



<https://doi.org/10.24245/gom.v93i11.277>

Morbilidad materna perinatal en inmigrantes venezolanas y nativas peruanas en un hospital de Lima, Perú

Maternal and perinatal morbidity in Venezuelan immigrants and Peruvian natives in a hospital in Lima, Peru.

Gianella Naomi Sánchez Saldarriaga,¹ Elia Ku Chung²

Resumen

OBJETIVO: Establecer la asociación entre la morbilidad materna y perinatal con la nacionalidad peruana o venezolana en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y de corte transversal. *Criterios de inclusión:* historias clínicas de pacientes entre 18 y 34 años, en el puerperio, con nacimientos únicos atendidos en el 2023. *Criterios de exclusión:* pacientes con embarazos múltiples e historias clínicas incompletas. Se calculó un tamaño de muestra de 347 registros (IC95%, precisión del 5% y proporción esperada del 50%), con estratificación de los casos por nacionalidad (92% peruanas y 8% venezolanas) y selección aleatoria de los registros de cada estrato. *Variables analizadas:* morbilidad de las pacientes durante el embarazo, nacimiento y puerperio; y morbilidad perinatal. Se aplicaron las pruebas de χ^2 de Pearson y exacta de Fisher según correspondiera; se consideró significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se revisaron 290 historias clínicas (270 de pacientes peruanas y 20 de venezolanas) 8 de 20 embarazadas venezolanas tuvieron controles prenatales insuficientes, en comparación con 24.8% de las peruanas. En las venezolanas destacaron la infección por VIH y la anemia leve (20%), mientras que en las peruanas predominó la anemia leve (13.7%). La vía de nacimiento fue abdominal en el 70% de las venezolanas y en el 60.7% de las peruanas. La anemia posparto afectó al 60% de las peruanas y al 40% de las venezolanas. Se encontró asociación entre nacionalidad venezolana e incompatibilidad ABO/Rh ($p = 0.008$), sin relación con otras morbilidades maternas o perinatales.

CONCLUSIÓN: La nacionalidad venezolana se asoció solo con la incompatibilidad ABO/Rh.

PALABRAS CLAVE: Morbilidad; inmigración; complicaciones del embarazo; complicaciones del parto; anemia; incompatibilidad ABO/Rh.

Abstract

OBJECTIVE: To establish the association between maternal and perinatal morbidity and Peruvian or Venezuelan nationality among patients treated at the Sergio E. Bernales National Hospital in Lima, Peru.

MATERIALS AND METHODS: This was an observational, analytical, cross-sectional study. Inclusion criteria: patients' medical records between 18 and 34 years of age in the postpartum period with single births, treated in 2023. Exclusion criteria: patients with multiple pregnancies and incomplete medical records. The calculated sample size

¹ Licenciada en Obstetricia.

² Magister en Salud Pública.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-0022-4958>

<https://orcid.org/0000-0003-1580-9630>

Recibido: mayo 2025

Aceptado: agosto 2025

Correspondencia

Elia Ku Chung

ekuc@unmsm.edu.pe

Este artículo debe citarse como:

Sánchez-Saldarriaga GN, Ku-Chung E. Morbilidad materna perinatal en inmigrantes venezolanas y nativas peruanas en un hospital de Lima, Perú. Ginecol Obstet Mex 2025; (11): 472-481.



was 347 (95% CI, 5% precision, and expected proportion of 50%), with stratification of cases by nationality (92% Peruvian and 8% Venezuelan), and random selection of records from each stratum. The variables analysed were patient morbidity during pregnancy, birth and the postpartum period, and perinatal morbidity. Pearson's χ^2 test and Fisher's exact test were applied as appropriate, with a p-value of less than 0.05 being considered significant.

RESULTS: A total of 290 medical records were reviewed (270 from Peruvian patients and 20 from Venezuelan patients). 40% of Venezuelan pregnant women had received inadequate prenatal care, compared to 24.8% of Peruvian women. HIV infection (20%) and mild anaemia (13.7%) were prevalent among Peruvian women, while mild anaemia (20%) was prevalent among Venezuelan women. Abdominal delivery was performed on 70% of Venezuelan women and 60.7% of Peruvian women. Postpartum anaemia affected 60% of Peruvian women and 40% of Venezuelan women. An association was found between Venezuelan nationality and ABO/Rh incompatibility ($p = 0.008$), which was not related to other maternal or perinatal morbidities.

