



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**EVALUACIÓN DE REFERENCIAS DE PACIENTES CON EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS REALIZADAS POR LA MICRO RED PACHACÚTEC AL
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, OCTUBRE A DICIEMBRE 2015.**

PRESENTADO POR:

LA BACHILLER ROXANA ELIZABETH RAICO YOPLA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

CAJAMARCA – PERÚ

2016

A:

La presente tesis es dedicada de manera especial a mis padres, pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual me quiero reflejar pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más.

A mi hermano por su apoyo emocional y estímulo.

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar agradecer a Dios, ser maravilloso que me dio fe, sabiduría y la fuerza para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional y por ser un ejemplo de vida.

A mi asesora: M.Cs. María Ynes Huamaní de Torres, quien me brindó su valiosa y desinteresada enseñanza, tiempo y orientación en la elaboración de la presente tesis.

En realidad son muchas personas que han participado en este trabajo de forma desinteresada, a los que quiero expresarles mi gratitud por el apoyo y la confianza que me han prestado.

RECONOCIMIENTO:

A la Universidad Alas Peruanas –
Filial Cajamarca, por brindarme la oportunidad
de desarrollar capacidades, competencias y
optar el Título Profesional de Obstetra.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	5
1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.....	5
1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	5
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	5
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	6
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	6
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	8
1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	8
1.5.3. VARIABLES.....	9
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	12
a) TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	12
b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
a) MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	12
b) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
a) POBLACIÓN.....	13
b) MUESTRA.....	13
1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	13
a) TÉCNICAS.....	13
b) INSTRUMENTOS.....	14

1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
a) JUSTIFICACIÓN.....	15
b) IMPORTANCIA.....	16
c) LIMITACIONES.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	17
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	48
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
3.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.....	49
3.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	49
3.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	70
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	77

RESUMEN

La presente investigación titulada “Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015”. Tuvo como objetivo evaluar las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca. Este estudio es de tipo aplicado; nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 207 referencias; para la recolección de datos se utilizó una ficha de evaluación y el procesamiento de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

La primera causa de referencia por emergencias obstétricas fueron las hemorragias (32,7%). Dentro de los datos que se registran incorrectamente con mayor frecuencia son: antecedentes importantes (63,8%), registro de exámenes auxiliares (43,5%), código CIE X (57,0%), registro del estado que llega la paciente al Hospital Regional de Cajamarca (41,1%) y casi en la totalidad no se registra el monitoreo de funciones vitales (94,7%) y monitoreo obstétrico (92,8%).

Se concluye que el mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca son regulares (77,8%) e inadecuadas (13,5%).

Palabras claves: evaluación, referencias, emergencias obstétricas.

ASBTRACT

This research titled "Evaluation of referrals of patients with obstetric emergencies undertaken by the Micro Red Pachacutec Cajamarca Regional Hospital, October to December 2015". It aimed to assess patient referrals to emergency obstetric made by the Micro Red Pachacutec Cajamarca Regional Hospital. This study is the rate applied; descriptive level and no experimental cross-sectional design. The sample consisted of 207 references; data collection for a scorecard and data processing was performed using the SPSS statistical package was used.

The first cause of reference for obstetric emergencies were bleeding (32.7%). Within the data recorded incorrectly most often they are: important antecedents (63.8%), registration of auxiliary examinations (43.5%), code CIE X (57.0%), state registration the patient arrives Regional Hospital of Cajamarca (41.1%) and almost all monitoring vital functions (94.7%) and obstetric monitoring (92.8%) is recorded.

It is concluded that the highest percentage of referrals of patients with obstetric emergencies undertaken by the Micro Red Pachacutec Cajamarca Regional Hospital are regular (77.8%) and inadequate (13.5%).

Keywords: assessment, referrals, obstetric emergencies.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es un periodo privilegiado en la vida de la mujer pues enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos pero si evitados. Uno de esos riesgos es la mortalidad materna, y además de ser un problema de salud pública a nivel mundial representa para los países un problema social y económico. La adecuada prestación de los servicios de salud son todo un reto y una necesidad sentida de la población dado que en un gran porcentaje de dichas muertes son prevenibles con un adecuado control preconcepcional, prenatal y atención del parto que disminuya el riesgo de las muertes maternas mediante la detección oportuna de signos de alarma en cualquiera de las etapas de la gestación (1).

Alrededor del 99% de las muertes que cada año se producen como consecuencia del embarazo tienen lugar en países en desarrollo, esto representa un tercio de las muertes en las mujeres de 15-49 años. El acceso oportuno a la atención, personal calificado y entrenado, la adecuada atención de las emergencias obstétricas son aspectos esenciales en la reducción de la mortalidad materna (2).

Razones por las que el Ministerio de Salud (MINSA) crea el Sistema de Referencias, que consiste en una interrelación administrativa-asistencial entre establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive, para procurar la continuidad de la atención de una persona sin limitaciones, hasta la satisfacción de sus necesidades de salud; es decir, se busca garantizar que la gestante y puérpera reciban una atención continua y en función a sus necesidades, según el nivel de complejidad, con la tecnología adecuada (3).

Por lo anteriormente señalado, se consideró imprescindible realizar una investigación que permita evaluar las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, la cual está estructurada en tres capítulos:

Cap. I: presenta la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, problemas de investigación, objetivos, hipótesis, variables y metodología de la investigación.

Cap. II: incluye los antecedentes de la investigación, bases teóricas y la definición de términos básicos.

Cap. III: incluye la validez y confiabilidad de los instrumentos, análisis y discusión de tablas y gráficos, prueba de hipótesis.

CAPÍTULO

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El Perú todavía se ubica entre los países de la Región de América Latina y el Caribe (ALC) con alta Mortalidad Materna. Según estudios nos refieren que en el Perú, las mujeres y recién nacidos que mueren, por lo general provienen de las zonas rurales andinas o amazónicas, pobres o extremadamente pobres, con bajo nivel educativo, con poco ejercicio a sus derechos en salud y la equidad de género (4).

La razón de mortalidad materna estimada por la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2013, refiere 93 x 100,000 nacidos vivos (5). Según ENDES 2013 la tasa de Mortalidad Neonatal en el Perú, refiere 11 a 14 x 1,000 nacidos vivos (6). Pese que a nivel nacional se registra un avance en la reducción de Mortalidad Materna Neonatal (MMN), todavía la región Cajamarca es una de las regiones con alta Mortalidad Materna Neonatal (MMN).

En la Región Cajamarca, los determinantes de la mortalidad materna y neonatal se expresa en la multicausalidad relacionada con el analfabetismo, educación y bajo status de la mujer, el no reconocimiento pleno de sus derechos, la malnutrición, vías de comunicación deficientes, malos sistemas de comunicación, difícil acceso geográfico, sistemas de salud con débil capacidad resolutive, en el nivel familiar existe limitado involucramiento de las familias y comunidades en el cuidado de las gestantes y sus recién nacidos (7).

Por tanto, la mortalidad materna y neonatal es un problema de salud pública, vinculado con los derechos humanos, que reflejan la exclusión social por razones de género, culturales y económicas (7). Es así que el Ministerio de Salud el 26 de Julio del 2004, aprueba la Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 018-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”, como estrategia para contribuir en la disminución de este grave problema de salud pública como es la morbilidad materna perinatal, con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención de salud en la población. Sin embargo hasta la fecha se encuentra dificultades en la operativización de la misma, por diversos motivos, principalmente por incumplimiento de esta Resolución (8).

El mal llenado de la hoja de referencia, la falta de coordinación y el inadecuado tratamiento, limita el desarrollo de la atención de la emergencia obstétrica y como consecuencia trae riesgos para la salud, llegando inclusive a la muerte por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio. Todo esto depende también en gran medida de la capacidad del personal de salud.

Por todo lo anteriormente descrito surge la inquietud de realizar el presente estudio de investigación, evaluación de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL.

Esta investigación recopila y analiza las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas en la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca.

La Micro Red Pachacutec está constituida por los siguientes establecimientos de Salud: Puesto de Salud Chamis, Puesto de Salud Lucmacucho, Puesto de Salud Samana Cruz, Centro de Salud Simón Bolívar, Puesto de Salud Atahualpa, Centro de Salud Pachacutec, Puesto de Salud Chontapaccha; los cuales están ubicados en el distrito de Cajamarca y Puesto de Salud Chetilla que se ubica en el distrito de Chetilla, todos ellos pertenecen a la provincia y departamento de Cajamarca.

1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL.

El grupo objeto de estudio son las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015.

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.

El objeto de la investigación toma como punto de partida el mes de octubre del 2015 hasta diciembre del mismo año, por considerar ser un periodo que permite establecer los objetivos planteados.

1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

Esta investigación aborda exclusivamente el tema de “Evaluación de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015”.

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cómo se realizan las referencias de pacientes con emergencias obstétricas enviadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.

- ✓ ¿Qué tipos de emergencias obstétricas se presentan en las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?
- ✓ ¿Es correcto el registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?
- ✓ ¿Es correcto el llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?
- ✓ ¿Es correcto el registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?
- ✓ ¿Se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?
- ✓ ¿Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas?
- ✓ ¿El personal de la Micro Red Pachacútec que realiza las referencias de pacientes con emergencias obstétricas, octubre a diciembre 2015, coordina con el Hospital Regional de Cajamarca antes de referir?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar las referencias de los pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Identificar tipos de emergencias obstétricas que se presentan en las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.
- ✓ Identificar si es correcto el registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.
- ✓ Determinar si es correcto el llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.
- ✓ Precisar si es correcto el registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.
- ✓ Definir si se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.
- ✓ Diagnosticar si las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas.
- ✓ Identificar si el personal de la Micro Red Pachacútec que realiza las referencias de pacientes con emergencias obstétricas, octubre a diciembre 2015, coordina con el Hospital Regional de Cajamarca antes de referir.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.

El mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son regulares e inadecuadas.

1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS.

- ✓ En las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, el tipo de emergencia obstétrica que se presenta con mayor frecuencia es la hemorragia.
- ✓ El registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son correctas.
- ✓ El llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, es incorrecto.
- ✓ El registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son correctos.
- ✓ Durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, no se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas.
- ✓ Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas.
- ✓ Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, no se coordinan.

1.5.3. VARIABLES.

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala	Valor
Variable 1: Evaluación de referencias	Datos generales de la referencia	N° de referencia	Correcto Incorrecto	Cualitativa	Adecuado > a 34 Regular 34-29 Malo < A 29
		Fecha	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Hora real	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Nombre del EESS que refiere	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Apellidos y nombres	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Edad	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		DNI cod. SIS	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Domicilio	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Anamnesis	Detalla el inicio, curso y estado actual de la enfermedad	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Detalla antecedentes importantes del paciente	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Examen físico	Signos vitales	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Peso	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Hallazgos importantes	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Registro de exámenes auxiliares		Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Diagnóstico	Completo	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Usa CIE X	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Tratamiento	De acuerdo a guías de atención	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Registra hora que administró medicamentos	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
	Responsable de la referencia	Nombre	Correcto Incorrecto	Cualitativa	
		Profesión	Correcto	Cualitativa	

			Incorrecto	
		N° de colegiatura	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Firma	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Sello	Correcto Incorrecto	Cualitativa
	Personal que acompaña	Nombre	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Profesión	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		N° de colegiatura	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Firma	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Sello	Correcto Incorrecto	Cualitativa
	Personal que recibe	Nombre	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Profesión	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		N° de colegiatura	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Firma	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Sello	Correcto Incorrecto	Cualitativa
		Registra el estado que llega la paciente	Correcto Incorrecto	Cualitativa
	Monitoreo durante el traslado de la referencia	Funciones vitales	Si No	Cualitativa
		Monitoreo obstétrico	Si No	Cualitativa
Referencia justificada		Si No	Cualitativa	
Se coordinó la referencia		Si No	Cualitativa	
Variable 2 Emergencia obstétrica	Hemorragia	Aborto	Si No	Cualitativa
		Embarazo ectópico	Si No	Cualitativa
		Hemorragia intraparto y postparto	Si No	Cualitativa
		Shock hipovolémico	Si No	Cualitativa

	Trastornos hipertensivos del embarazo	Preeclampsia leve	Si No	Cualitativa
		Preeclampsia severa	Si No	Cualitativa
		Eclampsia	Si No	Cualitativa
		Hellp	Si No	Cualitativa
	Sepsis	Aborto séptico	Si No	Cualitativa
		Ruptura prematura de membranas	Si No	Cualitativa
		Corioamnionitis	Si No	Cualitativa
		Endometritis	Si No	Cualitativa
	Alteraciones del trabajo de parto	Trabajo de parto prolongado	Si No	Cualitativa
		Incompatibilidad feto pélvica y estrechez pélvica	Si No	Cualitativa
Parto podálico		Si No	Cualitativa	

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Por el enfoque que toma la investigación corresponde ser un tipo de investigación aplicada.

- **Aplicada:** porque busca convertir el conocimiento puro, es decir teórico, en conocimiento práctico y útil con aplicación inmediata a un problema determinado. Además da como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad.

b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo a la naturaleza de estudio la investigación reúne características para ser de nivel descriptivo.

- **Descriptivo:** porque buscó evaluar las referencias de pacientes con emergencias obstétricas.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

a) MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.

Por ser un trabajo de investigación que se realizó dentro del marco del diseño no experimental, el método que se utilizó fue el Hipotético Deductivo, porque tiene un componente teórico y otro que relaciona la teoría con la realidad, y a partir de los resultados obtenidos en la investigación permitió evaluar referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca.

b) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Debido a la naturaleza del problema planteado la presente investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transversal.

- **Transversal:** porque las variables fueron estudiadas en un determinado periodo de tiempo.
- **No experimental:** porque no existió ningún tipo de manipulación en las variables.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

a) POBLACIÓN.

La población está constituida por todas las referencias realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, en los meses de octubre a diciembre del 2015.

b) MUESTRA.

La muestra está constituida por 207 referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, en los meses de octubre a diciembre del 2015.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todas las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Criterios de exclusión:

- ✓ Referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015; escritas con letra no legible.

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

a) TÉCNICAS.

