

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



=====

**EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL PARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD - REGIÓN HUÁNUCO.
ESTUDIO COMPARATIVO: ENTRE LA TRANSFERENCIA Y LA
RECEPCIÓN HOSPITALARIA, AÑO 2018.**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS

**Luisa Ofelia ARIAS TRUJILLO
Jenny Cecilia RIVERA OLORTIN**

ASESORA

Mg. Melgarejo Figueroa, MARÍA DEL PILAR

**HUÁNUCO – PERÚ
2019**

**EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL PARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD – REGIÓN HUÁNUCO. ESTUDIO
COMPARATIVO: ENTRE LA TRANSFERENCIA Y LA RECEPCIÓN
HOSPITALARIA, AÑO 2018.”**

DEDICATORIA

Dedicamos esta Tesis a:

Dios, porque ha estado con nosotros en cada paso que dimos, cuidándonos y dándonos la fortaleza para poder lograr nuestras metas.

Nuestros Padres, quienes a lo largo de la vida han velado por nuestro bienestar y educación, siendo un apoyo en todo momento y depositando su entera confianza en cada reto que se presentaba sin dudar ni un solo momento en nuestra inteligencia y capacidad. Por ellos somos, en el antes, ahora, y siempre, una mejor persona.

Las Investigadoras.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, a través de los docentes de la Facultad de Obstetricia, quienes nos inculcaron sabias enseñanzas en el que hacer universitario.

A nuestra Asesora Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa, por apoyarnos, guiarnos en el camino, y permitirnos avanzar a paso firme.

Asimismo, a nuestros colegas de la Facultad de Obstetricia por su apoyo personal y humano con quien hemos compartido proyectos e ilusiones.

El agradecimiento a nuestros jurados, por la revisión cuidadosa que han realizado en este trabajo y sus sugerencias valiosas en momentos de dudas.

La investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas, las pacientes obstétricas.

Las Investigadoras.

RESUMEN

Investigamos el tema: “Emergencias Obstétricas del parto en pacientes atendidas en los centros de salud de la Región Huánuco. estudio comparativo: entre la transferencia y la recepción hospitalaria, año 2018”, con el objetivo de comparar el motivo de transferencia y la recepción hospitalaria en aspectos de diagnóstico de las emergencias obstétricas del parto específicamente, conocimos los aspectos demográficos y obstétricos de las pacientes con emergencias obstétricas según categoría Intra y postparto, identificar el diagnóstico obstétrico de ingreso hospitalario cuando la paciente es transferida; la metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental: descriptivo, nivel correlacional, tipo transversal, retrospectivo, la muestra fue 59 pacientes, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos validada y con muy alta confiabilidad. Resultados: 1. Aspectos sociodemográficos con mayor frecuencia: Edad entre 20 a 24 años [20 (34%)], estado civil conviviente [44 (75%)], nivel de escolaridad secundaria [24 (41%)], ocupación ama de casa [52 (88%)], religión católica [45 (76%)]; Aspectos obstétricos con mayor porcentaje, antecedentes familiares: embarazo múltiple [7 (12%)], antecedente personal: cirugía pélvica [7 (12%)], antecedente obstétrico: nulípara [31 (53%)], periodo intergenésico largo [13 (22%)], embarazo actual, edad gestacional: pre término [38 (64%)], atención prenatal: gestante controlada [43 (73%)]. 2. Identificamos el diagnóstico de transferencia de la emergencia obstétrica, según categoría: se confirmaron el diagnóstico en 39 pacientes, siendo los de mayor frecuencia y concordancia en el Intraparto: Sufrimiento Fetal Agudo [8 (13,5%)], y en el post parto: Retención de membranas placentarias [4(6,8%)]. 3. Señalamos la comparación de Intra parto [44(74,6%)], con similitud en la recepción hospitalaria [30(50,8%)] y las que difieren [14(23,7%)], habiendo una brecha de 23,8% en la categoría después del parto [15(25,4%)], con similitud [9(15,2%)] y las que difieren [6(10,2%)], habiendo una brecha de 10.1% Para la constatación de la hipótesis utilizamos la prueba de χ^2 donde el X^2_c es mayor que el X^2_{τ} , por ello se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que: Existe relación significativa entre emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en centros de salud - región Huánuco. estudio comparativo: entre la transferencia y la recepción hospitalaria, año 2018.

Palabras Clave:

Diagnóstico, transferencia, recepción, Emergencias Obstétricas.

