REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

Factores asociados a la morbilidad materna extrema en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024

Tesis presentada por el Bachiller:

Velazco Paredes, Juan Martin Felix

ORCID: 0009-0001-2489-442X

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Gutierrez Morales, Javier Herbert

ORCID: 0000-0001-7829-7818

Arequipa - Perú

2025

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos

En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 29 de Mayo del 2025

Dictamen: 014408-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014408, presentado por:

2013172041 - VELAZCO PAREDES JUAN MARTIN FELIX

Titulado:

FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL III GOYENECHE, AREQUIPA, 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

29235440 - RODRIGUEZ GAMERO HENRY ZENON
DICTAMINADOR

01841288 - IRIGOYEN ARBIETO MIGUEL ANDRÉS
DICTAMINADOR

29575084 - LINARES AGUILAR CESAR OSWALDO
DICTAMINADOR

Factores asociados a la morbilidad materna extrema en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	7%	3%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dissertations.umi.com Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Apagado		

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

A mis padres, Gladys y Martin por su amor incondicional y el gran esfuerzo y compromiso con el que moldearon para seguir mi camino.

A mi tía Mary por todo el apoyo que me brinda, por los consejos, cada victoria mía es gracias a ella.

A mis abuelos Félix, Gregoria, Isidro y Nery por ser una guía llena de sabiduría, por enseñarme la virtud de la paciencia y el esfuerzo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital III Goyeneche por brindarme un espacio de aprendizaje invaluable que siempre llevare en mi corazón.

A mi bella familia por todo el apoyo que me brindaron en todo momento, por ser la fuerza y mi mayor motivación.

A todos los docentes que me formaron durante la carrera, gracias por cada lección y sembrar mi amor por mi profesión.

A mis doctores dictaminadores y mi asesor por guiarme durante ese último peldaño de mi formación.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas, antecedentes clínicos y obstétricos, así como la atención recibida y las complicaciones presentadas en pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024. Se empleó una metodología de tipo descriptivo y retrospectivo, basada en la revisión documentada de historias clínicas. El instrumento utilizado fue la ficha oficial de notificación e investigación de morbilidad materna extrema del Ministerio de Salud del Perú. La población estuvo constituida por todas las gestantes que cumplieron los criterios establecidos en la normativa nacional sobre vigilancia epidemiológica. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las pacientes fueron mujeres jóvenes, urbanas y con nivel educativo secundario. Se reportaron antecedentes relevantes como preeclampsia y periodos intergenésicos prolongados. Solo una minoría recibió atención prenatal adecuada, y predominó la resolución por cesárea. Las complicaciones más frecuentes fueron de origen hipertensivo y hemorrágico, siendo la preeclampsia, el síndrome de HELLP y las hemorragias post parto las más comunes. Un número considerable de pacientes presentó alteraciones sistémicas graves y requirió cuidados intensivos. Se concluye que la morbilidad materna extrema continúa representando un desafío para el sistema de salud, requiriéndose intervenciones preventivas y una atención obstétrica oportuna y efectiva.

Palabras clave: Morbilidad materna extrema, preeclampsia, atención prenatal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

This study aimed to describe the sociodemographic characteristics, clinical and obstetric history, as well as the care received and complications presented in patients with severe maternal morbidity treated at the Obstetrics Department of Hospital III Goyeneche, Arequipa, during 2024. A descriptive and retrospective methodology was employed, based on documented review of medical records. The data collection instrument used was the official notification and investigation form for severe maternal morbidity from the Peruvian Ministry of Health. The study population consisted of pregnant women who met the criteria established by the national epidemiological surveillance regulations. The results showed that most patients were young women, from urban areas, and had completed secondary education. Relevant medical histories included preeclampsia and prolonged interpregnancy intervals. Only a minority received adequate prenatal care, and cesarean delivery predominated. The most frequent complications were hypertensive and hemorrhagic in nature, with preeclampsia, HELLP syndrome, and postpartum hemorrhage being the most common. A considerable number of patients developed severe systemic conditions and required intensive care. It is concluded that severe maternal morbidity remains a challenge for the healthcare system, requiring preventive measures and timely, effective obstetric care.

Keywords: Severe maternal morbidity, preeclampsia, prenatal care.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 2

1. Problema de investigación 3

1.1. Determinación del Problema 3

1.2. Enunciado del Problema 3

1.3. Descripción del Problema 4

1.3.1. Área del conocimiento 4

1.3.2. Análisis de Variables 4

1.3.3. Interrogantes 5

1.4. Justificación del problema 5

1.4.1. Relevancia Científica 5

1.4.2. Relevancia Social 5

1.4.3. Originalidad 6

1.4.4. Actualidad 6

1.4.5. Interés Personal 6

1.4.6. Viabilidad 6

2. Objetivos 7

3. Marco teórico 7

3.1. Conceptos básicos 7

3.1.1. Morbilidad materna extrema (MME) 7

3.1.2. Factores condicionantes de Morbilidad Materna Extrema 12

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2. Revisión de antecedentes investigativos 16
3.2.1. A nivel local 16
3.2.2. A nivel nacional 17
3.2.3. A nivel internacional 18
4. HIPÓTESIS 18
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS 19
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación 20
1.1. Técnicas 20
1.2. Instrumentos 20
1.3. Materiales de verificación 20
2. Campo de verificación 20
2.1. Ámbito 20
2.2. Unidades de estudio 20
2.2.1. Población 20
2.2.2. Criterios de selección: 21
2.3. Temporalidad 21
2.4. Ubicación Espacial 21
2.5. Tipo de Investigación 22
2.6. Nivel de Investigación 22
2.7. Diseño de Investigación 22
2.7.1. Tipo de Diseño 22
2.7.2. Justificación del Diseño 22
3. Estrategia de Recolección de Datos 23
3.1. Organización 23
3.1.1. Revisión de Historias Clínicas 23
3.1.2. Identificación y Registro de Diagnósticos Relevantes 23

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.3. Organización del Proceso 24
3.2. Recursos 24
3.2.1. Humanos 24
3.2.2. Materiales 24
3.2.3. Financieros 24
4. Estrategia de Manejo de Datos 25
4.1. Plan de Recolección 25
4.2. Plan de Procesamiento 25
4.3. Plan de Clasificación 25
4.4. Plan de Recuento 25
4.5. Plan de Análisis 25
CAPÍTULO III RESULTADOS 26
DISCUSIÓN 41
CONCLUSIONES 45
RECOMENDACIONES 46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 47
ANEXOS 50

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables 4

Tabla 2 Características sociodemográficas de gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 27

Tabla 3 Antecedentes patológicos en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 28

Tabla 4 Antecedentes obstétricos en gestantes con morbilidad materna. Hospital Goyeneche 2024 29

Tabla 5 Atención durante la gestación, parto o puerperio actual en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 30

Tabla 6 Complicaciones hipertensivas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 31

Tabla 7 Complicaciones hemorrágicas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 32

Tabla 8 Complicaciones infecciosas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 33

Tabla 9 Otras condiciones maternas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 34

Tabla 10 Sistema cardiovascular afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 35

Tabla 11 Sistema respiratorio afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 36

Tabla 12 Sistema renal afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 37

Tabla 13 Sistema hematológico y de la coagulación afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 38

Tabla 14 Sistema neurológico afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 39

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Tabla 15 Disfunción uterina y manejo específico en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024 40

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Ficha de recolección de datos..... 51

Anexo 2 Matriz de datos 53

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

A lo largo de mi formación como estudiante de Medicina Humana, he tenido la oportunidad de adquirir conocimientos teóricos y prácticos que me han permitido entender las complejidades del cuidado de la salud en diversas áreas. Durante mi internado, esta comprensión se consolidó a través de la atención directa a pacientes en el departamento de ginecoobstetricia, donde fui testigo del impacto que las complicaciones maternas pueden tener, no solo en la vida de las gestantes, sino también en sus familias y en el sistema de salud en general. Estas vivencias no solo despertaron en mí un profundo interés por la salud materna, sino que también me hicieron reflexionar sobre la importancia de identificar y abordar los factores asociados a las complicaciones graves, conocidas como morbilidad materna extrema (MME) (1).

Durante mi rotación en este hospital, fui testigo de la dedicación del personal de salud por enfrentar los desafíos que presentan las pacientes con complicaciones obstétricas graves. Sin embargo, también observé que, a pesar de los esfuerzos, existen barreras que dificultan una atención óptima, muchas de las cuales están asociadas a factores clínicos, sociales y organizativos. Estas experiencias me impulsaron a profundizar en el estudio de la MME como un fenómeno que, además de ser un indicador crítico de la calidad de los servicios de salud, refleja las inequidades que aún persisten en el acceso y provisión de atención médica oportuna. La realización de esta investigación tiene como objetivo identificar y analizar los factores asociados a la MME en el departamento de ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche durante el año 2024. Este proyecto representa una culminación de mi interés personal, mi compromiso con la salud pública y mi deseo de contribuir al bienestar de las mujeres en situaciones de vulnerabilidad (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Determinación del Problema

La morbilidad materna extrema (MME) es una complicación grave durante el embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida de la mujer. Diversos estudios en el Perú han identificado factores asociados a la MME, proporcionando información valiosa para su prevención y manejo. Un estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo entre 2011 y 2015 determinó que la paridad, especialmente en nulíparas y multíparas, el shock séptico y las complicaciones médicas y quirúrgicas son factores de riesgo significativos para que una paciente con MME requiera ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (3).

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, durante el período 2012-2014, se encontró que los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la causa más frecuente de MME (40.2%), seguidos por el embarazo ectópico complicado (14.8%) y el aborto incompleto infectado (8.2%). Además, el 27.9% de las pacientes requirió ingreso a UCI, y el 26.7% necesitó transfusiones sanguíneas (4).