La técnica utilizada en esta investigación será:

- Observación y
- Análisis de las referencias

Por ser un método fundamental de obtención de datos de la realidad, que consiste en obtener información mediante la percepción intencionada y selectiva del fenómeno determinado.

Este método tiene como principal ventaja, que los datos se recogen directamente de los objetos o fenómenos percibidos mediante registros caracterizados por la sistematicidad de la recolección y por la maleabilidad de las condiciones en que se proyecta realizarla.

b) INSTRUMENTOS.

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos será:

- Ficha de evaluación de referencias elaborada por el MINSA, adaptada al espacio de Cajamarca (anexo 3).

Instrumento validado por el Ministerio de Salud, el cual es de bajo costo y fácil comprensión, será aplicado a las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec, octubre a diciembre 2015; para evaluar el llenado de datos generales, resumen de la historia clínica, datos de identificación del personal, monitorización de la paciente durante la referencia, justificación de la referencia y la coordinación de la referencia con el Hospital Regional de Cajamarca.

Consta de 38 ítems, que evalúan las variables.

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos, y permite clasificar a las referencias de la siguiente manera:

1. Adecuada: mayor a 34 puntos
2. Regular: 34-29 puntos
3. Inadecuada: menor a 29 puntos

1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

a) JUSTIFICACIÓN.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestionan el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que se plantea (9).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (10).

Según RENACE en su informe de la décima semana epidemiológica del presente año (Perú), ya han ocurrido 67 muertes maternas. Muertes que han podido ser evitadas, por ello el personal debe estar mejor capacitado e identificar los signos de alarma a tiempo para referir la emergencia y salvar la vida de la gestante o puérpera (11).

La investigadora al realizar su internado pudo verificar in situ el mal llenado de las hojas de referencia, tratamientos inadecuados e incompletos para las diversas emergencias obstétricas y la sorpresiva llegada de pacientes con emergencia obstétrica sin comunicación previa entre otras, lo que generaba en muchas ocasiones, demoras en la atención y se agudizaba más aun el problema de salud trayendo consigo repercusiones en la vida de la madre, no sólo por las

complicaciones que podrían presentarse sino también porque pueden generarse secuelas irreparables y llegar hasta la muerte materna. Razones más que suficientes por las que la investigadora decidió realizar este estudio.

El presente trabajo de investigación se realiza con la finalidad de fortalecer el Sistema de Referencias desde la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, garantizando la oportunidad, seguridad y continuidad en la atención de la gestante o puérpera, acorde al marco normativo vigente.

b) IMPORTANCIA.

Si se realiza el análisis y evaluación de las referencias a los pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec, se podrá identificar las brechas existentes en las referencias hacia el Hospital Regional de Cajamarca. Todo esto puede ser útil para fortalecer las capacidades del personal de salud, garantizar que la gestante o puérpera reciban una atención continua y en función a sus necesidades, según el nivel de complejidad, con la tecnología adecuada y asimismo busca contribuir con la reducción de la Mortalidad Materna. Por lo tanto, corregir los errores en el llenado de la referencia representa un importante reto para el personal de salud que refiere, tanto a nivel de la Micro Red Pachacútec como en la Red Cajamarca.

c) LIMITACIONES.

En el desarrollo de la investigación se presentó las siguientes limitaciones:

- ✓ Letra poco legible utilizada en el llenado de las referencias.
- ✓ No existe antecedentes sobre la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

No se encontraron antecedentes de la investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Evaluación.

La evaluación es la acción de estimar, calcular o señalar el valor de algo. La evaluación es la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios respecto a un conjunto de normas. La evaluación a menudo se usa para caracterizar y evaluar temas de interés en una amplia gama de las empresas humanas, incluyendo las artes, la educación, la justicia, la salud, las fundaciones y organizaciones sin fines de lucro, los gobiernos y otros servicios humanos (12).

2.2.2. Evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC).

La evaluación del SRC se incorporara dentro de la evaluación integral y descentralizada de la gestión sanitaria, incorporándose indicadores de estructura, resultados e impacto que midan los objetivos propuestos en cada nivel organizacional, y que permita establecer estrategias integradas de intervención sanitaria (13).

2.2.3. Referencia.

La referencia es un proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de las necesidades de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando un agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos (14).

2.2.3.1. Establecimiento destino de la referencia.

Es el establecimiento de salud a donde es referido el usuario para la atención de la necesidad y/o problema de salud identificado, a través de las unidades productoras de servicio (Emergencia, Consultorios externos y Apoyo al Diagnóstico), el cual puede ser: Puesto de Salud, el Centro de Salud, el Hospital I, el Hospital II, el Hospital III y el Instituto Especializado. También se considera los laboratorios referenciales de las Direcciones de Salud (13).

2.2.3.2. Criterios para la selección del establecimiento de destino de la referencia.

- a) **Capacidad resolutive:** el usuario debe ser referido al establecimiento de salud que tenga la capacidad resolutive (cartera de servicios) para resolver el motivo de la referencia (13).
- b) **Accesibilidad:** el establecimiento de salud elegido para la referencia de acuerdo a su capacidad resolutive debe ser el más cercano y el más accesible a través de vías de comunicación y transportes convencionales. Esto significa que no necesariamente se va a circunscribir dentro de los límites de su Micro Red, Red o Dirección de Salud, sino puedes acceder a otro ámbito de otra dirección de Salud, Red o Micro Red colindante (13).
- c) **Oportunidad:** el usuario debe ser referido en el momento y lugar adecuado, en forma correcta, tal como lo establezcan las guías de atención, evitando

riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando los derechos que le asiste al paciente de recibir una atención de calidad y oportuna (13).

2.2.3.3. Referencia a nivel de Micro Red.

Nivel que coordina, facilita, asigna, prevee, recursos para las actividades de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos de salud de su ámbito (13).

Responsables:

- Jefe de la Micro Red.
- Coordinador del SIS y/o Referencia de la Micro Red.
- Equipo de Gestión de la Micro Red (13).

Funciones de la jefatura de la Micro Red:

- a) Velar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- b) Designar y formalizar a los responsables del SRC en los diferentes establecimientos de su ámbito.
- c) Gestionar y asignar los recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del SRC en su ámbito.
- d) Garantizar mediante mecanismos técnicos-administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma oportuna y adecuada las actividades prestacionales originada en el SRC.
- e) Coordinar, asignar recursos y facilitar la referencia o contrarreferencia, entre sus establecimientos y con otras Micro Redes de salud.
- f) Otras funciones que se le asignen (13).

Funciones del coordinador SIS y/o referencias de la Micro Red:

- a) Planificar, organizar, implementar y conducir el SRC dentro de su jurisdicción.
- b) Brindar asistencia técnica en los procesos y procedimientos del SRC a los Establecimientos de salud.

- c) Socializar y mantener actualizada la información de los recursos de soporte y la Cartera de servicios de sus establecimientos de salud en coordinación con la Unidad Regional de Referencia.
- d) Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del SRC de sus establecimientos de salud, remitiendo un consolidado de la información procesada a la Dirección de Red o Dirección de Salud (DISA) correspondiente.
- e) Supervisar, monitorear y evaluar el SRC de sus establecimientos de salud.
- f) Establecer y realizar el seguimiento de medidas correctivas para la mejora del SRC mediante reuniones periódicas con los Establecimientos de Salud (EESS) de su ámbito.
- g) Realizar actividades de capacitación continua a sus recursos humanos en los establecimientos de salud en temas relacionados al SRC.
- h) Establecer coordinaciones con las autoridades locales competentes, otras Instituciones y Establecimientos del Sector, para fortalecer el funcionamiento del SRC Sectorial en su ámbito.
- i) Ejecutar el cumplimiento de la normativa y disposiciones del SRC, emitidas por los niveles superiores, dentro de su ámbito.
- j) Elevar al Comité Regional a través de la DISA o Red correspondiente las sugerencias o recomendaciones que el Equipo de gestión de la Micro Red proponga.
- k) Otras funciones que se le asignan (13).

Funciones del equipo de gestión de la Micro Red en relación al SRC:

- a) Evaluar mensualmente los indicadores del SRC en el ámbito de la Micro Red de Salud y establecer estrategias que optimicen el SRC en el ámbito de la Micro Red de Salud.
- b) Establecer mecanismos que integren los niveles de complejidad en los procesos de mejora continua de los servicios de salud del ámbito de la Micro Red.
- c) Generar espacios de intercambio de competencias entre los niveles de complejidad orientado a mejorar capacidades resolutivas a nivel de la Micro Red.

- d) Proponer recomendaciones para el mejoramiento de SRC en su ámbito lo cual será canalizado por el coordinador correspondiente al Comité Regional.
- e) Otras funciones que se le asignen (13).

2.2.3.4. Hoja de Referencia Institucional (anexo 2).

El formato es único a Nivel Nacional y será usado en todos los establecimientos de salud de Ministerio de Salud bajo la responsabilidad del técnico o profesional de la salud que requiera referir a un usuario (por emergencia o consulta externa) o solicitar exámenes de ayuda diagnóstica a un establecimiento de mayor capacidad resolutive, esté afiliado o no a algún tipo de seguro (13).

Datos generales.

- ✓ **N° de referencia:** escribir el número correlativo de la hoja de referencia. La referencia N° 001 corresponde a la primera referencia realizada desde el 1° de enero y termina con la última realizada el 31 de diciembre del año en curso.
- ✓ **Fecha:** escribe el día, mes y año en el que se realiza la referencia.
- ✓ **Hora:** escribir la hora exacta en que se realiza la referencia. Anotarla como la hora real del día. Ejemplo: 14:45 horas y no 02:45 pm. Evitar las siglas am o pm.
- ✓ **Asegurado:** señalar si el usuario es beneficiario de algún tipo de seguro y especificar el tipo de seguro.
- ✓ **Planes de atención al SIS:** sólo si el paciente es beneficiario del Seguro Integral de Salud (SIS) se registra su código de atención del que es beneficiario. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ✓ **Establecimiento de origen:** registra el nombre completo del establecimiento de salud que realiza la referencia.
- ✓ **Establecimiento destino de la referencia:** escribir el nombre completo del establecimiento de salud a donde se refiere al usuario o muestra (13).

Identificación del afiliado:

- ✓ **Código de afiliación al SIS:** sólo si el paciente es beneficiario del SIS se registra su código de atención al SIS. En caso de no ser asegurado no se marcará nada en esta sección.
- ✓ **N° de historia clínica:** anote el número de historia clínica del usuario.
- ✓ **Apellido paterno, apellido materno y nombres:** registre cada apellido y el nombre en cada uno de los casilleros diseñados para ello.
- ✓ **Sexo:** marque una X en el casillero correspondiente al sexo del usuario, F para femenino y M para masculino.
- ✓ **Edad.** Anote la edad en los cuadros correspondientes. Para el caso de los mayores de un año sólo basta registrar en los cuadros correspondientes a Años. En caso de los pacientes entre 1 y 11 meses sólo se utilizará los cuadros correspondientes a Meses. En caso de los menores de un mes, se utilizará los cuadros correspondientes a días (13).

Resumen de la historia clínica:

- ✓ **Anamnesis:** detallar en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad motivo de la referencia y los antecedentes del paciente que considere importante.
- ✓ **Examen físico:** detallar en forma concisa los hallazgos del examen físico, especificando los signos vitales.
- ✓ **Exámenes auxiliares:** registre en forma concisa y cronológica la fecha, el nombre y el resultado de los exámenes auxiliares que se hayan realizado al usuario. Ejemplo: 23/11/02: hematocrito: 27%; 24/11/02: hemoglobina: 8 g./dl.
- ✓ **Diagnóstico:** registre el o los diagnósticos con su respectivo código de la 10 Clasificación Internacional de Enfermedades y con una X indique si se trata de un diagnóstico Definitivo, Presuntivo o Repentino.
- ✓ **Tratamiento:** anote el tratamiento farmacológico, biológico u otro que haya administrado al usuario hasta el momento de la referencia.

- ✓ **Unidad productora destino de la referencia:** marque una X en el casillero correspondiente a la unidad productora donde irá referido el usuario: consulta externa, emergencia o apoyo al diagnóstico.
- ✓ **Coordinación:** indicar el nombre de la persona con quien se coordinó la referencia en el establecimiento de destino.
 - En casos de emergencia registrar la fecha y la hora de la coordinación.
 - En casos de consulta ambulatoria y apoyo al diagnóstico registra la fecha, hora y el nombre de la persona que brindará la atención en el establecimiento destino.
- ✓ **Especialidad destino de la referencia:** marque una X en el casillero correspondiente a la especialidad donde ira referido el usuario: pediatría, medicina, cirugía, gineco – obstetricia, laboratorio, imágenes, otros. Registrar en cada caso la especialidad o sub especialidad respectiva. En el rubro otros, considerar las especialidades no médicas: psicología, nutrición, odontología, etc.
- ✓ **Condiciones del paciente al inicio del traslado:** marque una X en el casillero correspondiente a las condiciones de salud del paciente en el momento de la referencia: Estable, Mal estado.
- ✓ **Responsable de la referencia:** el personal que refiere al usuario anotará su nombre, N° de Colegiatura (sí es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último colocará su sello y firmará la referencia.
- ✓ **Responsable del establecimiento o su representante:** el personal Jefe o Director del establecimiento de salud o quien haga sus veces (Ejemplo: Jefe de Guardia) anotará su nombre, N° de Colegiatura (si es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su profesión o si es Técnico o Auxiliar de Enfermería. Por último pondrá su sello y firmará la referencia.
- ✓ **Personal que acompaña:** el personal que acompaña al usuario (en caso de justificarse que acompañe al usuario) anotará su nombre, N° de Colegiatura (si es profesional). Además, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión; en Otro anotará el nombre de su Profesión

o si es Técnico o Auxiliar en Enfermería. Por último pondrá su sello y firmará la referencia.

- ✓ **Personal que recibe:** el personal que recibe al usuario referido anotará su nombre, N° de colegiatura, marcará con una X en el casillero correspondiente a su Profesión, en Otro anotará el nombre de su profesión. Por último anotará la fecha y hora en que recibió la referencia, luego sellará y firmará la referencia en señal de conformidad de la recepción.
- ✓ **Condiciones del paciente a la llegada:** marca con una X las condiciones de salud del paciente a la llegada al establecimiento de destino. Estable, Mal Estado o Fallecido (13).