SUMMARY

We investigated the topic: "Obstetric emergencies of childbirth in patients attended in the centros de salud de la Región Huánuco. Comparative study: between transfer and hospital reception, year 2018 ", with the aim of comparing the reason for transfer and hospital reception in aspects of diagnosis of obstetric emergencies of childbirth specifically, to know the demographic and obstetric aspects of patients with Obstetric emergencies according to intra and postpartum categories, identify the obstetric diagnosis of hospital admission when the patient is transferred; the methodology used was a quantitative approach, non-experimental design: descriptive, correlational level, cross-sectional type, retrospective, the sample was 59 patients, the instrument used was the data collection form validated and with very high reliability. Results: 1. Sociodemographic aspects with greater frequency: Age between 20 to 24 years old [20 (34%)], cohabiting civil status [44 (75%)], secondary level of education [24 (41%)], occupation loves home [52 (88%)], Catholic religion [45 (76%)]; Obstetric aspects with higher percentage, family history: multiple pregnancy [7 (12%)], personal history: pelvic surgery [7 (12%)], obstetric history: nulliparous [31 (53%)], long intergenetic period [13 (22%)], current pregnancy, gestational age: pre-term [38 (64%)], prenatal care: pregnant woman [43 (73%)]. 2. We identified the diagnosis of transfer of the obstetric emergency, according to category: the diagnosis was confirmed to 39 patients, being the most frequent and concordant in the Intrapartum: Acute Fetal Suffering [8 (13.5%)], and in the postpartum: Retention of placental membranes [4 (6.8%)]. 3. We note the comparison of intrapartum [44 (74.6%)], with similarity in hospital reception [30 (50.8%)] and those that differ [14 (23.7%)], having a gap of 23.8% in the category after childbirth [15 (25.4%)], with similarity [9 (15.2%)] and those that differ [6 (10.2%)], having a gap of 10.1% For the verification of the hypothesis we use the Chi2 test where the X2C is greater than the X2T, therefore the null hypothesis is rejected, concluding that: There is a significant relationship between obstetric emergencies of delivery in patients attended in health centers - Huánuco region. comparative study: between the transfer and the hospital reception, year 2018.

Key words:

Diagnosis, transfer, receipt, obstetric emergencies.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 05 |
| SUMARY..... | 06 |
| INTRODUCCIÓN..... | 08 |
| I CAPÍTULO: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1 Descripción del problema..... | 12 |
| 1.2 Formulación del Problema | |
| 1.2.1. General..... | 15 |
| 1.2.2. Específicos..... | 15 |
| 1.3 Objetivos | |
| 1.3.1. General..... | 16 |
| 1.3.2. Específicos..... | 16 |
| 1.4 Hipótesis y/o Sistema de Hipótesis..... | 17 |
| 1.5 Variables..... | 17 |
| 1.6 Justificación e Importancia..... | 19 |
| 1.7 Viabilidad..... | 20 |
| 1.8 Limitaciones..... | 20 |
| II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Antecedentes | |
| 2.1.1. Internacionales..... | 21 |
| 2.1.2. Nacionales..... | 22 |
| 2.1.3. Locales..... | 22 |
| 2.2 Bases Teóricas..... | 23 |
| 2.3 Definición conceptuales..... | |
| III MARCO METODOLÓGICO | |
| 3.1. Tipo de Investigación..... | 36 |
| 3.2 Diseño y esquema de investigación..... | 37 |
| 3.3 Población y muestra..... | 37 |
| 3.4 Instrumento de recolección de datos..... | 38 |
| 3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos..... | 38 |
| IV. RESULTADOS | |
| 4.1 Presentación de resultados..... | 39 |
| 4.2 Presentación Estadística..... | 46 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 47 |
| CONCLUSIONES..... | 49 |
| SUGERENCIAS..... | 50 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 51 |
| ANEXOS | 54 |

INTRODUCCIÓN

En los Centros de Salud se presentan Emergencias Obstétricas en el proceso del parto, estos deben ser trasladados a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad se denominan FONE; cuando el Profesional de Salud trasfiere a la paciente, ésta debe ir acompañada por un documento denominado hoja de referencia donde se consigna el diagnóstico presuntivo y cuando llega al FONE es recepcionada y en la historia clínica es nuevamente evaluada para consignar el diagnóstico de ingreso hospitalario; la importancia de nuestra investigación radica en la posibilidad de que ambos diagnósticos sean coincidentes, estos datos nos llevarían a una capacidad competitiva adecuada en el manejo inicial de la paciente, llevando así a una calidad adecuada de atención; no siendo así cuando los diagnósticos tienen brechas alarmantes de diferencia entre ambos diagnósticos; luego es manejado según la patología y dado de alta, en estas condiciones regresa al establecimiento de origen ya sea curado, mejorado o con un tratamiento que deberá continuar.

