



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD  
**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**  
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UN  
HOSPITAL DE MINSA Y ESSALUD ICA 2022 – 2023**

Presentado por:

**VEGA RUIZ LISBET JULIA**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **5%** por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 16 de agosto del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
*Jorge Luis Ybaseta Medina*  
Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina  
Director de la Unidad de Investigación

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”**  
**Vicerrectorado de Investigación**  
**Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”**



**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UN  
HOSPITAL DE MINSA Y ESSALUD ICA 2022 – 2023**

**Línea de investigación**

Salud pública y conservación del medio ambiente

**Para optar el título profesional de**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA:**

VEGA RUIZ LISBET JULIA

**ASESOR:**

DR. ANDRÉS GUIDO BENDEZÚ MARTÍNEZ

**Ica, Perú**

**2024**

## **DEDICATORIA**

A Dios por haber puesto este sueño en mi corazón y darme la fortaleza para lograr esta meta anhelada, a mis padres Roger y Yure quienes con su amor, comprensión y soporte siempre están a mi lado.

A mis hermanos por ser mi motivación de lucha y superación.

## **AGRADECIMIENTO**

A los doctores que durante toda la carrera profesional me han impartido con sus conocimientos y experiencias para formarme en esta noble carrera.

A mi asesor de tesis por su disponibilidad y apoyo en realizar el trabajo.

A la facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión” quien se convirtió en mi segundo hogar y donde atesoro muchos recuerdos en sus aulas.

A todos los que colaboraron en el estudio para lograr mi objetivo.

## ÍNDICE

PORTADA .....	I
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
ÍNDICE .....	IV
ÍNDICE DE TABLAS .....	V
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
RESUMEN .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
I. INTRODUCCION .....	1
II ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....	15
III RESULTADOS .....	18
IV DISCUSIÓN .....	38
V CONCLUSIÓN.....	42
VI RECOMENDACIONES .....	43
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
VIII ANEXOS .....	49

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de datos de grupo etario de mujeres con morbilidad materna extrema	18
Tabla 2 Distribución de datos del nivel educativo de las mujeres que padecieron morbilidad materna extrema	20
Tabla 3 Distribución de datos del estado civil de las madres que padecieron de morbilidad materna extrema	22
Tabla 4 Distribución de datos sobre la ocupación de madres con morbilidad materna extrema	24
Tabla 5 distribución de datos sobre tipo de seguro de salud de las mujeres que experimentaron morbilidad materna extrema	26
Tabla 6 Distribución de datos sobre antecedentes patológicos de madres con MME	28
Tabla 7 Distribución de datos sobre antecedentes de parto y complicaciones de embarazo	30
Tabla 8 Distribución de datos sobre los controles prenatales en madres con MME	32
Tabla 9 Distribución de datos de las complicaciones sufridas por las madres con MME	34
Tabla 10 Distribución de datos de las intervenciones y manejos médicos con las mujeres que padecieron MME	36



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de datos sobre nivel educativo de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	19
Figura 2 Distribución de datos sobre estado civil de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	21
Figura 3 Distribución de datos sobre condición laboral de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	23
Figura 4 Distribución de datos sobre el tipo de seguro de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	25
Figura 5 Distribución de datos sobre grupo etario de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	27
Figura 6 Distribución de datos sobre antecedente patológico de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	29
Figura 7 Distribución de datos sobre antecedente obstétrico de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	31
Figura 8 Distribución de datos sobre complicaciones de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	33
Figura 9 Distribución de datos sobre intervenciones con las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	35
Figura 10 Distribución de datos sobre controles prenatales de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD	37

## RESUMEN

**Objetivo:** “Determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023”.

**Material y método:** Metodología cuantitativa de tipo descriptiva y transversal con participación de 94 féminas que se encontraron en situación de morbilidad extrema, de quienes se le analizará la ficha de notificación del MINSA para conocer los factores que las inducen.

**Resultados:** se determinó que las mujeres con MME tienen una edad 26 a 31 años (21%) 28% con estudios secundaria, 35% son ama de casa, obstétricamente tienen antecedentes de parto cesárea (57%) controles de 1 a 4 veces (18%) y comorbilidad diabetes (12%) en MINSA, en ESSALUD, edad 32 a 37 años (22%) 24% con superior universitaria, 35% son profesionales dependientes, obstétricamente tienen antecedentes de parto cesárea (55%) controles de 1 a 4 veces (22%) y comorbilidad preeclampsia (14%); las complicaciones que se encontraron fueron los shock y la atonía uterina, siendo administrados vasoactivos y transfusión de sangre por más de 3 unidades.

**Conclusión:** los factores asociados a la MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD son la edad, el nivel de estudio, los partos por cesárea, pocos controles prenatales y tener comorbilidad. Encontrándose semejanzas de los factores en ambos hospitales.

**Palabras claves:** factores de riesgo, morbilidad extrema, complicaciones extremas.

## ABSTRACT

**Objective:** “Determine the factors associated with extreme maternal morbidity in a MINSA and ESSALUD hospital, Ica 2022 – 2023.”

**Material and method:** Descriptive and transversal quantitative methodology with the participation of 250 women who were found in a situation of extreme morbidity, whose MINSA notification form will be analyzed to know the factors that induce them.

**Results:** it was determined that women with MME are 26 to 31 years old (21%), 28% have secondary education, 35% are housewives, obstetrically they have a history of cesarean delivery (57%), controls 1 to 4 times ( 18%) and comorbid diabetes (12%) in MINSA, in ESSALUD, age 32 to 37 years (22%) 24% with a university degree, 35% are dependent professionals, obstetrically have a history of cesarean delivery (55%) controls of 1 4 times (22%) and preeclampsia comorbidity (14%); The complications that were found were shock and uterine atony, with vasoactive agents and blood transfusion of more than 3 units being administered.

**Conclusion:** the factors associated with MME in MINSA and ESSALUD hospitals are age, level of education, cesarean section deliveries, few prenatal controls and having comorbidity. Finding similarities in the factors in both hospitals.

**Keywords:** risk factors, extreme morbidity, extreme complications

## I. INTRODUCCIÓN

Existe interés global en vigilar incidentes graves en mujeres embarazadas, también llamados cuasi accidentes o complicaciones maternas severas. Estos eventos pueden afectar a las personas en esta población y más estudios podrían ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad materna. Hay muchos sistemas de vigilancia, pero falta un enfoque estándar<sup>1</sup>.

Durante la prestación de la atención obstétrica, la gran mayoría de las mujeres recibe cuidados adecuados que no presentan efectos adversos; sin embargo, existe un grupo en el que algunas mujeres lamentablemente fallecen y otras enfrentan un riesgo elevado de mortalidad, pero logran sobrevivir. La idea del near-miss, proveniente de un grupo de mujeres en estudio, ha dado lugar a traducciones en español como "morbilidad extrema", "complicaciones maternas agudas graves" y "casi pérdida"<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna grave como la complicación grave que se produce en el embarazo, el parto o 42 días posteriores a la interrupción del embarazo y que pone en peligro la vida de la madre, es decir, que aún está viva y cumple al menos uno de los requisitos especificados en las normas técnicas<sup>3</sup>. La MME es un problema de salud pública porque puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres que sobreviven al MME pueden sufrir efectos físicos y psicológicos de por vida<sup>4</sup>.

Las tasas de MME son altas en países de ingresos bajos y medios, oscilando entre el 4,9% en América Latina, el 5,7% en Asia y el 14,9% en África, mientras que los estudios en países de ingresos altos muestran que las tasas oscilan entre el 0,8% y el 10%. % en África. Se ha demostrado que el rango es del 14,9% hasta el 1,4% en Europa y América del Norte<sup>5</sup>.

Países como Tanzania registraron una índice infeccioso de 23,6 por 1.000 nacidos vivos, mientras que Nigeria registró una incidencia de 15,8 por 1.000 nacidos vivos<sup>6</sup>.

La morbilidad materna extrema es un problema importante para la salud pública en el Perú. Una complicación grave y potencialmente mortal ocurrió en 13,6 de cada 1.000 nacidos. En el año 2017, un informe llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia reveló que se registraron 295,000 fallecimientos de mujeres por causas del embarazo y parto. En cuanto al Perú, se reportó que la cifra de muertes maternas en el año 2019 alcanzó las 154, lo cual confirma la persistencia de este grave problema de salud en el país. No obstante, al examinar detenidamente esta información, se hace evidente que este indicador no capta la complejidad del problema, que se compone de varios factores y tiene una magnitud significativamente mayor. Estos factores ponen en peligro la vida de las personas, y a pesar de sobrevivir, muchas de ellas terminan con discapacidades físicas y funcionales que

impactan su vida personal, familiar y económica, lo que a su vez afecta el progreso y crecimiento del país.

De acuerdo con el informe proporcionado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, se señala que las causas fundamentales de muerte de mujeres durante el parto son la hemorragia obstétrica, que representa el 19.6%, y los trastornos hipertensivos, que impactan en un 21.9% de los casos. De acuerdo con el informe epidemiológico sobre casos extremos de morbilidad materna emitido por el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en octubre de 2019, se indica que la preeclampsia y el síndrome de HELLP representan el principal factor relacionado con la mortalidad materna, alcanzando un porcentaje del 53.65%<sup>7</sup>.

Cifras que ponen en alerta la atención a las madres gestantes desde los inicios hasta el término del mismo controlando los principales riesgos del acceso a la atención médica de manera oportuna, antecedentes obstétricos, etc.

Una complicación al investigar la morbilidad materna extrema reside en que la gravedad del peligro puede cambiar en función del sistema de salud disponible, de la capacitación del personal médico, así como de las circunstancias socioeconómicas presentes en la región. Es importante señalar que existe una amplia variedad de factores de riesgo asociados con esta condición.

Por lo señalado el estudio se realizará con la finalidad de poder establecer los factores de riesgos a la morbilidad materna extrema en la provincia de Ica, permitiendo conocer sobre los 2 más grandes y complejos hospitales que brindan atención de acuerdo a su complejidad en Ica, como lo son el hospital regional de Ica administrado por MINSA y el hospital “Augusto Hernández” de ESSALUD.

En este sentido, el presente trabajo se encuentra organizado en capítulos donde se aborda información de acuerdo con las características del capítulo. En el primer capítulo se hace mención a la realidad problemáticas establecimiento del problema y los objetivos, también se encuentra la información científica en el marco teórico. Capítulo II, se hace mención del procedimiento metodológico que siguió el desarrollo de la investigación mediante el análisis de los datos de la población.

En el capítulo III se presentan de manera descriptiva y analizada los resultados mediante tablas estadísticas para establecer su interpretación pertinente de acuerdo con el propósito. En el cuarto capítulo se realiza la discusión de los resultados considerando los estudios antecedentes al trabajo con la finalidad establecer un debate de hallazgos. El capítulo V establece las conclusiones arribadas luego de realizar el proceso de investigación con los datos analizados, el sexto capítulo contiene las recomendaciones realizadas según las limitaciones, dificultades y necesidad hallada en el desarrollo de la investigación. Finalmente, se encuentran las referencias de las fuentes analizadas y tomadas en cuenta.

## 1.1. Antecedentes de la investigación.

### Antecedentes Internacionales

**Dzakpasu S, Deb P, Cenador L, et al. (2020)**<sup>8</sup> presentaron un estudio en Canadá de tipo descriptivo denominado “Vigilancia de la morbilidad materna grave: seguimiento de mujeres embarazadas con alto riesgo de hospitalización prolongada y muerte” cuyo objetivo fue establecer una lista de subtipos de morbilidad materna grave. Resultados, Hubo 22.799 casos (de 1.418.545) del subtipo SMM asociado con estancia hospitalaria prolongada o alta mortalidad. La tasa total de SMM de 2012 a 2016 fue de 16,1 por 1000 nacidos vivos ([IC] del 95 %: 15,9, 16,3). La preeclampsia grave y el síndrome HELLP (514,6 por 100.000) y la hemorragia posparto grave (433,2 por 100.000) son los tipos más comunes de MMS, y la mortalidad también se incluye en esta categoría. Los siguientes MMS fueron más altos en mujeres sometidas a paro cardíaco y reanimación (241,1 por 1000), insuficiencia hepática (147,1 por 1000), diálisis (67,6 por 1000) y accidente cerebrovascular/accidente cerebrovascular (51. 0 de 1000). Conclusión, Una definición propuesta de SMM y una lista de subtipos de SMM relevantes que podrían usarse para el monitoreo estandarizado de SMM, con indicadores de escala y PAF asociados con categorías/subtipos de SMM específicos, serían útiles en la práctica clínica y las políticas de salud pública. Ayuda a proporcionar información. (p.427)

**Pupo J, González J, Cabrera J y Cedeño O (2019)**<sup>9</sup> presentaron en Cuba un estudio de casos y controles denominado “Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos.” Objetivo, encontrar los factores de riesgos maternos. Hallazgos, la edad promedio fue de 25,06 años. El 84 coma nueve por ciento de los ingresos ocurrieron durante el puerperio y el 67 punto uno por ciento estuvo relacionado con la obstetricia. Embarazo mayor de 36 semanas, la cesárea y la comorbilidad fueron factores de riesgo para el surgimiento de morbilidad materna extrema. (p.280)

**Angel J (2021)**<sup>10</sup> en Colombia presentó su estudio titulado “Asociación de los determinantes sociales y gestantes notificadas como morbilidad materna extrema en el hospital militar central en los años 2018 – 2019.” De tipo analítico y retrospectivo. Resultados, usando datos de 31 variables de la OMS. Las tres entidades de MME más frecuentes fueron preeclampsia (64,5%), hemorragia obstétrica (17,7 %) y cirugía de emergencia (6,7 %). La preeclampsia se correlaciona significativamente con determinantes sociales como etnicidad mixta, inicio temprano de la atención prenatal y más atención prenatal. El nivel educativo, la dependencia económica, la edad, los embarazos anteriores o la planificación familiar no se asociaron significativamente con la aparición de SMM. Conclusiones: Diversos factores, incluidos los

determinantes sociales, son responsables del desarrollo de la morbilidad materna extrema. Estos factores deben tenerse en cuenta al estudiar diversas poblaciones para determinar su impacto y posibles ramificaciones en diversas entidades médicas. (p.9)

