

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i19.5090>

## **Control prenatal y morbilidad materna extrema en un hospital de Cajamarca**

### **Prenatal Care and Severe Maternal Morbidity at a Hospital in Cajamarca**

Marieta Marlene Lezama-Torres

[marleza@gmail.com](mailto:marleza@gmail.com)

Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Cajamarca

Perú

<https://orcid.org/0000-0003-4902-7928>

Lorena Judith Becerra-Goicochea

[ibecerrag@unc.edu.pe](mailto:ibecerrag@unc.edu.pe)

Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Cajamarca

Perú

<https://orcid.org/0000-0002-7116-9212>

Recepción: 13 de agosto 2025

Revisado: 28 de noviembre 2025

Aprobación: 15 de diciembre 2025

Publicado: 01 de enero 2026

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el control prenatal y morbilidad materna extrema en un hospital de Cajamarca, Perú. **Método:** Esta investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo, se utilizó un diseño descriptivo y análisis detallado de relatos médicos y artículos arbitrados. La población estudiada estuvo integrada por 156 pacientes, seleccionados a través de una muestra aleatoria simple, pertenecientes al total de 521 mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Para la recolección de datos, se empleó la técnica de la observación estructurada apoyada en una ficha de registro. **Resultados:** El perfil sociodemográfico analizado revela que casi la mitad de las pacientes (47,5%) carece de instrucción o solo alcanzó el nivel primario. **Conclusión:** Las cifras revelan que el Hospital funciona como un centro rescate altamente complejo, que asume las carencias del sistema periférico. Reducir la morbilidad materna extrema en la zona depende de una inmediata reestructuración en el diagnóstico temprano.

**Descriptores:** Morbilidad; atención prenatal; administración de los servicios de salud. (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze prenatal care and severe maternal morbidity at a hospital in Cajamarca, Peru. **Method:** This study employed a quantitative approach, using a descriptive design and a detailed analysis of medical records and peer-reviewed articles. The study population consisted of 156 patients, selected through simple random sampling, out of a total of 521 women treated at the Cajamarca Regional Teaching Hospital. Structured observation supported by a data collection form was used for data collection. **Results:** The analyzed sociodemographic profile reveals that nearly half of the patients (47.5%) have no formal education or only completed primary school. **Conclusion:** The figures reveal that the Hospital functions as a highly complex emergency center, compensating for the shortcomings of the peripheral system. Reducing extreme maternal morbidity in the region depends on an immediate restructuring of early diagnosis.

**Descriptors:** Morbidity; prenatal care; delivery of health services. (Source: DeCS).

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

## **INTRODUCCIÓN**

La morbilidad materna extrema, está enmarcada en una situación de alto riesgo, puesto que las complicaciones se pueden presentar durante el embarazo, parto o puerperio, constituye un indicativo importante a nivel nacional, para determinar la calidad de atención hospitalaria. En este contexto, es importante llevar a cabo un estudio sobre el control prenatal, punto de partida para evaluar, evitar riesgos y complicaciones de manera precoz, tales como trastornos hipertensivos y hemorragias que son las causas de desenlaces desfavorables en la salud materno – fetal<sup>1 2</sup>.

La región de Cajamarca, para el año 2023, el 88,3% de las madres gestantes tuvieron más de seis controles prenatales, mientras que el 81,7% empezaron su control prenatal durante el primer trimestre del embarazo; esto contribuye a determinar una línea base del estado de salud de la madre gestante y a monitorear cómo evoluciona su embarazo<sup>3 4</sup>. No obstante, aún en la región existen brechas significativas de recursos humanos, infraestructura y medicamentos <sup>4</sup>, todo ello retrasa la detección de riesgos en las gestantes, amplía las brechas de desigualdad y genera controles prenatales incompletos. Por consiguiente, el retraso en el diagnóstico en los centros de atención primaria (primer nivel) y la tardanza en transferir a la paciente a unidades especializadas, elevan exponencialmente el riesgo de que una morbilidad común se convierta en extrema <sup>5</sup>. En tal sentido, para reducir la tasa de morbilidad extremadamente grave en institutos de alta complejidad, no basta con la atención intrahospitalaria; se requiere optimizar la identificación precoz del riesgo en el primer nivel de atención (control prenatal periférico) y agilizar los sistemas de transporte y referencia médica, evitando que la gestante llegue al hospital central con un daño orgánico avanzado <sup>6</sup>.