2.2.3.5. Referencia Injustificada.

Es aquella en la cual el usuario, no debió haber sido referida a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolución. Se consideran los siguientes casos:

- Cuando el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutoria para solucionar el motivo de la referencia.
- Cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutoria para resolver el motivo de la referencia.

Las referencias injustificadas serán evaluadas por la Oficina o Unidad de Seguros y/o Referencias o quien haga sus veces y el Comité del SRC de los niveles correspondientes, quién informa los resultados y propone las medidas correctivas pertinentes (13).

2.2.4. Emergencia.

Es toda situación en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano. Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos (hora dorada) y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial. Algunos autores americanos promovieron el concepto de hora dorada como la primera

hora de un suceso en la que la mortalidad es elevada por la alta frecuencia de aparición de complicaciones mortales (15).

2.2.5. Emergencia obstétrica.

Una Emergencia Obstétrica es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida de la gestante y o su bebe.

Una Emergencia Obstétrica es una situación crítica de riesgo vital inminente en la que la vida puede estar en peligro por la importancia o gravedad de la condición si no se toman medidas inmediatas (16).

2.2.6. Tipos de emergencias obstétricas.

A. Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo.

a) Aborto.

Definición:

Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de las 22 semanas, contando desde el primer día de la última menstruación normal, con un peso aproximado de 500 gramos o 25 cm (17).

Aborto inevitable (CIE 10 – O05.0): La rotura de las membranas, que se acompaña con la salida de líquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino, anuncia un aborto casi seguro. Con frecuencia, empiezan las contracciones uterinas para provocar un aborto o bien aparece una infección. Es raro que la salida de líquido por vía vaginal durante la primera mitad del embarazo no se acompañe de consecuencias graves (18).

Aborto completo (CIE 10 – O03.0): En este caso el huevo es expulsado espontáneamente y completamente del útero. Luego de una acmé dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal (19).

Aborto incompleto (CIE 10 – O03.4): Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada; el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente (19).

Aborto retenido o diferido (CIE 10 – O02.1): Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía (20).

Aborto séptico (CIE 10 – O03.0): Complicación infecciosa grave del aborto (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.
- Colocación de Vía Endovenosa (EV) segura con CINA 9% 1000cc.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
 - Vía segura con catéter endovenoso N°18.
 - Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
 - Posición decúbito dorsal.
 - Abrigo suficiente.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Traslado con acompañante, potencial donante de sangre.
 - Comunicar al sitio de referencia.
- En casos que cuente con profesional de salud capacitado y el sangrado sea abundante, realizar:
 - Examen con espéculo.
 - Retirar los restos del canal vaginal y cervical con pinza Foerster (20).

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

Lo mismo que en establecimientos con FONP más:

- Realizar tacto vaginal y examen con espéculo.
- Solicitar hemograma (hemoglobina o hematocrito), grupo sanguíneo y factor Rh, examen de orina, Reagina Plasmática Rápida (RPR), prueba de ELISA para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o prueba rápida.
- Si hay signos de descompensación, ver protocolo de shock Hemorrágico.
- Si cuentan con médico capacitado, insumos e infraestructura, proceder al legrado o Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir.
- Referir si la paciente presenta:
 - Fiebre, reacción peritoneal, dolor a la movilización de cérvix o secreción purulenta o con mal olor.
 - Anemia severa y requiere transfusión sanguínea (20).

b) Embarazo Ectópico (CIE 10 – O00.9).

Definición:

Se denomina a toda gestación localizada fuera de la cavidad uterina. La incidencia en la población general representa alrededor de 2% de todos los embarazos. Es usualmente diagnosticada en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común entre 6 a 10 semanas.

La localización más frecuente es la Tubárica; representando alrededor del 95%; de ésta la Ampular ocupa el 75%. Otras localizaciones son la Ovárica, Abdominal, y Cervical.

Embarazo ectópico roto: Es el Embarazo Ectópico Complicado con hemorragia por rotura de los tejidos que lo contienen (21).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – FONP Y FONB (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4).

- Identificación de signos de alarma y factores asociados.
- Colocación de vía EV segura con CINA 9% 1000cc.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
 - Vía segura con catéter endovenoso N°18.
 - Vía aérea permeable. Oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
 - Posición decúbito dorsal.
 - Abrigo adecuado.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Acompañante potencial donante de sangre.
 - Comunicar al sitio de referencia (20).

c) Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo.

Definición:

Sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto (20).

Placenta Previa (CIE 10 – O44).	Desprendimiento Prematuro de Placenta (CIE 10 – O45).	Rotura Uterina (CIE 10 – O71).
Se conoce con el nombre de placenta previa la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, de forma que puede ocluir el orificio cervical (22).	La separación total o parcial de la placenta de su conexión uterina antes del nacimiento del feto recibe el nombre de desprendimiento de placenta (22).	Rotura de las fibras musculares del útero sujeto o estiramiento excesivo, que vence su capacidad de distensión (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas – FONP Y FONB- (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4).

- Reconocer los signos de alarma y factores asociados.
- Ante la sospecha diagnóstica, estabilizar y referir inmediatamente.
- No realizar tacto vaginal, ni colocar espéculo.
- En caso de presentar signos compatibles con shock actuar según lo señalado en la Guía de Práctica Clínica de shock hipovolémico.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
 - Colocación de 2 vías EV seguras de Cloruro de Sodio al 9‰. con catéter endovenoso N° 18.
 - Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
 - Posición decúbito lateral izquierdo.
 - Abrigo adecuado.
 - Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
 - Estimar pérdidas sanguíneas.
 - El acompañante debe ser un potencial donante de sangre.
- Comunicar al lugar de referencia.
- Colocar sonda Foley con bolsa colectora de preferencia.
- Referir a establecimiento FONE, acompañado por profesional capacitado en atención de parto y manejo de shock hipovolémico (20).

d) Hemorragia Intraparto y Postparto.

Definición:

Hemorragia postparto: pérdida sanguínea mayor de 500cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las 24 horas después del parto vaginal o más de 1000cc por cesárea.

También se define por:

- a. Sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.
- b. Diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso.

Hemorragia postparto tardía: pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio (20).

Etiología:

Hemorragia intraparto:

- Retención de placenta (CIE 10 – O72.0).

Hemorragia postparto:

- Atonía uterina (CIE 10 – O72.1).
- Retención de restos o alumbramiento incompleto.
- Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas).
- Inversión uterina.
- Coagulación intravascular diseminada.

Hemorragia postparto tardía (CIE 10 – O72.2):

- Retención de restos.
- Sub involución uterina (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Medidas generales y terapéutica Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Reconocer signos de alarma y factores asociados.
- Colocar vía endovenosa segura con CIna 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante, colocar segunda vía solo

con CINA 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.

- Masaje uterino externo y bimanual si se encuentra personal profesional capacitado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma.
- Referir en forma oportuna según normas a todas las pacientes luego de:
 - Extracción digital de coágulos del útero (si se encuentra personal profesional capacitado).
 - Si se evidencia desgarro del canal del parto realizar taponamiento con gasa (si se encuentra personal profesional capacitado).
- Comunicar al establecimiento al que se refiere (20).

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4).

- Colocar vía endovenosa segura con CINA 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante, colocar segunda vía solo con CINA 9‰ 1000 cc y pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Si la paciente continúa hemodinámicamente inestable.
- Colocación de sonda vesical con bolsa colectora preferentemente.
- Evaluación clínica de la paciente: examen abdominal y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas (20).
- Tratamiento según la causa:
 - a. Atonía uterina.**
 - Aplicar oxitocina como en el establecimiento con FONP. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con cloruro de sodio y pasar 500 cc chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
 - Evacuación vesical.
 - Aplicar Ergometrina 1 ampolla (0,2 mg) intramuscular con presión arterial en valores normales, sin preeclampsia. Se puede repetir a los 15 minutos.

- Compresión bimanual externa.
- Ante sospecha de retención de restos o membranas, y si se cuenta con personal profesional capacitado, proceder a la revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Referencia oportuna realizando masaje uterino bimanual o realizar taponamiento uterino.
- Referir con monitoreo continuo y con profesional capacitado en manejo del shock hipovolémico (20).

b. Retención de placenta.

- Evacuación vesical.
- Realizar tacto vaginal y determinar la localización de la placenta.
- Si hay signos de desprendimiento, extraer la placenta realizando elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen y tracción sostenida del cordón con la otra (maniobra de Brandt-Andrews).
- De no estar desprendida la placenta aplicar a través de la vena umbilical 50 cc de ClNa 9‰ con 20 unidades de oxitocina.
- Si no hay signos de desprendimiento y no sangra, sospechar de acretismo placentario y referir inmediatamente a establecimiento con FONE, instalando doble vía endovenosa.
- Si el personal profesional está capacitado y la paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso y el sitio de referencia se encuentra a más de 2 horas, proceder a extracción manual de placenta (20).

c. Laceración del canal de parto.

Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar de sangrado y reparar:

- Desgarros perineales y vaginales de I y II grado: suturar con catgut crómico 2/0.
- Desgarro cervical: pinzar con pinza de anillos Foerster los bordes del desgarro y suturar. Referir si no cuenta con personal capacitado. En lo posible clampar el ángulo sangrante con pinza Foerster.
- Hematomas: Referir a la paciente si son de tamaño considerable.

- En casos de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, o ante la imposibilidad de suturar o identificar el lugar del sangrado, realizar compresión vaginal continua con gasas y referir inmediatamente (20).

d. Retención de restos placentarios (alumbramiento incompleto).

- Revisión de placenta y membranas luego del alumbramiento.
- Ante la sospecha de retención de restos o membranas, y si cuenta con personal profesional capacitado, proceder a la revisión manual de cavidad uterina, extraer coágulos y restos (20).

e. Inversión uterina.

- Colocar vía endovenosa con ClNa 9‰ y referir a establecimiento con FONE (20).

f. En hemorragia puerperal tardía.

- Referir con infusión de oxitocina 20 UI en 1000 cc de ClNa al 9‰ a 40 gotas por minuto EV (20).

e) Shock Hipovolémico Obstétrico (CIE 10 – O75.1).

Definición:

Síndrome clínico agudo caracterizado por hipoperfusión tisular que se produce cuando existe una disminución crítica de la volemia eficaz (flujo sanguíneo) (20).

Etiología:

• **Hemorrágico: el más fuerte.**

- Hemorragia interna: por ejemplo, en el embarazo ectópico roto.
- Hemorragia externa: en caso de aborto, enfermedad gestacional del trofoblasto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, atonía uterina, alumbramiento incompleto, retención placentaria, desgarros cervicales y/o perineales (20).

• **No hemorrágico.**

- Pérdidas intestinales: por vómitos, diarreas, etc.
- Pérdidas extraintestinales: por uso de diuréticos, por ejemplo.
- Acumulación en el tercer espacio: en caso de ascitis, polihidramnios, obstrucción intestinal (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimiento con funciones obstétricas y neonatales primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Mantener vía aérea permeable.
- Reposición del volumen circulante:
 - Canalizar 2 vías EV seguras con catéter intravenoso N° 18.
 - Infusión de 1 a 2 litros de C1Na 9‰, iniciar con 200cc a chorro, luego regular a 60 gotas por minuto.
- No administrar líquidos por vía oral.
- Usar expansores plasmáticos si se cuenta con profesional capacitado.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal abrigada (si es gestante de la segunda mitad del embarazo, en decúbito lateral izquierdo).
- Colocar sonda Foley y bolsa colectora preferentemente.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE (20).

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4).

Actuar según establecimiento con FONP, además:

- Asegurar oxigenación adecuada: Oxigenoterapia por máscara de Venturi 6 a 8 litros por minuto por mascarilla o catéter nasal 3 litros por minuto.
- Si después de 2000 cc de C1Na 9‰ persisten signos de hipovolemia, valorar el uso de expansores plasmáticos (Poligelina, Haemacel o Dextran al 5%), pasar a chorro los primeros 15 a 20 minutos y luego de 40 a 60 gotas por minuto. Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar la referencia a establecimiento con FONE (20).

B. Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.

Definición:

Hipertensión inducida por la gestación: Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación (20).

Preeclampsia (CIE 10 – O14.9).

a. Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico) (20).

b. Preeclampsia severa:

La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis (20).

c. Eclampsia (CIE 10 – O15.9):

Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia (20).

d. Síndrome HELLP

Complicación de la preeclampsia caracterizada por:

- Anemia hemolítica microangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto.
- Aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
- Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100,000 por ml (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-2, I-3).

- Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.
- En caso de preeclampsia severa o eclampsia:
 - Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de CNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.
 - Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
 - Labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr vía oral c/12 horas.
 - Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.
 - Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE (20).

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB: (Categoría I-4).

Evaluar presión arterial.

Preeclapsia leve.

- a. Control materno.
 - Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
 - Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y creatinina.
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.

- Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH.
- b. Control fetal.
 - Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía con perfil biofísico semanal.
 - c. Considerar hospitalización.
 - Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
 - Si vive lejos, considerar la casa de espera.
 - d. Control en hospitalización.
 - Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
 - Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.
 - Autocontrol de movimientos fetales.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía más perfil biofísico semanal.
 - e. Sí se diagnostica preeclampsia severa.
 - Indicar tratamiento, comunicar y referir a FONE (20).

Preeclampsia severa.

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE.

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.
 - Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.

- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina (20).

Eclampsia.

- Realizar lo indicado para preeclampsia severa. Además:
 - Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo).
 - Vía endovenosa segura.
 - Comunicar y referir a establecimiento con FONE (20).

C. Sepsis en Obstetricia.

Definición:

- **Sepsis (CIE 10 – 5.3):** Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociado a foco infeccioso conocido o sospechado.
- Sepsis severa: Insuficiencia circulatoria sistemática con manifestaciones de hipo perfusión en órganos vitales: acidosis láctica, oliguria, alteración de conciencia (20).
- **Shock séptico (CIE 10 – O85.5):** estado de choque asociado a una sepsis. Con fines prácticos presión arterial sistólica menor de 90 mmHg en una paciente séptica a pesar de la administración a goteo rápido de 2,000 ml de solución salina o de 1,000 ml de coloide (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Medidas generales y terapéutica Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Detección de signos de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) y factores asociados.