**Nungaray L (2019)<sup>11</sup> en México** mediante estudio descriptivo y retrospectivo titulado “Análisis de los indicadores para medición de morbilidad materna extrema según criterios de la OMS en una institución materno-infantil de segundo nivel del noreste de México.” Objetivo, determinar la morbilidad materna extrema, resultados, la morbilidad materna extrema tuvo un incremento del 215 con 565 casos a 804 casos en el 2018, entre los factores se ha encontrado que la hemorragia obstétrica fue más predominante en mujeres con más de 20 años, en un 93% de los casos, también se encontró casos de disfunción cardiovascular, seguido de disfunción respiratoria. En desordenes hipertensivos se halló que 76.9% mujeres mayores de 20 años experimentaron preeclampsia severa y 88.3% sufrieron eclampsia. Conclusión, Con respecto al índice de gravedad materna, se observó un aumento secuencial a trastornos hipertensivos, siendo la causa más frecuente la hipertensión arterial preexistente, la eclampsia y la gravedad en esta población. Los casos de trastornos hipertensivos y sangrado obstétrico se han incrementado con el tiempo. (p.11)

**Bedón M (2020)<sup>12</sup>** presentó en Ecuador un estudio de tipo descriptivo observacional titulado “Factores de riesgo de morbilidad obstétrica extrema y las intervenciones realizadas mediante la aplicación del sistema Near Miss en las pacientes del hospital gineco obstétrico Isidro Ayora durante el periodo 2017 – 2018.” Cuyo objetivo fue determinar los factores de MME. Resultado, La mediana de edad de los pacientes fue del 26,1%; al 45,3% se les realizó cesárea; y el 10,2% de ellos tenían infecciones. Las enfermedades más comunes de los pacientes fueron los trastornos hipertensivos, que afectaron al 47,7% de ellos, los trastornos hemorrágicos, que afectaron al 43,7%, y las infecciones, que afectaron al 10,2% de ellos. La disfunción de órganos y sistemas incluyó enfermedades cardiovasculares, que representaron el 50,1 por ciento de los casos, así como enfermedades del hígado, riñones, pulmones, corazón y sangre, que representaron el 23,2 por ciento, el 21,8 por ciento y el 50,5 por ciento de los casos. Conclusiones: los controle prenatales con menos de cuatro visitas, la edad < 26 años, cesárea y legrado fueron los factores relacionados a la MME. Los Indicadores de MME incluyen el Sistema "NEAR MISS". (p.7)

**Díaz A, Lara D, Cabrera C, et al. (2022)<sup>13</sup>** presentaron en Venezuela un estudio descriptivo de casos (127 pacientes) y controles (124 pacientes) titulado “Morbilidad materna extrema: algoritmo de conducta.” Cuyo objetivo fue realizar una evaluación sobre la conducta de pacientes con MME. Resultados, la razón de MME fue de 40,66,  $\pm$  1 por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna disminuyó de 8 a 3 y se utilizaron indicadores de gravedad para clasificar al 71% de las pacientes. El número de muertes maternas se redujo de 8 a 3.

En el grupo de pacientes, la tasa de letalidad fue de 2,36 %, mientras que, en el grupo de control, fue del 6,45 por ciento. La temperatura y la frecuencia respiratoria fueron estadísticamente significativas para la evaluación de pacientes con morbilidad materna grave. El algoritmo de conducta reduce la mortalidad materna al clasificar e identificar a las pacientes con MMG. (p.290)

#### **Antecedentes Nacionales.**

**Aviles K (2023)<sup>14</sup>** desde Piura presentó un estudio de tipo descriptivo, transversal con casos y controles denominado “Factores asociados a la morbilidad materna extremadamente grave y percepción de las gestantes sobrevivientes en un hospital público 2021.” Cuyo principal objetivo fue establecer qué factores se vinculan con la MME. Resultados, los factores ginecológicos y obstétricos como hemorragia posparto secundaria, hipertensión gestacional, primiparidad y comorbilidades metabólicas tuvieron resultados estadísticamente significativos; los factores sociodemográficos no fueron más significativos en la MME. Conclusión: Los principales factores de riesgo para MME fueron la primiparidad y algunas patologías ginecoobstétricas. Para brindar un manejo y tratamiento oportunos, se recomienda implementar estrategias destinadas a identificar rápidamente a las mujeres embarazadas que tienen una mayor probabilidad de experimentar una MME. (p.7)

**Lezama M (2019)<sup>15</sup>** presentó su estudio correlacional y prospectivo titulado “Factores de riesgos asociados a morbilidad materna extrema. Hospital docente de Cajamarca.” Objetivo, identificar los factores asociados. Resultados, El 45,3% presentó SMM. De estos, el 61,3% se deben a insuficiencia orgánica. 3,1% por falla orgánica, 0,6% por enfermedad y manejo. Del mismo modo, entre los pacientes con SMM por enfermedades específicas, el 24,1% shock hipovolémico, 58,6% tenía eclampsia y el 17,2% shock séptico. Del total de casos de MIS por tipo de atención, el 70,7% requirió ingreso en UCI, el 24,1% recibió  $\geq 3$  unidades de transfusiones de sangre o componentes sanguíneos y el 5,2% requirió cirugía adicional. Los factores socioculturales significativamente asociados con la EMM incluyen la edad excesiva, el nivel de educación secundaria, el trabajo doméstico, el entorno rural y el rezago I, II y III. Los factores obstétricos significativamente asociados con SMM fueron comparables, incluida la edad gestacional de menos de 37 semanas, cesárea previa, intervalo entre nacimientos prolongado, número de visitas de atención prenatal. Por otro lado, los factores clínicos significativamente asociados con MMS fueron la anemia y la terminación del embarazo actual por cesárea. (p.11)

**Chicata A (2021)<sup>16</sup>** presentó en Huancayo un estudio correlacional transversal titulado “Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital del Callao.” Objetivo, establecer los factores vinculados a las MME.



Resultados, el 39,63% de los pacientes con MME tenían entre 25 y 34 años. Además, el 29,92% se graduó de la escuela secundaria. El 36,8% de las ocupaciones son amas de casa. El 60,37% son solteros y el 41,73% son de zona suburbana y tienen comorbilidades relacionadas con ciertas enfermedades. Asociado a factores obstétricos, el 14,17% de las pacientes que acudieron a la consulta por primera vez tenían antecedentes de embarazo, y el 64,57% nunca había tenido un aborto. Al 25,98% la mesofase está completa. El 49,08% recibió consejería antes de la concepción. El 48,29% completó 6 o más controles prenatales. La cesárea fue la vía más alta con 75,85%, 67,19% se presentaron complicaciones durante el embarazo y 82,15% se relacionaron con trastornos hipertensivos. Conclusiones: mayoría de factores sociológicos y obstétricos no se asociaron significativamente con MME. El estado civil, la edad gestacional y la duración de los eventos de MME, se asociaron significativamente. (p.21)

**Valladares E (2021)**<sup>17</sup> presentó su estudio retrospectivo de casos y controles con 76 pacientes respectivamente titulado “Factores de riesgo para morbilidad materna extrema. Instituto nacional materno perinatal.”, objetivo, identificar los factores de riesgo para MME. Resultados, el shock hipovolémico (57,9 % de los casos), seguido del shock séptico (25 %), resultó ser el tipo de enfermedad específica más frecuente, según los hallazgos. Según un análisis multivariado, los factores de riesgo para MME fueron nuliparidad, hemorragia posparto, cesárea de emergencia, parto prematuro, corioamnionitis y síndrome HELLP. Se concluyó que las siguientes condiciones eran factores de riesgo independientes para SMM: nuliparidad, hemorragia posparto, cesárea de emergencia y síndrome HELLP. (p.12)

**Cutisaca S<sup>18</sup> (2019)** en Cusco presentó su tesis observacional de casos y controles titulado “Factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes gestantes del hospital Antonio Lorena de Cusco.” Cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a MME. Resultados, Abortos OR ajustado 4.267, cesárea previa OR ajustado 3.543, un breve período intergénico OR ajustado 3.552 y controles prenatales insuficientes OR ajustado 10.800 fueron los factores asociados. Conclusión, los factores aborto, cesárea previa, período intergenésico corto, control prenatal inadecuado y deficiente sistema de derivación se encontraron asociados al desarrollo de esta patología en gestantes atendidas en el hospital

#### **Antecedentes Locales.**

**Buleje J (2020)**<sup>19</sup> presentó su tesis descriptiva y retrospectiva con título “Características de la morbilidad materna extrema de un hospital II de Ica.” Objetivo, establecer la caracterización de la MME. Resultados, en 2019 se registró el mayor porcentaje de muertes maternas (19,3%), con una población mayoritaria entre 20 y 39 años, proveniente de áreas urbanas, con solo educación secundaria y ama de casa. En cuanto a la obstetricia, la mayoría

de las gestantes tuvieron embarazos únicos, entre tres y seis hijos, y fueron entregados principalmente por cesárea. El período de intergénesis fue también entre uno y dos años. Conclusiones: La hipertensión relacionada con el embarazo fue la causa más común de morbilidad materna extrema, que se presentó en una porción significativa de los casos. (p.8)

**Bendezú G y Bendezú-Quispe, G (2014)**<sup>20</sup> presentó su estudio descriptivo retrospectivo “Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú”, cuyo objetivo fue realizar la descripción de factores vinculados a la mortalidad materna extrema severa. Resultado, La mayoría (43%) tenía educación secundaria, la edad promedio era 30,67 y el 58 por ciento de la población eran amas de casa. El 48 por ciento de la población comparte vivienda. La tasa de multigrávida fue de 67,2% y la gestación promedio fue de  $2,84 \pm 1,66$ . La hemorragia posparto (35%) y el embarazo ectópico complicado (31%) fueron las dos causas principales de MMEG. Los ingresos a la UCI representaron el 31%. La tasa de mortalidad fue de 6/1, la relación MMEG fue de 3/1 por cada 1000 nacidos vivos y la relación MMEG/MM fue de 0/1. Conclusión, las hemorragias posparto y el embarazo ectópico complicado fueron las dos causas más comunes de MMEG en el grupo estudiado. Sólo un tercio de los pacientes fueron ingresados en la UCI. (p.291)

## 1.2 Marco Teórico

### Morbilidad Materna

Se ha convertido en un baluarte de la salud y abarca todas las facetas de la salud femenina desde la concepción hasta el puerperio. Además, es un aspecto crucial de las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas como resultado de numerosos factores biológicos y sociales. Varias patologías afectan la salud de la madre y la salud de su hijo durante esta etapa son posibles, y algunas de ellas pueden incluso resultar en la muerte de la madre<sup>21</sup>. Algunas se categorizan bajo el diagnóstico de MME, que se considera un evento de interés en salud y se utiliza para medir la efectividad de atención obstétrica<sup>22</sup>.

En el año 1991, Stones introdujo el concepto de near-miss, que describe un suceso no previsto que no lleva a la muerte o a lesiones, pero que tenía el potencial de causar daño, es decir, una situación que puso en peligro la vida del paciente sin ocasionar su fallecimiento. El término near-miss o morbilidad extrema en el ámbito de la obstetricia se refiere a casos en los que una mujer experimenta una complicación severa durante el embarazo, el parto o el período posparto, llegando al borde de la muerte pero logrando sobrevivir, hasta incluso 42 días después de dar a luz<sup>9</sup>.

La MME se define como cualquier complicación que pone en peligro de muerte a la mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes al nacimiento del bebé, como consecuencia de una etiología relacionada, agravada o derivada del manejo del embarazo. Excluidas las causas incidentales o accidentales, en las que el paciente sobrevive como consecuencia del tratamiento recibido o por casualidad. La edad, antecedentes de hemorragia posparto, sepsis, embarazos múltiples, anemia, diabetes e hipertensión arterial son algunas de las condiciones que han demostrado ser predictoras de morbilidad materna extremadamente grave en casos de muertes maternas.<sup>3,23</sup>

A las MME también se conoce como enfermedad obstétrica grave, enfermedad materna extremadamente grave, complicación que pone en peligro la vida, enfermedad materna grave o “severe acute maternal morbidity” o “near-miss” frases empleadas por la OMS<sup>24</sup>. Por ello, es que la “federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología” (FLASOG) hace mención que esta complicación viene siendo la causante de gran número de fallecidas, lo que invita a las instituciones y profesionales que puedan identificar y analizar en contexto los factores que constituyen riesgo, así como el grado de condiciones de las atenciones médicas que tienen las mujeres<sup>25</sup>. De allí que el sistema de salud debe de mantener la vigilancia de atención de los servicios médicos y de epidemiología.

El seguimiento sistemático de la salud materna y perinatal a través de la vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna y del Embarazo ayudará a detectar de manera precisa las principales áreas de preocupación y carencias en los servicios de salud, lo que permitirá dirigir los esfuerzos en mejorar la atención materna y la disminución de las tasas de mortalidad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Un evento se clasifica como prevenible cuando es posible evitarlo a través de acciones concretas o la asistencia proporcionada por el personal médico especializado<sup>26</sup>.

En el año 2010, las Naciones Unidas enfatizaron considerando la mejora de los sistemas nacionales de vigilancia de la MME, lograron establecer la denominada “Estrategia Global para la Salud de las Mujeres y los Niños”, recalcando que es necesario recabar información confiable, lograda mediante validación de instrumentos, promoviendo desarrollar acciones correctivas y alcanzar las metas establecidas en los objetivos del Milenio. Idealmente, el diagnóstico de enfermedad materna grave es retrospectivo. Esto se debe a que para diagnosticar una enfermedad materna, ella debe haber sobrevivido a un evento significativo que puso en peligro su vida<sup>27</sup>.

Por otro lado, algunos rasgos o situaciones se denominan "Factores de Riesgo" porque están asociados con el surgimiento de una lesión o patología. El consumo de alcohol, tabaco, una

alimentación inadecuada, el sedentarismo y otras conductas son ejemplos de algunos de estos factores, según la OMS.<sup>28</sup>

A inicios del siglo XXI, Says y sus colegas propusieron establecer criterios estandarizados para identificar la morbilidad materna extrema, sugiriendo la identificación de enfermedades específicas, disfunción orgánica y la necesidad de intervenciones adicionales para salvar la vida de la paciente. En la actualidad, dentro del ámbito de MME, se pueden identificar factores de riesgo que comprenden una amplia gama de aspectos, tanto personales como sociales, económicos y ambientales. Estos factores pueden manifestarse antes de que se inicie el embarazo o surgir durante su desarrollo. Por consiguiente, los países buscan llevar a cabo una estrategia que consista en identificar de manera adecuada y actuar en el momento oportuno con el fin de optimizar los recursos disponibles, logrando así maximizar la eficacia de la inversión en el ámbito de la salud<sup>29</sup>.

### **Factores condicionantes de Morbilidad Materna Extrema**

**Los factores sociodemográficos**, son aquellos que establecen la morbilidad materna extrema de acuerdo a las características sociales y demográficas de las gestantes. En cuanto a la edad fértil, la edad es un antecedente demográfico que permite identificar riesgos. Según Donoso et al., los embarazos antes de los 20 años y después de los 35 años pueden presentar una serie de complicaciones. En general, se cree que las mujeres embarazadas que se encuentran en los extremos de su edad corren un mayor riesgo de que su embarazo termine negativamente, con la pérdida del bebé o la muerte de la madre<sup>14</sup>.

