



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS EN LA MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2012-2014**

**PRESENTADA POR
RICARDO TORRES VÁSQUEZ**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir y transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS EN LA MORBILIDAD MATERNA
EXTREMA
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ 2012-2014**

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADA POR

RICARDO TORRES VÁSQUEZ

LIMA-PERÙ

2015

ASESOR

Celso V. Bambarén Alatrística, doctor en medicina, docente en la Universidad de San Martín de Porres

JURADO

Presidente: Dr. Julio Roberto Diéguez Grimaldo

Doctor en medicina, docente en la Universidad San Martín de Porres.

Miembro: Dr. Celso Vladimir Bambarén Alatrística

Doctor en medicina, docente en la Universidad San Martín de Porres.

Miembro: Dr. Salvador Raúl Díaz LLaque

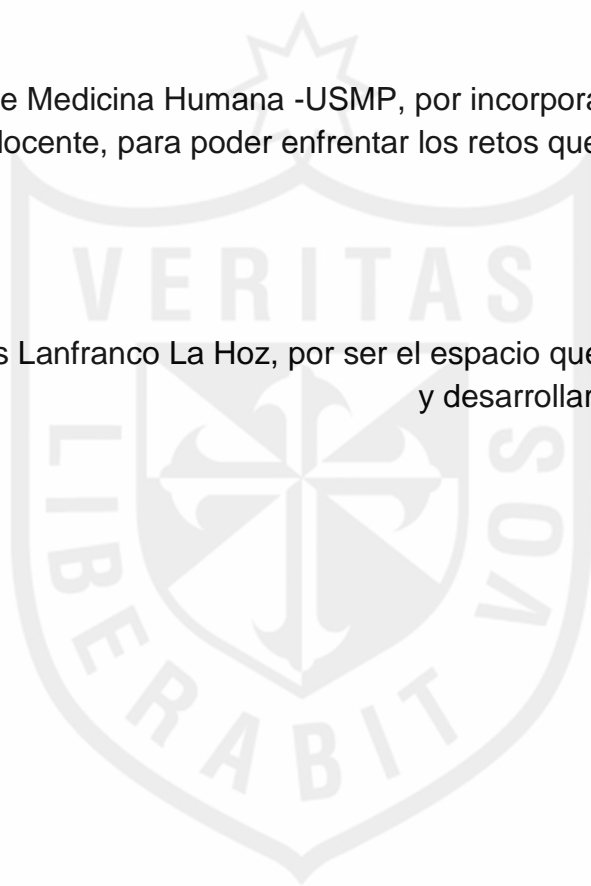
Doctor medicina, docente en la Universidad San Martín de Porres.

A mis padres: A la memoria de Don Marcelino Torres Maldonado Y Doña Lila María Vásquez Meza Vda. de Torres; símbolo de amor, sacrificio, honestidad y trabajo constante, que su partida significo una ausencia irreparable en mi vida, siempre estará presente en los actos más importantes de mi vida

A Maritza Agustina Cubas Rodríguez, quien es parte de mi vida, incomparable mujer, sacrifica su tiempo y espacio, su gran amor es la fuente constante de mi existencia y superación.

A mi Facultad de Medicina Humana -USMP, por incorporarme, capacitarme y forjarme como docente, para poder enfrentar los retos que este milenio exige.

Al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, por ser el espacio que me permite aplicar y desarrollar mis conocimientos.



AGRADECIMIENTO

Al doctor Celso V. Bambarén Alatrística, que con su gran sabiduría, paciencia y amistad, me guió en la ejecución del presente trabajo.

A los doctores: Frank Lizarazo C, Rosa Falconí S, Julio R. Diéguez G, que me brindaron la oportunidad de poder integrar la excelente plana docente de esta hermosa Facultad de Medicina Humana de la USMP

A mis amigos Médicos Lanfranquinos: Pedro Pablo Pittar Arias, Jorge Fernando Ruiz Torres, José Miguel Jorge Mesía, Salvador Dedios F, Wilfredo Hernández G, por su apoyo incondicional en esta investigación.

ÍNDICE

Página

Asesor y Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	1
Material	4
Resultado	11
Discusión	31
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Fuentes de Información	
Anexos:	
Matriz de Consistencia	
Coficiente V de Aiken	
Ficha de recolección de datos	
Base de datos.	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfil demográfico de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 2: Características obstétricas de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 3: Características perinatales de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 4: Características relacionadas con el manejo de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 5: Relación criterio/caso según causa principal de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 6: Criterio de inclusión según causa principal de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 7: Distribución por grupos de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 8: Distribución de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 09: Criterios de inclusión según causa principal de la morbilidad materna extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 10: Distribución de retrasos según causa principal de la morbilidad materna extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 11: Características socioeconómicas de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 12: Redes de apoyo social y familiar de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 13: Antecedentes personales de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 14: Características del control prenatal de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 15: Percepción de las pacientes sobre la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Tabla 16: Accesibilidad de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Distribución de la causa principal de la morbilidad materna extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.

Gráfico 2: Distribución del número de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Periodo 2012-2014.



RESUMEN

Objetivo: Identificar las principales características de la Morbilidad Materna Extrema en el periodo 2012-2014.

Material y Método: Estudio descriptivo analítico, prospectivo de corte transversal. Institución: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz: Se revisaron 122 casos de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema atendidas entre enero del 2012 y diciembre del 2014. Se analizaron las variables sociodemográficas, obstétricas, enfermedad específica, falla orgánica o manejo y se entrevistó a la sobreviviente, siguiendo la ficha diseñada para el presente estudio.

Resultados: La morbilidad materna extrema (MME), estuvo relacionada con la edad materna promedio 26 años, nivel educativo: secundaria incompleta, con antecedentes obstétricos patológicos: Falta de atención prenatal, y planificación familiar, alto porcentaje de gestaciones a pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas. Los trastornos hipertensivos del embarazo fue la causa más frecuente de MME (40,2%), embarazo ectópico complicado 14,8% aborto incompleto infectado, atonía uterina, hemorragia puerperal (8,2%). Requirieron de UCI 27,9%, transfusiones en 26,7%, presentaron falla renal el 93,4%, falla hepática 77,1%, trastornos coagulación 69,7%. El retraso tipo IV: 80%, es más frecuente en la ocurrencia de MME. La sobreviviente, de ocupación quehaceres de casa, vive en pareja, vivienda familiar, zona marginal, con grandes carestías, califica la atención de salud como regular, carece de educación en salud, con barreras de accesibilidad económica y geográfica.

Conclusión: La morbilidad materna extrema se presenta con mucha frecuencia en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Siendo los trastornos hipertensivos del embarazo la principal causa de morbilidad materna extrema.

Palabras Claves: Morbilidad materna, Morbilidad materna extrema, calidad de los cuidados maternos.

ABSTRACT

Objective: To identify the main factors associated Extreme Maternal Morbidity in the period 2012 -2014.

Methods: Analytical, prospective cross-sectional descriptive study. Institution: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. 122 cases of patients who met the inclusion criteria of extreme maternal morbidity seen between January and December 2014-20012, sociodemographic, obstetric variables, specific disease, organ failure or handling was analyzed and interviewed the survivors were reviewed, following the designed for this study tab.

Results: The extreme maternal morbidity (MME) was related to the average maternal age 26 years, education: secondary incomplete, pathological obstetrical history: Lack of prenatal care and family planning, high percentage of pregnancies with preterm, finishing more Caesarean party. Hypertensive disorders of pregnancy was the most important cause of MME (40,2%), 14.8% complicated Ectopic pregnancy Abortion infected incomplete, uterine atony, postpartum (8,2%) hemorrhage. They required ICU 27,9%, 26,7% transfusions, kidney failure showed 93,4%, 77,1% Liver failure, coagulation disorders 69,7%. Type IV delayed: 80%, most often associated with the occurrence of MME. The survivor, household chores occupation, living as a couple, family housing, marginal zone, with great shortages, health care qualifies as fair, lacking health education with affordability barriers and geographical.

Conclusion: The extreme maternal morbidity occurs frequently in the Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Being hypertensive disorders of pregnancy the leading cause of maternal morbidity Extreme.

Keywords: Maternal Morbidity. Extreme maternal morbidity, quality of maternal care.

INTRODUCCIÓN

La salud es un fenómeno social dinámico, complejo y motivo de permanente debate, que obliga a una actitud de constante cambio frente al estudio y análisis del problema; y su correlato con la enseñanza tradicional de la medicina y las disciplinas afines.^{1, 2,3}

El panorama mundial muestra ejemplos elocuentes como Nigeria, Afganistán, Colombia, Argentina y lamentablemente a la pobre-rica Venezuela, de hasta qué punto la violencia, la descomposición social y las crisis económicas arrastran a los pueblos a vivir en la pobreza y a soportar cargas extraordinarias de enfermedad y de muerte.^{4,6} La fragilidad de los Estados, expresada en su incapacidad para gobernar y prestar servicios, acaba generando graves conflictos internos.⁽⁷⁻¹²⁾

A nivel mundial se estima que las muertes maternas cayeron un 45% desde 1990. En 2013 alrededor de 289,000 mujeres murieron debido a complicaciones en el embarazo y el parto, frente a 523,000 en 1990. En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, poco menos que el promedio mundial (45%) y por debajo de la meta del 75%, el fijada por los objetivos del milenio (ODM). Sin embargo la razón de mortalidad materna en la región fue de 85 muertes por cada 100,000 nacidos vivos lo que se considera baja entre las regiones en desarrollo.^{28,29}

A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9,300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7,700 menos que las 17,000 de 1990).

En realidad las muertes maternas, representan la parte visible del iceberg, la parte oculta está formada por pacientes con morbilidad materna extrema (MME) cuya

evolución podría ser hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o muerte.^{30, 33, 36}

La MME se ha estudiado menos que la mortalidad materna, todos los estudios y análisis realizados tratan sobre muerte materna. Se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna extrema por cada muerte materna registrada; de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes.^{39, 42, 45} La mortalidad y morbilidad materna evitable son expresión de inequidad, desigualdad y de falta de empoderamiento de las mujeres. Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores claves que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud, pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución.^{47, 50}

La vigilancia epidemiológica de la MME, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015 según lo establecido en el quinto ODM.^{58, 61, 65}

La situación de MME en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en donde con mucha frecuencia ocurre una muerte materna, esto nos permite la evaluación de la calidad de atención del establecimiento, mejora continua de sus procesos con la finalidad de implementar mejoras en forma inmediata y así evitar una nueva muerte materna.⁵¹

El hospital Carlos Lanfranco la Hoz, ubicado a 34 km al norte de Lima, en los últimos años ha experimentado un crecimiento poblacional intenso. Sin embargo, la calidad de vida de sus habitantes es la más precaria de Lima Metropolitana y

del cono norte, ubicándose en el tercer quintil en el índice de carencias. También presenta el más alto porcentaje de población que carece de servicios básicos como agua y desagüe y el menor ingreso per cápita.^{64, 65}

Conocer el perfil de la MME como evento anticipatorio, permite desencadenar mecanismos de alarma institucionales para favorecer la atención de las mujeres con MME, tal como se describe, en el proceso del embarazo, parto y puerperio normal, si la paciente presenta algún tipo de morbilidad, y no es atendida, desarrolla una complicación severa (potencial near miss), si se supera, la vida es salvada, sin embargo si permanece el estado mórbido, es decir la complicación que amenaza la vida (near miss), se produce la muerte materna.⁷²

La progresión de normalidad a morbilidad, en sus grados de severidad hacia la mortalidad se relaciona con el tipo de evento, los factores sociodemográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema.

Considerando que el embarazo normal, condiciona a una situación que pone en riesgo la vida de la paciente, si esta no es identificada a tiempo le condiciona a sufrir un daño mayor, y si esto no es controlado conduce a la muerte.⁷³

Esta situación ha motivado en mi persona realizar este estudio con la finalidad de identificar y analizar los factores asociados que influyen en la Morbilidad Materna Extrema(MME) y de acuerdo a resultados proponer nuevas políticas en salud materna para el distrito y a nivel nacional .

MATERIAL Y MÉTODO

1. Diseño metodológico

Tipo de estudio: El diseño del estudio es de tipo descriptivo, analítico, prospectivo y de corte transversal.

Área de Estudio: Distrito de Puente Piedra – Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Departamento de obstetricia y ginecología.

Población y Muestra

Está compuesta por todas las pacientes gestantes o púerperas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de enero 2012 a diciembre del 2014. Está constituida por el 100% de pacientes tipificada como (MME) que recibieron atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo mencionado.

Unidad de Análisis: Paciente con embarazo, parto o puerperio identificada como portadora de una o varias patologías que es atendida en servicio de obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz- identificada como MME.

Criterio de Inclusión: Todas las pacientes con embarazo de 28 semanas, parto y puerperio con registro de historia clínica de la Institución, Identificada como MME, que debe cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

- Criterios relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico.

- Criterios relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardiaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
- Criterios relacionados con el manejo establecido de la paciente: ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, post-cesárea, o post-aborto y transfusión sanguínea de tres o más unidades de plasma.

Criterios de exclusión:

Paciente gestante atendida durante el periodo de gestación, parto o puerperio que presentó complicación leve que no puso en riesgo su vida.

Paciente mal clasificada.

2. Operacionalización de variables:

Tabla 1. Variables de estudio. Morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco la Hoz: 2012-2014.

VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	FUENTE
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	La Organización Mundial de la Salud (OMS) para aquellos casos en los que una mujer casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de 42 días de la terminación del embarazo.	Nominal	Categórica	H. Clínica Entrevista
VARIABLE	DEFINICIÓN	MEDIDA	TIPO DE VARIABLE	FUENTE
Edad	Años cumplidos	años	continua	H. Clínica Entrevista
Ocupación de la gestante	Tipo de trabajo	Ocupación	Categórica	H. Clínica Entrevista
Gravidez	Nº Total de embarazos incluye el que condiciona la MME	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Paridad	Número total de partos incluidos el actual	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Cesáreas previas	Nº de cesáreas, incluye el actual	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Abortos	Nº total de abortos	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Hijos vivos	Nº total de hijos más el actual	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Mortinatos	Nº Nacidos Muertos	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Periodo Intergenésicos	Tiempo que relaciona el último embarazo con el actual	Años Meses.	Continua	H. clínica

	N° de atenciones prenatales	Número	Continua	H. Clínica Entrevista
Edad Gestacional	Tiempo de Gestación, calculada por FUR o ecografía precoz.	Semanas	Continua	Clínica
Diagnóstico de Ingreso	Diagnóstico Inicial	Clasificación CIE 10	Categórica	H. Clínica
Vía del parto	Vía de nacimiento	Parto: 1 Cesárea : 2	Categórica	H. clínica Entrevista
Condición socio-económica	Define el estado de condición social de acuerdo a ingresos redes de apoyo social.	Bueno = 1 Pobreza = 2 Pobreza extrema = 3	Categórica	Entrevista
DATOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO				
Causa básica de la morbilidad materna	Evento que desencadeno la morbilidad materna extrema	Clasificación CIE 10	Categórica	H. clínica
Causa directa de la morbilidad	Evento que se relaciona directamente con la morbilidad materna extrema	Clasificación CIE 10	Categórica	H. clínica
Criterios de inclusión Continúa...	Condición que permite la clasificación como morbilidad materna extrema	Relacionado con signos y síntomas=1 Falla orgánica=2 Manejo = 3 Mixta = 4	Categórica	H. clínica
DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO				
Ingreso a UCI	Admisión en UCI de la gestante excepto solo para estabilización hemodinámica efectiva	Si = 1, No = 2	Categórica	H. clínica
Días de estancia en UCI	Tiempo de permanencia de la gestante en UCI	Días	Continua	H. clínica
Transfusiones	Administración endovenosa de sangre o hemoderivados	Unidades	Continua	H. clínica
Cirugías adicionales	Cirugías diferente a parto o cesárea	Histerectomía= 1 Cesárea – histerectomía = 2 Control de daños=4	Categórica	H. clínica
Días de hospitalización	Tiempo de permanencia total en el hospital	Días	Continua	H. clínica
INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ANÁLISIS CUALITATIVO				
Retraso Tipo 1	Relacionado con el no reconocimiento por parte de la gestante de signos y síntomas de alarma	Si= 1, No = 2	Categórica	H. clínica Entrevista
Retraso Tipo 2	Relacionado con la falta de oportunidad para la búsqueda de atención	Si= 1 No = 2	Categórica	H. clínica Entrevista
Retraso Tipo 3	Relacionado con barreras de acceso o demoras en la referencia	Si= 1 No = 2	Categórica	H. clínica Entrevista
Retraso Tipo 4	Relacionado con la calidad de la atención	Si= 1 No = 2	Categórica	H. clínica Entrevista

2. Técnica de recolección de datos

Instrumento: Para la investigación, hemos tomado la ficha diseñada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia ⁴¹, validada por la OMS, la cual hemos adaptado a nuestra realidad, por lo que se ha validado por el criterio de cinco expertos nacionales y se aplicó el coeficiente V de Aiken.