- Colocar vía endovenosa segura.
- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal capacitado: Ampicilina 1 gr EV, Gentamicina 80 mg EV, si la paciente no manifiesta alergia medicamentosa.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar a establecimiento con FONE de la referencia (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

Lo mismo que en el establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Continuar tratamiento antibiótico:
 - Ampicilina 1 gr EV cada 6 horas, más.
 - Gentamicina 5 mg/kg peso corporal. EV cada 24 horas.

Otra alternativa de antibióticos:

- Clindamicina 600 mg EV diluida cada 8 hrs más.
- Gentamicina 5 mg/kg peso corporal EV/24 horas.
- Colocar sonda Foley N° 14 con bolsa colectora.
- Monitorear diuresis.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE con oxígeno terapia a través de cánula nasal a 3 litros por minuto (20).

a) Aborto Séptico (CIE 10 – O0.8).

Definición:

Aborto séptico: Complicación infecciosa grave del aborto, que puede evolucionar a un cuadro de sepsis, shock séptico, y síndrome de disfunción orgánica múltiple (21).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Detección de signos de aborto séptico y factores asociados.
- Colocar vía EV segura con ClNa 9‰.
- Iniciar tratamiento antibiótico si cuenta con personal de salud capacitado: Ampicilina 1gr EV cada 6 horas y Gentamicina 5mg por kg/peso EV cada 24 horas. Otra alternativa Clindamicina 600mg EV y Gentamicina 5mg por kg/peso EV cada 24 horas.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE.
- Comunicar de la referencia (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

Lo mismo que establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Iniciar tratamiento antibiótico: Ampicilina 1gr EV cada 6 horas y Gentamicina 5 mg por kg/peso EV en 24 horas. Otra alternativa Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5 mg por kg/ peso EV cada 24 horas.
- Fluido terapia: pasar 1,000 cc. de ClNa 9‰ a goteo rápido y mantener a 60 gotas por minuto.
- Administrar oxigenoterapia con cánula nasal 3 litros por minuto.
- Colocar Sonda Foley N° 14 con bolsa colectora.
- Monitorear diuresis.
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE (20).

b) Rotura Prematura de Membranas (RPM) (CIE 10 – O42.9).

Definición:

A la rotura de membranas se la denomina prematura cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto (para algunos por lo menos 1 hora antes).

Se considera periodo de latencia el tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la rotura y el parto. Cuando este periodo supera las 24 horas, a la rotura se la define como prolongada (19).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Medidas generales y terapéutica Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Detectar factores de riesgo asociados.
- Instalar vía EV segura.
- Iniciar antibiótico terapia si cuenta con personal de salud capacitado.
 - Si RPM es mayor de 12 horas usar antibiótico: Ampicilina 2 gr EV si la gestante no manifiesta signos de alergia medicamentosa, Otra alternativa: Eritromicina 500 mg cada 8 horas por vía oral, o Gentamicina 160 mg IM.
 - Si hay fiebre o líquido con mal olor iniciar antibiótico terapia combinada: Ampicilina 2 gr EV, más Gentamicina 160 mg EV.
- Traslado en camilla, control de pérdida de líquido (Paño perineal).
- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Iniciar antibiótico terapia con Ampicilina 2 gr EV c/6 horas, más Eritromicina de 500 mg cada 8 hrs vía oral por 48 horas. Luego continuar con Eritromicina de 500 mg cada 8 horas por vía oral y amoxicilina 250 mg cada 8 horas vía oral por 5 días.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tacto vaginal.
- Especuloscopia para precisar condiciones cervicales y recoger muestra de fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación.

- Ecografía para evaluar edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, situación placentaria.
- Sospecha de corioamnionitis, referir inmediatamente a establecimiento con FONE con antibiótico terapia combinada Ampicilina 2 gr EV más Gentamicina 5 mg por kg/peso corporal o Clindamicina 600mg EV más Gentamicina 5mg por kg/peso corporal; la conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:
 - Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción transferir a establecimiento con FONE.
 - Gestación pre término: Derivar a establecimiento con FONE, si gestación se encuentra entre 31 y 33 semanas iniciar maduración pulmonar fetal: con Betametasona 12 mg intramuscular por día, 2 dosis, en casos de no contar con Betametasona usar Dexametasona 4 mg intramuscular c/ 6 horas por 8 dosis (20).

c) Corioamnionitis (CIE 10 – O41.1).

Definición:

Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas), que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas o en el transcurso del parto (21).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Detección de factores asociados.
- Colocar vía EV segura.
- Iniciar tratamiento antibiótico: Ampicilina 2gr EV cada 6 horas y Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 hrs. Otra alternativa: Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas y Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 horas.
- Monitoreo materno fetal.

- Referir inmediatamente a establecimiento con FONE (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

Lo mismo que en el establecimiento con FONP más:

- Evaluar signos clínicos y resultado de análisis de laboratorio.
- Ante la sospecha de coriomionitis derivar a establecimiento con FONE.
- Continuar tratamiento antibiótico combinado establecido (20).

d) Endometritis Puerperal (CIE 10 – O85.0).

Definición:

Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con posibilidad de invadir la capa muscular. La infección puede favorecerse si existe retención de restos placentarios. Se caracteriza por presentar fiebre mayor de 38 °C, pasadas las 48 horas del parto, en dos controles cada 6 horas (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

Detectar factores de riesgo asociados.

- Toma de temperatura y evaluación del estado general.
- Colocar vía segura con Cloruro de sodio al 9‰.
- Si la temperatura es mayor de 38,5°C administrar Metamizol 1gr IM Stat.
- Administrar antibiótico si cuenta con personal de salud capacitado:
 - Ampicilina 2 mg EV cada 6 horas, más
 - Gentamicina 5 mg/kg peso EV cada 24 horas.

Otra alternativa:

- Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas, más.

- Gentamicina 5mg/kg peso cada 24 horas.
- Referir inmediatamente a un establecimiento con FONB (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

- Hospitalizar.
- Evaluar y realizar el diagnóstico diferencial.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Colocar vía EV segura con cloruro de sodio al 9‰ con 20 UI de oxitocina. Pasar a 30 gotas por minuto.
- Continuar antibiótico terapia siguiente:
 - Ampicilina 1 gr EV c/6 horas, más
 - Gentamicina 5 mg/kg peso corporal EV cada 24 horas.

Otra alternativa:

- Clindamicina 600 mg VO cada 8 horas, más.
- Gentamicina 5mg/kg peso corporal EV/día.
- En caso de retención de restos placentarios, realizar legrado uterino si cuenta con médico capacitado y equipamiento.
- El tratamiento parenteral continuará hasta que la puérpera esté asintomática por espacio de 48 horas luego se suspende los antibióticos.
- Si en 24 horas no se evidencia mejora post legrado puerperal, referir a un establecimiento con FONE (20).

D. Alteraciones del Trabajo de Parto.

a) Trabajo de Parto Prolongado (CIE 10 – O63.0 O63.1).

Definición:

La duración excesiva del parto recibe el calificativo de parto prolongado. Sin embargo, el definir los límites normales de la duración del parto no es fácil. A través de los tiempos, en la literatura obstétrica, el límite máximo de duración que podría aceptarse antes de calificar un parto como prolongado ha ido

reduciéndose. Actualmente, la duración límite aceptada para un parto es de 12 horas en la mayoría de los centros (22).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Detectar factores de riesgo y signos de alarma.
- Identificar a gestantes con fecha probable de parto cercana y referir.
- Referir a toda gestante con contracciones uterinas al establecimiento con FONB.
- A la que presenta signos de alarma o factores de riesgo referirla con una vía segura.
- Comunicar de la referencia (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

- Detección de factores de riesgo.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.
- Evaluación general: estado general, estado nutricional, peso talla, funciones vitales.
- Evaluación obstétrica: Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.
- Identificación de signos de alarma.
- Si se diagnostica como parto obstruido referir a establecimiento con FONE.
- Comunicar al sitio de referencia (20).

b) Incompatibilidad Feto Pélvica (CIE 10 – O65.4) y Estrechez Pélvica (CIE 10 – O65.2).

Definición:

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal (20).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias: FONP (Categorías I-1, I-2, I-3).

- Referir a toda gestante en trabajo de parto al establecimiento con FONB.
- Atender el parto inminente.
- De darse el caso, referir al establecimiento con FONE a toda paciente que supere las 2 horas de expulsivo o éste tienda a prolongarse.
- Si la gestante presenta factores de riesgo o signos de alarma para desproporción feto pélvica, talla menor de 1.40 cm, referir antes de las 37 semanas al establecimiento con FONB.
- Considerar la posibilidad de alojamiento en casa de espera (20).

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4).

Evaluación general:

Ectoscopia, estado general, estado nutricional, peso, talla, funciones vitales.

- Evaluación obstétrica: Determinación de la edad gestacional, altura uterina, ponderación fetal, situación, posición, presentación, dilatación, incorporación, altura de presentación, variedad de posición y pelvimetría.
- Detección de factores de riesgo.
- Signos de alarma.
- Determinación de la hora probable de inicio de parto.

- Referencia de los casos de desproporción céfalo pélvica o estrechez a partir de las 37 semanas al nivel FONE. Considerar el alojamiento en la casa de espera (20).

c) Parto Podálico (CIE 10 – O64.1).

Definición:

Cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana (19).

El polo pelviano, según su actitud, puede presentarse con dos modalidades diferentes: pelvianas completas y pelvianas incompletas, modalidad de nalgas (19).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive:

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3) y Básicas (Categoría I-4).

- Detectar precozmente la presentación podálica y referirla al establecimiento con FONE para la programación de cesárea con la debida anticipación.
- Canalizar una vía segura a gestante en trabajo de parto y referir inmediatamente al nivel FONE.

De encontrarse el parto podálico en periodo expulsivo, sin posibilidades de llegar oportunamente al nivel FONE, considerar la atención del parto por vía vaginal. (20).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Muerte materna:** Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación - o agravada por ésta - o con su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas pueden ser directas o indirectas (23).
- **Muerte materna evitada:** Es toda aquella gestante o puérpera con diagnóstico de hemorragia puerperal, infección puerperal, y/o pre eclampsia severa, que es captada y manejada por los establecimientos de salud y se encuentra en condición clínica estable hasta la primera semana del puerperio. También se considera a todo evento de complicación obstétrica, independientemente del lugar de ocurrencia, que ingresa a los sistemas de salud y recibe atención oportuna y de calidad con la solución definitiva del problema obstétrico intercurrente (24).
- **Capacidad resolutive:** es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para ofrecer un conjunto de actividades y procedimientos que satisfagan las necesidades de los usuarios, dando respuesta integral y oportuna a determinados daños o patologías (13).

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.

La ficha realizada para la evaluación de las referencias realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, fue validada con el criterio de jueces, consiste en una opinión informada de personas con trayectoria en el tema y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones de los ítems (se eligió un total de 3 jueces, que calificaron los ítems de acuerdo a la matriz de consistencia) (anexo 4).

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach, se aplicó a una prueba piloto de 10 personas, donde se obtuvo una confiabilidad de 0.92, siendo un coeficiente alfa excelente (anexo 5).

3.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS.

El trabajo de investigación fue realizado con 207 referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. Obteniéndose de acuerdo a los objetivos propuestos los siguientes resultados.

Tabla 1: Tipos de emergencias obstétricas que se refieren al Hospital Regional de Cajamarca según Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec, octubre a diciembre 2015.

Establecimiento de Salud	Emergencias obstétricas								N°	%
	Hemorragias		Trastornos hipertensivos del embarazo		Sepsis		Alteraciones del trabajo de parto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
C.S. Simón Bolívar	55	26,6	23	11,1	28	13,5	29	14,0	135	65,2
C.S. Pachacutec	15	7,2	9	4,3	15	7,2	20	9,7	59	28,5
P.S. Samana Cruz	1	0,5	0	0,0	3	1,4	1	0,5	5	2,4
P.S. Chetilla	1	0,5	3	1,4	0	0,0	0	0,0	4	1,9
P.S. Chontapacha	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5	3	1,4
P.S. Atahualpa	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Total	73	35,3	36	17,4	47	22,7	51	24,6	207	100,0

Fuente: instrumento de evaluación de referencias

Gráfico 1: Tipos de emergencias obstétricas que se refieren al Hospital Regional de Cajamarca según Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec, octubre a diciembre del 2015.