Los propósitos normados de estas acciones, son mejorar los servicios de salud, con equidad e igualdad para todos los pacientes, y así mismo los pacientes tengan una mejor calidad de vida. El Personal de Salud debe estar debidamente capacitado para poder realizar estos trámites de transferir y recibir en el hospital.

Los principios de universalidad en el acceso a servicios de salud, equidad, integridad de la atención, calidad, eficiencia, respecto a los derechos de las personas, descentralización y participación ciudadana, está dentro del modelo de atención integral de salud del Ministerio de Salud. Estos principios han

exigido cambios y redefiniciones coherentes y complementarias en el modelo de prestación de los servicios de salud, la integridad como principio a su vez tiene varias dimensiones, siendo una de ellas, la continuidad de la atención, que supone que la atención de salud de una persona no puede darse en forma limitada o verse interrumpida por factores atribuibles a la limitada capacidad resolutive de los establecimientos de salud, sino por el contrario, esta debe ser seguida y complementada hasta la resolución del daño o episodio de enfermedad específica.

En la presente investigación nos propusimos la problemática siguiente: ¿cuáles son las diferencias entre la transferencia y la recepción hospitalaria de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en Centros de Salud – Región Huánuco, año 2018?; los documentos utilizados fueron la referencia, la historia clínica de emergencia y la contrareferencia, los datos consignados para nuestra investigación fueron ubicados en la unidad de archivos del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing” ya que actualmente es un hospital de referencias, en las Emergencias Obstétricas, y lugar de recepción de los casos referidos de los Establecimientos de Salud de la periferia de la Región Huánuco; así también estos datos en la condición de ser actuales fueron tomadas del reciente año que pasó 2018; la población conocida fue 1391 pacientes que fueron transferidas desde los Centros de Salud de la Región Huánuco hacia el Hospital Materno Infantil, clasificado como FONE; una vez recolectado los datos mediante la técnica del análisis documentario y vaciado a la ficha de recolección de datos, fueron procesados en el programa computarizado Mini Tab 18, para la elaboración de las tablas y figuras correspondientes dando resultados de la investigación.

Las emergencias obstétricas son situaciones que afectan la reproductiva de la mujer, con riesgo inminente de complicaciones, como secuelas de diferente índole, o incluso, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

Todas las mujeres embarazadas necesitan tener acceso a atención obstétrica de emergencia de buena calidad. Los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia deberían ser con uso de guías de atención para estandarizar el manejo oportuno y de calidad. Las emergencias obstétricas son resultado, principalmente, de las siguientes cinco causas: hemorragia obstétrica o sangrado durante o después del parto; trastornos hipertensivos (incremento de la presión arterial); infecciones.

Por eso, los servicios de salud y los cuidados obstétricos son esenciales y básicos para el parto, tanto durante el mismo, como durante la atención del recién nacido por los profesionales competentes. Este y otros servicios, como la cirugía, la anestesia, la transfusión sanguínea, el tratamiento de protocolos médicos de hospitalización, los procedimientos manuales y cuidados neonatales, deben ser informados y dispuestos al conocimiento de las futuras madres gestantes, de la familia y la comunidad.

La investigación sugiere actualización y fomentar pautas de atención a esta población vulnerable y tenemos que contar con normas actualizadas, adecuadas y viables para los servicios de atención del parto que permitan una evaluación sencilla de resultados, lo cual permitirá disminuir los indicadores de morbilidad por estas complicaciones.

Se entiende que contar con una investigación en los niveles de atención locales independientemente de la realidad de cada uno es provechoso para la institución, ya que los resultados llevarían a tomar acciones de mejora en la atención de la gestante, y las competencias profesionales poniendo énfasis en la práctica del enfoque de riesgo.

También se describen las principales recomendaciones basadas en el uso práctico de las normas de competencia obstétrica para el manejo de las complicaciones obstétricas, durante el parto y puerperio. Además de las intervenciones más exitosas que se pueden poner en práctica, así como las herramientas que incentiven un nuevo criterio para brindar una atención de calidad.