Otro estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante la pandemia de COVID-19 (2020-2021) identificó que factores sociodemográficos como el bajo nivel educativo y la procedencia rural, así como factores obstétricos como la gran multigesta, la multiparidad y la prematuridad, están significativamente asociados a la MME. En este estudio, el 33.3% de las mujeres con MME presentó shock hipovolémico, y el 25% eclampsia (1).

En el Hospital II-2 de Tarapoto, un estudio de casos y controles identificó como factores de riesgo asociados a la MME la procedencia rural, la edad gestacional menor a 37 semanas, un número inadecuado de controles prenatales, la presencia de comorbilidades, antecedentes de cesárea, trastornos hipertensivos y la falla orgánica (5).

Estos estudios resaltan la importancia de factores sociodemográficos y obstétricos en la incidencia de la MME en diferentes regiones del Perú, subrayando la necesidad de intervenciones específicas para reducir su ocurrencia y mejorar la salud materna.

1.2. Enunciado del Problema

Factores Asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Goyeneche, Arequipa, 2024

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** Ginecoobstetricia
- **Línea:** Salud integral

1.3.2. Análisis de Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Categorización
Factores asociados (Características sociodemográficas y obstétricas)	Elementos predisponentes que aumentan la probabilidad de desarrollar morbilidad materna extrema (6).	Características demográficas y obstétricas de las pacientes atendidas en el Hospital Goyeneche, identificadas mediante historia clínica y evaluación médica.	Nominal / Ordinal	Edad, procedencia, nivel educativo, estado civil, atención prenatal, entre otros.
Morbilidad Materna Extrema	Complicación grave ocurrida durante el embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere atención inmediata para evitar la muerte materna (2).	Registro de casos en los que se presentaron condiciones críticas como hemorragias severas, preeclampsia, sepsis o insuficiencia multiorgánica.	Nominal	Sí / No

1.3.3. Interrogantes

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024?
- ¿Cuáles son los antecedentes patológicos y obstétricos de las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche?
- ¿Cuál fue el tipo de atención brindada a las pacientes de morbilidad extrema durante la gestación, el parto y puerperio de las pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche?
- ¿Qué complicaciones maternas se presentaron en las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche?

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Relevancia Científica

La morbilidad materna extrema (MME) es un problema de salud pública de alto impacto que ofrece la oportunidad de investigar determinantes clave en su ocurrencia, lo que contribuye al avance del conocimiento médico y epidemiológico. Este estudio ayudará a identificar factores asociados en un contexto local específico, como el Hospital Goyeneche, permitiendo generar evidencia útil para diseñar estrategias preventivas y mejorar los protocolos de atención en ginecoobstetricia (7).

1.4.2. Relevancia Social

La MME tiene implicancias directas en la salud de las mujeres y, en consecuencia, afecta a sus familias y comunidades. Comprender los factores asociados a esta condición permitirá reducir la mortalidad y las complicaciones severas, promoviendo así la equidad en el acceso a servicios de salud materna y contribuyendo al bienestar social, especialmente en regiones vulnerables como Arequipa (5).

1.4.3. Originalidad

Este estudio aborda la morbilidad materna extrema en un contexto regional, lo cual ha sido poco explorado previamente. Además, su enfoque en las características específicas de las pacientes atendidas en el Hospital Goyeneche permitirá generar información contextualizada y diferenciada, contribuyendo a la literatura científica sobre salud materna en el Perú (8).

1.4.4. Actualidad

La investigación es pertinente dado que la MME sigue siendo un desafío para los sistemas de salud, especialmente en países de ingresos medianos y bajos. Este problema se ha exacerbado por interrupciones en los servicios de atención durante la pandemia de COVID-19, lo que resalta la necesidad de generar información actualizada para guiar políticas y prácticas clínicas efectivas (8).

1.4.5. Interés Personal

Como estudiante de Medicina, el interés en contribuir al conocimiento y la práctica médica en el área de ginecoobstetricia surge de la necesidad de abordar problemas que impactan significativamente en la vida de las mujeres y sus familias.

1.4.6. Viabilidad

El estudio es factible dado que se desarrollará en un hospital con un flujo considerable de pacientes y acceso a datos clínicos necesarios para la investigación. Además, la infraestructura del Hospital Goyeneche y la disponibilidad de recursos humanos.

2. Objetivos

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024.
- Describir los antecedentes patológicos y obstétricos de las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024.
- Describir las características de la atención recibida durante la gestación, el parto y el puerperio en las pacientes con morbilidad materna extrema.
- Describir las complicaciones maternas presentadas en las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el Hospital III Goyeneche

3. Marco teórico

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Morbilidad materna extrema (MME)

Es una complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte. El término morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave o maternal near miss (por su terminología en inglés) (2).

3.1.1.1. Criterios de inclusión en el grupo de morbilidad materna extrema

La morbilidad materna extrema se presenta en una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, y se identifica a través de la presencia de uno o más de los criterios que se describen a continuación (2).

3.1.1.1.1. Insuficiencia cardiovascular

- Shock: Se refiere a una falla circulatoria periférica aguda provocada por una alteración en la regulación del sistema circulatorio o por una disminución significativa del volumen sanguíneo. Clínicamente, se caracteriza por una presión arterial sistólica persistentemente inferior a 80 mmHg, o bien una hipotensión aguda sostenida con presión sistólica menor a 90 mmHg durante al menos 60 minutos, acompañada de una frecuencia cardíaca igual o superior a 120 latidos por minuto.
- Paro cardíaco: Consiste en la interrupción súbita de la función de bombeo del corazón, lo que ocasiona la ausencia de pulso y latido cardíaco, así como la pérdida inmediata del estado de conciencia.
- Acidosis severa: Es una alteración metabólica grave caracterizada por una acumulación excesiva de iones de hidrógeno y ácidos, o una disminución marcada de los niveles de bicarbonato en sangre y tejidos, lo que conlleva a un pH inferior a 7.1.
- Hipoperfusión severa: Implica una reducción crítica del flujo sanguíneo hacia los órganos, lo cual favorece el metabolismo anaeróbico, la disfunción celular y eventualmente la muerte celular. En el contexto de complicaciones maternas agudas graves, se identifica cuando el nivel de lactato en sangre supera los 5 mmol/l o 45 mg/l.
- Administración continua de agentes vasoactivos: Hace referencia a la perfusión constante, por vía intravenosa, de medicamentos con efecto vasoactivo. Esta modalidad se distingue de la administración intermitente o en bolos, y se utiliza en casos que requieren un control sostenido del tono vascular.
- Reanimación cardiopulmonar: Procedimiento de emergencia empleado en situaciones de paro cardíaco, que incluye maniobras como compresiones torácicas y ventilación artificial con el fin de restablecer la circulación y la respiración del paciente (2).

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.1.1.2. Insuficiencia respiratoria

- Cianosis aguda: Se manifiesta como una coloración azulada repentina en la piel y en las mucosas, causada por una oxigenación deficiente de la sangre.
- Respiración jadeante: Es un patrón respiratorio característico que antecede a la apnea, en el cual la respiración se vuelve irregular, espasmódica y ruidosa (gasping).
- Taquipnea severa: Se refiere a una frecuencia respiratoria anormalmente elevada, con más de 40 respiraciones por minuto.
- Bradipnea severa: Se define como una frecuencia respiratoria marcadamente reducida, inferior a 6 respiraciones por minuto.
- Hipoxemia severa: Implica una disminución significativa en los niveles de oxígeno en sangre y tejidos. Se diagnostica cuando la saturación de oxígeno es inferior al 90% durante un período igual o superior a 60 minutos, o cuando la relación PaO_2/FiO_2 es menor a 200 mmHg. Este índice representa la proporción entre la presión arterial de oxígeno (PaO_2), medida por gasometría arterial, y la fracción de oxígeno inspirado (FiO_2), la cual varía según el requerimiento de oxígeno del paciente. Esta fracción puede ser exacta, como en el caso de la ventilación mecánica (entre 0,21 y 1,00), o estimada en situaciones sin oxigenoterapia (0,21) o con administración de oxígeno por dispositivos como cánula nasal o mascarilla (entre 0,25 y 1,0).
- Intubación y ventilación: Procedimiento que consiste en la colocación de un tubo endotraqueal con el propósito de asegurar la vía aérea y permitir la ventilación pulmonar. Este procedimiento no está vinculado al uso de anestesia (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.1.1.3. Insuficiencia renal

- Oliguria resistente a líquidos o diuréticos: Se define como una producción urinaria menor a 0,5 ml por kilogramo por hora o inferior a 400 ml en un período de 24 horas, que no responde al suministro de líquidos ni al uso de diuréticos.
- Azotemia aguda severa: Consiste en una acumulación aguda y significativa de compuestos nitrogenados en la sangre, reflejada en niveles de creatinina iguales o superiores a 300 µmol/l (o ≥ 3,5 mg/dl).
- Diálisis por insuficiencia renal aguda: Procedimiento terapéutico utilizado para eliminar productos de desecho acumulados en la sangre a través de métodos como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal, en el contexto de un fallo renal agudo (2).