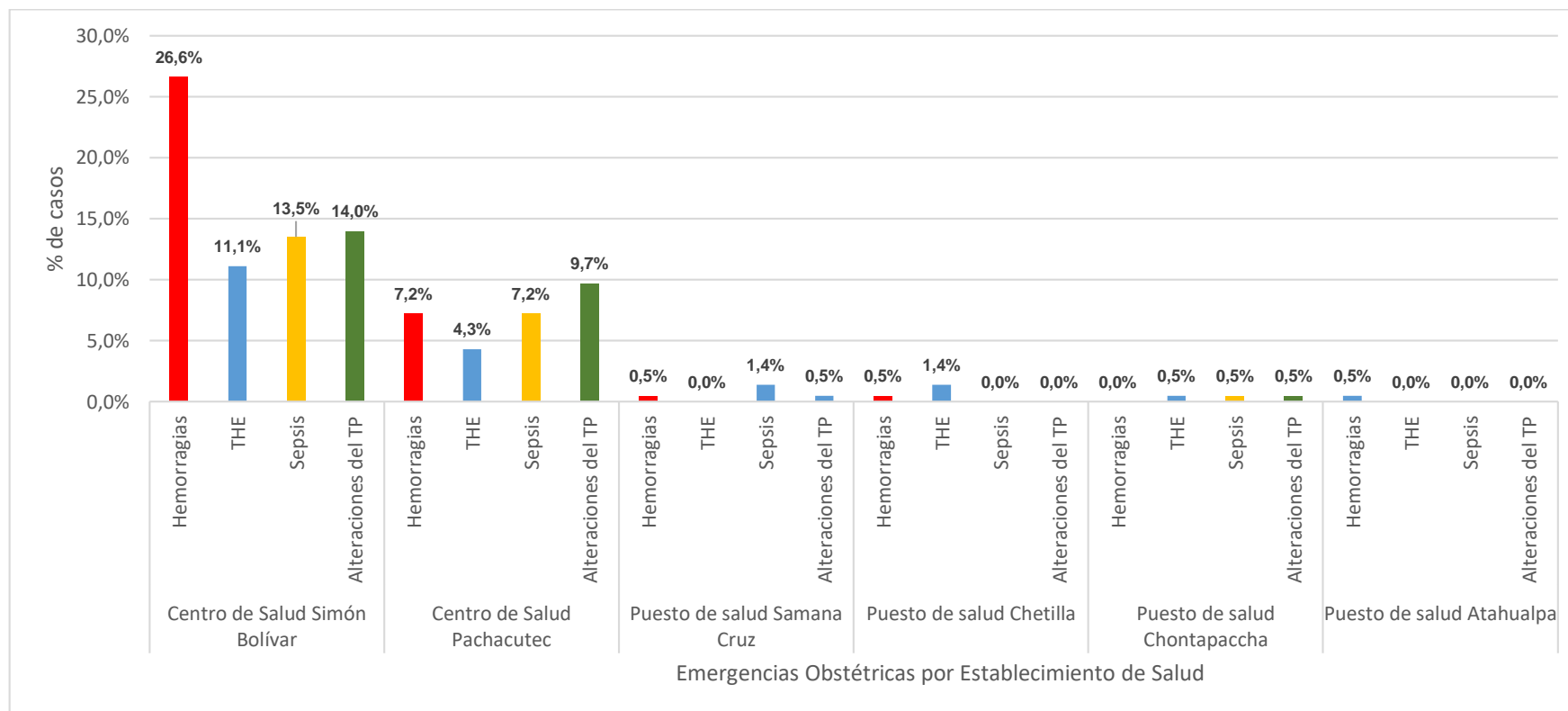
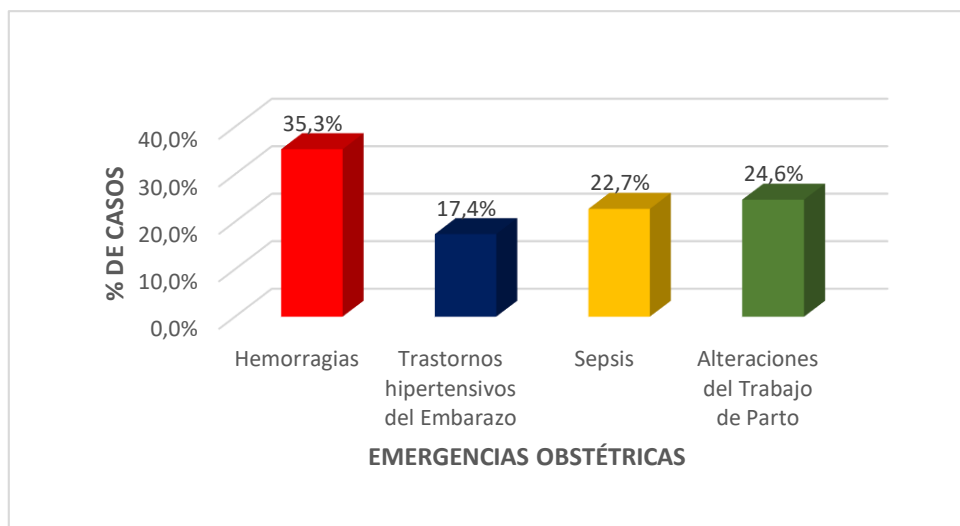


Gráfico 2: Porcentaje de tipos de emergencias obstétricas referidas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



En la gráfico N° 1 podemos observar los diversos tipos de emergencias obstétricas que los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec refieren al Hospital Regional de Cajamarca; el Establecimiento de Salud que realiza la mayor cantidad de referencias es el Centro de Salud Simón Bolívar con 65,2% (26,6% fueron hemorragias, 11,1% trastornos hipertensivos del embarazo, 13,5% sepsis y 14% alteraciones del trabajo de parto); seguido del Centro de Salud Pachacútec con 28,5% referencias (7,2% hemorragias, 4,3% trastornos hipertensivos del embarazo, 7,2% sepsis y 9,7% alteraciones del trabajo de parto); el Puesto de Salud Samana Cruz realizó 2,4% referencias, el Puesto de salud Chetilla 1,9% referencias, el Puesto de Salud Chontapaccha 1,4% referencias y en último lugar el Puesto de Salud Atahualpa con 0,5% referencias realizadas al Hospital Regional de Cajamarca.

Esto se debe probablemente a que los Puestos de Salud como Chamis, Samana Cruz y Atahualpa son de categoría I-1, Chetilla y Chontapaccha son de categoría I-2 y primero realizan referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria como son los centros de salud para poder establecer un diagnóstico adecuado, por otro lado los Centros de Salud como Simón Bolívar y Pachacútec son de categoría I-4 y cuenta con médicos especialistas, profesionales de salud no médicos cirujanos, laboratorio clínico y farmacia,

servicios con los que pueden determinar un diagnóstico correcto, y cuando no pueden solucionar el problema del usuario realizan la referencia al Hospital Regional de Cajamarca.

El gráfico 2, indica que la hemorragia es la primera causa de referencia 35,3%, seguido de las alteraciones del trabajo de parto con 24,6%, sepsis 22,7% y trastornos hipertensivos del embarazo con 17,4%. Datos que guardan estrecha relación con un estudio realizado por Del Carpio (2013), denominado “Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012” señaló que, las principales causas de muerte directa según regiones naturales, la hemorragia ocupa el primer lugar en la sierra y la selva con el 51,6% y 38,4% respectivamente, y la hipertensión inducida por el embarazo es más frecuente en la costa con el 38,4% (25).

En el Análisis de la Situación de Salud 2015, indica que en Cajamarca durante dicho año, en los 30 casos de muertes maternas, la causa genérica de muerte materna más frecuente según tipo de Muerte Directa es la hipertensión con 37,9%, seguida de las hemorragias 31% (26), datos que no coinciden con los resultado de la tabla 2.

Las causas de las hemorragias obstétricas que se presentaron en las referencias fueron: abortos, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, retención de restos placentarios o hemorragias postparto tardía, pudiendo llevar a la morbilidad materna extrema y/o la muerte materna si es que no se interviene a tiempo.

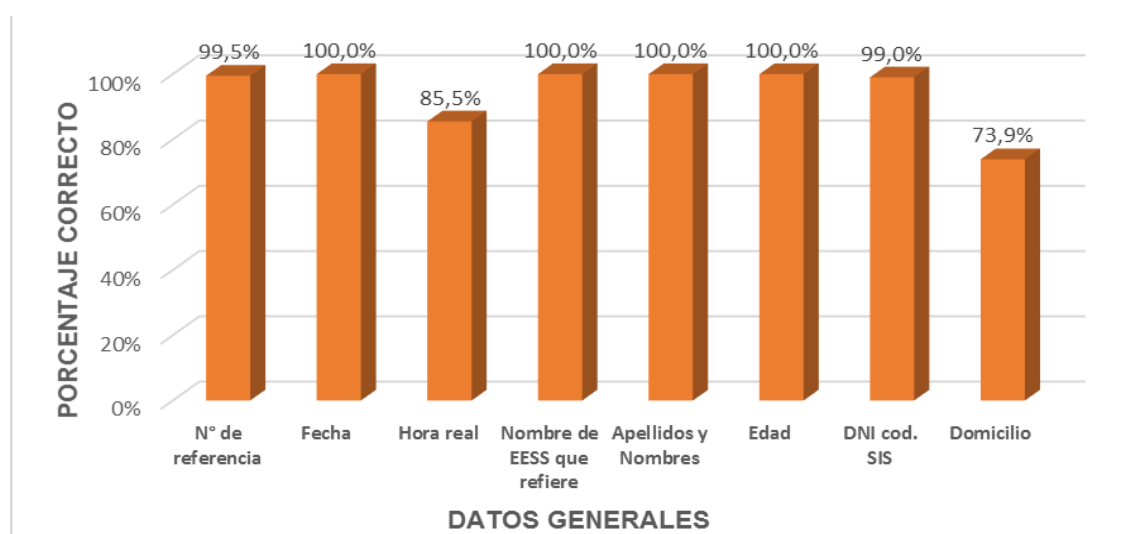
Siendo las emergencias obstétricas causa de morbimortalidad materna, es importante que el personal de salud esté capacitado y debidamente entrenado en la atención de la salud materna, para actuar de manera oportuna ante la sospecha diagnóstica, en la toma de decisiones y en el manejo, porque el tiempo transcurrido puede suponer para la mujer y el niño la diferencia entre la vida y la muerte. Es así que un adecuado manejo y una referencia oportuna de las emergencias obstétricas van a contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno perinatal.

Tabla 2: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según datos generales realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Datos generales	Evaluación			
	Correcto		Incorrecto	
	N°	%	N°	%
N° de referencia	206	99,5	1	0,5
Fecha	207	100,0	0	0,0
Hora real	177	85,5	30	14,5
Nombre de EESS que refiere	207	100,0	0	0,0
Apellidos y Nombres	207	100,0	0	0,0
Edad	207	100,0	0	0,0
DNI cod. SIS	205	99,0	2	1,0
Domicilio	153	73,9	54	26,1

Fuente: instrumento de evaluación de referencias

Gráfico 3: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según datos generales realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



El gráfico 3 representa los datos generales de la referencia, en ella se observa que casi en la totalidad el llenado es correcto, excepto la hora real de la referencia que sólo un 85,5% del llenado es correcto, esto se debe probablemente a que existe confusión en el registro de la hora, considerando el sistema de las 12 horas (am - pm), cuando el registro correcto debería ser con el sistema de 24 horas.

También se evidencia que 26,1% del registro del domicilio es incorrecto, generalmente porque no se detalla la calle, el número o alguna referencia. El domicilio es un dato importante en caso se necesite localizar al paciente: para seguimiento cuando su vida corre riesgo o cuando no acuden a las consultas; también para localizar a familiares del paciente: en caso de muerte del paciente, conseguir medicación que el hospital no puede proveer o donadores de sangre.

Datos como: la fecha es importante para determinar el día que ocurrió la referencia; apellidos y nombres para una correcta identificación y verificación de la identidad, la inadecuada identificación causa problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia médica; asimismo la edad pues existen patologías que prevalecen según la edad; de igual forma documento nacional de identidad (DNI) como código del seguro integral de salud (SIS) para la identificación del seguro.

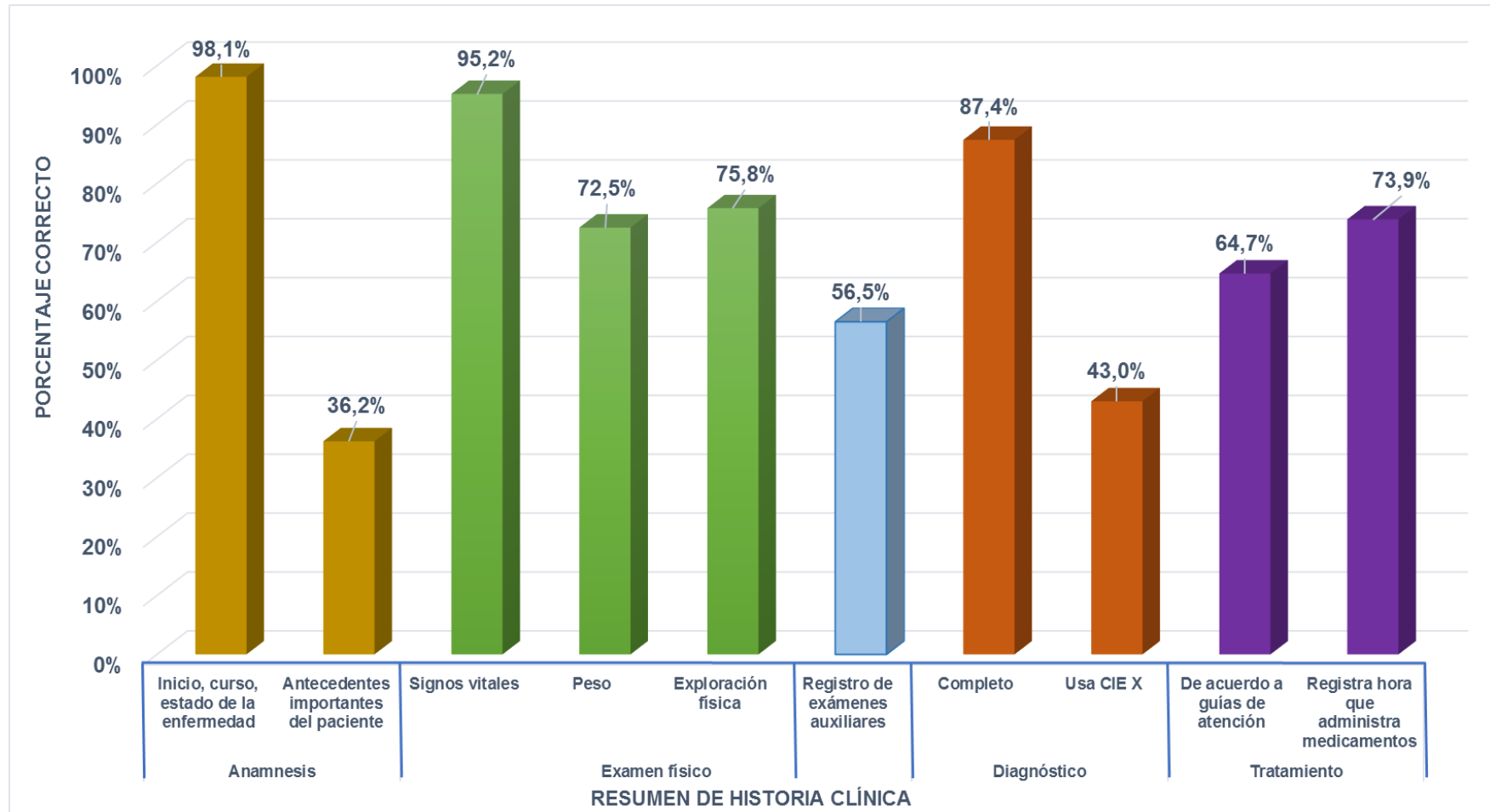
Todos estos datos aparentemente obvios o innecesarios, en determinadas circunstancias son claves para explicar el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad.

