



UNAP



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA EN PACIENTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS, AÑO
2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA VÍA RESIDENTADO
MÉDICO CON MENCIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

MARÍA FERNANDA REÁTEGUI VALVERDE

ASESOR:

MC. REYLES RÍOS REÁTEGUI

IQUITOS, PERÚ

2024



UNAP

Facultad de Medicina Humana
"Rafael Donayre Rojas"
UNIDAD DE POSGRADO



ACTA DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Nº043-DUPG-FMH-UNAP-2024



En la ciudad de Iquitos, a los treinta días del mes de diciembre del año 2024, se reunieron en la Dirección de la Unidad de Posgrado, los miembros del Jurado Examinador de la Facultad de Medicina Humana, con la finalidad de proceder a la presentación formal del proyecto de investigación titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS, AÑO 2022"**; aprobado con Resolución Decanal Nº325-2024-FMH-UNAP, presentado por el Médico Cirujano **MARIA FERNANDA REATEGUI VALVERDE** para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con mención en **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, que otorga la UNAP de acuerdo a la Ley Universitaria 30220 y el Estatuto de la UNAP.



El Jurado Examinador designado mediante Resolución Decanal Nº410-2023-FMH-UNAP, esta integrado por:

MC. César Enrique Medina García, Mgtr. DIU.	Presidente
MC. Sergio Ruiz Tello, Mgtr. DIU.	Miembro
MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas	Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado Examinador después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las conclusiones siguientes:

El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por UNANIMIDAD con la calificación: Dieciocho (18)

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con Mención en **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**.

Siendo las 11:00 horas, se dio por terminado el acto.

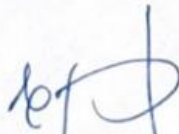
MC. César Enrique Medina García, Mgtr. DIU.
Presidente

MC. Sergio Ruiz Tello, Mgtr. DIU.
Miembro

MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro

MC. Reyes Ríos Reátegui
Asesor

EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024, A LAS 11:00 HORAS EN LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERÚ.



MC. César Enrique Medina García, Mgtr. DIU.
Presidente



MC. Sergio Ruiz Tello, Mgtr. DIU.
Miembro



MC. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas
Miembro



MC. Reyles Ríos Reátegui
Asesor

MARIA FERNANDA REATEGUI VALVERDE

FMH_2DA ESP_PROY DE INV_REATEGUI VALVERDE (2da rev).pdf

16-20DIC

16-20DIC

Universidad Nacional De La Amazonia Peruana

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::20208:418628400

Fecha de entrega

24 dic 2024, 10:01 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

26 dic 2024, 10:52 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

FMH_2DA ESP_PROY DE INV_REATEGUI VALVERDE (2da rev).pdf

Tamaño de archivo

264.6 KB

29 Páginas

7,618 Palabras

41,425 Caracteres



Página 1 of 35 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::20208:418628400



Página 2 of 35 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::20208:418628400

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	1
ACTA DE APROBACIÓN	2
JURADOS	3
RESULTADOS DEL INFORME DE SIMILITUD	4
ÍNDICE	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. <i>Descripción de la situación problemática</i>	8
1.2. <i>Formulación de problema</i>	9
1.3. <i>Objetivos</i>	9
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	9
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	10
1.4. <i>Justificación</i>	10
1.4.1. <i>Importancia</i>	10
1.4.2. <i>Viabilidad</i>	10
1.5. <i>Limitaciones</i>	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. <i>Antecedentes</i>	13
2.2. <i>Bases teóricas</i>	22
2.3. <i>Definición de términos básicos</i>	26
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1. <i>Formulación de la hipótesis</i>	27
3.2. <i>Variables y definiciones operacionales</i>	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	30
4.1. <i>Diseño metodológico</i>	30
4.2. <i>Diseño muestral</i>	30
4.3. <i>Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	31
4.4. <i>Procesamiento y análisis de la información</i>	32
4.5. <i>Aspectos éticos</i>	32
PRESUPUESTO	33
CRONOGRAMA	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	40
1. Matriz de consistencia	41
2. Instrumento de recolección de datos	42

RESUMEN

Este proyecto de investigación se enfoca en la morbilidad materna extrema, que abarca graves complicaciones clínicas que comprometen la integridad vital de las mujeres en el transcurso de la gestación, el parto y los 42 días subsiguientes al mismo. Dada la alta prevalencia de casos de mortalidad materna en nuestra región, se va a desarrollar un estudio observacional, descriptivo y de diseño transversal. El objetivo central es analizar los factores vinculados a esta morbilidad extrema en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el año 2022. El estudio explora la relación entre variables sociodemográfica como la edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil y ocupación, además de características clínicas maternas tales como el control prenatal, número de gestaciones, partos anteriores y tipo de parto. Todo ello con la finalidad de mejorar la detección temprana, prevención y manejo de esta compleja problemática. Los resultados buscan contribuir a una atención materna más efectiva, detectando asociaciones estadísticamente significativas entre las variables analizadas y la morbilidad materna extrema. Con ello, se espera que este estudio tenga un impacto positivo en la atención de la salud materna en el contexto hospitalario de Iquitos.

Palabras clave: Morbilidad materna; mortalidad materna; factores de riesgo

ABSTRACT

This research project focuses on extreme maternal morbidity, which includes serious clinical complications that compromise the vital integrity of women during gestation, delivery and the 42 days following delivery. Given the high prevalence of maternal mortality cases in our region, an observational, descriptive and cross-sectional study will be carried out. The main objective is to analyze the factors linked to this extreme morbidity in pregnant patients attended at the Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” during the year 2022. The study explores the relationship between sociodemographic variables such as age, origin, education, marital status and occupation, as well as maternal clinical characteristics such as prenatal control, number of pregnancies, previous deliveries and type of delivery. The aim is to improve early detection, prevention and management of this complex problem. The results seek to contribute to more effective maternal care, detecting statistically significant associations between the variables analyzed and extreme maternal morbidity. Thus, it is expected that this study will have a positive impact on maternal health care in the hospital context of Iquitos.

Keywords: Maternal morbidity; maternal mortality; risk factors

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La morbilidad materna extrema se refiere a aquellos casos en los que una mujer experimenta una eventualidad severa que surge durante la gestación, el proceso de parto o en las 42 jornadas siguientes a la finalización del estado gestacional, que la lleva al umbral mismo de la muerte, pero logra sobrevivir (1). Pese a los progresos alcanzados en el ámbito de la salud materna a nivel global, persisten desafíos significativos que requieren una atención decidida y una comprensión más profunda (2). Los esfuerzos orientados a reducir la mortalidad materna, han generado un impacto palpable al reducir esta tasa en un 44% a nivel mundial (3). Sin embargo, durante el 2020, la mortalidad materna en naciones de bajos ingresos alcanzó 430 por cada 100,000 nacidos vivos, contrastando fuertemente con el índice de 12 por cada 100,000 nacidos vivos en naciones de ingresos altos (4).

En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países han unido fuerzas con el propósito de lograr una disminución acelerada de la mortalidad materna para el año 2030. En este sentido, el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3) establece una meta ambiciosa: reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos a nivel global, garantizando que ningún país sobrepase el doble del promedio mundial en su razón de mortalidad materna (5). Para alcanzar avances significativos en la disminución de la mortalidad materna, resulta fundamental comprender en profundidad las causas subyacentes de estos decesos, facilitando de este modo la adopción de decisiones fundamentadas y efectivas en el diseño de políticas y programas sanitarios (6).