3.1.1.1.4. Trastornos hematológicos/de la coagulación

- Alteraciones en la coagulación: Se refiere a la incapacidad del organismo para formar coágulos sanguíneos de manera adecuada. Clínicamente, puede observarse por la falta de coagulación en el sitio de inserción de una vía intravenosa después de un lapso de 7 a 10 minutos. Esta condición puede confirmarse mediante pruebas clínicas si el coágulo no se forma tras siete minutos o si es frágil y se rompe con facilidad, o mediante estudios de laboratorio, como una disminución aguda en el número de plaquetas (< 50.000/µl), niveles bajos de fibrinógeno (< 1 g/dl), tiempo de protrombina prolongado (más de 6 segundos o 1,5 veces el valor normal), o un aumento significativo del dímero-D (> 1.000 ng/dl).
- Trombocitopenia aguda severa: Corresponde a una disminución marcada en la concentración de plaquetas en sangre, definida como un recuento inferior a 50.000 plaquetas por microlitro.
- Transfusión masiva: Se considera como la administración de un volumen elevado de sangre o concentrados de glóbulos rojos, equivalente a tres o más unidades (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.1.1.5. Insuficiencia hepática

- Ictericia asociada a preeclampsia: Se presenta como una pigmentación amarilla en la piel, en las escleróticas o en las mucosas, causada por un aumento de los niveles de bilirrubina en sangre en el contexto de un cuadro de preeclampsia.
- Hiperbilirrubinemia aguda severa: Se refiere a un incremento agudo y significativo de la concentración de bilirrubina en la sangre, definido por valores superiores a 100 µmol/l o mayores a 6,0 mg/dl (2).

3.1.1.1.6. Trastornos neurológicos

- Coma o pérdida prolongada de conciencia: Se refiere a un estado de inconsciencia que se extiende por más de 12 horas. Esta condición implica una alteración profunda del estado mental, en la que el paciente pierde por completo, o casi por completo, la capacidad de responder a estímulos externos. Se asocia con una puntuación inferior a 10 en la Escala de Coma de Glasgow.
- Crisis epilépticas incontroladas: Son episodios convulsivos persistentes y resistentes al tratamiento, en los que la persona permanece en un estado continuo de convulsiones sin lograr estabilización.
- Estado epiléptico: Se define como una crisis convulsiva sostenida con duración igual o superior a 5 minutos, o como la aparición de dos o más convulsiones sin que el paciente recupere su estado basal entre episodios, durante un lapso mayor a 5 minutos.
- Accidente cerebrovascular: Consiste en una alteración neurológica provocada por una causa vascular cerebral, cuya sintomatología se mantiene por más de 24 horas.
- Parálisis generalizada: Se manifiesta como una pérdida total o parcial de la movilidad en ambos lados del cuerpo. Generalmente, está vinculada a una debilidad muscular generalizada severa que ocurre en el contexto de una enfermedad crítica, como en los casos de polineuromiopatía asociada a condiciones graves (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.1.1.7. Disfunción uterina / manejo específico

- Histerectomía: En el contexto de complicaciones maternas agudas graves, se refiere a la intervención quirúrgica destinada a la extirpación del útero, generalmente indicada como medida definitiva tras episodios de infección severa o hemorragia incontrolable.
- Ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI): Hace referencia al ingreso y permanencia de la paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos por un periodo superior a 72 horas, bajo indicación médica, debido a la gravedad del cuadro clínico (2).

3.1.2. Factores condicionantes de Morbilidad Materna Extrema

3.1.2.1. Los factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos abarcan las características sociales y demográficas de las gestantes que pueden influir en el riesgo de desarrollar Morbilidad Materna Extrema (MME). Entre estos factores, la edad se destaca como un indicador clave de riesgo. De acuerdo con Donoso et al, las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años presentan una mayor susceptibilidad a complicaciones obstétricas. Las gestantes en estos grupos etarios tienen un riesgo significativamente elevado de resultados adversos, incluyendo la pérdida fetal o incluso la muerte materna (9).

3.1.2.2. Características Obstétricas

Las características obstétricas se refieren a factores relacionados con la salud reproductiva que influyen en la probabilidad de desarrollar complicaciones graves durante el embarazo y/o el puerperio.

Vilca LJ. destaca que recibir menos de seis atenciones prenatales constituye un factor de riesgo significativo para la aparición de Morbilidad Materna Extrema (MME), con un Odds Ratio (OR) de 2.2 (10). Por su parte, González JC. señala que una edad gestacional superior a las 36 semanas incrementa la posibilidad de desarrollar MME. Asimismo, el uso de la operación cesárea como método de finalización del embarazo se identifica como un factor contribuyente a este riesgo (11).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.2.3. Antecedentes patológicos

Este apartado abarca las condiciones clínicas que la paciente ha padecido desde su nacimiento hasta la actualidad y que pueden incrementar el riesgo de desarrollar Morbilidad Materna Extrema (MME). Entre las patologías más comunes se encuentran la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la Preeclampsia, la Eclampsia y la Tuberculosis. Según el estudio realizado por Muñiz ME., los trastornos hipertensivos destacan como la principal causa asociada al desarrollo de MME, representando el 49.2% de los casos. Por su parte, la Diabetes Mellitus contribuyó al 32.3% de los casos analizados (7).

3.1.2.4. Antecedentes obstétricos

Los antecedentes obstétricos abarcan información clave sobre la salud reproductiva de la paciente. Entre los aspectos más relevantes se incluyen el número de gestaciones previas, el tipo de parto (vaginal, cesárea, entre otros), antecedentes de abortos y el periodo intergenésico. De acuerdo con Baltodano S., un periodo intergenésico corto aumenta significativamente el riesgo de complicaciones obstétricas como la MME (Morbilidad Materna Extrema), con un Odds Ratio (OR) ajustado de 7.6. Asimismo, otros factores de riesgo incluyen haber tenido una cesárea previa (OR ajustado 4.55) y la nuliparidad (OR ajustado 8.12). Por su parte, Gamboa M. señaló que el 40.9% de las pacientes que desarrollaron MME tenían antecedentes de abortos previos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar de manera integral los antecedentes obstétricos durante el seguimiento prenatal, para identificar y mitigar factores de riesgo asociados a complicaciones severas (12).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

3.1.2.5. Factores Asociados a la MME

3.1.2.5.1. Sociodemográficos

Edad Materna Extrema: Las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años presentan un mayor riesgo de MME. Estudios realizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca indican que las edades extremas están significativamente asociadas con la MME.

Nivel Educativo Bajo: Un nivel educativo inferior a secundaria se asocia significativamente con la MME, lo que sugiere que la falta de acceso a información y recursos puede influir negativamente en la salud materna.

Procedencia Rural: Las mujeres de zonas rurales enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud de calidad, incrementando el riesgo de complicaciones severas durante el embarazo y parto (13).

3.1.2.5.2. Obstétricos

Paridad: Tanto la nuliparidad (primer embarazo) como la gran multiparidad (seis o más gestaciones) se han identificado como factores de riesgo para MME (1).

Edad Gestacional: El parto pretérmino (menos de 37 semanas) se asocia con un aumento en la incidencia de MME, debido a las complicaciones inherentes al nacimiento prematuro.

Antecedentes de Cesárea: Las mujeres con cesáreas previas presentan un riesgo elevado de MME en embarazos subsecuentes, posiblemente por complicaciones como la rotura uterina o adherencias (14).

3.1.2.5.3. Clínicos

Trastornos Hipertensivos del Embarazo: La preeclampsia y eclampsia son causas predominantes de MME, representando un porcentaje significativo de los casos reportados. Hemorragias Obstétricas: Complicaciones como la atonía uterina y la hemorragia postparto se identifican como factores críticos asociados a MME. Anemia: La presencia de anemia durante el embarazo incrementa la vulnerabilidad a complicaciones severas, contribuyendo al riesgo de MME (14).

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.2.5.4. Estadísticas Relevantes en el Perú

En el Hospital Regional Docente de Cajamarca, se reportó que el 45.3% de las mujeres evaluadas presentaron MME, siendo la falla orgánica el criterio más común (61.3%). Las principales causas específicas incluyeron eclampsia (58.6%), shock hipovolémico (24.1%) y shock séptico (17.2%)

Según datos del Ministerio de Salud del Perú, durante el año 2022 se observó una disminución de la mortalidad materna en un 42% respecto al 2021. No obstante, las principales causas de defunción continuaron siendo las hemorragias y los trastornos hipertensivos, ambas causas directas y prevenibles (8).

3.1.2.5.5. Normativas Técnicas Relevantes

El Ministerio de Salud del Perú ha establecido la "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema", aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 653-2021-MINSA. Esta norma tiene como objetivo estandarizar los procedimientos para la vigilancia de la MME en los establecimientos de salud a nivel nacional, contribuyendo a la activación de mecanismos de respuesta institucional inmediata que orienten las acciones de prevención y control (15).

Asimismo, se ha implementado la "Directiva Sanitaria para el Monitoreo y Seguimiento de la Morbilidad Materna Extrema en los Establecimientos de Salud", aprobada por la Resolución Ministerial N.º 249-2020-MINSA, que establece las directrices para el seguimiento de las mujeres que han presentado MME, con el fin de garantizar una atención integral y reducir la mortalidad materna (16).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local

Rodrigo, Juan (17). En un estudio realizado en los hospitales Honorio Delgado Espinoza y Goyeneche de Arequipa, Perú, entre 2017 y 2019, se investigaron las causas principales de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes con Morbilidad Materna Extrema. De los 84 casos analizados, se reportaron como principales causas obstétricas: preeclampsia grave (27.4%), atonía uterina (20.2%), y eclampsia (14.3%). Entre las causas clínicas destacaron la sepsis (9.5%) y la insuficiencia respiratoria aguda (3.6%). Finalmente, causas quirúrgicas como colecistitis y apendicitis representaron el 1.2% cada una. Este estudio concluyó que identificar tempranamente los factores de riesgo y las causas específicas mejora la detección y manejo de esta condición crítica.