CONCLUSION: Venezuelan nationality was only associated with ABO/Rh incompatibility.

KEYWORDS: Morbidity; Immigration; Pregnancy complications; Obstetric labor complications; Anemia; ABO/Rh incompatibility.

ANTECEDENTES

La morbilidad es un indicador epidemiológico que hace referencia a enfermedades, lesiones o alteraciones que afectan la salud de una población determinada.¹ En este contexto, la morbilidad materna comprende todos los problemas de salud que pueden aparecer en una mujer y se atribuyen al embarazo y al parto, o su complicación, lo que de manera adversa afecta su salud.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema como la condición en la que una mujer se encuentra al borde de la muerte, pero sobrevive a una complicación grave durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo. De manera complementaria, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) la describe

como una complicación grave que amenaza la vida de la embarazada y requiere atención médica inmediata para evitar un desenlace mortal.³

En América Latina, la salud materna ha experimentado retrocesos significativos en los últimos años. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región sufrió una regresión de dos décadas en los indicadores maternos debido a la pandemia de COVID-19, con un incremento del 15% en la razón de mortalidad materna entre 2016 y 2020, luego de una disminución sostenida del 16.4% entre 1990 y 2015.⁴ En 2020, la razón de mortalidad materna se estimó en 259.2 por cada 100,000 nacidos vivos en Venezuela, mientras que en Perú fue de 81.6 por cada 100,000, lo que refleja una diferencia sustancial entre ambos países.^{5,6} Además, en Perú, la mortalidad materna ha mostrado una tendencia decreciente: se registraron 291 muertes en 2022; 264 fallecimientos en 2023,⁷ 243 en 2024, y 22

mueres hasta la semana epidemiológica 8 del año 2025.⁸

La crisis humanitaria en Venezuela ha generado un flujo migratorio masivo hacia diversos países de América Latina, y Perú representa el segundo país receptor después de Colombia. En 2022 se estimó una población venezolana en Perú de aproximadamente 1.45 millones, cifra que aumentó a 1.6 millones en 2023. No obstante, para los migrantes en situación irregular se dificulta la obtención de datos precisos del total de personas provenientes de Venezuela.^{9,10}

Este fenómeno migratorio ha supuesto un aumento de las responsabilidades del Estado peruano, incluida la provisión de servicios esenciales: educación, empleo, saneamiento y, en especial, atención en salud. En cuanto a las pacientes embarazadas venezolanas, se han identificado barreras que dificultan el acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud; por ejemplo: falta de cobertura por el Seguro Integral de Salud (SIS), carencia de documentación regular, limitaciones económicas y temor a ser objeto de discriminación.^{11,12}

En este contexto, la morbilidad materna extrema puede ser consecuencia de la falta de atención oportuna de complicaciones prevenibles durante el embarazo, cuyas características pueden variar entre poblaciones nativas e inmigrantes, con la consecuente afectación al recién nacido. Por tanto, el objetivo de este estudio fue: determinar la asociación entre la morbilidad materna y perinatal con la nacionalidad peruana o venezolana en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes en el puerperio y sus recién nacidos atendidos en el Hospital Na-

cional Sergio E. Bernales de Lima, Perú, durante el año 2023. El tamaño de muestra se calculó considerando un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción esperada del 50%, con la que se obtuvieron 347 registros. Puesto que el 92% de las pacientes en el puerperio eran de nacionalidad peruana y el 8% venezolana (datos del área estadística del hospital), se aplicó un muestreo probabilístico estratificado por nacionalidad. La selección de historias clínicas, de cada estrato, se efectuó mediante números aleatorios generados en el programa Excel.

Criterios de inclusión: pacientes en el puerperio de entre 18 y 34 años, con feto único y con 22 o más semanas de embarazo. *Criterios de exclusión:* pacientes con embarazos múltiples, enfermedades maternas preexistentes no relacionadas con el embarazo (cáncer o enfermedades autoinmunitarias crónicas) y registros duplicados o con inconsistencias.