Esta ficha recogió la siguiente información:

1. Datos Básicos: Para la ubicación en tiempo y lugar del evento.
2. Identificación de la paciente: Caracterización sociodemográfica de la gestante.
3. Notificación: Identificación de quien notifica y procedencia del caso.
4. Sistema de referencia: Caracteriza la remisión de gestantes.
5. Características Maternas: Incluye antecedentes obstétricos, características de control prenatal, terminación de la gestación y producto del embarazo.
6. Criterios de inclusión: Agrupa las características en las relacionadas con el diagnóstico específico, el manejo y la disfunción orgánica.
7. Datos relacionados con el manejo: Caracteriza condiciones de manejo de la morbilidad materna extrema.
8. Causas de Morbilidad: Caracteriza los eventos que con mayor frecuencia ponen en peligro la vida de las gestantes.
9. Análisis cuantitativo: Resultante del análisis con metodología de las 4 demoras.
10. Datos de entrevista a la sobreviviente: Caracteriza aspectos puntuales al nivel socioeconómico.

Validación del contenido: Para el presente estudio se utilizó el coeficiente V de Aiken^{109,116}, como un método lógico de validez; la opinión de expertos sobre la validez. Este coeficiente es una de las técnicas para cuantificar la validez de contenido o relevancia del ítem respecto a un dominio de contenido en N jueces, cuya magnitud va desde 0.00 hasta 1.00; el valor 1.00 es la mayor magnitud posible que indica un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados. Finalmente podemos concluir que para evaluar la validez de contenido por criterio de jueces, es preferible hacer uso del coeficiente V de Aiken, que combina la facilidad del cálculo y la evaluación de los resultados con la correspondiente docimasia estadística. Esto garantiza la objetividad del procedimiento, a la vez que solucionamos el problema que plantea la cuantificación de la validez de contenido, de tal forma que sea factible su desarrollo.

En lo que respecta a la proporción de acuerdos que debe existir por cada grupo de jueces para evaluar la validez de contenido, encontramos que: En grupos de cinco, seis y siete jueces, se necesita un completo acuerdo entre ellos para que el ítem sea válido, en mayor número de jueces, el ítem es válido, cuando se espera un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido, el resultado puede evaluarse estadísticamente haciendo uso de la tabla de probabilidades asociadas de cola derecha tabuladas por el autor. Es precisamente esta posibilidad de evaluar su significación estadística lo que hace a

este coeficiente uno de los más apropiados para estudiar este tipo de validez. Podemos apreciar que cuando los expertos coinciden totalmente en los aspectos que refiere el instrumento, el coeficiente de Aiken arroja valor de 1. De acuerdo a la tabla de valores que señala el autor, el valor P es .032, que está por debajo de 0.05 ($P < .05$), que estadísticamente da validez al contenido del presente estudio. (Anexo 2)

Recolección de la Información: El proceso de recolección de datos se realizó en tres fases.⁷¹

Fase 1. Revisión sistemática de los libros de registro de mortalidad y morbilidad materna extrema de la Unidad de Epidemiología del hospital, con la finalidad de obtener información de todas las pacientes que han sido tipificadas como MME.

Fase 2. Revisión sistemática de las historias clínicas de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, previo permiso de la dirección ejecutiva y coordinación con la oficina de estadística, para obtener información de acuerdo al instrumento para los efectos de la investigación.

Fase 3. Se identificó y realizó la entrevista a la paciente sobreviviente en su domicilio, que nos permitió verificar in situ su estado socio-económico, y el recojo de la información en la ficha diseñada para tal fin.

Culminada estas tres fases obtuvimos el recojo de la información total de acuerdo al instrumento que se usó para el presente estudio, quedando apto para su procesamiento de la información recopilada.

4. Técnica de Procesamiento y Análisis de la Información. Con la información registrada en el instrumento de recolección de datos de la morbilidad materna

extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el 2012-2014, se elaboró una base de datos con el software estadístico STATA versión 13.

Para la presentación de los resultados empleamos tablas y gráficas. Las variables cuantitativas se presentaron mediante las medidas de tendencia central y dispersión adecuadas, por lo tanto, si los datos cuantitativos presentaban asimetrías en la distribución se optó por la mediana, con su respectiva medida de dispersión la desviación intercuartílica, además se presentó también el rango. Asimismo, las variables cualitativas se presentaron mediante tablas de frecuencias y porcentajes.

Los resultados obtenidos se presentan en tablas y gráficos estadísticos, para cada tabla se realizó el análisis estadístico, destacando las frecuencias y promedios más significativos de las variables estudiadas.

5. Aspecto ético. Para su realización se solicitó la autorización del comité de ética del hospital, quien otorgo la aprobación. Asimismo, se ha garantizado la privacidad de la identidad de las personas. Se cumplió las normas establecidas por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: Art.N° 6 (consentimiento), Art.N° 8 (Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal y Art N°. 9 (Privacidad y confidencialidad)

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son:

Tabla 1. Perfil demográfico de las pacientes con morbilidad materna extrema.
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Características	n=122	(%)
Edad (años) n (%)		
Mediana ± DIQ*	26±5.5	
Rango	15 - 45	
≤ 19 años	18	-14.8
20 - 34 años	81	-66.3
≥ 35 años	23	-18.9
Nivel de Instrucción n (%)		
Primaria	17	-13.9
Secundaria Inc.	89	-73
Sup. Técnica	16	-13.1
Sup. Universitaria	0	0
Estado Civil n (%)		
Soltera	23	-18.9
Casada/conviviente	97	-79.5
Separada/Divorciada	2	-1.6

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

*DIQ=Desviación intercuartílica

El 50% de las gestantes presentan una edad menor a 26 años. El 33,7% de las gestantes tenían una edad en los extremos de la vida reproductiva. El 13,9% presentaron tan sólo un nivel de instrucción básica, mientras que la mayoría (73%) presentó un nivel de secundaria Incompleta. Con respecto al estado civil la

mayoría (79,5%) presenta la condición de casada o conviviente, mientras que un 18,9% presenta la condición civil de soltera.

Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Número de controles prenatales		
Sin control prenatal	53	(43.5)
1 - 3 controles	21	(17.2)
≥ 4 controles	48	(39.3)
Gestaciones		
Primigestantes	42	(34.4)
2 - 3	49	(40.2)
≥ 4	31	(25.4)
Cesáreas		
No	63	(51.7)
1	42	(34.4)
≥ 2	17	(13.9)
Abortos		
No	74	(60.7)
1	37	(30.3)
≥ 2	11	(9.0)
No	102	(83.6)
Si	20	(16.4)
Semana de inicio al CPN	69	(100.0)
Mediana ± DIQ*	14±3.25	
Rango	7 - 36	
Primer trimestre	27	(39.1)
Segundo trimestre	35	(50.7)
Tercer trimestre	7	(10.2)
Terminación de la gestación		
Aborto	34	(27.9)
Parto	21	(17.2)
Cesárea	55	(45.1)
Continua embarazada	12	(9.8)
Edad gestacional al momento de la ocurrencia		
Mediana ± DIQ*	37±3	
Rango	1 - 40	
Primer trimestre	24	(19.7)
Segundo trimestre	15	(12.3)
Tercer trimestre	83	(68.0)

Momento de ocurrencia con relación al termino de gestación		
Anteparto	40	(32.8)
Intraparto	60	(49.2)
Postparto	22	(18.0)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Un 43,5% de las gestantes no presento ningún control prenatal, además un 17,2% presento un escaso control pre-natal (de 1 a 3 controles pre-natales), concentrándose un 59,8% en primigestantes o multíparas, en un 51,7% no presentaron antecedentes de cesáreas y en un 39,3% presentaron abortos. Los embarazos ectópicos se presentaron en 16,4% de los casos.

De las 69 gestantes que presentaron control pre-natal el 50% inicio el control después de las 14 semanas, presentando este inicio en el primer trimestre en un 39,1%.

El 50% de las gestantes presento una edad gestacional al momento de la morbilidad materna extrema de más de 37 semanas gestacionales. El 12,3% presentó esta ocurrencia en el segundo trimestre gestacional. Se aprecia que un 49,2% de las gestantes presenta la ocurrencia de la morbilidad en el Intraparto, seguido de un 32,8% en el Anteparto.

Tabla 3. Características perinatales de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Edad gestacional		
Mediana±DIQ*	37±12.5	
Rango	3 – 40	
Primer trimestre	31	(25.4)
Segundo trimestre	9	(7.4)
Tercer trimestre+	82	(67.2)
Al momento del parto		
Mediana±DIQ*	37±14.5	
Rango	0 – 40	
Primer trimestre	33	(27.1)
Segundo trimestre	11	(9.0)
Tercer trimestre	78	(63.9)
Finalización del embarazo		
Aborto	42	(34.4)
Parto	80	(65.6)
Lugar de atención		
HCLLH	116	(95.2)
Domiciliario	2	(1.6)
Particular	2	(1.6)
Otro EE.SS.	2	(1.6)
Tipo de parto	80	(100.0)
Vaginal	20	(25.0)
Cesárea	60	(75.0)
Edad gestacional y Tipo de parto	80	(100.0)
23 - 32 semanas & Vaginal	2	(2.5)
23 - 32 semanas & Cesárea	4	(5.0)
≥33 semanas & Vaginal	17	(21.2)
≥33 semanas & Cesárea	57	(71.3)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

La edad gestacional al momento del parto en el 50% de las gestantes es mayor a 37 semanas de gestación; un 63,9% se encontraba en el tercer trimestre al momento del parto.

La finalización del embarazo terminó en parto en el 65,6%; el 95,2% de las gestantes recibieron la atención en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

De los 80 partos registrados, el 71,3% fueron cesáreas con más de 33 semanas gestacionales.

Tabla 4. Características relacionadas con el manejo de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

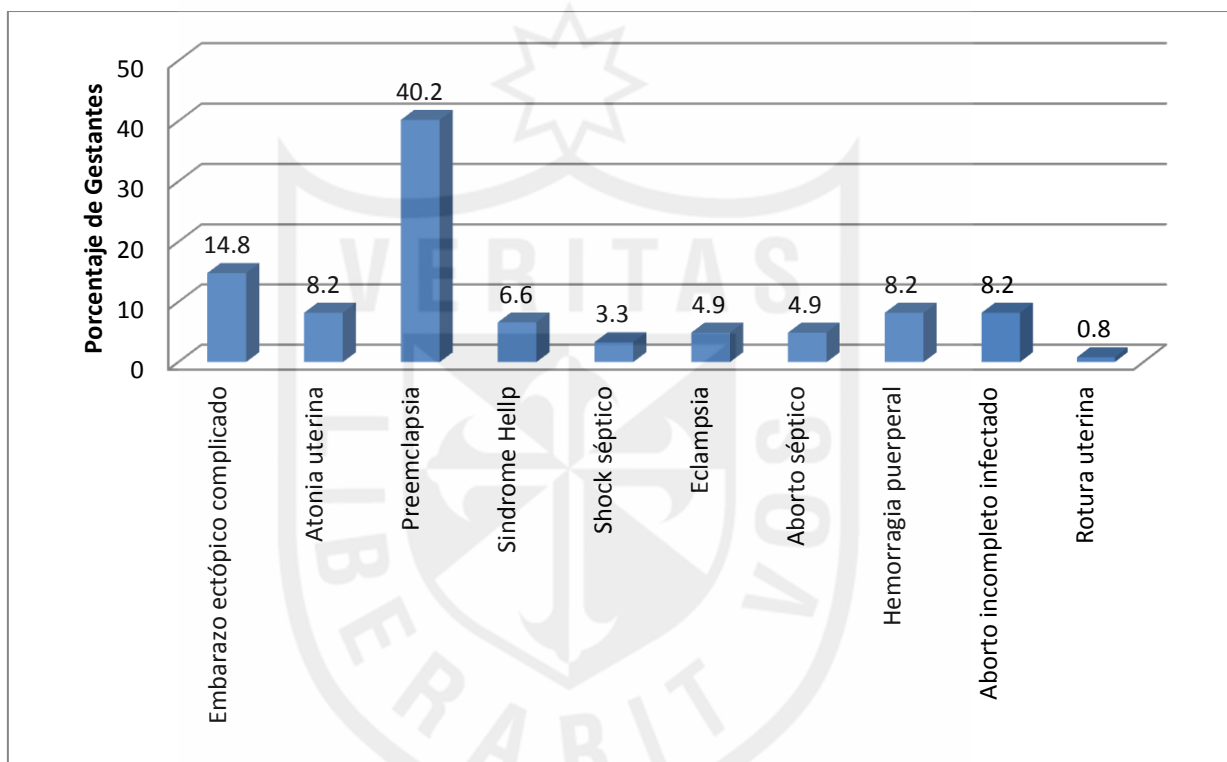
	n=122	(%)
Ingreso a UCI		
No	88	(72.1)
Si	34	(27.9)
Días de estancia en UCI	34	(100.0)
1 día	9	(26.5)
2 días	14	(41.1)
3 - 7 días	9	(26.5)
≥ 8 días	2	(5.9)
Transfusiones		
No	92	(75.4)
Si	30	(24.6)
Número de transfusiones	30	(100.0)
1	12	(40.0)
2	10	(33.3)
3	8	(26.7)
Cirugías		
No	104	(85.2)
Si	18	(14.8)
Tipo de cirugía	18	(100.0)
Histerectomía	3	(16.67)
Cesárea + Histerectomía	3	(16.67)
Laparotomía	9	(50.0)
Otra	3	(16.67)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

La severidad del compromiso de la salud materna en los casos de morbilidad materna extrema se puede manifestar al analizar según el manejo de internación

en UCI, el 73,5% de los casos presento una estancia superior a un día. En el caso que la gestante fue transfundida el 26,7% requirió politransfusiones (más de 2 unidades). Además en el caso que la gestante requirió una cirugía adicional el 50% requirió laparotomía.

Gráfico 1. Distribución de la causa principal de la morbilidad materna extrema.
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.



Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

El 40,2% de las gestantes presentaron como causa principal de morbilidad materna extrema la preemclapsia, seguido del embarazo ectópico complicado en un 14,8%.

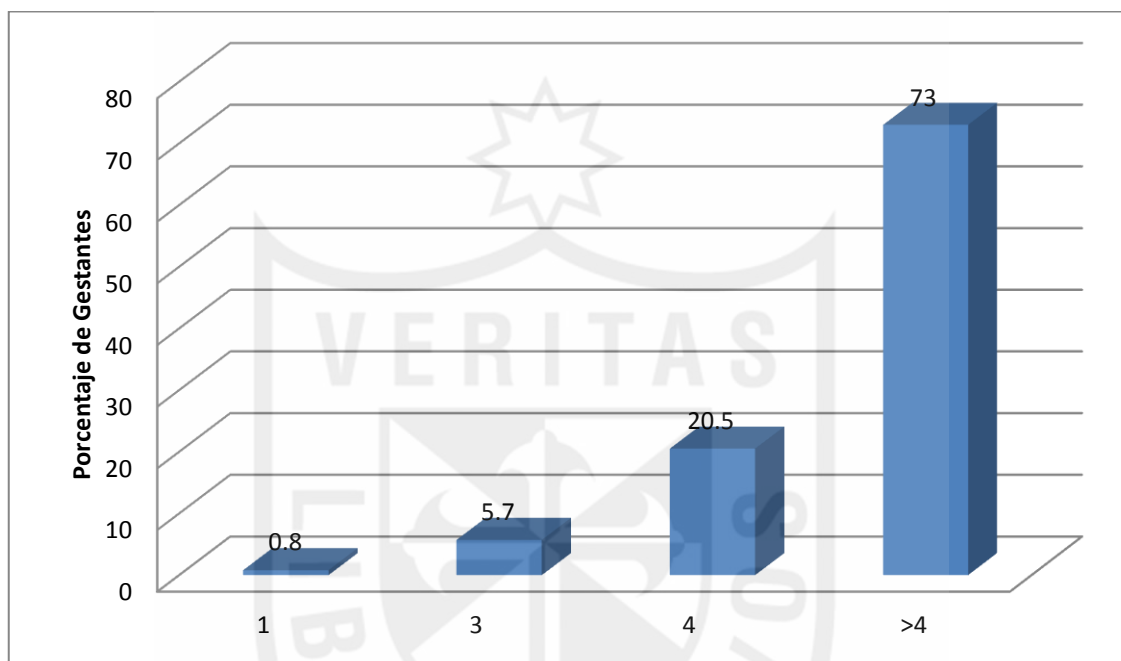
Tabla 5. Relación criterio/caso según causa principal de la morbilidad materna extrema .Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	Total de casos	Total criterios	Criterio/caso
	122	685	5.6
Embarazo ectópico complicado	18	94	5.2
Atonía uterina	10	75	7.5
Preeclampsia	49	241	4.9
Síndrome Hellp	8	55	6.9
Shock séptico	4	26	6.5
Eclampsia	6	45	7.5
Aborto séptico	6	34	5.7
Hemorragia puerperal	10	52	5.2
Aborto incompleto infectado	10	56	5.6
Rotura uterina	1	7	7

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

Al analizar la relación criterio/caso como indicador de severidad del compromiso materno se encontró que la mayor severidad estuvo asociada a la atonía uterina y la eclampsia.

Gráfico 2. Distribución del número de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.



Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

El 73% de las gestantes presenta más de 4 criterios, lo que indica la severidad de la morbilidad.

Tabla 6. Criterios de inclusión según causa principal de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Número de criterios de inclusión		
1	1	(0.8)
2	7	(5.7)
3	25	(20.5)
>4	89	(73.0)
Trastornos hipertensivos y número de criterios de inclusión	55	(100.0)
1	1	(1.8)
3	3	(5.5)
4	16	(29.1)
>4	35	(63.6)
Embarazo ectópico complicado y número de criterios de inclusión	18	(100.0)
1	0	(0.0)
3	1	(5.6)
4	3	(16.7)
>4	14	(77.7)
Atonía uterina y número de criterios de inclusión	10	(100.0)
1	0	(0.0)
3	0	(0.0)
4	0	(0.0)
>4	10	(100.0)
Hemorragia puerperal y número de criterios de inclusión	10	(100.0)
1	0	(0.0)
3	1	(10.0)
4	2	(20.0)
	7	
Aborto incompleto infectado y número de criterios de inclusión	10	(100.0)
1	0	(0.0)
3	2	(20.0)
4	1	(10.0)
>4	7	(70.0)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

Existe un 93,5% de gestantes con cuatro o más criterios de inclusión, lo cual nos muestra la severidad de la ocurrencia de la morbilidad materna extrema. Considerando más cuatro criterios de inclusión, los casos cuya causa principal fueron los trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia) presentaron este número de criterios en el 63,6%, los embarazos ectópicos complicados en el 77,7%. Tanto la hemorragia puerperal y el aborto incompleto infectado lo presentaron en el 70%. Mientras que los casos producidos por atonía uterina presentaron más de cuatro criterios de inclusión en el 100%.

Tabla 7. Distribución por grupos de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema .Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Criterios	n=122	(%)
Solo Enfermedad Específica (EE)	2	(1,63)
Solo Falla Orgánica (FO)	34	(27,86)
Solo Manejo Específico (ME)	3	(2,45)
EE - FO	8	(6,55)
EE - ME	2	(1,63)
FO - ME	33	(27,04)
EE - FO - ME	40	(32,78)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

El 94,23% de los casos ingresó por presentar criterios de inclusión basados en marcadores de Falla Orgánica (FO) o relacionadas con el Manejo Específico (ME),

a la gestante, situación que aporta a la validación de los criterios de inclusión por ser coincidencia con las recomendaciones de la OMS en términos de ser estos criterios los menos sujetos a errores de interpretación y a sobreestimar o subestimar el evento.

Tabla 8. Distribución de criterios de inclusión de la morbilidad materna extrema.
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Criterios	n=122	(%)
Eclampsia	8	(6,6)
Choque Séptico	14	(11,5)
Choque Hipovolémico	26	(21,3)
Cardiaca	26	(21,3)
Vascular	48	(39,3)
Renal	114	(93,4)
Hepática	94	(77,1)
Cerebral	37	(30,3)
Metabólica	50	(41,0)
Respiratoria	68	(55,7)
Coagulación	85	(69,7)
Ingreso UCI	33	(27,1)
Cirugía Adicional	17	(13,93)
Transfusión	65	(53,3)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Los criterios de inclusión más frecuentes fueron la falla renal (93,4%), hepática (77,1%) y de coagulación (69,7%), lo cual evidencia deficiencias en la prevención y manejo de trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas del embarazo.

Tabla 9. Criterios de inclusión según causa principal de la morbilidad materna extrema.
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

Criterios	Embarazo	Atonía uterina	Preemclapsia	Síndrome Hellp	Shock séptico	Eclampsia	Aborto séptico	Hemorragia puerperal	Aborto	Rotura uterina
	ectópico complicado								incompleto infectado	
	n= 18	n= 10	n= 49	n= 8	n= 4	n= 6	n= 6	n= 10	n= 10	n= 1
Eclampsia	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	5 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Choque Séptico	0 (0.0)	1 (10.0)	1 (2.0)	1 (12.5)	3 (75.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	7 (70.0)	0 (0.0)
Choque Hipovolémico	9 (50.0)	8 (80.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	4 (40.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
Cardiaca	4 (22.2)	5 (50.0)	5 (10.2)	3 (37.5)	0 (0.0)	2 (33.3)	3 (50.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	1 (100.0)
Vascular	11 (61.1)	3 (30.0)	18 (36.7)	3 (37.5)	1 (25.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	6 (60.0)	3 (30.0)	0 (0.0)
Renal	16 (88.9)	10 (100.0)	48 (98.0)	8 (100.0)	3 (75.0)	6 (100.0)	5 (83.3)	7 (70.0)	10 (100.0)	1 (100.0)
Hepática	5 (27.8)	6 (60.0)	47 (95.9)	8 (100.0)	4 (100.0)	6(100.0)	4 (66.7)	5 (50.0)	8 (80.0)	1 (100.0)
Metabólica	4 (22.2)	6 (60.0)	16 (32.7)	5 (62.5)	4 (100.0)	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (20.0)	9 (90.0)	0 (0.0)
Respiratoria	8 (44.4)	6(60.0)	27 (55.1)	4 (50.0)	4 (100.0)	3 (50.0)	2 (33.3)	5 (50.0)	8 (80.0)	1 (100.0)
Coagulación	10 (55.6)	8 (80.0)	38 (77.6)	6 (75.0)	3 (75.0)	5 (83.3)	3 (50.0)	8 (80.0)	4 (40.0)	0 (0.0)
Ingreso UCI	2 (11.1)	5 (50.0)	8 (16.3)	5 (62.5)	2 (50.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	2 (20.0)	2 (20.0)	1 (100.0)
Cirugía Adicional	5 (27.8)	3 (30.0)	5 (10.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (10.0)	1 (10.0)	0 (0.0)
Transfusión	17 (94.4)	10 (100.0)	12 (24.5)	5 (62.5)	1 (25.0)	5 (83.3)	4 (66.7)	9 (90.0)	1 (10.0)	1 (10.0)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

Se aprecia que el mayor porcentaje de gestantes que requirieron internamiento en UCI para su manejo se concentraron en los casos cuyas causas estuvo asociada a la sepsis (Síndrome HELLP) y a trastornos de hipertensión (eclampsia).

El mayor porcentaje de casos incluidos por choque hipovolémico se presentaron en los casos asociados la causa principal de atonía uterina.

Tabla 10. Distribución de retrasos según causa principal de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	Retraso I	Retraso II	Retraso III	Retraso IV
Trastorno hipertensivos	26(47.3)	29(52.7)	25 (45.5)	44 (80.0)
Embarazo Ectópico				
Complicado	9 (50.0)	9 (50.0)	10 (55.6)	14 (77.8)
Atonía Uterina	4 (40.0)	7 (70.0)	4 (40.0)	8 (80.0)
Hemorragia Puerperal	4 (40.0)	6 (60.0)	5 (50.0)	8 (80.0)
Aborto Incompleto Infectado	7 (70.0)	6 (60.0)	6 (60.0)	5 (50.0)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

El mayor porcentaje de retraso se presentan en el tipo IV, para la causa de trastornos hipertensivos, embarazo ectópico complicado, atonía uterina y hemorragia puerperal; lo que indica dificultad en las actividades de promoción, prevención y del gerenciamiento del riesgo durante la atención prenatal. Mientras que para el aborto incompleto infectado se presentó el mayor porcentaje en el retraso tipo I, lo que muestra la falta de reconocimiento de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Tabla 11. Características socioeconómicas de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Servicios públicos		
Agua potable	73	(59,8)
Alcantarillado	35	(28,7)
Gas/Gas natural	94	(77,1)
Energía eléctrica	102	(83,6)
Teléfono	101	(82,8)
Recolección basuras	60	(49,2)
Tipo de vivienda		
Propia	26	(21,3)
Familiar	83	(68,0)
Arrendada	13	(10,7)
Ingreso del núcleo familiar		
Mediana \pm DIQ*	780 \pm 125	
Rango	450 - 1800	
<1 Sueldo mínimo vital	79	(64,8)
1-2 Sueldos mínimos vitales	41	(33,6)
>2 Sueldos mínimos vitales	2	(1,6)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

El 83,6% de las gestantes no cuenta con servicios de electricidad, seguido de un 82,8% que no cuenta con teléfono en casa.

El 68% de las gestantes vive en una casa familiar. El 64,8% de las gestantes tiene un ingreso familiar menor a un sueldo mínimo vital.

Tabla 12. Redes de apoyo social y familiar de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Trabajo de gestante		
Ama de casa	94	(77,0)
Estudiante	4	(3,3)
Servicios no especializados	19	(15,6)
No trabaja	5	(4,1)
Con quien vive la gestante		
Sola	3	(2,5)
Esposo/compañero	84	(68,9)
Padre/madre	33	(27,0)
Hermanos/as	1	(0,8)
Otros	1	(0,8)
Relación familiar		
Muy mala	2	(1,6)
Deficiente	18	(14,8)
Regular	93	(76,2)
Buena	9	(7,4)
Reacción de la pareja al enterarse del embarazo		
Desesperación	29	(23,8)
Depresión	60	(49,2)
Alegría	8	(6,6)
Rechazo	18	(14,7)
No se entero	7	(5,7)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

El 77% de las gestantes son ama de casas y el 68,9% viven con su esposo o compañero. El 76,2% califica su relación familiar como regular. El tipo de reacción más frecuente de la pareja al enterarse del embarazo fue la depresión (49,2%).

Tabla 13. Antecedentes personales de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Enfermedad antes de la gestación		
No	119	(97,5)
Si	3	(2,5)
Método de planificación empleado cuando se embarazó		
Ninguno	91	(74,6)
Anticonceptivos orales	7	(5,8)
Preservativo	22	(18,0)
Otro	2	(1,6)
Razón por la cual no planifica	91	(100,0)
Desea familia	8	(8,8)
No conoce	23	(25,3)
Falta de interés	42	(46,1)
No desea	18	(19,8)
Cómo se enteró de la gestación		
Síntomas típicos	63	(51,6)
Prueba de laboratorio	18	(14,8)
Ecografía	40	(32,8)
Otra	1	(0,8)
Deseo de embarazarse		
Sí, ahora	4	(3,2)
Sí, pero después	29	(23,8)
No deseaba	89	(73,0)
Razón de primera consulta en gestación		
Para CPN	31	(25,4)
Por enfermedad	91	(74,6)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

El 97,5% de las gestantes no presentaba alguna enfermedad antes del embarazo.

El 74,6% no empleó ningún método anticonceptivo, y la razón más frecuente fue la falta de interés en el 46,1%.

El 51,6% de las gestantes se enteró de la gestación por los síntomas típicos. El

73% de las gestantes no deseaba embarazarse.

Además la razón de la primera consulta en gestación fue por enfermedad en el 74,6%

Tabla 14. Características del control prenatal de las pacientes con morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

	n=122	(%)
Transporte para acceder al servicio de salud		
Camina	4	(3,3)
Moto	80	(65,6)
Combi	38	(31,1)
Tiempo en transporte		
Mediana±DIQ*		15±2.5
Rango		5 – 60
Costo del transporte		
Mediana±DIQ*		10±0.5
Rango		2 – 20
Educación en el servicio de salud		
Signos de alarma	62	(50,8)
Cuidado del embarazo	24	(19,7)
Estimulación prenatal	7	(5,7)
Lactancia materna	2	(1,6)
Planificación familiar	52	(42,6)
Rutas de acceso al servicio	3	(2,5)
Otros	4	(3,3)
Consideró recomendaciones		
No	46	(37,7)
Si	76	(62,3)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

El medio de transporte más frecuente es la moto en un 65,6%, siendo el tiempo de transporte en el 50% de las gestantes más de 15 minutos. Así mismo el costo del medio de transporte en el 50% de las gestantes es más de 10 soles.

La educación brindada por el servicio de salud en el 50.8% de las gestantes fue sobre signos de alarma, seguida de planificación familiar en un 42,6%. Sin embargo, el 37,7% no siguió las recomendaciones dadas en los programas informativos.