Pinto, Danna (18), llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo y transversal para analizar factores asociados a la muerte materna en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre 2005 y 2017, con 80 casos registrados. La mayoría de las mujeres tenían entre 15 y 35 años (72.5%), convivían con su pareja (60%), poseían educación secundaria (60%), y eran amas de casa (51.25%). El 71.25% realizaron menos de seis controles prenatales y el 66.25% fallecieron durante el puerperio. El 60% de las muertes fueron de causa directa, siendo los trastornos hipertensivos la principal causa (58.33%), seguidos de hemorragias (20.83%) e infecciones (10.42%). Entre las muertes indirectas (40%), las principales causas fueron neoplasias (25%) y shock séptico (18.75%). Además, el 65% de las muertes fueron consideradas evitables. Se concluye que la falta de controles prenatales adecuados y factores sociodemográficos influyen significativamente en la mortalidad materna.

3.2.2. A nivel nacional

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (8), reportó la situación epidemiológica de la morbilidad materna extrema (MME) en el Perú hasta la semana epidemiológica 04 del 2023. Durante el 2022, se notificaron 1,692 casos de MME, con un promedio semanal de 33 casos, mientras que en el 2023 se han notificado 100 casos hasta la fecha. Las principales complicaciones fueron alteraciones hematológicas (58.5%) y disfunción uterina (41.9%), con un 65.3% de los casos requiriendo ingreso a UCI, donde el 50.9% permanecieron tres o más días. Lima fue el departamento con mayor número de casos notificados. El análisis resalta que la MME constituye un evento frecuente, reflejo de la calidad de atención obstétrica, y subraya la necesidad de fortalecer los servicios de salud para mejorar el manejo de estas complicaciones.

Espiche Torres y Idrogo Campos (6), realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles para identificar factores asociados a la morbilidad materna extrema (MME) en un hospital público de Lima, Perú, durante 2019-2022, con una muestra de 369 pacientes. Los casos incluyeron mujeres que cumplieron al menos un criterio de MME, y los controles, mujeres sin complicaciones obstétricas graves. Entre los factores asociados a la MME destacaron: edad menor de 20 años (OR: 3.50; IC 95%: 1.32-9.26), nivel educativo secundario (OR: 3.83; IC 95%: 1.45-10.13), controles prenatales insuficientes (OR: 4.32; IC 95%: 2.58-7.23), periodo intergenésico de 19-59 meses (OR: 2.24; IC 95%: 1.08-4.66) o ≥60 meses (OR: 3.10; IC 95%: 1.45-6.65), y antecedentes de cesárea previa (OR: 2.68; IC 95%: 1.45-4.95). El antecedente de partos previos (OR: 0.33; IC 95%: 0.16-0.74) fue identificado como factor protector. Se concluye que factores sociodemográficos y clínicos son determinantes en la MME, resaltando la importancia del control prenatal.

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2.3. A nivel internacional

Negash et al (19), realizaron una revisión sistemática y metanálisis sobre la prevalencia y los determinantes de los casi accidentes maternos (maternal near miss, MNM) en Etiopía entre 2015 y 2023. El estudio, que incluyó 21 investigaciones con una muestra total de 701,997 mujeres, estimó una prevalencia nacional combinada de MNM de 140 por cada 1,000 nacimientos [IC del 95 %: 80, 190]. Los factores asociados al MNM incluyeron la falta de educación formal [AOR = 2.10; IC 95 %: 1.09-3.10], falta de atención prenatal [AOR = 2.18; IC 95 %: 1.33-3.03], cesáreas previas [AOR = 4.07; IC 95 %: 2.91-5.24], anemia [AOR = 4.86; IC 95 %: 3.24-6.47] y trastornos médicos crónicos [AOR = 2.41; IC 95 %: 1.53-3.29]. El estudio concluyó que promover el acceso a la atención prenatal y reducir los factores de riesgo modificables son esenciales para disminuir el MNM y mejorar la salud materna en Etiopía.

Hirai et al (20), evaluaron las tendencias nacionales y estatales de la morbilidad materna grave (MMG) en Estados Unidos entre 2012 y 2019, en el contexto de la transición a la clasificación CIE-10-CM/PCS. Analizando 5.9 millones de hospitalizaciones por parto, encontraron que las tasas nacionales de MMG aumentaron de 69.5 a 79.7 por cada 10,000 hospitalizaciones (RD: 10.2; IC del 95%: 5.8-14.6), sin asociación significativa con la transición al nuevo sistema de codificación (RD: -3.2; IC del 95%: -6.9 a 0.6). Las tasas estatales variaron significativamente, con aumentos en 21 estados y una disminución en uno. Los indicadores con mayor incremento incluyeron insuficiencia renal aguda (RD: 8.9; IC del 95%: 7.5-10.3). Los resultados resaltan la necesidad de comprender mejor las disparidades estatales y los aumentos en la MMG para optimizar la vigilancia y la calidad de atención clínica.

4. HIPÓTESIS

Dado que el estudio es de carácter descriptivo, no se realizará una contrastación de hipótesis.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

La técnica de recolección de datos que se empleó en la presente investigación fue la recopilación documentada. Esta técnica consistió en la revisión y extracción de información de las historias clínicas de pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024 (21).

1.2. Instrumentos

- Ficha de recolección de datos: Se utilizó la "Ficha de Notificación e Investigación de Morbilidad Materna Extrema", incluida en la "Norma Técnica para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (Norma Técnica de Salud N° 174-MINSA/2021/CDC)". Este instrumento contó con validación nacional y no requirió modificaciones adicionales para su aplicación en el estudio (2).

1.3. Materiales de verificación

Historias clínicas de las pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024. Software para el procesamiento y análisis de datos, como Microsoft Excel y SPSS (21).

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El ámbito de estudio abarcó el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Población

La población estuvo conformada por las pacientes que presentaron características incluidas en la "Norma Técnica para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (Norma Técnica de Salud N° 174-MINSA/2021/CDC)", atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024 (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.2.2. Criterios de selección:

2.2.2.1. Criterios de Inclusión

- Historias clínicas completas y legibles de pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024.
- Pacientes diagnosticadas con patologías relacionadas con morbilidad materna extrema (MME), según la normativa técnica establecida. Ejemplo:
  - Preeclampsia severa.
  - Hemorragia obstétrica grave.
  - Sepsis puerperal.
  - Síndrome HELLP.
- Mujeres que hayan recibido tratamiento en el hospital durante el embarazo, parto o puerperio.

2.2.2.2. Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas, ilegibles o duplicadas.
- Pacientes fallecidas sin registro de los criterios de MME antes de su deceso.
- Mujeres atendidas en servicios diferentes al Departamento de Ginecoobstetricia.

2.3. Temporalidad

El estudio abarcó el análisis de los datos recolectados de pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024.

2.4. Ubicación Espacial

El estudio se desarrolló en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

2.5. Tipo de Investigación

La investigación fue de diseño observacional, dado que no se intervino en las variables independientes.

2.6. Nivel de Investigación

El nivel fue analítico, centrado en identificar y evaluar asociaciones entre factores y la presencia de morbilidad materna extrema (21).

2.7. Diseño de Investigación

2.7.1. Tipo de Diseño

Estudio retrospectivo.

Se analizaron datos previamente registrados en las historias clínicas de pacientes atendidas durante el año 2024.

Se incluyeron pacientes diagnosticadas con morbilidad materna extrema (MME) según los criterios de la normativa técnica (21).

2.7.2. Justificación del Diseño

El diseño retrospectivo permitió aprovechar datos ya existentes, resultando eficiente en términos de tiempo y recursos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

3.1.1. Revisión de Historias Clínicas

- Se procedió a la revisión exhaustiva de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante el año 2024.
- La revisión se realizó a través del sistema informático del hospital, contando con la autorización correspondiente del Comité de Ética y de las autoridades hospitalarias (21).

3.1.2. Identificación y Registro de Diagnósticos Relevantes

- Se buscaron y registraron los diagnósticos relacionados con morbilidad materna extrema (MME) conforme a la normativa técnica vigente del Ministerio de Salud (N° 174-MINSA/2021/CDC). Los diagnósticos incluyen, pero no se limitan a:

  Preeclampsia severa.

  Eclampsia.

  Hemorragias obstétricas graves.

  Sepsis.

  Síndrome HELLP.

- Se recopilaron variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos, comorbilidades y resultados clínicos registrados en las historias clínicas (2).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.1.3. Organización del Proceso

- Se programaron sesiones de trabajo en coordinación con la Oficina de Archivos del hospital, asignando días específicos para acceder a los datos.
- Se empleo una ficha estructurada de recolección de datos para garantizar que toda la información relevante sea registrada de manera uniforme y sistemática.
- Digitalización y Análisis Inicial:
- Los datos recolectados fueron digitalizados en una hoja de cálculo (Microsoft Excel) y codificados para garantizar la confidencialidad de las pacientes (21).

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

Investigador

Estadístico: Responsable del procesamiento y análisis estadístico de los datos recolectados.

3.2.2. Materiales

Fichas de recolección de datos impresas.

Carpeta para resguardar documentación física relevante.

Computadora con software estadístico como SPSS y Microsoft Excel.

Impresora y material de oficina (hojas, lápices, marcadores).

Acceso a las historias clínicas (21).

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Estrategia de Manejo de Datos

4.1. Plan de Recolección

Se solicitó autorización al Comité de Ética y a las autoridades del Hospital Goyeneche, Arequipa, para acceder a las historias clínicas de las pacientes.

La recolección de datos se realizó de manera documentada, empleando la ficha de notificación e investigación de morbilidad materna extrema.

Se recopilaron datos relevantes de las historias clínicas en relación con los factores asociados, incluyendo antecedentes obstétricos, demográficos y clínicos.