En el año 2022, Perú logró un hito en la reducción de muertes maternas, con un total de 291 decesos, estas cifras experimentaron una preocupante tendencia al alza: en el año 2020, se elevó a 439 casos, y en el año 2021, se incrementó aún más a 493 casos, según los registros de vigilancia epidemiológica del MINSA. Hasta la semana 19 del presente año, se han documentado 96 casos, resaltando que la región de Loreto sobresale como el principal departamento de procedencia en esta estadística (7). Siendo sensiblemente impactada por las arraigadas disparidades territoriales y entre grupos poblacionales que el país enfrenta. En

específico, las regiones nororientales y sur andinas, así como las áreas rurales, experimentan los índices más elevados de mortalidad materna. Estas regiones también exhiben notables brechas en el acceso a servicios, mayores índices de pobreza y una participación limitada de las mujeres en decisiones que repercuten significativamente en su salud sexual y reproductiva (8).

Dentro de este marco de la salud en el Perú, la CDC ha emitido una Norma Técnica que se enfoca en la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el país. Esta normativa desempeñará un papel fundamental al posibilitar una supervisión más rigurosa de la morbilidad materna extrema, fortaleciendo las iniciativas preventivas con la meta de disminuir la razón de mortalidad materna. Esta acción se torna aún más crucial, considerando que durante el transcurso del presente año se ha constatado un promedio de cinco defunciones maternas por semana (9).

Es por ello, que el presente proyecto de investigación se propone abordar la problemática de la morbilidad materna extrema en pacientes gestantes del Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia” en el transcurso del 2022, con el objetivo de identificar los factores asociados y contribuir al enriquecimiento del conocimiento en esta área crítica de la salud materna. El análisis de estos factores permitirá desarrollar recomendaciones informadas que puedan tener un impacto directo en la prevención y atención de la morbilidad materna extrema, mejorando así la salud y el bienestar de las pacientes gestantes y contribuyendo al logro de las metas globales de salud materna (10).

1.2. Formulación de problema

¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las

características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1) Analizar la tasa de mortalidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.
- 2) Determinar la influencia de variables sociodemográficas: grado de instrucción, edad, procedencia, ocupación, estado civil, y características clínicas: controles prenatales, número de gestaciones, paridad, cesareas previas y tipo de parto, en la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.
- 3) Identificar y describir los principales factores de riesgo asociados a los casos de morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.
- 4) Determinar la incidencia de la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia

Este estudio aportará información relevante sobre los determinantes que afectan la morbilidad materna extrema, facilitando de esta manera la mejora en la atención materna y la disminución de riesgos para las mujeres gestantes. Este estudio no solo tiene el potencial de generar un enfoque más preciso y eficaz en la prevención y manejo de estas complicaciones, sino que también beneficiará directamente a las madres y sus familias al disminuir la carga económica y emocional asociada. Además, su examen proporciona una vía más eficaz para reconocer y aplicar medidas preventivas contra la mortalidad, mejorando la calidad de la atención obstétrica. Esto se logra mediante datos más sólidos y sin depender de la ocurrencia de muertes maternas (11).

1.4.2. Viabilidad

Se presenta como altamente viable y fundamentado en diversos aspectos cruciales.

En términos de tiempo, se contempla una planificación meticulosa que abarque todas las etapas de la investigación, facilitando un análisis completo de los elementos vinculados a la morbilidad materna extrema durante el plazo establecido. La disposición de recursos humanos capacitados es sólida, con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, epidemiólogos y expertos en metodología de investigación que garantizan una ejecución competente y rigurosa del estudio.

La viabilidad financiera está respaldada por fuentes de financiamiento identificadas, asegurando los recursos necesarios para cubrir los aspectos operativos, adquisición de materiales y análisis de datos. La colaboración con el Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia” facilita el acceso a la población objetivo y la obtención del número adecuado de sujetos elegibles para el estudio.

La experiencia previa en investigaciones de índole similar y el diseño metodológico propuesto, en línea con los estándares científicos, contribuyen a la robustez y efectividad del proyecto. Además, la relevancia política se respalda en la prioridad nacional de avanzar en la salud materna, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fortaleciendo el respaldo y la pertinencia política para abordar esta problemática.

En cuanto a consideraciones éticas, se tomará en cuenta el anonimato de los participantes, además de implementar medidas de confidencialidad y consentimiento informado para asegurar su integridad y privacidad.

1.5. Limitaciones

Una de las principales limitaciones reside en la confiabilidad de los datos recopilados, ya que podrían existir imprecisiones o errores en la documentación médica y en la recopilación de información histórica de los casos. La generalización de los resultados a la población más amplia de estudio podría enfrentar dificultades debido a las características específicas de la población del Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia”, lo que podría restringir la extrapolación de los hallazgos a otros contextos o regiones.

La gestión de variables confusoras podría ser un desafío, ya que algunas de estas

variables pueden no estar completamente controladas o medidas de manera exhaustiva, lo que podría afectar la capacidad para determinar relaciones causales precisas entre los factores analizados y la morbilidad materna extrema. El tipo y diseño de estudio utilizado, aunque sólidamente fundamentado, podría tener limitaciones inherentes en términos de su capacidad para establecer relaciones de causalidad debido a la naturaleza observacional y retrospectiva del enfoque.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacional

En el 2023 han desarrollado una investigación de tipo observacional y diseño cohorte a mujeres nulíparas de los Estados Unidos. La investigación demostró, que el 18,2 % de la población experimentó la morbilidad materna compuesta; el componente más común fue trastornos hipertensivos del embarazo (13,1 %), infección (4,43 %), hemorragia (2,27 %), eventos tromboembólicos enosos (0,12 %) y muerte (0,01 %). En un modelo multivariable, la raza negra autoidentificada, la obesidad en el primer trimestre, la diabetes pregestacional, la hipertensión crónica y la enfermedad renal crónica se asociaron significativamente con el resultado materno primario. Por lo que se concluye que más de una de cada seis nulíparas experimentó morbilidad materna compuesta. La morbilidad materna se asoció con la raza negra autoidentificada, la obesidad y múltiples comorbilidades médicas preexistentes (12).

En el 2023 han realizado un estudio observacional, de diseño casos y control a pacientes hospitalizadas en periparto. La investigación examinó un total de 96,017 nacimientos vivos, de los cuales 144 (1.5 por cada 1,000 nacidos vivos; 0.15 %) involucraron morbilidad materna grave (MME) con ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las mujeres con MME presentaron mayor probabilidad de antecedentes de parto prematuro, placenta previa, placenta acreta y dos o más pérdidas gestacionales. El parto prematuro fue del 48,9 % en comparación con el 8,8 %, la placenta previa del 11,9 % frente al 1,5 %, la placenta acreta del 9,7 % frente al 1,5 %, y las pérdidas gestacionales del 18,2 % frente al 8,3 %. Se identificaron varios factores de riesgo significativos e independientes para MMG, tales como el parto prematuro, antecedentes de dos o más pérdidas de embarazo, gran multiparidad, etnia judía y placentación anormal (previa o acreta) (13).

En el 2022, han desarrollado un trabajo de investigación observacional, de diseño caso y control, a todas las mujeres con morbilidad materna extrema

(MME) anteparto y a mujeres que dieron a luz sin MME. Se evidenció que la MME en el periodo anteparto complicó el 0,33% de los embarazos (IC del 95%: 0,30 a 0,36). Entre los factores de riesgo vinculados a la MME anteparto se identificaron la edad materna igual o superior a 35 años (OR: 1,55), el incremento en el índice de masa corporal (OR por cada aumento de 5 kg/m²: 1,24), el nacimiento materno en regiones de África subsahariana (OR: 1,80), la presencia de condiciones médicas preexistentes (OR: 2,56), nuliparidad (OR: 2,26), antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos previos (OR: 4,94), gestaciones múltiples (OR: 5,79) y un seguimiento prenatal deficiente (OR: 1,86). En las mujeres que presentaron MME anteparto, se constató una frecuencia 10 veces mayor de parto prematuro, mortalidad neonatal y traslado a unidades de cuidados intensivos neonatales en comparación con el grupo control. Asimismo, la realización de cesáreas de emergencia y el uso de anestesia general resultaron significativamente más prevalentes en este grupo de mujeres (14).

