ocurrían ciertas cosas y mostrándolas en tablas y gráficos fáciles de entender. Estas tablas y gráficos nos ayudaron a identificar patrones importantes en la información y a comprender mejor los resultados de nuestro estudio. Esto nos ayudó a comprender claramente qué nos decían los resultados del estudio sobre nuestras preguntas y predicciones.

Para determinar si factores como los antecedentes maternos, la salud durante el embarazo, las afecciones médicas y la salud en general influyen en un alto riesgo de enfermedad, realizamos una prueba de matemáticas especial. Si los resultados esperados eran mayores de 5, utilizamos la prueba de chi-cuadrado. Pero si los resultados esperados eran 5 o menos, decidimos utilizar la prueba exacta de Fisher.

Prueba de Chi Cuadrado (x^2)

Usamos la prueba de chi-cuadrado. Nos ayuda a comprender si existe una conexión entre dos factores que no podemos medir. Queríamos ver cómo se distribuyen los factores de riesgo cuando las madres presentan una enfermedad grave. La fórmula utilizada fue:

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

- O: Frecuencia observada en cada celda de la tabla de contingencia.
- E: Frecuencia esperada en cada celda de la tabla de contingencia (48).

Si la probabilidad de error (p) es ≤ 0.05 (5%), se concluye que la relación entre las variables es estadísticamente significativa, lo que indica que existe una asociación relevante entre ellas.

La prueba de Chi-cuadrado, un método cuando pensábamos que todas las secciones de nuestra tabla de datos tendrían valores mayores a cinco. Si se esperaba que estos valores fueran cinco o menos, usamos la prueba exacta de Fisher. Esta prueba es más adecuada para conjuntos de datos más pequeños o cuando no esperamos encontrar una gran cantidad de algo.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Analicemos esto. Hicimos algunas suposiciones, algunas "hipótesis". Para cada suposición, creamos una "hipótesis nula" (H_0) y una "hipótesis alternativa" (H_1). Consideremos la "hipótesis nula" como nuestra hipótesis "predeterminada". La "hipótesis alternativa" es lo que creemos que podría ser cierto, pero aún no estamos seguros. Elegimos un "nivel de significancia" de $\alpha = 0,05$. Esta es una forma de medir nuestra confianza en nuestros resultados. Luego, realizamos algunas pruebas estadísticas. Estas pruebas nos ayudaron a ver si nuestras suposiciones eran válidas o si debíamos mantenernos en nuestras hipótesis "predeterminadas".

Contrastación de la Hipótesis General

H0: Los factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos no están asociados significativamente a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

H1: Los factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos están asociados significativamente a la morbilidad materna extrema en pacientes

atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.

Contrastación de la Hipótesis Específica

HE 1: Factores Sociodemográficos

- **H0:** Los factores sociodemográficos no tienen una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.
- **H1:** Los factores sociodemográficos tienen una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.

HE 2: Factores Obstétricos

- **H0:** Los factores obstétricos no están asociados significativamente con la morbilidad materna extrema.
- **H1:** Los factores obstétricos están asociados significativamente con la morbilidad materna extrema.

HE 3: Factores Patológicos

- **H0:** Los factores patológicos no presentan una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.
- **H1:** Los factores patológicos presentan una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.

HE 4: Factores Clínicos

- **H0:** Los factores clínicos no muestran una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.



- **H1:** Los factores clínicos muestran una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.

HE 5: Presencia de morbilidad materna extrema

- **H0:** En el Hospital Carlos Monge Medrano los problemas de salud graves relacionados con el embarazo no son comunes para las atendidas por su servicio de salud de la mujer.
- **H1:** En el Hospital Carlos Monge Medrano, muchas madres experimentan graves problemas de salud. Estos problemas se presentan con frecuencia en las pacientes que acuden a servicios de salud femenina y parto.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

Tres expertos en salud gineco-obstetricia comprobaron la idoneidad de una herramienta. Examinaron si sus componentes eran coherentes, claros y encajaban bien. Tras la comprobación, coincidieron en que todo estaba correcto. Las diferentes piezas, signos y cantidades de la herramienta resultaron ser adecuados para estudiar los aspectos que buscábamos determinar.

3.8.2. Confiabilidad

Utilizamos un método que mide la fiabilidad de nuestra herramienta. Esto implicó usar el coeficiente alfa de Cronbach para comprobar la concordancia entre cada componente. Los resultados arrojaron una puntuación de 0,723, bastante buena. Esto significa que puede confiar en que nuestra herramienta le proporcionará resultados precisos al utilizarla para su investigación.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema (MME) en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. Para ello, se realizó un análisis exhaustivo de las variables sociodemográficas, obstétricas, clínicas y patológicas en las 78 pacientes diagnosticadas con MME, con el fin de identificar su posible relación con esta condición.

Tenemos los resultados de un estudio y los desglosaremos. El estudio tenía objetivos específicos. Los resultados nos ayudan a identificar los aspectos clave relacionados con el MME. También nos indican su frecuencia y las principales razones en el grupo estudiado.



TABLA 1. EDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
EDAD MATERNA	< 20 o >35	18	47.4	21	77.8	3	50.0	6	85.7	48	61.5
	De 20 a 35	20	52.6	6	22.2	3	50.0	1	14.3	30	38.5
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$Chi^2_c = 8,298$

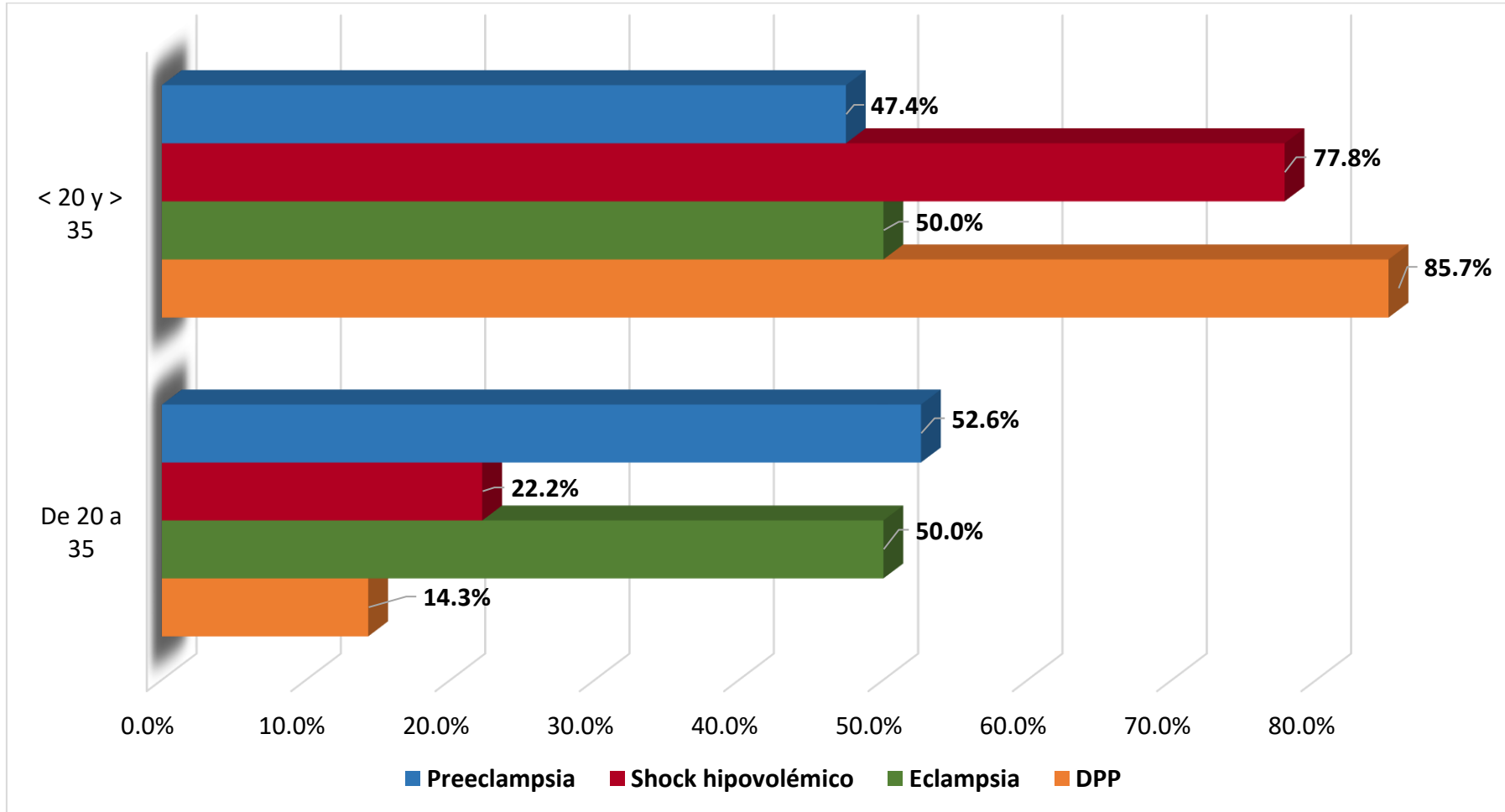
$p = 0,034$

ES SIGNIFICATIVA

$Chi^2_t = 7,815$

$gl = 3$

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD MATERNA ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos



Nuestro estudio tuvo un propósito principal: identificar aspectos específicos de los antecedentes de una persona que pudieran estar relacionados con problemas de salud graves en las madres del servicio de salud de la mujer del Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca. Al observar la Tabla 1 y la Figura 1, se observa un patrón. Las mujeres demasiado jóvenes (menores de 20 años) o un poco mayores (mayores de 35) tienden a presentar problemas de salud más graves al momento de gestar, presentaron mayor frecuencia de complicaciones graves, representando el 77.8% de los casos de shock hipovolémico en comparación con solo 22.2% en mujeres de 20 a 35 años, así como el 85.7% de los casos de desprendimiento prematuro de placenta (DPP) frente a un 14.3% en el grupo de 20 a 35 años. La eclampsia mostró una distribución equitativa, con 50% de casos en cada grupo etario, mientras que la preeclampsia presentó una frecuencia similar, con 47.4% en edades extremas y 52.6% en mujeres de 20 a 35 años.

La significancia estadística de estos hallazgos fue confirmada mediante la prueba Chi-cuadrado, donde el valor calculado de $Chi^2_c = 8.298$ superó al valor tabulado de 7.815 para 3 grados de libertad, con un valor p de 0.034. Estos resultados demuestran una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el tipo de morbilidad extrema, destacando particularmente la mayor susceptibilidad de las mujeres en edades extremas a desarrollar shock hipovolémico y desprendimiento prematuro de placenta. Realmente necesitamos monitorear con más cuidado a los grupos de alto riesgo durante el embarazo y el parto.

Los resultados de este estudio concuerdan con los de **Ju Yeong et al.**, quienes identificaron una relación en forma de "J" entre la edad materna y la morbilidad materna grave (MMG) en Corea del Sur. En su investigación, tanto las adolescentes



como las mujeres mayores de 35 años presentaron un mayor riesgo de complicaciones, con un riesgo relativo (RR) de 1.32 para las menores de 20 años y de 1.57 para las de 40 a 44 años. (15) El estudio muestra que la reproducción a edades muy tempranas o avanzadas puede conllevar más complicaciones en el parto. El estudio también concuerda con este resultado. Asimismo, Vilca realizó un estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Descubrió que si una madre tiene menos de 20 años o más de 35, el riesgo de problemas durante el embarazo es alto, destacando su asociación con enfermedades hipertensivas del embarazo y hemorragias. Estos estudios respaldan la importancia de implementar estrategias de prevención dirigidas a estos grupos de edad.(24)

TABLA 2. PROCEDENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
PROCEDENCIA											
	Rural	24	63.2	16	59.3	3	50.0	5	71.4	48	61.5
	Urbana	14	36.8	11	40.7	3	50.0	2	28.6	30	38.5
	Total	38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 0,728$$

$$p = 0,862$$

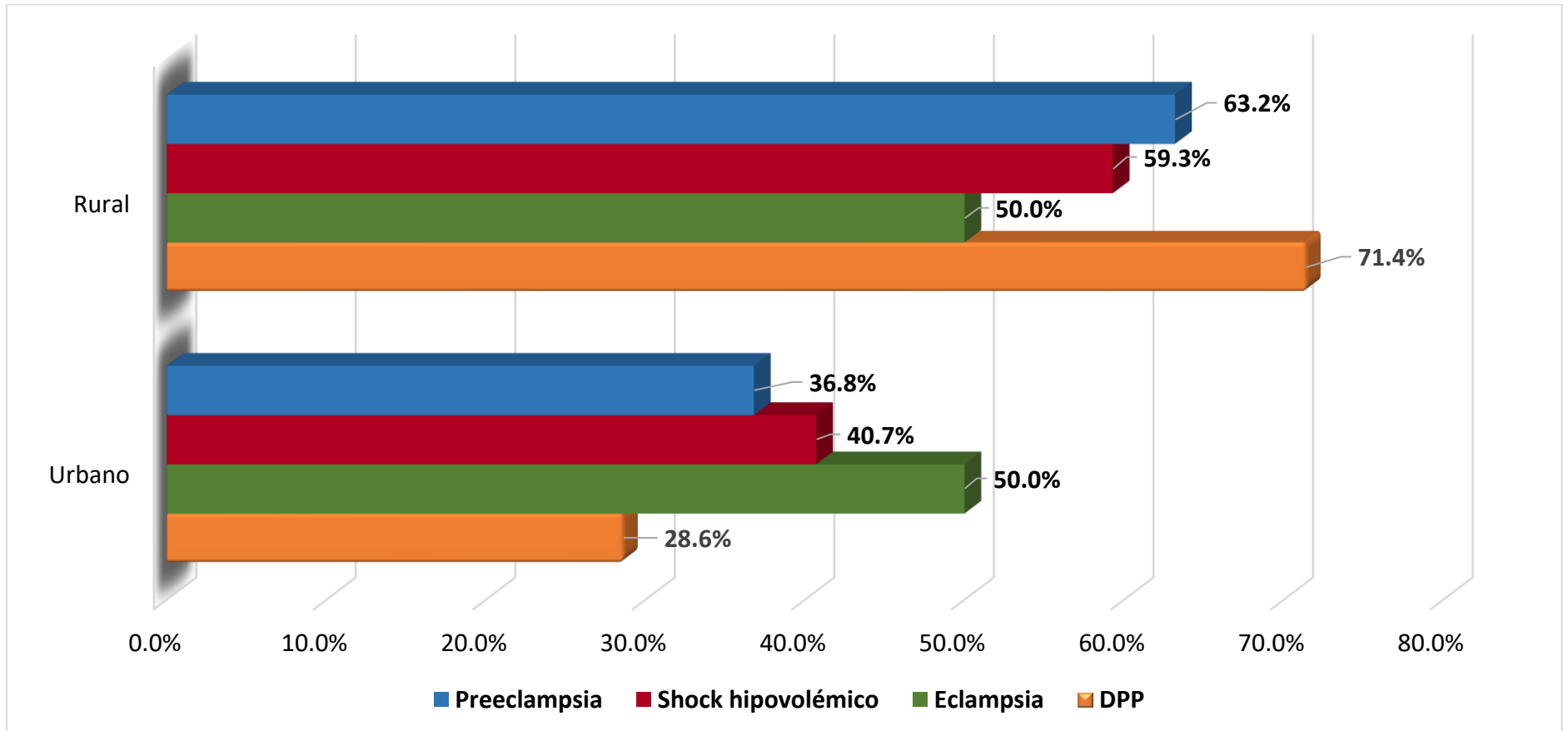
NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$



FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROCEDENCIA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 2 y Figura 2 se analiza la variable procedencia, donde se observa que las pacientes de zona rural presentaron 63.2% de los casos de preeclampsia frente a 36.8% en urbanas, así como 71.4% de los casos de desprendimiento prematuro de placenta en comparación con 28.6% en mujeres de zona urbana. En cuanto al shock hipovolémico, la diferencia fue menos pronunciada, con 59.3% de casos en población rural contra 40.7% en urbana, mientras que la eclampsia mostró una distribución perfectamente equilibrada con 50% de casos en cada grupo. A nivel global, la población rural representó 61.5% del total de casos de MME.

El Chi-cuadrado nos dio un valor de $\text{Chi}^2_c = 0.728$ que no superó el valor tabulado de $\text{Chi}^2_t = 7.815$. Este estudio analizó la relación entre el origen y el tipo de enfermedad grave. Con un resultado de 0,862, observamos que el lugar de nacimiento no se relaciona realmente con el tipo de enfermedad grave que padecen. Este hallazgo está respaldado por una prueba llamada "3 grados de libertad", a pesar de las diferencias porcentuales observadas en algunos tipos de complicaciones.

Este estudio halló algo interesante: no halló una relación sólida entre las madres que enferman gravemente y vivir en el campo, contrastan con los resultados reportados por **Neciosup**, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, donde la procedencia rural mostró una asociación significativa con la MME ($p = 0.000$), lo que aumenta su vulnerabilidad a complicaciones obstétricas. (22) Asimismo, **Vilca**, en su investigación, encontró que la procedencia rural estaba asociada con una mayor prevalencia de MME, especialmente en casos de enfermedades hipertensivas del embarazo y hemorragias. (24)

TABLA 3. NIVEL EDUCATIVO Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		<i>fi</i>	%	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%			
Ninguno	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3	
NIVEL EDUCATIVO	Primaria	7	18.4	3	11.1	0	0.0	1	14.3	11	14.1
	Secundaria	25	65.8	21	77.8	6	100.0	6	85.7	58	74.4
	Superior	5	13.2	3	11.1	0	0.0	0	0.0	8	10.3
Total	38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

$Chi^2_c = 5,307$

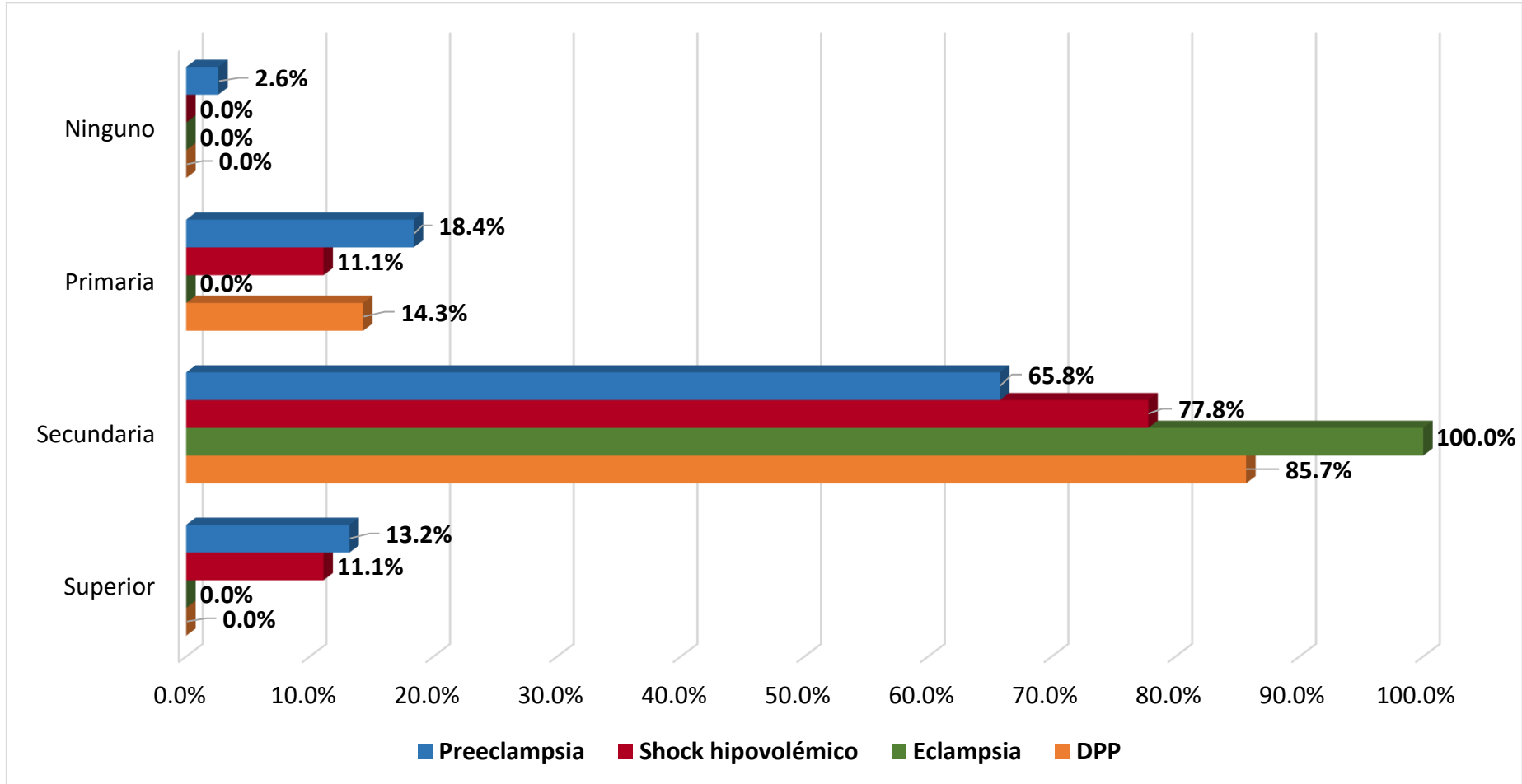
$p = 0,776$

NO ES SIGNIFICATIVA

$Chi^2_t = 16,919$

$gl = 9$

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL EDUCATIVO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 3 y Figura 3 se examina la variable nivel educativo, donde se destaca que las pacientes con educación secundaria presentaron las mayores proporciones de morbilidad materna extrema: 65.8% de los casos de preeclampsia, 77.8% de shock hipovolémico, todos los casos de eclampsia y 85.7% de desprendimiento prematuro de placenta. En contraste, las pacientes con educación superior mostraron frecuencias considerablemente menores, con solo 13.2% en preeclampsia y 11.1% en shock hipovolémico, sin presentar ningún caso de eclampsia o desprendimiento prematuro de placenta. Los niveles educativos más bajos (primaria y sin educación) representaron proporciones mínimas, siendo su mayor contribución de 18.4% en preeclampsia para educación primaria.