Tabla 3: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según resumen de la historia clínica realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Resumen de la historia clínica		Evaluación			
		Correcto		Incorrecto	
		N°	%	N°	%
Anamnesis	Detalla en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad.	203	98,1	4	1,9
	Detalla antecedentes importantes del paciente.	75	36,2	132	63,8
Examen físico	Signos vitales	197	95,2	10	4,8
	Peso	150	72,5	57	27,5
	Exploración física	157	75,8	50	24,2
Registro de exámenes auxiliares		117	56,5	90	43,5
Diagnóstico	Dx. Completo	181	87,4	26	12,6
	Usa CIE X	89	43,0	118	57,0
Tratamiento	De acuerdo a las guías de atención	134	64,7	73	35,3
	Registra hora que administró medicamento	153	73,9	54	26,1

Fuente: instrumento de evaluación de referencias

Gráfico 4: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según resumen de la historia clínica realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



En el presente gráfico podemos observar el resumen de la historia clínica. En relación a la anamnesis; podemos señalar que casi en su totalidad es correcto el registro del inicio, curso y estado actual de la enfermedad (98,1%); respecto al registro de antecedentes importantes del paciente 63,8% es incorrecto, considerando que los antecedentes como: fecha de última regla (FUR), gestaciones anteriores (abortos, partos vaginales o cesáreas, nacidos vivos o muertos y los hijos que viven), edad gestacional, fecha probable de parto (FPP) y fecha de último parto (FUP), son datos relevantes en el diagnóstico, debido a que muchas enfermedades están condicionadas por determinadas circunstancias personales.

Referente al examen físico, se evidencia que sólo 4,8% registra de forma incorrecta los signos vitales, sin embargo casi la tercera parte del registro de peso (27,5%) y exploración física (24,2%) son incorrectos. El registro del peso es importante en determinadas enfermedades y condiciones; la exploración física, nos permite obtener un conjunto de datos objetivos o signos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente, información básica e indispensable para que el personal de salud identifique las necesidades o problemas del paciente y elaborar un diagnóstico correcto.

En relación a los exámenes auxiliares 43,5% del registro es incorrecto (falta resultados o fecha). Los procedimientos auxiliares son ayudas diagnósticas, por medio de ellos podemos observar y conocer más directamente del estado anatómico, metabólico y funcional de órganos y tejidos, obteniendo datos clínicos sobre las condiciones internas del paciente, condiciones que de otro modo no son observables.

Con referencia al diagnóstico, se identifica diagnósticos incompletos en el 12,6% de las referencias; con respecto al uso de CIE X, más del 50 por ciento (57,0%) de las referencias no se registra CIE X, dato que nos ayuda a convertir los diagnósticos, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar

internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

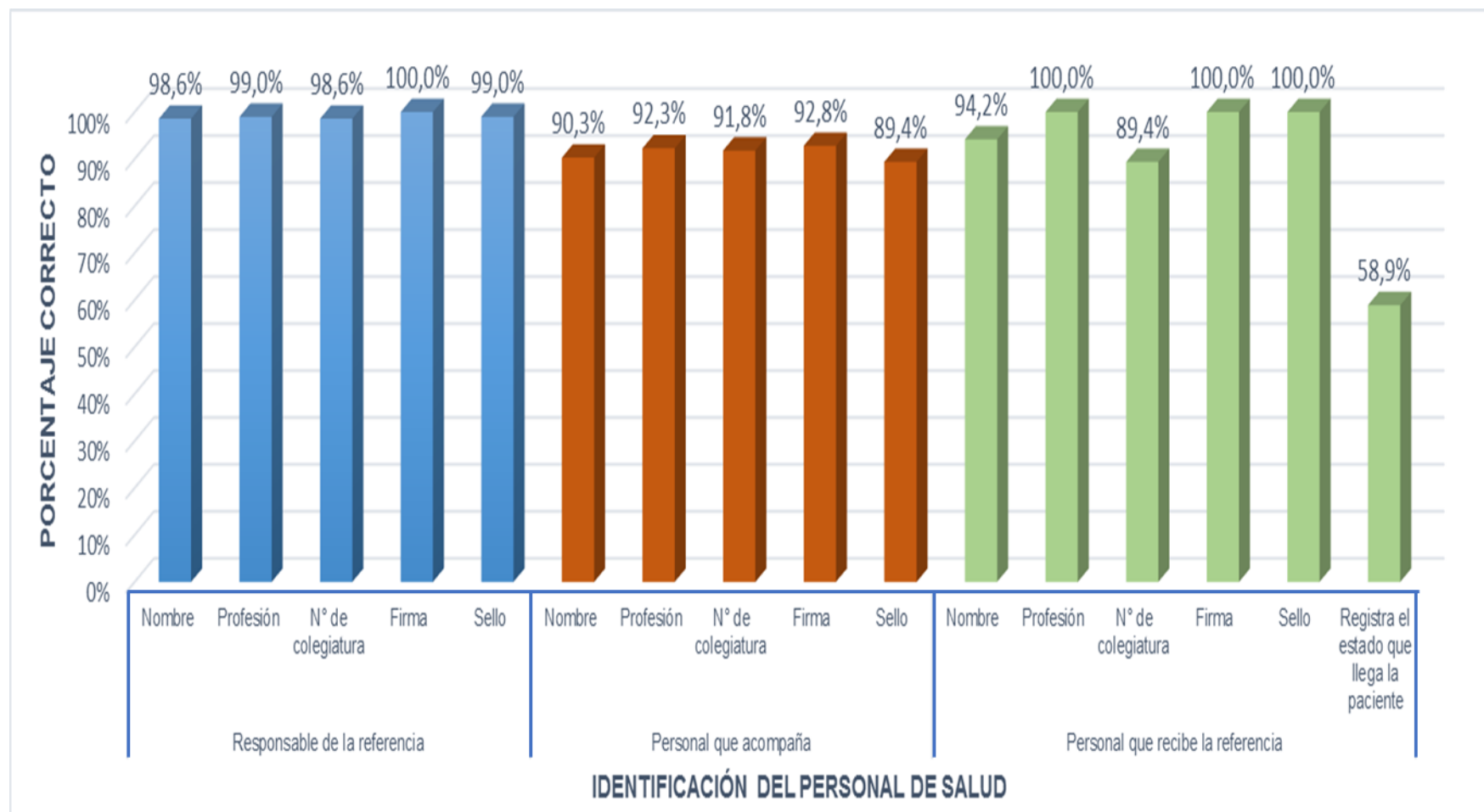
Referente al tratamiento, 35,3% no registra tratamientos de acuerdo a guías de atención, es importante seguir estos tratamientos de lo contrario se corre el riesgo de agravar la situación y aumentar así la posibilidad de mortalidad. Del total de las referencias, 26,1% no registra la hora que se administra los medicamentos, dato que es importante para evitar la confusión en la próxima administración de los fármacos.

Tabla 4: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según datos de identificación del personal de salud realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Identificación del personal de salud		Evaluación			
		Correcto		Incorrecto	
		N°	%	N°	%
Responsable de la referencia	Nombre	204	98,6	3	1,4
	Profesión	205	99,0	2	1,0
	N° de colegiatura	204	98,6	3	1,4
	Firma	207	100,0	0	0,0
	Sello	205	99,0	2	1,0
Personal que acompaña	Nombre	187	90,3	20	9,7
	Profesión	191	92,3	16	7,7
	N° de colegiatura	190	91,8	17	8,2
	Firma	192	92,8	15	7,2
	Sello	185	89,4	22	10,6
Personal que recibe la referencia	Nombre	195	94,2	12	5,8
	Profesión	207	100,0	0	0,0
	N° de colegiatura	185	89,4	22	10,6
	Firma	207	100,0	0	0,0
	Sello	207	100,0	0	0,0
	Registra el estado que llega la paciente	122	58,9	85	41,1

Fuente: Instrumento de evaluación de referencias.

Gráfico 5: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según datos de identificación del personal de salud realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



En el gráfico 5 se evidencia que el registro de los datos de identificación del responsable de la referencia casi en su totalidad el llenado es correcto. Con respecto a los datos de identificación del personal que acompaña, en promedio de 8.74% del registro es incorrecto; sin embargo, en los datos de identificación del personal que recibe la referencia en el Hospital Regional de Cajamarca, el registro de la profesión, firma y sello es 100% correcto, en el registro del nombre sólo 5,8% es incorrecto, donde existe mayor deficiencia es en el registro del N° de colegiatura con 10,6% y registro del estado que llega la paciente al nosocomio 41,1%, siendo de gran importancia el registro de este dato porque nos indica cómo llega la paciente al Hospital y las medidas necesarias que se debe tomar en cuenta.

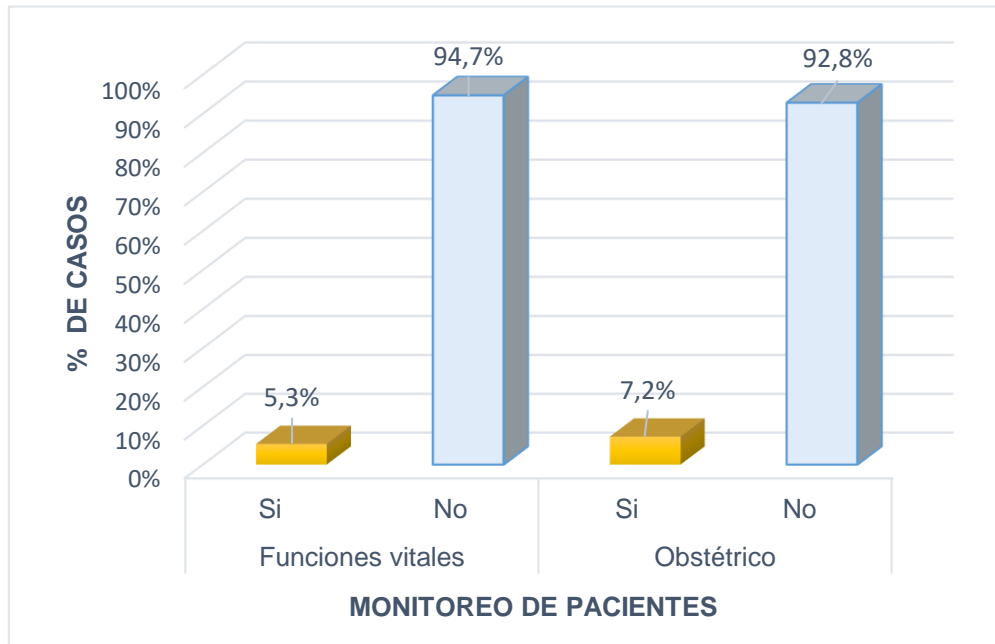
Los datos de identificación del personal de salud es importante en el registro de todos los procesos relacionados con la atención del paciente en establecimientos de salud, también es importante en las auditorías médicas, en caso sea necesario especificar el personal de salud.

Tabla 5: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según monitoreo durante su traslado al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Monitoreo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Funciones vitales	11	5,3	196	94,7
Obstétrico	15	7,2	192	92,8

Fuente: Instrumento de evaluación de referencias.

Gráfico 6: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según monitoreo durante su traslado al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



En el gráfico 6 se observan cifras realmente alarmantes. En el traslado de la paciente al Hospital Regional de Cajamarca, 94,7% de las referencias no realiza monitoreo de funciones vitales (temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial).

Los signos vitales, temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de la paciente, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad. La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal que acompaña en la referencia, estos datos va a permitir detectar alteraciones o complicaciones, que modifican el equilibrio físico del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente.

En 92,8% de las referencias no se realiza monitoreo obstétrico, el cual nos sirve para valorar la vitalidad del feto en base a la observación de la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal, la variaciones del flujo sanguíneo o contracciones y los movimientos fetales.

Schwarcz R determina que el monitoreo obstétrico es fundamental para identificar precozmente el sufrimiento fetal agudo (SFA) y tomar medidas para corregirla, disminuir la mortalidad fetal, predice la forma de terminar el parto (eutócico o distócico), vigilar la dinámica uterina, determinar la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) frente a los diferentes fármacos (19).

El registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en relación a los MF y dinámica uterina es un medio de Dx de apoyo en obstetricia.

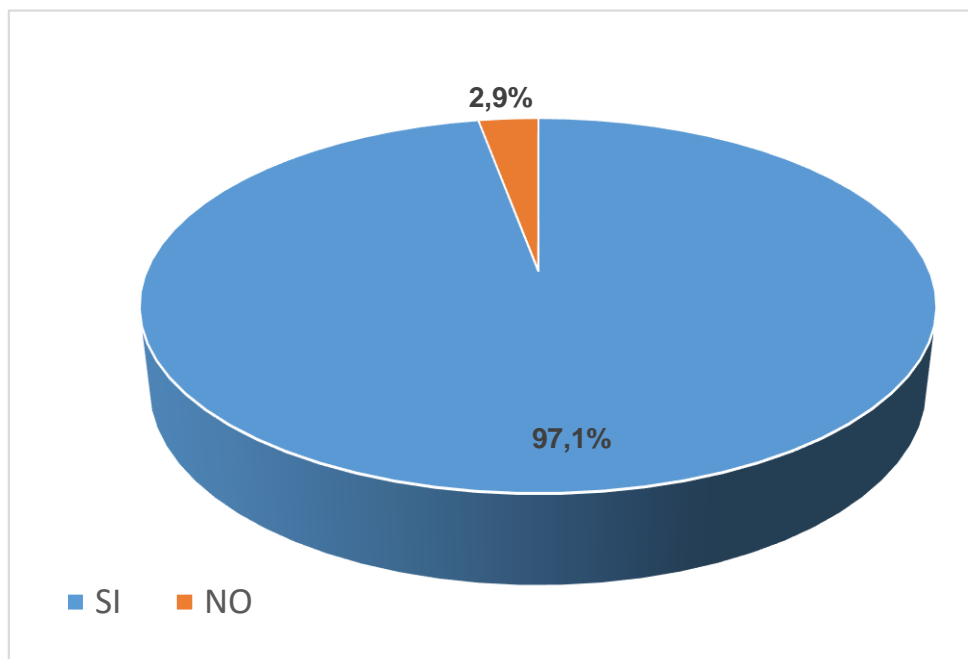
El personal que acompaña en la referencia deberá ser capaz de monitorizar al paciente y a su bebé de manera rápida y eficaz para saber en todo momento de sus constantes vitales, si esto no se realiza incrementa el riesgo a complicaciones, incluso a la mortalidad de la paciente y su bebé.