En el 2022 se desarrolló un estudio observacional y diseño transversal a mujeres con gestaciones viables, únicas y excluidas las muertes fetales y las gestaciones con anomalías congénitas graves. Se compararon las mujeres con un diagnóstico de anemia prenatal con las que no lo padecían. Se observó que el 6,1% (n = 10,217) de las mujeres fueron diagnosticadas con anemia durante el embarazo. Las mujeres con anemia solían ser más jóvenes, de ascendencia racial negra no hispana, solteras, multíparas y presentaban un índice de masa corporal más alto antes del embarazo en comparación con aquellas que no padecían anemia. La presencia de anemia se asoció con mayor frecuencia de resultados adversos, incluyendo el resultado compuesto materno primario, el resultado compuesto neonatal y otros resultados secundarios como el compuesto de morbilidad materna grave (excluyendo transfusiones, muerte materna, transfusión durante el trabajo de parto y el período posparto, histerectomía, hemorragia posparto, morbilidad infecciosa, parto por cesárea y parto prematuro) ($p < 0,05$). Las mujeres con anemia presentaron tasas más elevadas de morbilidad materna grave, que se mantuvieron consistentemente asociadas (OR: 2,04; IC del 95%: 1,86 – 2,23), además de la asociación con el compuesto de morbilidad

materna grave, sin incluir otras complicaciones. Ajustando factores de confusión, la anemia se mantuvo asociada con el resultado compuesto neonatal (OR: 1,14; intervalo de confianza del 95%: 1,06 – 1,23) (15).

En el 2019 se desarrolló un estudio observacional y diseño cohorte poblacional a nivel nacional de todas las mujeres y adolescentes antes, periparto y posparto atendidas en hospitales canadienses de cuidados intensivos. La investigación determinó que hubo 54 219 episodios de morbilidad materna extrema (MME) (17,7 casos por 1.000 partos). Los factores independientes a nivel de paciente asociados con el MME incluyeron el aumento del índice de comorbilidad materna; edad materna de 19 años o menos y 30 años o más, con el mayor riesgo experimentado por mujeres de 45 años o más (OR: 2,69); y el quintil de ingresos más bajo (OR: 1,19). Los factores independientes a nivel de paciente asociados con la mortalidad materna incluyeron el aumento del índice de comorbilidad materna, la edad de 40 a 44 años (OR: 3,39), la edad de 45 años o más (OR: 4,39; IC del 95%: 1,01 – 19,10 en comparación con la edad de 20 a 24 años) y el quintil de ingresos más bajo (OR: 4,14; IC del 95%: 2,03 – 8,50 en comparación con el quintil de ingresos más alto). Los factores a nivel hospitalario asociados con la mortalidad materna incluyeron el menor volumen de embarazos hospitalarios.

En el 2014 han desarrollado un estudio descriptivo con diseño transversal a mujeres que dieron parto en 27 establecimientos de salud brasileños. La investigación determinó, que los factores primordiales relacionados con un rendimiento deficiente fueron la dificultad geográfica para acceder a los servicios de salud ($p < 0,001$), los retrasos vinculados a la calidad de la atención médica ($p = 0,012$), la falta de hemoderivados ($p = 0,013$), obstáculos en la comunicación entre los servicios de salud ($p = 0,004$) y cualquier retraso a lo largo del proceso ($p = 0,039$). Por lo que concluye, que la dificultad geográfica para acceder a los servicios de salud, la calidad de la atención médica, la falta de hemoderivados y la comunicación entre los servicios de salud son factores relacionados significativamente con la mortalidad materna extrema (16).

Latinoamericanos

En el 2023 se ha desarrollado un trabajo observacional con diseño transversal a mujeres embarazadas de Brasil entre 2011 y 2017. El estudio evidenció que el 56,4% de los decesos fueron provocados por factores externos, de los cuales el 80,1% se atribuyeron al feminicidio. Se identificaron múltiples factores de riesgo asociados a esta mortalidad, destacándose pertenecer al grupo etario de 30 a 39 años (OR = 2,53), ser víctima de agresiones con arma de fuego (OR = 14,21) o con objeto punzocortante (OR = 4,45). Por el contrario, se detectaron factores protectores, como estar casada o mantener una unión estable (OR = 0,48), disponer de más de cuatro años de educación formal (OR = 0,21) y residir en localidades con más de 100 mil habitantes (OR = 0,23). La investigación subrayó la importancia del feminicidio en mujeres que habían reportado episodios de violencia durante la gestación, al tiempo que puso de manifiesto las carencias en la recolección de datos sobre las causas externas de mortalidad en el periodo puerperal (17).

En el 2023 se ha desarrollado un estudio observacional de diseño cohorte retrospectivo a pacientes tuvieron un parto en el estado de São Paulo, Brasil. El estudio incluyó un total de 2,267,534 partos con nacimientos ocurridos después del inicio del trabajo de parto. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años, contaban con 8 a 11 años de educación y residían en zonas urbanas con alta accesibilidad a la atención del parto. Se encontró que la baja accesibilidad a los servicios de atención del parto incrementó de manera significativa el riesgo de muerte fetal intraparto tanto en el período prepandémico (RR: 2,02; $p < 0,01$) como en el período pandémico (RR: 1,69; $p < 0,05$). Este resultado persistió independientemente de otros factores de riesgo, como la distancia recorrida y el nivel educativo más bajo. En conclusión, se determina que la baja accesibilidad a la atención del parto está significativamente asociada con un mayor riesgo de muerte fetal intraparto (18).

En el 2023 desarrolló un estudio observacional de diseño ecológico a datos secundarios de dominio público sobre muertes maternas ocurridas en el Nordeste de Brasil entre 2009 y 2019. La investigación reveló una disminución anual del 1,5% (IC del 95%: -2,5 a -0,5) en la mortalidad materna ($p = 0,009$). Se identificaron conglomerados de muertes, principalmente en Piauí y Maranhão. Las variables asociadas a la razón de mortalidad materna incluyeron el índice de Gini ($\beta = 105,72$; $p < 0,001$), el índice de desarrollo humano municipal ($\beta = 190,91$; $p = 0,001$), ingreso per cápita ($\beta = -0,08$; $p = 0,001$), Índice de Desarrollo Municipal-Salud de Firjan ($\beta = -51,28$; $p < 0,001$) y esperanza de vida al nacer ($\beta = -3,50$; valor $p < 0,001$). Por lo que se concluye que hubo reducción de la mortalidad en el período estudiado, con concentración de las muertes, principalmente en Piauí y Maranhão; Los indicadores socioeconómicos se asociaron con una mayor mortalidad en la región (19).

En el 2022 se ha desarrollado un estudio de tipo observacional y diseño cohorte transversal que incluyó como población de estudio a mujeres atendidas en maternidades públicas de la ciudad de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. La investigación determinó que el 8,3% de las mujeres desarrollaron morbilidad materna severa durante el embarazo y el período puerperal. Dentro de este grupo, el 53,8% presentó el primer criterio de morbilidad materna severa durante el embarazo, el 26,4% durante el parto y el 19,8% hasta los 42 días posparto. En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 47,7% tenía 1 o 2 partos previos, siendo predominantes los partos vaginales (67,6%), el 73,8% negó abortos previos y el 97,6% tenía antecedentes de mortinatos previos. Además, el 92% informó un último intervalo interparto de dos años o más, y el 79,6% negó complicaciones en embarazos anteriores. La morbilidad materna grave se asoció significativamente con la edad materna ≥ 35 años ($p = 0,042$), antecedentes de complicaciones en embarazos previos ($p < 0,001$), embarazo de alto riesgo en el embarazo actual ($p < 0,001$), riesgo actual por hipertensión ($p < 0,001$), embarazo gemelar actual ($p = 0,003$), cesárea actual ($p < 0,001$) y parto inducido ($p < 0,001$). Se observó una fuerte asociación entre la morbilidad materna severa y el riesgo en el embarazo actual (OR = 4,5; IC

95%: 2,7 a 7,7), así como con el parto inducido (OR = 2,1; IC 95%: 1,2 a 3,9) (20).