El Chi-cuadrado nos dio un valor de $\chi^2_c = 5.307$ que no superó el valor crítico tabulado de $\chi^2_t = 16.919$ para 9 grados de libertad, con $p=0.776$. Esto indica que, aunque existe un patrón claro de mayor frecuencia en pacientes con educación secundaria, estadísticamente no hay evidencia suficiente para afirmar que el nivel educativo sea un factor determinante en la presentación de MME en esta población.

Estos resultados difieren con los hallazgos de **Ruiz y Suarez**, quienes identificaron que el 45% de las gestantes con MME en el Hospital Regional Docente de Cajamarca tenían educación primaria. Este estudio también resaltó que un bajo nivel educativo está relacionado con una menor comprensión de los riesgos asociados al embarazo y una menor adherencia a los controles prenatales. (19) Además, **Neciosup**, encontró que un nivel educativo primario o inferior era un factor de riesgo significativo para la MME durante la pandemia de COVID-19.(22) Estos resultados sugieren que las intervenciones educativas y de promoción de la salud deben ser prioritarias, especialmente en poblaciones con bajos niveles de escolaridad, para mejorar la conciencia sobre los riesgos obstétricos y fomentar la participación en programas de atención prenatal.

TABLA 4. ESTADO CIVIL Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
ESTADO CIVIL	Soltera	3	7.9	3	11.1	0	0.0	2	28.6	8	10.3
	Casada	1	2.6	2	7.4	0	0.0	0	0.0	3	3.8
	Conviviente	34	89.5	22	81.5	6	100.0	5	71.4	67	85.9
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0%	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 5,094$$

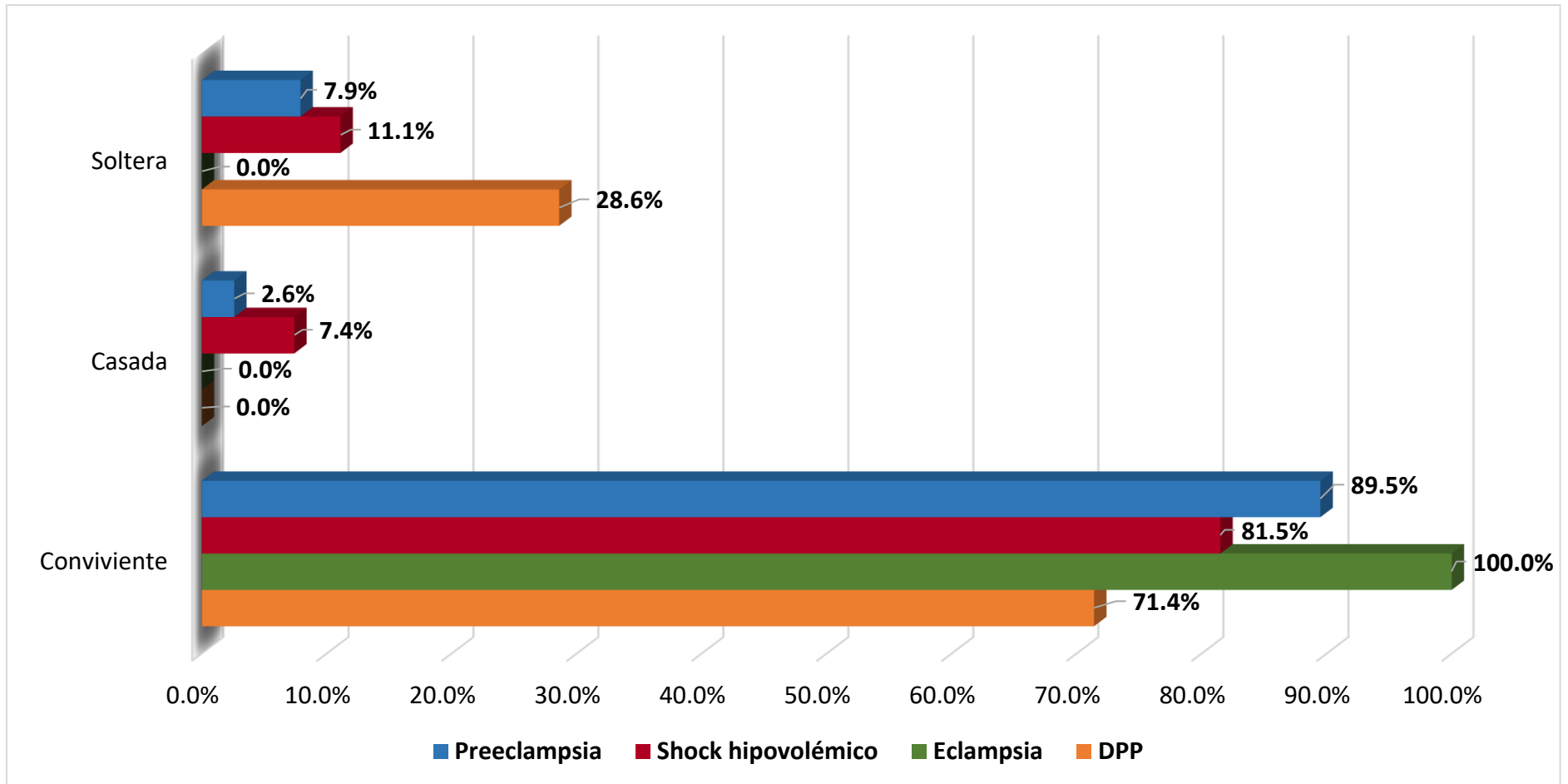
$$p = 0,535$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 12,592$$

$$gl = 6$$

FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 4 y Figura 4 se examina la variable estado civil, donde se observa que las pacientes en situación de convivencia presentaron las mayores proporciones de morbilidad materna extrema: 89.5% de los casos de preeclampsia, 81.5% de shock hipovolémico, todos los casos de eclampsia (100%) y 71.4% de desprendimiento prematuro de placenta. En contraste, las pacientes casadas mostraron frecuencias notablemente menores, con solo 2.6% en preeclampsia y 7.4% en shock hipovolémico, sin presentar ningún caso de eclampsia o desprendimiento prematuro de placenta. Las pacientes solteras representaron proporciones intermedias, destacando en desprendimiento prematuro de placenta con 28.6% de los casos.

El análisis estadístico mostró un valor calculado de $\text{Chi}^2_c = 5.094$ que no superó el valor crítico tabulado de $\text{Chi}^2_t = 12.592$ para 6 grados de libertad, con $p=0.535$. Esto indica que, aunque existe un patrón de mayor frecuencia en pacientes en convivencia, estadísticamente no hay evidencia suficiente para afirmar que el estado civil sea un factor determinante en la presentación de morbilidad materna extrema en esta población.

Aunque este estudio no encontró una asociación significativa, los resultados coinciden parcialmente con los de **Ruiz y Suarez**, quienes identificaron que el 58.3% de las gestantes con MME en el Hospital Regional de Cajamarca convivían con sus parejas.(19) Sin embargo, a diferencia de este estudio, **Vilca** la relación entre estar casado y tener una enfermedad de transmisión sexual (MME) en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, esto no era importante. Cada persona estudiada era única, así que esta podría ser la razón de las diferencias. (24)

TABLA 5. OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		<i>fi</i>	%	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%			
OCUPACIÓN	Estudiante	2	5.3	2	7.4	1	16.7	1	14.3	6	7.7
	Ama de Casa	29	76.3	22	81.5	4	66.7	4	57.1	59	75.6
	Dependiente	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	14.3	2	2.6
	Independiente	6	15.8	3	11.1	1	16.7	1	14.3	11	14.1
Total	38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 6,697$$

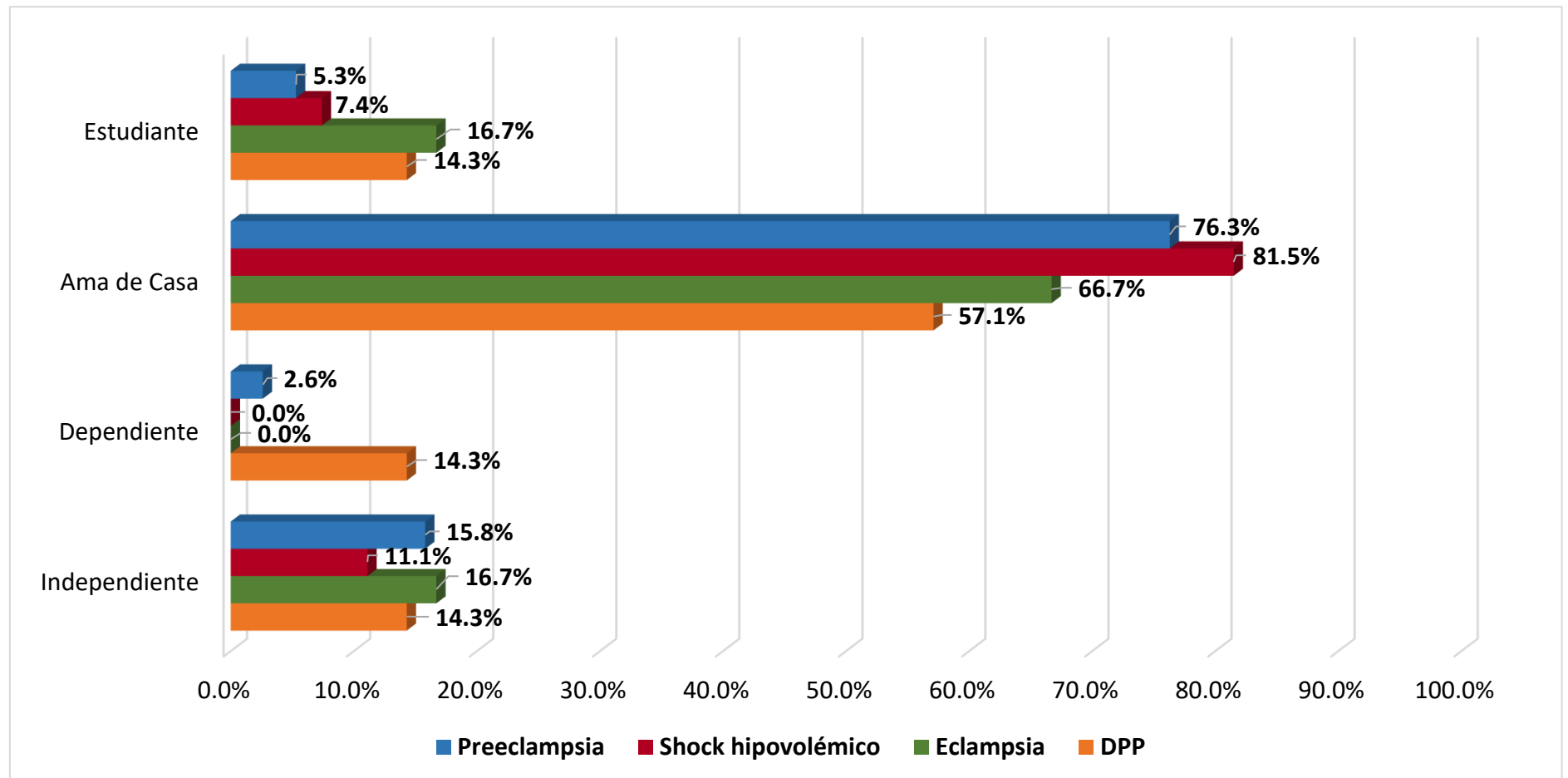
$$p = 0,685$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 16,919$$

$$gl = 9$$

FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 5 y Figura 5 se examina la variable ocupación, donde se destaca que las mujeres dedicadas al hogar concentraron la mayor carga de complicaciones obstétricas, representando tres cuartas partes de los casos totales. Este grupo presentó porcentajes elevados en todas las condiciones analizadas: más del 75% en preeclampsia y shock hipovolémico, alrededor del 65% en eclampsia y cerca del 60% en desprendimiento placentario. Por otro lado, las trabajadoras por cuenta propia mostraron frecuencias considerablemente inferiores, con aproximadamente 15% en preeclampsia y 11% en shock hipovolémico. Las estudiantes, aunque constituyeron menos del 10% de la muestra, llaman la atención por sus porcentajes en las complicaciones más severas.

La evaluación estadística mediante prueba el chi cuadrado nos dio un valor de $\chi^2_c = 6.697$ que no superó el valor crítico tabulado de $\chi^2_t = 16.919$ para 9 grados de libertad, con $p=0.685$. Esto indica que, aunque existe un patrón de mayor frecuencia en amas de casa, estadísticamente no hay evidencia suficiente para afirmar que la ocupación sea un factor determinante. Sin embargo, el estudio sugiere que deberíamos analizar con más detalle los entornos laborales y sociales asociados a los diferentes empleos. Los hallazgos de esta investigación lo demuestran, coinciden con los hallazgos de **Ruiz y Suarez**, quienes identificaron que el 75% de las gestantes con MME en el Hospital Regional de Cajamarca eran amas de casa (19) Este estudio sugirió que las amas de casa podrían estar más expuestas a factores de riesgo como la falta de acceso a servicios de salud y la sobrecarga de responsabilidades domésticas. Sin embargo, en este estudio, aunque las amas de casa y las estudiantes mostraron una tendencia hacia un mayor riesgo de MME, esta asociación no alcanzó significancia estadística.

TABLA 6. NÚMERO DE GESTACIONES PREVIAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES OBSTÉTRICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
NÚMERO DE GESTACIONES PREVIAS	Nuligesta	9	23.7	7	25.9	2	33.3	1	14.3	19	24.4
	Primigesta	12	31.6	7	25.9	2	33.3	3	42.9	24	30.8
	Multigesta	17	44.7	13	48.1	2	33.3	3	42.9	35	44.9
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 1,333$$

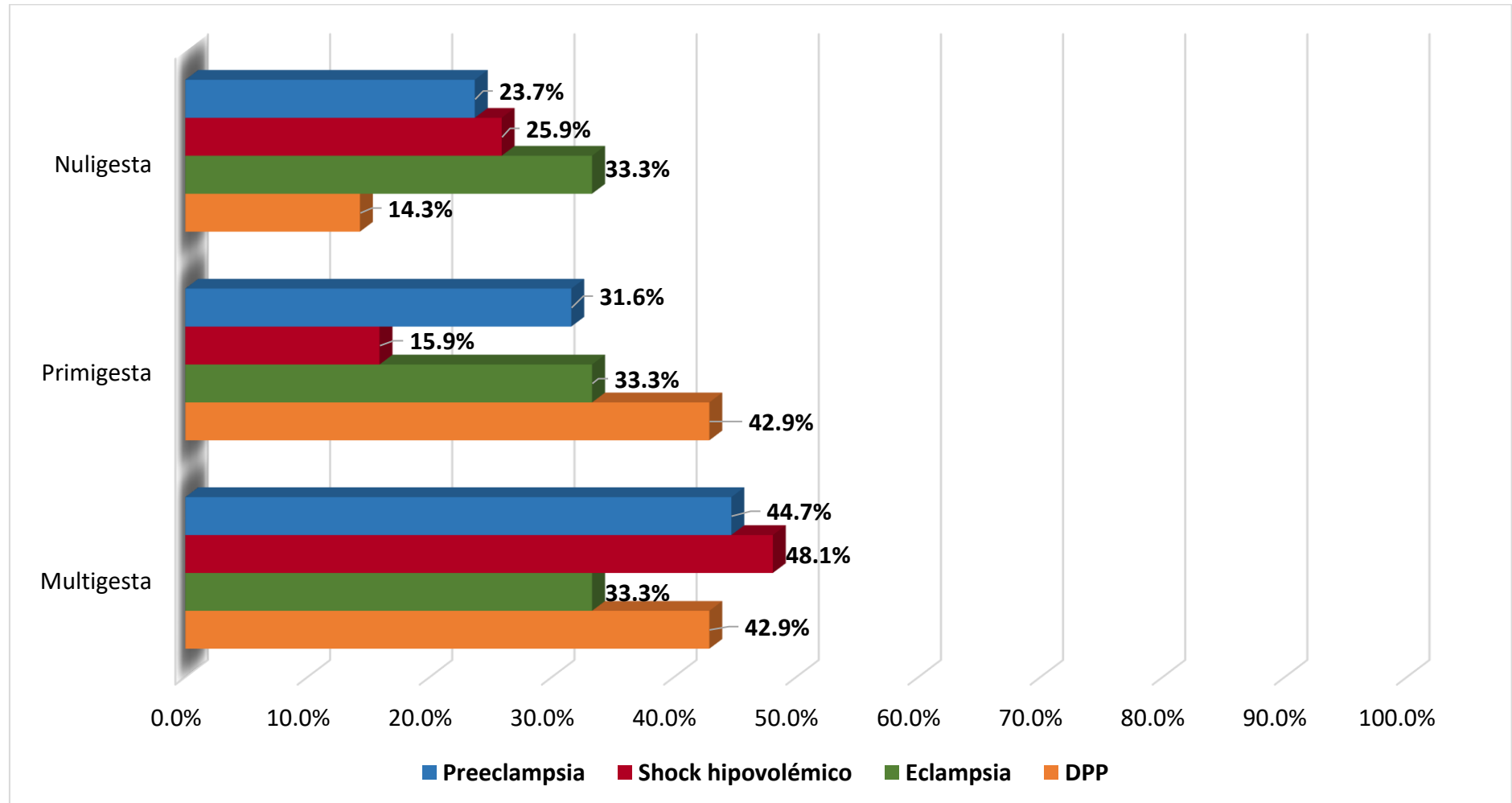
$$p = 0,975$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 12,592$$

$$gl = 6$$

FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE GESTACIONES PREVIAS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



El segundo objetivo específico del estudio fue: Determinar la asociación entre los factores obstétricos y la morbilidad materna extrema. En la tabla 6 y figura 6, se analiza la variable número de gestaciones previas, donde destaca que las mujeres con múltiples embarazos anteriores presentaron la mayor frecuencia de complicaciones, alcanzando un 44.9% del total de casos. Este grupo mostró porcentajes elevados en todas las complicaciones analizadas, con 48.1% de los casos de shock hipovolémico, 44.7% de preeclampsia y 42.9% de desprendimiento placentario. Las mujeres en su primer embarazo representaron el 30.8% de los casos, mostrando una distribución más equilibrada entre las diferentes complicaciones. Por otro lado, las mujeres sin embarazos previos constituyeron el 24.4% del total, aunque cabe destacar que en los casos de eclampsia alcanzaron un tercio de los registros, proporción superior a su participación en otras complicaciones.