Tabla 6: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según justificación realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Justificación de referencia	N°	%
SI	201	97,1
NO	6	2,9
Total	207	100,0

Fuente: Instrumento de evaluación de referencias.

Gráfico 7: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según justificación realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



Dentro de la variable de justificación de referencia, la mayoría de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca son justificadas 97,1%; es decir, que tenía un nivel de complejidad que correspondía al tercer nivel de atención.

Esto nos indica que la mayoría de establecimientos de origen de la referencia no contaba con la capacidad resolutive para resolver el motivo de la referencia y el personal de salud realizó un diagnóstico oportuno y acciones adecuadas para referencia, asegurando la continuidad de la atención del paciente.

Las emergencias obstétricas constituyen una serie de eventos perinatales, de origen tanto materno como fetal y que se constituyen como un peligro inminente para la vida de uno o de ambos, lo que requiere una conducta rápida y oportuna. Cuando el establecimiento de salud donde se encuentra la paciente no cuenta con el personal y el equipo necesario, pueden traer como consecuencia grave la mortalidad materna, esto se puede prevenir con una referencia oportuna y de

calidad. Además se sabe que la mortalidad materna representa en nuestro país un gran problema de salud pública, por otra parte, sabemos que tras cada muerte se produce un drama familiar y social.

Sólo 2,9% de las referencias son injustificadas, esto nos muestra que el establecimiento de origen de la referencia si contaba con la capacidad resolutive para solucionar el motivo de la referencia, sin embargo estas pacientes fueron referidas.

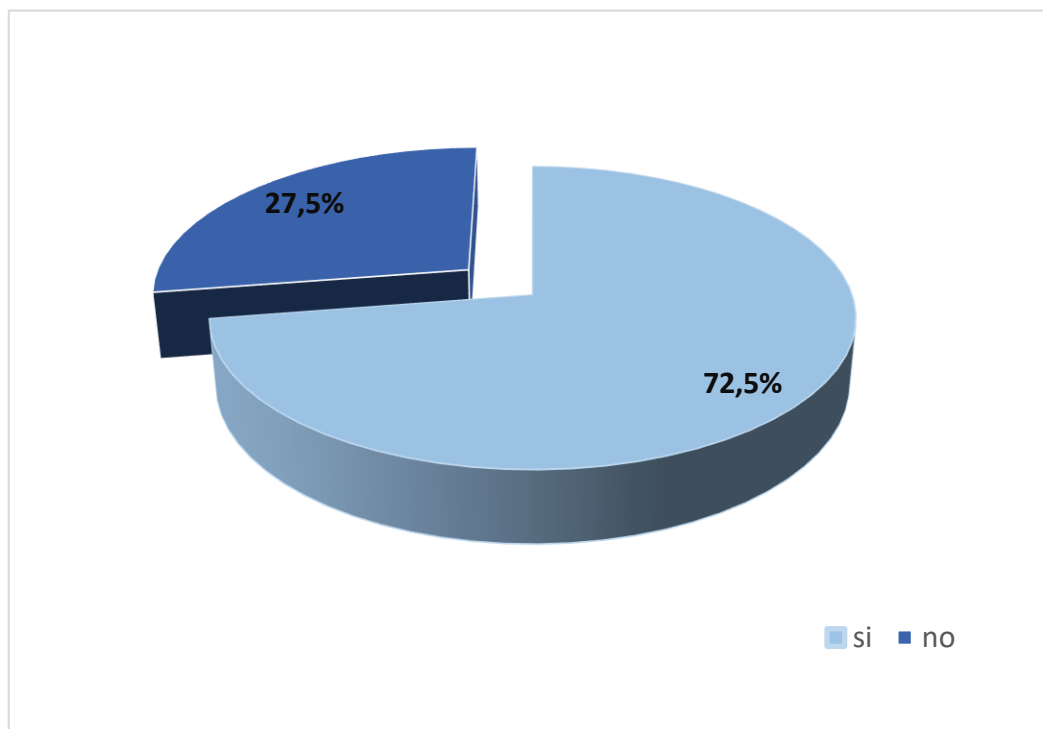
La referencia injustificada probablemente se debe a la falta de capacitación del personal de salud para reconocer y proceder al tratamiento de los casos que se presentan. Para evitar este tipo de referencias el personal de salud debe evaluar correctamente la situación actual del paciente y determinar si es realmente necesario una referencia.

Tabla 7: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según coordinación realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.

Coordinación de referencia	N°	%
SI	150	72,5
NO	57	27,5
Total	207	100,0

Fuente: Instrumento de evaluación de referencias.

Gráfico 8: Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas según coordinación realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.



En el gráfico 8 se evidencia que casi la tercera parte (27,5%) de las referencias no fueron coordinadas con el Hospital Regional de Cajamarca, se puede inferir que pudo haber sido por falta de medios de comunicación o quizá por temor a su rechazo en el tercer nivel.

La falta de coordinación dificulta al rápido manejo del paciente, incrementando su riesgo a complicaciones e incluso disminuyendo su pronóstico de vida.

Existe dos motivos fundamentales para coordinar las referencias: el primero consiste en hacer hincapié en el adecuado manejo, tratamiento y traslado de la paciente hacia el Hospital Regional de Cajamarca (HRC) y brindar algunas sugerencias cuando el personal que refiere al paciente se comunica vía telefónica con el personal del HRC; la segunda es para identificar el grado de emergencia que se presenta y se ponga en alerta a todo el personal que tenga que ver con la atención de la emergencia obstétrica y estén preparados al

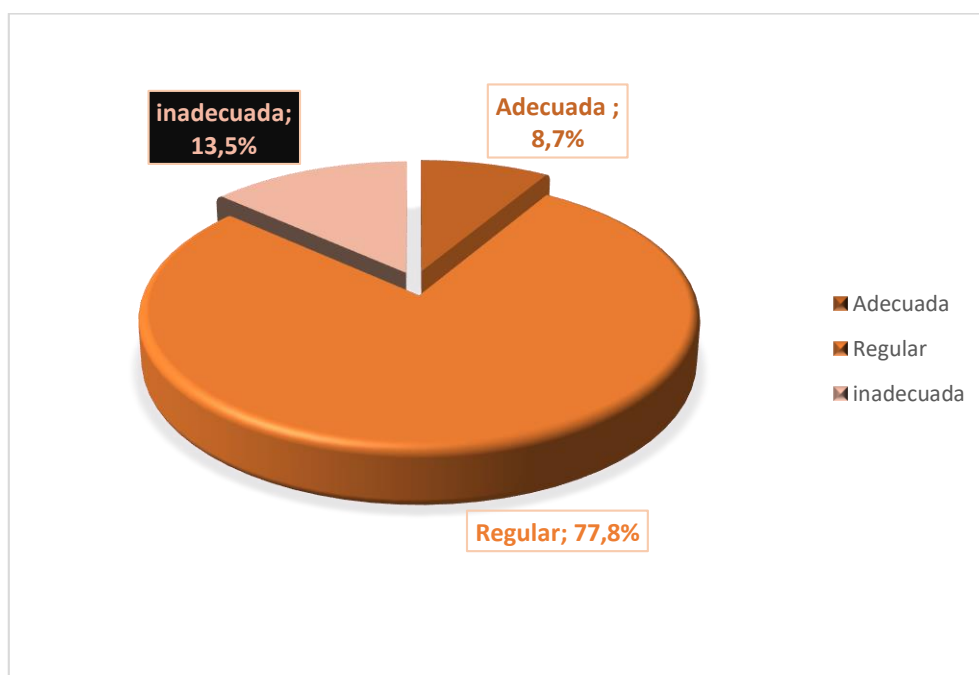
momento de su llegada (laboratorio, sala de operaciones, sala de partos, ecografías, rayos x, farmacia, banco de sangre, unidad de cuidados intensivos, etc).

Tabla 8: Calificación de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca octubre a diciembre 2015.

Calificación	N°	%
Adecuada	18	8,7
Regular	161	77,8
inadecuada	28	13,5
Total	207	100,0

Fuente: Instrumento de evaluación de referencias.

Gráfico 9: Calificación de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca octubre a diciembre 2015.



De un total de 207 referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, se evidencia que las referencias son realizadas de forma regular (77,8%), seguido de calificaciones inadecuadas (13,5%) y sólo un 8,7% se realizan de forma adecuada.

Por lo que se podría señalar que el 91,3% de las referencias se encuentran entre regular e inadecuadas, dato que nos indica que existe deficiencia en el conocimiento de cómo debe realizarse una referencia en caso de una emergencia obstétrica, asimismo desconocimiento de la norma técnica de Referencias, por ello se evidencia considerable dificultad en algunos aspectos de la referencia: como el registro de los datos generales, resumen de la historia clínica, datos de identificación del personal que refiere, acompaña y recibe la referencia, la coordinación de la referencia con el Hospital Regional de Cajamarca, además de la dificultad de identificar si una referencia es justificada o no.

La omisión o el incorrecto registro de algunos datos puede traer riesgos, complicaciones o incluso disminuye el pronóstico de vida de la paciente y el bebé, además de incrementar el incidencia de muerte materna, muertes que pueden ser evitadas.

Por otro lado se identifica que sólo el 8,7% del personal está capacitado para una referencia adecuada.

3.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ho: El mayor porcentaje de la referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacutec al Hospital Regional de Cajamarca no son regulares e inadecuadas.

Ha: El mayor porcentaje de la referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacutec al Hospital Regional de Cajamarca son regulares e inadecuadas.

Calificación	%
Adecuada	8,7
Regular	77,8
inadecuada	13,5
Total	100,0

Fuente: tabla 8

Mediante la distribución de frecuencias vemos que el mayor porcentaje de referencias de pacientes con emergencias obstétricas obtienen la calificación de regular (77.8%) e inadecuado (13.5%) haciendo un total de 91.3%.

Entonces podemos rechazar la hipótesis nula y afirmar que el mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacutec al Hospital Regional de Cajamarca son regulares e inadecuadas, demostrando que se ha cumplido la hipótesis de la investigación.

CONCLUSIONES

El análisis e interpretación de los resultados permitieron obtener las siguientes conclusiones:

- El tipo de emergencia obstétrica que se presentan con mayor frecuencia en las referencias realizadas por la Micro Red Pachacutec al Hospital Regional de Cajamarca, es la Hemorragia (32,7%).
- El registro de los datos generales, casi en la totalidad es correcto; excepto por la hora real y domicilio que sólo son correctos 85,5% y 73,9% respectivamente.
- En el registro del resumen de la historia clínica se observa que existe mayor dificultad, respecto a la anamnesis en el registro de los antecedentes (63,8% incorrecto). En el examen físico, casi la tercera parte del registro del peso (27,5%) y exploración física (24,2%) son incorrectos. En el registro de exámenes auxiliares casi el 50 por ciento (43,5%) es incorrecto. En el diagnóstico más del 50 por ciento (57,0%) de las referencias no se registra código CIE X. Correspondiente al tratamiento, más de la tercera parte (35,3%) del tratamiento no está de acuerdo a las guías de atención.
- En la identificación del personal de salud, casi en la totalidad del registro de identificación del personal que refiere es correcto. Con respecto al personal que acompaña la referencia el registro de los datos de identificación es incorrecto en promedio de 8,74%. En el personal que recibe la referencia, el registro del nombre, n° de colegiatura y en el registro del estado que llega la paciente es incorrecto 5,8%, 10,6% y 41,1% respectivamente.
- En un gran porcentaje de las referencias no realiza monitoreo de funciones vitales (94,7%), ni monitoreo obstétrico (92,8%).
- Casi en la totalidad (97,1%) de las referencias realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca son justificadas.
- Casi la tercera parte (27,5%) de las referencias no coordina con el Hospital Regional de Cajamarca.
- Se concluye el mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca son regulares (77,8%) e inadecuadas (13,5%).

RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Cajamarca

- Se recomienda planificar, financiar y ejecutar proyectos en la implementación de ambulancias, para promover el adecuado manejo en el traslado de las emergencias obstétricas, y así disminuir la incidencia de muertes maternas.

A la Micro Red Pachacútec

- Se recomienda realizar capacitaciones constantes de los temas: práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive y la norma técnica de referencias y contrarreferencias a todo el personal de salud de todos los establecimientos de salud que integran la Micro Red Pachacútec.
- Se recomienda al personal de salud de la Micro Red Pachacútec (ginecólogos, obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio, personal de farmacia, etc.), mayor involucramiento en la atención inmediata de la emergencia obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud (MINSA). Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Perú 2006 [citado 15 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>
2. Vargas A, Villamizar L, et al. Maternidad segura: un reto para alcanzar los objetivos del milenio. Perú 2013 [citado 23 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/631/Adriana%20M%20Vargas%20Olivares.pdf?sequence=1>
3. Ministerio de salud (MINSA). Referencias y Contrarreferencias de las Emergencias Obstétricas y Neonatales - Modulo 5. Lima del 2010
4. Ministerio de Salud (MINSA). Curso taller: Referencias y contrarreferencias de las emergencias obstétricas y neonatales y auditoria para el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas y neonatales. Perú, Julio del 2011.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Perú (UNFPA). Reducción de la Mortalidad Materna en el Perú. [citado el 28 diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/Ficha-Mortalidad-Materna.pdf>
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 – Perú. [citado el 02 de enero del 2016]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>
7. Gobierno Regional de Cajamarca. Dirección Regional de Salud – Oficina de Epidemiología. Análisis de situación de salud. Cajamarca - 2014.