El propósito de esta investigación establece las diferencias o brechas entre la transferencia y la recepción hospitalaria de las emergencias obstétricas del parto. Con lo cual se pretende que la investigación adquiera relevancia a través de los resultados que se obtengan de la misma, lo que constituiría un aporte significativo para el desarrollo de nuevos estudios sobre el tema, que al mismo tiempo logremos nuevos aportes teóricos conceptuales para la comprensión y solución de la problemática que implica las emergencias obstétricas y disminuir la mortalidad materno infantil.

La presente investigación consta de IV capítulos: El Problema, Marco Teórico, Metodología, Resultados; Discusión de Resultados; Conclusiones; Sugerencias; Referencias Bibliográficas; y Anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del Problema

Durante la gestación se producen modificaciones importantes en el organismo de la mujer, la interpretación de estas adaptaciones sigue siendo un objetivo importante para todo profesional de salud que brinda atención a una grávida¹.

Aunque represente un hecho normal, la gestación puede convertirse en un riesgo potencial para la vida de la madre, especialmente en aquellos países en desarrollo, donde existe diversos determinantes que afectan la atención de salud, entre ellos los establecimientos de salud poco equipados y con carencias en la capacidad resolutive de la emergencia obstétrica, la distancia geográfica, la condición de traslado, la presencia del servicio de medicina intensiva, entre otros².

El tratamiento intensivo de pacientes obstétricas críticamente enfermas está basado en la aplicación cuidadosa de conceptos básicos de la medicina intensiva a este grupo especial cuya fisiología está bastante alterada en las embarazadas³.

El sistema de referencia y contrareferencia, es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive⁴.

Este sistema, tuvo sus inicios en Cuba, desde el año 1996, se orientó que las historias clínicas individuales en la atención primaria de salud dejaran de ser ambulatorias, no existe un modelo oficial para la transferencia de pacientes a través del sistema de salud. Este trabajo consistía en presentar un proyecto de modelo de referencia y contrareferencia para ser utilizado en dicho sistema. Previo a la confección del modelo se examinaron la antigua historia clínica individual ambulatoria y la hoja de egreso hospitalario; y se tuvieron en cuenta los resultados de investigaciones sobre el sistema de transferencia. La propuesta se confeccionó, procurando que cumpliera con los principios siguientes: único, práctico, integrador y se concibió para ser portado por el paciente durante la transferencia. Se expuso el modelo y se recomendó su validación; así como normar y controlar el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el sistema transferencia⁵.

En nuestro País todos los servicios que recibe una persona tanto en el establecimiento como en otros espacios, ya sea referido a la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación, deben estar relacionados e integrados y complementarse para atender a sus necesidades de salud, ligados dentro del eje sanitario de satisfacer las necesidades de salud en forma integral y de calidad, dentro de un sistema de salud, dinámico, eficiente y eficaz. Por lo tanto, con la continuidad de la atención se busca que el usuario sea captado, identificado, evaluado y seguido dentro de un sistema ordenado de atención de salud, integrando la atención promocional, preventiva y recuperativa, organizándola y articulándola por niveles de resolución, y asegurándole adecuados procedimientos de

relación entre ellos. En este contexto de adecuación de la prestación al Modelo de Atención Integral de Salud, el Ministerio de Salud promueve que las regiones apliquen criterios técnicos claramente definidos y consensuados, que le permitan delimitar y formalizar sus establecimientos de salud en la lógica de redes y microrredes. Las microrredes están conformadas por establecimientos de salud del primer nivel de atención de variada capacidad de resolución; tienen como elementos integradores redes viales y corredores sociales, lo que se aprovecha para que se articulen funcional y administrativamente, a fin que combinen sus recursos y complementen sus servicios para asegurar la provisión de cuidados de la salud, en función de las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, proceso que se enmarca dentro de la política de descentralización que garantizaría la identificación de los problemas locales y regionales y el planteamiento de estrategias viables y sostenibles para mejorar sus indicadores sanitarios⁶.

En nuestra región Huánuco, diariamente se realizan trasferencias de las emergencias obstétricas, estas referencias llevan consigo diagnósticos presuntivos; luego de recibir la atención de salud, es contrareferida con el diagnóstico definitivo y confirmado al establecimiento de salud de origen, donde en ocasiones se evidencia que existe diferencias entre los diagnósticos, generando una problemática en el criterio asistencial del profesional de salud, el manejo protocolar inicial y, el manejo obstétrico definitivo hospitalario⁷. Ante esta situación problemática, nos vemos en la intención de plantear la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son las diferencias comparativas entre los diagnósticos de las emergencias obstétricas del parto en las pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018?

Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”?
2. ¿Cuáles son los aspectos obstétricos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”?
3. ¿Cuál es el motivo de transferencia de la emergencia obstétrica?
4. ¿Cuál es el motivo de recepción hospitalaria de la emergencia obstétrica?