Se ha comprobado la hipótesis usando el chi cuadrado, nos dio un valor de $\text{Chi}^2_c = 1.333$ con un $p = 0.975$, las investigaciones demuestran que el número de embarazos previos que haya tenido una mujer no importa. No aumenta la probabilidad de que sufra problemas de salud graves durante el embarazo. Estos resultados sugieren que, aunque se observan diferencias en la distribución de casos. Esto indica que, aunque hay una ligera tendencia, el número de gestaciones previas determinante en este estudio.

Los resultados de este estudio ofrecen una perspectiva diferente. A diferencia de otros hallazgos, este no observó una relación clara entre el número de embarazos previos de una madre y los problemas de salud graves que podría enfrentar, conocidos como EMM. **Valladares**, quien identificó que la ausencia de gestaciones era un factor de riesgo independiente para la MME en el Instituto Nacional Materno



Perinatal de Lima (OR = 2.61). (21) Sin embargo, coinciden parcialmente con los resultados de **Ruiz y Suarez**, quienes no encontraron una relación significativa entre la multigestación y la MME en el Hospital Regional de Cajamarca. (19) Estas diferencias podrían deberse a las características específicas de las poblaciones estudiadas o a la influencia de otros factores obstétricos y clínicos. Por ejemplo, **Erazo et al.** sugirieron que la falta de controles prenatales adecuados podría ser un factor más determinante que el número de gestaciones previas. (12) Por lo tanto, aunque este estudio no encontró una asociación significativa, futuras investigaciones podrían explorar la interacción entre el número de gestaciones y otros factores de riesgo para una comprensión más completa.

TABLA 7. PARIDAD Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES OBSTÉTRICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
Nulípara	19	50.0	18	66.7	3	50.0	3	42.9	43	55.1	
PARIDAD	Primípara	8	21.1	4	14.8	2	33.3	2	28.6	16	20.5
	Múltipara	11	28.9	5	18.5	1	16.7	2	28.6	19	24.4
Total	38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 3,092$$

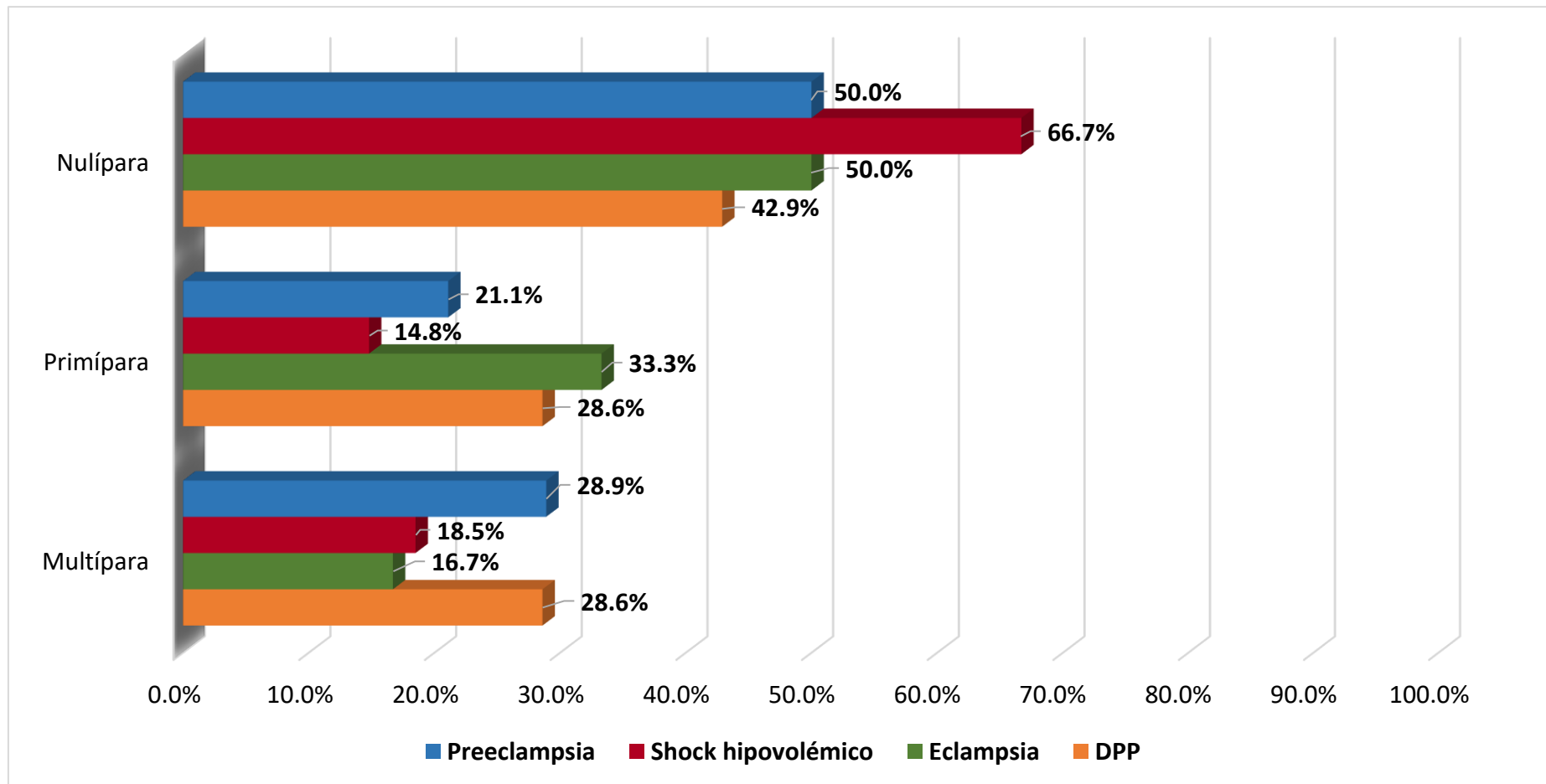
$$p = 0,829$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 12,592$$

$$gl = 6$$

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARIDAD ASOCIADA A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 7 y Figura 7 se examina la variable paridad, revelando que las mujeres sin partos previos concentraron más de la mitad de los casos, con un 55.1% del total. Este grupo presentó frecuencias particularmente altas en shock hipovolémico con 66.7% y en preeclampsia con 50%, mientras que en eclampsia y desprendimiento placentario sus porcentajes fueron menores. Las mujeres con un solo parto previo representaron el 20.5% del total, mostrando una distribución relativamente uniforme entre las diferentes complicaciones. Por su parte, las mujeres con múltiples partos previos constituyeron el 24.4% de los casos, destacándose en desprendimiento placentario donde alcanzaron 28.6% de los registros.

El Chi-cuadrado nos dio un valor de $\text{Chi}^2_c = 3.092$ que no alcanzó el valor tabulado de $\text{Chi}^2_t = 12.592$ para 6 grados de libertad, con $p=0.829$. Estos resultados demuestran que, pese a las diferencias observadas.

Los hallazgos de este estudio difieren con los resultados de **Neciosup**, quien encontró que las mujeres multíparas tenían un mayor riesgo de MME durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Regional de Cajamarca. (22) Este estudio también resaltó que las multíparas podrían estar más expuestas a complicaciones como hemorragias posparto y falla orgánica. Sin embargo, coinciden con los hallazgos de Valladares (2021), los investigadores han descubierto que no tener hijos (nuliparidad) puede aumentar el riesgo de MME. Sin embargo, existen algunas diferencias en los resultados. Esto podría deberse a que se estudiaron diferentes grupos de personas. Además, otros factores podrían influir en los resultados. Por ejemplo, la calidad de la atención prenatal podría marcar la diferencia.

Tabla 8. CESÁREAS PREVIAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES OBSTÉTRICOS		Morbilidad Materna Extrema								Total	
		Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
CESÁREAS PREVIAS	Sí	3	7.9	12	44.4	1	16.7	1	14.3	17	21.8
	No	35	92.1	15	55.6	5	83.3	6	85.7	61	78.2
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 12,758$$

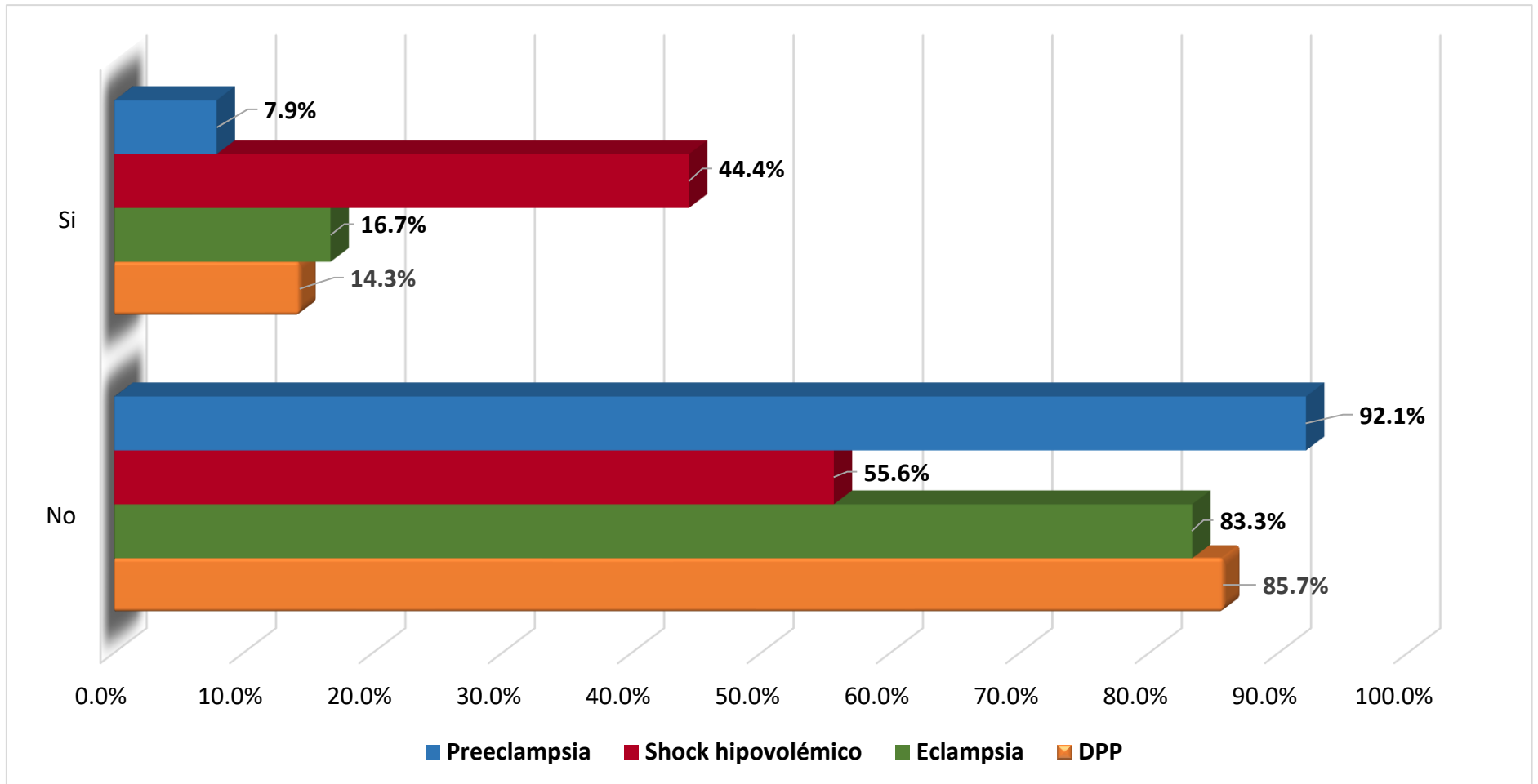
$$p = 0,005$$

ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CESÁREAS PREVIAS ASOCIADAS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 8 y Figura 8 se evalúa el antecedente de cesáreas, observándose que las mujeres con cirugías previas representaron el 21.8% del total de casos, pero concentraron el 44.4% de todos los shocks hipovolémicos registrados. En contraste, su participación en otras complicaciones fue considerablemente menor, con solo 7.9% en preeclampsia, 16.7% en eclampsia y 14.3% en desprendimiento placentario. Las pacientes sin cesáreas previas constituyeron la mayoría de los casos con 78.2%, mostrando frecuencias más equilibradas en las diferentes complicaciones analizadas.

Se ha demostrado estadísticamente esta asociación al realizar una prueba, obtenemos un valor llamado Chi-cuadrado. El resultado fue 12,758, mucho mayor que el 7,815 habitual. Dado que hay tres parámetros involucrados, un resultado como este tiene una probabilidad del 0,5 %. Por lo tanto, esto significa que el vínculo entre estos factores no es sólo casual, sino que es importante desde el punto de vista matemático-científico, evidencia que el antecedente de cesárea incrementa notablemente el riesgo de shock hipovolémico y otras complicaciones graves. Estos hallazgos justifican la implementación de protocolos de vigilancia especial para pacientes con historial de cesáreas.

Los resultados de esta investigación difieren con los hallazgos de **Vera et al.**, quienes identificaron una relación significativa entre las cesáreas previas y la MME en Lima, Perú.(11) Sin embargo, se alinean con los resultados de **Erazo et al.**, quienes encontraron que los antecedentes de cesáreas aumentaron el riesgo de complicaciones maternas extremas en Santa Marta, Colombia.(12) Estas semejanzas podrían deberse a la calidad de la atención poscesárea.

TABLA 9. ABORTOS PREVIOS Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES OBSTÉTRICOS		Morbilidad Materna Extrema								Total	
		Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
ABORTOS PREVIOS	Sí	17	44.7	4	14.8	1	16.7	1	14.3	23	29.5
	No	21	55.3	23	85.2	5	83.3	6	85.7	55	70.5
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 8,298$$

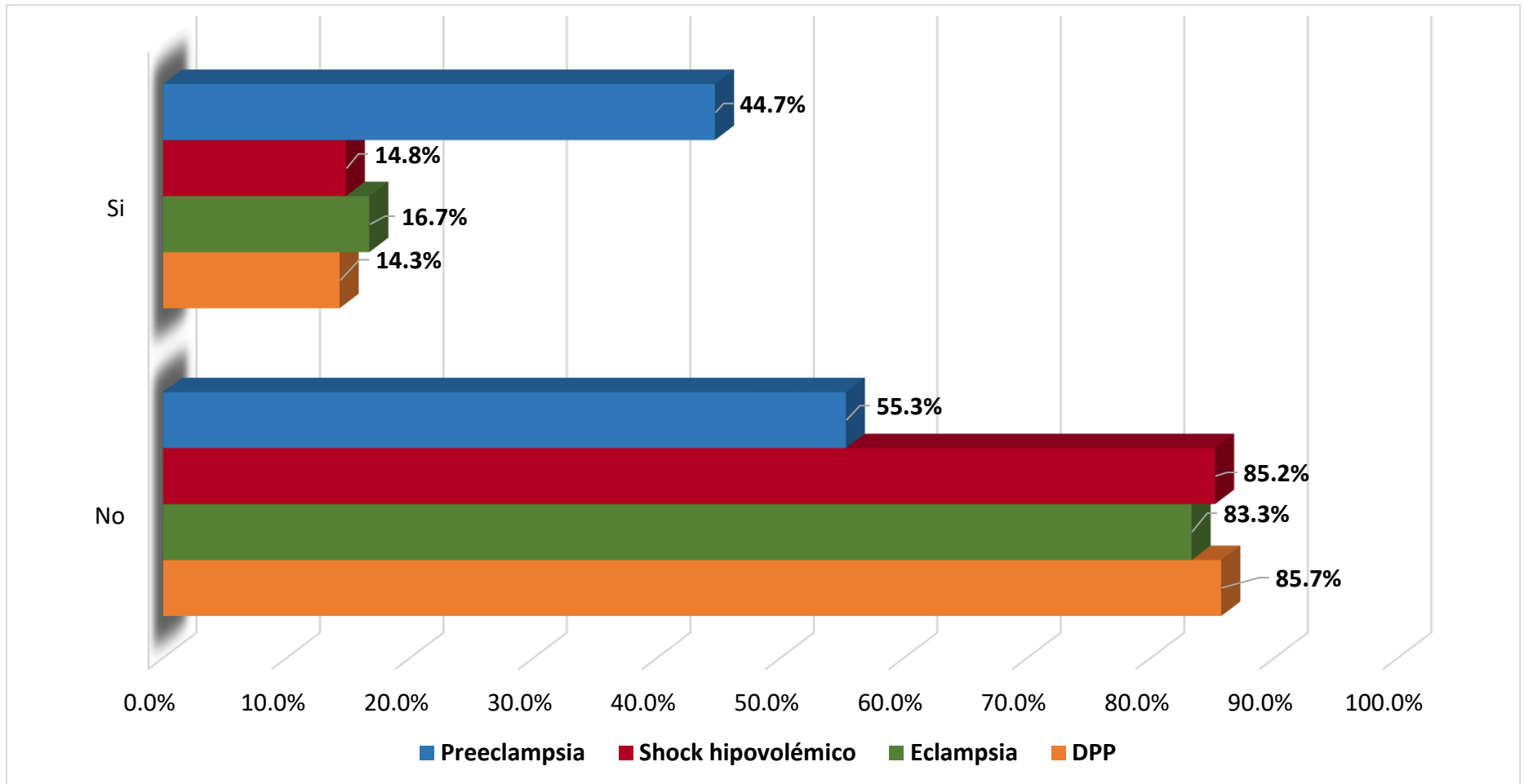
$$p = 0,039$$

ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN SEGÚN ABORTOS PREVIOS ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 9 y figura 9, se evalúa el antecedente de abortos previos, donde se observa que las mujeres con este antecedente representaron el 29.5% del total de casos, pero concentraron el 44.7% de los casos de preeclampsia. En contraste, su participación en otras complicaciones fue menor, con 14.8% en shock hipovolémico, 16.7% en eclampsia y 14.3% en desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Las pacientes sin abortos previos constituyeron la mayoría de los casos (70.5%), mostrando una distribución más homogénea en las complicaciones analizadas, con porcentajes superiores al 80% en shock hipovolémico, eclampsia y DPP.