**El nivel educativo** es el nivel más alto de educación que ha alcanzado una persona. Por otro lado, la ONU señala que la educación primaria, particularmente en las mujeres, influye en la reducción de los índices de pobreza aportando al desarrollo de economía ante el aumento de la productividad. También promueve hábitos y comportamientos saludables. Otro factor importante es el de los recursos económicos generados por los ingresos personales o familiares que son de gran vitalidad para la seguridad de la salud de las personas, recurso que muchas de las familias no cuentan para satisfacer sus prioridades de vida haciendo que su atención no sea la adecuada por la carencia de ciertas atenciones y medicamentos en los centros de atención primaria y hospitales públicos<sup>30</sup>.

Juntos o por separado, estos factores conducen a un embarazo que presenta déficits en el desarrollo corporal y se acompaña de complicaciones del embarazo como enfermedades hipertensivas y falta de control prenatal<sup>14</sup>.

**Los factores obstétricos**, Ellos son los factores que tienen la capacidad de afectar la estabilidad global del bienestar físico, mental y social en todas las áreas asociadas con el sistema reproductivo, aumentando la posibilidad de generar desequilibrios. Los factores

obstétricos son definidos como las condiciones o características, tanto internas como externas, presentes en la mujer, que tienen el potencial de ocasionar complicaciones durante el transcurso del embarazo, el proceso de dar a luz y el periodo posparto, pudiendo interferir de alguna manera en el curso normal del embarazo o la supervivencia del bebé o la madre misma<sup>24</sup>.

Dentro de los factores obstétricos, se tiene en consideración si es multigesta o primigesta, ya que dependiendo de ello corre el riesgo de MME. Así mismo interviene el espacio temporal del embarazo y su culminación, así también el lapso del próximo embarazo. Por tal, un factor relevante es de la atención prenatal que reciben las mujeres por parte de especialistas que vigilan el proceso gestacional, terminando con el parto eutócico que suele ser complicado en muchas de las mujeres primerizas y el parto distócico por intervención quirúrgica que en cierto grado complica la estabilidad de la salud de las mujeres.

**Factores clínicos.** Estos factores son considerados como aquellos que predisponen a las madres sufrir de situaciones que ponen en peligro su salud y vida, debido a condiciones de salud que poseen o adquieren debido al proceso de gestación, parto o posparto. Entre los principales factores tenemos:

La preeclampsia, es una complicación del embarazo con presión arterial alta y daño en otros órganos. Se manifiesta después de las 20 semanas de gestación, pero puede ocurrir en casos raros antes o después del parto. La preeclampsia es una complicación del embarazo común y peligrosa que puede ser mortal si no se trata a tiempo. Se caracteriza por la hipertensión, proteinuria y edemas en las extremidades<sup>28</sup> puede distinguirse dos tipos, la preeclampsia leve y la severa, siendo esta última la que puede provocar el fallecimiento del feto o de la madre.

Otro factor es la eclampsia, una complicación severa que puede ocurrir durante el embarazo, consistente en convulsiones tónicas y clónicas que afectan a todo el cuerpo, y se presenta en mujeres que ya han sido diagnosticadas con preeclampsia. La eclampsia suele manifestarse posterior a las 20 semanas de embarazo, aunque también es posible que se manifieste durante el proceso de dar a luz o en el período de las primeras 48 horas luego del parto. Se trata de una situación de salud crítica que necesita ser atendida de manera urgente. La eclampsia es una condición grave que pelagra la vida tanto de la madre como del bebé<sup>23</sup>.

El shock hipovolémico. Se trata de una condición fisiopatológica que ocurre debido a un fallo en el suministro correcto de oxígeno a las células. Esta situación se caracteriza por la presencia de síntomas clínicos como una baja importante en la presión arterial, aumento rápido del ritmo cardíaco, cambios en el estado de alerta mental, falta de pulsaciones en las extremidades, y se origina como consecuencia de un sangrado. Se produce cuando el volumen de sangre en circulación disminuye de manera notable. Esta reducción en el flujo

de sangre hacia los órganos esenciales del cuerpo podría resultar en problemas de funcionamiento de los órganos y en casos extremos, llevar al fallecimiento si no se aborda de manera urgente<sup>27</sup>.

El shock séptico, El shock séptico es una condición médica en la que se produce un mal funcionamiento de los órganos debido a una respuesta incontrolada e inflamatoria que se desarrolla como consecuencia de una infección. La hipotensión causada por la sepsis continúa a pesar de recibir la cantidad correcta de líquidos, y se manifiesta junto a signos de disfunción de varios órganos. Hipotensión se describe como una condición en la cual la presión sistólica desciende por debajo de los 90 mmHg o la presión arterial media cae por debajo de los 60 mmHg sin una razón identificable<sup>31</sup>.

El síndrome HELLP, una complicación grave del embarazo que causa hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. Complicación durante el embarazo con hemólisis, aumento de transaminasas y trombocitopenia. Asociado frecuentemente con preeclampsia grave, pero también puede ocurrir de forma independiente<sup>32</sup>.

Por tal, es imprescindible contar con un recurso humano altamente capacitado y especializado en la atención obstétrica de emergencia, así como disponer de los suministros médicos más idóneos y adecuados para garantizar una atención integral y oportuna. Asimismo, es esencial que estos establecimientos cuenten con protocolos de atención estandarizados, en los cuales se plasmen las mejores prácticas y recomendaciones establecidas por los organismos internacionales de salud, con el fin de asegurar una atención de calidad y que responda a los más altos estándares de seguridad médica<sup>33</sup>.

Además de lo anterior, resulta primordial establecer sistemas de remisión eficientes y efectivos, que permitan la transferencia rápida y segura de las pacientes que requieren una atención especializada a centros de mayor nivel de complejidad. Esto implica establecer una estrecha coordinación y comunicación entre los distintos niveles de atención, así como contar con una red sólida y eficiente que asegure un traslado ágil y seguro de las pacientes a los centros especializados en el manejo de complicaciones obstétricas<sup>34</sup>.

### **Dimensiones:**

Dimensión: factores sociodemográficos.

Dimensión: factores obstétricos.

Dimensión: factores clínicos.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **Problema General:**

¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?

#### **Problemas específicos:**

**P.E.1.** ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?

**P.E.2.** ¿Cuáles son los factores obstétrico asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?

**P.E.3.** ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?

### **1.4. Justificación**

Los embarazos no suelen tener las mismas evoluciones y características en todas las mujeres. Pues, debido a la forma de vida y otros factores personales pueden ocasionar tensiones y malestares en la gestante. Situaciones que se convierten en relevantes para la vigilancia del buen desarrollo gestacional, estas enfermedades son consideradas extremas cuando ponen en riesgo la salud extrema de las madres<sup>35</sup>.

Teóricamente el estudio encuentra justificación en la propuesta de información científica que enriquecerá los sustentos teóricos sobre los factores de morbilidad materna extrema, actualmente considerando los eventos de pandemia y aspectos socio culturales en los contextos de la salud de las gestantes. Aporte que permitirá a futuras investigaciones sobre la morbilidad extrema en las madres seguir la descripción teórica de la variable de estudio.

En el aspecto de justificación práctica, el estudio a través de los resultados logrará cumplir con los objetivos formulados en el estudio que al mismo tiempo permitirá dar respuesta a los problemas de conocimiento sobre las características y perfiles clínicos de los factores con vínculo a la morbilidad materna extrema, permitiendo que se mejore las vigilancias y atenciones del personal de salud en los establecimientos de salud donde se presenten estos cuadros clínicos en las gestantes, incluso luego del parto.

Finalmente, el estudio muestra su justificación social ante la problemática de salud establecida en el buen desarrollo de salud de las madres en riesgo extremo de morbilidad materna, pues, mediante la presentación de los resultados según los factores

sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos contribuirá para que los profesionales de la salud realicen actividades de vigilancia y atención oportuna desde la atención primaria y a los pacientes y familiares para que mediante difusión puedan conocer sobre las características de los factores de morbilidad materna extrema.

### **Importancia.**

La morbilidad materna extrema es un tema de salud pública de gran importancia, ya que de acuerdo con los resultados que presentarán el estudio tiene gran relevancia porque a través del trabajo se amplía el conocimiento de los profesionales de la salud y aportará para las futuras investigación donde se quiera implementar la ficha de notificación de MME para determinar con mayor énfasis las características sociodemográficas y clínicas en relación con la atención y tratamiento hacia los pacientes y el trato en su conducta.

El obtener más resultados en futuros trabajos de investigación fortalecerá el poder detectar oportunamente el perfil de una gestante en peligro y así actuar eficazmente para no llegar a eventos fatales.

## **1.5. Objetivos de investigación.**

### **Objetivo general:**

Determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

### **Objetivos específicos:**

**O.E.1.** Determinar los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

**O.E.2.** Determinar los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

**O.E.3.** Determinar los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.



## **1.6. Hipótesis y variables de la investigación.**

### **1.6.1. Hipótesis de la investigación**

#### **Hipótesis general**

Los factores asociados a la morbilidad materna extrema del hospital de MINSA son semejantes a los factores del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

#### **Hipótesis específicas**

**H.E.1.** Existen diferencia entre los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el hospital de MINSA y del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

**H.E.2.** Los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema presentan semejanza entre los de hospital de MINSA y el hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

**H.E.3.** Existe semejanza entre los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema hallados en el hospital de MINSA y los del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.

### **1.6.2. Variables**

#### **Variable independiente:**

Factores sociodemográficos

Factores obstétricos

Factores clínicos.

#### **Dimensiones:**

Dimensión: Factores sociodemográficos.

Dimensión: Factores obstétricos.

Dimensión: Factores clínicos.

#### **Variable dependiente**

Morbilidad materna extrema

#### **Dimensiones:**

Dimensión clínica

## II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

### 2.1. Tipo, Nivel y diseño de investigación.

#### **Enfoque de investigación.**

El trabajo se desarrollará dentro del enfoque cuantitativo, debido a que para el logro de los objetivos se empleará el uso de las tablas de frecuencias estadísticas terminando con la interpretación de los datos y el establecimiento de las conclusiones<sup>36</sup>.

#### **Tipo de investigación:**

La investigación es transversal, retrospectiva y descriptiva. Transversal porque el recojo de los datos mediante el instrumento correspondiente se realizará dentro de un tiempo determinado; descriptiva debido a que el proceso de investigación se recogerán datos para identificar y describir las características de la variable factores de riesgo en morbilidad materna extrema, sin expresar relación o causa alguna con otra variable<sup>37</sup>.

#### **Nivel de investigación:**

El estudio presentará los procesos del alcance descriptivo, pues según este nivel los datos recogidos con el instrumento permitirán conocer el desarrollo de la variable para poder determinar los objetivos formulados mediante tablas estadísticas<sup>38</sup>.

#### **Diseño de la investigación:**

La investigación seguirá los pasos del diseño no experimental, pues no se realizará experimentación alguna con la muestra seleccionada, solo se tendrá en considerar la descripción de comportamiento de la variable en la salud de las personas<sup>39</sup>

### 2.2. Población, muestra y muestreo.

La población consignada para el estudio estuvo conformada 94 mujeres embarazadas que evidenciaron morbilidad extrema en los hospitales del MINSA y de ESSALUD de Ica.

#### **Muestra de estudio:**

La muestra siendo establecida conociendo la población, permitió recolectar datos garantizado el cumplimiento de los objetivos, por lo que se tomó como muestra al total de la población según los hospitales seleccionados (hospital regional de Ica y el hospital “Augusto Hernández”).

### **Muestreo:**

Para escoger la muestra a emplear se tomó en cuenta el no probabilístico aleatorio intencional y por conveniencia<sup>40</sup>

#### **a. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Gestantes que presentaron uno o más malestares de Morbilidad Materna Extrema según criterios de la NTS N° 174. **MINSA/2021/CDC**.
- Ficha de Gestantes que presentaron complicaciones de falla orgánica en su embarazo.
- Ficha de gestantes con Morbilidad Materna Extrema de toda edad.
- Fichas completas y legibles de las gestantes con morbilidad materna extrema

#### **b. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Gestantes que presentaron malestares leves sin riesgo extremo.
- Fichas de gestantes fallecidas en el hospital.
- Fichas que son ilegibles y con datos incompletos de gestantes con morbilidad materna extrema

### **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

#### **Técnicas de recolección de datos:**

**Análisis de Documentos.** De acuerdo al logro de los objetivos, la técnica empleada para este caso es el análisis documentario. Está técnica es la más empleada para acceder a las informaciones de un grupo elegido por la muestra considerando el problema de estudio para finalmente concluir con los datos<sup>41</sup>.

#### **Instrumentos de recolección de datos:**

Ficha de notificación:

Para recoger datos de la variable “factores de riesgo de morbilidad materna extrema” se utilizó el instrumento estandarizado por el MINSA que respondió a las preguntas y objetivos de investigación<sup>42</sup>.

### ***Ficha técnica del instrumento***

Nominación: "Ficha de notificación e investigación de morbilidad materna extrema<sup>39</sup>".

Autor: MINSA

Dimensiones: Factores sociodemográficos

Factores epidemiológicos

Factores clínicos

Medición: Nominal

Descripción: el tiempo de empleo será de aproximadamente 20 minutos.

El instrumento para su aplicación en el proceso de investigación no requirió de validación y confiabilidad alguna por ser parte de la norma técnica refrendada por el MINSA para la investigación de la morbilidad materna extrema.

#### **2.4. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos.**

Luego de emplear el instrumento de recojo de información a través del análisis de las fichas de las madres que padecieron de MME, se inició con el procesamiento, organización y la interpretación de los datos considerando el siguiente procedimiento:

Luego de la aplicación del instrumento y recogidos los datos con su respectiva organización mediante el empleo de la herramienta office de Excel, según los criterios y dimensiones establecidos en el presente estudio, se realizó a compartir los datos al programa estadístico SPSS V27, programa que analizó los datos y brindó la organización de los mismos mediante tablas estadísticas de frecuencias permitiendo determinar los factores de riesgos más predominantes en los hospitales seleccionados para realizar la interpretación correcta de los resultados finalizando con las discusiones correspondientes y las conclusiones del estudio.