1.3 Objetivos General y Específicos

Objetivo General

Comparar los diagnósticos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”.
2. Caracterizar los aspectos obstétricos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”.
3. Identificar el motivo de transferencia de la emergencia obstétrica.
4. Identificar el motivo de recepción hospitalaria de la emergencia obstétrica.

1.4 Hipótesis y/o Sistema de Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

H^a: Hipótesis de Investigación

Son iguales los diagnósticos comparativos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

H^o: Hipótesis Nula

Son diferentes los diagnósticos comparativos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

1.5 Variables

Variable 1:

Emergencias Obstétricas Transferidas

Variable 2:

Emergencias Obstétricas de Recepción Hospitalaria

1.6 Justificación e Importancia

EL presente estudio de investigación se justifica por las siguientes razones:

- **Teórico:** La investigación nos permitió revisar la guía de procedimientos obstétricos para uniformizar a los profesionales Obstetras que laboran en los centros de salud de la Región Huánuco, y poder desarrollar sesiones de discusión de casos clínicos trasferidos a los hospitales, de esta manera podríamos contribuir a mejorar la salud de las gestantes que presentan emergencias obstétricas durante el proceso del parto y para salvaguardar la vida del neonato; así podría disminuir las cifras de morbilidad materna y peri natal en nuestra Región y en nuestro País.

- **Implicancia práctica:** A los profesionales obstetras de los Centros de Salud, a tener una conducta obstétrica vigilante de la gestante en el proceso del parto, las mismas que pueden presentar signos premonitorios, siendo así la conducta inmediata del profesional podrá disminuir la presencia de patologías y complicaciones obstétricas, evitando las consecuencias negativas en la población materna y perinatal.

- **Relevancia social:** Se está beneficiando al binomio madre niño, considerada población vulnerable a los que viven en condiciones de extrema pobreza, marginalidad urbana y en áreas rurales alejadas de atención en salud, a través de la educación sanitaria que reciben de los

obstetras en cada visita domiciliaria, así sensibilizando sobre la importancia del reconocimiento del riesgo.

- **Conveniencia:** porque a través de los resultados se pudo comparar el motivo de transferencia de los centros de salud y el motivo de recepción hospitalaria, ya que es un gran problema de competencias profesionales en nuestra región Huánuco, sobre todo por la influencia que tiene un diagnóstico errado en el manejo adecuado de la paciente obstétrica y la morbilidad que puede ser ocasionada a consecuencia del evento.

- **Relevancia Metodológica:** Los resultados sirven de base y antecedente para otros estudios de investigación y los datos basales se darán a conocer a la DIRESA Huánuco para implementar acciones pertinentes.

1.6 Viabilidad

Fue viable gracias a la disposición de las autoridades del Hospital y de la Unidad de Archivos; porque el Hospital cuenta con el recurso disponible en cuanto a las historias clínicas con los casos, hojas de referencia, hojas de ingreso hospitalario.

1.7 Limitaciones

El incompleto registro de los datos en las historias clínicas, la falta de hojas de ingreso y el diagnóstico final no consignados, fueron solucionadas con el retiro de la investigación de esos casos, bajo las características de selección de la muestra.

II CAPÍTULO

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Daylén, Pérez Moreno; Raúl, Chávez Vega; Sonia Espinosa, Mojena; et el año 2016 en Cuba, realizaron la investigación denominada: Concordancia entre diagnósticos de referencia y contrareferencia de urgencias obstétricas, con el objetivo de correlacionar las variables. Para ello realizaron un estudio descriptivo transversal en 292 historias clínicas de pacientes ingresados al Hospital "Joaquín Albarrán" durante seis meses. Resultados: 1. Establecieron la concordancia entre los diagnósticos al ingreso y egreso que fueron 81% de aciertos entre ambos diagnósticos. 2. Encontraron concordancia diagnóstica 87,2 %; 74,1 % en cuanto a la anamnesis correcta; y 61,6 % en el examen físico correcto. Concluyendo que: La hubo buena concordancia diagnóstica en pacientes obstétricos⁸.