Se ha demostrado estadísticamente esta asociación. Al realizar una prueba, obtenemos un valor llamado Chi-cuadrado. El resultado fue 8.286, mucho mayor que el 7,815 habitual. Dado que hay tres parámetros involucrados, un resultado como este tiene una probabilidad del 0,039 %. Por lo tanto, estos hallazgos demuestran que si una mujer ha tenido abortos espontáneos previamente, su probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia, es mayor. No es casualidad, existen pruebas fehacientes. Esto nos muestra por qué los médicos deben vigilar de cerca a las mujeres que han tenido abortos espontáneos en el pasado, especialmente para la detección temprana de preeclampsia.

Los hallazgos de esta investigación muestran una correlación significativa con los resultados reportados por **Raineau et al.,(16)** en su estudio realizado en población francesa, donde se identificó que los antecedentes de aborto constituían un factor de riesgo importante para el desarrollo de morbilidad materna severa (MMS). Esta coincidencia en los hallazgos entre contextos geográficos tan distintos sugiere la posible existencia de mecanismos fisiopatológicos comunes que vinculan los



eventos abortivos previos con complicaciones obstétricas posteriores, independientemente del entorno sociocultural.

Por otro lado, nuestros resultados contrastan marcadamente con los obtenidos por **Vilca**, en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca (Perú), donde no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes de aborto y la morbilidad materna extrema (MME). (24) Esta discrepancia podría explicarse por diferencias metodológicas entre ambos estudios.

Tabla 10.- PERÍODO INTERGENÉSICO Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES OBSTÉTRICOS		Morbilidad Materna Extrema								Total	
		Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
PERÍODO INTERGENÉSICO	Menos de 2 años	14	36.8	10	37.0	2	33.3	3	42.9	29	37.2
	2 a 5 años	6	15.8	7	25.9	2	33.3	0	0.0	15	19.2
	Más de 5 años	18	47.4	10	37.0	2	33.3	4	57.1	34	43.6
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 3,746$$

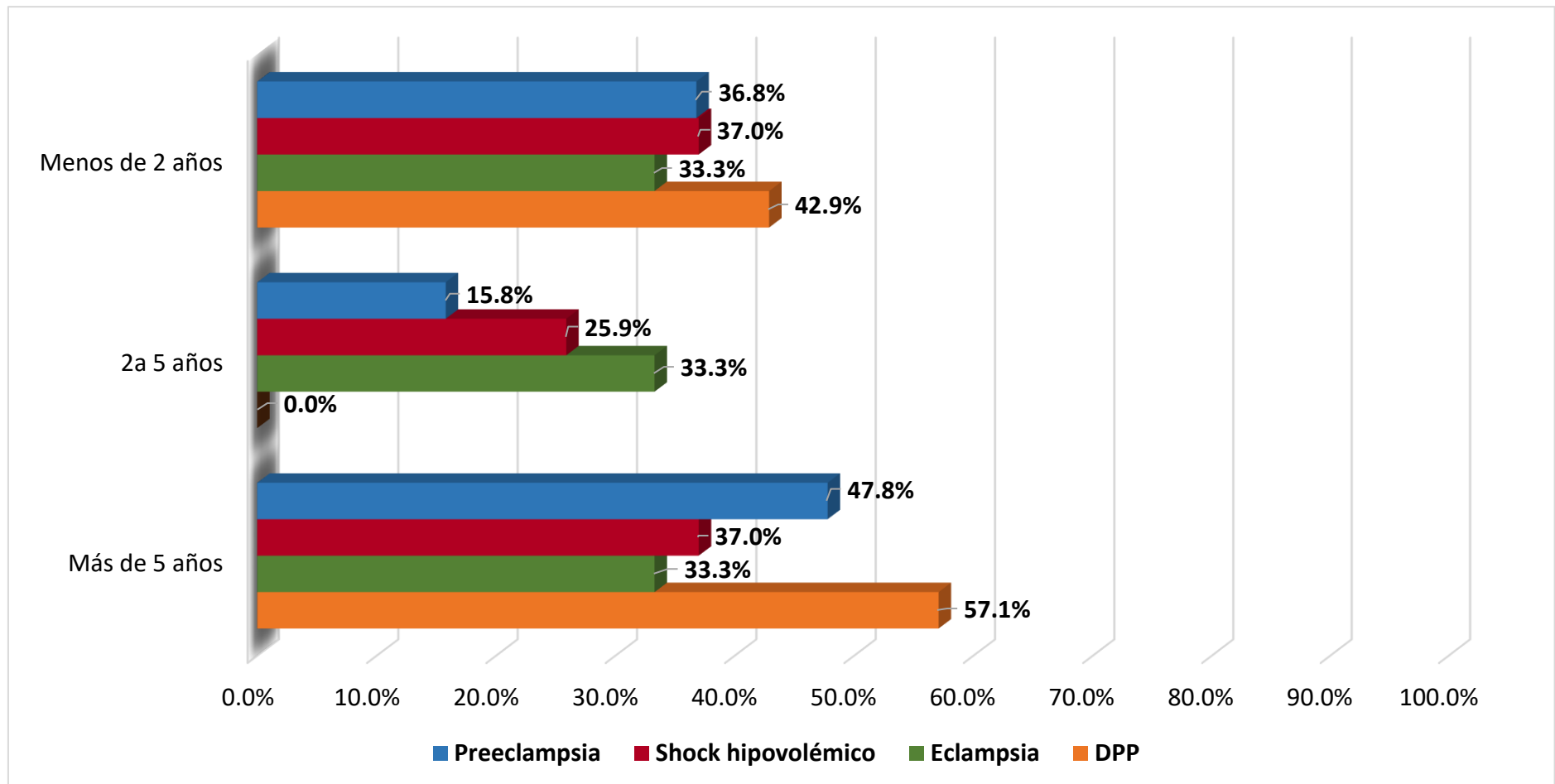
$$p = 0,738$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 12,592$$

$$gl = 6$$

FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERÍODO INTERGENÉSICO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 10 y figura 10, se analiza la relación entre el período intergenésico (tiempo entre embarazos) y la morbilidad materna extrema. Se observa que las mujeres con un intervalo menor a 2 años representaron el 37.2% del total de casos, mostrando una distribución relativamente similar en todas las complicaciones: 36.8% en preeclampsia, 37.0% en shock hipovolémico, 33.3% en eclampsia y 42.9% en desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Por otro lado, las mujeres con un intervalo de 2 a 5 años constituyeron solo el 19.2% de los casos, con mayor presencia en shock hipovolémico (25.9%) y eclampsia (33.3%), pero sin casos registrados de DPP. Finalmente, las pacientes con un período intergenésico mayor a 5 años representaron el 43.6% de los casos, destacándose en DPP (57.1%) y preeclampsia (47.4%).

Se ha comprobado la hipótesis realizamos una prueba de Chi-cuadrado. El resultado fue 3,746. Esto es menor que el valor estándar de 12,592, que corresponde a 6 niveles de libertad. También obtuvimos un valor p de 0,738. ¿Qué nos indica esto? Sugiere que el tiempo transcurrido entre genes no influye realmente en los graves problemas que enfrentan las madres durante el parto. Por lo tanto, el tiempo entre embarazos no parece ser un factor determinante en el desarrollo de preeclampsia, shock hipovolémico, eclampsia o DPP en esta muestra.

Los hallazgos de esta investigación difieren de los resultados reportados por **Vilca**, quien encontró que un intervalo intergenésico superior a 5 años estaba asociado con mayor riesgo de MME en el HCMM de Juliaca. (24) Por lo tanto, a diferencia de otras investigaciones, nuestra propia investigación no encontró una relación sólida entre tener hijos con intervalos de tiempo prolongados y experimentar problemas de salud graves. Los diversos resultados podrían deberse a las diferentes características de las personas estudiadas, a la precocidad y frecuencia



con la que recibieron atención médica durante el embarazo, o a las normas que cada estudio empleó para seleccionar a sus participantes.

Además, mientras que Vilca sugirió que los intervalos intergenésicos prolongados podrían relacionarse con condiciones médicas preexistentes, nuestros datos no respaldan esta asociación. Esto plantea la necesidad de investigaciones adicionales que exploren con mayor profundidad los factores de riesgo reales para MME en esta población específica.

Las discrepancias encontradas resaltan la importancia de considerar variables contextuales y metodológicas al interpretar los resultados sobre factores de riesgo obstétrico, ya que estos pueden variar significativamente entre diferentes poblaciones y entornos sanitarios.

TABLA 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS		Morbilidad Materna Extrema								Total	
		Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	Sí	12	31.6	1	3.7	0	0.0	1	14.3	14	17.9
	No	26	68.4	26	96.3	6	100.0	6	85.7	64	82.1
Total		38	100.0	27	385.7	6	85.7	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 9,890$$

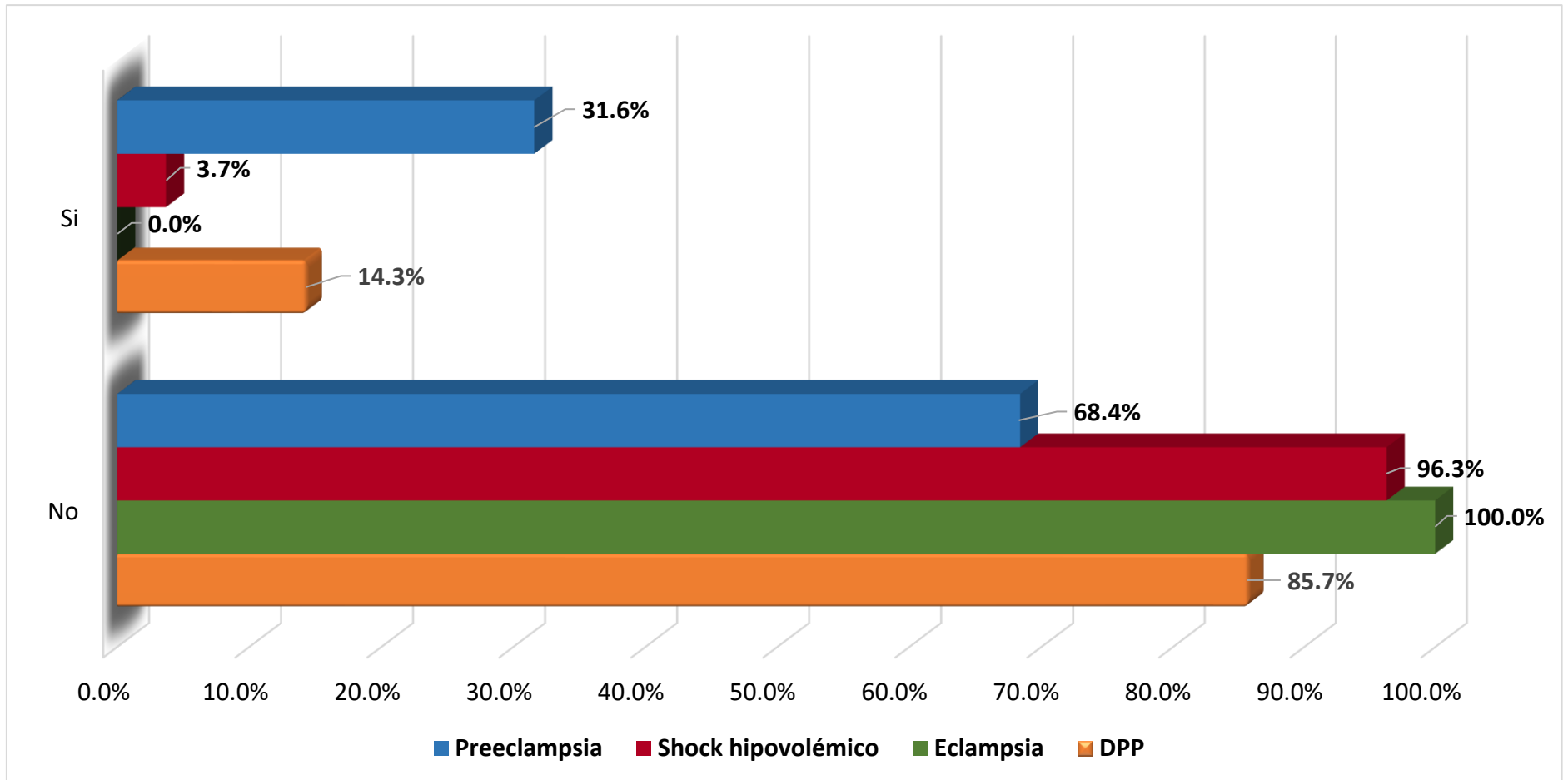
$$p = 0,020$$

ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 9,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



El tercer objetivo específico del estudio fue: Comprendamos las causas perjudiciales de los problemas de salud graves en las madres. Tanto la Tabla 11 como la Figura 11 se centran en la hipertensión arterial constante, donde se observa que las mujeres con HTA representaron el 17.9% del total de casos, pero concentraron una proporción considerablemente mayor en preeclampsia (31.6%) y, en menor medida, en desprendimiento prematuro de placenta (DPP) (14.3%). Sin embargo, su presencia fue mínima en shock hipovolémico (3.7%) y nula en eclampsia (0%). Por otro lado, las pacientes sin HTA constituyeron la mayoría de los casos (82.1%), mostrando una distribución más equilibrada en todas las complicaciones, aunque con mayor frecuencia en shock hipovolémico (96.3%) y eclampsia (100%).

El chi-cuadrado dio un resultado de 9,89. Este resultado es superior al valor de referencia de 9,815 cuando se utiliza un nivel de libertad de tres. El pequeño valor de "p", de 0,020, indica una importante relación estadística. Esta se da entre la hipertensión arterial crónica en las madres y los problemas de salud graves durante el parto, especialmente la preeclampsia. Esta prueba nos muestra que si una madre tiene hipertensión arterial, podría tener una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, DPP. Sin embargo, no se observó una relación clara con otras complicaciones como shock hipovolémico o eclampsia. Estos resultados refuerzan la necesidad de un control estricto y seguimiento especializado en embarazadas con hipertensión crónica para prevenir complicaciones graves.

Los hallazgos de esta investigación corroboran y amplían la evidencia reportada por **Vilca**, quien identificó que las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen la principal causa de morbilidad materna extrema (MME), representando el 72.9% de los casos en el Hospital Carlos Monge Medrano de



Juliaca. (24) Esta asociación se ve reforzada por los estudios más recientes de **Eraza et al. y Valladares**, cuyos hallazgos demuestran que los trastornos hipertensivos -particularmente cuando evolucionan hacia cuadros graves como preeclampsia severa, eclampsia o síndrome HELLP- no solo incrementan exponencialmente el riesgo de complicaciones obstétricas inmediatas, sino que también se asocian con secuelas a mediano y largo plazo en la salud materna.

(12)(21)

La consistencia de estos resultados a través de diferentes contextos geográficos y temporales es fundamental tener un plan para detectar, prevenir y tratar la hipertensión durante el embarazo. Cuanto más cerca estén las palabras que conecte, más fácil será comprender el texto, como piedra angular para reducir la carga de MME en nuestra población.

TABLA 12. DIABETES Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
DIABETES	Sí	1	2.6	1	3.7	0	0.0	0	0.0	2	2.6
	No	37	97.4	26	96.3	6	100.0	7	100.0	76	97.4
Total		38	100.0	27	385.7	6	85.7	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 0,483$$

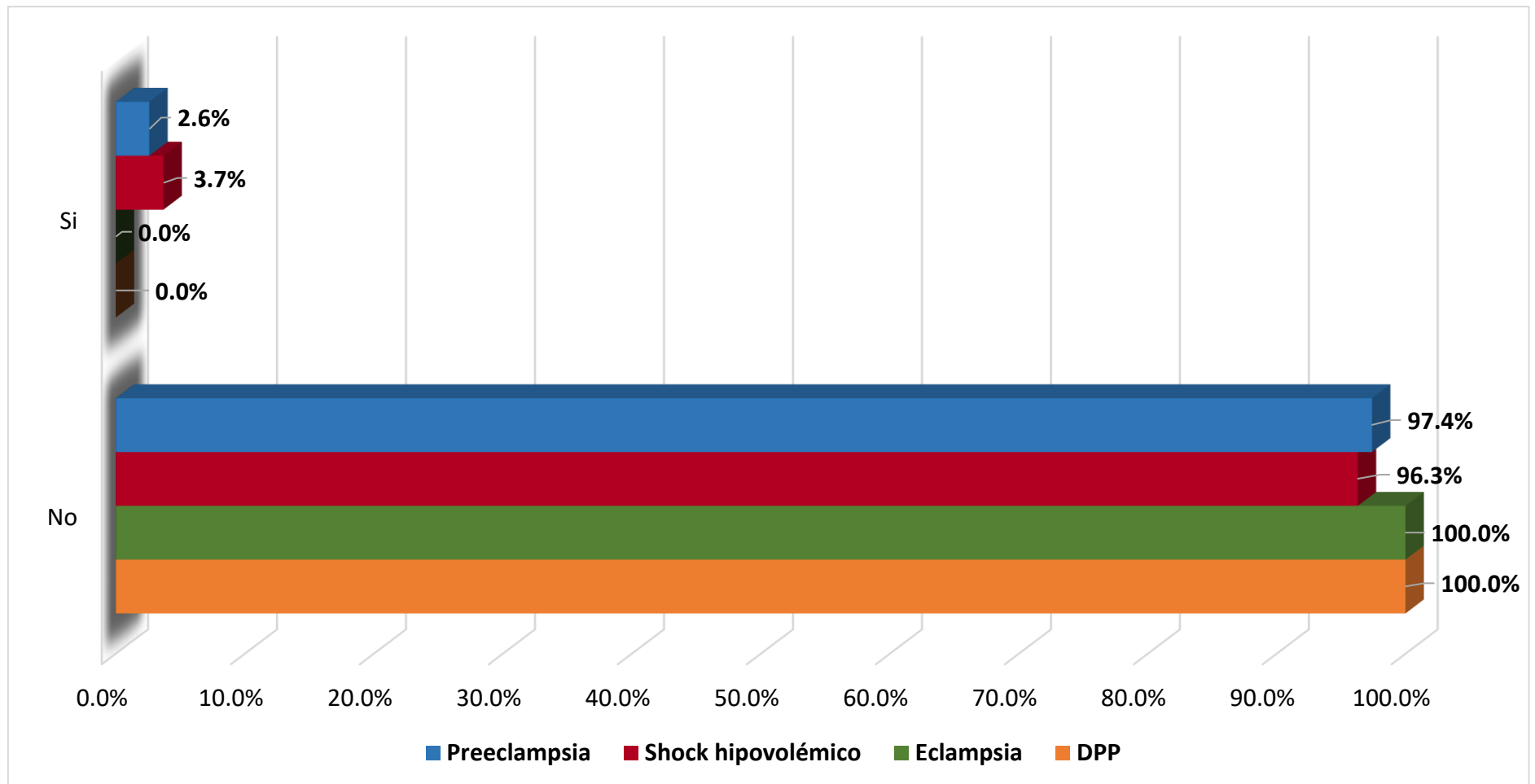
$$p = 1,000$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIABETES Y SU ASOCIACIÓN A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 12 y figura 12, se examina la variable diabetes, donde se observa que las pacientes diabéticas representaron solo el 2.6% del total (2 casos), distribuyéndose en 1 caso de preeclampsia (2.6% de los casos de preeclampsia) y 1 caso de shock hipovolémico (3.7% de estos casos). No se registraron casos de eclampsia ni desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en mujeres con diabetes. La gran mayoría de complicaciones (97.4%) ocurrieron en pacientes no diabéticas, con distribuciones que variaron entre el 96.3% para shock hipovolémico y el 100% para eclampsia y DPP.