Variables de estudio: morbilidad materna (complicaciones durante el embarazo, el nacimiento o el puerperio); morbilidad perinatal (problemas de salud en el recién nacido durante los primeros siete días de vida); y nacionalidad (peruana o venezolana). Se elaboró una ficha de recolección, con base en la información disponible en las historias clínicas, que consideró: características personales (edad, estado civil, años de escolaridad, ocupación y lugar de nacimiento), clínicas (grupo sanguíneo, factor Rh e índice de masa corporal pregestacional) y obstétricas (embarazos previos, controles prenatales y antecedente de cesárea), y desenlaces maternos y perinatales (morbilidad durante el embarazo, nacimiento y puerperio, puntaje de Apgar, peso al nacer, semanas de embarazo por Capurro y morbilidad neonatal).

La información se incorporó a una base de datos de Microsoft Excel 2019, y se analizó en el programa IBM SPSS Statistics versión 26. Se llevó a cabo el análisis descriptivo mediante frecuencias



absolutas y relativas, análisis inferencial para evaluar la asociación entre la nacionalidad y las variables de morbilidad materna y perinatal con la aplicación de la prueba de χ^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher cuando la cantidad de casos esperados en alguna celda fue inferior a cinco. Se consideró significativo el valor de $p < 0.05$.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, contó con la autorización de los departamentos de consulta externa y hospitalización para el acceso a las historias clínicas. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se garantizó la confidencialidad de la información, omitiendo datos identificatorios. No se reportaron conflictos de interés.

RESULTADOS

Se encontraron 3477 historias clínicas que, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión solo quedaron 290 registros de mujeres atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2023, de las que el 93.1% ($n = 270$) eran de nacionalidad peruana y el 6.9% ($n = 20$) venezolana.

La edad media de las pacientes fue de 27 años, y el grupo etario más frecuente fue el de 23 a 28 años (42.1%). La mayoría de las participantes eran convivientes (69.3%), tenían educación secundaria (79.7%) y se dedicaban al hogar (81.4%), sin diferencias significativas por nacionalidad ($p > 0.05$). **Cuadro 1**

El grupo sanguíneo más frecuente fue O (86.6%). Hubo asociación significativa con la nacionalidad ($p = 0.023$), lo que destacó mayor proporción de los grupos A y B en venezolanas (20 y 10%, respectivamente) en comparación con las peruanas (10.4 y 1.9%). Asimismo, el Rh negativo fue más frecuente en venezolanas que en peruanas (15 vs 0.4%; $p = 0.001$). **Cuadro 1**

Respecto al estado nutricional pregestacional, el sobrepeso fue la condición más frecuente (42.8%), sin diferencias entre nacionalidades ($p = 0.522$). En cuanto a los controles prenatales, el 40% de las venezolanas no alcanzó el mínimo de seis controles frente al 24.8% de las peruanas ($p = 0.135$). La cesárea previa fue más frecuente en venezolanas (55%) que en peruanas (42.8%), diferencia no significativa ($p = 0.424$). **Cuadro 1**

En las morbilidades maternas durante el embarazo, las venezolanas resultaron con mayores tasas de infección por VIH (20 vs 7.8%), anemia leve (20 vs 13.7%), diabetes gestacional (10 vs 3.7%) y enfermedades hipertensivas del embarazo (10 vs 7.4%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$ en todos los casos). **Cuadro 2**

No se encontraron diferencias significativas en la morbilidad materna durante el nacimiento, aunque la cesárea fue más frecuente en venezolanas (70 vs 60.7%; $p = 0.412$). La pérdida del bienestar fetal se registró solo en pacientes peruanas (4.1%), y el parto pretérmino fue levemente mayor en venezolanas (5 vs 3.7%), sin significación estadística ($p = 0.551$). **Cuadro 3**

En el puerperio, la anemia afectó al 60% de las peruanas y al 40% de las venezolanas ($p = 0.080$). Las infecciones de vías urinarias fueron más frecuentes en venezolanas (20%) que en peruanas (13.3%), sin significación estadística ($p = 0.496$). La mastitis puerperal (0.4%), la hemorragia posparto (3%) y la infección de herida operatoria (1.1%) se observaron solo en mujeres peruanas, sin diferencias relevantes ($p > 0.05$). **Cuadro 4**