En el 2018 han desarrollado una investigación de tipo observacional y corte transversal que incluyó como población de estudio a embarazadas o puérperas con morbilidades complicadas del Hospital Materno Infantil, República Dominicana. La investigación determinó dentro de los 221 casos evaluados, un 11.76% no recibió control prenatal durante su gestación. Además, el 31.37% de los casos tuvo de 1 a 3 consultas prenatales, especialmente resaltando 29 casos en el tercer trimestre. Un 49.01% experimentó entre 4 y 6 consultas prenatales, siendo más frecuentes durante el tercer trimestre. Los trastornos hipertensivos emergieron como la principal causa de morbilidad materna extrema, destacando la preeclampsia en un 65.49% de los casos y la eclampsia en un 10.62%. En segundo lugar, se observó un 8.85% de diagnósticos clasificados como otras afecciones, incluyendo discrasias sanguíneas, Guillain-Barré, desequilibrio electrolítico y enfermedad pélvica inflamatoria (21).

Nacional

En el año 2022, se llevó a cabo una investigación de carácter observacional con un diseño transversal, enfocada en mujeres embarazadas y en periodo postparto que presentaban morbilidad materna o morbilidad materna extrema (MME) del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre el 2020 y el 2021. Las mujeres con MME, se identificó que el 33,3% presentó shock hipovolémico y el 25% desarrolló eclampsia. Asimismo, el 66,7% manifestó falla orgánica, y el 69,4% requirió hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIN). Entre los factores sociodemográficos y obstétricos asociados de manera significativa con la MME se encontraron el nivel educativo ($p = 0,002$), el lugar de procedencia ($p = 0,000$), el número de embarazos ($p = 0,009$), la paridad ($p = 0,001$), no ser nulípara ($p = 0,004$) y la prematuridad ($p = 0,014$). En contraste, otros factores evaluados no evidenciaron una asociación estadísticamente significativa con esta condición. El análisis destacó que la mayoría de las pacientes con MME experimentaron shock hipovolémico,

presentaron falla orgánica y requirieron atención en unidades de cuidados críticos. Los principales factores de riesgo identificados incluyeron un bajo nivel educativo, procedencia rural, ser múltipara, no ser nulípara y la presencia de partos prematuros (22).

En el 2021 ha desarrollado un estudio observacional de corte transversal a gestantes de 35 a más años de edad que culminaron en parto vaginal o cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú durante el año 2018. La investigación incluyó a 325 gestantes con una edad promedio de 38 años. Se observó que el 70,8% tenía estado civil de conviviente, el 47,7% presentó control prenatal inadecuado, el 38,6% tenía sobrepeso pregestacional, el 11,7% eran primíparas y el 18,5% grandes múltiparas. Además, el 62,8% presentó un periodo intergenésico largo y el 15,4% corto. El 56,3% de las gestantes requirió cesárea y el 28% sufrió desgarro vaginal de primer grado. La regresión logística reveló que un IMC ≥ 25 kg/m² tuvo un OR de 1,02 para preeclampsia severa, OR de 2,35 para desgarro vaginal de primer grado y OR de 2,91 para macrosomía fetal. El control prenatal inadecuado mostró un OR de 1,31 para parto pretérmino y un OR de 1,48 para preeclampsia severa. Los antecedentes de preeclampsia previa presentaron un OR de 3,03 para parto pretérmino y un OR de 10,9 para preeclampsia severa. Las curvas ROC indicaron una capacidad predictiva del 69,74% para preeclampsia severa, 85,44% para complicaciones en el parto vaginal y 72,78% para macrosomía fetal (23).

En el 2020, se realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo y de diseño transversal que se centró en mujeres que experimentaron morbilidad materna extrema y fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú durante el período 2012-2016. El estudio identificó que, de un total de 1245 casos de morbilidad materna extrema, se registraron 95,033 nacidos vivos, lo que corresponde a una razón de entre 10,7 y 17,6 por cada 1000 recién nacidos vivos. A lo largo de los 5 años analizados, se reportó un índice promedio de mortalidad de 3 muertes maternas por cada 100 casos de morbilidad materna extrema (3%). Asimismo, se determinó una relación promedio de 32,8 casos de morbilidad

materna extrema por cada muerte materna registrada (24).

En el 2020 han desarrollado un estudio observacional de diseño transversal a pacientes gestantes que acuden al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. La investigación determinó que hacia el año 2015, la mortalidad materna en el HNGAI alcanzó una tasa de 50.6 por cada cien mil nacidos vivos, evidenciando un incremento desde el año 2008 cuando la tasa era de 8.2 por cada cien mil nacidos vivos. La hipertensión inducida por el embarazo se destacó como la principal causa, contribuyendo en un 22% de los casos. En la actualidad, el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que es un punto de referencia nacional y líder en la Red Almenara, carece de datos actualizados sobre los factores asociados y su prevalencia en relación a esta problemática (25).

En el 2014, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo y diseño transversal que se enfocó en gestantes o puérperas atendidas en el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" de EsSalud, ubicado en Ica, Perú. De un total de 16,223 casos analizados, se identificaron 58 casos de morbilidad materna extrema, resultando en una tasa de 3.57 casos por cada 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad asociada fue de 6.1, con una relación de morbilidad materna extrema en comparación con la morbilidad materna general de 0.1. En cuanto a las circunstancias, la cesárea fue la intervención más comúnmente vinculada (39.7%), seguida del parto vaginal (22.4%). Las pacientes tuvieron una estadía promedio en el hospital de 7.32 ± 3.4 días. Las complicaciones agudas predominaron tanto en el ante parto como en el posparto (41.4% en ambos casos). Las principales causas de morbilidad materna extrema fueron las hemorragias posparto (35%) y el embarazo ectópico complicado (31%). En resumen, se concluye que las hemorragias posparto y el embarazo ectópico complicado son las causas más frecuentes de morbilidad materna extrema en este contexto (26).

Locales

En el 2021 ha desarrollado un estudio observacional de diseño transversal a pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia severa en la UCI del

Hospital Regional de Loreto en el año 2019. El estudio mostró que la mortalidad materna alcanzó un 9,6%, con la preeclampsia grave como la principal causa directa, seguida de atonía uterina, eclampsia y síndrome HELLP. El diagnóstico predominante fue el Síndrome Hipertensivo Gestacional en sus formas severas (preeclampsia grave y eclampsia), frecuentemente asociado con falla renal, seguido por sepsis severa y descompensación de patologías preexistentes. Un grupo reducido de pacientes requirió intervenciones quirúrgicas adicionales, destacándose la histerectomía en casos de complicaciones hemorrágicas y sépticas (27).