Se plantea como objetivo general de la investigación analizar el control prenatal y morbilidad materna extrema en un hospital de Cajamarca, Perú.

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

## MÉTODO

Esta investigación se lleva a cabo con un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño descriptivo y análisis detallado de relatos médicos y artículos arbitrados<sup>7</sup>. La población estudiada está integrada por 156 pacientes, seleccionados a través de una muestra aleatoria simple, pertenecientes al total de 521 mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. El análisis detallado posibilita encontrar y definir conexiones entre los componentes que caracterizan el problema principal del estudio <sup>8</sup>. Para la recolección de datos, se emplea la técnica de la observación estructurada apoyada en una ficha de registro; dicho instrumento fue diseñado siguiendo los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud<sup>9</sup> y debidamente validado por el juicio de expertos.

## RESULTADOS

**Tabla 1.**

Caracterización sociodemográfica de las pacientes atendidas con morbilidad Materna.

Características sociodemográficas	n (156)	% (100,0)
Edad		
<b>Menores de 18 años</b>	16	<b>10,3</b>
<b>De 18 a 34 años</b>	85	<b>54,5</b>
<b>De 35 a más años</b>	55	<b>35,3</b>
Estado civil		
<b>Casada</b>	20	<b>12,8</b>
<b>Conviviente</b>	114	<b>73,1</b>
<b>Soltera</b>	22	<b>14,1</b>
Nivel de instrucción		
<b>Sin instrucción</b>	4	<b>2,6</b>
<b>Primaria</b>	70	<b>44,9</b>
<b>Secundaria</b>	59	<b>37,8</b>
<b>Superior Técnica</b>	13	<b>8,3</b>
<b>Superior Universitaria</b>	10	<b>6,4</b>

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

Provincia de procedencia		
<b>Cajamarca</b>	78	<b>50,0</b>
<b>Celendín</b>	14	<b>9,0</b>
<b>Bambamarca</b>	9	<b>5,8</b>
<b>San Marcos</b>	9	<b>5,8</b>
<b>Cajabamba</b>	8	<b>5,1</b>
<b>Chota</b>	8	<b>5,1</b>
<b>Cutervo</b>	6	<b>3,8</b>
<b>San Miguel</b>	5	<b>3,2</b>
<b>Otros lugares</b>	<b>19</b>	<b>12.2</b>

**Elaboración:** Los autores.

Al observar la tabla 1, el perfil sociodemográfico de la población de estudio revela tendencias críticas en cuanto a la edad, el entorno familiar, el nivel educativo y el origen geográfico de las pacientes afectadas. En relación con la edad, se observa que más de la mitad de las pacientes (54,5%) se encuentran en el rango de 18 a 34 años, el cual concentra la mayor actividad reproductiva. No obstante, destaca de manera alarmante que un 35,3% de los casos (55 pacientes) corresponde a mujeres de 35 años a más, un grupo clasificado clínicamente como de edad materna avanzada, donde el riesgo biológico de desarrollar complicaciones obstétricas graves se incrementa exponencialmente.

Además, el 10,3% de la muestra está compuesto por personas menores de 18 años, lo que demuestra que la morbilidad sigue presente en el grupo de adolescentes embarazadas. En cuanto al estado civil, la situación de conviviente es muy común, abarcando el 73,1% de las mujeres evaluadas. El 14,1% de las pacientes son solteras y el 12,8% están casadas. Esto indica que la mayor parte de las personas afectadas tiene un grupo de apoyo en su pareja inicial, aunque sea bajo la modalidad de unión libre.