El análisis mediante prueba de Chi-cuadrado reveló que no existe asociación estadísticamente significativa entre diabetes y morbilidad materna extrema. El valor calculado $\chi^2_c = 0.483$ es muy inferior al valor crítico de $\chi^2_t = 7.815$, con 3 grados de libertad y un valor $p = 1.000$. Estos resultados indican que, en esta muestra, la diabetes no constituyó un factor de riesgo para las complicaciones analizadas. Sin embargo, la escasa representación de casos diabéticos (solo 2) limita la potencia del estudio.

Los resultados de este estudio son diferentes a los de investigaciones anteriores, como la de **Carmona**, que identificó el sobrepeso preconcepcional, a menudo asociado con la diabetes, como un factor de riesgo para la MME.(17) Sin embargo, los hallazgos de esta investigación sugieren que, en esta población específica, la diabetes no juega un papel determinante en la MME. Esto podría deberse a un manejo adecuado de la diabetes en las pacientes incluidas en el estudio, lo que habría mitigado su impacto en la morbilidad.

TABLA 13. CARDIOPATÍAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
CARDIOPATÍAS	Sí	1	2.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.3
	No	37	97.4	27	100.0	6	100.0	7	100.0	77	98.7
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 1,066$$

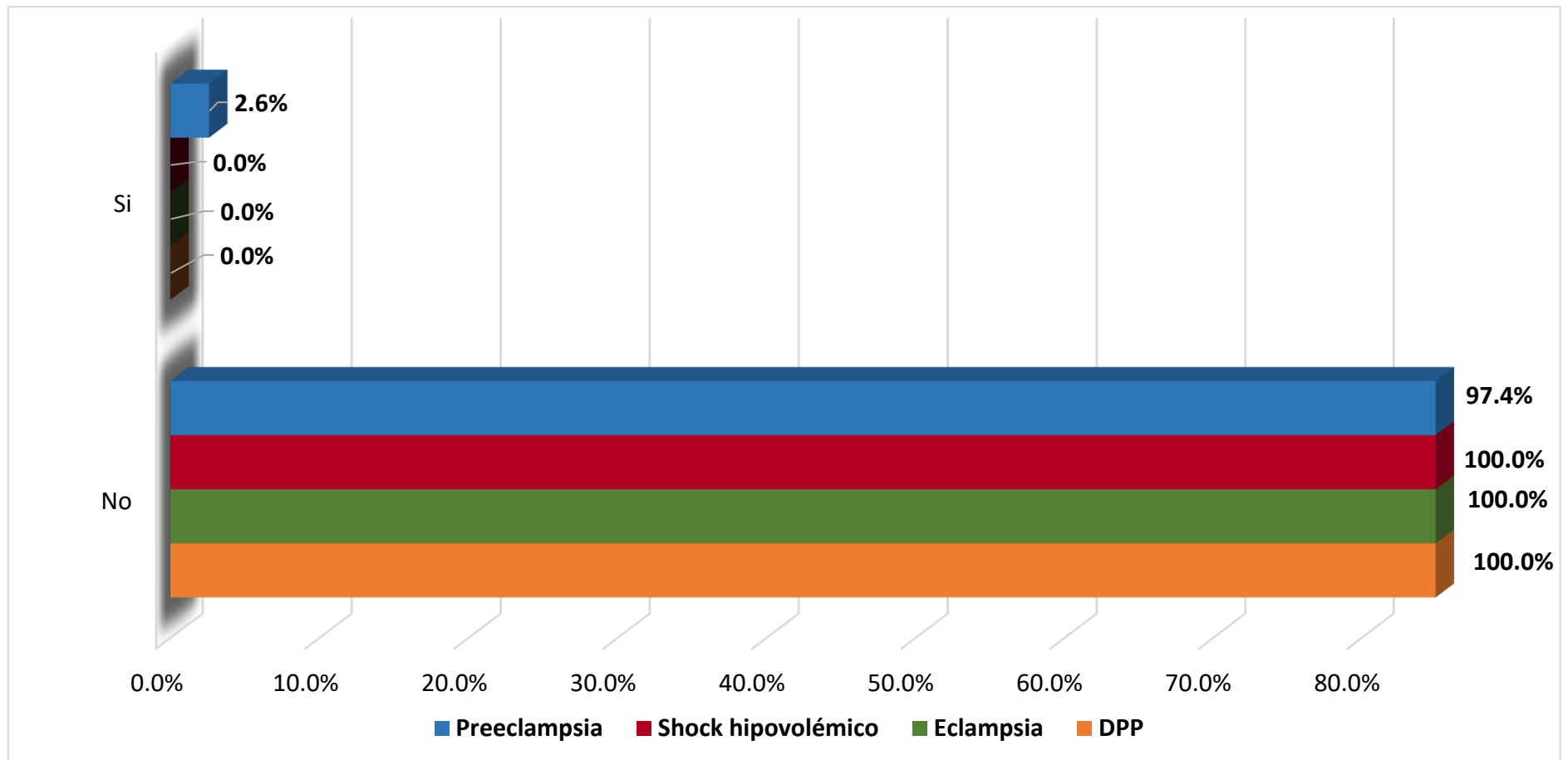
$$p = 1,000$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARDIOPATÍAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 13 y figura 13, se evalúa la variable cardiopatía, donde se observa que solo 1 paciente presentó cardiopatía (1.3% del total), correspondiendo a un caso de preeclampsia (2.6% de los casos de preeclampsia). No se registraron casos de shock hipovolémico, eclampsia ni desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en mujeres con cardiopatías. La inmensa mayoría de las complicaciones (98.7%) ocurrieron en pacientes sin cardiopatías, con una distribución completa (100%) en shock hipovolémico, eclampsia y DPP, y 97.4% en preeclampsia.

Se ha comprobado la hipótesis mediante el Chi-cuadrado que no muestra asociación significativa entre cardiopatías y morbilidad materna extrema, siendo el valor calculado $\chi^2_c = 7.815$ muy inferior al valor tabulado $\chi^2_t = 7.815$, con 3 grados de libertad y un $p = 1.000$. Estos resultados sugieren que, en esta muestra, las cardiopatías no representaron un factor de riesgo para las complicaciones analizadas. Sin embargo, la extrema baja frecuencia de cardiopatías (solo 1 caso) impide obtener conclusiones definitivas,

Los hallazgos de esta investigación difieren de lo reportado por **Raineau et al**, quienes identificaron que las condiciones médicas preexistentes, incluidas las cardiopatías, aumentan significativamente el riesgo de morbilidad materna severa. (16) Esta discrepancia podría explicarse por la baja prevalencia de cardiopatías en nuestra muestra, lo que limita la capacidad para identificar una asociación significativa. Además, es posible que las cardiopatías presentes en las pacientes de nuestro estudio fueran de menor gravedad o estuvieran adecuadamente controladas, lo que habría mitigado su impacto en el desarrollo de Morbilidad Materna Extrema (MME). Este contraste resalta la importancia de considerar no solo la presencia de cardiopatías, sino también su severidad y manejo clínico durante el embarazo.

TABLA 14. PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
PREECLAMPSIA	Sí	2	5.3	8	29.6	0	0.0	0	0.0	10	12.8
	No	36	94.7	19	70.4	6	100.0	7	100.0	68	87.2
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 10,679$$

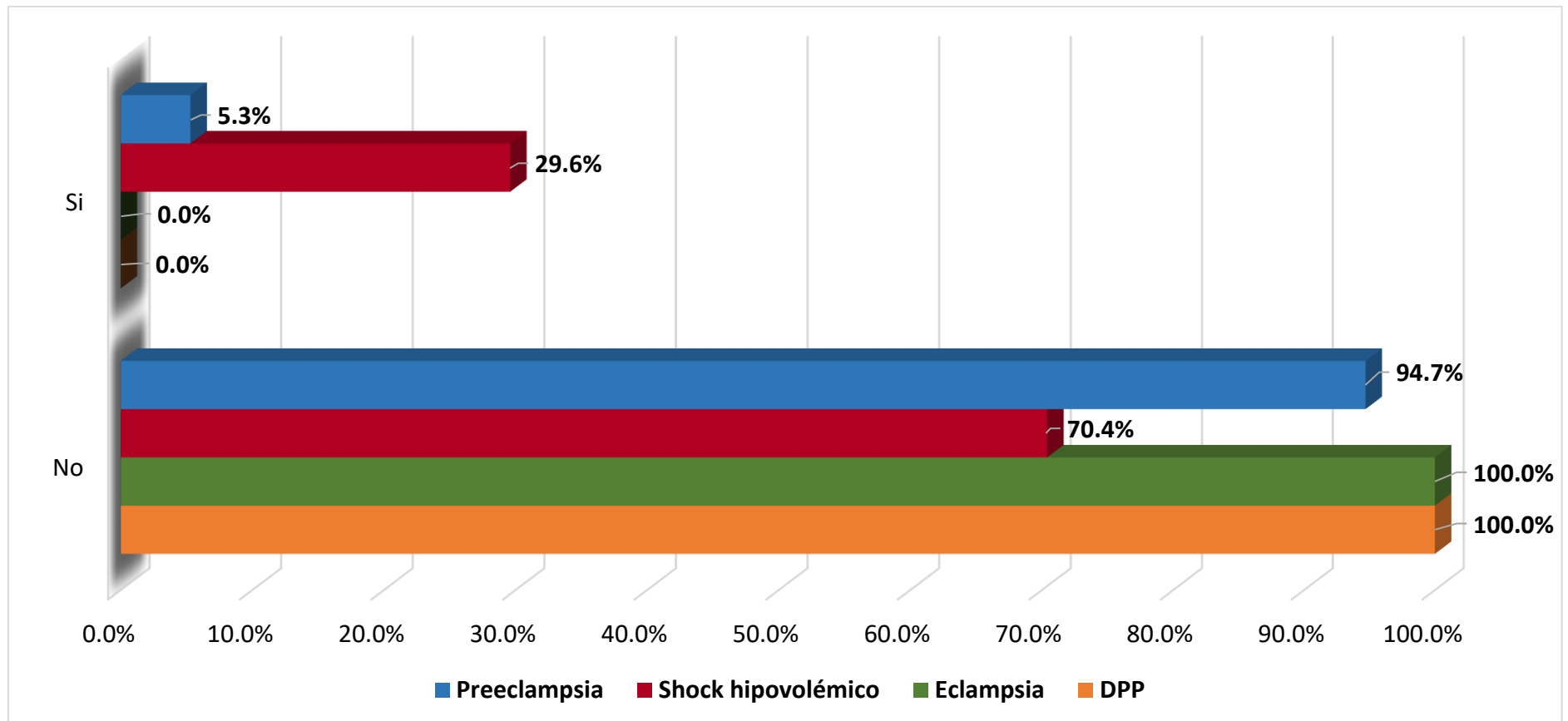
$$p = 0,016$$

ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE PREECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la Tabla 14 y Figura 14 se examina el antecedente de preeclampsia como factor patológico. Las pacientes con este antecedente representaron el 12.8% del total de casos, equivalente a 10 pacientes. De estos casos, 8 correspondieron a shock hipovolémico, lo que constituye el 29.6% de todos los shocks registrados, mientras que solo 2 casos se asociaron con preeclampsia actual, representando el 5.3% de estos casos. Es importante destacar que no se presentaron casos de eclampsia ni desprendimiento prematuro de placenta en pacientes con antecedente de preeclampsia. Por otro lado, las pacientes sin este antecedente representaron el 87.2% de la muestra y presentaron la mayoría de complicaciones en todas las categorías analizadas.

Utilizamos una prueba llamada Chi-cuadrado para estudiar estadísticas. El objetivo era determinar si haber padecido preeclampsia podía causar problemas de salud graves a las madres. El Chi-cuadrado nos dio un resultado de 10,679; superior al valor "importante" habitual de 7,815. Además, nuestro valor p fue de 0,016. En estadística, nos ayudó a comprender que tener antecedentes de preeclampsia podría causar problemas de salud graves a las madres. Eso es lo que aprendimos con la prueba, particularmente para la preeclampsia y el shock hipovolémico.

Vera et al., quienes encontraron que el síndrome de HELLP, una complicación de la preeclampsia, está fuertemente asociado con la MME (OR = 21; p = 0.020). (11) De manera similar, **Carmona** destacó que la preeclampsia severa es un predictor clave de MME, especialmente en mujeres con sobrepeso o un control prenatal inadecuado. (17) En este estudio, la preeclampsia mostró una asociación significativa con la MME, lo que refuerza la necesidad de un manejo agresivo y temprano de esta condición para prevenir complicaciones maternas extremas.

TABLA 15. OTRAS PATOLOGÍAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
OTROS	Sí	6	15.8	5	18.5	1	16.7	0	0.0	12	15.4
	No	32	84.2	22	81.5	5	83.3	7	100.0	66	84.6
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 1,489$$

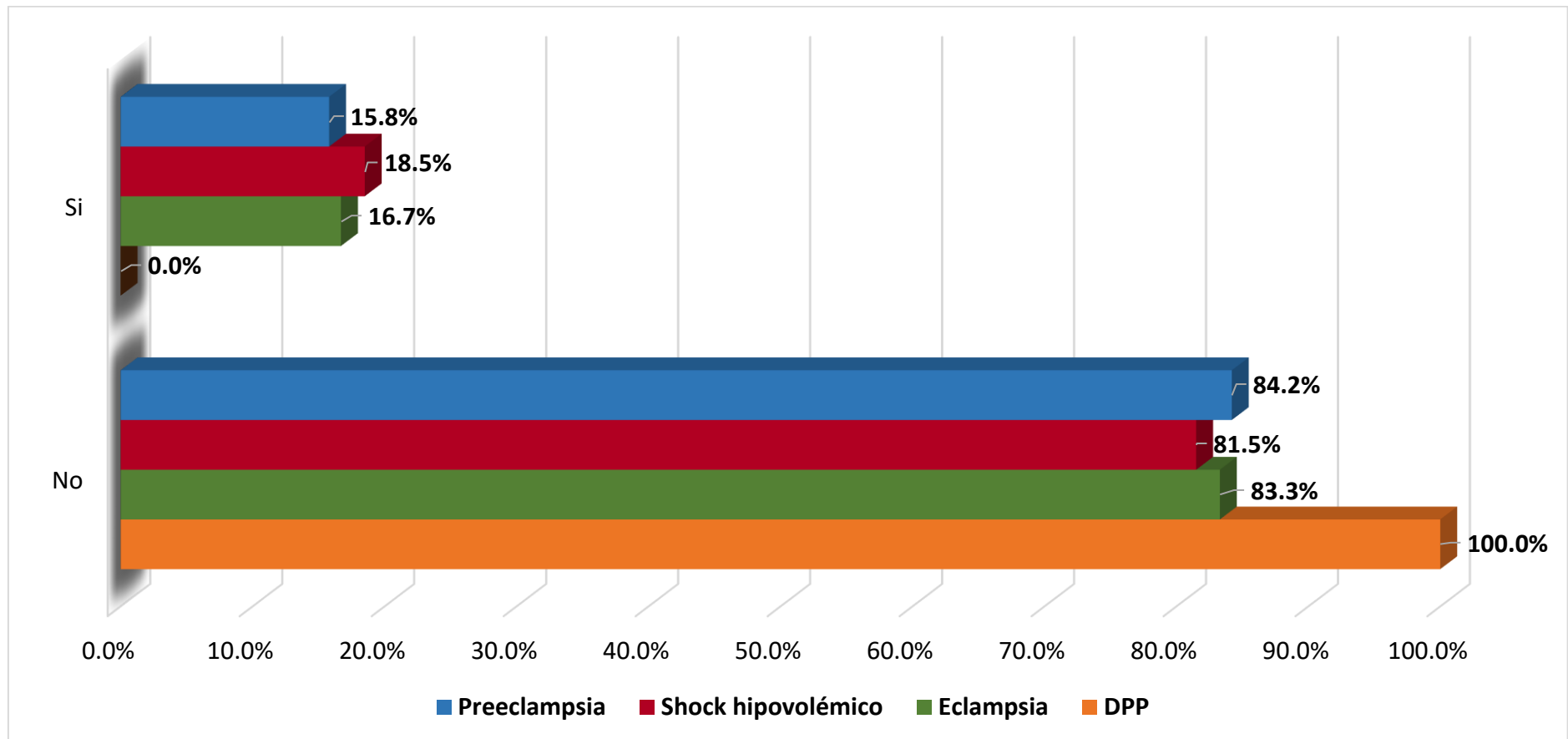
$$p = 0,758$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE OTRAS PATOLÓGICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 15 y figura 15 se examina la variable otros factores patológicos, que incluyen condiciones como mioma uterino, obesidad mórbida y discapacidad. Las pacientes con estos factores representaron el 15.4% del total de casos, con una distribución relativamente homogénea entre las diferentes complicaciones: 15.8% en preeclampsia, 18.5% en shock hipovolémico y 16.7% en eclampsia. Cabe destacar que no se presentaron casos de desprendimiento prematuro de placenta en este grupo. Por otro lado, las pacientes sin estos factores patológicos constituyeron el 84.6% de la muestra, presentando la mayoría de casos en todas las categorías de morbilidad materna extrema analizadas.

Los resultados de la prueba de chi-cuadrado no vincularon realmente estos factores dañinos con peligros graves para la salud de las madres. La puntuación de la prueba de chi-cuadrado fue de tan solo 1,489. Esta puntuación es inferior a la puntuación crítica de 7,815 que solemos buscar cuando tenemos tres factores para comparar. Estos resultados indican que, en esta muestra, condiciones como mioma uterino, obesidad mórbida y discapacidad no constituyeron factores de riesgo significativos para las complicaciones maternas graves analizadas. Contrario a lo reportado por **Vilca** y **Neciosup**, este estudio no encontró asociación significativa entre obesidad, bajo nivel de hemoglobina u otras comorbilidades (como miomas uterinos o discapacidad) con la MME.(24)(22) Mientras dichos autores identificaron estas condiciones como factores de riesgo clave -especialmente durante la pandemia-, nuestros resultados sugieren que, en esta población específica. La razón de este desajuste podría deberse a los diferentes métodos utilizados o a que el sistema de salud estudiado tiene características específicas, donde otros factores no medidos podrían estar mediando esta relación.