Tabla 15. Percepción de la morbilidad materna extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Percepción del riesgo durante el embarazo		
No	43	(35,2)
Si	79	(64,8)
Razones de percepción de riesgo	79	(100,0)
Dolor	38	(48,1)
Presión arterial	18	(28,8)
Sangrado	19	(24,0)
Sobrepeso	4	(5,1)
Después de enfermedad cual es la percepción del embarazo		
Riesgoso	102	(83,6)
Situación de cuidado	20	(16,4)
Secuela por la enfermedad		
No	28	(23,0)
Si	5	(4,0)
No sabe	89	(73,0)
Tipo de secuela	5	(100,0)
Depresión	2	(40,0)
Dolor abdominal	3	(60,0)
Formas de prevenir esta complicación		
Buena alimentación	6	(4,9)
Control prenatal	110	(90,2)
Métodos anticonceptivos	6	(4,9)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

El 64,8% de las gestantes percibió riesgo durante el embarazo, siendo una de las razones más frecuentes en este grupo el dolor (48,1%).

El 83,6% de las gestantes manifiesta que después de la enfermedad consideran que el embarazo es riesgoso. Además el 73% de las gestantes desconoce si presentan secuelas del embarazo previo.

El 90.2% de las gestantes considera que las formas de prevenir esta complicación es por medio del control prenatal.

Tabla 16. Accesibilidad de las pacientes con morbilidad materna extrema.
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014.

	n=122	(%)
Demora en buscar ayuda ante los síntomas		
No	62	(50,8)
Si	60	(49,2)
Razones para la demora en buscar ayuda ante los síntomas	60	(100,0)
No sabía que debía consultar	20	(33,3)
No tenía dinero para desplazarme	30	(50,0)
Se encontraba sola y no podía pedir ayuda	10	(16,7)
Prontitud en la atención por el equipo de salud		
Muy mala	2	(1,7)
Deficiente	12	(9,8)
Regular	78	(63,9)
Buena	30	(24,6)
Dificultad durante la morbilidad extrema		
No	83	(68,0)
Si	39	(32,0)
Tipo de dificultad	39	(100,0)
Demora en la decisión médica	5	(12,8)
Dificultad en las vías de acceso	10	(25,6)
Falta en medios de transporte	3	(7,7)
No disponibilidad de cama	8	(20,5)
Trámite administrativo	12	(30,8)
Dificultad de comunicación	1	(2,6)

Fuente: Base de datos de Morbilidad Materna Extrema del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014

El 49,2% de las gestantes manifestó haber presentado demora en buscar ayuda ante los síntomas, considerándose una de las razones más frecuente en este grupo la falta de dinero para desplazarse (50%).

Con respecto a la prontitud en la atención por el equipo de salud, el 63.9% de las gestantes manifestó una atención de nivel regular. El 32% de la gestante presentó dificultad durante la morbilidad extrema, siendo en este grupo la dificultad más frecuente los trámites administrativos (30,8%), seguido de dificultad en las vías de acceso (25,6%).

Finalmente, durante el periodo de estudio de MME en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, hubieron 3596 nacidos vivos por año, 04 muertes maternas, se verificó que de los 122 casos estudiados de MME, sumaron un total de 688 criterios de inclusión, la razón de MME(x1000 nv): 33,9, razón de mortalidad materna (100,000 nv): 111, 3, índice de mortalidad materna: 3,3, índice de MME: 96,7, relación MME/MM: 29,5, relación MM/MME: 0,003. Asimismo la relación Criterio/Caso: 5,6 y en referencia a criterios de inclusión: 73% con MME, tenían 4 o más criterios, 20,5% presentaron 3 criterios y solo un 5,7% presentaron 2 criterios, todos estos indicadores representan la severidad de los casos estudiados.

DISCUSIÓN

La experiencia de la morbilidad materna extremadamente grave en el Perú es muy pobre y sus resultados no son comparables por la falta de estandarización e identificación de los casos., teniendo en consideración la definición utilizada se encontrará un mayor o menor número de gestantes que requieren de una inmediata, con el fin de evitar la muerte, los criterios seguidos por la FLASOG⁶⁷ son los que rigen actualmente.

El total de casos que comprendió el estudio fue de 122 casos, en lo referente a las variables socio demográficas de las pacientes en estudio que se muestra en la Tabla 1, la morbilidad materna extrema fue aparentemente más frecuente en el grupo etario de 20-34 años, sin descartar a ambos extremos de la vida representada por un 16,8%; con un grado de instrucción secundaria en el 73%, y la gran mayoría eran casadas o convivientes (95%). La FLASO⁶⁷ 2007, encontró una tendencia mayor de la MME hacia los extremos de la edad reproductiva y el grado de instrucción bajo, todas procedían de zonas urbano-marginales; sin embargo nuestros hallazgos son similares a los estudios de morbilidad materna extrema realizados y el realizado por Reyes-Armas I, Villar A.⁸⁸, en el Hospital Nacional Docente Madre-niño “San Bartolomé. Lima. 2007-2009, y el realizado por Acho-Mego S C, Salvador P J, Díaz-Herrera JA, et al.⁹⁰, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima. 2011, y por Ortiz L I, Quintero J C, et al.⁹².
MME, Colombia 2007-2009

Deseamos encontrar un perfil obstétrico que caracterice a estas pacientes con morbilidad materna extrema, encontramos que el 45%, no tenían atención prenatal (CPN) sin embargo, un 39,3% tenía más de cuatro controles, tenían antecedentes de: cesárea previa el 48,7%, de aborto el 39,3%, embarazo ectópico el 16,4%, el 50% había iniciado su atención prenatal en el segundo trimestre y terminaron su gestación vía cesárea: 45,1% y ocurrió las complicaciones como MME en el tercer trimestre: 68%, nuestros hallazgos son similares a los encontrados: En el estudio de MME por la FLASOG ⁶⁷-2007 (falta de CPN, terminación vía cesárea, ocurrencia tercer trimestre) MME, y el realizado por Ortiz L I, Quintero J C, et al. ⁹². Colombia 2007-2009, se observa además que se asocia MME la con la cesárea, ya que en muchos de los casos requiere de una solución inmediata, no es causa básica, sino una consecuencia, sin embargo, la podría también agravar.

Desde el punto de vista perinatal (Tabla 3) los casos fueron más frecuentes entre más cercano el término de la gestación 67,2%, correspondiendo el 27,1% a MME ocurridas en embarazos menores a 12 semanas, prematuridad en el 21,2% La vía de terminación del embarazo más frecuente fue la operación cesárea, siendo utilizada en el 75 % de los casos cuando el embarazo era de 33 semanas o menos. Con lugar de atención en el hospital el 95,2%, solo se reportó un caso de óbito, el 33 % de las gestantes que portaron MME, no culmina su gestación, termina en aborto, prematuridad que luego fallece, estos hallazgos son similares a lo descrito por el estudio de la FLASOG ⁶⁷-2007, similares resultados reportan Reyes-Armas I, Villar A ,⁸⁸ realizado en el hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009.

Las características relacionadas con el manejo de la morbilidad materna extrema (Tabla 4), solo el 34% requirieron de UCI, con permanencia de dos días (41,1%), el 24,6% requirió de transfusión sanguínea, solo el 14,8% requirió un tipo de cirugía, de lo cual el 50% requirió laparotomía exploratoria, y de estos un 1,7% termino en histerectomía, e igual en cesárea histerectomía, nuestros hallazgos son menores a lo reportado por la FLASOG⁶⁷-2007 (UCI: 43%, histerectomía la cirugía adicional), y los reportados por Reyes-Armas I, Villar A,⁸⁸ (UCI: 97,5%,cesarea: 64,1%, laparotomía:45,3%, transfusión sanguínea: 42,2%), en morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007.

La causa principal de la morbilidad materna extrema en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el periodo de estudio (Gráfica 1): Trastornos hipertensivos del embarazo: Pre-eclampsia 40,2%, embarazo ectópico complicado en 14,8% luego con 8,2% aborto incompleto infectado, hemorragia puerperal y atonía uterina, todo ellos reflejan severidad del compromiso de la salud materna en los casos de MME, nuestros hallazgos coinciden lo descrito por al FLASOG ⁶⁷-2007, y el de Jara-Morí T.⁸⁵ Lima. 2006, que reporta como patología principal, los trastornos hipertensivos del embarazo hasta un 47,5%., igual a lo reportados por: Reyes-Armas I, Villar A.⁸⁸, Lima. 2012, Acho-Mego SC, Salvador PJ et al. ⁹⁰, Lima. 2011.

En el estudio de la relación Criterio /Caso (Tabla 5, Tabla 6 y Gráfico 2), que refleja la severidad del compromiso materno, se encontró el 73% de las pacientes tenían más de 4 criterios, y de estos la pre-eclampsia de 49 casos con 241 criterios con una relación de 4,9, promedio 5,6, seguido del Embarazo ectópico complicado , atonía uterina, Hemorragia puerperal, Aborto incompleto infectado relación 5,2 en promedio, que es muy superior a lo reportado por la FLASOG ⁶⁷-

2007 (promedio 3,1 total 2,8) y totalmente diferente a lo reportado por: Reyes-Armas I, Villar A⁸⁸. Lima 2012, que reportan a la hemorragia de la primera mitad del embarazo y la sepsis de origen no obstétrico, y los hallazgos de Villalba-Taquica C P, Martínez- Silva¹²⁵ en un estudio realizado en Clínica Universitaria. Colombia 2012-2013, para 33 casos de MME sumó 131 criterios, de estos la transfusión de hemoderivados y la utilización de UCI, con presencia de falla orgánica y cirugía adicional, es importante resaltar que este indicador, revela que el manejo es multidisciplinario, con la oportuna interconsulta con otros especialistas.

Al revisar los grupos de criterios de inclusión (tabla 7) de la MME que motivo su hospitalización se encontró que el 32,78% de los casos presentaban criterios de inclusión basado en marcadores dados por la Enfermedad Específica, Falla Orgánica, y requerían Manejo específico y un 27,86% solo por Falla orgánica, igual porcentaje para Falla Orgánica y Manejo Específico todo referente a Trastornos hipertensión del embarazo, nuestros hallazgo son similares a lo reportado por FLASOG⁶⁷ -2007, situación que aporta a la validación de los criterios de inclusión por ser coincidente con las recomendaciones de la OMS⁸² en términos de ser estos criterios los menos sujetos a errores de interpretación y a sobreestimar o subestimar el evento y son menores a lo reportado por Mejía M AM, Téllez B, E,¹²⁶ del Instituto materno infantil. Estado de México. 2010: estudio de 221 casos por año, encuentran para enfermedad específica: Pre eclampsia severa: 73%, seguida de hemorragia obstétrica 16,6% y eclampsia con 6,5%,

Se identificó los criterios de inclusión más frecuentes en la casuística estudiada (Tabla 8) y estuvo representado por los siguientes compromisos: Renal 93,4%, hepático 77,1%, trastornos de coagulación 69,7%, transfusión 53,3% compromiso vascular 39,3%, esto evidencia el gran compromiso sistémico que

se presenta en la MME, sobre esto refiere Reyes-Arnas I, Villar A.⁸⁸, en morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009, que estos criterios de inclusión son elementos de identificación tardíos y es reconocido cuando ya la situación esta complicada, requiere de otros sistemas de identificación., nuestros hallazgos difieren a lo reportado por Ortiz L I, Quintero J C, et al.⁹², en morbilidad materna extrema. Colombia 2007-2009: Falla vascular 37,6%, Falla hepática 26,8% seguido de choque hipovolémico y eclampsia con 16% en promedio para ambas observaciones.

El comportamiento de los criterios de inclusión según la causa de la MME (Tabla 9). En ella, se observa que la mayor proporción de gestantes requirieron internamiento en UCI, con una estancia promedio de dos días, para su manejo, presentaron falla renal asociado a eclampsia, preeclampsia, síndrome de hellp, trastornos de coagulación: 88-100%. Necesitaron transfusión (62-94%) y se concentró en los casos cuya causa estuvo asociada a sepsis, nuestros hallazgos coincide con los reportados por Jara-Morí T.⁸⁵, en Instituto Nacional Materno-Perinatal. Lima, reporta experiencia del 1996-2006, ingreso a UCI por trastornos hipertensivos del embarazo: 47,5% seguido de sepsis-choque séptico, hemorragia severa-choque hemorrágica que requirieron transfusión sanguínea o hemoderivados.

Se analizó, lo conocido como el camino para la supervivencia a la muerte, que previamente pasa por MME, descrito por Maine McCarthy, 1992 de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, a través de la distribución de los retrasos o demoras según causa principal, en nuestro estudio estuvo representado por el Retraso IV (Demora en recibir una atención oportuna y de calidad) 80%, seguido del Retraso II (Demora

en la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención sanitaria) 52,7%, esto revela que la gestante en muchas veces identifica su enfermedad, tiene dificultades de accesibilidad, y cuando llega al establecimiento de salud, no hay competencia para la atención médica, nuestros hallazgos son similares a lo reportado por Reyes-Armas I, Villar A⁸⁸ en morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre, Lima, 2007-2009.

El estudio permitió entrevistar a la sobreviviente de la morbilidad materna extrema. Al analizar las condiciones socioeconómicas de las pacientes con MME (Tabla 11), se encontró carestías en: el 59% de agua potable, un 83,6 % de energía eléctrica y de teléfono, el 68% usan viviendas familiares y el 64,8 % tienen como único ingreso menos de un sueldo mínimo vital (S/. 750,00), estos hallazgos coincide con lo reportados por la Asociación Peruana de Investigación de Mercados (APEIM).⁷¹, en el 2014 que sitúa al distrito de Puente Piedra con población en el nivel socioeconómico C: 45,4%, D: 29.6%, E: 15,2%, es decir, presentan determinantes de pobreza, esto coincide con el estudio de Kayen G., Kurinczuki J., et al.¹⁰⁴, en un estudio metacéntrico: Factores de riesgo para la progresión de MM grave. Oxford University. 2011, reportan pobreza en el 95% de los casos estudiados.

Así mismo se estudió las redes de apoyo social de la sobreviviente (Tabla 12) encontramos que el 77% son dedican a los quehaceres del hogar, viven en pareja 68%, califican como regular su relación familiar, un 73% refirió depresión y/o desesperación al enterarse de su gestación, Kayen G., Kurinczuki J., et al.¹⁰⁴. 2011, reportan hallazgos similares, como desempleados o dedicadas a los quehaceres manuales rutinarios.

Sobre antecedentes personales de morbilidad en la sobrevivientes se encontró, que el 97% son aparente sanas, no usan métodos anticonceptivos, y no están interesados: 74%, se enteraron de su gestación por presentar sintomatología tradicional, el 89% eran embarazos no deseados, y acudieron a la consulta pensando en otra enfermedad, similar a lo reportado por: Kayen G., Kurinczuki J., et al. ¹⁰⁴. 2011, reportan desempleo en el 95%, asimismo Villalba-Taquica, CP., Martínez- Silva PA. ¹²⁵, 2012-2013, en una encuesta a sobrevivientes de MME, reportan 73% gestación no planificada, 52% no deseaban el embarazo, coinciden en lo descrito por: Lindsquist A. Knight M., et al ¹²⁷ en variación de la morbilidad materna extrema según la posición económica. Reino Unido. 2012, concluyen que la posición socioeconómica puede estar asociada de forma independiente con un aumento de riesgo de morbilidad materna severa, también, Távara L., et al. ¹²⁸. 2011, refiere que la planificación familiar es deficiente en los registros, promoción, carencia de insumos y que es una responsabilidad del gobierno nacional, regional y local.