En el 2022 desarrolló un estudio observacional y diseño descriptivo y retrospectivo que incluyó como población de estudio pacientes a gestantes que tuvieron preeclampsia y que fueron atendidas en el Hospital Regional de Loreto. La investigación determinó que el 65,9% de los casos correspondían a mujeres entre 20 y 34 años, el 73,2% contaba con educación secundaria, el 71% provenía de áreas urbanas y el 65,9% eran multíparas. Además, el 44% de las participantes presentaron un número inadecuado de controles prenatales (menos de seis). La forma predominante de preeclampsia fue la severa, representando el 90,2% de los casos. Se encontraron asociaciones significativas con la edad ($p=0,011$), procedencia ($p=0,039$), paridad ($p=0,026$), cantidad de controles prenatales ($p=0,039$), hipertensión ($p=0,025$), diabetes ($p=0,012$) y obesidad ($p=0,04$). En conclusión, los principales factores de riesgo relacionados con la preeclampsia incluyen la edad materna, procedencia geográfica, insuficiencia en los controles prenatales, hipertensión, diabetes y obesidad (28).

En el 2015 ha desarrollado un estudio descriptivo de diseño retrospectivo en el Hospital III EsSalud Iquitos, Perú, con la población de estudio enfocada en muertes maternas (directas, indirectas e incidentales) ocurridas durante el embarazo o hasta 42 días después del parto. Según los resultados del estudio, la tasa de mortalidad materna se situó en 78.47 por cada 100,000 nacidos vivos. Mayoritariamente, las causas de muerte materna estuvieron relacionadas con factores directos, representando un 80% de los casos.

Dentro de estas causas, las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo se destacaron como las más comunes. En lo que respecta a los factores indirectos, las neumopatías y la tuberculosis fueron las causas más prevalentes. Por lo tanto, se llega a la conclusión de que la razón de mortalidad materna es la más alta en el país y que existe una mayor frecuencia de muerte materna con el aumento de la edad y la paridad (29).

2.2. Bases teóricas

Morbilidad Materna Extrema

La noción de morbilidad materna extrema ha surgido en el transcurso de las últimas dos décadas como un concepto esencial en el ámbito de la salud materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describe como un conjunto de condiciones que representan una amenaza inminente o un riesgo grave para la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o el periodo puerperal. Esta categoría incluye situaciones en las que las mujeres gestantes han atravesado complicaciones médicas severas que pusieron en grave riesgo sus vidas, pero lograron sobrevivir a pesar de las circunstancias potencialmente mortales (30).

En un revisión sistemática no se encontró consenso internacional sobre los criterios a utilizar para identificar Morbilidad Materna Extrema (MME). Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) son fuentes comúnmente empleadas para establecer criterios de identificación en varios países (31).

Criterios de MME

A. Insuficiencia Cardíaca

Estos incluyen el shock, caracterizado por una insuficiencia circulatoria periférica aguda, reflejada por una presión arterial sistólica persistente por debajo de los umbrales establecidos. Además, se considera el paro cardíaco, un repentino cese de la función cardíaca con pérdida de pulso y conocimiento. La acidosis severa, que denota una acumulación significativa de iones ácidos y pH reducido en sangre y tejidos, también se subsume en estos criterios. La hipoperfusión severa,

manifestada por elevados niveles de lactato en sangre, revela una disminución del flujo sanguíneo a órganos vitales. La administración continua de agentes vasoactivos, a través de infusiones endovenosas, y la recepción de reanimación cardiopulmonar, procedimiento de emergencia ante un paro cardíaco, complementan estos criterios que abordan condiciones críticas en el espectro de la morbilidad materna extrema (32).

B. Insuficiencia Respiratoria

Marcadores clínicos como la cianosis aguda (coloración azulada en piel y membranas por oxigenación insuficiente), la respiración jadeante (patrón convulsivo previo a apnea), la taquipnea severa (más de 40 respiraciones por minuto) y la bradipnea severa (menos de 6 respiraciones por minuto) indican disfunciones críticas. La hipoxemia severa (saturación <90% o índice PaO₂/FiO₂ <200 mmHg) refleja niveles bajos de oxígeno en sangre y tejidos. Además, la intubación y ventilación se utilizan para garantizar la oxigenación adecuada. Estos indicadores son fundamentales para evaluar y tratar la insuficiencia respiratoria (32).

C. Insuficiencia Renal

Se incluyen la oliguria resistente a líquidos o diuréticos (diuresis <0,5 ml/kg/h o <400 ml/24 h), la azotemia aguda severa (creatinina ≥300 μmol/l o ≥3,5 mg/dl), y la necesidad de diálisis en casos de insuficiencia renal aguda (filtración y eliminación de desechos mediante hemodiálisis o diálisis peritoneal), los cuales son marcadores clave para el diagnóstico y manejo de problemas renales críticos (32).

D. Trastornos hematológicos/de la coagulación

La falla en la formación de coágulos, la transfusión masiva de sangre o glóbulos rojos (>5 unidades) y la trombocitopenia aguda severa (<50,000 plaquetas/ml) son indicadores críticos en situaciones de emergencia hematológica (33).

E. Insuficiencia Hepática

Estos incluyen la ictericia asociada a preeclampsia y la hiperbilirrubinemia aguda

severa, definida como bilirrubina total $>100 \mu\text{mol/l}$ o $>6 \text{ mg/dl}$ (33).

F. Trastornos Neurológicos

Abarca el coma o pérdida prolongada de conocimiento por más de 12 horas, la crisis epiléptica incontrolada que refleja convulsiones persistentes, el estado epiléptico con crisis prolongadas o sucesivas, el accidente cerebrovascular con déficit neurológico por más de 24 horas, y la parálisis generalizada que involucra debilidad neuromuscular extrema en ambos lados del cuerpo, a menudo vinculada a enfermedad crítica como la polineuropatía (32).

Efectos de la Morbilidad Materna Extrema

Los resultados perinatales desfavorables, tales como la mortalidad fetal, admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), nacimiento pretérmino, puntaje de Apgar inferior a 7 al quinto minuto y peso reducido al nacer, se manifiestan con mayor prevalencia en mujeres que atraviesan episodios de MME (34). Una investigación de alcance nacional llevada a cabo en Nueva Zelanda informó que el 49,4% de las mujeres con MME presentaron uno o más de estos desenlaces adversos durante el proceso de parto. Además, se observa una asociación significativa entre el parto prematuro y el MME, afectando a entre el 22% y el 41% de las mujeres con esta condición (35). Por lo que, la morbilidad materna extrema conlleva un riesgo cuatro veces mayor ($RR = 4,02$; IC del 95 %: 2,32–6,98) de experimentar resultados perinatales adversos. Otros factores predictores de resultados perinatales adversos incluyeron la primigravidez ($RR = 1,53$; IC del 95%: 1,01–2,31) y una edad gestacional inferior a 34 semanas ($RR = 1,81$; IC del 95%: 1,19–2,77) (36).

Factores de riesgo de la MME

Los factores de riesgo vinculados a la morbilidad materna extrema comprenden diversas condiciones médicas preexistentes o presentes durante el embarazo que pueden amplificar la probabilidad de complicaciones graves. Entre estos factores, se encuentran (23,37):

- Edad materna avanzada.

- Factores de estilo de vida, como el hábito de fumar activamente o en el pasado.
- Comorbilidades, edad gestacional superior a 36 semanas, periodo posparto y cirugía de cesárea (38).
- Embarazo de gemelos, trillizos u otros casos de embarazos múltiples.
- Determinadas complicaciones del embarazo:
 - Pre eclampsia: esta afección aumenta la probabilidad de que la mujer desarrolle hipertensión arterial, así como coágulos sanguíneos y accidentes cerebrovasculares en el futuro (39,40).
 - Diabetes gestacional: las mujeres con niveles elevados de azúcar en sangre durante el embarazo tienen un mayor riesgo de padecer diabetes (generalmente tipo 2) y enfermedades del hígado graso.

Los trastornos hipertensivos destacan como las afecciones más frecuentes (39 %), mientras que la hemorragia se manifestó como la complicación predominante en aquellos con morbilidad grave (36 %) (33). Los trastornos hemorrágicos y la hipertensión emergen como las principales causas de morbilidad materna extrema, sin embargo, presentan una letalidad muy baja (41).