Entre las morbilidades perinatales, la incompatibilidad ABO/Rh materno-fetal fue la más prevalente en los recién nacidos de madres venezolanas (30 vs 8.5%), y fue la única alteración con asociación estadísticamente significativa con la nacionalidad ($p = 0.008$). El recién nacido pequeño para la edad gestacional se

Cuadro 1. Características personales, clínicas y obstétricas de pacientes en el puerperio

Características	Peruanas		Venezolanas		Total		p
	n = 270	%	n = 20	%	n = 290	%	
Edad							
18-22 años	56	20.7	5	25.0	61	21.0	0.262**
23-28 años	111	41.1	11	55.0	122	42.1	
29-34 años	103	38.1	4	20.0	107	36.9	
Estado civil							
Solteras	75	27.8	7	35.0	82	28.3	0.547**
Casadas	6	2.2	1	5.0	7	2.4	
Convivientes	189	70.0	12	60.0	201	69.3	
Nivel educativo							
Sin estudios o solo primaria	9	3.3	0	0	9	3.1	1.000*
Secundaria y superior	261	96.7	20	100.0	281	96.9	
Ocupación							
Ama de casa	218	80.7	18	90.0	236	81.4	0.388*
Trabaja o estudia	52	19.3	2	10.0	54	18.6	
Grupo sanguíneo							
A	28	10.4	4	20.0	32	11.0	0.023*
B	5	1.9	2	10.0	7	2.4	
O	237	87.8	14	70.0	251	86.6	
Factor Rh -	1	0.4	3	15.0	4	1.4	0.001*
IMC pregestacional							
Normal	101	37.4	6	30.0	107	36.9	0.522**
Sobrepeso	116	43.0	8	40.0	124	42.8	
Obesidad	53	19.6	6	30.0	59	20.3	
Embarazos							
Primigestas	61	22.6	4	20.0	65	22.4	0.667**
Segundigestas	82	30.4	8	40.0	90	31.0	
Multigestas	127	47.0	8	40.0	135	46.6	
Menos de 6 controles prenatales	67	24.8	8	40.0	75	25.9	0.135**
Cesáreas previas							
0	155	57.4	9	45.0	164	56.6	0.424**
1	72	26.7	8	40.0	80	27.6	
Más de 2	43	15.9	3	15.0	46	15.9	

** Estimado con χ^2 de Pearson; * Estimado con prueba exacta de Fisher.

**Cuadro 2.** Enfermedades durante el embarazo asociadas con la nacionalidad

Morbilidades	Peruana		Venezolana		p*
	n = 270	%	n = 20	%	
Anemia leve	37	13.7	4	20.0	0.501
Anemia moderada	24	8.9	1	5.0	1.000
Anemia severa	0	0	1	5.0	0.069
Hemorragia obstétrica	3	1.1	0	0	1.000
Oligohidramnios	10	3.7	0	0	1.000
Ruptura prematura de membranas	10	3.7	0	0	1.000
Enfermedad hipertensiva del embarazo	20	7.4	2	10.0	0.655
Diabetes gestacional	10	3.7	2	10.0	0.197
Sífilis gestacional	8	3.0	0	0	1.000
VIH gestacional	21	7.8	4	20.0	0.081
Hepatitis B gestacional	4	1.5	0	0	1.000

* Estimado con prueba exacta de Fisher.

Cuadro 3. Morbilidades de las madres durante el nacimiento asociadas con la nacionalidad

Morbilidades	Peruana		Venezolana		p
	n = 270	%	n = 20	%	
Trabajo de parto disfuncional	5	1.9	0	0	1.000*
Pérdida del bienestar fetal	11	4.1	0	0	1.000*
Parto pretérmino	10	3.7	1	5.0	0.551*
Vía de nacimiento abdominal	164	60.7	14	70.0	0.412**

** Estimado con χ^2 de Pearson; * Estimado con prueba exacta de Fisher.

Cuadro 4. Morbilidades de las madres durante el puerperio asociadas con la nacionalidad

Morbilidades	Peruana		Venezolana		p
	n = 270	%	n = 20	%	
Anemia	162	60.0	8	40.0	0.080**
Infección de vías urinarias	36	13.3	4	20.0	0.496*
Hemorragia posparto	8	3.0	0	0	1.000*
Mastitis	1	0.4	0	0	1.000*
Infección de herida quirúrgica	3	1.1	0	0	1.000*