Los investigadores llevaron a cabo la recolección en periodos específicos durante el año 2024, siguiendo los horarios establecidos por la Oficina de Archivos del hospital (21).

4.2. Plan de Procesamiento

Los datos recolectados fueron ingresados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, asegurando su codificación para preservar la confidencialidad de las pacientes. Posteriormente, la información fue organizada y preparada para su análisis descriptivo (21).

4.3. Plan de Clasificación

Las variables cualitativas y cuantitativas fueron clasificadas según su naturaleza. Se utilizó un sistema de codificación estandarizado para garantizar la uniformidad en el tratamiento de los datos (21).

4.4. Plan de Recuento

Se aplicó estadística descriptiva para calcular frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de las variables incluidas en el estudio. Las variables numéricas fueron resumidas mediante medidas de tendencia central, como la media y la mediana, así como de dispersión, como la desviación estándar (21).

4.5. Plan de Análisis

El análisis de los datos se realizó exclusivamente desde un enfoque descriptivo (21).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 2

Características sociodemográficas de gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

Características sociodemográficas		
Edad	**F**	**%**
18 - 34 años	49	81.7
≥ 35 años	11	18.3
Procedencia	**F**	**%**
Urbano	40	66.7
Rural	20	33.3
Nivel educativo	**F**	**%**
Primaria incompleta	2	3.3
Primaria completa	1	1.7
Secundaria incompleta	10	16.7
Secundaria completa	25	41.7
Superior incompleta	7	11.7
Superior completa	15	25.0
Estado civil	**F**	**%**
Soltera/ separada	16	26.7
Casada/ conviviente	44	73.3
Total	**60**	**100.0**

En la tabla número 2, se evidencio que el mayor porcentaje de gestantes (81.7%) se encontraba en el rango de 18 a 34 años. Respecto a la procedencia, la mayoría provenía de zonas urbanas con un 66.7 %. En cuanto al nivel educativo el 41.7% de gestantes conto con secundaria completa siendo mínima la primara completa con 1.7%. Respecto al estado civil 73.3% fueron casada o conviviente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Tabla 3

Antecedentes patológicos en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
PATOLOGIA	**F**	**%**
Diabetes mellitus	1	1.7
Enfermedad hepática	0	0.0
Preeclampsia/Eclampsia	10	16.7
Hipertensión crónica	1	1.7
Cardiopatía	2	3.3
TBC	0	0.0
Enfermedad renal	0	0.0
Enfermedad neoplásica	0	0.0
VIH/SIDA/ITS	0	0.0
Sin antecedentes	46	76.6
Total	**60**	**100.0**

En la tabla número 3 se observó que el antecedente patológico más frecuente fue la preeclampsia/eclampsia con un 16.7%, sin embargo, la cardiopatía, diabetes mellitus e hipertensión crónica registraron 3.3%, 1.7% y 1.7% respectivamente.

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 4

Antecedentes obstétricos en gestantes con morbilidad materna. Hospital Goyeneche 2024

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Gestaciones	**F**	**%**
Primigesta	14	23.3
Segundigesta	22	36.7
Multigesta	24	40.0
Partos vaginales	**F**	**%**
Nulípara	33	55.0
Primípara	12	20.0
Segundipara	9	15.0
Multípara	6	10.0
Cesáreas previas	**F**	**%**
0	42	70.0
1	13	21.7
2	4	6.7
3	1	1.7
Abortos previos	**F**	**%**
0	39	65.0
1	19	31.7
2	2	3.3
Periodo Intergenésico	**F**	**%**
Primigesta	14	23.3
Inadecuado corto (< 18 meses)	7	11.7
Adecuado (18 – 59 meses)	18	30.0
Inadecuado largo (≥ 60 meses)	21	35.0
Total	**60**	**100.0**

En la tabla número 4, demostró que el 40% de las gestantes fueron multigesta. Respecto a los partos vaginales la mayoría fue nulípara con un 55%. En relación con las cesarías, el 30% tuvo al menos una cesaría previa. En cuanto con los abortos previos el 65% no tuvo antecedentes de aborto previo. Respecto al periodo intergenésico la mayoría de las gestantes tuvo un periodo intergenésico inadecuado predominando el inadecuado largo con un 35%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 5

Atención durante la gestación, parto o puerperio actual en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO ACTUAL		
Trimestre del embarazo	**F**	**%**
Primer trimestre	17	28.3
Segundo trimestre	5	8.3
Tercer trimestre	38	63.3
Atención prenatal	**F**	**%**
No aplica	19	31.7
Inadecuada (0-5 CPN)	19	31.7
Adecuado (≥6 CPN)	22	36.7
Edad gestacional de inicio de atenciones prenatales	**F**	**%**
No aplica	17	28.3
Inadecuado (> 14 semanas)	15	25.0
Adecuado (≤ 14 semanas)	28	46.7
Término de la gestación	**F**	**%**
Aborto	3	5.0
Embarazo continúa	1	1.7
Laparotomía exploratoria*	15	25.0
Obito	5	8.3
Parto por cesárea	34	56.7
Parto vaginal	2	3.3
Total	**60**	**100.0**

*Las laparotomías exploratorias se realizaron por embarazos ectópicos y rotura uterina.

En la tabla número 5, se detalló que el predominio de las complicaciones fue durante el tercer trimestre con un 63.3% seguido del primer trimestre con un 28.3%. En el 36.7% de las gestantes tuvo un numero adecuado de controles prenatales. El 46.7% de las gestantes empezaron los controles prenatales antes de las 14 semanas. En relación con el término de la gestación el 56.7% fue por cesárea resaltando que un 25% fueron laparotomía exploratoria.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 6

Complicaciones hipertensivas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Hipertensión crónica	Sí	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%
	No	16	26.6%	5	8.3%	38	61.7%	59	98.3%
Hipertensión gestacional	Sí	0	0.0%	0	0.0%	7	11.7%	7	11.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	31	51.7%	53	88.3%
Preeclampsia	Sí	0	0.0%	1	1.7%	28	46.7%	29	48.3%
	No	17	28.3%	4	6.7%	10	16.7%	31	51.7%
Eclampsia	Sí	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	37	61.7%	59	98.3%
Sd. De HELLP	Sí	0	0.0%	0	0.0%	11	18.3%	11	18.3%
	No	17	28.3%	5	8.3%	27	45.0%	49	81.7%
Total		17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%

En la tabla número 6, observamos que la preeclampsia y el síndrome de HELLP fueron las complicaciones más frecuentes con un 48.3% y 18.3% respectivamente, ambas fueron predominantes durante el tercer trimestre.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 7

Complicaciones hemorrágicas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Relacionada con aborto	**Sí**	2	3.3%	1	1.7%	0	0.0%	3	5.0%
	No	15	25.0%	4	6.7%	38	63.3%	57	95.0%
Placenta acreta/increta/percreta	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	4	6.7%	4	6.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	34	56.7%	56	93.3%
Placenta Previa	**Sí**	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	No	17	28.3%	4	6.7%	36	60.0%	57	95.0%
Desprendimiento de placenta	**Sí**	0	0.0%	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
	No	17	28.3%	4	6.7%	36	60.0%	57	95.0%
Hemorragia post parto	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	14	23.3%	14	23.3%
	No	17	28.3%	5	8.3%	24	40.0%	46	76.7%
Atonía uterina	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	5	8.3%	5	8.3%
	No	17	28.3%	5	8.3%	33	55.0%	55	91.7%
Rotura uterina	**Sí**	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%
	No	16	26.7%	5	8.3%	38	63.3%	59	98.3%
Embarazo ectópico	**Sí**	13	21.7%	1	1.7%	0	0.0%	14	23.3%
	No	4	6.7%	4	6.7%	38	63.3%	46	76.7%
Total		**17**	**27.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 7, se evidencio que la complicaciones más frecuente en el primer trimestre fue el embarazo ectópico con un 23.3% mientras que en el tercer trimestre fue la hemorragia postparto con un 23.3%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Tabla 8

Complicaciones infecciosas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Infección	Enfermedad pélvica inflamatoria	0	0.0%	1	1.7%	0	0.0%	1	1.7%
	Sepsis de foco urinario	1	1.7%	0	0.0%	2	3.3%	3	5.0%
	Ninguno	16	27.7%	4	6.7%	36	60.0%	56	93.3%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 8, se identificó que en el 5% de las gestantes presentaros sepsis de foco urinario y 1.7% enfermedad pélvica inflamatoria. No encontrándose patología alguna en el 93% de las gestantes.

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 9

Otras condiciones maternas en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Otros	Cetoacidosis diabética	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%
	Hipertensión pulmonar	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	Retinopatía hipertensiva	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	2	3.3%
	Ruptura hepática	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	Ninguno	16	25%	5	6.7%	34	56.7%	53	88.3%
	Total	**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 9, se identificaron casos de Retinopatía hipertensiva en el 3.3% de los casos además de Cetoacidosis diabética, hipertensión pulmonar y ruptura hepática en el 1.7% de los casos. En el 88.3% de los casos no se reportaron complicaciones.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Tabla 10

Sistema cardiovascular afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Shock	**Sí**	4	5.0%	2	3.3%	5	8.3%	11	18.3%
	No	13	18.3%	3	5.0%	33	55.0%	49	81.7%
Paro cardíaco	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Acidosis severa	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	37	61.7%	59	98.3%
Hipoperfusión severa	**Sí**	3	5%	0	0.0%	2	3.3%	5	8.3%
	No	14	23.3%	5	8.3%	36	60.0%	55	91.7%
Administración continua de agentes vasoactivos	**Sí**	1	1.7%	0	0.0%	5	8.3%	6	10.0%
	No	16	26.7%	5	8.3%	33	55.0%	54	90.0%
Reanimación cardiopulmonar	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 10 podemos observar que en el 18.3% de gestantes que presentaron shock hipovolémico predominando en el tercer trimestre.