Entre las condiciones médicas con una fuerte asociación con las complicaciones maternas graves se encuentran la eclampsia, la insuficiencia hepática y la preeclampsia (42). Además, factores como la depresión y otros problemas de salud mental constituyen una proporción significativa de los resultados médicos. También se observa que mujeres que dan a luz en áreas rurales tienen una incidencia elevada de morbilidad y mortalidad materna extrema (43).

Entre los factores predisponentes se identificaron la edad superior a 34 años, antecedentes de hemorragia posparto, gestaciones múltiples, hipertensión, cesáreas de emergencia, anemia, ausencia de control prenatal, historial de abortos previos y partos atendidos por personal sin la capacitación adecuada (44). El espectro de placenta acreta, compuesto por placenta acreta, increta y percreta, es una de las principales causas de hemorragia periparto y representa hasta el 50% de todas las histerectomías por cesárea; estos resultados clínicos indican una morbilidad materna (45).

Determinantes sociodemográficos de Morbilidad Materna Extrema

Los factores sociales pueden tener un impacto en la decisión de optar por una atención más agresiva, que podría incluir estancias hospitalarias más prolongadas. El estigma asociado a los pacientes que viven en condiciones de pobreza extrema y la dependencia de beneficios gubernamentales se erigen como elementos fundamentales para estratificar socialmente, más que como mecanismos destinados a mitigar las desigualdades. Además, la falta de educación prenatal adecuada y de información previa a la concepción, como lo ofrecido en el currículo de las escuelas públicas, contribuye a una baja alfabetización en salud (46).

2.3. Definición de términos básicos

Atención Prenatal: La asistencia proporcionada a mujeres gestantes con el objetivo de prevenir complicaciones y disminuir la incidencia de mortalidad materna y perinatal (47).

Morbilidad Materna Extrema: Todas las situaciones en las que una mujer experimenta una complicación grave durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores a la conclusión del embarazo (1).

Paridad: Número de partos que ha tenido una mujer, mientras que la gravidez se relaciona con el número de embarazos independientemente de su resultado (48).

Parto: proceso por la cual se da término la gestación (49).

Gestación: Momento durante el cual el embrión o feto se desarrolla en el útero de una mujer (50).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de la hipótesis

Hipótesis nula (H0): No existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos durante el año 2022.

Hipótesis alternativa (H1): Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos durante el año 2022.

3.2. Variables y definiciones operacionales

Variable dependiente:

Morbilidad Materna Extrema

Variable independiente:

Sociodemográficas:

- Edad
- Procedencia
- Grado de Instrucción
- Estado Civil
- Ocupación

Características Clínicas:

- Control de Prenatal
- Número de Gestación
- Paridad
- Cesáreas previas
- Tipo de Parto

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIAS	VALORES	MEDIO DE VERIFICACION
Factores sociodemográficos							
Edad	Período de existencia contado a partir del instante de su nacimiento	Cuantitativa	Años	Ordinal	< 19 20 a 35 > 35	0 1 2	Ficha de recolección de datos
Procedencia	Lugar de residencia habitual	Cualitativa	Incluye rural o urbano	Nominal	Rural Urbano	1 2	Ficha de recolección de datos
Grado de Instrucción	Nivel educativo máximo o alcanzado.	Cualitativa	Incluye estudios de primaria, secundaria, técnico, superior o ninguno	Nominal	Iletrado Primaria Secundaria Técnico Superior	0 1 2 3 4	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Condición legal de un individuo dentro del núcleo familiar y su posición en el contexto social	Cualitativa	Incluye solteros, casados y otros	Nominal	Soltero Casado Otros	1 2 3	Ficha de recolección de datos
Ocupación	Trabajo o actividad en la que la persona emplea el tiempo.	Cualitativo	Incluye ser ama de casa, empleada, independiente, estudiante	Nominal	Ama de casa Empleada Independiente Estudiante	0 1 2 3	Ficha de recolección de datos
Clínica Materna							
Número de gestaciones	Número total de gestaciones experimentadas por la paciente	Cualitativo	Cantidad	Ordinal	Nuligesta Multigesta	1 2	Ficha de recolección de datos
Controles Prenatales	Número de evaluaciones de seguimiento obstétrico de la gestación actual.	Cualitativo	Cantidad	Ordinal	< 6 ≥ 6	1 2	Ficha de recolección de datos

Tipo de parto	Condición y vía por la cual se da término la gestación.	Cualitativo	Incluye el tipo de parto eutócico o vaginal y por cesárea	Nominal	Vaginal Cesárea electiva Cesárea de emergencia	1 2 3	Ficha recolección de datos
Variable Dependiente							
Morbilidad Materna Extrema	Aquellas situaciones en las que una mujer experimenta una complicación grave durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores a la conclusión del embarazo.	Cualitativo	Incluye si presenta o no	Nominal	Si No	1 2	Ficha recolección de datos
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer	cuantitativo	Cantidad	Ordinal	Nulípara Múltipara Gran múltipara	0 ≥ 2 ≥ 5	Ficha recolección de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Estudio de naturaleza observacional, descriptivo y diseño transversal con enfoque retrospectivo.

4.2. Diseño muestral

Población de estudio

Estará conformada por todas las pacientes gestantes o puérperas del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”, Iquitos, Perú.

Tamaño de la Muestra

Toda la población de estudio que cumpla con los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo y procedimiento de selección de muestra

Debido a que se trabajará con toda la población, es de tipo censal.

Criterios de Selección

Inclusión:

- Gestantes o puérperas atendidas en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar García” durante el año 2022.
- Gestantes o puérperas que hayan experimentado casos de morbilidad materna extrema, según los parámetros establecidos en este estudio.
- Gestante o puérpera con diagnóstico confirmado de enfermedad con severidad asociada a signos y síntomas específicos.

Exclusión

- Gestantes o puérperas que no cumplan con los criterios de diagnóstico de enfermedad con severidad relacionada con los signos y síntomas específicos.

- Gestantes o puérperas que no hayan sido atendidas en el Hospital Iquitos “Cesar Garayar Garcia” durante el año 2022.
- Gestantes o puérperas que tengan condiciones médicas preexistentes que podrían interferir con la evaluación de los factores asociados a la morbilidad materna extrema.

4.3. Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos

- 1) Se obtendrá la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la institución universitaria.
- 2) Se pedirá permiso a la institución del Hospital Iquitos con solicitud dirigida al director de la institución.
- 3) Se recopilarán los datos médicos de las pacientes a partir de los registros clínicos y expedientes médicos, incluyendo diagnósticos, tratamientos, intervenciones médicas y resultados.
- 4) Se utilizará un cuestionario previamente validado, con preguntas cerradas y escalas de respuesta, para recabar información sobre las características biológicas, socio-demográficas y antecedentes médicos de las pacientes.
- 5) Si los datos no se han encontrado en ninguna de las secciones previamente mencionadas, se consignarán como "dato no consignado" en la ficha de recopilación de información.
- 6) En el proceso de recopilación de datos, se tomarán en cuenta los principios éticos y bioéticos que conciernen a los participantes del estudio, como el respeto, la confidencialidad y el anonimato.
- 7) Se llevará a cabo la creación de la base de datos empleando el software estadístico SPSS versión 27.

Instrumento

Este instrumento de recolección de datos, mediante una revisión sistemática de estudios de investigación, facilitará una perspectiva integral y actualizada de los factores asociados a la morbilidad materna extrema, constituyendo una base robusta para la generación de conocimiento y la formulación de recomendaciones en el campo de la atención obstétrica y la salud materna. (Ver anexo 2)

4.4. Procesamiento y análisis de la información

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de los datos, con el objetivo de identificar patrones, tendencias y relaciones entre los diversos factores asociados a la morbilidad materna extrema. Para una presentación clara y precisa de la información recopilada, se emplearán gráficos, tablas y estadísticas descriptivas que permitan visualizar y resumir los resultados de manera efectiva.