** Estimado con χ^2 de Pearson; * Estimado con prueba exacta de Fisher.

registró en el 25% de hijos de madres venezolanas en comparación con 13.7% peruanas ($p = 0.184$). El bajo peso al nacer afectó al 15% de los neonatos de madres venezolanas en contraposición con 8.1% de madres peruanas ($p = 0.396$). La macrosomía se observó solo en recién nacidos de madres peruanas (5.6%), y la prematuridad fue similar entre ambas nacionalidades (5 en comparación con 4.4%; $p = 1.000$). Otras alteraciones (sepsis neonatal) fueron poco frecuentes. **Cuadro 5**

DISCUSIÓN

La morbilidad materno-perinatal constituye un indicador clave para evaluar la calidad de los servicios de salud, el bienestar de las embarazadas y de los recién nacidos, porque permite analizar desigualdades en los desenlaces clínicos y las barreras existentes en la atención a la salud.

En relación con las características clínicas, se identificó elevada prevalencia de sobrepeso pregestacional, sobre todo en la población peruana. Este hallazgo coincide con lo reportado por Fernández y su grupo,¹² quienes documentaron un incremento progresivo del sobrepeso y la obesidad en las embarazadas peruanas entre 2018 y 2022. Por su parte, Singh y DiBari¹³ en-

contraron que las mujeres migrantes, en general, muestran menores tasas de obesidad y sobrepeso en comparación con las nativas; sin embargo, estas diferencias pueden disminuir por factores como: aculturación, entorno social y hábitos de vida del país receptor.

Una proporción importante de pacientes venezolanas tuvo una cantidad mínima de seis citas de control prenatal. Este resultado es consistente con lo descrito por Behboudi y su grupo,¹⁴ quienes señalaron que las mujeres migrantes acceden en menor medida al control prenatal por barreras culturales, dificultades logísticas y experiencias negativas con el personal de salud. De igual manera, Calle y su equipo¹⁵ reportaron menor cantidad de controles prenatales en embarazadas venezolanas comparadas con nativas colombianas, factor influido por condiciones laborales precarias y duelo migratorio. Asimismo, Ipia y colaboradores¹⁶ identificaron otros factores asociados: desempleo, responsabilidades domésticas, ausencia de pareja estable y desconocimiento de la importancia del control prenatal.

Se observó una mayor prevalencia de infección por VIH durante el embarazo en mujeres venezolanas, aunque sin diferencias significativas. Esto

Cuadro 5. Morbilidades perinatales asociadas con la nacionalidad

Morbilidades	Peruana		Venezolana		p*
	n = 270	%	n = 20	%	
Apgar menor de 7 al minuto	8	3.0	2	10.0	0.146
Bajo peso al nacer	22	8.1	3	15.0	0.396
Prematuridad	12	4.4	1	5.0	1.000
Pequeño para las semanas de gestación	37	13.7	5	25.0	0.184
Grande para las semanas de gestación	28	10.4	0	0	0.235
Macrosomía	15	5.6	0	0	0.610
Incompatibilidad ABO/Rh	23	8.5	6	30.0	0.008
Sepsis neonatal	1	0.4	0	0	1.000

* Estimado con prueba exacta de Fisher.



difiere de lo informado por Calle y coautores,¹⁵ quienes reportaron mayor proporción de casos en gestantes nativas. Sin embargo, Escobar y su grupo¹⁷ señalaron que la trasmisión materno-infantil del VIH sigue siendo frecuente en la población migrante, asociada con vulnerabilidad socioeconómica y conductas de riesgo.

También se observó una mayor frecuencia de diabetes gestacional y enfermedades hipertensivas del embarazo en las embarazadas venezolanas. Estos resultados coinciden, parcialmente, con Calle y su equipo,¹⁵ quienes identificaron mayor proporción de hipertensión en la población migrante. En contraste, Ortiz y colaboradores,¹⁸ en Chile, identificaron mayor prevalencia de diabetes gestacional en mujeres nativas, apoyando la teoría del “inmigrante saludable”, que señala que las personas migrantes tienden a ser más jóvenes y mantener hábitos saludables. Bauzá y su grupo,¹⁹ y Lewandowska y su equipo²⁰ señalan que los antecedentes personales y familiares, además del sobrepeso y la obesidad pregestacional constituyen factores determinantes para este tipo de complicaciones.