### III. RESULTADOS

*Tabla 1 Distribución de datos de grupo etario de mujeres con morbilidad materna extrema*

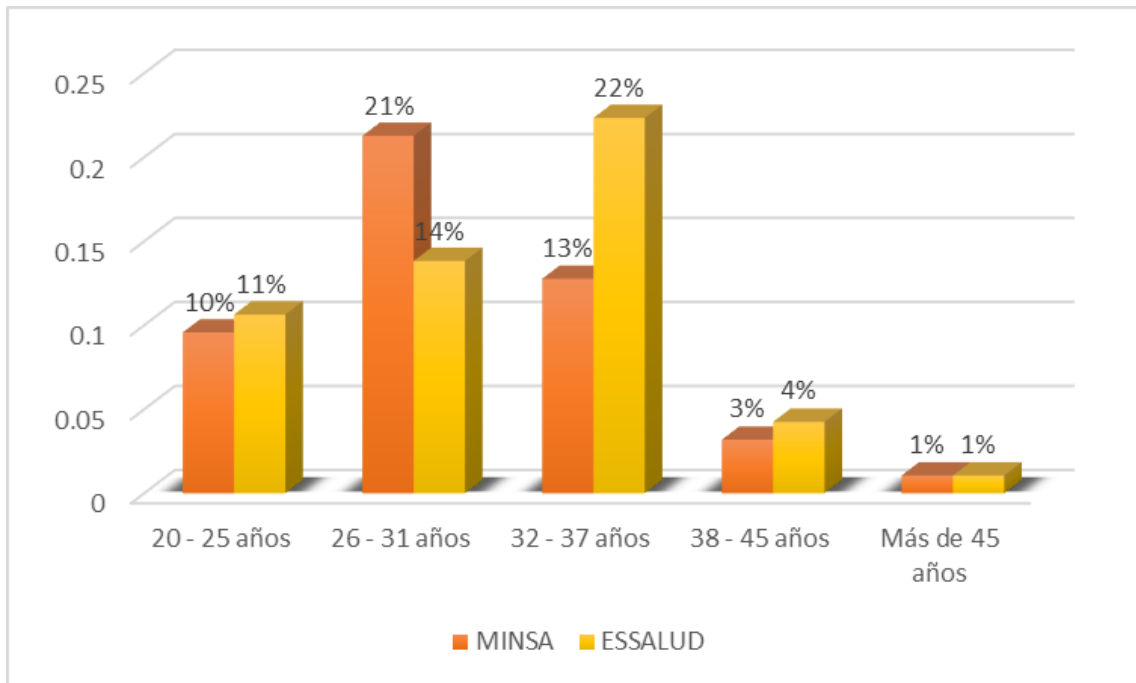
Grupo etario	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
20 - 25 años	9	10%	10	11%
26 - 31 años	20	21%	13	14%
32 - 37 años	12	13%	21	22%
38 - 45 años	3	3%	4	4%
Más de 45 años	1	1%	1	1%
<b>SUBTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>		94		100%

Fuente: Resultados del instrumento de recolección de datos

#### **Interpretación.**

Según los datos recogidos sobre grupos etarios consignados en la tabla 1 se halló que, de las madres que padecieron de MME en los hospitales seleccionado de la provincia de Ica, en el hospital regional (MINSA) el grupo etario con mayor predominancia de experimentar la situación de “casi muerta” fue de 26 a 31 años con 21% seguido por el 13% concerniente a los grupos de 32 a 37 años. En el hospital bajo régimen de ESSALUD en Ica se halló que el grupo más predominante con 22% fue de 32 a 37 años seguido por 14% de las madres que tuvieron entre 26 y 31 años cuando experimentaron las complicaciones graves. Resultados que establecen que la edad es un factor influyente en el padecimiento de MME evidenciándose la diferencia entre los grupos de edades en los hospitales

**Figura 1** Distribución de datos sobre grupo etario de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



**Tabla 2** Distribución de datos del nivel educativo de las mujeres que padecieron morbilidad materna extrema

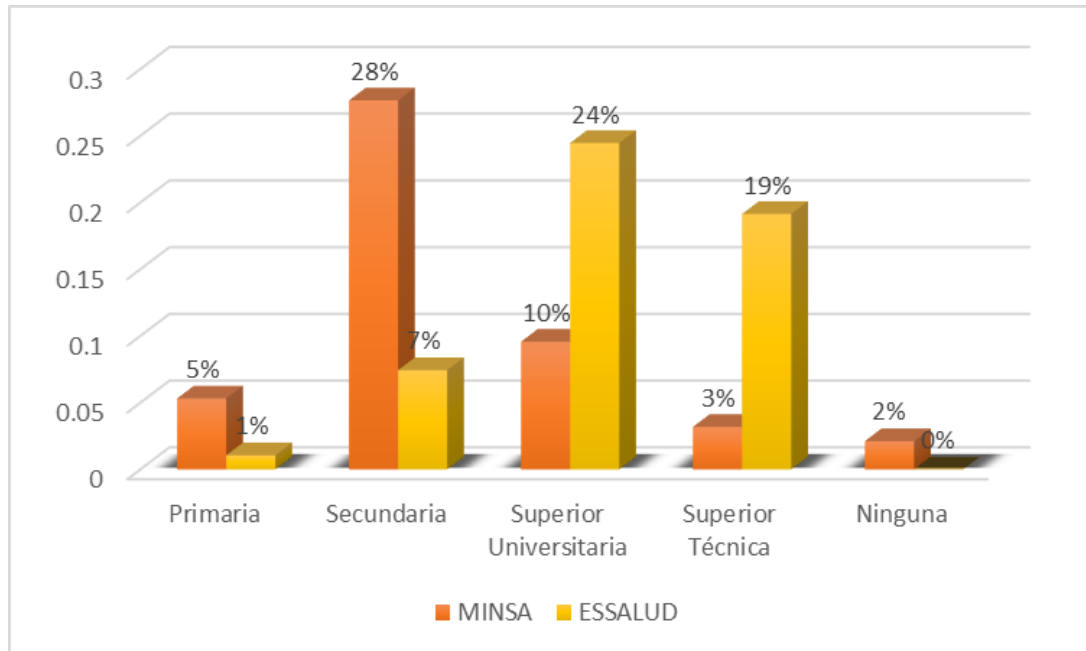
Nivel educativo	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
<b>Primaria</b>	5	5%	1	1%
<b>Secundaria</b>	26	28%	7	7%
<b>Superior</b>				
<b>Universitaria</b>	9	10%	23	24%
<b>Superior Técnica</b>	3	3%	18	19%
<b>Ninguna</b>	2	2%		0%
<b>SUBTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>	94		100%	

Fuente: Resultados del instrumento de recolección de datos

### **Interpretación**

De acuerdo con los datos organizados en la tabla 02 sobre el nivel educativo alcanzado por las madres que padecieron de MME en los hospitales seleccionados en la provincia de Ica, se tiene que, la mayoría de mujeres (28%) tienen estudios en el nivel secundaria, seguido del 10% que han realizado estudios universitarios correspondientes al hospital regional de Ica del MINSA; mientras que, en el hospital “Augusto Hernández” la mayoría de las mujeres que padecieron de MME en 24% tienen un nivel educativo de superior universitaria seguido por el 19% tenían estudios de superior técnica, mientras que el 7% tuvieron estudios en el nivel secundaria. Diferencia que se nota en el sector de la población que se brinda el servicio debido al resquebrajamiento en la organización del sistema de salud, pues, el sistema de hospital de ESSALUD pertenece en su organización al ministerio de trabajo y del empleo en el año 2023.

**Figura 2** Distribución de datos sobre nivel educativo de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD





**Tabla 3** Distribución de datos del estado civil de las madres que padecieron de morbilidad materna extrema

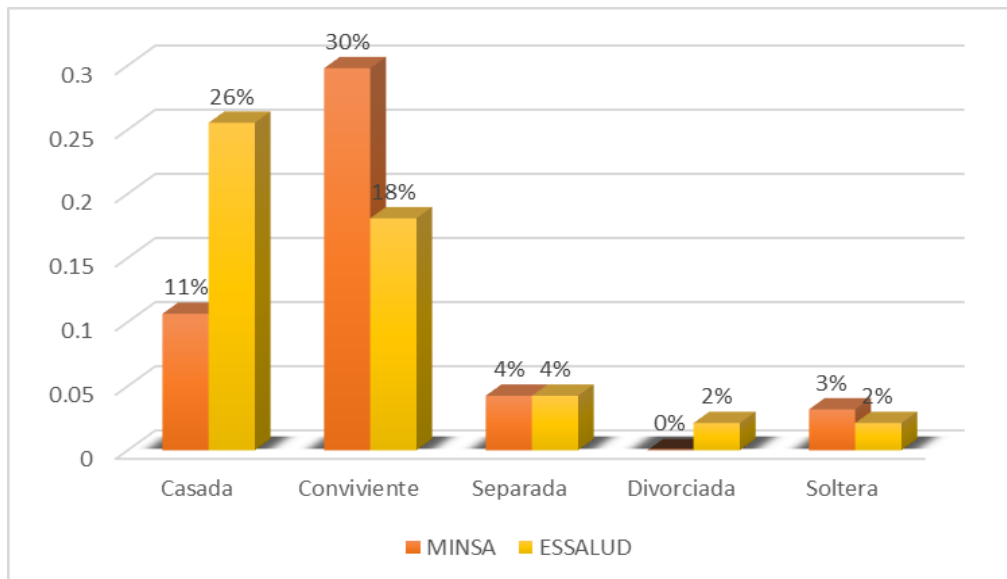
Estado civil	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
<b>Casada</b>	10	11%	24	26%
<b>Conviviente</b>	28	30%	17	18%
<b>Separada</b>	4	4%	4	4%
<b>Divorciada</b>	0	0%	2	2%
<b>Soltera</b>	3	3%	2	2%
<b>SUBTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>		94		100%

Fuente: Resultados del instrumento de recolección de datos

### **Interpretación**

En la tabla 03 sobre la distribución de los datos sobre el estado civil de las madres que se encontraron en situación de morbilidad materna exclusiva en el año 2023 atendidas en el hospital del MINSA, el 30% eran convivientes con sus parejas, 11% eran casadas y 4% separadas de su pareja; en cuanto a las mujeres que fueron atendidas en el hospital seleccionado de ESSALUD se encontró que el 26% tenían el estado civil de casadas y que 18% eran convivientes con sus parejas, además, se encontró que el 2% eran divorciadas.

**Figura 3** Distribución de datos sobre estado civil de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



**Tabla 4** Distribución de datos sobre la ocupación de madres con morbilidad materna extrema

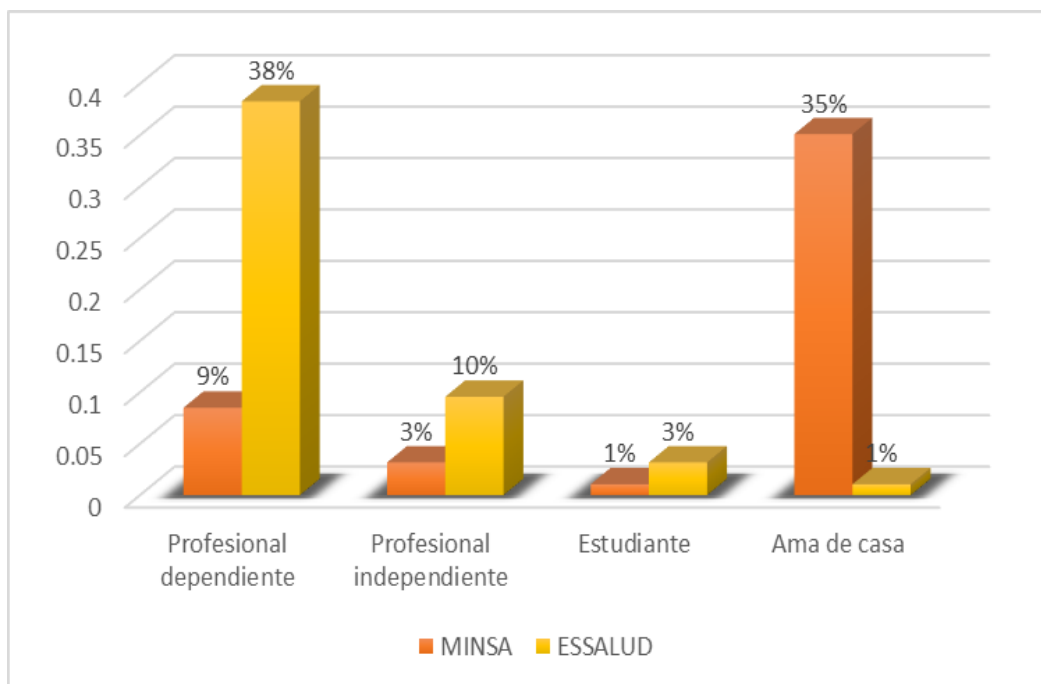
Ocupación	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
<b>Profesional dependiente</b>	8	9%	36	38%
<b>Profesional independiente</b>	3	3%	9	10%
<b>Estudiante</b>	1	1%	3	3%
<b>Ama de casa</b>	33	35%	1	1%
<b>SUBTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>	94		100%	

Fuente: Resultados del instrumento de recolección de datos

### **Interpretación**

considerando los datos del instrumento de recolección y organizados en la tabla 04 sobre el aspecto concordante con el factor ocupacional de las mujeres que padecieron de MME en el año 2023 en los hospitales seleccionados de la provincia de Ica se encontró que, en el hospital bajo el régimen directo del MINSA el 35% tenían como ocupación ama de casa, seguido del 9% del total mujeres, que ejercen una profesión de forma dependiente, encontrándose una madre que es estudiante. En el hospital seleccionado bajo el régimen de ESSALUD se halló que 38% de las que padecieron de MME ejercían su profesión de forma dependiente, 10% de manera independiente y 3% eran estudiantes. Datos que muestran la diferencia de cobertura de la atención resquebrajada por la diferencia socioeconómica de la población vinculada con la ocupación que tienen

**Figura 4** Distribución de datos sobre condición laboral de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



*Tabla 5 distribución de datos sobre tipo de seguro de salud de las mujeres que experimentaron morbilidad materna extrema*