Al revisar aspectos para la atención prenatal (Tabla 14) nuestros hallazgos fueron: Se transportan en motocar: 80%, gastan un promedio de Ns/.10,00, tiempo promedio de acceso 15 minutos, el 50% refiere haber recibido algún tipo de educación en salud en el establecimiento, pero no consideraron las recomendaciones, estos hallazgos similares a lo descrito por Del Carpio A L. ⁸⁴, en situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012, describe: Si bien se observa que las mujeres que fallecieron habían accedido a los servicios de salud para la atención prenatal, en un alto porcentaje entre el 39,3% (2012) y 52% (2010) la atención fue realizada en un puesto de salud y, lo más probable, por un técnico sanitario, asimismo Millán V. M, Sánchez A C, Rodríguez R, et al. ¹²⁹ en mortalidad materna en la Provincia de Granma. Cuba. 2012, refieren que la

morbilidad grave se relaciona directamente con la mortalidad materna, indicador de salud íntimamente asociado a situaciones generales como culturales, educacionales y políticas; y específicas como la infraestructura y los accesos a los servicios de salud, de ahí la variabilidad entre la tasa de diferentes países.

Al revisar la percepción que tenía la sobreviviente sobre el evento de MME (Tabla 15), se encontró que el 64,8% percibió riesgo durante su embarazo, ocasionado por dolor, asume actualmente que el embarazo es riesgoso el 83,6%, no refiere algún cambio en su estado de salud después del evento, y el 90,2% solicita atención prenatal como una forma de prevenir esta complicación. Estos hallazgos son similares a lo descrito por Távara L, et al. ¹²⁸. 2011, concluye que la atención prenatal no está bien orientada, puesto que es débil el componente educativo y la preparación individual para el parto institucional. Asimismo, Carvalheira, AP. et al. ¹³⁰, 2010, realiza un estudio sobre sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave, refiere que en el embarazo de alto riesgo aparecen emociones, sentimiento de culpa y fallas que pueden complicar su evolución, la morbilidad materna grave es representada como algo asociado a falla de la propia madre durante la gestación resultando en el rechazo de su organismo al feto.

Al revisar la accesibilidad, la sobreviviente, refirió demora en busca de ayuda ante los síntomas (Tipo I) 49,2%, la razón para no desplazarse señalan el 50%, que no tenían dinero, califica de regular la atención en el establecimiento: 63,9%% y un 32% percibió demora de la atención y decisión médica, dificultad por trámite administrativo 30% no disponibilidad de cama en un 20,5% estos hallazgos coinciden con lo encontrado por la FLASOG⁶⁷ y similares a lo descrito por Reyes-Armas I, Villar A.⁸⁸, 2012, refiere que los retrasos de tipo I y II fueron son más frecuentes en casos de hemorragia de la primera mitad del embarazo y sepsis de

origen obstétrico y que el retraso IV, que es referente a la deficiente calidad de atención, fue el más frecuente en los casos de MME analizados.

El periodo de estudio 2012-2011, la MME se presentó con un índice de mortalidad de 3,3 esto representa el número de decesos en la población con MME en relación a su presencia en un 96,7 por 1000 nv, ambos son indicadores de letalidad y evalúa la calidad de atención en salud, es un indicador de resultado, es superior a lo reportado por al FLASOG ,2007 ⁶⁷, con una razón de MME de 33.95, considerado este un indicador de prevalencia en un establecimiento de salud, siendo mayor a lo reportado por la FLASOG ,2007.⁶⁷ de 12,2 y muy cercano a lo descrito por Reyes-Armas I, Villar A. 2012 ^{30, 43,88}. La relación criterio caso, indica la severidad o el grado de compromiso de las pacientes atendidas, permite además evaluar el impacto de las intervenciones en salud, para nuestro estudio se encontró en 5.8, mayor al hallazgo de la FLASOG⁶⁷-2007, que reporta 4,7. Finalmente en nuestro estudio las pacientes con MME presentaron con 3 criterios el 20,5% y con 4 criterios el 73% lo que describe el gran compromiso y severidad de los casos, cifras aproximadas a lo reportado por la FLASOG⁶⁷-2007, de 83-87 %.



CONCLUSIONES

1. La morbilidad materna extrema, ocurrió en mujeres en edad fértil, está relacionada con antecedentes obstétricos patológicos, falta de atención prenatal, planificación familiar, pobreza, accesibilidad geográfica y económica y deficiente calidad de atención en los establecimientos de salud.
2. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia post parto son las causas más frecuentes de MME, siguiendo un comportamiento similar a lo encontrado y reportado a nivel nacional e internacional.
3. El diagnóstico de esta entidad se realiza tardíamente, el cual complica su manejo.
4. Existe una inadecuada o ineficiencia actividad en la atención de planificación familiar, promoción y prevención de eventos en la salud materna.

5. La entrevista a la sobreviviente refuerza el valor del estudio de la MME, nos permite guiar los esfuerzos locales para disminuir la mortalidad materna.



RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de salud deberá promover el mejoramiento de la atención materna, garantizando la participación de los ejecutores en la estructuración de los mismos, obviando la elaboración de planes de difícil ejecución.
2. El Ministerio de salud deberá implementar en todos los hospitales del país un sistema de notificación y vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, como una estrategia institucional válida y como mecanismo para impactar sobre la tasa de mortalidad materna.
3. Las Facultades de Ciencias de la Salud (Facultades de medicina, obstetricia y enfermería) a nivel nacional, regional y local, y los Programas de Residentado Médico de las especialidades de Obstetricia y Ginecología, Medicina, Cuidados Intensivos, Cardiología, Laboratorio clínico, deberán

incorporar en su malla curricular el capítulo de morbilidad materna extrema, de tal forma que los profesionales de la salud al egresar tengan el conocimiento de esta entidad y estén capacitados para su diagnóstico y manejo y desarrollar actividades preventivas en salud materna.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. CEPAL. Comité económico para América Latina y el Caribe. Lima.1996. Las Enfermedades y las Clases Sociales. [citado el 15 de julio 2012].Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos14/lasenfermedades/lasenfermedades.shtml>
2. Otis C. La enfermedad y las clases sociales. 2012. [citado el 25 de julio 2012], disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos14/lasenfermedades/lasenfermedades.shtml>
3. Lage, A. Los desafíos del desarrollo: La actividad científica como eje de la formación del personal de salud. Educ. Med Salud 1995;29(3-4):24
4. Dancourt, O. Desafíos de la reactivación económica. en: Seminario Retos y perspectivas de la economía peruana. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima 2003: 22-25.
5. Eibenschutz C. Támez S. Camacho I. Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2008;10 (suppl 1):119-132.
6. Eslava JC. Crisis hospitalaria en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2002; (2): 41-8.
7. Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: An ecological and multilevel analysis. Social Sci Med. 2009 ;69:500-5.

8. Galobardes B, Morabia A. Measuring the habitat as an indicator of socioeconomic position: methodology and its association with hypertension. *J Epidemiol. IComm Health*. 2003; 57:248-53.
9. Gálvez A. La categoría equidad salud. En: *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Centro Felix Varela. 1997: 306-17.
10. Arredondo A. La formación de recursos humanos en economía de la salud. *Educ. Méd Salud* 1991; 25(3):254-267.
11. Alazraqui M, Roux A, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales. *Cad. saúde pública Rio de Janeiro*, 2009; 25 (9): 1990-2000.
12. Rubilar A, Rossi M. ¿Qué producen los servicios de salud y cómo podemos medirlo? *Rev. Asoc. Méd. Argent.* 2005; 118 (2): 34-39.
13. Toledo M, Rodríguez F. La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2001; 17 (4):395-8
14. Leal M, Gama S, Cunha C. Desigualdades raciales, sociodemográficas e asistencia pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(1):100-7.
15. López P, Pradilla LP, Castillo VR, Lahera V. Patologías socioeconómicas como causa de las diferencias regionales en las prevalencias de síndrome metabólico e hipertensión inducida por el embarazo. *Rev. Esp. Cardiol.* 2007;60 (2):168-78.
16. López R, Baelum V. Inequidades sociales y diabetes en adolescentes. *RevMédChile* [Internet]. 2006. [Citado 24 Ene 2011];134 (5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000500002&script=sci_arttext

17. Leal M, Gama SG, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e naassistênciaaopré-natal e ao parto, 1999-2001. Revista de Saúde Pública. 2005; 39(1):100-7.
18. López P, Pradilla L, Castillo VR, Lahera V. Patologías socioeconómicas como causa de las diferencias regionales en las prevalencias de síndrome metabólico e hipertensión inducida por el embarazo. Rev Esp Cardiol. 2007;60 (2):168-78.
19. Loucks E, Abrahamowicz M, Xiao Y, Lynch JW. Associations of education with 30 year life course blood pressure trajectories: Framingham Offspring Study. BMC Public Health. 2011 ; 11:139.
20. Lynch J, Davey SG, Harper S, Bainbridge K. Explaining the social gradient in coronary heart disease: comparing relative and absolute risk approaches. J Epidemiol Comm Health. 2006; 60:436-41.
21. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. Ann NY Acad Sci. 2010; 1186:146-73.
22. Anand, S., Peter, F., Sen, A: "Public Health, Ethics and Equity". Oxford University Press, 2005: 6 : 120.
23. Regidor E. Los determinantes sociales de la salud, la posición socioeconómica y la inequidad en salud. Rev. Panam. Salud Pública. 2006;20 (4):271-2.
24. Rojas F. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre políticas de salud. en: Silva Hernández D, editor. Salud Pública Medicina Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009: 193-206.
25. Banco Mundial 2002.Globalización, Crecimiento y Pobreza. Rev Min de Trab

y Asuntos sociales 51; 201- 203

26. Villarreal, J A: "Fundamentos de la teoría sociológica general para el estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad" en Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo, diciembre 2012.[citado el 20 mayo 2012], disponible en:
<http://atlante.eumed.net/problemas-relacionados-salud-enfermedad/>
27. Babones S. Social inequality and public health. Bristol: The Policy Press of the University of Bristol; 2009: 110-112.
28. Banco Mundial. Informe sobre Globalización, crecimiento y política. A World Bank Policy Research Report, 2002.
29. Chen L.H., Berlinger, G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En desafío a la falta de equidad en la salud. Publicación Científica y Técnica N° 585. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2002. Cap 4: 37-47.
30. De la Torre E. El desarrollo del Sistema Nacional de Salud en Cuba. En: Parodi R y Vergara H, editoras. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social. 2005. p. 35-93.
31. Duran M. A. "Las perspectivas sociológicas en el estudio de la salud y la enfermedad. Problemas metodológicos" en Sociología y Política de Salud. Selección de Lecturas Editorial Félix Varela, La Habana, 2006
32. Marx C. Manuscritos económicos y filosóficos de 1844. Editorial Progreso, 1989.
33. Parsons T. The structure of social action. New York: McGraw-Hill; 1937.
34. Ibañez J. Sociología crítica de la cotidianidad urbana. Utopía y Praxis Latinoamericana. 2012; 17(57) 96.

35. Borrell, C. & Artazcoz, L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española de Salud Pública, 2008; 82: 245-249.
36. Borrell, C., García-Calvente, M. M. & Martí-Boscà, J. V.). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta sanitaria, 2004 ;18 (Suppl. 1): 2-6
37. Rohlfs, I., Borrell, C. & Fonseca, M. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria, 2000; 14: 60-71.
38. WHO. World Health Statistics 2014. Geneva, World Health Organization; 2014, [citado el 10 de marzo del 2012], disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
39. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348, mayo de 2012. [citado el 20 de mayo 2012], disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
40. Álvarez M, Hinojosa A y et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.2010.
41. OMS. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado 9 mayo 2010]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
42. Khosla AH, Dahiya K, Sangwan K: Maternal mortality and 'near miss' in rural north India. Int J Gynecol Obstet. 2000;68:163-4.
43. Molina V, García J. La morbilidad materna aguda y severa. Rev Obstet Ginecol Venez. 2002;62(1):1-3.

44. MINSA .Ministerio de salud. Análisis de Situación de Salud (ASIS), 2012, pág. 22,23
45. Hernández D. Inversiones efectivas de las ONGD, para mejorar los estándares de salud y educación en las zonas marginales.2014
46. Bardales C. La salud en el Perú. Lima. Consorcio de investigación económica y social. 2006.[citado el 15 de abril 2012], disponible en :
<http://www.monografias.com/trabajos85/inversiones-ongd-mejorar-estandares-salud-educacion/inversiones-ongd-mejorar-estandares-salud-educacion2.shtml>
47. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática.2009. [citado el 20 mayo 2012], disponible en:
http://derechoalasaludeneleperu.blogspot.com/2011_08_01_archive.html
48. Hanae J , Zafra-Tanaka y col . Factores socio demográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta .Rev. Peruana de Epidemiología. 2013;17 (3) : 4-5.
49. INEI. Instituto Nacional de estadística e Informática. Informe técnico: evolución de la pobreza 2007-2011. [citado el 15 julio 2012], disponible en:
http://www.inei.gob.pe/documentospublicos/pobreza_informetecnico.pdf.
50. Álvarez C. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev.Fac. Nac. Salud pública. 2012;30(1): 95-101
51. ASIS. Análisis de Situación de Salud. 2011. Hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Puente Piedra
52. Galarza F, Yamada G. Discriminación laboral en Lima: el rol de la belleza, la raza y el sexo. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.2012: 6-9.

53. OSEL. Observatorio socioeconómico laboral. Informe Económico 2006: Comas, Puente Piedra y Ventanilla. Colección Investigación y desarrollo: 9-15.
54. Gómez P I, Bregaglio R. Documento Técnico Médico-Jurídico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos dirigido a Comisionados y Jueces del Sistema Interamericano de Derechos Humanos- FLASOG. Setiembre, 2011.
55. González-Pérez G J, Vega M, Romero S. Exclusión Social e Inequidad en Salud en México: Un análisis socio-espacial. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2008;10 (suppl 1):15-28.
56. Ichida Y, Kondo K, Hirai H, Hanibuchi T, Yoshikawa G, Murata C. Social capital, income inequality and self-rated health in Chita peninsula, Japan: a multilevel analysis of older people in 25 communities Social SciMed. 2009; 69:489-99.
57. Inaba Y. Social capital and health in Japan: What has been confirmed and what has not. A commentary on Ichida and on Fujisawa. Social SciMed. 2009; 69:506-8.
58. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000. Lima, 2001: 125-45
59. Katz J, Muñoz A, Tafani R . Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud. 1era edcion OPS, 1989: 9-14
60. Rojas Ochoa F. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre políticas de salud. Revista Cubana Salud Pública. 2003; 29 (3):253-9.
61. Tamez S, Eibenschutz C. El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud. Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2008; 10 (suppl 1):133-45.

62. Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad e inequidad en salud. Caleidoscopio en Salud [sitio en Internet]. 2003 [citado 18 Mar 2010]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx>
63. INS. Instituto Nacional de Salud. Colombia. Protocolo de vigilancia y control de la morbilidad materna extrema. 2012: 3-20
64. MINSA. Ministerio de Salud. ASIS. Análisis de situación de salud del peru.2010: pág 50-55.
65. MINSA. Ministerio de salud .Plan Estratégico Nacional para la reducción de la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015: 33-37
66. Romero M, Ramos S, Abalos E. Modelos de análisis de morbi-mortalidad materna .OSS y R. Observatorio de salud sexual y reproductiva .2010 (3):2-7
67. FLASOG. Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología .Vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema. Taller. santa cruz de la sierra. Colombia 2007:3-22
68. MINSA. Ministerio de salud. Perfil de salud de las mujeres y los hombres en el Perú 2005: 15-24.
69. Smith A. Investigación de la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones 1776. Tomo I: pág. 176-180
70. OMS. Organización mundial de la salud. Objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Centro de prensa 2012.
71. APEIM. Asociación Peruana de Investigación de Mercados. Niveles socioeconómicos en lima metropolitana y callao. 2005: 6-19
72. Otoy P. Demanda inducida. Salud Publica-Capital salud. 2014; 1 (3).[citado el 20 marzo 2015], disponible en : http://www.capitalsalud.gov.co/Portals/0/Galeria/salud/salud_publica.pdf

73. MINSA. Ministerio de Salud. Por una vida saludable, Propuesta de Políticas para la Salud. Lima, julio del 2001
74. Maggiolo I. Mortalidad Materna y Objetivos de desarrollo del milenio: Como estamos en América Latina. Rev. Fac.de Medicina, Universidad de Zulia, Maracaibo-Estado Zulia, Venezuela. Edit. Medwave.2012;1: 1-2
75. UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Evaluación de la Implementación.2014.: 1933
76. Palacios Z P Las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos y la Perspectiva de Género. Primera Edición. Chile. LOM Ediciones 2005
77. MINSA. Ministerio de salud. Ley General de Salud .Ley 26842.1997.art.3.
78. MINSA. Ministerio de salud. Plan nacional concertado de salud.2007: 16-27
79. MINSA. Ministerio de salud. Plan Estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015.DGE, ESNSSYR.2009: 14-21
80. MINSA. Ministerio de salud. Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal. 2006: 3-11.
81. OMS Organización Mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre determinantes sociales de la salud .2008: 1-20.
82. OMS. Organización mundial de la salud. La vigilancia de la mortalidad materna y la respuesta correspondiente .Boletín OMS .2011; 89: 779-780.
83. MINSA. Ministerio de salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas y neonatales .2007: 10-145.
84. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. Rev.Per.Med. Exp. Salud pública.2011: 30(3): 461-4.
85. Jara-Morí. T Cuidados intensivos maternos en el Perú. Manejo de los trastornos hipertensivos. Rev Per Ginecol Obstet. 2006; 52(4):239-243.

86. Cervantes R, Watanabe T, Denegri J. Muerte Materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Lima. Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y ginecología. 1988: 218p
87. Távara L. Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes. Rev. Perú. ginecol. obstetric. 2013; 59: 157-160.
88. Reyes–Armas I, Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. Rev. peru ginecol obstet. 2012; 58: 273-284.
89. MINSA. Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico (Lima). Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología. Implementación de la vigilancia de morbilidad materna extrema (Near Miss) en el Perú. 2012: 51(21): 1-4.
90. Acho-Mego SC, Pichilingue JS, Díaz-Herrera JA, García-Meza M. Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: 87-92
91. Arpazi S. Mortalidad materna en el Perú .2013.
92. Ortiz EI y et al. Análisis de la morbilidad materna extrema: Una herramienta válida para la reducción de la mortalidad materna. Cali, Colombia: Hospital Universitario del Valle, 2005-2006.
93. Mazzéfero, VE , Massé G. La transición epidemiológica en Europa y América Latina Rev. del Instituto de Higiene y Medicina Social, 1999; 3 (2), 9-20.
94. Sousa JP, Cecatti J G, Faundes A, Morais S y et al. Cuasieventos maternos y mortalidad materna en la encuesta mundial 2005 de la OMS sobre salud materna y perinatal. Boletín de la Organización mundial de la salud .2010; 88: 81-110

95. Cecatti J, Souza J, Parpinelli M, y col. Investigación sobre morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte en Brasil: lo que hemos aprendido. *Reproductive Health Matter* 2007; 15(30): 125-133
96. Bello- Alvarez L, Vasquez-Dielafeaut D, Rojas-Suarez J y col. *Rev.cien. biomed.*2012; 3 (2):291-299.
97. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, y col. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: A cross sectional Study. *BMC. Pregnancy and childbirth* 2007; 7: 20.
98. Zuleta J. La morbilidad materna extrema: una posibilidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. *Rev Colomb Obstetr Ginecol.* 2007; 58(3):180–1.
99. Mejía A M, Téllez G E, González V A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas.. *Arch. Invest. Mat .Infantil:* Dic.2012; 4 (3): 146-153 99
100. González L D, Gómez R D, Vélez G A, Agudelo SM, Gómez D J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 35(1):15–22.
101. Mendoza A, De León R G, Martínez L, Chamorro F , Chur E, Rodríguez F, et al. Inequidades en la Salud sexual y reproductiva de las mujeres Indígenas de Panamá. *Rev. Centroamericana de Obstet. y Gin.* Marz. 2013: 18, (1): 15-20
102. Mazza MM, vallejo C M, González M, sobre: Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012;72(4):233-48
103. Liveira FC, Jr., Surita FG, Pinto ESJL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, Costa ML, Pacagnella RC, Sousa MH, Souza JP

103. Rojas J, Cogollo M, Miranda J, Ramos E y cols. Morbilidad Materna Extrema en cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) .Rev. colombiana Obstet Ginecol.2011; 62 : 131-140.
104. Kayem G, Kurinczuk J, Golightly S, y col. Risk factor for progression from severe maternal morbidity to death: A national cohort study.2011; 6(12): 5-9
105. Ferdouz J, Ahmed A, Dasgupta S, Jahan M y col. Occurrence & determinants of postpartum maternal Morbidities and disabilities among woman in matlab, Bangladesh. J Health Popul Nutr.2012; 30(2):143-158.
106. Pierre de Moraes A P, Barreto S, Passos M, y col. Severe maternal morbidity: a case-control study in Maranhao, Brazil. Reroductive Health. 2013;10: 11-12.
107. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc. Sci. Med 1994.38;8:1090-1120.
108. Mazza M, Vallejos C, Blanco M. Mortalidad materna: Análisis de las tres demoras. Rev. Obstet.Ginecol.Venez.2012; 72(4):233-248.
109. OPS. Organización Panamericana de la salud .OPS. La Salud en las Américas. Publicación Científica y técnica. 2002; 1: 587.
110. OMS. Organización Mundial de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra, 2008 [citado 2011/3/23].
Disponibile en:
http://www.who.int/social_determinants/en/
111. Patiño F. El hospital, una institución social única. Revista Colombiana de Cirugía. 2006; 21(4):15-21.
112. A, Tellez G, Gonzales A. Morbilidad Materna extrema (near miss) y muertes

- maternas. Archivos de investigación materno infantil. 2012; IV (3) :146-153.
113. Bartley M. Health inequality: an introducción to theories, concepts, and methods. Cambridge: Blacwell publishing.2004: 299-320.
114. Blázquez A. Diseño y validación de un cuestionario para analizar la calidad en empleados de servicios deportivos públicos de las mancomunidades de municipios extremeños .Rev. ciencias del deporte.2011: 7(3): 181-192
115. Meirone P. Elaboración y validación de una guía de asistencia para la búsqueda de empleo para mujeres con calificación técnico y/o profesional. 2009:1-7.
116. Peña M. Confiabilidad y validez de instrumentos de investigación. 2012; IV (4): 4-20.
117. Ecurra M. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces .PUC.2010:103-109.
118. Merino C, Livia J. Intervalo de confianza asimétrica para el índice la validez de contenido: Un programa visual Basic para la V de Aiken. Anales de Psicología .2009; 25(1): 169-171.
119. Escobar J. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. 2008; 6: 27-26.
120. Sánchez P, García A, Valdez A. Validez y confiabilidad de un instrumento para medir la creatividad en adolescentes. Rev. Iberoamericana de Education. 2009; 50(6):1-7.
121. Hernández V, Velasco-Mondragón H. Encuestas transversales .Salud pública de México.200: 42(5):447-455.
122. WHO. World Health organization. The Who near-miss approach for maternal health.2011: 2- 27.

123. Bre
124. nner, M.H. fetal, infant and maternal mortality during periods of economic instability. *International Journal of Health Services*.1973; 3 (2):145-159.
125. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. CLAD, OPS/OMS; XII Concurso de ensayos del CLAD. Hacia la implantación de modelos de administración en salud publica 1998. Pág. 5-14
126. Villalba-Taquica CP, Martínez-Silva PA. Morbilidad materna extrema en la clínica universitaria Colombia, Bogotá. 2012-2013.*Rev.colomb.Obstet. Ginecol*.2014;65: 290-296.
127. Mejía AM, Téllez BG. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas .IMI-Mexico.2012.; *Arch.Imv. Mat. Inf.* 4(3): 146-153
128. Lindquist A, Knight M, Kurinczuk J. Variación de la morbilidad materna severa según la posición socioeconómica: Un estudio de casos y controles Reino Unido. *BJOG*. 2014 Sep.1:1-7.
129. Távara L, Cárdenas B, Becerra C, et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. *Rev. Per Ginecol Obstet*. 2011; 57: 177-187.
130. Millán V Mega, Sánchez A C, Rodríguez R, et al. Mortalidad materna en Granma. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2012;38(1):11-20.
131. Carvalheira AP, Pamplona VL, García de Lima P. Sentimientos y percepciones en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave .*Rev Latino-Am-Enfermagen*.2010:18(6)1-8.



ANEXOS

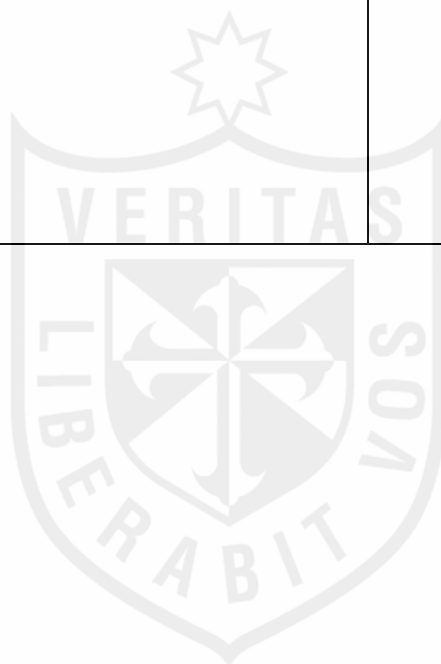
ANEXO 1.

A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores asociados en la Morbilidad Materna Extrema. Hospital Carlos Lanfranco la Hoz: 2012-2014

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><u>PROBLEMA PRINCIPAL</u></p> <p>¿Las muertes maternas, representan la parte visible del iceberg, la parte oculta está formada por pacientes con morbilidad materna extrema (MME) cuya evolución podría llevar hacia la recuperación, pero también a la incapacidad temporal, permanente o muerte?</p> <p>La MME se ha estudiado menos que la mortalidad materna. Se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna extrema por cada muerte materna registrada; de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes.</p>	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Identificar y Analizar los principales factores asociados y su influencia con la MME para el periodo 2012-2013. Distrito de Puente Piedra.</p> <p><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></p> <p>-Identificar y analizar las principales patologías asociadas a la Morbilidad Materna Extrema.</p> <p>-Identificar las características socio-económicas de las gestantes en quienes ocurrió Morbilidad Materna Extrema.</p> <p>-Analizar los factores asociados con la accesibilidad a los establecimientos de salud en las pacientes con MME.</p> <p>-Identificar y Analizar los</p>	<p><u>HIPÓTESIS GENERAL</u></p> <p>Por ser un trabajo descriptivo, analítico y corte transversal carece de hipótesis, en razón que todas las variables de estudios de acuerdo a los resultados tendrán un peso de valor.</p>	<p><u>VARIABLES</u></p> <p>Morbilidad materna extrema</p> <p>Naturaleza: cualitativa</p> <p>Escala de medición: nominal</p> <p>Dimensiones: existencia</p> <p>Valores: sí, no</p> <p>Indicador: identificación de acuerdo a la definición operacional</p> <p>Fuente: Revisión de H.C. y Aplicación de Encuesta.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>ESTUDIO</p> <p>1. Según su Propósito – Finalidad Investigación Aplicada.</p> <p>2. Según su Alcance Temporal : Transversal</p> <p>3. Según su Carácter Cuanti-Cualitativa</p> <p>4. Según su Profundidad Descriptiva –</p> <p>DISEÑO</p> <p>Se estudiara los factores asociados que influyen en la ocurrencia de la morbilidad materna extrema de los casos identificado en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz-Puente Piedra, asimismo se estudiara los factores socioeconómicos a través de una entrevista a la</p>

	<p>factores asociados con disfunción orgánica de las pacientes con MME.</p>			<p>sobreviviente, esta será la parte prospectiva del estudio. Todos los casos son los ocurridos en el año 2013.</p> <p>POBLACIÓN. En el caso de nuestro estudio no tendrá una población, ya que se considera el 100% de los casos, que vendría a ser la Muestra propiamente dicha.</p>
--	---	--	--	---



ANEXO 2

B. Validez del contenido a través del coeficiente de validación: V DE AIKEN. Morbilidad Materna Extrema 2012-2014.

	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	PROMEDIO	V. AIKEN	P	Validez de P
¿El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de la investigación?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P< .05
¿El problema propuesto responde a los objetivos del estudio?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P< .05
¿La estructura del instrumento es adecuado?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P< .05
¿Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P< .05
¿La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P<.05
¿Los ítems son claros y entendibles?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P<.05
¿ El número de ítems es adecuado para su aplicación?	10	10	10	10	10	10	1	.032	P<.05

Fuente: Escobar J. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. 2008; 6: 26-27.