TABLA 16.- EDAD GESTACIONAL Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES PATOLÓGICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total		
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%			
EDAD GESTACIONAL	Menos de 37 semanas	17	44.7	15	55.6	5	83.3	4	57.1	41	52.6
	37 a 42 semanas	21	55.3	12	44.4	1	16.7	3	42.9	37	47.4
Total		38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 3,368$$

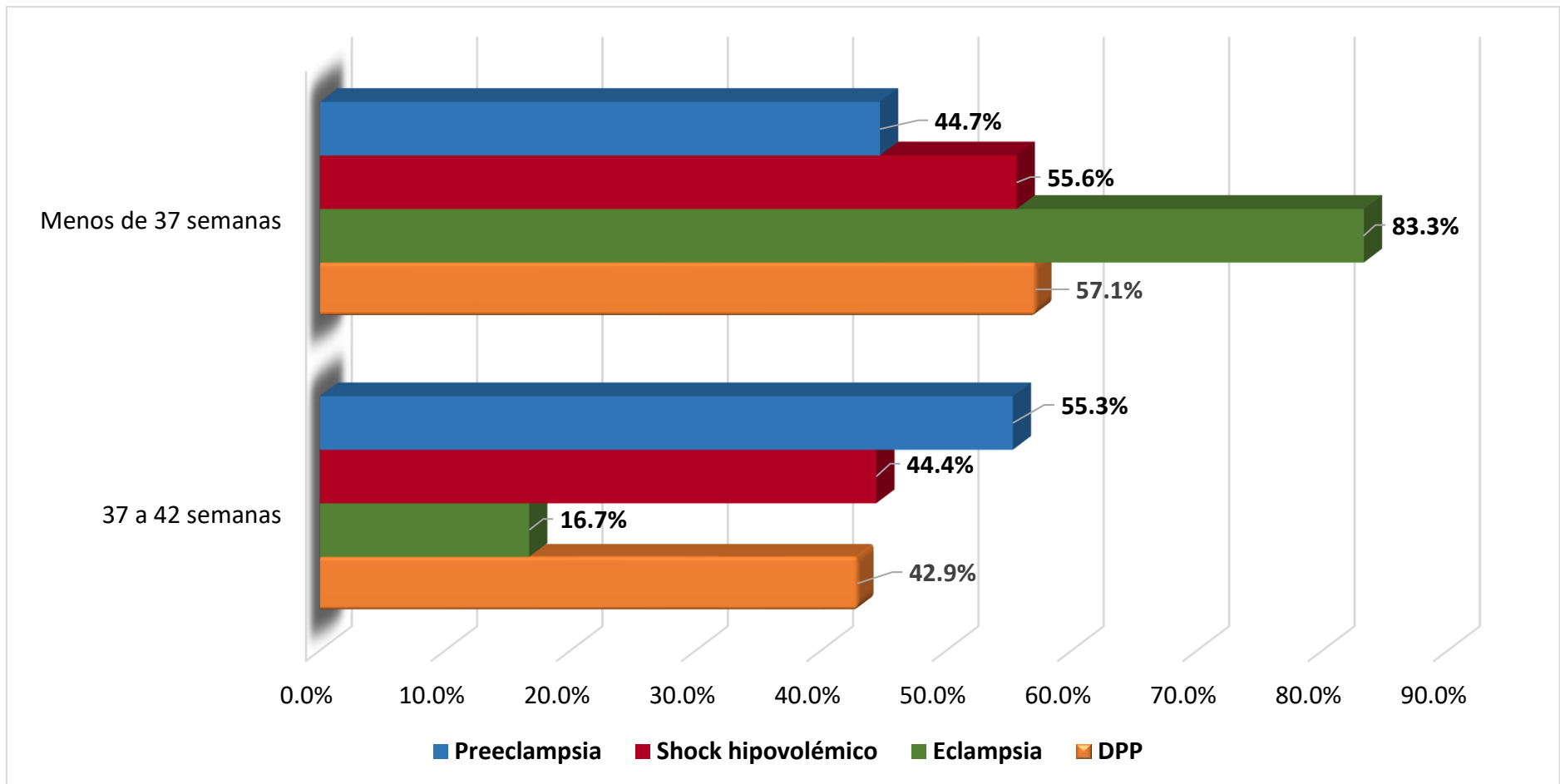
$$p = 0,376$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 7,815$$

$$gl = 3$$

FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL ASOCIADAS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



El cuarto objetivo específico del estudio fue: Determinar la asociación entre los factores clínicos y la morbilidad materna extrema. En la tabla 16 y figura 16, se analiza la variable edad gestacional, donde se observa que los partos pretérminos, es decir aquellos con menos de 37 semanas, representaron el 52.6% del total de casos con 41 pacientes. Estos casos se concentraron principalmente en shock hipovolémico con 55.6% de los casos y eclampsia con 83.3%, seguidos de preeclampsia con 44.7% y DPP con 57.1%. Por otro lado, los partos a término entre 37 y 42 semanas constituyeron el 47.4% restante con 37 casos, mostrando mayor frecuencia en preeclampsia con 55.3% y porcentajes menores en las demás complicaciones.

Realizamos una prueba para comprobar si los problemas de salud de la madre durante el embarazo podrían estar relacionados con la etapa de crecimiento del bebé. Nuestra prueba no fue lo suficientemente sólida como para demostrar que esta idea fuera cierta. Si bien surgieron algunas diferencias al comparar los problemas del embarazo en diferentes etapas del crecimiento del bebé, estas no fueron significativamente significativas en este grupo de personas.

Los resultados de esta investigación difieren con los hallazgos de **Vera et al.** , quienes identificaron que el parto pretérmino es un factor de riesgo significativo para la morbilidad materna extrema (MME), con un OR de 9.8 ($p = 0.001$).⁽¹¹⁾ Este resultado es diferente con lo reportado por **Raineau et al.**, quienes encontraron que el parto prematuro está asociado con tasas más elevadas de complicaciones maternas severas.⁽¹⁶⁾

TABLA 17. CONTROL PRENATAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES CLÍNICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total	
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Adecuado	28	73.7	16	59.3	6	100.0	2	28.6	52	66.7
Inadecuado	10	26.3	11	40.7	0	0.0	5	71.4	26	33.3
Total	38	100.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$Chi^2_c = 9,080$

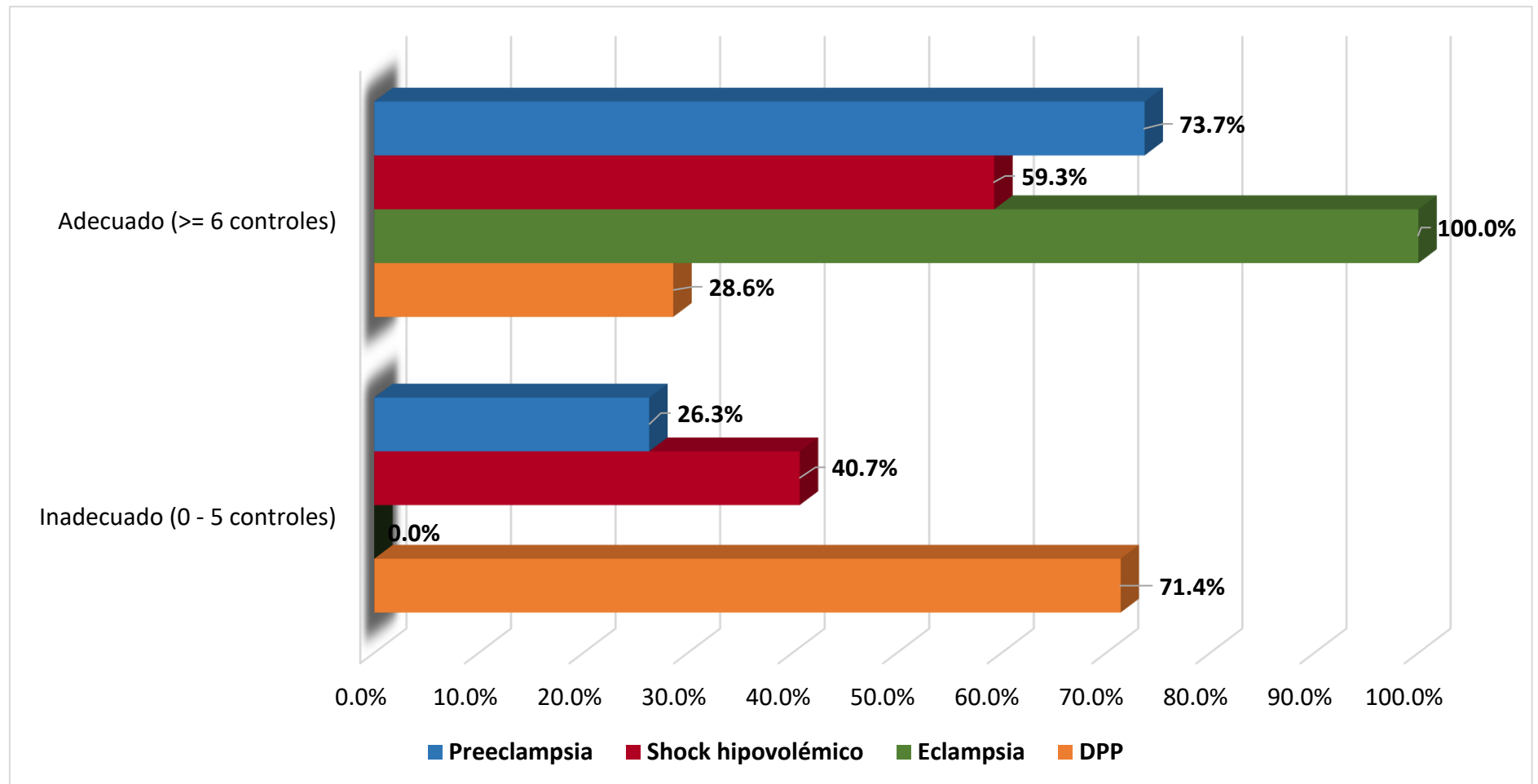
$p = 0,026$

ES SIGNIFICATIVA

$Chi^2_t = 7,815$

$gl = 3$

FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROL PRENATAL Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos



En la tabla 17 y figura 17, se examina la variable control prenatal, donde se observa que el 66.7% de las pacientes equivalente a 52 casos tuvo control prenatal adecuado. Este grupo presentó la mayoría de casos en preeclampsia con 73.7% y eclampsia con 100%. En contraste, el grupo con control prenatal inadecuado que representó 33.3% con 26 pacientes mostró mayor frecuencia en shock hipovolémico con 40.7% y especialmente en DPP con 71.4%. Es relevante destacar que mayoría de los casos con DPP fueron más frecuentes con el control prenatal inadecuado.

Al analizar las cifras, encontramos una fuerte relación. Los chequeos regulares durante el embarazo pueden reducir significativamente el riesgo de problemas de salud graves para las futuras mamás. El valor calculado $\text{Chi}^2_c = 9.080$ supera el valor crítico de $\text{Chi}^2_t = 7.815$, con 3 grados de libertad y un valor $p = 0.026$. Las investigaciones demuestran que si una futura mamá no recibe una buena atención prenatal, su riesgo de sufrir problemas de salud graves aumenta considerablemente. Los resultados de este estudio concuerdan con los hallazgos de **Carmona**, quien evidenció que un número insuficiente de controles prenatales incrementa significativamente el riesgo de complicaciones maternas severas. (17) Este hallazgo no solo refuerza la importancia del control prenatal como un pilar fundamental en la salud materna, sino que también resalta las consecuencias de su ausencia o inadecuación. Por otro lado, **Valladares**, aporta una perspectiva adicional al demostrar que la atención prenatal irregular está asociada con un mayor riesgo de MME (OR ajustado = 1.86), lo que sugiere que no solo la cantidad, sino también la calidad y continuidad de los controles, juegan un papel crítico en la prevención de complicaciones. (21)

TABLA 18. ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

FACTORES CLÍNICOS	Morbilidad Materna Extrema								Total	
	Preeclampsia		Shock hipovolémico		Eclampsia		DPP		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
ANEMIA										
Normal	19	50.0	9	33.3	0	0.0	4	57.1	32	41.0
Leve	13	34.2	5	18.5	4	66.7	2	28.6	24	30.8
Moderada	6	15.8	12	44.4	2	33.3	0	0.0	20	25.6
Severa	0	0.0	1	3.7	0	0.0	1	14.3	2	2.6
Total	38	50.0	27	100.0	6	100.0	7	100.0	78	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$Chi^2_c = 20,138$$

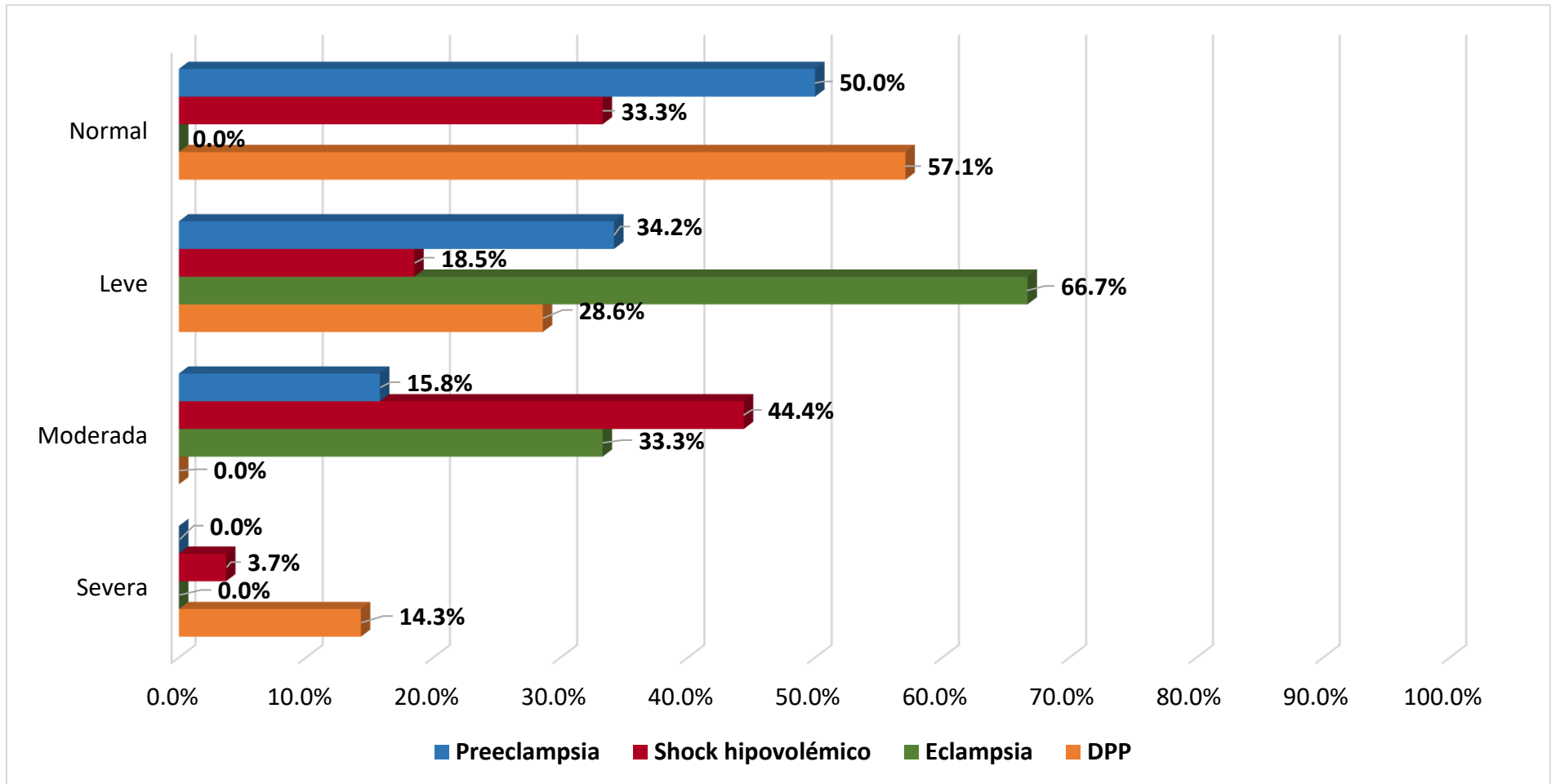
$$p = 0,021$$

ES SIGNIFICATIVA

$$Chi^2_t = 16,919$$

$$gl = 9$$

FIGURA 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ANEMIA ASOCIADA A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 18 y figura 18, se evalúa la variable anemia, donde se observa que el 41% de las pacientes equivalente a 32 casos presentó niveles normales de hemoglobina, seguido por anemia leve con 30.8% y 24 casos, moderada con 25.6% y 20 casos, y severa con 2.6% y 2 casos. La distribución mostró patrones diferenciados: la anemia moderada predominó en shock hipovolémico con 44.4%, mientras la anemia leve fue más frecuente en eclampsia con 66.7%. Los casos sin anemia mostraron mayor frecuencia en preeclampsia con 50% y DPP con 57.1%.

Se ha comprobado la hipótesis usando la prueba de Chi Cuadrado, la cual evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de anemia y la morbilidad materna extrema. El valor calculado $\chi^2_c = 20.138$ supera el valor crítico de $\chi^2_t = 16.919$, con 9 grados de libertad y un valor $p = 0.021$. Estos resultados indican que la anemia, particularmente en sus grados moderado y leve, constituye un factor de riesgo significativo para complicaciones maternas graves, con patrones diferenciales según el tipo de complicación. La fuerte asociación con shock hipovolémico en casos de anemia moderada y con eclampsia en anemia leve sugiere mecanismos fisiopatológicos distintos que merecen mayor investigación.

Los resultados de esta investigación confirman y amplían los hallazgos previos sobre la asociación entre anemia y morbilidad materna extrema (MME). Al igual que **Vilca**, nuestro estudio demostró una fuerte asociación estadísticamente significativa entre los niveles bajos de hemoglobina (7.0-9.9 g/dL) y el mayor riesgo de MME ($p < 0.05$), corroborando que la anemia constituye un importante factor de riesgo obstétrico.(24) Esta relación se ve reforzada por los hallazgos de **Mamani**, quien identificó la anemia como una de las principales comorbilidades asociadas a MME, particularmente en poblaciones rurales con acceso limitado a suplementación nutricional y atención prenatal adecuada.(25)

Asimismo, son consistentes con la evidencia reportada por Neciosup (2017) que aporta una perspectiva adicional al destacar que, durante la pandemia de COVID-19, las pacientes con MME presentaban una alta prevalencia de comorbilidades, incluyendo la anemia, lo que sugiere que esta condición puede agravarse en contextos de crisis sanitarias o limitaciones en el acceso a la atención médica. Es fundamental, por lo que debemos seguir los pasos establecidos en cada caso, especialmente en grupos vulnerables, como estrategia clave para prevenir complicaciones maternas severas.

**PRESENTACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024**

Presentación de la Morbilidad Materna Extrema

En 2024, en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2569 mujeres embarazadas recibieron atención en el departamento de salud de la mujer. De ellas, 78 experimentaron problemas de salud graves durante el embarazo. Calculamos la frecuencia de estos problemas graves analizando estos casos, se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Incidencia de MME} = \left(\frac{\text{Número de casos de MME}}{\text{Número total de pacientes atendidas}} \right) \times 1000$$

$$\text{Incidencia de MME} = \left(\frac{78}{2569} \right) \times 1000 = 30.36$$

Este dato indica que, 30.36 de cada 1000 gestantes experimentaron complicaciones graves que pusieron en riesgo su vida, calificando como casos de Morbilidad Materna Extrema. Esta incidencia es considerablemente alta en



comparación con estándares nacionales e internacionales, lo que subraya la importancia de identificar y abordar los factores asociados a esta problemática para mejorar la atención obstétrica.

Hay más neonatos que padecen MME de lo que cree la Organización Mundial de la Salud. Se cree que solo entre 5 y 10 de cada 1000 bebés en los países más pobres padecen la enfermedad. Sin embargo, nuestros hallazgos muestran que, en realidad, esa cifra es mayor.