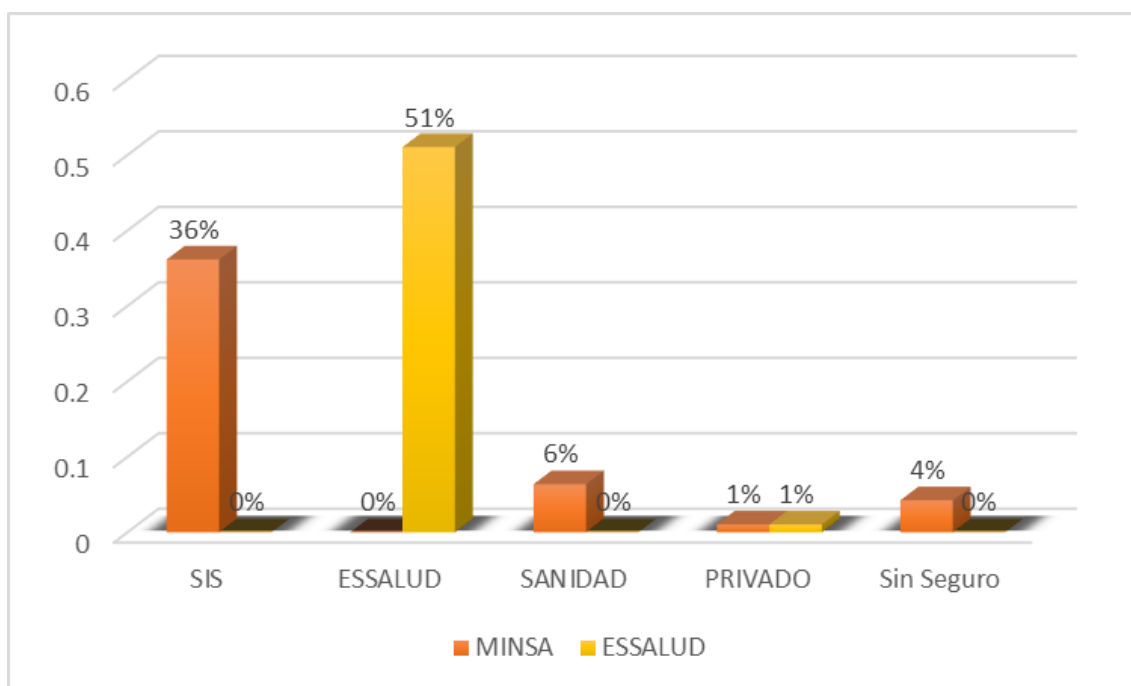
Tipo de seguro	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
<b>SIS</b>	34	36%	0	0%
<b>ESSALUD</b>	0	0%	48	51%
<b>SANIDAD</b>	6	6%	0	0%
<b>PRIVADO</b>	1	1%	1	1%
<b>Sin Seguro</b>	4	4%	0	0%
<b>SUTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>	94		100%	

Fuente: Resultados del instrumento de recolección de datos

### **Interpretación.**

Según los datos del instrumento de recolección y organizados en la tabla 03 sobre el aspecto de seguro que cubren los gastos de atención e intervenciones hacia las mujeres que padecieron de MME en los hospitales seleccionados de la provincia de Ica se encontró que, el 36.2% de las féminas atendidas formaban parte del Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, otro seguro que brindó garantía en la atención a 6.4% de mujeres, fue el de SANIDAD correspondiente al sector de la policía. En el otro hospital seleccionado el 51% del total de la población fue atendida e intervenida medicamente por el seguro de ESSALUD solo 1% fue intervenida y atendida medicamente de manera particular.

**Figura 5** Distribución de datos sobre tipo de seguro de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



**Tabla 6** Distribución de datos sobre antecedentes patológicos de madres con MME

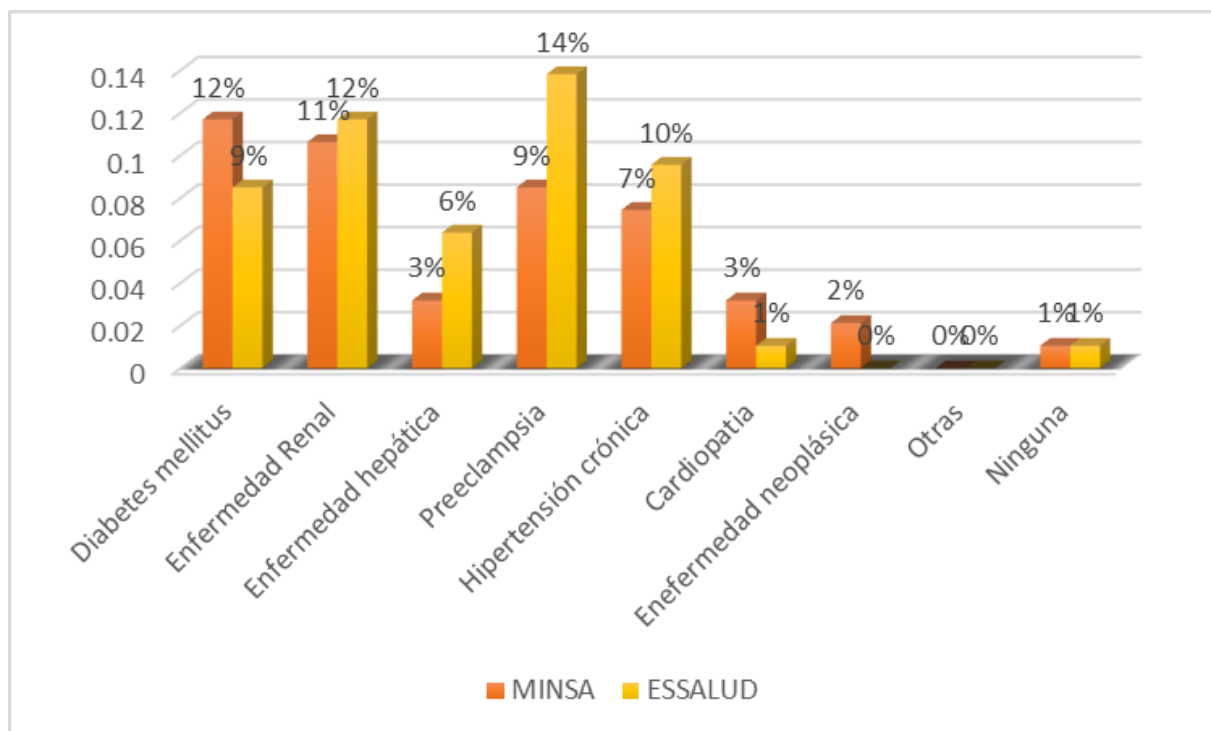
<b>Antecedente</b>	<b>MINSA</b>		<b>ESSALUD</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Diabetes mellitus</b>	11	12%	8	9%
<b>Enfermedad Renal</b>	10	11%	11	12%
<b>Enfermedad hepática</b>	3	3%	6	6%
<b>Preeclampsia</b>	8	9%	13	14%
<b>Hipertensión crónica</b>	7	7%	9	10%
<b>Cardiopatía</b>	3	3%	1	1%
<b>Enfermedad neoplásica</b>	2	2%	0	0%
<b>Otras</b>	0	0%	0	0%
<b>Ninguna</b>	1	1%	1	1%
<b>SUBTOTAL</b>	45		49	
<b>TOTAL</b>		94		100%

Fuente: Instrumento de recojo de información.

### **Interpretación.**

Considerando los datos se ha encontrado que en el hospital bajo el régimen del MINSA las enfermedades que padecieron anteriormente las madres fueron la diabetes M2 en 12%, enfermedad de los riñones (11%) y preeclampsia con 9% que contribuyeron con las complicaciones; mientras que en el hospital seleccionado bajo el régimen de ESSALUD las enfermedades predecesoras que fueron halladas en las madres que padecieron de morbilidad extrema son, la preeclampsia (14%), las enfermedades renales con implicancias en 12%, así como la hipertensión crónica con 10% durante el año 2023, dejando en claro las diferencias de las patologías antecesoras coincidiendo en algunas de ella, por lo que no son los mismos antecedentes que se consideran como factores de la morbilidad extrema que padecieron.

**Figura 6** Distribución de datos sobre antecedente patológico de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD





**Tabla 7** Distribución de datos sobre antecedentes de parto y complicaciones de embarazo

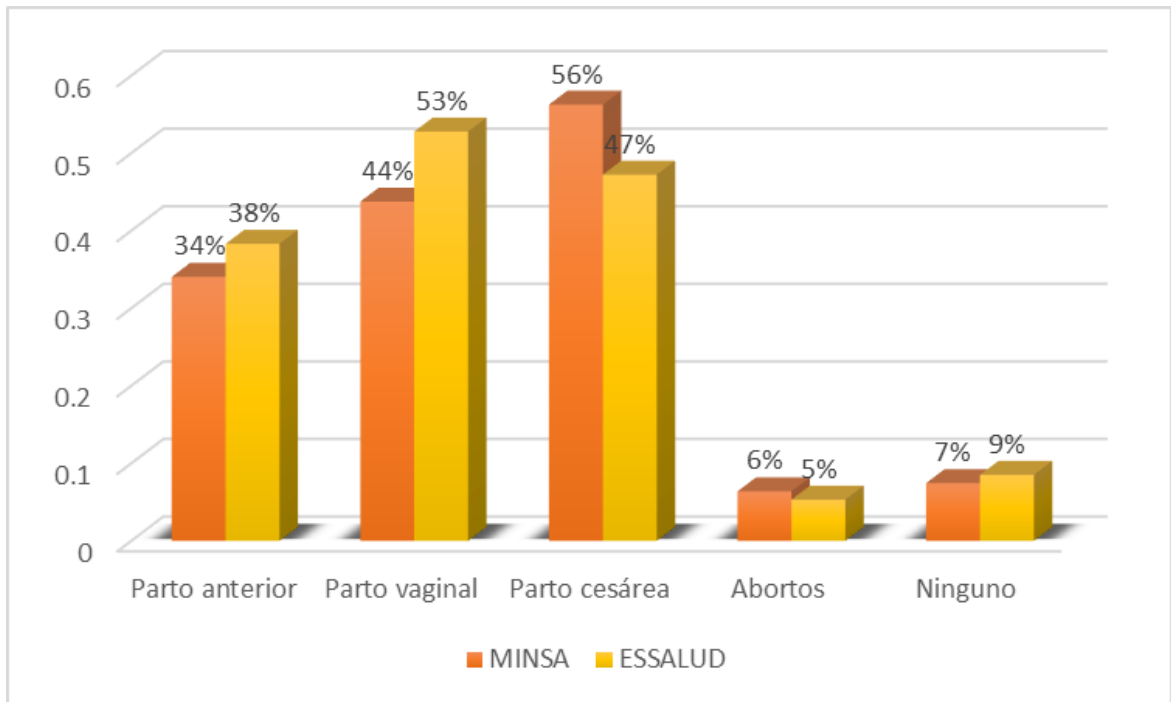
Antecedente	MINSA		ESSALUD	
	F	%	F	%
<b>Parto anterior</b>	<b>28</b>	<b>30%</b>	<b>31</b>	<b>33%</b>
Parto vaginal	12	43%	14	45%
Parto cesáreo	16	57%	17	55%
<b>Abortos</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>5</b>	<b>5%</b>
<b>Ninguno</b>	<b>11</b>	<b>12%</b>	<b>13</b>	<b>14%</b>
<b>SUBTOTAL</b>	<b>45</b>		<b>49</b>	
<b>TOTAL</b>		94		100,00%

Fuente: Instrumento de recojo de información.

### **Interpretación.**

En cuanto a los datos consignados en la tabla sobre los partos o complicaciones en el embarazo que tuvieron las madres que experimentaron morbilidad extrema. En el hospital del MINSA, el anterior parto en la mayoría de las mujeres (57%) se llevó a cabo por cesárea, así también que el 6% tuvieron aborto y 12% no tuvieron parto ni aborto alguno; en el hospital del régimen de ESSALUD los partos antecesores fueron en 55% por cesárea, 5% abortaron y 14% no tuvieron complicación alguna. Por lo encontrado se observa las semejanzas en cuanto a los partos y complicaciones en madres atendidas en ambos hospitales seleccionados en la provincia de Ica, 2023.

**Figura 7** Distribución de datos sobre antecedente obstétrico de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



**Tabla 8** Distribución de datos sobre los controles prenatales en madres con MME

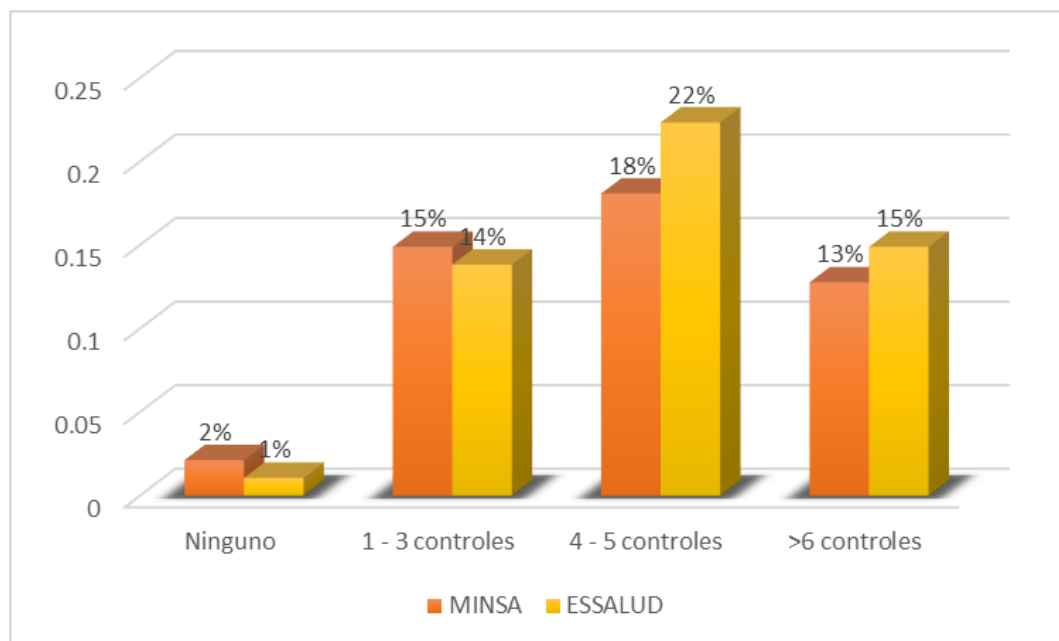
<b>Controles</b>	<b>MINSA</b>		<b>ESSALUD</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	2	2%	1	1%
<b>1 a 3</b>	14	15%	13	14%
<b>4 a 5</b>	17	18%	21	22%
<b>Más de 6</b>	12	13%	14	15%
<b>SUBTOTAL</b>	45	48%	49	52%
<b>TOTAL</b>	94		100%	

Fuente: Instrumento de recojo de información.