ANEXO 3
C. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 2012-2014

DATOS BASICOS

Nombres y apellidos de la paciente	Tipo de Documento de identidad	Nro. de Documento de identidad
Distrito de residencia:	Poblado o AA.HH.	Distancia y tiempo del domicilio al hospital

A. INFORMACIÓN GENERAL

Edad: años Ocupación:

Nivel de Instrucción: 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Sup. Técnica 5. Sup. Universitaria 6. Sin dato

Estado Civil: 1. Soltera 2. Casada/Conviviente 3. Separada/Divorciada 4. Otro 5. Sin dato

Seguro de Salud: 1. SIS/AUS 2. Essalud 3. Privado 4. Ninguno 5. Sin dato

B. ANTECEDENTES:

Morbilidades: 1. Ninguno 2. Tuberculosis 3. Diabetes 4. Hipertensión 5. VIH/SIDA 6. Sin dato 7. Otros

Gesta: 1. Colocar número

Partos: 1. Colocar número

Abortos: 1. Colocar número

Periodo intergenésico: meses

Cesárea: 1. Colocar número

NA=No aplica
SD= sin dato o desconocido

C. EMBARAZO ACTUAL:

N° Atenciones pre-natales

Edad gestacional (sem.) Al momento del parto o aborto Emb. Gemelar

Finalización del embarazo: 1. Aborto 2. Parto Fecha: / / Hora:

Lugar de atención: 1. HCLLH 2. Domiciliario 3. Particular 4. Otro EE.SS:

Tipo de parto: 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Otro 4. Desconocido 5. No aplica

Tipo de evacuación uterina 1. AMEU 2. Legrado uterino 3. No precisa 4. Otro 5. No aplica

Momento de complicación materna:

1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio 4. Aborto Fecha / / Hora:

D. CRITERIOS DE INCLUSION MME

Datos relacionados con el Manejo:

Ingreso a UCI 1. Si 2. No 3. Desconocido Días de estancia en UCI

Transfusiones 1. Si 2. No 3. Desconocido Número Transfusiones sanguíneas

Cirugías adicionales 1. Ninguna 2. Histerectomía 3. Cesárea + Histerectomía 4. Laparotomía 5. Desconocido 6. Otra

Datos relacionados con Disfunción Orgánica:

A. Cardiovascular	<input type="text"/>	1. Si 2.No 3. Desconocido
B. Respiratoria	<input type="text"/>	1. Si 2. No 3. Desconocido
C. Renal	<input type="text"/>	1. Si 2. No 3. Desconocido
D. Coagulación/Hematológica	<input type="text"/>	1. Si 2. No 3. Desconocido
E. Hepática	<input type="text"/>	1. Si 2.No 3. Desconocido
F. Neurológica	<input type="text"/>	1. Si 2.No 3. Desconocido

Datos relacionados con enfermedad específica:

Hemorragia

a) Hemorragia relac. con aborto

b) Embarazo ectópico

c) Placenta previa

d) Placenta acreta/increta/percreta

e) Desprendimiento normo placentario

f) Rotura uterina

g) Hemorragia post parto

h) Otras hemorragias obstétrica

Hipertensión

a) Hipertensión crónica

b) Preeclampsia

c) Eclampsia

Infección

d) Infección relacionada con aborto

e) Endometritis puerperal

f) Pielonefritis

g) Otra inf. Sistémica

Otras enfermedades

a) VIH +/SIDA

b) Anemia

c) Dengue

d) Cáncer

e) Cardiopatía

f) Enfermedad hepática

g) Enfermedad pulmonar

h) Enfermedad renal

i) Otra:

E. SISTEMA DE REFERENCIA								
4.1. La paciente fue remitida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			4.2 Unidad de Referencia			4.3 . Centro o puesto de salud de referencia		
F. CARACTERÍSTICAS MATERNAS								
5.1. Gestaciones <input type="checkbox"/>	5.2 Partos vaginales	5.3 Cesáreas <input type="checkbox"/>	5.4 Abortos <input type="checkbox"/>	5.5 Molas <input type="checkbox"/>	5.6 Ectópicos <input type="checkbox"/>	5.7 Muertos <input type="checkbox"/>	5.8 Vivos <input type="checkbox"/>	5.9 Periodo intergenésico <input type="checkbox"/> Años
Incluya el embarazo actual o el que termino en los 41 días anteriores								
5.10 Realizó CPN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5.11. Semanas al inicio CPN <input type="checkbox"/> Semanas	5.12. Terminación de la gestación 1 <input type="checkbox"/> Abortos 2 <input type="checkbox"/> Partos 3 <input type="checkbox"/> Parto instrumentado 4 <input type="checkbox"/> rea 5 <input type="checkbox"/> nua embarazada						
5.13. Edad de gestación al momento de ocurrencia <input type="checkbox"/> Semanas	5.14. Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación Anteparto <input type="checkbox"/> Intraparto <input type="checkbox"/> Postparto <input type="checkbox"/>			5.15. Estado del recién nacido 1 <input type="checkbox"/> Vivo 2 <input type="checkbox"/> Muerto		5.16. Peso del recién nacido <input type="text"/>		
G. CRITERIOS DE INCLUSIÓN								
6.1. ENFERMEDAD ESPECIFICA			6.2. FALLA ORGÁNICA			6.3. MANEJO ESPECIFICO		
6.1.1 ECLAMPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.2.1 CARDIACA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.3.1. INGRESO A UCI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6.1.2. CHOQUE SEPTICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.2.2. VASCULAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.2.2. CIRUGIA ADICIONAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6.1.3. CHOQUE HIPOVOLEMICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.2.3. RENAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			6.2.3. TRANSFUSION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			6.2.4. HEPATICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
			6.2.5. CEREBRAL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
			6.2.6.METABOLICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Total de criterios <input type="text"/>		
			6.2.7. RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
			6.2.8. COAGULACION <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
H. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO								
ESTANCIA HOSPITALARIA								
7.1. Días de estancia hospitalaria <input type="text"/> Días			7.2. Días de estancia en Cuidado Intensivo <input type="text"/> Días			7.3. Unidades transfundidas <input type="text"/> unidades Incluir glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco congelado o crioprecipitados.		
MANEJO QUIRÚRGICO								
7.4. Cirugía. Histerectomía <input type="checkbox"/> Laparotomía <input type="checkbox"/> Legrado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual? _____								
I. CAUSAS DE MORBILIDAD								
8.1. Causa principal (CIE 10)								
8.2. Causa principal agrupada								
1 <input type="checkbox"/> Trastornos Hipertensivos 2 <input type="checkbox"/> Complicaciones Hemorrágicas 3 <input type="checkbox"/> Complicaciones del aborto 4 <input type="checkbox"/> Sepsis de Origen Obstétrico 5 <input type="checkbox"/> Sepsis de Origen no Obstétrico 6 <input type="checkbox"/> Sepsis de Origen Pulmonar 7 <input type="checkbox"/> Enf. preexistente que se complica 8 <input type="checkbox"/> Otra								
8.3.Causa asociada (CIE 10)								
8.4. Causa asociada (CIE 10)								
8.5. Causa asociada (CIE 10)								
J. ANALISIS CUALITATIVO								
9.1. RETRASO TIPO I		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Describir.....				
9.2. RETRASO TIPO II		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Describir.....				
9.3. RETRASO TIPO III		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Describir....				
9.4. RETRASO TIPO IV		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Describir....				
								Continúa-----

K. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

L. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Servicio públicos <input type="checkbox"/> Agua potable <input type="checkbox"/> Alcantarillado <input type="checkbox"/> Gas / Gas natural <input type="checkbox"/> Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Recolección basuras Anote si carece:-----	Tipo de vivienda : Ubicación: U— UM- - M <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada Ingreso del núcleo familiar: Totalizar: ns..... <input type="checkbox"/> 1 SMM <input type="checkbox"/> 1-2 SMM <input type="checkbox"/> >2 SMM <input type="checkbox"/> Desempleo
---	---

LL. REDES DE APOYO SOCIAL Y FAMILIAR

En que trabaja la gestante _____	Con quien vive la gestante <input type="checkbox"/> esposo/compañero <input type="checkbox"/> Padre/madre Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hija/s <input type="checkbox"/> Hermanos/as <input type="checkbox"/> Sola	Califique su relación con la familia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muy mala Deficiente Regular Buena Muy Buena
Asiste acompañada a control prenatal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con quién? _____	Que fue la primera reacción de su compañero al enterarse de este embarazo?	

M. ANTECEDENTES PERSONALES

Presento alguna enfermedad antes de la gestación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál? _____	Que método de planificación empleada cuando se embaraza? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Antic. Orales <input type="checkbox"/> Implante subdemico <input type="checkbox"/> Ligadura <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Antic. Inyectable <input type="checkbox"/> Diu <input type="checkbox"/> b
Por qué no planificaba o porque cree que faltó el método de planificación?:-----	

Como se enteró de su gestación <input type="checkbox"/> Síntomas típicos <input type="checkbox"/> Pba en laboratorio <input type="checkbox"/> Ecografía <input type="checkbox"/> Pba casera <input type="checkbox"/> Otra	Usted quería embarazarse? Si, ahora <input type="checkbox"/> Sí, pero después <input type="checkbox"/> No , No deseaba <input type="checkbox"/>	Su primera consulta en gestación fue Para CPN <input type="checkbox"/> Por enfermedad <input type="checkbox"/> Que enfermedad tenia?.....
Cuantas semanas tenía cuando se enteró del embarazo? <input type="checkbox"/> Semanas	Cuantas semanas tenía cuando asistió a primer control ? <input type="checkbox"/> Semanas	

N. CARACTERÍSTICAS DE CONTROL PRENATAL

Quien le atendió durante los controles prenatales <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Promotor de salud <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro	Cada cuanto asistía al control ? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Semanal
Que transporte utiliza para acceder al servicio de salud <input type="checkbox"/> Camina <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Carro propio <input type="checkbox"/> Lancha <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Otro	
Cuánto tiempo invierte en el traslado? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Cuánto dinero cuesta cada asistencia (ida y vuelta) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dejo de asistir a alguna cita de control? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Porqué	
Le entregaron carné materno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Porqué	
Le ordenaron exámenes de control prenatal ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Porqué	
Se realizó los exámenes solicitados? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Porqué	

Continúa.....

Debió pagar por alguno de los exámenes solicitados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué	
Recibió educación en el servicio de salud con respecto a: <input type="checkbox"/> Signos de alarma <input type="checkbox"/> Cuidado del embarazo <input type="checkbox"/> Estimulación prenatal <input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Planificación familiar <input type="checkbox"/> Rutas de acceso al servicio Otros <input type="checkbox"/>	
Siguió las recomendaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué	
Como fue el trato recibido durante el control prenatal? <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy Buena	Considera que el manejo de su estado de salud en el embarazo fue: <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Muy Bueno
Ñ. COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN ACTUAL – REFERENCIA	
Le detectaron complicaciones durante el control SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿? Cuántas semanas tenía en ese momento <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses	La remitieron? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Al ginecólogo <input type="checkbox"/> Otro especialista
Accedió a la remisión? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	A cuánto tiempo le atendieron? <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses A dónde la remitieron? <input type="checkbox"/> El mismo hospital <input type="checkbox"/> Otro hospital <input type="checkbox"/> Otra ciudad
O. PERCEPCIÓN DE LA MORBILIDAD EXTREMA	
Usted pensó que este embarazo se podía complicar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué?	En algún momento del embarazo sintió riesgo de morir? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Porqué?
Cuando empezaron los síntomas se demoró en buscar ayuda? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> No sabía que debía consultar rápidamente <input type="checkbox"/> No tenía dinero para el desplazamiento <input type="checkbox"/> Se encontraba sola y no tenía como pedir ayuda <input type="checkbox"/> Desconocía como ir al sitio de atención <input type="checkbox"/> No tenía como transportarse hacia el sitio de atención <input type="checkbox"/> No tenía confianza en el servicio de salud	
Considera que el manejo de su enfermedad fue: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy Buena	Califica la agilidad o prontitud en la atención por el equipo de: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy Buena
Califica la amabilidad y calidez de quienes le atendieron: <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy Buena	
Si fue remitida durante la morbilidad extrema percibió alguna dificultad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Demora en la decisión médica <input type="checkbox"/> No disponibilidad de cupo/cama en otro nivel <input type="checkbox"/> Dificultades en las vías de acceso <input type="checkbox"/> Trámites administrativos <input type="checkbox"/> Falta o fallo en Medios de transportes <input type="checkbox"/> Dificultad en comunicación con el otro nivel	
Después de la enfermedad que puso en riesgo su vida, que percepción tiene del embarazo?	
En la actualidad tiene algún problema de salud o secuela generado por la enfermedad por la que acaba de pasar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe Cuál?	
Esta situación afectó la posibilidad de tener otro embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No sabe Explique	
Como cree que se habría podido prevenir esta complicación?	
¿Qué precauciones cree usted prevenir esta complicación?	

Nombre de quien realiza la entrevista	DNI
Profesión	Cargo
Institución a la que pertenece	Número de teléfono

ANEXO 4

D. Base de datos – Morbilidad Materna Extrema. HCLLH

N°	HISTORIA CLINICA	APELLIDOS Y NOMBRES	EC	GI	Grupo etareo	EDAD	Distribo Procedencia	SIG	dx1	dx2	dx3	dx4	EG	QX
1	441153	Acuña Ascencios Yolvi	sol	5 to sec	20 - 24	20	Fuente Piedra	sis	Eclampsia	eclampsia	Prematuridad	gestante	36	CSTP
2	102214	Agurto García Yaneth	cs	5 to sec	30 - 34	31	Fuente Piedra	sis	Embarazo Ectópico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Hemoperitoneo	Gestante	10	L/E Emb Ect
3	425206	Alva Evangelista Mery	cs	5 to sec	35 - 39	35	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Mgesta	31	CSTP
4	249903	Anaya Rojas Gianina	cn	5 to pri	40 - 45	41	Fuente Piedra	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	atonía uterina	Anemia moderada	Puerpera	LUP
5	220084	Andrade Pintado Martha	si	5 to sec	30 - 34	31	Carabaylo	sis	Preeclampsia Severa	the	HELLP	Puerpera	31	CSTP
6	136521	Arévalo Timana Carmen	cn	5 to sec	20 - 24	21	Fuente Piedra	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	acretismo placentario	Gestante	39	CSTI
7	445065	Ascencios Ostos Julia	cs	1 ero sec	35 - 39	37	Zapallal	sis	Preeclampsia Severa	the		Pgesta	37	CSTP
8	333493	Bautista Montes Linda	si	5 to sec	30 - 34	31	Carabaylo	sis	Aborto séptico severo	aborto	Anemia severa		11	LU
9	193763	Bonifacio Condori Marisol	si	5 to sec	15 - 19	17	Santa Rosa	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Gestante	35	CSTP
10	127439	Bravo Luna Luisa	cs	5 to sec	30 - 34	34	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Gestante	36	CSTP
11	438214	Cáceres Casaverde Katherin	cs	5 to sec	25 - 29	29	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia severa	the		gestante	37	CSTP
12	335971	Campomanes López Cristina	si	5 to sec	25 - 29	25	Fuente Piedra	sis	Embarazo Ectópico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	hemoperitoneo	gestante	11	L/E Emb Ect
13	169002	Campos Trujillo Lucinda	cn	4 to sec	30 - 34	32	Santa Rosa	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	38	CSTP
14	326720	Canta Lomote Angelita	cn	5 to sec	25 - 29	28	Fuente Piedra	sis	Embarazo Ectópico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia moderada		10	L/E Emb Ect
15	287447	Capuena Capuena Roxana	cn	5 to sec	20 - 24	22	Fuente Piedra	sis	Sepsis severa foco renal	sepsis	anemia moderada	Gestante	16	TX MEDICO
16	452764	Cárdenas Ruiz Licet	cn	2 do pri	35 - 39	37	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia severa	the		gestante	40	CSTP
17	131150	Casas Silva Karolotta	cs	3 ero pri	25 - 29	28	Carabaylo	sis	aborto Incompleto	aborto	anemia severa	gestante	14	LU
18	138374	Castro Carrasco Gissela	cn	5 to sec	30 - 34	31	Fuente Piedra	sis	Ruptura uterina	ruptura uterina	Macrosomía Fetal	Gestante	40	L/E POR HPP
19	452483	Celis Vélez De Villa Claribel	si	5 to sec	20 - 24	23	Jerusalén	sis	Aborto séptico severo	aborto		gestante	12	LU
20	141711	Cema Ferrer Oriola	cn	4 to pri	35 - 39	38	Ancon	NO	Hemorragia Puerperal	hpp	atonía uterina		Puerpera	L/E HAST
21	76693	Chaupis Trillo Johana	cs	5 to sec	25 - 29	25	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Epilepsia	Gestante	27	TX MEDICO
22	363713	Chipana Guapacasa María	cn	5 to sec	15 - 19	17	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Pgesta	35	CSTP
23	350737	Claudio Torres Violeta	cn	4 to pri	25 - 29	26	Fuente Piedra	ESS ALU D	Preeclampsia Severa	the		gestante	37	CSTP
24	133879	Coronel Alarcón Clotilde	cn	1 ero pri	40 - 45	42	Santa Rosa	sis	Preeclampsia Severa	the	Obito fetal	Mgesta	37	Pvag
25	35522	Cruz Herrera Gladys	cn	5 to sec	35 - 39	36	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	40	Pvag
26	445649	Cruz Bazán Deysi	cn	4 to sec	15 - 19	17	Ancon	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	39	Pvag
27	133191	Cueva Ascencios Elizabeth	cn	5 to sec	35 - 39	36	Fuente Piedra	sis	Preeclampsia severa	the	absc pared abd	gestante	37	CSTP
28	178331	Cueva Amasifuen Wendy	cn	3 ero sup	25 - 29	27	Zapallal	sis	Preeclampsia Severa	the		Mgesta	37	CSTP
29	114405	Delgado Sandoval Blanca	cn	2 do sec	35 - 39	37	Fuente Piedra	NO	Preeclampsia Severa	the		Gestante	37	CSTP
30	229818	Encarnación Bacilio Susy	cn	5 to sec	25 - 29	25	Fuente Piedra	sis	Aborto séptico severo	aborto		Gestante	11	LU

CONTINÚA...