En cuanto a la vía de nacimiento, se observó un mayor porcentaje de nacimientos por cesárea en las mujeres venezolanas. Este resultado es consistente con lo descrito por Asencios y Magallanes,²¹ quienes encontraron asociación entre la condición migrante y mayor frecuencia de cesárea en Perú, quizá relacionada con controles prenatales insuficientes o diagnósticos tardíos. En cambio, De León y su equipo²² reportaron una mayor proporción de cesáreas en mujeres nativas, lo que muestra variabilidad de resultados según el contexto.

Respecto a la morbilidad perinatal, se identificó una mayor proporción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional y con bajo peso al nacer en madres venezolanas, aunque sin diferencias significativas. Esto concuerda con

Verschuuren y su equipo,²³ quienes encontraron mayor riesgo de estos desenlaces en mujeres solicitantes de asilo en Países Bajos. De manera similar, Asencios y Magallanes²¹ reportaron que la condición migrante incrementa en 40% el riesgo de bajo peso al nacer. No obstante, Ortiz y su grupo²⁴ encontraron una mayor prevalencia de bajo peso al nacer en recién nacidos de madres chilenas, lo que atribuyeron al efecto del “inmigrante saludable”.

El único hallazgo con asociación significativa fue la incompatibilidad ABO/Rh, sobre todo en los recién nacidos de madres venezolanas. Esto puede explicarse por la mayor proporción de Rh negativo en esta población, tal como lo documentó Núñez.²⁵ Asimismo, Corrêa y su equipo²⁶ resaltaron que la enfermedad hemolítica del recién nacido por aloinmunización ABO o Rh puede tener una incidencia importante en Latinoamérica y, además, es reflejo del control prenatal deficiente, identificado en las mujeres venezolanas, y su sistema de salud que en su momento no consideraron la profilaxis de la enfermedad Rh.

Las limitaciones de este estudio incluyen: tamaño de muestra reducido respecto al inicialmente previsto, debido a limitaciones administrativas (acceso restringido a algunas historias clínicas y la disponibilidad parcial de registros completos). Esto pudo afectar la representatividad de la muestra y limitar la generalización de los hallazgos. Además, el diseño retrospectivo impide establecer relaciones causales, y la dependencia de la calidad y exhaustividad de los registros clínicos puede haber introducido sesgos de información. Aun así, los resultados resaltan la importancia de adaptar las intervenciones en salud materna y neonatal a las particularidades de la población migrante, garantizando acceso equitativo, controles prenatales adecuados y vigilancia de enfermedades específicas, por ejemplo: la incompatibilidad ABO/Rh.