Tena Huerta, Ana Fernanda; México el año 2014, realizó la investigación denominada: Causas de Referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec "Bicentenario", la investigadora tuvo el objetivo de identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas, realizó un estudio observacional descriptivo, tipo transversal y

retrospectivo. Los resultados que obtuvo fueron: 1. Las referencias fueron un total de 207 desde el segundo y tercer nivel de atención. 2. El grupo de pacientes referidas con mayor frecuencia fueron las segundigestas. 3. Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto Pretérmino, ruptura prematura de membranas, pre eclampsia y sufrimiento fetal agudo. 4. La resolución obstétrica fue: 57,53% fueron partos, el 24,66% cesáreas y el 13,70% legrados. 5. Correspondieron al mismo diagnóstico y confirmaron su referencia el 38,36%. Conclusión: Se debe reevaluar el Sistema de Referencia y Contrareferencia, fortalecer la capacitación del personal de salud y administrativo en materia de atención obstétrica, así como establecer las medidas correctivas pertinentes para disminuir la morbilidad materno-infantil⁹.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

La autora Mendoza Giráldez, Amanda; Huancavelica el año 2016, realizó el estudio denominado: Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia de la Microred de Ascensión Huancavelica. El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre la capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia de la Microred de Ascensión. El tipo de investigación fue básica de naturaleza descriptiva y correlacional. El tipo de investigación fue de tipo no experimental, corte transversal. La población para el periodo 2016 se conformó por todos los profesionales del servicio de emergencia de la

Microred de Ascensión Huancavelica: 84 entre médicos, obstetras, enfermeros y otros. Técnica: observación, instrumento: lista de cotejo de capacidad resolutive y sistema de referencias contrareferencia. Entre los principales resultados se determinó existe relación directa y significativa entre capacidad resolutive y el sistema de referencia en los profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica¹⁰.

2.1.3 Antecedentes Locales: No se ubicaron en relación a nuestro problema.

2.2 Bases Teóricas

2.1.1 Emergencias Obstétricas

Aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto, además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata.¹¹

2.1.2 Traslado de la emergencia obstétrica

La transferencia de pacientes en nuestro medio se define como el proceso mediante el cual se traslada la información clínica relevante donde incluye el diagnóstico presuntivo por la cual es enviada a un hospital FONE y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional a otro, (generalmente de médico – médico, enfermero – enfermero o de obstetra a médico. El objetivo principal de la transferencia es garantizar la continuidad de cuidados con la máxima seguridad y calidad para el paciente. El diagnóstico es el resultado de un examen clínico y estudio complementarios, basados en análisis sobre determinado ámbito u

objeto. El diagnóstico tiene como propósito reflejar la situación de un cuerpo, estado o sistema para que luego se proceda a realizar una acción o tratamiento que ya se preveía realizar o que a partir de los resultados del diagnóstico se decide llevar a cabo¹².

En medicina, se conoce como diagnóstico a la identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante pruebas y la observación de sus signos o síntomas. En este sentido, es fundamental para determinar la manera en que la enfermedad será tratada.

Una placa de rayos X, un análisis de sangre, una ecografía., todos estos son tipologías de estudios de la medicina que un profesional puede ordenarnos realizar con el fin de conocer el estado de alguna parte de nuestro cuerpo o de algún proceso interno que se esté produciendo en él, y entonces luego, poder diagramarnos un tratamiento para seguir, indicarnos la ingesta de medicinas, recomendarnos hábitos de vida o proceder a una intervención quirúrgica en el caso que lo necesitemos.

2.1.3 Recepción hospitalaria de la emergencia hospitalaria

Es un conjunto ordenado de procedimientos administrativos y asistenciales que asegura la continuidad de la atención integral de la paciente, transfiriéndole a un establecimiento de mayor capacidad resolutive¹³.

La norma habla de tomar una decisión pertinente de referir a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive para salvar la vida

de la persona, por ello, para el funcionamiento de este componente se debe interactuar con la estructura social, efectivizando la gestión participativa y control social en salud, de modo tal que la comunidad conozca los objetivos y las características para una actuación adecuada, entre el equipo de salud de los establecimientos y las personas, familias y comunidades de sus áreas de influencia¹⁴

2.1.4 Devolución de la paciente al lugar de origen

Es el procedimiento asistencial mediante el cual se retorna la responsabilidad del manejo médico y/ o ayuda al diagnóstico de un paciente al centro asistencial de origen, siempre y cuando éste cuente con las condiciones necesarias para la atención¹⁰

Administrativa. - Esta se realiza exclusivamente para los pacientes atendidos en los servicios de emergencia u hospitalización con la finalidad de que continúen su tratamiento en un centro asistencial de mayor resolución. Este trámite debe ser coordinado y emitido por el jefe de la Unidad de Referencias de los centros asistenciales de origen y de destino²¹.