Se realizará un análisis comparativo de los hallazgos de diversos artículos de investigación, identificando las similitudes y diferencias en los factores vinculados a la morbilidad materna extrema en diferentes contextos y poblaciones. Esto permitirá lograr una comprensión más amplia y contextualizada de la problemática.

Se identificarán patrones emergentes y relaciones significativas entre los factores analizados, con especial énfasis en aquellos que presenten una asociación más consistente y relevante con la morbilidad materna extrema. Esto permitirá señalar posibles puntos clave de intervención. Para el análisis de los resultados, se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

4.5. Aspectos éticos

Antes de llevar a cabo este estudio, se obtendrá la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana, garantizando el respeto a los principios éticos fundamentales. Al tratarse de un estudio retrospectivo, no será necesario solicitar el consentimiento informado de los participantes. Sin embargo, se asegurará la confidencialidad de la información recolectada, preservando el anonimato y la protección de los datos por parte de los investigadores.

PRESUPUESTO

Rubro	Medida	Costo Unitario	Cantidad	Costo Total (S/.)
RECURSOS HUMANOS				
Investigadores	Actividad	0.00	1	0.00
Digitador	Actividad	100.00	2	200.00
Análisis de datos	Actividad	300.00	2	600.00
Asesoría	Actividad	800.00	1	800.00
MATERIALES DE OFICINA				
Papel Bond A-4	Millar	30.00	1	30.00
Lápices	Unidad	5.00	10	50.00
Cuaderno de registro	Unidad	6.00	5	30.00
TRANSPORTE				
Movilidad	Actividad	4.00	10	40.00
Total				1,720.00

CRONOGRAMA

N°	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	RESPONSABLE
1	Revisión bibliográfica.	X							AUTOR
2	Elaboración del Proyecto de Investigación		X						AUTOR
3	Aprobación del Proyecto de Investigación			X					COMITÉ ÉTICA
4	Ejecución y recolección de información.				X	X	X		AUTOR
5	Análisis y Procesamiento de los datos.						X		AUTOR
6	Elaboración del Artículo Original.							X	AUTOR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz EI, Herrera E, Torre ADL. Extreme Maternal Morbidity: a tracer event to improve the quality of obstetric care in Latin America. *Colomb Médica CM* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 15 de agosto de 2023];50(4):286. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7232947/>
2. Ahn R, Gonzalez GP, Anderson B, Vladutiu CJ, Fowler ER, Manning L. Initiatives to Reduce Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity in the United States. *Ann Intern Med* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 19 de enero de 2024];173(11_Supplement):S3-10. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M19-3258>
3. OPS/OMS. paho.org. 2022 [citado 15 de agosto de 2023]. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
4. OMS. Who.int. 2023 [citado 15 de agosto de 2023]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. UNDP. UNDP. 2023 [citado 15 de agosto de 2023]. Rumbo al 2030 | Acelerar el progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. Disponible en: <https://www.undp.org/es/rumbo-al-2030-acelerar-el-progreso-de-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible>
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 1 de junio de 2014 [citado 15 de agosto de 2023];2(6):e323-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X1470227X>
7. MINSA Perú. dge.gob.pe. 2023 [citado 16 de agosto de 2023]. Número de muertes maternas 2000 - 2022 y a la SE 19 del 2023. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE19/mmaterna.pdf>
8. UNFPA Perú. UNFPA Perú. 2023 [citado 16 de agosto de 2023]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto>
9. CDC Perú. CDC presentó la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Perú [Internet]. CDC MINSA. 2023 [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-presento-la-norma-tecnica-de-salud-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-la-morbilidad-materna-extrema-en-el-peru/>
10. IRIS PAHO. Organización Panamericana de la Salud. 2021. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54093>
11. Rodrigues AV. Comité Estatal de Mortalidad Materna del Estado de São Paulo: trayectoria y vicisitudes. 2000 [citado 16 de agosto de 2023];185-185. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-265313>

12. Merriam AA, Metz TD, Allshouse AA, Silver RM, Haas DM, Grobman WA, et al. Maternal Morbidity Risk Factors in Nulliparas. *Am J Perinatol* [Internet]. 12 de junio de 2023 [citado 2 de enero de 2024]; Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-2088-2586>
13. Ben-Ayoun D, Walfisch A, Wainstock T, Sheiner E, Imterat M. Trend and risk Factors for Severe Peripartum Maternal morbidity - a population-based Cohort Study. *Matern Child Health J* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 10 de enero de 2024];27(4):719-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03568-2>
14. Raineau M, Deneux-Tharaux C, Seco A, Bonnet MP, EPIMOMS Study Group. Antepartum severe maternal morbidity: A population-based study of risk factors and delivery outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. marzo de 2022;36(2):171-80.
15. Harrison RK, Lauhon SR, Colvin ZA, McIntosh JJ. Maternal anemia and severe maternal morbidity in a US cohort. *Am J Obstet Gynecol* MFM. septiembre de 2021;3(5):100395.
16. Haddad SM, Cecatti JG, Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, Costa ML, et al. Applying the Maternal Near Miss Approach for the Evaluation of Quality of Obstetric Care: A Worked Example from a Multicenter Surveillance Study. *BioMed Res Int* [Internet]. 2014 [citado 16 de agosto de 2023];2014:989815. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4132359/>
17. Soares MQ, de Melo CM, Pinto IV, Bevilacqua PD. Mortalidade de mulheres com notificação de violência durante a gravidez no Brasil: um estudo caso-controlado. *Cad Saúde Pública* [Internet]. [citado 13 de enero de 2024];39(10):e00012823. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10642240/>
18. Moterani VC, Abbade JF, Borges VTM, Fonseca CGF, Desiderio N, Moterani Junior NJW, et al. Assessment of healthcare accessibility and travel distance on intrapartum fetal death: a retrospective cohort study. 2023 [citado 13 de enero de 2024]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58696>
19. Oliveira IVG, Maranhão TA, Sousa GJB, Silva TL, Rocha MIF, da Frota MMC, et al. Maternal mortality in Northeast Brazil 2009-2019: spatial distribution, trend and associated factors. *Epidemiol E Serviços Saúde Rev Sist Unico Saúde Bras* [Internet]. [citado 13 de enero de 2024];32(3):e2022973. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10615180/>
20. Andrade MS, Bonifácio LP, Sanchez JAC, Oliveira-Ciabati L, Zaratini FS, Franzon ACA, et al. Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 12 de enero de 2022 [citado 13 de enero de 2024];38:e00021821. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c76XvDt5PJsxwTcQ7xvtxPF/?lang=pt>
21. Mordan M, Flaz S, Rosario E, Peguero M. Morbilidad materna extrema en pacientes de un Hospital Materno Infantil en República Dominicana. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 17 de agosto de 2023];44(3):1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2018000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Neciosup Arribasplata ST. Factores de riesgo de morbilidad materna extrema durante la pandemia por COVID-19, Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2020-2021. [Internet]