En lo referente a agentes vasoactivos en el 10% de gestantes fue necesario su uso predominando en el tercer trimestre, además la hipoperfusión severa se presento en el 8.3% de las gestantes predominando en el primer trimestre.

Tabla 11

Sistema respiratorio afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Cianosis aguda	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Respiración jadeante	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Taquipnea severa	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Bradipnea severa	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Hipoxia severa	**Sí**	1	1.7%	0	0.0%	11	18.3%	13	21.7%
	No	16	26.7%	5	8.3%	27	45.0%	47	78.3%
Intubación y ventilación mecanica	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%	2	3.3%
	No	17	28.3%	5	8.3%	36	60.0%	58	96.7%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 11 se evidencio que el 21.7% de las gestantes presentaron hipoxia severa y en el 3.3% se efectuó la intubación y ventilación mecánica.

Tabla 12

Sistema renal afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Oliguria	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	4	6.7%	4	6.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	34	56.7%	56	93.3%
Azoemia aguda severa	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	37	61.7%	59	98.3%
Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	37	61.7%	59	98.3%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 12 se observó que la Oliguria fue el criterio con mayor frecuente con un 6.7% seguido de la azoemia aguda severa en el 1.7% de los casos efectuándose la diálisis en el 1.7% de los casos.

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 13

Sistema hematológico y de la coagulación afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Alteraciones de la coagulación	**Sí**	5	8.3%	1	1.7%	15	25.0%	21	35.0%
	No	12	20%	4	6.7%	23	38.3%	39	65.0%
Trombocitopenia aguda severa	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	6	10.0%	6	10.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	32	53.3%	54	90.0%
Transfusión de ≥ 3 vol	**Sí**	13	21.7%	3	5.0%	25	41.7%	41	68.3%
	No	4	6.7%	2	3.3%	13	21.7%	19	31.7%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 13 identificamos que el 68.3% de casos se efectuaron transfusiones masivas y fue predominante en todos los trimestres. Las alteraciones de la coagulación y la trombocitopenia fueron mas frecuentes en el tercer trimestre con un 25% y 10% respectivamente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Tabla 14

Sistema neurológico afectado en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico	**Si**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Accidente cerebro vascular	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	1	1.7%	1	1.7%
	No	17	28.3%	5	8.3%	37	61.7%	59	98.3%
Parálisis generalizada	**Sí**	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	No	17	28.3%	5	8.3%	38	63.3%	60	100.0%
Total		**17**	**28.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 14 se muestra que el único criterio encontrado fue accidente cerebrovascular con un 1.7% durante el tercer trimestre.

Tabla 15

Disfunción uterina y manejo específico en gestantes con morbilidad materna extrema. Hospital Goyeneche 2024

		Trimestre del embarazo de egreso/parto/aborto						Total	
		Primer trimestre		Segundo trimestre		Tercer trimestre			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Histerectomía	Sí	1	1.7%	3	5.0%	8	13.3%	12	20.0%
	No	16	26.7%	2	3.3%	30	50.0%	48	80.0%
Ingreso a UCI ≥ 72 horas	Sí	1	1.7%	0	0.0%	15	25.0%	16	26.7%
	No	16	26.7%	5	8.3%	23	38.3%	44	73.3%
Total		**17**	**23.3%**	**5**	**8.3%**	**38**	**63.3%**	**60**	**100.0%**

En la tabla número 15 se evidencio que el 26.7% de pacientes ingresaron a UCI los cuales permanecieron por más de 72horas predominando el tercer trimestre.

La Histerectomía estuvo presente en el 20% de los casos y se registró en todos los trimestres.

DISCUSIÓN

En la tabla 2 se detallan las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche durante el año 2024. La mayoría (81.7 %) se encontraba entre los 18 y 34 años, siendo este el período de mayor fertilidad femenina, coincidiendo con lo reportado por Pinto, Danna (18), quien identificó este rango etario como el más frecuente en casos de complicaciones maternas. Esto pone en evidencia que, incluso en edades reproductivamente óptimas, existe riesgo obstétrico considerablemente significativo, en que se asocia a otros determinantes como la calidad de atención prenatal o factores socioeconómicos. En cuanto al lugar de procedencia, predominaron las gestantes del ámbito urbano (66.7 %), lo que podía estar relacionado con un mayor acceso a servicios de salud que corrobora lo encontrado por Negash et al (19), quien señalan la falta de atención prenatal como un factor de riesgo relevante, sin embargo, esto se podría explicarse por deficiencias en el primer nivel. Con relación al nivel educativo, un 41.7 % tenía secundaria completa y un 25.0 % contaba con estudios superiores, datos coincidentes con Espiche; Idrogo (6), relacionan el bajo nivel educativo con una mayor incidencia de morbilidad materna extrema. Por otro lado, el 73.3 % de las gestantes tenían un estado civil de casadas o convivientes, lo cual concuerda con lo identificado por Pinto, Danna (18), sugiriendo ciertos patrones culturales y sociales asociados a la maternidad en la región.

La tabla 3 describe los antecedentes patológicos de las gestantes, donde se evidencian bajas tasas de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y cardiopatías, lo cual podría explicarse por la relativa juventud de la población estudiada, ya que en su mayoría asilaba en 18 y 34 años donde estas patologías tienden a ser menos prevalentes. Cabe destacar que el 16.7 % presentaron antecedentes de preeclampsia o eclampsia, patologías que, según Rodrigo, Juan (17), son causas frecuentes de ingreso a UCI. Esto resalta la necesidad de un seguimiento exhaustivo en mujeres con antecedentes hipertensivos durante el embarazo debido a que pueden reaparecer o agravarse en embarazos posteriores ya que la probabilidad de volver a presentarlo es del 20% aproximadamente.

Respecto a los antecedentes obstétricos, la tabla 4 muestra que un alto porcentaje de gestantes eran multigestas o segundigestas, aunque el 55.0 % eran nulíparas. Esta combinación sugiere que muchas han tenido embarazos previos sin culminar en partos vaginales, lo que podría estar a embarazos no evolutivos lo cual puede representar una condición de vulnerabilidad, considerando que Espiche; Idrogo (6), identificaron al antecedente de partos previos como un factor protector frente a la morbilidad materna extrema. Además, el 30.0 % reportó cesáreas previas, situación que se asocia a un mayor riesgo de complicaciones como acretismo

placentario, ruptura uterina u hemorragias obstétricas, tal como se evidencia en el metaanálisis de Negash et al (19). Otro hallazgo relevante es que el 46.7 % presentó periodos intergenésicos inadecuados, lo que refuerza la necesidad de mejorar el acceso a servicios de planificación familiar y educación sexual integral pues esta situación constituye un factor de riesgo conocido y se asocia a parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y otras complicaciones maternas. Esto refuerza la necesidad de fortalecer la planificación familiar con conserjerías preconcepcionales y educación sexual integral para prevenir embarazos no planificados y mejorar desenlaces maternos.

La información de la tabla 5 evidencia deficiencias en la atención prenatal, ya que sólo el 36.7 % de las gestantes tuvo un numero de controles adecuado que se realizaron en centros de salud o de forma particular y solo son referencias debido a que el Hospital III Goyeneche no posee población asignada. Esta situación es preocupante dado que tanto Pinto, Danna (18), como Espiche; Idrogo (6), vinculan la falta de controles prenatales con un incremento en la morbilidad materna. A pesar de que la mayoría de los partos ocurrieron en instituciones de salud, la elevada proporción de cesáreas (56.7 %) y laparotomías exploratorias (25.0 %), por embarazos ectópicos, sugiere una alta prevalencia de condiciones que requieren intervenciones mayores y otros estudios. Estas cifras superan lo recomendado por la OMS y podrían estar relacionadas con la alta tasa de complicaciones detectadas también está relacionado a que el Hospital III Goyeneche es un hospital de referencia.

En cuanto a las complicaciones hipertensivas descritas en la tabla 6, la preeclampsia fue la más frecuente (48.3 %), seguida por el síndrome de HELLP (18.3 %). Estas condiciones, particularmente prevalentes en el tercer trimestre, reflejan un patrón consistente con estudios como los de Rodrigo, Juan (17), y Pinto, Danna (18), quienes identificaron a los trastornos hipertensivos como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. A nivel nacional, el Centro Nacional de Epidemiología (8), también confirma esta tendencia. La preeclampsia presenta un desafío clínico por lo impredecible y su potencial de evolución a formas graves y el síndrome de HELLP adiciona complejidad al manejo obstétrico.

La tabla 7 aborda las complicaciones hemorrágicas, destacando el embarazo ectópico (23.3 %) y la hemorragia posparto (23.3 %) como las más prevalentes. El embarazo ectópico se concentró en el primer trimestre siendo una emergencia que si no es diagnosticada a tiempo puede desencadenar en una ruptura tubárica; mientras que hemorragia posparto fue más prevalente en el tercer trimestre, coincidiendo con lo reportado por Pinto, Danna (18), respecto a la importancia de las hemorragias como segunda causa de muerte materna. Además,

complicaciones como la placenta previa o acretismo placentario, aunque menos frecuentes, tienen un alto potencial de severidad, tal como resalta el estudio de Rodrigo, Juan (17).