8. Ministerio de Salud (MINSA). CENARUE. Perú. [citado el 30 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/profesionales/cenarue.htm>
9. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. Perú 2009. [citado 7 de diciembre]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. Noviembre 2015. [citado 31 de enero del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
11. Ministerio de Salud (MINSA). Red Nacional de Epidemiología (RENACE). Distribución de Muertes Maternas Perú 2016. [citado el 22 de junio del 2016]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE10/mmaternas.pdf>
12. Revista Electrónica – Actualidades Investigativas en Educación. La Evaluación Educativa. [citado el 12 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44740211.pdf>
13. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Perú 2004.
14. Ministerio de salud (MINSA). Referencias y Contrarreferencias de las Emergencias Obstétricas y Neonatales - Modulo 5. Lima del 2010
15. Oposiciones de Enfermería. Conceptos de Urgencia y Emergencia. Valoración y Cuidados de Enfermería ante Situaciones Críticas. Parada Cardiorespiratoria. RCP en Adultos y en Pediatría. Cuidados Postresucitación. [citado el 26 de junio del 2016]. Disponible en: http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf

16. Huertas E. Emergencias Obstétricas. [citado el de enero del 2016]. Disponible en:http://bibliotecabiomedica.bligoo.com.pe/media/users/19/995094/files/236822/Clase_05_Emergencias_Obst_tricas.pdf
17. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Guías clínicas de atención obstétrica del departamento de ginecología y obstetricia Hospital Regional de Cajamarca. Cajamarca 2011.
18. Cunningham G. et al. Williams Obstetricia. 23° edición. Editorial Mcgraw-Hill Interamericana; 2011.
19. Schwarcz R. et al. Obstetricia. 6° edición Buenos Aires. Editorial El Ateneo; 2008.
20. Ministerio de Salud (MINSA). Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. 2007.
21. Ministerio de Salud (MINSA) – Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y perinatología. 2010.
22. Gonzales J. et al. Obstetricia. 6° edición. Editorial El.sev.ier, 2013.
23. Ministerio de Salud (MINSA). Protocolo de Vigilancia Epidemiológica. [citado 3 de febrero del 2016]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/buho/buho_mmaterna.pdf
24. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva para la Vigilancia de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal a Nivel Regional – Disa IV Lima Este. [citado el 11 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.limaeste.gob.pe/LIMAESTE/direcciones/desp/InformacionTecnica/DataInformacionTecnica/2010/Normas/SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA/Directiva%20regional%20funcionamiento%20comites%20mortalidad.pdf>

25. Del Carpio L. Situación de la Mortalidad Materna en el Perú, 2000 – 2012. Lima 2013 [citado el 10 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf>
26. Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Gobierno Regional de Cajamarca - Oficina de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud – ASIS 2015 Cajamarca.

ANEXO

ANEXO 1

Título: EVALUACIÓN DE REFERENCIAS DE PACIENTES CON EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS REALIZADAS POR LA MICRO RED PACHACÚTEC AL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, OCTUBRE A DICIEMBRE 2015.				
Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema principal: ¿Cómo se realizan las referencias de pacientes con emergencias obstétricas enviadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015?</p> <p>Problemas secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipos de emergencias obstétricas se presentan en las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015? - ¿Es correcto el registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015? - ¿Es correcto el llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas 	<p>Objetivo general: Evaluar las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar tipos de emergencias obstétricas que se presentan en las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. ✓ Identificar si es correcto el registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. ✓ Determinar si es correcto el llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al 	<p>Hipótesis general: El mayor porcentaje de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son regulares e inadecuadas.</p> <p>Hipótesis secundarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En las referencias realizadas por los Establecimientos de Salud de la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, el tipo de emergencia obstétrica que se presenta con mayor frecuencia es la hemorragia. • El registro de los datos generales de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son correctas. • El llenado del resumen de la historia clínica de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro 	<p>Variable 1: Evaluación de referencias.</p> <p>Variable 2: Emergencia obstétrica</p>	<p>Tipo de investigación: Por el enfoque que toma la investigación corresponde ser un tipo aplicado.</p> <p>Nivel de investigación: De acuerdo a la naturaleza de estudio de la investigación reúne características para ser de nivel descriptivo.</p> <p>Método de la investigación: El método utilizado es hipotético deductivo.</p>

<p>por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es correcto el registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015? - ¿Se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015? - ¿Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas? - ¿El personal de la Micro Red Pachacútec que realiza las referencias de pacientes con emergencias obstétricas, octubre a diciembre 2015, coordina con el Hospital Regional de Cajamarca antes de referir? 	<p>Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precisar si es correcto el registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. ✓ Definir si se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015. ✓ Diagnosticar si las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas. ✓ Identificar si el personal de la Micro Red Pachacútec que realiza las referencias de pacientes con emergencias obstétricas, octubre a diciembre 2015, coordina con el Hospital Regional de Cajamarca antes de referir. 	<p>Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, es incorrecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El registro de los datos de identificación del personal de salud que refiere, acompaña y recibe las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son correctos. • Durante el traslado de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, no se realiza monitoreo de funciones vitales y obstétricas. • Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, son justificadas. • Las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015, no se coordinan. 	<p>Diseño de la investigación: Debido a la naturaleza del problema planteado la presente investigación corresponde a un diseño no experimental de corte transversal.</p>
--	---	---	---

ANEXO 2



HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL															
RED DE SERVICIOS DE SALUD				MOTIVO DE REFERENCIA				N° DE HOJA							
				Emergencia											
				Consulta Externa											
				Apoyo al Diagnóstico											
FECHA		HORA						ASEGURADO							
								SI NO							
ESTABLECIMIENTO DE SALUD ORIGEN							ESTABLECIMIENTO DE SALUD DESTINO								
NOMBRES				NOMBRE											
CATEGORIA				CATEGORIA											
DISTRITO				DISTRITO											
PROVINCIA				PROVINCIA											
DEPARTAMENTO				DEPARTAMENTO											
I.- DATOS DEL USUARIO															
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			DNI						
EDAD	AÑOS	MESES	DIAS	SEXO	M	Fecha de Nacimiento	N° Historia Clínica	Tipo de Seguro	Código del Asegurado						
					F										
DIRECCIÓN Y/O REFERENCIA DE DOMICILIO								TELÉFONO							
II.- RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA															
Anamnesis:															
Examen Físico: (T °C) (PA): (FR): (F.C): (PESO Kg):															
Exámenes Auxiliares:															
Fecha: Resultado:															
Fecha: Resultado:															
Fecha: Resultado:															
Diagnóstico:								CIE - 10		D		P		R	
1) _____															
2) _____															
3) _____															
Tratamiento:															
III.- DATOS DE LA REFERENCIA															
Fecha en que será atendido						MEDIO DE TRANSPORTE									
Hora en que será atendido						Ambulancia									
Nombre con quien coordinó la atención						Otro (especificar)									
Nombre quien coordinó la referencia															
SERVICIO A REFERIR		Cirugía General		Gineco Obstetricia		Medicina Interna		Pediatria		Apoyo al Diagnóstico		Otro			
RESPONSABLE DE LA REFERENCIA				PERSONAL QUE ACOMPAÑA				PERSONAL QUE RECIBE							
Nombre		Nombre		Nombre		Nombre									
N° Colegiatura		N° Colegiatura		N° Colegiatura		N° Colegiatura									
Profesión		Profesión		Profesión		Profesión		Médico		Enfermera		Obstetra			
								Fecha:		Hora:					
Firma y Sello		Firma y Sello		Firma y Sello		Firma y Sello									
Condición del Usuario a la llegada al Establecimiento de Salud de Destino de la Referencia										Estable		Inestable		Fallecido	
Monitoreo durante la referencia (según el caso cada 10' - 30')															
HORA	Monitoreo de Funciones Vitales				Administración de Medicamentos				Monitoreo Obstétrico						
	Pulso	T°	P.A.	F.R.	Nombre	Dosis	Via	F. C. F.	D. U.	Sangrado	Otros				

ANEXO 3

Ficha para la evaluación de las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre del 2015.

Dx. de la referencia: _____

I. DATOS GENERALES.

- a. N° de referencia: correcto incorrecto
- b. Fecha: correcto incorrecto
- c. Hora real: correcto incorrecto
- d. Nombre del EESS que refiere: correcto incorrecto
- e. Apellidos y nombres: correcto incorrecto
- f. Edad: correcto incorrecto
- g. DNI COD. SIS: correcto incorrecto
- h. Domicilio: correcto incorrecto

II. RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

2.1. Anamnesis (1pto c/u).

- a. Detalla el inicio, curso y estado actual de la enfermedad.
correcto incorrecto
- b. Detalla antecedentes importantes del paciente:
correcto incorrecto

2.2. Examen físico (1pto c/u).

- a. Signos vitales: correcto incorrecto
- b. Peso: correcto incorrecto
- c. Hallazgos importantes: correcto incorrecto

2.3. Registro de exámenes auxiliares (1pto). correcto incorrecto

2.4. Diagnóstico (1pto c/u).

- a. Completo: correcto incorrecto
- b. Usa CIE X: correcto incorrecto

2.5. Tratamiento (1pto c/u).

- a. De acuerdo a guías de atención: correcto incorrecto
- b. Registra hora que administró medicamentos:
correcto incorrecto

III. DATOS DE LA REFERENCIA.

3.1. Responsable de la referencia (1pto c/u).

- a. Nombre: correcto incorrecto
- b. Profesión: correcto incorrecto
- c. N° de colegiatura: correcto incorrecto
- d. Firma: correcto incorrecto
- e. Sello: correcto incorrecto

ANEXO 4

Ficha de validación del instrumento de recolección de datos por juicio de expertos

Instrucciones: luego de analizar el instrumento de recolección de datos y compararlo con la matriz de consistencia de la presente investigación, se le ha solicitado que en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

Nota: para cada ítem considerar la escala de 1 al 3 donde.

1: en desacuerdo

2: indiferente

3: de acuerdo

Ítems	Puntaje
1. El instrumento persigue fines de los objetivos.	3
2. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados.	3
3. El número de ítems que cubre a cada dimensión es el correcto.	3
4. Los ítems están redactados correctamente.	3
5. Los ítems no despiertan ambigüedad al encuestado.	3
6. El instrumento llega a la comprobación de la hipótesis.	3
7. El instrumento llega a medir la variable en estudio.	3
TOTAL:	3

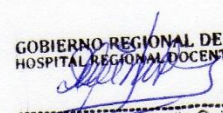
Puntuación:

De 7 a 12: no válido, reformular

De 13 a 15: no válido, modificar

De 16 a 18: válido, mejorar

De 19 a 21: válido, aplicar

Gobierno Regional de Cajamarca
Hospital Regional Docente Cajamarca

Obsta. Maritza Cecilia Quiroz Mendoza
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
C.O.P. N° 6589

Firma del evaluador

Ficha de validación del instrumento de recolección de datos por juicio de expertos

Instrucciones: luego de analizar el instrumento de recolección de datos y compararlo con la matriz de consistencia de la presente investigación, se le ha solicitado que en base a su criterio y experiencia profesional, valide dicho instrumento para su aplicación.

Nota: para cada ítem considerar la escala de 1 al 3 donde.

1: en desacuerdo

2: indiferente

3: de acuerdo

Ítems	Puntaje
1. El instrumento persigue fines de los objetivos.	3
2. La hipótesis es atinente al problema y a los objetivos planteados.	3
3. El número de ítems que cubre a cada dimensión es el correcto.	3
4. Los ítems están redactados correctamente.	3
5. Los ítems no despiertan ambigüedad al encuestado.	3
6. El instrumento llega a la comprobación de la hipótesis.	3
7. El instrumento llega a medir la variable en estudio.	3
TOTAL:	3

Puntuación:

De 7 a 12: no válido, reformular

De 13 a 15: no válido, modificar

De 16 a 18: válido, mejorar

De 19 a 21: válido, aplicar



CHUQUIMANGO HUAMAN MILA
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP. 27330 RNE 1040-E-01

Firma del evaluador

ANEXO 5

Alfa de Cronbach: Análisis de Confiabilidad

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
	Válidos	10	100,0
Casos	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,922	38

Estadísticos total-elemento

Ítems	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
N° de referencia	29,4000	54,711	,000	,923
Fecha	29,4000	54,711	,000	,923
Hora Real	29,9000	49,433	,675	,917
Nombre de establecimiento que refiere	29,4000	54,711	,000	,923
Apellidos y nombres	29,5000	51,833	,610	,919
Edad	29,5000	51,833	,610	,919
DNI Cod. SIS	29,5000	51,833	,610	,919
Domicilio	29,6000	48,933	,949	,914
Detalla en forma concisa el inicio, curso y estado actual de la enfermedad	29,5000	51,833	,610	,919
Detalla antecedentes importantes del paciente	29,9000	49,433	,675	,917
Signos vitales	29,5000	51,833	,610	,919
Peso	29,6000	56,933	-,377	,930
Hallazgos importantes	29,6000	48,933	,949	,914
Registro de exámenes auxiliares	30,1000	55,878	-,194	,929
Completo	29,8000	57,289	-,364	,932
Usa CIE X	29,8000	55,067	-,081	,928
Esta de acuerdo a protocolo	30,0000	54,444	,000	,927
Registra hora que administró medicamentos	29,6000	48,933	,949	,914
Nombre	29,6000	48,933	,949	,914
Profesión	29,6000	48,933	,949	,914
N° de colegiatura	29,4000	54,711	,000	,923
Firma	29,4000	54,711	,000	,923
Sello	29,6000	48,933	,949	,914
Nombre_A	29,6000	48,933	,949	,914
Profesión_A	29,6000	48,933	,949	,914
N° de colegiatura	29,5000	51,833	,610	,919
Firma_A	29,5000	51,833	,610	,919
Sello_A	29,5000	51,833	,610	,919
Nombre_B	29,6000	48,933	,949	,914
Profesión_B	29,6000	48,933	,949	,914
N° de colegiatura	29,5000	51,833	,610	,919
Firma_B	29,6000	48,933	,949	,914
Sello_B	29,4000	54,711	,000	,923
Registra el estado que llega la paciente al HRC	29,8000	50,622	,520	,919
Funciones vitales	29,6000	54,711	-,029	,926
Monitoreo obstétrico	29,6000	54,711	-,029	,926
Referencia Justificada	29,6000	54,711	-,029	,926
se coordinó la referencia	29,6000	48,933	,949	,914