CONCLUSIONES

La nacionalidad venezolana se asoció de manera significativa con la incompatibilidad ABO/Rh en los recién nacidos, sin encontrarse relación con otras morbilidades maternas o perinatales. En poblaciones migrantes es importante fortalecer la vigilancia de la salud de las madres y sus recién nacidos, e implementar controles prenatales culturalmente pertinentes y garantizar un trato equitativo y libre de discriminación en los servicios de salud. Es imprescindible emprender más estudios, con enfoques mixtos o longitudinales que permitan profundizar en la evolución de estos indicadores y evaluar su repercusión en las políticas públicas de salud de las mujeres migrantes y sus hijos.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censo - Panamá. Morbilidad. https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/glosario/WebHelp/Morbilidad_1.htm
2. World Health Organization. Maternal morbidity and well-being. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/maternal-morbidity-and-well-being>
3. Instituto Nacional de Salud Colombia. Colombia: Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad materna extrema, versión 6, 2024. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_MME%202024.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe, 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Perfil de país – Venezuela, 2022. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-venezuela>
6. Gil-Cipirán F. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Mesa de Concertación. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú: MINSa, 2021. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>
7. Gil-Cipirán F. Situación de la Mortalidad Materna 2022 y 2023. Mesa de Concertación. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú: MINSa, 2023. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
8. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Perú: Sala Situacional de Muerte Materna, 2024. <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-muerte-materna/>
9. Vera-Delzo P. Migración Venezolana en el Perú: Percepciones y Realidades. Centro de Estudios Estratégicos del Ejército del Perú, 2023. <https://ceep.mil.pe/2023/03/23/migracion-venezolana-en-el-peru-percepciones-y-realidades/>
10. Organización de las Naciones Unidas en Perú. Perú: La migración venezolana y su impacto, 2022. <https://peru.un.org/es/212763-la-migraci%C3%B3n-venezolana-y-su-impacto>
11. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes. Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes Perú: Análisis conjunto de necesidades; plan regional de respuesta para refugiados y migrantes, 2022. <https://www.r4v.info/es/document/JNA-RMRP2022>
12. Fernández J, Flores S, Flores J, et al. Análisis comparativo de los indicadores del estado nutricional en gestantes 2018-2022 en el Perú. *Evidencia* 2024; 21 (Supl): e14731. <https://ciberindex.com/c/ev/e14731>
13. Singh GK, DiBari JN. Marked disparities in pre-pregnancy obesity and overweight prevalence among US women by race/ethnicity, nativity/immigrant status, and sociodemographic characteristics, 2012–2014. *J Obes* 2019; 1-13. doi: 10.1155/2019/2419263
14. Behboudi S, Bidhendi R, Panahi M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Stillbirth, Perinatal and Neonatal Mortality in Immigrant Women. *Int J Public Health* 2022; 67 (1604479):1-13. doi: 10.3389/ijph.2022.1604479
15. Calle A, Ramírez B, Quirós O. Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Rev. Ginecol Obstet México* 2022; 90 (1): 21-31. doi: 10.24245/gom.v90i1.6973
16. Ipia N, Ortega D, Acosta P, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med* 2019; 67 (3): 519-523. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576366816019>
17. Escobar L, Díaz A, González A, et al. Caracterización y factores de riesgo en recién nacidos expuestos al virus de la inmunodeficiencia humana durante el embarazo en tres centros hospitalarios de referencia en Cúcuta, Colombia. *Rev Chil Infectol* 2024; 41 (5): 603-610. doi: 10.4067/s0716-10182024000500147
18. Ortiz J, Diaz M, Araya B, et al. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Elsevier: Midwifery* 2019; 75: 72-79. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.008.
19. Bauzá G, Bauzá D, Bauzá J, et al. Incidence and risk factors of gestational diabetes. *Acta Médica del Centro* 2022; 16 (1): 79-89. <http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v16n1/2709-7927-amdc-16-01-79.pdf>
20. Lewandowska M, Więckowska B, Sajdak S. Pre-Pregnancy Obesity, Excessive Gestational Weight Gain, and the Risk of Pregnancy-Induced Hypertension and Gestational Diabetes Mellitus. *JCM* 2020; 9 (6): 1-13. doi: 10.3390/jcm9061980



21. Asencios E, Magallanes M. Salud perinatal en peruanas y migrantes, análisis del registro nacional de hechos vitales, Perú 2018. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo* 2023; 16 (1): e1711. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2023.161.1711.
22. De León J, Sánchez A, Rangel J, et al. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del servicio de obstetricia en Latinoamérica. *Ciencia Latina* 2023; 7 (5): 5897-911. doi: 10.37811/cl_rcm.v7i5.8187
23. Verschuuren A, Postma I, Riksen Z, et al. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20 (1): 320. doi: 10.1186/s12884-020-02985-x.
24. Ortiz J, Carroza M, Quiroz J, et al. Maternal and perinatal outcomes of peruvian pregnant women in Chile: exploring the healthy immigrant effect. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2021; 37 (4): 654-61. doi: 10.17843/rpmesp.2020.374.6098.
25. Núñez I. Prevalencia de los grupos sanguíneos ABO y Rh en la ciudad de Quito-Ecuador. *Revista San Gregorio* 2022; 1 (52): 102-114. doi: 10.36097/rsan.v0i52.2226
26. Corrêa M, Espino S, Fernandes M, et al. Hemolytic disease of the fetus and newborn and Rhesus alloimmunization in Latin American countries: a scoping review. *Springer Nature* 2024; 24: 830. doi: 10.1186/s12884-024-07044-3

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.