Desde el punto de vista de la salud pública, el nivel educativo revela un panorama que necesita atención especial. Casi la mitad de la muestra total (47,5%) está compuesta por pacientes sin instrucción (2,6%) y aquellas que únicamente tienen educación primaria

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

(44,9%). En contraste, el 37,8% tiene educación secundaria y sólo un pequeño porcentaje ha completado estudios de nivel universitario (6,4%) o técnico superior (8,3%). Esta prevalencia de niveles educativos básicos o incompletos está relacionada indirectamente con obstáculos para la detección temprana de señales de riesgo obstétrico y con una menor disponibilidad de información acerca de la salud reproductiva. La procedencia geográfica confirma el rol del establecimiento como centro de referencia regional.

Exactamente la mitad de las pacientes (50,0%) proviene de la provincia de Cajamarca. El 50,0% restante se distribuye entre las demás provincias del departamento, lideradas por Celendín (9,0%), Bambamarca (5,8%), San Marcos (5,8%), Cajabamba (5,1%) y Chota (5,1%), seguidas por Cutervo, San Miguel y otras localidades periféricas. Esta dispersión geográfica de la otra mitad de la población subraya el reto que implican los tiempos de traslado y el sistema de referencias desde el interior de la región hacia el hospital docente ante una emergencia obstétrica.

En Perú, investigaciones indican que un nivel educativo bajo y vivir en una zona rural se asocia con una menor probabilidad de acceder a un control prenatal de calidad y a menos cobertura<sup>10</sup>. En contextos y circunstancias diferentes, se ha observado que un control prenatal apropiado está relacionado con una disminución del riesgo de morbilidad materna extrema<sup>11</sup>. Conforme a estas pruebas, se puede inferir que el nivel de educación y la procedencia podrían tener un impacto en la posibilidad de acceder a un control prenatal de calidad. Por lo tanto, es importante asociar estos perfiles sociodemográficos con tácticas para aumentar el acceso a los controles prenatales desde el principio y con una cobertura completa.

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

**Tabla 2.**

Características obstétricas de las pacientes atendidas con morbilidad Materna.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	N (156)	% (100,0)
ETAPA REPRODUCTIVA		
<b>GESTANTE</b>	128	<b>82,1</b>
<b>PUÉRPERA</b>	20	<b>12,8</b>
<b>POST ABORTO / POST ECTÓPICO</b>	8	<b>5,1</b>
NÚMERO DE EMBARAZOS		
<b>PRIMIGESTA</b>	52	<b>33,3</b>
<b>MULTIGESTA</b>	90	<b>57,7</b>
<b>GRAN MULTIGESTA</b>	14	<b>9,0</b>
MOMENTO DE LA COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA		
<b>EG: &lt; 28 SEMANAS</b>	17	<b>10,9</b>
<b>EG: 28 A 31 SEMANAS 6 DÍAS</b>	16	<b>10,3</b>
<b>EG: 32 A 33 SEMANAS 6 DÍAS</b>	22	<b>14,1</b>
<b>EG: 34 A 36 SEMANAS 6 DÍAS</b>	33	<b>21,2</b>
<b>EG: 37 A 41 SEMANAS 6 DÍAS</b>	48	<b>30,8</b>
<b>PUERPERIO INMEDIATO</b>	15	<b>9,6</b>
<b>PUERPERIO MEDIATO</b>	4	<b>2,6</b>
<b>PUERPERIO TARDÍO</b>	1	<b>0,6</b>
PACIENTE REFERIDA		
<b>CON REFERENCIA</b>	129	<b>82,7</b>
<b>SIN REFERENCIA</b>	<b>27</b>	<b>17,3</b>