2.1.5 Sistema de Referencia y Contrareferencia¹¹.

El cuidado de pacientes es responsabilidad de la institución, de los profesionales de salud y de la población comprometida, en este caso nos referimos a los promotores de salud.

En el año 2001, se establece la norma del Sistema de Referencia y Contrareferencia, refrendado mediante resolución ministerial N°

155-2001-SA/DM, para garantizar la continuidad de los servicios de cuidados de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud del Perú.

En el año 2003 se establece la atención del modelo de atención integral de salud, razón por la que, en el año de 2004, se fortalece el sistema de referencia mediante la RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 751-2004/MINSA, en la que aprueba la norma técnica NT N° 018- MINSADGSP-V01

Los niveles de organización del sistema de referencia y contrareferencia, se identifican como:

- Administrativa: Donde compromete a los organismos de nivel nacional al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Micro Redes de Salud.
- Asistencial: Referido a los Establecimientos de Salud: Institutos especializados, Hospitales, Centros y Puestos de Salud. Dentro del nivel asistencial, se ha involucrado a la comunidad, estableciéndose de ese modo el sub nivel: Comunal. - Relacionado con los actores sociales e integrantes de salud.
- Nivel nacional: Establecer la normatividad técnica para la implementación y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia en el ámbito nacional. Definir las competencias de los diferentes niveles funcionales que conforman el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- Nivel regional: Complementar la normatividad nacional del Sistema de Referencia y Contrareferencia para adecuar su operatividad y funcionalidad a la realidad sanitaria de su ámbito.

- Planificar, organizar y conducir de manera estratégica el Sistema de Referencia y Contrareferencia dentro de su ámbito.

- Establecer convenios para optimizar y complementar el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- Garantizar mediante mecanismos técnicos administrativos que los sistemas financieros reconozcan en forma adecuada y oportuna las actividades prestacionales originadas por el Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- Nivel de redes:

Ejecutar el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del Sistema de Referencia y Contrareferencia dentro de su ámbito.

Planifica, organiza conduce y controla la implementación del Sistema de Referencia y Contrareferencia en su ámbito.

Obtener y mantener actualizados los recursos de soporte del Sistema de Referencia y Contrareferencia de su jurisdicción.

Gestionar y asignar recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- Nivel de micro red:

Velar por el cumplimiento de la normatividad y disposiciones del sistema de referencia y contrareferencia.

Designar y formalizar los responsables del Sistema de Referencia y Contrareferencia en los diferentes establecimientos de su ámbito.

Gestionar y asignar recursos necesarios para la operatividad y funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Registrar, consolidar, procesar, analizar y retroalimentar la información del Sistema de Referencia y Contrareferencia de sus Establecimientos de Salud.

Evaluar mensualmente los indicadores del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

- A nivel asistencial
- Establecimientos de mayor categoría
- Los Establecimientos de Salud de mayor capacidad deben complementar la atención de los usuarios mediante la Unidad de Referencia y Contrareferencia.
- La Unidad de Referencia y Contrareferencia se encarga de realizar las coordinaciones para la referencia y contrareferencia de los usuarios.
- En cada región la autoridad regional designará el Hospital de mayor capacidad resolutoria en el cual se implementará la Unidad de Referencia y Contrareferencia.

- Establecimientos de salud

Cumplir con los procesos y procedimientos del Sistema de Referencia y Contrareferencia.

Coordinar y resolver la referencia y contrareferencia de usuarios desde los Establecimientos de menor complejidad.

Mantener actualizada y disponible la cartera de servicios informando a nivel administrativo correspondiente.

Retroalimentar mensualmente a todos los Establecimientos acerca de información sobre los procesos inadecuados o disfuncionales identificados del proceso de la referencia y contrareferencia

- **A nivel nacional**

Dirección General de Salud de las personas. Coordinador Nacional de referencias y contra referencias. Comité Nacional de sistema de referencia y contrareferencia integrado por:

1. Coordinador Nacional de referencias y contra referencias.
2. Oficina general de comunicaciones.
3. Oficina general de defensa nacional.
4. Oficina general de epidemiología.

- **A nivel regional**

Director general de la región de salud.

Director de servicios de salud de la región (será el coordinador regional de referencias y contrareferencia).

Comité regional del sistema de referencia y contrareferencia integrado por:

1. Coordinador regional de referencias.
2. Coordinadores de referencias de Direcciones de Salud y redes.
3. Coordinadores de unidades u oficina de referencias o quien haga sus veces de hospitales e institutos.