### **Interpretación**

En cuanto a la distribución de datos sobre los controles prenatales que tuvieron las madres que padecieron de morbilidad extrema se encontró como resultados que 18% de las participantes realizaron de 4 a 5 controles, 15% se controlaron entre 1 a 3 veces y 13% tuvieron más de 6 controles en el hospital concerniente a MINSA. Mientras que las pacientes que padecieron MME en el hospital de ESSALUD las mujeres en 22% llevaron de 4 a 5 controles, 14% solo llevaron controles de 1 a 3 veces antes del parto y 15% llevaron más de 6 controles para bienestar del neonato y personal en el año 2023. Evidenciándose que existe cierta diferencia en la cantidad de controles donde en el hospital de ESSALUD

**Figura 8** Distribución de datos sobre controles prenatales de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



*Tabla 9 Distribución de datos de las complicaciones sufridas por las madres con MME*

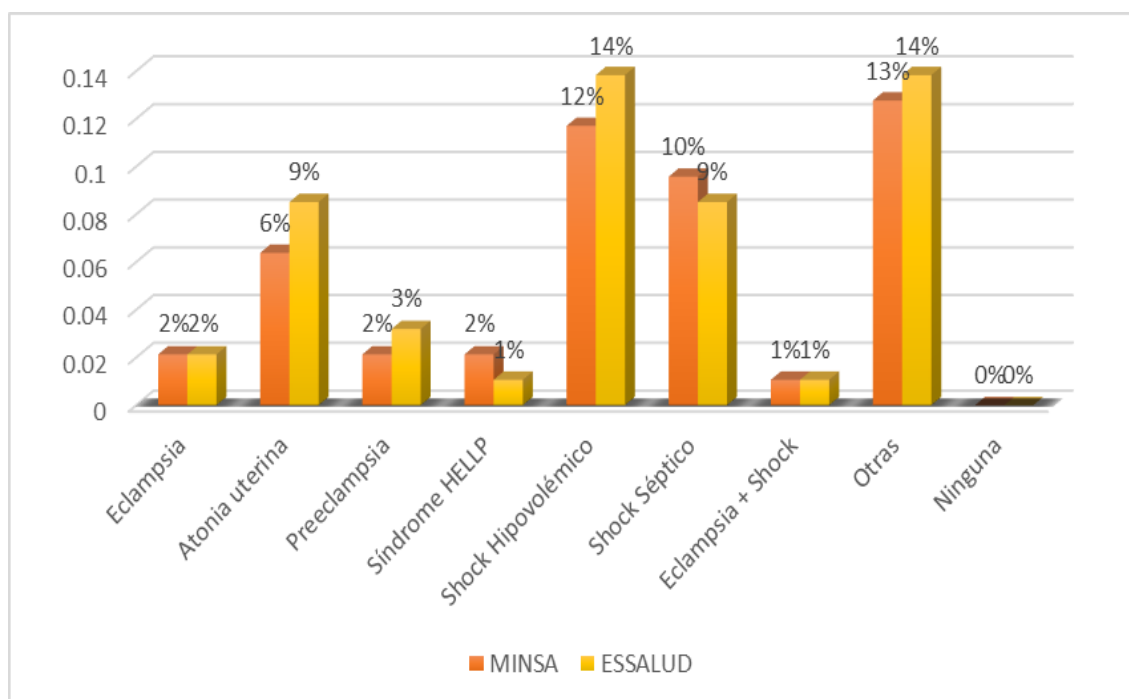
<b>Complicaciones</b>	<b>MINSA</b>		<b>ESSALUD</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Eclampsia</b>	2	2%	2	2%
<b>Atonia Uterina</b>	6	6%	8	9%
<b>Preeclampsia</b>	2	2%	3	3%
<b>Síndrome HELLP</b>	2	2%	1	1%
<b>Shock Hipovolémico</b>	11	12%	13	14%
<b>Shock Séptico</b>	9	10%	8	9%
<b>Eclampsia + Shock</b>	1	1%	1	1%
<b>Otras patologías</b>	12	13%	13	14%
<b>SUBTOTAL</b>	45	48%	49	52%
<b>TOTAL</b>		94		100%

Fuente: Instrumento de recojo de información.

### **Interpretación**

Los datos distribuidos en la tabla de frecuencias sobre las complicaciones que padecieron las mujeres con morbilidad materna extrema en los dos hospitales seleccionados en la provincia de Ica muestran que las complicaciones en las pacientes de ambos hospitales tienen similitudes, prevaleciendo en el hospital del MINSA, el 12% con shock hipovolémico, 9% con shock séptico y 6% con Atonía Uterina. Mientras que en el hospital del régimen de ESSALUD las pacientes también mostraron las mismas complicaciones, 14% con Shock hipovolémico, 9% experimentaron shock séptico, igual cantidad con atonía uterina.

**Figura 9** Distribución de datos sobre complicaciones de las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD



**Tabla 10** Distribución de datos de las intervenciones y manejos médicos con las mujeres que padecieron MME

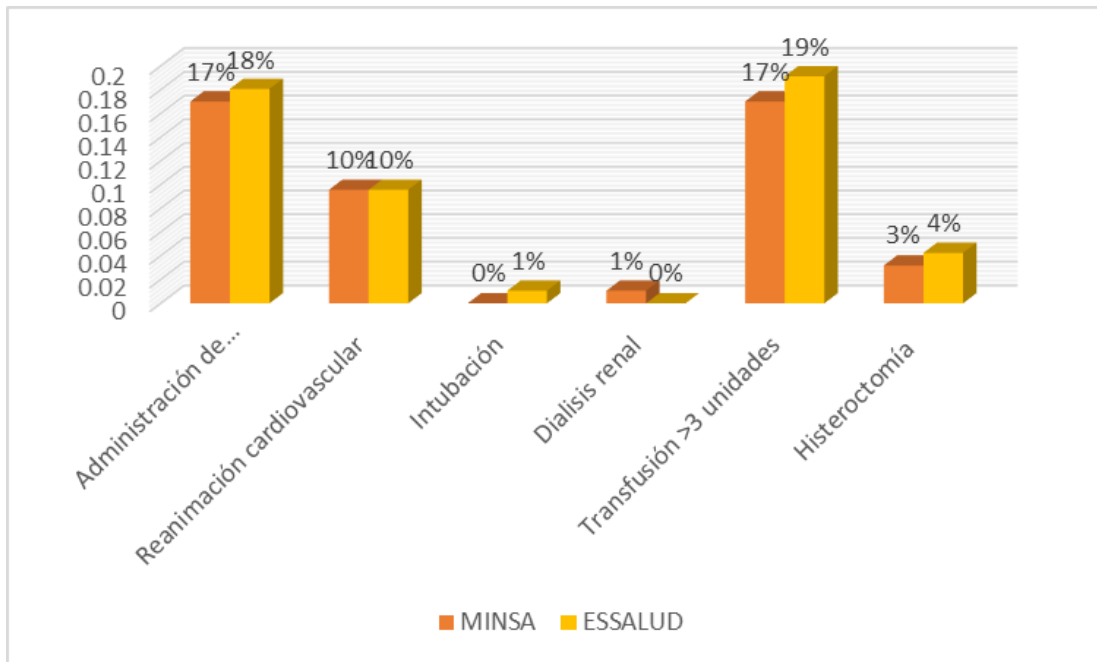
<b>Intervención y manejo</b>	<b>MINSA</b>		<b>ESSALUD</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Administración de vasoactivos</b>	16	17%	17	18%
<b>Reanimación cardiopulmonar</b>	9	10%	9	10%
<b>Intubación</b>	0	0%	1	1%
<b>Diálisis renal</b>	1	1%	0	0%
<b>Transfusión más de 3 unidades</b>	16	17%	18	19%
<b>Histerectomía</b>	3	3%	4	4%
<b>SUBTOTAL</b>	45	48%	49	52%
<b>TOTAL</b>	94		100%	

Fuente: Instrumento de recojo de información.

### **Interpretación.**

La intervención médica oportuna es relevante para mantener la tranquilidad clínica de los pacientes por ello es que ante las circunstancias de las complicaciones de MME en los hospitales seleccionados de la provincia de Ica se han encontrado que en el hospital del MINSA la intervención se dio en 17% mediante aplicación de fármacos vasoactivos, 17% también intervinieron con la transfusión sanguínea en más de 3 unidades, así mismo se encontró que en 10% los médicos intervinieron con procedimientos de reanimación cardiopulmonar. En el hospital de ESSALUD se encontraron las mismas intervenciones, 19% de pacientes recibieron más de 3 unidades de sangre, en 18% se administraron vasoactivos y 10% necesitaron los procedimientos de reanimación cardiopulmonar.

**Figura 10** Distribución de datos sobre intervenciones con las madres con MME en los hospitales de MINSA y ESSALUD





#### IV. DISCUSIÓN

El estudio de investigación se enfoca en determinar los factores asociados con la morbilidad materna extrema en hospitales bajo los sistemas del MINSA y ESSALUD en Ica, Perú, para los años 2022-2023. La morbilidad extrema en las madres tiene gran impacto en la salud de las personas, sabiendo que en el proceso de gestación, parto o postparto suelen generarse situaciones que ponen en peligro extremo a las madres, por lo que, la intervención médica cobra urgencia en su atención para lograr sobrevivir a estas complicaciones.

Considerando el propósito de la investigación el desarrollo se realizó descriptivamente encontrando los factores que se presentan en los casos de MME en dos hospitales con características de atención y regímenes distintos en la ciudad de Ica, permitiendo hacer ciertas comparaciones de los datos encontrados, por lo que como antecedentes se identificó estudios realizados teniendo en cuenta la variable, tipo de metodología y similar propósito, por lo que la presente sección del estudio permitirá establecer una adecuada y pertinente discusión. Lográndose establecer que se ha cumplido con el objetivo general determinando los factores que presentan vinculación con la MME en dos hospitales reconocidos de la ciudad de Ica.

En consideración del logro del primer objetivo específico de determinar los factores demográficos de las pacientes y en contraste de la hipótesis descriptiva específica 1 acerca de las diferencias entre los hospitales se ha encontrado que dentro de los factores sociodemográficos personales con mayor relación con la morbilidad materna extrema son, la edad, pues se halló que 21% de las pacientes en el hospital regional están entre los 26 y 31 años, el 13% entre las edades de 32 y 37 años; en el hospital de ESSALUD la edad más predominante fue de 32 a 37 años (22%) seguido por el grupo de 26 a 31 años (14%). Sobre el nivel educativo alcanzado por las participantes se tiene que en el hospital de MINSA 28% tienen estudios de secundaria y 10% estudios universitarios; por su parte las madres atendidas en el hospital ESSALUD, 24% tenían estudios universitarios y 19% estudios técnicos

Así mismo, en cuanto al indicador sociodemográfico de estado civil, se encontró que 30% son convivientes y 11% casadas; por su parte las mujeres atendidas en ESSALUD con parejas, 26% son casadas y 18% tienen condición de conviviente. Considerando el nivel de instrucción, las ocupaciones de las madres atendidas en el hospital de MINSA, 35% tienen ocupación de ama de casa y la suma 12% son trabajadoras profesionales; mientras que en el hospital de ESSALUD se tiene que 38% son profesionales trabajadoras dependientes y 9% laboran de manera independiente. Finalmente, el factor personal sociodemográfico de tipo de seguro por la que

fueron atendidas en los hospitales se encontró que seguro SIS predominó en el hospital de MINSA con 36% y en el otro hospital el 51% fue atendida por ESSALUD.

Resultados que muestran el cumplimiento del objetivo específico, y también la aceptación de la hipótesis establecida, ya que existe diferencias moderadas entre los factores demográficos de las madres que experimentaron complicaciones graves en los hospitales. Similitud hallazgo encontró Buleje<sup>19</sup> quien al determinar los factores personas sociodemográficos en las que padecieron MME se encontraban con edades menores a 39 años, en el nivel de educación también la mayoría solo tenía secundaria 36% eran amas de casa. Sin embargo, difiere con los hallazgos de Bendezú y Bendezú<sup>20</sup> en la ocupación y nivel educativo logrado, pues determinó que 58% se dedicaban a quehaceres del hogar y 43% solo tenían estudios concluidos de secundaria.

Información que permite comprobar que existe diferencia entre los hospitales de MINSA y ESSALUD en cuanto al factor sociodemográfico; Así mismo en el cotejo de estudios antecesores se establece que la edad y nivel de instrucción de las madres son factores asociados que las madres pongan en peligro su vida.

Sobre el cumplimiento del objetivo específico 2 de los factores obstétricos en las mujeres con MME y comprobación de la hipótesis específica 1 sobre la diferencia en los hospitales se ha encontrado que como antecedentes de partos de 28 mujeres que tuvieron partos anteriores 57% fue mediante cesárea y primerizas en 12% correspondientes al hospital de MINSA; mientras que los resultados del hospital ESSALUD muestran que de las 31 madres con anteriores partos 55% también fueron vía cesárea y 14% son primerizas, contrastando que existe diferencia de cantidad de madres. En cuanto a los controles prenatales que las madres realizaron en los hospitales se ha determinado que no es un factor importante el control gestacional, puesto que en el MINSA 18% realizó entre 4 y 5 controles; de igual resultados se tienen en ESSALUD, puesto que 22% tuvieron de 4 y 5 controles y 15% más de 6 controles.

Los resultados obtenidos en el estudio del objetivo específico 2 al ser comparados con los estudios antecesores tiene concordancia con lo hallado por el investigador Pupo<sup>9</sup>, quien halló que en cuanto a los factores de las MME relacionados con la obstetricia 13.7% fueron participes de cesárea, así mismo que las mujeres ya habían tenido parto anterior. Así mismo encuentra relación con lo hallado por Bedón<sup>12</sup> quien sus pacientes realizaron de 4 a 5 controles durante el embarazo; mas no tiene concordancia con los hallazgos de Cutisaca<sup>18</sup> quien encontró que las mujeres con MME en su estudio realizaron menos de 4 controles considerándolos de insuficientes.

Por lo señalado anteriormente se determina los factores obstétricos son los partos con cesárea anteriores causando riesgos en su vida, así mismo el que se realicen controles prenatales es importante para prevenir situaciones riesgosas en el parto o postparto estableciéndose que menor a 4 son insuficientes considerándose factor de riesgo. De igual manera se logró determinar que

existe diferencias moderadas en cuanto a la cantidad de personas con factores obstétricos en los hospitales de MINSA y ESSALUD en la provincia de Ica.; guardando relación en los mismos factores.

Sobre el objetivo específico 3 y la comprobación de la hipótesis específica 3 de determinar las diferencias de los factores clínicos en los hospitales seleccionados se recolectó datos sobre los antecedentes de enfermedades padecidas. En el hospital de MINSA el antecedente predominante es la diabetes (12%) seguido por las enfermedades renales (11%); en el hospital ESSALUD el antecedente predominante fue la preeclampsia (14%) seguido de enfermedades renales (12%) estando presente también la hipertensión crónica (10%).

Resultados que al ser analizados permiten establecer el logro del objetivo específico planteado, pues se determinó los factores clínicos predominantes en las madres con MME en los hospitales seleccionados de la provincia de Ica, así mismo se establece por la aceptación de la hipótesis debido a que existe diferencia moderada de factores clínicos en el hospital de MINSA y el de ESSALUD. Hallazgos que logran coincidir con estudios antecedentes como el de Chakhtoura et al.<sup>43</sup> Quienes encontraron que dentro de los antecedentes obstétricos hallados en su estudio la mayoría tuvo a la diabetes, igual situación de concordancia se tiene con los hallazgos de Avilés<sup>14</sup> quien también encontró que las mujeres con MME en su estudio tuvieron como comorbilidad a la diabetes, así mismo con los estudios realizados por Lezama<sup>15</sup> quien en su estudio encontró que dentro de los factores de antecedentes clínicos a padecer MME están presentes las enfermedades renales.