**Elaboración:** Los autores.

Se aprecia en la tabla 2, que el período de embarazo (82,1%) fue cuando más se presentó morbilidad materna extrema (MME), y que las semanas 37 y 41 de gestación fueron las más frecuentes (30,8%). Esto concuerda con otros estudios que señalan que las últimas semanas de la gestación son los periodos en los que hay mayor vulnerabilidad<sup>12 13</sup>. En contraposición, el estudio revela que las multigestas prevalecen (57.7%) sobre las primigestas (33.3%), indicando que un alto número de partos puede aumentar la posibilidad de graves complicaciones<sup>11</sup>. Por otro lado, se advierte que la mayoría de las

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

embarazadas (82,7%) fue referida desde otros centros sanitarios, lo cual sugiere que las complicaciones surgen en los centros de salud con menor nivel. Esto coincide con estudios que afirman que el nivel del servicio y la atención oportuna son factores determinantes de morbilidad severa<sup>14 15</sup>.

En conjunto, los hallazgos de la investigación sugieren que el hospital podría recibir una gran cantidad de pacientes con riesgo de MME. Esto pone de manifiesto lo importante que es reforzar los mecanismos para referir a tiempo, y demuestra que no solo es relevante el control prenatal, sino también la educación materna y el sistema sanitario en general, especialmente en la supervisión de gestantes con alto riesgo.

## **DISCUSIÓN**

El perfil sociodemográfico analizado revela que casi la mitad de las pacientes (47,5%) carece de instrucción o solo alcanzó el nivel primario. Esta vulnerabilidad educativa no es un hecho aislado; tiene como consecuencia directa la aparición de barreras cognitivas que dificultan la detección temprana de las señales de alarma obstétrica y restringen la autonomía en términos de salud reproductiva. La investigación científica está de acuerdo en que el acceso a intervenciones preventivas efectivas se ve limitado por una baja educación y por provenir de zonas rurales dispersas, lo que perpetúa las disparidades en la cobertura del control prenatal.

Esta afirmación se ve reforzada por la procedencia geográfica de la muestra. El que la mitad de las mujeres provenga de provincias periféricas como San Marcos, Celendín y Bambamarca, junto con el hecho de que el 82,7% de los casos requirieron ser referidos desde hospitales menos complejos, muestra carencias estructurales en el sistema sanitario. Estos números indican que las complicaciones obstétricas surgen o no se pueden controlar en la primera línea de atención, lo que obliga a hacer transferencias tardías. En zonas con geografía irregular como Cajamarca, la dispersión del territorio

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

alarga los períodos de traslado, convirtiendo una complicación médica que se puede manejar en una disfunción orgánica grave antes de ser hospitalizado.

Los resultados indican, desde el punto de vista obstétrico y clínico, que la morbilidad materna extrema se acumula sobre todo en el tiempo prenatal (82,1%), siendo más notable entre la semana 37 y 41 de embarazo (30,8%). Esta conducta epidemiológica se alinea con informes anteriores que señalan que el tercer trimestre tardío es la ventana de mayor inestabilidad hemodinámica y metabólica para la mujer embarazada, un lapso en el cual los trastornos hipertensivos y los desprendimientos placentarios suelen aparecer de manera abrupta. Además, el hecho de que haya más mujeres multigestas (57,7%) que primigestas (33,3%) corrobora la hipótesis de que tener partos sucesivos produce un deterioro biológico acumulativo y aumenta el riesgo de anomalías en la inserción placentaria o atonía uterina; estos son componentes decisivos para hemorragias masivas.

## **CONCLUSIONES**

Las cifras revelan que el Hospital Regional Docente de Cajamarca funciona como un centro rescate altamente complejo, que asume las carencias del sistema periférico. Reducir la morbilidad materna extrema en la zona no solo depende de las capacidades resolutivas del quirófano, sino también de una inmediata reestructuración que englobe la educación a nivel comunitario de las gestantes, el diagnóstico temprano en el primer nivel y la mejora en los canales para referir pacientes con fines médicos para prevenir retrasos fatales.