[Pregrado]. [Lima-Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2022 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10076/Neciosup_AST.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Ayala Peralta FD, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, Ayala Moreno D. Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 18 de agosto de 2023];48(1):21-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-factores-asociados-morbilidad-materna-perinatal-S0210573X20300873>
24. Gonzales-Carrillo O, Llanos-Torres C, Espinola-Sánchez M, Vallenas-Campos R, Guevara-Rios E, Gonzales-Carrillo O, et al. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012- 2016. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo* [Internet]. enero de 2020 [citado 12 de agosto de 2023];13(1):8-13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2227-47312020000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Cano Cordova AS. Factores asociados a morbilidad materna extrema en hipertensión severa inducida por gestación Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2017–2019. *Repos Académico USMP* [Internet]. 2020 [citado 18 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6410>
26. Bendezú G, Bendezú-Quispe G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. octubre de 2014 [citado 17 de agosto de 2023];60(4):291-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322014000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Cardenas Quicaño JL. Morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto del año 2019. 2021 [citado 16 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/7607>
28. Shapiama Gonzales JR. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2019. 16 de marzo de 2022 [citado 16 de enero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1772>
29. Gómez Guerra JP. Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014. *Univ Nac Amaz Peru* [Internet]. 2015 [citado 18 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3712>
30. Lewis G. Beyond the Numbers: reviewing maternal deaths and disabilities to make pregnancy safer. En: Neilson J, Norman J, Kehoe S, editores. *Maternal and Infant Deaths: Chasing Millennium Development Goals 4 and 5* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [citado 16 de agosto de 2023]. p. 49-60. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Study Group). Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/maternal-and-infant-deaths/beyond-the-numbers-reviewing-maternal-deaths-and-disabilities-to-make-pregnancy-safer/9D6E3E494BF09D5B83BAD08C3F58A9A9>

31. Kaskun O, Greene R. A Systematic Review of Severe Maternal Morbidity in High-Income Countries. *Cureus* [Internet]. [citado 19 de enero de 2024];14(10):e29901. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9632680/>
32. MINSA Perú, CDC Perú. *cdn.www.gob.pe*. 2021 [citado 16 de agosto de 2023]. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema. 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>
33. Chhabra P, Guleria K, Bhasin SK, Kumari K, Singh S, Lukhmana S. Severe maternal morbidity and maternal near miss in a tertiary hospital of Delhi. *Natl Med J India* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 19 de enero de 2024];32:270. Disponible en: <https://nmji.in/severe-maternal-morbidity-and-maternal-near-miss-in-a-tertiary-hospital-of-delhi/>
34. Mengistu TS, Turner J, Flatley C, Fox J, Kumar S. Impact of severe maternal morbidity on adverse perinatal outcomes in high-income countries: systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*. 17 de junio de 2019;9(6):e027100.
35. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health* [Internet]. 22 de junio de 2018 [citado 19 de enero de 2024];15(Suppl 1):98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019990/>
36. Jjuuko M, Lugobe HM, Migisha R, Agaba DC, Tibaijuka L, Kayondo M, et al. Maternal near miss as a predictor of adverse perinatal outcomes: findings from a prospective cohort study in southwestern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 6 de enero de 2024 [citado 19 de enero de 2024];24:42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10770958/>
37. Chakhtoura N, Chinn JJ, Grantz KL, Eisenberg E, Dickerson SA, Lamar C, et al. Importance of research in reducing maternal morbidity and mortality rates. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 18 de agosto de 2023];221(3):179-82. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30761-6/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30761-6/fulltext)
38. Pupo Jiménez JM, González Aguilera JC, Cabrera Lavernia JO, Cedeño Tarancón O, Pupo Jiménez JM, González Aguilera JC, et al. Factores de riesgo de morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos. *Multimed* [Internet]. abril de 2019 [citado 18 de agosto de 2023];23(2):280-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182019000200280&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Benavides Casal ME, Carlos Tempo D. Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. junio de 2010 [citado 18 de agosto de 2023];36(2):4-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2010000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

40. Julca Maquera KL. Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018. Univ Priv Tacna [Internet]. 2019 [citado 18 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/662>
41. Leitaó S, Manning E, Greene RA, Corcoran P, Maternal Morbidity Advisory Group*. Maternal morbidity and mortality: an iceberg phenomenon. BJOG Int J Obstet Gynaecol. febrero de 2022;129(3):402-11.
42. Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J. Extreme maternal morbidity in the Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca Health Services. Ginecol Obstet Mex. diciembre de 2010;78(12):660-8.
43. Neerland C, Slaughter-Acey J, Behrens K, Claussen AM, Usset T, Bilal-Roby S, et al. An Evidence Map for Social and Structural Determinants for Maternal Morbidity and Mortality: A Systematic Review. Obstet Gynecol [Internet]. 5 de mayo de 2022 [citado 17 de enero de 2024];10.1097/AOG.0000000000005489. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/9900/an_evidence_map_for_social_and_structural.992.aspx
44. Hernandez-Cabrera Y, Sosa-Osorio A, Rodríguez-Duarte L. Morbilidad materna extremadamente grave. Una aproximación actual | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Rev Peru Investig Materno Perinat [Internet]. 4 de agosto de 2023 [citado 19 de enero de 2024];12(2):31-8. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/350>
45. Hegde HV, Joshiraj B, Paul M, Weerasinghe AS, Mulgund KG, Marimuthu SR, et al. A retrospective study of 12-year cohort of 216 parturients with invasive placentation in a tertiary care center in Oman: clinical outcomes indicate severe maternal morbidity. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2 de enero de 2024;102341.
46. 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 - Qual Res Health [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 19 de enero de 2024];4:100320. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266732152300104X>
47. BIREME O/ O. Atención Prenatal [Internet]. 2023 [citado 17 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11731>
48. BIREME O/ O. Paridad [Internet]. 2023 [citado 18 de agosto de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=10487&filter=ths_termall&q=paridad
49. BIREME O/ O. Parto [Internet]. 2023 [citado 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=37660>
50. BIREME O/ O. Gestación [Internet]. 2023 [citado 18 de agosto de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22261&filter=ths_termall&q=gestaci%C3%B3n

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
<p>General</p> <p>¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos durante el año 2022?</p>	<p>General</p> <p>1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p>	<p>Hipótesis nula (H0): No existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p>	<p>Morbilidad Materna Extrema</p>	<p>Si presenta</p> <p>No presenta</p>	<p>Ordinal</p>
	<p>Específicos</p> <p>1. Analizar la tasa de mortalidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p> <p>2. Determinar la influencia de variables sociodemográficas: grado de instrucción, edad, procedencia, ocupación, estado civil, y características clínicas: controles prenatales, número de gestaciones, paridad, cesareas previas y tipo de parto, en la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p> <p>3. Identificar y describir los principales factores de riesgo asociados a los casos de morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p> <p>4. Determinar la incidencia de la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p>	<p>Hipótesis alternativa (H1): Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y las características clínicas con la morbilidad materna extrema en gestantes atendidas en el Hospital Iquitos durante el año 2022.</p>	<p>Gestantes o puerperas</p>	<p>Sociodemográficos</p> <p>Características clínicas maternas</p>	<p>Ordinal</p>

2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL APOYO IQUITOS, AÑO 2022

H.C.:

Nº:

Variables Sociodemográficas

Edad:

Procedencia: Rural () Urbano ()

Grado de Instrucción:

- Ilustrada ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Superior ()

Estado civil:

- Soltera ()
- Casada ()
- Otro: _____

Ocupación:

- Ama de casa ()
- Empleada ()
- Independiente ()
- Estudiante ()

Clínica Materna

Control de Prenatal:

Número de Gestación:

Partos vaginales previos:

Cesáreas previas:

Tipo de Parto:

Vaginal () Cesárea electiva () Cesárea intraparto ()

Morbilidad Materna:

Preeclampsia () HTA Crónica ()

Sepsis de origen obstétrico ()

Hemorragias pre parto ()

Hemorragias post parto ()

Insuficiencia Renal Crónica ()

Terapia inmunosupresora ()

Otros: _____

Sepsis no origen obstétrico ()

VIH ()

Asma ()

Obesidad ()

Diabetes Mellitus ()