Este objetivo deja de ver en claro que las enfermedades que padecen o han padecido las madres son factores de riesgos que se vinculan de manera significativa con el surgimiento de complicaciones que ponen en peligro la salud y vida de las madres.

También se ha considerado las complicaciones experimentadas por las mujeres en el proceso del estudio para poder comprender mejor la situación del estudio, por ello es que de acuerdo con los datos en el hospital MINSA siendo el shock hipovolémico el más predominante (12%) y shock séptico (10%). En el hospital ESSALUD también predominan el shock hipovolémico (14%), shock séptico (9%) y la atonía uterina (9%) las cuales dieron inicio a la gravedad de la salud de las madres complicando su vida. Ante las complicaciones presentadas en ambos hospitales la atención médica cumplió su rol oportuno y clínico mediante las intervenciones adecuadas para que exista aumento de mortalidad encontrándose que en MINSA (17%) y en ESSALUD (18%) recibieron administración de vasoactivos, en ocasiones transfusión de sangres por más de 3 unidades (17% y 19% respectivamente) 10% en ambos hospitales requirieron el procedimiento de reanimación cardiopulmonar para establecer a las pacientes.

Hallazgos que al ser comparados con estudios antecesores no guardan relación lo hallado por Ángel<sup>10</sup> quien halló que dentro de las complicaciones de sus madres con MME estaba la preeclampsia como predominante, de igual manera no se concuerda con los hallazgos de Dzakpasu et al.<sup>8</sup>, quienes consideran como complicaciones predominantes la preeclampsia severa y el síndrome de hellp, Sin embargo, se tienen semejanza y concordancia con el estudio realizado por Nungaray<sup>11</sup> quien encontró que dentro de las complicaciones observadas que derivo en MME es el shock hipovolémico; así mismo, se encontró con el estudio realizado por Valladares<sup>17</sup> quien encontró también que la complicación más común entre las mujeres con MME era el shock hipovolémico.

## V. CONCLUSIONES

1. Se determinó los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en los hospitales seleccionados del MINSA y ESSALUD en la provincia de Ica.
2. Se determinó los factores sociodemográficos más predominantes asociados a la morbilidad materna extrema en los hospitales de MINSA y ESSALUD en la provincia de Ica, la edad (26-31 años, 21% en MINSA y 32 a 37 años 22% en ESSALUD) y grado de instrucción de las madres en los años 2022 y 2023 estableciéndose diferencia de los factores.
3. Se determinó los factores obstétricos con mayor riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. Siendo los partos anteriores realizados mediante cesárea (57% MINSA y 55% ESSALUD) Así mismo, un factor de riesgo es que no tenían más de cuatro controles prenatales en los años 2022 y 2023. Por lo que se encontró semejanza de factores obstétricos en ambos hospitales.
4. Se determinó los factores clínicos que se asocian a la morbilidad materna extrema, en MINSA el factor clínico más prevalente fue la Diabetes Mellitus seguido por Enfermedades Renal y en ESSALUD el antecedente prevalente fue la Preeclampsia seguido de Enfermedad Renal.
5. En cuanto a las complicaciones y las intervenciones en las madres con MME se determinó que existe semejanza de patologías e intervenciones; siendo las complicaciones comunes en ambos hospitales el shock hipovolémico y la atonía uterina, recibiendo como tratamiento la administración de vasoactivos y transfusión de sangre por más de tres unidades.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. El control prenatal que debe de ser precoz, oportuno e integral en las gestantes primigestas y añosas para identificar los factores de riesgo y evitar la morbilidad materna extrema, con el fin de asegurar las intervenciones efectivas que ayuden a prevenir la gravedad.
2. Abordar las causas que generan la alta frecuencia de cesáreas en el país con el objetivo de disminuirlas, ya que este es un factor significativo en la aparición de complicaciones maternas, realizando un diagnóstico certero de dicha intervención y no realizar cesáreas innecesarias.
3. Realizar otras investigaciones adicionales sobre la morbilidad materna, explorando en mayor profundidad los factores asociados con su aparición.
4. Desarrollar estrategias de educación, prevención y promoción de las patologías más frecuentes, dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, con el objetivo de mejorar la identificación de factores de riesgo y fomentar la atención médica calificada.
5. Elaborar programas de capacitación al personal de salud involucrado en la atención materna, lo cual garantizará una atención obstétrica de alta calidad, calidez y seguridad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. England N, Madill J, Metcalfe A, Magee L, Cooper S, Salmon C, et al. Monitoring maternal near miss/severe maternal morbidity: A systematic review of global practices. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(5):1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233697>
2. Moreno-Santillán AA, Briones-Vega Carlos Gabriel, Díaz de León-Ponce Manuel Antonio, Gómez Bravo-Topete E, Martínez-Adame LM, Rodríguez-Roldán Martín, et al. Morbilidad extrema (near-miss) en obstetricia. Revisión de la literatura. *Rev Mex Anestesiología*. 2020;43(1):53–6.
3. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud N°174-MINSA-2021-CDC. Para la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema. [Internet]. 2021. Available from: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1915053/Norma Técnica de Salud N°174-MINSA-2021-CDC.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1915053/Norma_Técnica_de_Salud_N°174-MINSA-2021-CDC.pdf)
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Colombia. Protocolo de vigilancia de la morbilidad Materna Extrema. *Minist Salud Y Prot Soc* [Internet]. 2017;23. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/vigilancia-morbilidad-materna-extrema.aspx>
5. Alberto Moreno-Santillán A, Gabriel Briones-Vega C, Antonio Díaz de León-Ponce M, Gómez Bravo-Topete E, Leidy Marcela Martínez-Adame D, Rodríguez-Roldán M, et al. Morbilidad extrema (near-miss) en obstetricia. Revisión de la literatura Severe morbidity (near-miss) in obstetrics. Literature review Artículo de revisión. 2020 [cited 2023 Oct 2];43(1):53–6. Available from: [www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx)
6. Liyew EF, Yalew AW, Afeework MF, Essén B. Incidence and causes of maternal near-miss in selected hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Oct 2];12(6):e0179013. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0179013>
7. Acho S, Adrianzén C, Pretell M. Near miss y letalidad por preeclampsia en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital Cayetano Heredia, periodo 2017 - 2018. 2020.
8. Dzakpasu S, Deb-Rinker P, Arbour L, Darling EK, Kramer MS, Liu S, et al. Severe maternal morbidity surveillance: Monitoring pregnant women at high risk for prolonged hospitalisation and death. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Aug 7];34(4):427–39. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ppe.12574>
9. Pupo Jimenez JM, Gonzáles Aguilar JC, Cabrera Lavernia JO, Cedaño Tarcón O.

- Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos. *Multimed* [Internet]. 2019;23(2):280–96. Available from:  
<https://doi.org/10.25100/cm.v50i4.4197>
10. Angel J. Asociación de los determinantes sociales (mujer, familia, comunidad y sistemas de salud) y gestantes notificadas como Morbilidad materna extrema (MME) en el Hospital Militar Central en los años 2018-2019 [Internet]. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2021. Available from:  
<https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
  11. Nungaray L. Análisis de los indicadores para medición de Morbimortalidad Materna Extrema según criterios de la OMS en una institución materno-infantil de segundo nivel del Noreste de México [Internet]. 2019. Available from:  
<https://repositorio.tec.mx/handle/11285/636288>
  12. Bedón Trejo ML. Factores de riesgo de morbilidad obstétrica extrema y las intervenciones realizadas mediante la aplicación del sistema “near miss” en las pacientes del hospital gineco obstétrico isidro ayora durante el período 2017-2018 [Internet]. *Biblioteca Virtual de ODU CAL*. 2020. 66 p. Available from:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17521>
  13. Díaz A, Lara D, Cabrera-Lozada C, Gómez J. Morbilidad materna extrema: algoritmo de conducta. *Gac Med Caracas* [Internet]. 2022 Jul 11;130(2):290–303. Available from:  
[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_gmc/article/view/24051](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/24051)
  14. Aviles K. Factores asociados a la morbilidad materna extremadamente grave y percepción de las gestantes sobrevivientes en un Hospital público 2021 [Internet]. *Psikologi Perkembangan*. 2023. Available from:  
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3000/SilvaAcosta.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1046>
  15. Lezama M. diabetes Factores De Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema. Hospital Regional Docente De Cajamarca, 2018. [Internet]. 2019. Available from:  
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3496/LezamaTorres%2CMarietaMarlene.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
  16. Chicata Chavez A. Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital del Callao [Internet]. 2021. Available from:  
<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/460/TESISANA CHICATA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  17. Valladares Gutiérrez EA. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018 [Internet]. 2021. Available from:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17092/Valladares\\_ge.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17092/Valladares_ge.pdf)



- ?sequence=1&isAllowed=y
18. Cutisaca S. “Factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes gestantes del Hospital Antonio Lorena de Cusco, 2019 [Internet]. 2019. Available from: [http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/3023/Heydi\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/3023/Heydi_Tesis_Licenciatura_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  19. Buleje J. Características de la morbilidad materna extrema de un Hospital IIde Ica, 2010 - 2019 [Internet]. 2020. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).
  20. Bendezu G, Bendezu-Quispe G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. 2014;
  21. Madar H, Goffinet F, Seco A, Rozenberg P, Dupont C, Deneux-Tharoux C. Severe Acute Maternal Morbidity in Twin Compared With Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2023 Aug 7];133(6):1141–50. Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/06000/Severe\\_Acute\\_Maternal\\_Morbidity\\_in\\_Twin\\_Compared.10.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/06000/Severe_Acute_Maternal_Morbidity_in_Twin_Compared.10.aspx)
  22. Calle-Ramírez AM, Ramírez-González B, Quirós-Gómez OI. Maternal Near Miss Morbidity in nationals and immigrants, treated in a hospital institution, Colombia, 2017-2020. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(1):21–31.
  23. Secretaría de Salud. México. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. [Internet]. 2021. Available from: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19\\_Manual\\_VE\\_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf](https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf)
  24. Yace J, Bravo A, Mucha Ó. Vista de Caracterización de la morbilidad materna extrema en mujeres atendidas en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador durante el año 2019 [Internet]. [cited 2023 Aug 7]. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/198/217>
  25. Nava-Guerrero EN, Nungaray-González L, Salcedo-González A, Cisneros-Rivera F, Perales-Dávila J, Durán-Luna A, et al. Morbilidad materna extrema: intervenciones médico-quirúrgicas e indicadores para evitar la muerte materna. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2020;88(9):606–14. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412020000900606&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0300-90412020000900606&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000900606&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412020000900606&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  26. Díaz Rojas C. Factores asociados a la morbilidad materna extrema. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. [Internet]. 2022. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/santiago-antúnez-mayolo/>

27. Huamaní A. Factores determinantes asociados a la morbilidad materna extrema, en el hospital regional de Ayacucho, periodo 2017 - 2018. [Internet]. 2019. Available from: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/4812>
28. Cano Córdova AS. Factores Asociados a Morbilidad Materna Extrema En Hipertensión Severa Inducida Por Gestación Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2017–2019 [Internet]. 2020. Available from: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6410>
29. Esparza-valencia DM, Toro-ortiz JC, Herrera-ortega O, Fernández-lara JA. Prevalencia de morbilidad materna extrema en un hospital de segundo nivel de San Luis Potosí, México. 2018;86(5):304–12. Available from: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018000500304](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500304)
30. Chico E. Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia-Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017.
31. Forrester J. Sepsis y shock séptico - Cuidados críticos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 29]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-criticos/sepsis-y-shock-septico/sepsis-y-shock-septico#>
32. Chahuayo Maritza 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]. 2021. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b29ce5fa-f8ec-4f29-9d18-be7fad302e70/content>
33. Villalba JPG, Pereira AL de F, Queiroz ABA, Batista DBDS, Guimarães JCN. Assistance process to women with severe maternal morbidity: a mixed study. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2022 Aug 15 [cited 2024 May 8];43:e20210046. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/7ZK3TYhHcNkG983Mty9YY9D/?lang=en>
34. Hansen A, Schoenberg N, Oser C. Insights from obstetric providers and emergency medical technicians on determinants of maternal morbidity and mortality among underserved, rural patients in the United States. SSM-Qualitative Res Heal [Internet]. 2023 [cited 2024 May 8];4:100320. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100320>
35. Hernández-Núñez J, Au-Fonseca O. Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica TT - Extreme maternal morbidity and mortality in a regional hospital in South Africa. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019;84(6):469–79. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000600469&lang=en%0Ahttp://www.scielo.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600469&lang=en%0Ahttp://www.scielo.cl/pdf/rchog/v84n6/0717-7526-)

rchog-84-06-0469.pdf

36. José Supo. Metodología de la investigación científica. Seminarios de Investigación Científica. 3ra ed. 2020.
37. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las tres rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Vol. 1, Mc Graw Hill. 2018. 714 p.
38. Ñaupás H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2018. 1689–1699 p.
39. Sánchez Espejo F. Guía de tesis y proyectos de investigación. 2019.
40. Cabezas A, Andrade D, Torre J. Introducción a la metodología de la investigación científica. 2018.
41. Lucio N quezada. Metodolgia De La Investigacion. estadistica aplicada a la investigación. Vol. 53, Metodolgia De Invetigacion. 2017. 1689–1699 p.
42. Hurtado J. Metodología de la investigación : guía para una comprensión holística de la ciencia,. cuarta. 2010.
43. Chakhtoura N, Chinn JJ, Grantz KL, Eisenberg E, Artis Dickerson S, Lamar C, et al. Importance of research in reducing maternal morbidity and mortality rates. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2023 Aug 12];221(3):179–82. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937819307616/fulltext>