En la tabla 8 se evidencian las infecciones maternas, donde la sepsis urinaria (5.0 %) y la enfermedad pélvica inflamatoria (1.7 %) fueron las únicas reportadas. Aunque poco prevalentes, estos cuadros tienen alta letalidad si no se detectan a tiempo, como advierten Rodrigo, Juan (17), y Pinto, Danna (18). La baja frecuencia observada podría indicar una mejora en las medidas de prevención, pero no exime de la necesidad de vigilancia constante, especialmente en el tercer trimestre, cuando aumenta el riesgo de infecciones sistémicas.

La tabla 9 presenta condiciones clínicas diversas que, pese a su baja frecuencia, tienen un impacto considerable en la salud materna. Patologías como la retinopatía hipertensiva o la ruptura hepática reflejan la gravedad de las complicaciones obstétricas que pueden condicionar negativamente el desenlace del embarazo. Rodrigo, Juan (17), y Hirai et al (20), destacan la relevancia de este tipo de afecciones, insistiendo en la necesidad de un enfoque clínico multidisciplinario.

En la tabla 10 se identifican las disfunciones cardiovasculares, siendo el shock (18.3 %) la más frecuente, seguido por la necesidad de agentes vasoactivos y la hipoperfusión severa. Estas condiciones suelen estar vinculadas a hemorragias, sepsis o preeclampsia, y reflejan una alta demanda de soporte intensivo. Pinto, Danna (18), señaló al shock séptico como una causa importante de muerte materna, lo cual se corrobora con estos hallazgos.

La información de la tabla 11 resalta la hipoxia severa (21.7 %) como principal complicación respiratoria, concentrándose en el tercer trimestre. Esta condición, aunque no muy prevalente, suele indicar un deterioro sistémico grave y puede requerir intervenciones críticas como la ventilación asistida. Rodrigo, Juan (17), y Hirai et al (20), identifican la insuficiencia respiratoria aguda como una de las principales causas clínicas de ingreso a UCI, reforzando la necesidad de una evaluación respiratoria constante.

La tabla 12 expone la afectación renal, siendo la oliguria (6.7 %) la más reportada, seguida por la azoemia y la necesidad de diálisis. Estas complicaciones, presentes exclusivamente en el tercer trimestre, reflejan una progresión hacia el fallo multiorgánico, como lo advierten Rodrigo, Juan (17), y Hirai et al (20). La detección temprana de estos signos es esencial para evitar desenlaces graves.

En la tabla 13 se analizan los trastornos hematológicos, siendo la transfusión de más de tres volúmenes (68.3 %) la complicación más prevalente, seguida de alteraciones de la coagulación

y trombocitopenia. Estos hallazgos coinciden con lo descrito por el Centro Nacional de Epidemiología (8), y Negash et al (19), quienes señalan que los trastornos hematológicos son determinantes clave en la morbilidad materna extrema.

La tabla 14 reporta un único caso de accidente cerebrovascular (1.7 %), sin otras alteraciones neurológicas. Aunque de baja incidencia, este tipo de eventos tiene alta letalidad y debe ser considerado con especial atención en gestantes con antecedentes o factores de riesgo neurológico.

Finalmente, en la tabla 15 se detalla la disfunción uterina y el manejo quirúrgico. El ingreso a UCI por más de 72 horas (26.7 %) y la histerectomía (20.0 %) fueron los procedimientos más frecuentes, particularmente en el tercer trimestre. Rodrigo, Juan (17), y el Centro Nacional de Epidemiología (8), ya advertían sobre la alta carga de estas intervenciones en el contexto de hemorragias obstétricas.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La mayoría de las gestantes con morbilidad materna extrema atendidas en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2024, fueron mujeres jóvenes entre 18 y 34 años (81.7 %), de procedencia urbana (66.7 %), con un nivel educativo predominantemente de secundaria completa (41.7 %) y casadas o convivientes (73.3 %).

SEGUNDA: Respecto a los antecedentes patológicos y obstétricos, el 16.7 % de las gestantes reportó antecedentes de preeclampsia o eclampsia. Además, el 40.0% fueron multigestas y el 30.0 % tuvieron cesáreas previas, un 35.0 % presento periodos intergenésicos inadecuadamente largos.

TERCERA: En cuanto a la atención recibida durante la gestación, parto y puerperio, se evidenció que solo el 36.7 % recibió atención prenatal adecuada, el 25.0 % inició estos controles de forma tardía, el 56.7 % culminó su embarazo mediante cesárea y solo el 3.3 % por parto vaginal.

CUARTA: Las complicaciones maternas más frecuentes entre las gestantes con morbilidad materna extrema fueron las hemorragia y la enfermedad hipertensiva del embarazo. Predominando la preeclampsia y el síndrome de HELLP con un 48.3 % y 18.3 % respectivamente predominando en el tercer trimestre. Las hemorragias post parto (20.0 %) y los embarazos ectópicos (23.3 %). En cuanto a complicaciones sistémicas, se reportó hipoxia severa en el 21.7 %, shock en el 18.3 %, alteraciones de la coagulación en el 35.0%, y necesidad de transfusiones masivas en el 68.3 %. Asimismo, el 26.7 % de las pacientes requirió ingreso a UCI por más de 72 horas, lo que evidencia el grado de severidad de los casos atendidos.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda un control prenatal individualizado y estratificado en toda gestante de la forma más temprana posible, reforzándose en el primer nivel de atención mediante una rigurosa vigilancia prenatal, tamizajes oportunos y un seguimiento adecuado de gestantes con comorbilidades además es oportuno realizar charlas de concientización dirigidas al personal de salud y gestantes para reforzar las capacidades para identificar factores de riesgo

SEGUNDA: Se recomienda que los establecimientos de salud del tercer nivel de atención y superiores cuenten con suficiente número médicos especialistas y equipamientos necesarios para una atención oportuna y segura de las gestantes, en especial las que presentan condiciones de morbilidad materna extrema.

TERCERA: Es necesario efectuar simulacros periódicos de atención de emergencias ginecobstetricias para capacitar al personal ante situaciones criticas como hemorragias o patologías hipertensivas de la gestación para mejorar la atención y reducir la incidencias de morbilidad materna extrema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neciosup. Factores de riesgo de morbilidad materna extrema durante la pandemia por COVID – 19, Hospital Regional Docente de cajamarca. 2020 - 2021; 2022.
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna extrema; 2021 Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3466851/Norma%20t%C3%A9cnica%20de%20salud%20para%20la%20vigilancia%20epidemiol%C3%B3gica%20de%20la%20morbilidad%20materna%20extrema.pdf.
3. Villalobos. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011 – 2015. [Online].; 2017.
4. Torres. Factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014 ; 2015.
5. Pinedo Curi, Diana Jimena. Factores asociados a morbilidad materna extrema, Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2017-2023. 2023.
6. Espiche; Idrogo. Factores asociados a la morbilidad materna extrema en un hospital público de Lima, Perú: [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2024.
7. Muñiz et al. Morbilidad Materna Extremadamente Grave en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa. La Habana, Cuba (2008-2012). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016; 42(3): 321--329.
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica de la morbilidad materna extrema en el Perú, SE 04-2023. Boletín Epidemiológico del Perú. 2023; 04: 75-79.
9. Donoso, Enrique; Carvajal, Jorge A; Vera, Claudio; Poblete, José A. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile. 2014; 142(2): 168--174.
10. Mamani, Vilca; Jovao, Lenin. Prevalencia, y factores asociados a morbilidad materna extrema en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca año 2019. 2020.

11. González Aguilera, Julio César; Vázquez Belizón, Yoleinis Esperanza; Pupo Jiménez, Julia Matilde; Algas Hechavarría, Luis Antonio; Cabrera Lavernia, Jorge Omar. Morbilidad materna extrema en una unidad de cuidados intensivos. Medisan. 2015; 19(12): 1466--1476.

12. Gamboa. Morbilidad materna extrema y muertes maternas evitadas en el hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, 2017- 2018; 2019 Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8032e8bd-147d-409d-a937-f9ac5d9d28f4/content.

13. Lezama Torres, Marieta Marlene. Factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema. Hospital regional docente de Cajamarca 2018 Universidad Nacional de Cajamarca [Tesis para optar el grado de Maestría en Ciencias de la Salud]; 2019.

14. Ministerio de Salud. Morbilidad materna extrema en el INMP resumen de 5 años. [Online].; 2017.

15. Ministerio de Salud, Perú. Resolución Ministerial N.° 653-2021-MINSA. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema (NTS N° 174-MINSA/2021/CDC) 21 , editor.: mayo; 2021.

16. Ministerio de Salud, Perú. Resolución Ministerial N.° 249-2020-MINSA. Directiva Sanitaria Nº 098-MINSA-2020-DGIESP: Directiva Sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud 3 , editor.: mayo; 2020.

17. Rodrigo J. Causas de ingreso a UCI de pacientes con morbilidad materna extrema, en dos Hospitales de Arequipa, del 2017 al 2019 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2020.

18. Pinto D. Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2018.

19. Negash et al. Prevalence and determinants of maternal near miss in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2015–2023. BMC Women's Health. 2023; 23(380): 1-14.

20. Hirai et al. Trends in Severe Maternal Morbidity in the US During the Transition to ICD-10-CM/PCS, 2012 to 2019. JAMA Network Open. 2022; 5(7): e2222966.

21. Hernandez et al. Metologia de la investigación; 2014.

22. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2023.

23. Ministerio de Salud. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 - 2023. [Online].; 2023. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_172028_0.pdf?utm_source=.