Principales Causas de Morbilidad Materna Extrema

Los casos de MME se clasificaron según el tipo, y se calculó la frecuencia relativa (porcentaje) de cada uno. Aquí están los resultados:

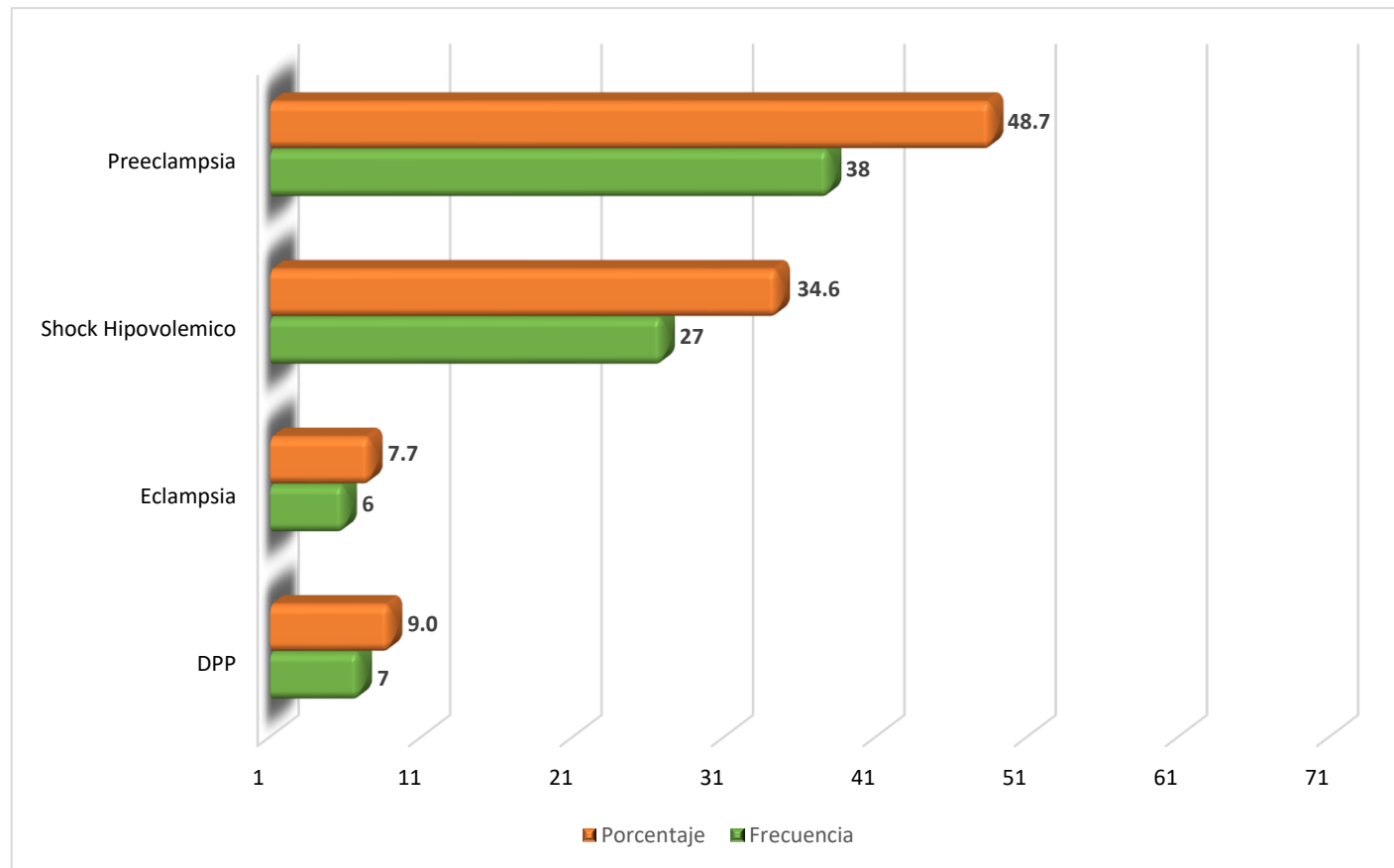


TABLA 19. PRINCIPALES CAUSAS DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA, 2024.

Principales Causas	<i>fi</i>	%
Preeclampsia severa	38	48.7
Shock Hipovolémico	27	34.6
Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)	7	9.0
Eclampsia	6	7.7
Total	78	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA 19. DISTRIBUCIÓN FRECUENCIAL Y PORCENTUAL DE LOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, 2024.



Fuente: ficha de recolección de datos

En la Tabla 19 y en la Figura 19 se muestran los resultados sobre la presentación de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. La Figura 19 ilustra la distribución de los tipos de MME, destacando que la preeclampsia fue la causa más frecuente, representando el 48.7% de los casos, seguida del shock hipovolémico (34.6%) y la eclampsia (7.7%). Por su parte, la Tabla 20 detalla las principales causas de MME, donde se observa que, de los 78 casos registrados, la preeclampsia fue la predominante con 38 casos, mientras que el shock hipovolémico y la eclampsia ocuparon el segundo y tercer lugar, respectivamente. Estos resultados muestran que los problemas de hipertensión arterial, como la preeclampsia y la eclampsia, y el sangrado abundante durante el parto, son las principales causas de enfermedades graves en las madres. Esto coincide con lo que han descubierto otros estudios en nuestro país y en todo el mundo. Hay muchos casos de este tipo, por lo que debemos esforzarnos más para prevenirlos. Debemos detectar estos problemas a tiempo y asegurarnos de que los tratemos adecuadamente en nuestro Servicio de Gineco-Obstetricia.

Los hallazgos son consistentes con los reportados por **Carmona**, en Colombia, quien encontró que las condiciones clínicas asociadas a la preeclampsia severa, como el sobrepeso preconcepcional y la edad materna avanzada, aumentan significativamente el riesgo de MME. (17) Asimismo, **Vilca**, en el mismo hospital de Juliaca, Perú, se ha descubierto que los problemas de presión arterial alta durante el embarazo, como la preeclampsia, son las principales causas del MME, lo que sugiere que este problema persiste en la región y requiere intervenciones específicas para su prevención y manejo.(24)



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca está asociada a una combinación de factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos. Las pacientes que se encuentran en los extremos de la edad reproductiva, aquellas con antecedentes de cesárea o abortos previos, las que presentan hipertensión arterial crónica, así como las que reciben un control prenatal inadecuado o desarrollan anemia, conforman los grupos de mayor vulnerabilidad para presentar complicaciones graves durante la gestación. Entre las manifestaciones clínicas más relevantes destacan la preeclampsia como entidad predominante, seguida del shock hipovolémico como segunda causa en importancia. aceptando parcialmente la hipótesis planteada.

SEGUNDA: Se identificó que los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca fueron: edad materna extrema (menores de 20 y mayores de 35 años) presentó una asociación estadísticamente significativa con shock hipovolémico (77.8% en este grupo vs 22.2% en mujeres de 20-35 años; $p=0.034$) y desprendimiento prematuro de placenta (85.7% vs 14.3%; $p=0.034$), otros factores como procedencia rural ($p=0.862$), nivel educativo ($p=0.776$), estado civil ($p=0.535$) y ocupación ($p=0.685$) no alcanzaron significancia estadística. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada, ya que al menos un factor sociodemográfico (edad materna) demostró asociación significativa

con la morbilidad materna extrema. Aceptando parcialmente la hipótesis planteada

TERCERA: Se definió que los factores obstétricos asociados significativamente con la morbilidad materna extrema fueron: antecedente de cesárea previa (presente en 44.4% de shocks hipovolémicos vs 7.9% de preeclampsias, 16.7% de eclampsias y 14.3% de DPP; $p=0.005$) y antecedente de abortos (presente en 44.7% de preeclampsias vs 14.8% de shocks hipovolémicos, 16.7% de eclampsias y 14.3% de DPP; $p=0.039$). Sin embargo, el número de gestaciones ($p=0.975$), paridad ($p=0.829$) y período intergenésico ($p=0.738$) no mostraron asociación significativa. Así que coincidimos con la idea que sugerimos. Esto se debe a que los factores relacionados con el parto tienen una clara relación con problemas graves en la salud materna. Aceptando parcialmente la hipótesis planteada

CUARTA: Se identificó que los factores patológicos asociados significativamente con la morbilidad materna extrema fueron: hipertensión arterial crónica (presente en 31.6% de preeclampsias vs 3.7% de shocks hipovolémicos y 0% de eclampsias; $p=0.020$) y antecedente de preeclampsia (presente en 29.6% de shocks hipovolémicos vs 5.3% de preeclampsias actuales; $p=0.016$). Diabetes ($p=1.000$), cardiopatías ($p=1.000$) y otros factores (miomas/obesidad; $p=0.758$) no mostraron asociación significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada, ya que existen factores patológicos con influencia comprobada en las complicaciones maternas graves. Aceptando parcialmente la hipótesis planteada



QUINTA: Se detectó que los factores clínicos asociados significativamente con la morbilidad materna extrema fueron: control prenatal inadecuado (presente en 71.4% de DPP vs 28.6% con control adecuado; $p=0.026$) y anemia (presente en 44.4% de shocks hipovolémicos con anemia moderada vs 55.6% sin anemia; $p=0.021$). La edad gestacional pretérmino no mostró asociación significativa ($p=0.376$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada, ya que se confirmó que al menos dos factores clínicos (control prenatal y anemia) incrementan el riesgo de complicaciones graves. Aceptando parcialmente la hipótesis planteada

SEXTA: Se identificó que la morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca presentó una incidencia de 30.36 casos por cada 1000 gestantes, siendo las principales causas: preeclampsia (48.7%), shock hipovolémico (34.6%), eclampsia (7.7%) y desprendimiento prematuro de placenta (9.0%). Esta incidencia triplica los estándares internacionales reportados por la OMS (5-10 casos/1000). Por lo tanto, estamos de acuerdo con la idea sugerida porque hemos investigado y encontrado muchos casos de problemas de salud graves en las madres. La mayoría de estos problemas son hipertensión arterial y sangrado abundante durante el parto.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Al director de la Red de Salud San Román implementar un plan regional integral que aborde los múltiples factores asociados a la morbilidad materna extrema identificados en el estudio. Dado que los resultados muestran una interacción compleja de factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos, se sugiere desarrollar estrategias intersectoriales que incluyan: fortalecimiento de la red de atención obstétrica con equipamiento especializado, implementación de un sistema de referencia eficiente entre establecimientos, y para programas de prevención aumentar el personal obstetra para disminuir la morbilidad materna.

SEGUNDA. Al director del Hospital Carlos Monge Medrano crear programas específicos para los grupos de mayor riesgo identificados, particularmente las gestantes adolescentes y mayores de 35 años, quienes presentaron mayor predisposición a complicaciones graves. Se sugiere implementar una unidad de atención especializada para estos casos, con protocolos estandarizados para el manejo de las principales complicaciones encontradas. Es prioritario garantizar la disponibilidad permanente de insumos críticos y medicamentos esenciales, así como realizar auditorías periódicas para determinar qué tan buena es la atención brindada.

TERCERA. Al jefe del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano coordinar con el Director de la de Red de Salud San Román, con la jefa de obstetras para implementar estrategias diferenciadas de atención basadas en los hallazgos del estudio. Para



las pacientes con antecedentes de cesárea, se sugiere establecer consultas preconcepcionales de evaluación de riesgo y controles prenatales más frecuentes con énfasis en la detección temprana de signos de hemorragia. Para aquellas con antecedentes de abortos, se recomienda un protocolo de vigilancia estricta de presión arterial y función renal. Adicionalmente, se sugiere organizar sesiones clínicas quincenales para revisión de casos complejos y actualización de protocolos, considerando que estos factores obstétricos mostraron asociación significativa con complicaciones graves.

CUARTA. A la Jefa de Obstetras del Hospital Carlos Monge Medrano implementar un protocolo de seguimiento riguroso para gestantes con hipertensión arterial crónica y antecedentes de preeclampsia, dado que estos factores mostraron mayor asociación con complicaciones graves. Este protocolo debe incluir: controles prenatales más frecuentes con evaluación clínica exhaustiva (presión arterial, función renal y hepática), suplementación con aspirina en dosis bajas desde el primer trimestre, acceso prioritario a estudios complementarios y derivación oportuna a especialistas. Adicionalmente, se sugiere capacitar continuamente al personal en el manejo de emergencias hipertensivas, implementar un sistema de alertas tempranas para estos casos de alto riesgo y realizar auditorías mensuales para evaluar la efectividad de las intervenciones, priorizando así la atención de las condiciones patológicas que demostraron ser más relevantes en el estudio.

QUINTA. Al equipo médico del servicio de Ginecoobstetricia implementar con carácter prioritario un protocolo de control prenatal estricto y de



calidad, haciendo especial énfasis en la detección temprana y manejo adecuado de la anemia moderada o leve, dado su comprobado vínculo con complicaciones graves como el desprendimiento prematuro de placenta y el shock hipovolémico. Asimismo, se sugiere mantener una vigilancia especial en los casos con tendencia a parto pretérmino, implementando medidas preventivas oportunas. Es fundamental que cada control incluya una evaluación exhaustiva de parámetros clínicos clave, educación continua a las gestantes sobre signos de alarma, y un registro meticuloso de los hallazgos. Adicionalmente, se recomienda realizar sesiones periódicas de análisis de casos para evaluar y mejorar continuamente los protocolos de atención.

SEXTA. Al equipo médico y directivo del Hospital Carlos Monge Medrano implementar con urgencia un plan integral para reducir la alta prevalencia de morbilidad materna extrema, priorizando el fortalecimiento de los controles prenatales con énfasis en la detección temprana de preeclampsia y el manejo oportuno de las complicaciones hemorrágicas e hipertensivas. Es fundamental garantizar la disponibilidad permanente de insumos críticos, protocolos estandarizados de atención y un programa continuo de capacitación del personal que incluya simulacros periódicos de emergencias obstétricas. Adicionalmente, se debe establecer un sistema de auditoría clínica para el análisis sistemático de casos que permita mejorar continuamente la calidad de la atención y alcanzar los estándares internacionales en salud materna.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023 [citado 19 de febrero de 2025]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *Lancet Glob Health* [Internet]. 1 de febrero de 2024 [citado 23 de marzo de 2025];12(2):e306-16. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2214109X23004680>
3. Rajbanshi S, Norhayati MN, Nik Hazlina NH. Severe maternal morbidity and its associated factors: A cross-sectional study in Morang district, Nepal. *PLoS One* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 5 de marzo de 2025];16(12):e0261033. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8719668/>
4. Centro Nacional de Epidemiología P y C de E. Ministerio de Salud. 2025 [citado 19 de febrero de 2025]. Sala Situacional de Muerte Materna y Morbilidad Materna Extrema. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/
5. Hoffman B, Schorge J, Halvorson L, Hamid C, Corton M, Schaffer J. Williams Ginecología. 4.a ed. New York: McGraw - Hill Education; 2016. 1-1251 p.
6. Corrales L, Arroyo S, Galván D. Determinantes sociales de la salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019. *Salud Uninorte* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 23 de marzo



- de 2025];38(2):529-42. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/817/81775229011/html/>
7. Catari U. Factores asociados a la Muerte Materna en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca del 2012 al 2021 [Internet]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2023 [citado 25 de marzo de 2025]. Disponible en:
https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/19444/Catari__Parisaca_Ubert_Abelardo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Maternal Mortality Prevention. CDC. 2024 [citado 19 de febrero de 2025]. Pregnancy Mortality Surveillance System. Disponible en:
https://www.cdc.gov/maternal-mortality/php/pregnancy-mortality-surveillance/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm
9. Alcocer J, López H, Gallardo M, Alomía J. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Dirección General de Epidemiología [Internet]. 2020 [citado 19 de febrero de 2025];1:1-49. Disponible en:
https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf
10. Ayala F. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. 2 de abril de 2023 [citado 25 de febrero de 2025];1-50. Disponible en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/29/30>



11. Vera E, Villar A, Ramirez J, Csetovic A, Cruzate V, Poterico J, et al. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2024;53(3):1-12. Disponible en: <http://scielo.sld.cuhttps://revmedmilitar.sld.cu>
12. Erazo A, Márquez I, Angie V, Ruiz P, Amaris D, Márquez I, et al. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en una Clínica de Santa Marta [Internet]. 2024 [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/1b69dd04-6fdc-4ab2-946d-742791d12293/content>
13. Harrison RK, Lauhon SR, Colvin ZA, Mcintosh JJ. Maternal anemia and severe maternal morbidity in a US cohort. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2021 [citado 29 de marzo de 2025];3(5):1-23. Disponible en: <https://dash.nichd.nih.gov/>
14. Hazlina N, Norhayati MN, Bahari IS, Rahman H, Kamil M. The Prevalence and Risk Factors for Severe Maternal Morbidities: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine* | www.frontiersin.org [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2025];1:861028. Disponible en: www.frontiersin.org
15. Juyeong K, Jin Young N, Eun-Cheol P. Advanced maternal age and severe maternal morbidity in South Korea: a population-based cohort study. *Sci Rep* [Internet]. diciembre de 2022 [citado 23 de febrero de 2025];12:1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25973-x>
16. Raineau M, Deneux-Tharoux C, Seco A, Bonnet MP. Antepartum severe maternal morbidity: A population-based study of risk factors and delivery outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado



- 23 de febrero de 2025];36(2):171-80. Disponible en:
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppe.12847?src=getftr&utm_source=mendeley&getft_integrator=mendeley
17. Carmona R. Morbilidad Materna Extrema en gestantes con Preeclampsia Severa (Estudio de casos y controles) [Internet]. [Barranquilla]: Universidad del Norte; 2021 [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en:
<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9665/Tesis%2032623024.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Cutipa E. Factores predictivos de Morbilidad Materna Extrema en pacientes cesareadas en el Servicio de GinecoObstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrion de Tacna, en los años 2022 y 2023 [Internet]. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2022 [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en:
<http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/3349/Cutipa-Vazquez-Melgar-Estefany.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Ruiz M, Suarez S. Factores de Riesgo relacionados a la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Regional Docente de Cajamarca del 2019 - 2020. [Internet]. [Chincha]: Universidad Autónoma de Ica; 2022 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2129/3/SUAREZ%20BECERRA%20SANDRA%20YUDITH%20-%20RU%c3%8dZ%20HUAYAC%20MAR%c3%8dA%20BERCELIA.pdf>
 20. Chahuayo J. Caracterización de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Departamental de Huancavelica 2016 a 2018 [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional



- de Huancavelica; 2021 [citado 27 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b29ce5fa-f8ec-4f29-9d18-be7fad302e70/content>
21. Valladares E. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021 [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/cb698ee6-b819-4cae-893c-4f68943c4b7a/content>
 22. Neciosup S. Factores de Riesgo de Morbilidad Materna Extrema durante la pandemia por COVID - 19, Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2020 - 2021. [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2022 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10076/Neciosup_AST.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 23. Zurita A, Vargas E. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema [Internet]. Juliaca; 2024 jul. Disponible en: <https://revistas.uancv.edu.pe/>
 24. Vilca L. Prevalencia, y Factores asociados a Morbilidad Materna Extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Carlos Mone Medrano de Juliaca Año 2019. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2020.
 25. Mamani L. Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del año 2018. [Internet]. [Puno]: Universidad Nacional del Altiplano; 2019 [citado 23 de febrero de 2025]. Disponible en:



- https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/9753/Mamani_Aquino_Lyz_Bianca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Organización Mundial de Salud. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. World Health Organization [Internet]. 2011 [citado 26 de febrero de 2025];1:1-34. Disponible en: www.who.int/reproductivehealthISBN9789241502221
 27. Alegre Y. Norma Técnica de Salud para la vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Vol. 1, Minsa. Ministerio de Salud; 2021 [citado 20 de febrero de 2025]. p. 1-25. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1915053/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20N%C2%B0174-MINSA-2021-CDC.pdf>
 28. Organización Panamericana de la Salud. Guía técnica para la auditoría de casos de morbilidad materna extrema y la elaboración de respuestas adecuadas para la reducción de la morbilidad materna extremadamente grave (near miss materno) [Internet]. 1.a ed. Vol. 1, Organización Panamericana de la Salud. Washington: Organización Mundial de Salud; 2024 [citado 21 de febrero de 2025]. 1-54 p. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/62844/9789275329238_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. World Health Organization. World Health Organization. 2024 [citado 22 de febrero de 2025]. Adolescent pregnancy. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
 30. Zhou Y, Yin S, Sheng Q, Yang J, Liu J, Li H, et al. Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort



- study in China Correspondence to. *Jornal of global health* [Internet]. 2023 [citado 22 de febrero de 2025];13:1-10. Disponible en: <https://jogh.org/wp-content/uploads/2023/12/jogh-13-04161.pdf>
31. Dioses D, Corzo C, Zarate J, Vizcarra V, Zapata N, Arredondol M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2023 [citado 22 de febrero de 2025];23(4):1-7. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2252>
32. Yace J, Bravo A, Mucha O. Caracterización de la morbilidad materna extrema en mujeres atendidas en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador durante el año 2019. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* [Internet]. 2019 [citado 23 de febrero de 2025];1-10. Disponible en: <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/198/217>
33. CCOHS. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. 2023 [citado 26 de febrero de 2025]. Salud y bienestar en el trabajo ¿El embarazo es un problema laboral? Disponible en: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/wh/reproductive-health-pregnancy-in-the-workplace.html>
34. Hernández Y, Sosa A, Rodríguez L. Morbilidad Materna Extremadamente Grave Una aproximación Actual. *Rev Peru Matern Perinat* [Internet]. 12 de febrero de 2023 [citado 22 de febrero de 2025];31-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/350/353>



35. Centro de Medicina Fetal. Control Gestacional en Gestantes con Cesárea anterior. BCNATAL. 2019;1:1-11.
36. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2021 [citado 26 de febrero de 2025]. Aborto inducido. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
37. Ayala Peralta FD, Moreno Reyes KF, Valdivieso Oliva V, Morales Alvarado S. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 20 de septiembre de 2022;11(2):21-6.
38. Luger R, Kight B. Hypertension In Pregnancy. Nephrologie et Therapeutique [Internet]. 3 de octubre de 2022 [citado 22 de febrero de 2025];6(3):200-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430839/>
39. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. 2022 [citado 22 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/377/bmj-2021-067946.full.pdf>
40. Iftikhar SF, Biswas M. Cardiac Disease in Pregnancy. Queenan's Management of High-Risk Pregnancy: An Evidence-Based Approach [Internet]. 10 de julio de 2023 [citado 22 de febrero de 2025];134-41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537261/>
41. Guevara-Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 28 de agosto de 2019 [citado 22 de febrero de 2025];8(2):7-8. Disponible en:



- <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147>
42. Balestena J, González K, Balestena A. Efectos del embarazo postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato. Rev cienc med Pinar Rio [Internet]. noviembre de 2014 [citado 22 de febrero de 2025];953-62. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-740096#:~:text=el%20embarazo%20post%C3%A9rmino%20se%20considera,los%20neonatos%20con%20peso%20elevado>
43. Lozano O, Correa L, Luna C. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales, Enero - Mayo 2016. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 15 de enero de 2018;18(1):1-7.
44. Guevara E. Anemia en el Embarazo. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet]. 19 de abril de 2023 [citado 22 de febrero de 2025];12(4):6-7. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/396>
45. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica [Internet]. 4.a ed. Vol. 4, Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. España: Elsevier; 2013 [citado 23 de febrero de 2025]. 1-522 p. Disponible en: https://postgrado.medicina.usac.edu.gt/sites/default/files/documentos/investigacion_clinica_y_epidemiologica_0.pdf



46. Conejero A, García M. Estudios Observacionales Analíticos. *Angiología* [Internet]. 1 de noviembre de 2023 [citado 23 de febrero de 2025];75(6):385-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0003-31702023000600005&script=sci_arttext
47. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación [Internet]. 6.a ed. Rocha M, editor. Vol. 6. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2014 [citado 23 de febrero de 2025]. 1-632 p. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
48. Guillen O, Cerna B, Gondo R, Suarez felix, Martinez E. Guía práctica de SPSS para diseños paramétricos y no paramétricos. 1.a ed. Suarez F, editor. Vol. 1. Colombia; 2019. 1-279 p.



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Datos_Estructurados_Tesis_Amparo_3.0.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	DNI	Numérico	8	0	Dni	Ninguno	Ninguno	7	Centrado	Escala	Entrada
2	Edad	Numérico	8	0	Edad Materna	{1, Menor d...	Ninguno	5	Centrado	Ordinal	Entrada
3	Procedencia	Numérico	8	0	Procedencia	{1, Urbano}...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
4	NivelEducativo	Numérico	8	0	Nivel Educativo	{1, Ninguno}...	Ninguno	7	Derecha	Ordinal	Entrada
5	EstadoCivil	Numérico	8	0	Estado Civil	{1, Soltera}...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
6	Ocupación	Numérico	8	0	Ocupación	{1, Estudian...	Ninguno	6	Derecha	Nominal	Entrada
7	Númerodegestacione...	Numérico	8	0	Número de gestaciones pr...	{1, Nuligest...	Ninguno	7	Centrado	Ordinal	Entrada
8	NumeroPartosVaginales	Numérico	8	0	Número de paridad	{1, Nulípara}...	Ninguno	5	Centrado	Ordinal	Entrada
9	Cesáriasprevias	Numérico	8	0	Cesárias previas	{0, No}...	Ninguno	7	Centrado	Nominal	Entrada
10	Abortosprevios	Numérico	8	0	Abortos previos	{0, No}...	Ninguno	7	Centrado	Nominal	Entrada
11	Periodointergenésico	Numérico	8	0	Periodo intergenésico	{1, Menos d...	Ninguno	7	Centrado	Ordinal	Entrada
12	Hipertensiónarterialcr...	Numérico	8	0	Hipertensión arterial crónica	{0, No}...	Ninguno	7	Centrado	Nominal	Entrada
13	Diabetes	Numérico	8	0	Diabetes	{0, No}...	Ninguno	6	Centrado	Nominal	Entrada
14	Cardiopatías	Numérico	8	0	Cardiopatías	{0, No}...	Ninguno	6	Centrado	Nominal	Entrada
15	Preeclampsia	Numérico	8	0	Preeclampsia	{0, No}...	Ninguno	6	Centrado	Nominal	Entrada
16	Otros	Numérico	8	0	Otros	{0, No}...	Ninguno	5	Centrado	Nominal	Entrada
17	Ninguno	Numérico	8	0	Ninguno	{0, No}...	Ninguno	6	Centrado	Nominal	Entrada
18	Edadgestacional	Numérico	8	0	Edad gestacional	{1, Menos d...	Ninguno	7	Centrado	Ordinal	Entrada
19	Controlprenatal	Numérico	8	0	Control prenatal	{0, Inadecua...	Ninguno	7	Centrado	Nominal	Entrada
20	Anemia	Numérico	8	0	Anemia	{1, Leve (10...	Ninguno	7	Centrado	Ordinal	Entrada
21	MME_Diagnostico	Numérico	8	0	Morbilidad Materna Extrema	{1, Preecla...	Ninguno	15	Derecha	Nominal	Objetivo



Datos_Estructurados_Tesis_Amparo_3.0.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

33 : Diabetes 0 Visible: 21 de 21 variables

	DNI	Edad	Procedencia	NivelEducativo	EstadoCivil	Ocupación	Número de gestaciones	Número de abortos	Cesáreas previas	Abortos previos	Periodo intergenésico	Hipertensión arterial crónica	Diabetes	Cardiopatías	Preeclampsia	Otros	Ninguno	Edad gestacional	Control prenatal	Anemia	MME Diagnóstico
1	43788709	1	1	3	3	2	3	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2
2	40231509	1	2	3	3	2	2	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1
3	61320549	1	2	3	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2
4	44950995	1	2	2	3	2	3	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1
5	47689449	1	2	3	3	2	2	1	1	0	2	0	0	0	0	1	0	2	0	3	2
6	45088640	1	2	2	3	2	3	3	1	0	3	0	0	0	1	0	0	2	1	2	2
7	70064740	2	2	3	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1
8	46695646	2	1	3	3	2	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1
9	61001346	1	2	3	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
10	75409449	1	1	3	3	2	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	3	2
11	76325848	2	1	3	3	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	2	1
12	41102738	1	2	2	3	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
13	46499348	1	1	3	3	2	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4
14	75953816	2	2	3	3	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1
15	47498416	1	1	3	3	2	3	1	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	3	2
16	40899208	1	2	2	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	3	2
17	71704504	1	2	3	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	3	2
18	20073612	1	1	4	3	3	3	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1
19	45630004	2	2	3	3	2	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1
20	70321821	1	2	3	3	2	3	3	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	2
21	60538321	1	1	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3
22	42054823	1	2	2	3	2	3	2	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1
23	73528112	2	2	3	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1
24	75735617	2	2	3	3	2	3	2	0	1	3	0	0	0	1	0	0	2	1	3	1
25	41247170	1	2	3	1	4	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	4
26	51599955	2	2	4	3	4	3	1	1	1	2	0	0	0	1	0	0	2	1	2	1
27	60856605	1	2	3	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4



Datos_Estructurados_Tesis_Amparo_3.0.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

57 : NivelEducativo 4 Visible: 21 de 21 variables

	DNI	Edad	Procedencia	NivelEducativo	Estado Civil	Ocupación	Número de gestaciones	Número de abortos	Cesáreas previas	Abortos previos	Periodo intergenésico	Hipertensión arterial crónica	Diabetes	Cardiopatías	Preclampsia	Otros	Ninguno	Edad gestacional	Control prenatal	Anemia	MME Diagnóstico
28	45432603	2	1	3	3	2	3	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	2	2
29	41867209	1	2	4	2	2	3	2	1	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2
30	60069668	1	2	3	3	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	3	3
31	76285559	1	2	3	3	2	3	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	3	2
32	73713359	2	2	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2
33	47804759	2	1	2	3	2	3	3	0	1	2	0	0	0	0	1	0	2	1	2	1
34	41269138	1	2	3	3	2	3	3	0	1	3	0	0	0	0	1	0	2	0	3	1
35	42073832	1	2	2	2	2	3	3	0	1	3	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1
36	77172932	2	2	3	3	4	2	1	1	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2
37	77573830	1	1	3	3	1	2	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2
38	75940930	1	1	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	4
39	75378928	2	1	4	3	4	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1
40	74541124	2	1	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2
41	60177828	1	2	3	3	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2
42	48593626	2	2	1	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
43	48106620	2	2	3	3	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1
44	74168222	1	2	3	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1
45	75886222	2	2	3	3	2	3	3	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1
46	45419291	1	1	2	3	2	3	2	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	2	2
47	74643090	2	2	3	3	2	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3
48	42899993	1	2	3	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	0	4	4
49	43508390	1	2	3	3	2	2	1	1	0	3	1	0	0	0	0	1	2	1	2	1
50	71003088	2	2	3	2	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	1	3	2
51	45793952	2	1	3	3	2	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	1	2	0	3	1
52	47100459	2	2	2	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	2	4
53	75476056	2	2	2	3	2	3	3	0	1	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
54	73855858	2	1	3	3	2	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2



Datos_Estructurados_Tesis_Amparo_3.0.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

85 : Ninguno Visible: 21 de 21 variables

	DNI	Edad	Procedencia	NivelEducativo	Estado Civil	Ocupación	Número de gestaciones	Número de abortos	Cesáreas previas	Abortos previos	Periodo intergenésico	Hipertensión arterial crónica	Diabetes	Cardiopatías	Preeclampsia	Otros	Ninguno	Edad gestacional	Control prenatal	Anemia	MME_Diagnostico
55	77797256	1	2	4	3	2	3	2	1	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	3	2
56	48940572	1	1	3	3	4	3	3	0	1	3	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1
57	72311872	2	1	4	3	4	3	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
58	41859672	1	2	3	3	2	3	1	1	0	3	0	0	0	0	1	0	2	0	3	2
59	62107874	1	2	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	3	1
60	41267435	1	2	3	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
61	42139261	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1
62	75934535	1	2	3	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
63	70509367	1	1	3	3	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	2
64	47758669	1	2	3	1	4	3	3	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	4	2
65	42703467	1	1	3	3	2	3	2	1	1	3	0	0	0	0	1	0	1	1	1	3
66	44950960	1	2	3	3	2	3	3	1	0	3	1	0	0	0	0	0	2	0	1	4
67	71721768	1	2	3	3	2	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
68	75723189	2	1	4	3	2	2	1	1	0	3	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1
69	76576198	1	1	4	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	3	2
70	77063182	2	1	3	3	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1
71	43265582	1	2	3	1	2	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2
72	42085579	1	1	3	3	2	3	2	0	1	3	1	0	0	0	0	0	2	0	2	1
73	43639282	1	1	3	3	4	3	3	0	0	3	1	0	0	0	0	0	2	1	2	1
74	77379276	2	1	3	3	4	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
75	47162972	2	1	3	3	4	3	3	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	3
76	42420478	1	1	3	3	2	2	1	1	0	3	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2
77	47784497	2	2	2	3	2	3	2	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1
78	70608679	2	2	3	3	2	2	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	3	3
79																					
80																					
81																					



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE ESTANCIA POR SAFENECTOMÍA POR VÁRICES DE MIEMBROS INFERIORES. HOSPITAL III YANAHUARA ES SALUD. AREQUIPA-2021

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES	DISEÑO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>PE 1: ¿Qué factores sociodemográficos están asociados con la morbilidad materna extrema?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los factores obstétricos relacionados con la morbilidad materna extrema?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son los factores patológicos asociados con la</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>OG: Determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE 1: Identificar los factores sociodemográficos asociados con la morbilidad materna extrema.</p> <p>OE 2: Detectar la asociación entre los factores obstétricos y la morbilidad materna extrema.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>HG: Los factores sociodemográficos, obstétricos, patológicos y clínicos están significativamente asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2024.</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>HE 1: Los factores sociodemográficos tienen una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Factores</p>	<p>1.- Factores Sociodemográficos</p> <p>2.- Factores Obstétricos</p>	<p>Edad Materna</p> <p>Procedencia</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p> <p>Gestaciones Previas</p> <p>Paridad Cesáreas Previas</p> <p>Abortos Previos</p> <p>Periodo Intergenésico</p>	<p><20 y >35 20 a 35</p> <p>Urbana Rural</p> <p>Ninguno Primaria Secundaria Superior</p> <p>Soltera Casada Divorciada</p> <p>Estudiante Ama de casa Dependiente Independiente</p> <p>Nuligesta Primigesta Multigesta</p> <p>Primípara Multipara Gran multipara</p> <p>Sí No</p> <p>< 2 años 2 a 5 año > 5 años</p>	<p>Diseño de Investigación no experimental.</p> <p>Tipo de Investigación Básico Relacional Transversal</p> <p>Método Hipotético deductivo con enfoque Cuantitativo</p> <p>Población 78 gestantes o puérperas con alguna patología que la considere como Morbilidad Materna Extrema.</p> <p>Muestra: No fue necesario calcular el tamaño de la muestra, debido a que se consideró al 100% de la población</p>



<p>morbilidad materna extrema?</p> <p>PE 4: ¿Qué factores clínicos presentan asociación con la morbilidad materna extrema?</p> <p>P5 1: ¿Cómo se presenta la morbilidad materna extrema?</p>	<p>OE 3: Identificar los factores patológicos relacionados con la morbilidad materna extrema.</p> <p>OE 4: Detectar la asociación entre los factores clínicos y la morbilidad materna extrema.</p> <p>OE 5: Identificar la presencia de la Morbilidad Materna Extrema.</p>	<p>HE 2: Los factores obstétricos están asociados significativamente con la morbilidad materna extrema.</p> <p>HE 3: Los factores patológicos presentan una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.</p> <p>HE 4: Los factores clínicos muestran una asociación significativa con la morbilidad materna extrema.</p> <p>HE 5: La presencia de la morbilidad materna extrema es significativa.</p>		<p>3.- Factores Patológicos</p>	<p>Hipertensión Arterial Crónica</p> <p>Diabetes</p> <p>Cardiopatías</p> <p>Preeclampsia</p> <p>Otros</p>	<p>Sí</p> <p>No</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>Sí</p> <p>No</p>	<p>Morbilidad Materna Extrema.</p> <p>Técnicas Análisis documental</p> <p>Instrumentos Ficha de recolección de datos</p>
				<p>4.- Factores Clínicos</p>	<p>Edad gestacional</p> <p>Control prenatal</p> <p>Anemia</p>	<p>Menos de 37 sem</p> <p>De 37 a 42 sem</p> <p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p> <p>Leve</p> <p>Normal</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p>	
			<p>Variable dependiente Morbilidad Materna Extrema</p>		<p>-Morbilidad Materna Extrema</p>	<p>-Preeclampsia</p> <p>-Shock Hipovolémico</p> <p>-Eclampsia</p> <p>-DPP (Desprendimiento Prematura de la Placenta)</p>	



ANEXO 3: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SEVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024

Nombre.....

Hcln.....

FACTORES ASOCIADOS

1.- SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD

Procedencia:

Rural ()

Urbano ()

Grado de instrucción:

() Ninguno

() Primaria

() Secundaria

() Superior

Estado civil:

() Soltera

() Casada

() Conviviente

() Viuda

() Divorciada

Ocupación:

() Estudiante

() Desempleada

() Dependiente

() Independiente

Otra

2.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS



Numero de gestaciones previas ()

Número de partos vaginales ()

Cesáreas previas ()

Abortos previos ()

Periodo intergenésico.....años

3.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS

() Hipertensión Arterial crónica

() Diabetes

() Cardiopatías

() Epilepsia

() Its

() TBC

() Otros

4.- FACTORES CLINICO OBSTETRICOS

Edad gestacional Semanas

Control prenatal:

() Adecuado

() Inadecuado

Hemoglobina gr/dl

5.- MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

() Ninguna

() Eclampsia

() Shock séptico

() Shock hemorrágico

() Hipovolemia

() Oliguria

() Disfunción de la coagulación

() Admisión a UCI

() Transfusiones de sangre

() Intervenciones quirúrgicas



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Vista Landeo Yungoc

Centro laboral

Grado:

Mención

Institución donde lo obtuvo:

Otros estudios:

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

- 1 = inferior al básico
- 2 = básico
- 3 = Intermedio
- 4 = Sobresaliente
- 5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓



8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✓
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10	Los ítems del instrumento son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					✓
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
Puntaje parcial						75
Puntaje total:						75

Nota: Índice de validación del juicio de experto (lvje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación está apto para su aplicación

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, *Victor Candia Mengoa* identificado con DNI N° *01345178* Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

Juliaca *30* de *diciembre* del 2024.

Victor Candia Mengoa
Victor Candia Mengoa
 MEDICO CIRUJANO
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 CMP. 27481 RNE. 18309



GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Juan Vilca Callate

Centro laboral

Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Ginecología - Obstetricia

Mención

Institución donde lo obtuvo:

Otros estudios:

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					x
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					x
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					x
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					x
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					x
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					x
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					x

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Richard SANCHEZ YAMPASI

Centro laboral

HOSPITAL CARLOS RONCE NEBRANO

Grado:

Ginecologo obstetra

Mención

Institución donde lo obtuvo:

Otros estudios:

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓

8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)								✓
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)								✓
10	Los ítems del instrumento son coherentes en términos de cantidad (extensión)								✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)								✓
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)								✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)								✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)								✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)								✓
Puntaje parcial									75
Puntaje total:									75

Nota: Índice de validación del juicio de experto (lvje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

El instrumento de investigación está apto para su aplicación

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Richard Sango Yampari identificado con DNI N° 02249256 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

Juliaca 30 de Diciembre del 2024.

Dr. Richard Sango Yampari
MÉDICO CIRUJANO
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 49858 RNE: 040337



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Juliaca, 28 de Enero del 2025

CARTA N° 161 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM.

DR. ENRIQUE SOTOMAYOR PERALES
JEFE DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DEL HCMM

DR. MANUEL LUQUE ANCONEYRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HCMM. DE LA RSSR.

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Srta. AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

REGISTRO N° 912 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a la Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que la interesada obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf
Cc. Interesado





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 17 Julio 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: AMPARO SOLEDAD PAREDES MAMANI

Dirección: Jr. Ayaviri Nro 519 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70111052

Teléfono: 991411388 email: paredesamp23@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA AÑO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Morbilidad materna extrema, edad materna, preeclampsia, shock hipovolémico, anemia.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2?}

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

17 Julio 2025

Fecha