# ANEXOS

## ANEXO 01

### INTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERU		Ministerio de Salud		Viceministerio de Salud Pública		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades		FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	
<b>NOTIFICACIÓN</b>									
<b>I. DATOS DE NOTIFICACIÓN</b>									
FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____					FECHA DEL EVENTO: Día _____ Mes _____ Año _____				
DIRIS/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA: _____					NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE: _____				
IDENTIFICADO POR: <input type="radio"/> Vigilancia activa (Búsqueda activa institucional) <input type="radio"/> Vigilancia pasiva									
<b>II. DATOS DE LA PACIENTE</b>									
APELLIDO PATERNO: _____			APELLIDO MATERNO: _____			NOMBRE (S): _____			
EDAD: _____ Años		NACIONALIDAD: <input type="radio"/> Peruana <input type="radio"/> Otros, especif. _____		N° DNI/CARNÉ DE EXT.: _____		N° HC: _____			
TIPO DE SEGURO: <input type="radio"/> SIS <input type="radio"/> EsSalud <input type="radio"/> Sanidad FFAA/PNP <input type="radio"/> EPS/Privado <input type="radio"/> Otros, especificar _____ <input type="radio"/> No tiene seguro									
DEPARTAMENTO: (Lugar de procedencia)			PROVINCIA: _____			DISTRITO: _____			
<b>III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (Puede marcar más de un criterio)</b>									
SISTEMA O APARATO AFECTADO	CRITERIO CLÍNICO			LABORATORIO			INTERVENCIONES - MANEJO		
CARDIOVASCULAR	<input type="radio"/> 1. Shock			<input type="radio"/> 3. pH < 7,1      pH: _____ <i>(Acidosis severa)</i>			<input type="radio"/> 5. Administración continua de agentes vasoactivos ¿Cuál/es?: _____		
	<input type="radio"/> 2. Paro cardíaco			<input type="radio"/> 4. Lactato > 5 mmol/l o 45 mg/dl Lactato: _____ mmol/l o mg/dl <i>(Hipoperfusión severa)</i>			<input type="radio"/> 6. Reanimación cardiopulmonar		
RESPIRATORIO	<input type="radio"/> 7. Cianosis aguda			<input type="radio"/> 11. Saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 1 hora o PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200 mmHg <i>(Hipoxia severa)</i>			<input type="radio"/> 12. Intubación y ventilación, no relacionadas con la anestesia ¿Cuántos días?: _____		
	<input type="radio"/> 8. Respiración jadeante								
RENAL	<input type="radio"/> 9. FR > 40 rpm <i>(Taqipnea severa)</i>								
	<input type="radio"/> 10. FR < 6 rpm <i>(Bradipnea severa)</i>								
HEMATOLÓGICO/ DE LA COAGULACIÓN	<input type="radio"/> 13. Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos			<input type="radio"/> 14. Creatinina: ≥ 300 μmol/l o ≥ 3,5 mg/dl Creatinina: _____ μmol/l o mg/dl <i>(azotemia aguda severa)</i>			<input type="radio"/> 15. Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda		
	<input type="radio"/> 16. Alteraciones de la coagulación <i>(no formación de coágulo)</i>			<input type="radio"/> 17. Plaquetas < 50.000 plaquetas/ml _____ plaquetas/ml <i>(Trombocitopenia aguda severa)</i>			<input type="radio"/> 18. Transfusión de ≥ 3 vol N° de unidades: _____ <i>(Transfusión masiva de unidades de sangre, glóbulos rojos, hemoderivados, paquete globular)</i>		
HEPÁTICO	<input type="radio"/> 19. Ictericia en presencia de preeclampsia			<input type="radio"/> 20. Bilirrubina > 100 μmol/l o > 6 mg/dl <i>(Hiperbilirrubinemia aguda severa)</i> Bilirrubina: _____ μmol/l o mg/dl					
NEUROLÓGICO	<input type="radio"/> 21. Coma/Pérdida de conocimiento > 12 horas			<input type="radio"/> 22. Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico					
	<input type="radio"/> 23. Accidente cerebrovascular			<input type="radio"/> 24. Parálisis generalizada					
DISFUNCIÓN UTERINA/ MANEJO ESPECÍFICO							<input type="radio"/> 25. Histerectomía <i>(Después de infección o hemorragia uterina)</i>		
							<input type="radio"/> 26. Ingreso a UCI > 72 horas: N° _____ horas		
<b>IV. DATOS DE INGRESO AL EESS</b>									
INGRESO AL EESS: FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____					HORA: Hrs _____ Min _____ DX INGRESO – CIE 10: _____				
INGRESO A UCI: FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____					HORA: Hrs _____ Min _____ DX INGRESO - CIE 10: _____				
REQUERIMIENTOS DE URGENCIA: <input type="radio"/> Sangre/ hemoderivados <input type="radio"/> Atención médica especializada/RRHH <input type="radio"/> Otros: _____									
CONDICIÓN AL INGRESO: <input type="radio"/> Gestante: EG: _____ semanas									
<input type="radio"/> Puérpera <input type="radio"/> Otros (Post aborto/ectópico): _____ Tiempo de terminación de la gestación: _____ hrs _____ días									
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO TRATANTE O JEFE DE GUARDIA: _____					FIRMA Y SELLO (N° de colegiatura - RNE, según corresponda)				

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (Completar al egreso de la paciente viva, en el EESS donde se completó la atención)			
<b>V. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO ACTUAL</b>			
REFERENCIA: VINO REFERIDA DE OTRO EESS: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	NÚMERO DE TOTAL DE REFERENCIAS: <input type="text"/>		
Registrar en orden cronológico, los EESS que refirieron a la paciente:			
NOMBRE DEL EESS 1: _____	FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____		
NOMBRE DEL EESS 2: _____	FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____		
NOMBRE DEL EESS (Última referencia): _____	FECHA (última referencia): Día _____ Mes _____ Año _____	HORA: hrs _____ min _____	
ATENCIÓN PRENATAL (APN): <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	EG Inicio de APN: _____ semanas	Número de APN: _____	
EDAD GESTACIONAL (Al egreso/parto/aborto): _____ Semanas <input type="radio"/> Desconocida			
TÉRMINO DE GESTACIÓN: <input type="radio"/> Parto vaginal <input type="radio"/> Parto por cesárea <input type="radio"/> Aborto <input type="radio"/> Embarazo continua <input type="radio"/> Otro: _____ N° DE FETOS <input type="text"/>			
FECHA EN QUE TERMINÓ LA GESTACIÓN: Día _____ Mes _____ Año _____ <input type="radio"/> Desconocida LUGAR DE PARTO/ABORTO: <input type="radio"/> EESS <input type="radio"/> Domicilio <input type="radio"/> Otro: _____			
<b>VI. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS</b>			
Antecedentes patológicos			
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Enfermedad hepática <input type="radio"/> Preeclampsia/ Eclampsia <input type="radio"/> Hipertensión crónica <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> Enfermedad neoplásica <input type="radio"/> VIH/SIDA/ITS <input type="radio"/> Otra _____ <input type="radio"/> Desconocido			
Antecedentes obstétricos (Indicar número total de gestaciones anteriores sin incluir la gestación actual)			
Gestaciones previas <input type="text"/>	Partos <input type="text"/>	Vaginales <input type="text"/>	Cesárea <input type="text"/>
Abortos <input type="text"/>	Nacidos vivos <input type="text"/>	Nacidos muertos <input type="text"/>	Hijos vivos <input type="text"/>
Periodo intergenésico: _____ años <input type="text"/>		meses <input type="text"/>	
<b>VII. COMPLICACIONES MATERNAS (En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)</b>			
Hemorragia: <input type="radio"/> Relacionada con aborto <input type="radio"/> Placenta acreta/incrета/percreta <input type="radio"/> Placenta Previa <input type="radio"/> Desprendimiento de placenta <input type="radio"/> Hemorragia post parto <input type="radio"/> Atonía uterina <input type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> Embarazo ectópico <input type="radio"/> Otras: _____			
Hipertensión: <input type="radio"/> Hipertensión crónica <input type="radio"/> Hipertensión gestacional <input type="radio"/> Pre eclampsia <input type="radio"/> Eclampsia <input type="radio"/> Sd. De HELLP			
Infección: <input type="radio"/> Relacionada con aborto <input type="radio"/> Endometritis puerperal <input type="radio"/> Corioamionitis <input type="radio"/> Otras infecciones _____			
Otras condiciones: <input type="radio"/> Trastornos metabólicos <input type="radio"/> Enfermedad hepática <input type="radio"/> Cardiopatía <input type="radio"/> Enfermedad renal <input type="radio"/> Enfermedad neoplásica <input type="radio"/> Malaria/Dengue <input type="radio"/> VIH/SIDA/ITS <input type="radio"/> TB <input type="radio"/> Otras condiciones _____			
<b>VIII. INTERVENCIONES RECIBIDAS (En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)</b>			
Tratamiento de: Hemorragia post parto: <input type="radio"/> Oxitocina <input type="radio"/> Misoprostol <input type="radio"/> Ergometrina <input type="radio"/> Otros uteróticos/procedimientos: _____			
Hipertensión (anticonvulsivos para eclampsia): <input type="radio"/> Sulfato de magnesio <input type="radio"/> Otro anticonvulsivo: _____			
Infección: <input type="radio"/> Antibióticos (excluir profilaxis) <input type="radio"/> Maduración pulmonar fetal: <input type="radio"/> Corticoesteroides			
Otras intervenciones/tratamiento: <input type="radio"/> Remoción de restos ovulares <input type="radio"/> Alumbramiento manual <input type="radio"/> Otros especificar: _____			
<b>SOLO EN CASO DE MUJERES QUE TUVIERON PARTO (vaginal o cesárea) O ABORTO:</b>			
Para prevención de hemorragia post parto/aborto: <input type="radio"/> Oxitocina <input type="radio"/> Misoprostol <input type="radio"/> Ergometrina <input type="radio"/> Otros uteróticos: _____			
Antibióticos (profilácticos para cesárea): <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Anestesia/analgesia: <input type="radio"/> General <input type="radio"/> Epidural/ Peridural <input type="radio"/> Raquídea <input type="radio"/> Otros: _____			
<b>IX. OTROS DATOS DE LA PACIENTE</b>			
GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____	ETNIA: Especificar: _____		
NIVEL EDUCATIVO: <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Primaria inc. <input type="radio"/> Primaria com. <input type="radio"/> Secundaria Inc. <input type="radio"/> Secundaria com. <input type="radio"/> Superior universitaria completa <input type="radio"/> Superior universitaria incompleta <input type="radio"/> Superior técnica completa <input type="radio"/> Superior técnica incompleta <input type="radio"/> Desconocido			
ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Conviviente <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Desconocido			
<b>X. DATOS DE EGRESO (Al egreso de la paciente viva)</b>			
EGRESO DE UCI: FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____	HORA: hrs _____ min _____	<input type="radio"/> No aplica	
EGRESO DEL EESS: FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____	HORA: hrs _____ min _____		
DX EGRESO – CIE 10: _____			
MÉTODO ANTICONCEPTIVO INICIADO: <input type="radio"/> Hormonal <input type="radio"/> DIU <input type="radio"/> Barrera <input type="radio"/> Quirúrgico <input type="radio"/> Abstinencia Periódica <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No uso			
CONDICIÓN DE EGRESO: <input type="radio"/> Viva sin secuelas <input type="radio"/> Viva con secuelas <input type="radio"/> Otro: _____			
NOMBRE DEL EESS DE EGRESO (donde completó atención): _____			
OBSERVACIONES: Anote información adicional relevante: _____			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL RESP. DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		CARGO:	FIRMA Y SELLO
PROFESIÓN: <input type="radio"/> Médico especialista <input type="radio"/> Médico general <input type="radio"/> Obstetra <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Otro: _____			

## 2.8.2 Matriz de consistencia.

### ANEXO 02

“PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p><b>Problema principal</b> ¿Cuáles son los factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?</p> <p><b>Problemas secundarios</b> <b>P.E.01.</b> ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023? <b>P.E.02.</b> ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023? <b>P.E.03.</b> ¿Cuáles son los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023?</p>	<p><b>Objetivo principal</b> Determinar los factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.</p> <p><b>Objetivos secundarios</b> <b>O.E.01.</b> Determinar los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023. <b>O.E.02.</b> Determinar los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023. <b>O.E.03.</b> Determinar los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital de MINSA y ESSALUD, Ica 2022 – 2023.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Los factores asociados a la morbilidad materna extrema del hospital de MINSA son semejantes a los factores del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> <b>H.E.1.</b> Existen diferencia entre los factores sociodemográficos asociados a la morbilidad materna extrema en el hospital de MINSA y del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023. <b>H.E.2.</b> Los factores obstétricos asociados a la morbilidad materna extrema presentan semejanza entre los de hospital de MINSA y el hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023. <b>H.E.3.</b> Existe semejanza entre los factores clínicos asociados a la morbilidad materna extrema hallados en el hospital de MINSA y los del hospital de ESSALUD, Ica 2022 – 2023.</p>
<b>VARIABLES/DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	
<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores sociodemográficos.</li> <li>• Factores obstétricos.</li> <li>• Factores clínicos.</li> </ul> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Morbilidad materna extrema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensión clínica.</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Cuantitativa. <b>Diseño:</b> No experimental <b>Nivel:</b> Descriptivo.</p> <p><b>Población y muestra</b> La población y muestra del estudio son 94 gestantes que padecen de MME en los hospitales seleccionados.</p> <p><b>Técnica e instrumento</b> Técnica, análisis de documentos. Instrumento, ficha de investigación</p>	

### 2.8.4. Operacionalización de la Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVEL DE MEDIDA
<p><b>Independiente</b></p> <p>Factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos</p>	<p>Los factores asociados a la Morbilidad Materna Extrema (MME) son aquellas condiciones o características individuales, sociales, económicas y de los sistemas de salud que aumentan la probabilidad de que una mujer experimente complicaciones graves durante el embarazo, el parto o el puerperio, poniendo en riesgo su vida. Estos factores son considerados como la edad, estudios, antecedentes de partos, tipos de partos, antecedentes patológicos, complicaciones clínicas, intervenciones médicas, etc.</p>	<p>Los factores asociados a la MME han sido organizados en tres dimensiones medidos por instrumento validado por el MINSA y medido nominalmente</p>	<p>Factores sociodemográficos</p> <p>Factores obstétricos</p> <p>Factores clínicos</p>	<p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Antecedentes de partos</p> <p>Controles prenatales</p> <p>Antecedentes patológicos</p> <p>Complicaciones</p> <p>Intervenciones clínicas</p>	<p><b>Nominal</b></p>
<p><b>Dependiente</b></p> <p>Morbilidad materna extrema</p>	<p>Todo embarazo es recibido con ilusión; sin embargo, surgen situaciones que ponen riesgo la vida de la madre o del bebe. La morbilidad materna extrema, también conocida como EMM, es una condición severa que puede presentarse en cualquier momento durante el embarazo, el parto o en los primeros 42 días después del parto. Las mujeres que tienen SMM tienen un riesgo significativamente mayor de mortalidad materna, así como una discapacidad de por vida.</p>	<p>La variable de la morbilidad materna extrema es muy importante por lo que se ha organizado en dos variables permitiendo medirla de manera nominal, mediante la ficha técnica de MME establecida por el MINSA para investigar la variable considerando varios criterios desde lo personas hasta lo obstétrico clínico.</p>	<p>Dimensión clínica</p>	<p>Complicaciones</p>	<p><b>Nominal</b></p>