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de recolección de datos

PERÚ | 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

NOTIFICACIÓN

I. DATOS DE NOTIFICACIÓN

FECHA DE NOTIFICACIÓN: Día ____ Mes _____ Año _____ | **FECHA DEL EVENTO:** Día ____ Mes _____ Año _____

DIRIS/DIRESA/GERESA QUE NOTIFICA: _____ | **NOMBRE DEL EESS NOTIFICANTE:** _____

IDENTIFICADO POR: ◯ Vigilancia activa (Búsqueda activa institucional) ◯ Vigilancia pasiva

II. DATOS DE LA PACIENTE

APELLIDO PATERNO:	**APELLIDO MATERNO:**	**NOMBRE (S):**

EDAD: ____ Años **NACIONALIDAD:** ◯ Peruana ◯ Otros, especif. _____ **N° DNI/CARNÉ DE EXT.:** _____ **N° HC:** _____

TIPO DE SEGURO: ◯ SIS ◯ EsSalud ◯ Sanidad FFAA/PNP ◯ EPS/Privado ◯ Otros, especificar _____ ◯ No tiene seguro

DEPARTAMENTO: (Lugar de procedencia)	**PROVINCIA:**	**DISTRITO:**

III. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA *(Puede marcar más de un criterio)*

SISTEMA O APARATO AFECTADO	CRITERIO CLÍNICO	LABORATORIO	INTERVENCIONES - MANEJO
CARDIOVASCULAR	◯ 1.Shock ◯ 2.Paro cardíaco	◯ 3.pH < 7,1 pH: _____ *(Acidosis severa)* ◯ 4. Lactato > 5 mmol /l o 45 mg/dl Lactato: _____ mmol/l o mg/dl *(Hipoperfusión severa)*	◯ 5. Administración continua de agentes vasoactivos ¿Cuál/es?: _____ ◯ 6. Reanimación cardiopulmonar
RESPIRATORIO	◯ 7. Cianosis aguda ◯ 8. Respiración jadeante ◯ 9. FR > 40 rpm *(Taquipnea severa)* ◯ 10. *FR < 6 rpm (Bradipnea severa)*	◯ 11. Saturación de oxígeno < 90% durante ≥ 1 hora o PaO2/FiO2 < 200 mmHg *(Hipoxia severa)*	◯ 12. Intubación y ventilación, no relacionadas con la anestesia ¿Cuántos días?: _____
RENAL	◯ 13. Oliguria resistente a los líquidos o diuréticos	◯ 14.Creatinina: ≥ 300 µmol/l o ≥ 3,5 mg/dl Creatinina: _____ µmol/l o mg/dl *(azotemia aguda severa)*	◯ 15. Diálisis en caso de insuficiencia renal aguda
HEMATOLÓGICO/ DE LA COAGULACIÓN	◯ 16. Alteraciones de la coagulación *(no formación de coágulo)*	◯ 17. Plaquetas < 50.000 plaquetas/ml _____ plaquetas/ml *(Trombocitopenia aguda severa)*	◯ 18. Transfusión de ≥ 3 vol N° de unidades: _____ *(Transfusión masiva de unidades de sangre, glóbulos rojos, hemoderivados, paquete globular)*
HEPÁTICO	◯ 19. Ictericia en presencia de preeclampsia	◯ 20. Bilirrubina > 100 µmol/l o > 6 mg/dl *(Hiperbilirrubinemia aguda severa)* Bilirrubina: _____ µmol/l o mg/dl	
NEUROLÓGICO	◯ 21. Coma/Pérdida de conocimiento > 12 horas ◯ 23. Accidente cerebrovascular	◯ 22. Crisis epilépticas incontroladas/estado epiléptico ◯ 24. Parálisis generalizada	
DISFUNCIÓN UTERINA/ MANEJO ESPECÍFICO		◯ 25. Histerectomía *(Después de infección o hemorragia uterina)* ◯ 26. Ingreso a UCI > 72 horas: N° ____ horas	

IV. DATOS DE INGRESO AL EESS

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: ◯ Sangre/ hemoderivados ◯ Atención médica especializada/RRHH ◯ Otros: _____

CONDICIÓN AL INGRESO: ◯ Gestante: EG: ____ semanas

◯ Puérpera ◯ 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 EPIDEMOLÓGICA *(Completar al egreso de la paciente viva, en el EESS donde se completó la atención)*

V. ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO ACTUAL

REFERENCIA: **VINO REFERIDA DE OTRO EESS:** O SI O NO **NÚMERO DE TOTAL DE REFERENCIAS:** ☐

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): O SI O NO **EG Inicio de APN:** _____ semanas **Número de APN:** _____

EDAD GESTACIONAL *(Al egreso/parto/aborto):* _____ Semanas O Desconocida

TÉRMINO DE GESTACIÓN: O Parto vaginal O Parto por cesárea O Aborto O Embarazo continua O Otro: _____ **N° DE FETOS** ☐

FECHA EN QUE TERMINÓ LA GESTACIÓN: Día ___ Mes ___ Año ___ O Desconocida **LUGAR DE PARTO/ABORTO:** O EESS O Domicilio O Otro: ___

VI. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

Antecedentes patológicos

O Ninguno O Diabetes mellitus O Enfermedad hepática O Preeclampsia/ Eclampsia O Hipertensión crónica O Cardiopatía

O TBC O Enfermedad renal O Enfermedad neoplásica O VIH/SIDA/ITS O Otra _____ O Desconocido

Antecedentes obstétricos *(Indicar número total de gestaciones anteriores sin incluir la gestación actual)*

Gestaciones previas ☐ Partos ☐ Vaginales ☐ Cesárea ☐ Abortos ☐

Nacidos vivos ☐ Nacidos muertos ☐ Hijos vivos ☐

Período Intergenésico: años ☐ meses ☐

VII. COMPLICACIONES MATERNAS *(En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)*

Hemorragia: O Relacionada con aborto O Placenta acreta/increta/percreta O Placenta Previa O Desprendimiento de placenta

O Hemorragia post parto O Atonía uterina O Rotura uterina O Embarazo ectópico O Otras: _____

Hipertensión: O Hipertensión crónica O Hipertensión gestacional O Pre eclampsia O Eclampsia O Sd. De HELLP

Infección: O Relacionada con aborto O Endometritis puerperal O Corioaminionitis O Otras infecciones _____

Otras condiciones: O Trastornos metabólicos O Enfermedad hepática O Cardiopatía O Enfermedad renal O Enfermedad neoplásica

O Malaria/Dengue O VIH/SIDA/ITS O TB O Otras condiciones _____

VIII. INTERVENCIONES RECIBIDAS *(En la gestación, parto y puerperio actual. Puede marcar más de una opción)*

Tratamiento de: **Hemorragia post parto:** O Oxitocina O Misoprostol O Ergometrina O Otros uterotónicos/procedimientos: _____

Hipertensión *(anticonvulsivos para eclampsia):* O Sulfato de magnesio O Otro anticonvulsivo: _____

Infección: O Antibióticos (excluir profilaxis) **Maduración pulmonar fetal:** O Corticoesterioides

Otras intervenciones/tratamiento: O Remoción de restos ovulares O Alumbramiento manual O Otros especificar: _____

SOLO EN CASO DE MUJERES QUE TUVIERON PARTO *(vaginal o cesárea)* **O ABORTO:**

Para prevención de hemorragia post parto/aborto: O Oxitocina O Misoprostol O Ergometrina O Otros uterotónicos: _____

Antibióticos (profilácticos para cesárea): O SI O NO

Anestesia/analgesia: O General O Epidural/ Peridural O Raquídea O Otros: _____

IX. OTROS DATOS DE LA PACIENTE

GRUPO ÉTNICO: Especificar: _____ **ETNIA:** Especificar: _____

NIVEL EDUCATIVO: O Ninguno O Primaria inc. O Primaria com. O Secundaria Inc. O Secundaria com. O Superior universitaria completa

O Superior universitaria incompleta O Superior técnica completa O Superior técnica incompleta O Desconocido

ESTADO CIVIL: O Soltera O Casada O Conviviente O Divorciada O Separada O Viuda O Desconocido

X. DATOS DE EGRESO *(Al egreso de la paciente viva)*

EGRESO DE UCI: **FECHA:** Día ___ Mes ___ Año ___ **HORA:** hrs ___ min ___ ◯ No aplica

EGRESO DEL EESS: **FECHA:** Día ___ Mes ___ Año ___ **HORA:** hrs ___ min ___

DX EGRESO – CIE 10: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO INICIADO: O Hormonal O DIU O Barrera O Quirúrgico O Abstinencia Periódica O Otro _____ O No uso

CONDICIÓN DE EGRESO: ◯ Viva sin secuelas ◯ Viva con secuelas ◯ 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: O Médico especialista O Médico general O Obstetra O Enfermera O Otro: _____

Nota: Ministerio de Salud, (15).

Anexo 2

Matriz de datos

| DATOS DEL PACIENTE | | | | | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS | | | | | | | | | | | | | | | | ATENCIÓN DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO ACTUAL | | | | COMPLICACIONES MATERNAS | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE HOSPITAL

GOBIERNO REGIONAL

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 019-2025-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el documento **N° 7900056** y expediente **N° 4833126**, con la aceptación del Departamento de Ginecología - Obstetricia y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

JUAN MARTIN FELIX VELAZCO PAREDES,

estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, la ejecución del proyecto de investigación titulado: **«Factores Asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa 2024»**, durante el periodo de seis (06) meses, siendo el responsable institucional el Dr. Carlos Bustios Zavala, médico ginecólogo-obstetra de nuestro establecimiento.

Arequipa, 05 de febrero del 2025.

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
Dra. Paula Marlene Sucla Losyza
DIRECTORA GENERAL
CMP 51387 RNE 044324

PMSL/HDCT/ACS
CC. Archivo
DOCUMENTO: 7911357
EXPEDIENTE: 4833126

Hospital Goyeneche Av. Goyeneche s/n. Tefl. 231313. Tele Fax: 223501