## **CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

## **FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado.

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

## **REFERENCIAS CONSULTADAS**

1. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva. [Internet] 2011 [citado 15 de Feb 2026]. <https://n9.cl/igemg>
2. Cecatti, J. G., Souza, J. P., Oliveira Neto, A. F., Parpinelli, M. A., Sousa, M. H., Say, L., & Pattinson, R. C. Pre-validation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. *Reproduc. Health* [Internet]2011[citado 18 de Mar de 2026];8(22). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-22>
3. De Mucio, B., Abalos, E., Cuesta, C., Carroli, G., Serruya, S., Giordano, D., Martinez, G., Sosa, C. G., Souza, J. P. Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. *Reprod Healt* [Internet]2016[citado 12 de Mar];13(1):134. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0250-9>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023: Cajamarca. Informe departamental. [Internet] Lima (PE): INEI; 2024[citado 25 de Abr 2026]. <https://n9.cl/1uizue>
5. Vera-Loyola E., Villar Chamorro A., Ramírez Cabrera J., Csetovic A., Cruzate Cabrejos V., Poterico J. et al. Risk factors associated with extreme maternal morbidity. *Rev. cuban. med. mil.* [Internet]. 2024[citado 15 Abr 26]; 53(3). <https://n9.cl/j5jqe>
6. Guevara Ríos E. Extreme maternal morbidity in the Peruvian Instituto Nacional Materno Perinatal, experience and results. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2024 [citado 28 Abr 2026];70(2):00004. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2627>
7. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill; 2014. <https://n9.cl/t6g8vh9>

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

8. Rodríguez A, Pérez AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. Rev. EAN [Internet]. 2017 [citado 15 Abr 2026]; 82:179-200.: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
9. Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Perinatal (SIP)[Internet] Oficina Regional para las Américas,2026[citado 14 Abr 2026]. <https://n9.cl/tqciw>
10. Poemape Aguirre, F., Alpaca Salvador, H., y Sánchez Vásquez, L. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2025[citado 28 Abr 2026];17(4): e2441. <https://n9.cl/uxqni>
11. Vera-Loyola E., Villar Chamorro A., Ramírez Cabrera J., Csetovic Aleksandar, C., Cabrejos V., Poterico J. et al. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. Rev. cuban. med. mil. [Internet]. 2024 [citado 9 Mar 2026];53(3). <https://n9.cl/v5wc5>
12. Dol, J., Hughes, B., Bonet, M., Dorey, R., Dorling, J., Grant, A., Langlois, EV, Monaghan, J., Ollivier, R., Parker, R., Roos, N., Scott, H., Shin, HD y Curran, J. Momento de la mortalidad materna y la morbilidad grave durante el período posparto: una revisión sistemática. JBI evide. synt.[Internet]2022[citado 23 Mar 2026];20 (9):2119–2194. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00578>
13. Say, L., Souza, J. P., Pattinson, R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best pract & resear. Clinic. obstetr. & gynaeco. [Internet] 2009 [citado 24 Abr 2026];23(3):287–296. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007>
14. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, et al. Saving Lives, Improving Mothers' Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–2020. Oxford: University of Oxford; 2022. [citado 17 de Abr 2026]. <https://n9.cl/6bmwm>
15. Doubova, S. V., Cruz, M. P., Perez-Moran, D., Cortes, L. R. G., Anrubio, G. E., Ruiz, C. E. P., Mancillas, M. C. C., Aguilar, C. A. P., Garcia, M. Á. R., Delgado, A. S., Pérez-Cuevas, R., Arsenault, C., & Fresnedo, C. Q. Factors influencing pregnant women's use of antenatal and emergency care services covered by social security: findings from the maternal eCohort in Mexico. BMC pregnan. and childb. [Internet]2025[citado 11 Abr 2026];25(1): 1160. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08301-9>

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. **SALUD Y VIDA**

Volumen 10. Número 2. Año 10. Edición Especial. 2026

Hecho el depósito de Ley: FA2016000010

ISSN: 2610-8038

FUNDACIÓN KOINONIA (F.K).

Santa Ana de Coro, Venezuela.

Marieta Marlene Lezama-Torres; Lorena Judith Becerra-Goicochea

©2026 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).