31	232443	Fernández Balbuena Kather	cs	5 to sec	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Retencion de Placenta	Anemia moderada	Parto	EMP + LUP
32	87516	Fernández Cervantes Lila	cn	2 do sup	25 - 29	29	Puente Piedra	sis	acretismo placentario	hpp	Hemoperitoneo	Gestante	Parto	L/E POR HPP
33	173765	Flores Ames Luz Angélica	si	2 do sup	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Pgesta	37	CSTP
34	445951	García Soria Mari Carmen	si	5 to sec	15 - 19	16	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Pgesta	40	CSTP
35	448016	Gonzales Camrón Helder	cn	4 to sec	30 - 34	30	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto	Síndrome febril		14	LU
36	160789	Gonzales Maldonado Olga	cs	5 to sec	40 - 45	43	Puente Piedra	sis	Sepsis puerperal foco uterino	sepsis	Obito fetal recurrente	Gmgesta	Fuerpera	LUP
37	391440	Guardia Benites Luz Gloria	si	2 do sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto			12	LU
38	243680	Guevara Coba Beronica	cn	4 to sec	30 - 34	30	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb		gestante	11	L/E Emb Ect
39	449908	Gutiérrez Valverde Flomena	cs	3 ero sup	30 - 34	32	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia moderada	Gestante	8	L/E Emb Ect
40	456930	Guzman Alamo Catherine	si	5 to sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto		Gestante	13	LU
41	131222	Guzman Guillén Margareth	cn	4 to sec	25 - 29	28	Ancon	sis	Preeclampsia Severa	the		Mgesta	40	CSTP
42	459577	Hidalgo Vega Betty	con	3 ero sup	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Hemoperitoneo	Gestante	11	L/E Emb Ect
43	387424	Hinostraza Limaylla Edelmir	cs	5 to sec	40 - 45	42	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Gestante	32	TX MEDICO
44	244270	Izama Soto Maricruz	cn	3 ero sec	20 - 24	24	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Hemoperitoneo		10	L/E Emb Ect
45	212474	Jeri Domínguez Jeni	cn	5 to sec	20 - 24	24	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	38	CSTP
46	116575	Lan Quito Raquel	cn	5 to sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia moderada	Gestante	9	L/E Emb Ect
47	451877	Lázaro Ojeda Elisa Yina	cn	4 to sec	25 - 29	25	Puente Piedra	sis	aborto Incompleto	aborto	aneurisma	gestante	13	LU
48	448264	Leon Ibarra Evelin	cn	5 to sec	20 - 24	24	San Martín de Porres	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Pgesta	33	CSTP
49	452102	Loarte Miranda Érica	cn	5 to sec	25 - 29	25	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Anemia severa	Gestante	8	L/E Emb Ect
50	87116	Mandamiento Nifo Virginia	cn	2 do sec	30 - 34	34	Puente Piedra	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	atonía uterina	Anemia moderada	Fuerpera	LUP
51	1293	Manuyama Manuyama Nair	cn	4 to sec	15 - 19	19	Santa Rosa	sis	Eclampsia	eclampsia	FISTULA GASTROESOFAGICA	FUERPER	Fuerpera	CSTP
52	92049	Márquez Zavaleta Stephany	si	5 to sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto	anemia severa	gestante	12	LU
53	121156	Martínez Cabrera Ericka	cn	4 to sec	30 - 34	30	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	38	CSTP
54	153723	Martínez Vara Yeny	si	5 to sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto	anemia moderada	Gestante	14	LU
55	448404	Mena Palacios Ailcy	cn	5 to sec	20 - 24	22	Carabayllo	sis	embarazo Ectopico no complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia leve	Gestante	7	L/E Emb Ect
56	409212	Mendoza Castellano Gina	si	4 to sec	15 - 19	16	Santa Rosa	sis	Sepsis severa foco renal	sepsis	pielonefritis aguda	Pgesta	21	TX MEDICO
57	324916	Miranda Palomino Estermar	cn	5 to sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Pgesta	34	CSTP
58	446371	Montalvan Pillaca Jhoselyn	cn	5 to sec	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Eclampsia	eclampsia	Prematuridad	Pgesta	30	ESTABI LIZAR Y REFERI
59	130531	Morales Ruiz Sheyla	cn	5 to sec	20 - 24	21	Ancon	sis	Aborto septico severo	aborto		Gestante	14	LU
60	455372	Nanin Trejo Lucero	si	5 to sec	15 - 19	17	Puente Piedra	sis	sepsis foco abdominal	sepsis	apendicitis complicada	Gestante	36	CSTP

CONTINUA...

61	372549	Nashnate Essay Icomena	cn	3 ero sec	25 - 29	28	Puente Piedra	sis	Aborto séptico severo	aborto	anemia severa		13	LU
62	419523	Nicolás Figueredo Sarai	si	5 to sec	15 - 19	18	Puente Piedra	sis	Hiperemesis Gravidica recurrente	hiperemesis severa	DH severa	Encefalopatia	11	TX MEDICO
63	449229	Ojanama García Orta	ca	3 ero pri	35 - 39	36	Carabayillo	sis	Preeclampsia Severa	the	pielonefritis aguda	sepsis puerperal	21	TX MEDICO
64	446898	Ojanama Murayari Selvith	cn	2 do sec	30 - 34	31	Puente Piedra	ESS ALU D	Eclampsia	eclampsia	Prematuridad	Gestante	32	ESTABILIZAR Y REFERIR
65	11639	Ortiz Tinoco Rosi	cn	3 ero sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	Inversion uterina	atonía Uterina	Puerpera	L/E POR HPP
66	450699	Ortiz Valderrama Margarita	cn	4 to sec	30 - 34	30	Puente Piedra	sis	aborto Incompleto	aborto	shock hipovolemico	gestante	13	LU
67	160658	Palacios Duran Maria	si	5 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	NO	Sepsis severa foco renal	sepsis	pielonefritis aguda	Gestante	11	TX MEDICO
68	348597	Palacios Torres Nélida	cn	2 do sec	20 - 24	23	Puente Piedra	NO	sepsis severa foco pulmonar	sepsis	neumonía intrahospitalaria	Tormenta tiroidea	Puerpera	CSTP
69	348599	Palacios Torres Nélida	cn	4 to sec	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Eclampsia	eclampsia	Insuficiencia Respiratoria	disfunción multiorganica	puerpera	L/E POR HPP
70	347206	Panduro Izquierdo Liliana	ca	5 to sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Aborto séptico severo	aborto		Gestante	12	LU
71	341582	Paucar Rodríguez Luz Mery	ca	5 to pri	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Preeclampsia severa	the		gestante	39	CSTP
72	431477	Portal Pablo Nidia	cn	5 to sec	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	puerpera		Puerpera	CSTP
73	362963	Prada Gutiérrez Roxana	cn	5 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	sis	Sepsis severa foco renal	sepsis	anhidramnios	Pgesta	28	TX MEDICO
74	451450	Qulspe Puma Primitiva	cn	5 to pri	30 - 34	34	Puente Piedra	sis	Aborto séptico severo	aborto	Shock hipovolemico	Anemia severa	15	LU
75	58137	Qulspe Anco Mónica Silvia	cn	5 to pri	30 - 34	34	Carabayillo	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	39	CSTP
76	457375	Ramírez Flores Doris	cn	3 ero sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	39	CSTP
77	428205	Ramos Sachla Janeth Diana	cn	4 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	sis	Sepsis Puerperal foco pulmonar	sepsis	Insuficiencia Respiratoria	ICC	Puerpera	TX MEDICO
78	413755	Remuzgo Castillo María Pía	cn	2 do sup	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Síndrome ascítico	Puerpera	Puerpera	CSTP
79	352314	Reyes Vallejo Janeth	cn	1 ero sup	35 - 39	37	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	37	CSTP
80	448311	Rivera Socualaya Gusana	cn	4 to sec	30 - 34	31	Santa Rosa	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Anemia severa	Gestante	10	L/E Emb Ect
81	291146	Robles Espinoza Ana	cn	4 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	NO	Preeclampsia Severa	the		Gestante	37	CSTP
82	11395	Rodríguez Sánchez Milagros	cn	5 to sec	30 - 34	34	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb		Gestante	11	L/E Emb Ect
83	48801	Rojas Flores Aurelia	cn	5 to pri	40 - 45	44	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	39	CSTI
84	445801	Romero Panduro Gisela	cn	3 ero sec	15 - 19	18	Puente Piedra	sis	Eclampsia	eclampsia	HELLP	Puerpera 22 Hrs	Puerpera	ESTABILIZAR Y REFERIR
85	230459	Romero Pérez Irene	cn	3 ero sec	15 - 19	15	Puente Piedra	NO	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Pgesta	33	CSTP
86	397944	Romero Quiroz Sarita	cn	5 to sec	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Ggesta nulipara	35	CSTP
87	27398	Roncal Rojas Cinthia	si	5 to sec	15 - 19	18	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia moderada		8	L/E Emb Ect
88	393724	Rosas Salvatierra Carla	si	5 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Pgesta	34	CSTP
89	139915	Ruiz Sajami Janina	cn	5 to sec	25 - 29	25	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Mgesta	36	CSTP
90	444694	Ruiz Qulspe Esterifilla	cn	4 to sec	30 - 34	31	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	HELLP	Gestante	38	ESTABILIZAR Y REFERIR

CONTINUA...

91	70071	Sáenz Calderón Paulina	si	5 to sec	15 - 19	17	Carabayillo	sis	Preeclampsia Severa	the	HELLP	puerpera	Puerpera	CSTP
92	158356	Sáenz Chávez Betty Lucero	cn	5 to sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Mgesta	36	CSTP
93	430926	Salas Aguirre Rosa Martha	cn	3 ero sec	25 - 29	26	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Obesidad	Mgesta	36	CSTP
94	280012	Salgado Caldas Gregoria	cn	5 to sec	30 - 34	30	Santa Rosa	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	atonía uterina	shock hipovolemico	Puerpera	L/E HAST
95	96856	Salguero Rodriguez Jessica	cs	2 do sec	35 - 39	35	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Mgesta	40	CSTP
96	444789	Salvador Huachac Dennis	cn	5 to sec	20 - 24	23	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	oligohidramnios	Gestante	38	CSTP
97	448107	Salvador Román Urbana	si	5 to sec	15 - 19	18	Santa Rosa	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	37	CSTP
98	73031	Salvatierra Saldaña Basilia	cs	3 ero pri	40 - 45	45	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Anemia severa	Gestante	9	L/E Emb Ect
99	440277	Sangama Guerra Lidery	cn	2 do pri	35 - 39	36	Santa Rosa	sis	Sepsis Puerperal foco uterino	sepsis	Shock septico	puerpera	Puerpera	LUP
100	310767	Santa Aguilar Fabiola	cn	3 ero sec	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Ruptura uterina	ruptura uterina	feto transverso	Gestante	38	CSTP
101	451764	Sinarhua Jiménez Yensi	cn	5 to sec	20 - 24	24	Zapallal	sis	Embarazo Ectopico no complicado.	hemorragias 1ra. Mitad emb		Gestante	9	L/E Emb Ect
102	267531	Soplin Ramirez Tieta	cn	1 ero sec	20 - 24	22	Santa Rosa	sis	Eclampsia	eclampsia		Gestante	38	ESTABILIZAR Y REFERIR
103	397916	Sosa Raymundo Maria	cn	4 to sec	25 - 29	29	Puente Piedra	sis	Sepsis severa foco renal	sepsis	deshidratacion moderada	Gestante	13	TX MEDICO
104	50741	Soto Calderón Gladys	cn	5 to sec	35 - 39	39	Pucallpa	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	38	CSTP
105	452467	Tananta Cunayapi Susy	si	5 to sec	20 - 24	22	Puente Piedra	sis	Preeclampsia severa	the	ascitis	gestante	37	CSTP
106	60110	Tapia Torres Mónica	cs	4 to pri	30 - 34	34	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	hemoperitoneo	gestante	11	L/E Emb Ect
107	449268	Tarazona Vega Eblin	si	5 to sec	25 - 29	25	Carabayillo	sis	Aborto septico severo	aborto	anemia severa	gestante	13	LU
108	66159	Tarilo Ramírez Lidia	cn	2 do sec	25 - 29	25	Zapallal	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	Anemia severa	Mgesta	38	CSTP
109	7687	Tocas Ayala Rosa Amalia	cn	4 to sec	35 - 39	37	Puente Piedra	sis	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	Shock hipovolemico		11	L/E Emb Ect
110	442650	Torres Cruz Maria	cn	5 to pri	25 - 29	26	Puente Piedra	sis	Ruptura uterina	ruptura uterina	Hemorragia puerperal	atonía Uterina	Puerpera	L/E POR HPP
111	263713	Torres Tapullina Diana	cn	2 do sec	25 - 29	27	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	40	CSTP
112	442193	Trujillo Laurente Melissa	cn	5 to sec	20 - 24	23	Puente Piedra	sis	hemorragia puerperal	hpp	desgarro canal parto	puerpera	puerpera	L/E POR HPP
113	448863	Tuesta Yalta Maribel	si	5 to sec	25 - 29	28	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	37	CSTP
114	324085	Tuesta Castro Maria	cn	1 ero pri	35 - 39	37	Carabayillo	NO	Embarazo Ectopico Complicado	hemorragias 1ra. Mitad emb	anemia moderada	Gestante	9	L/E Emb Ect
115	435968	Valverde Yupanqui Katherine	cn	5 to sec	20 - 24	23	Carabayillo	sis	Hemorragia Puerperal	hpp	atonía uterina	Hematoma disecante	Puerpera	L/E HAST
116	453818	Venancio Silvestre Jhesly	cn	5 to sec	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	40	CSTP
117	381573	Villanueva Rodriguez Sandra	cn	2 do sup	25 - 29	25	Zapallal	ESS ALU D	Eclampsia	eclampsia		Gestante	30	ESTABILIZAR Y REFERIR
118	208800	Wall Gerónimo Sandra	si	3 ero sup	35 - 39	36	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Gestante	38	CSTP
119	447269	Yanahuanca Pérez María	cn	5 to sec	25 - 29	26	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto		Gestante	13	LU
120	444091	Yarasca Guardamino Vanesa	cn	5 to sec	20 - 24	21	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the		Pgesta	37	CSTP
121	398617	Yuana Sánchez Janeth	si	5 to sec	20 - 24	20	Puente Piedra	sis	Aborto septico severo	aborto		Gestante	12	LU
122	101676	Zufiga Rumiche Wendy	si	5 to sec	15 - 19	19	Puente Piedra	sis	Preeclampsia Severa	the	Prematuridad	Gestante	36	CSTP