- **A nivel de micro redes**

Jefe de la Micro Red de Salud.

Coordinador del Seguro Integral de Salud y/o referencias.

Comité equipo técnico de gestión de la Micro Red.

- **A nivel comunal**

Constituido por la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios. Co

Responsables Sociales:

1. Agente Comunitario de Salud (Promotoras, parteras etc.).
2. Comités Comunales o Locales de Salud.
3. Organizaciones capacitadas en acciones preventivas y de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz Roja etc.) u otros actores sociales.

Actividades:

- a) Enviar o acompañar al usuario al Establecimiento de Salud cuando presente signos de peligro y/o alarma, factores de riesgo y/o daño(s) en salud.
- b) Coordinar e informar al Puesto o Centro de Salud asignado, la referencia y contra referencia de usuarios.
- c) Solicitar apoyo logístico al Puesto o Centro de Salud de referencia, en caso que la condición de salud del usuario así lo requiera.
- d) Organizar e implementar en la comunidad el transporte de los usuarios.
- e) Usar los formatos aprobados para la referencia de usuarios.
- f) Vigilar e informar el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, en caso de usuarios dados de alta.
- g) Reportar problemas o limitaciones encontrados en la referencia de usuarios.

Sistema de Referencia: Este nivel cuenta con establecimientos de salud de diferente complejidad y capacidad resolutive como Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud. El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, encargada de la ejecución de referencias y contrareferencia, dentro de los cuales tenemos:

A. Institutos Especializados y Hospitales I, II Y III Por ser los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive, recae en ellos la mayor responsabilidad el objetivo de complementar la continuidad de la atención de los usuarios del nivel Regional o Nacional, mediante la Unidad u Oficina de Seguros y/o Referencias. Esta área se encargará de realizar coordinar y ejecutar en lo que corresponde los procesos de referencia y contrareferencia de los usuarios y estará conformado por un equipo de personas, cuya cantidad y tipo variará de acuerdo a la complejidad del Establecimiento de Salud y será conducida por un Coordinador o Responsable que deberá ser un profesional de la salud a dedicación exclusiva, designado por la Dirección Ejecutiva y un técnico de salud con conocimiento de informática para el manejo del software de referencias.

B. Responsables:

1. Jefe de la Unidad de Seguros y/o de Referencias Regional de Hospitales Nacionales e Institutos especializados.
2. Jefe de Unidad de Seguros y/o Referencias Hospitalarias de menor complejidad.
3. Responsables del SIS y/o Referencias y/o Admisión de los Centros y Puestos de Salud. En cada Región, según categoría la autoridad regional competente designará el Hospital de Mayor Complejidad de la Región, en el cual se implementará la Unidad de Seguros y/o Referencias Regional, para asumir funciones según norma técnica del MINSA- Perú.

Norma Técnica de los Servicios de Emergencia

1. **Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP)** Realiza las actividades en el área materna, perinatal y planificación familiar que no pueden dejar de realizarse en aquellos establecimientos que cuentan con personal técnico de salud, pueden o no contar con profesionales de salud. Estos establecimientos de salud generalmente brindan atención de 12 horas y eventualmente de 24 horas, no cuentan con sala de partos, laboratorio, área para la atención inmediata del recién nacido y tampoco con hospitalización. Nos referimos a los Puestos de Salud.

2. **Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB)** Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud, generalmente brindan atención las 24 horas y cuentan con sala de partos, laboratorio, área de atención inmediata del recién nacido y hospitalización, no cuentan con centro quirúrgico. Mayormente estos son los Centros de Salud.

3. **Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE)** Comprende las actividades en el área materna y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud cuentan con personal profesional especializado. Estos Establecimientos de Salud brindan atención las 24 horas. Estos son los Hospitales.

4. Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI)

Comprende las actividades en el área materno y perinatal que no pueden dejar de realizar los establecimientos de salud que brindan atención especializada las 24 horas, cuentan con sala 45 de partos, área para la atención inmediata del recién nacido, hospitalización, centros quirúrgicos y tienen implementada Unidad de Cuidados Intensivos.

La salud de la paciente gestante es considerada un riesgo, una gestante es considerada como riesgo cuando presenta lo siguiente:

Complicaciones en el primer trimestre de embarazo: • Aborto: Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Complicaciones de la segunda mitad del embarazo: 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. Complicaciones de la II mitad del embarazo placenta previa desprendimiento prematuro de placenta rotura uterina implantación anormal de la placenta por carencia de superficie inadecuada en el fondo uterino. Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio intervelloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario.

2.3 Definición de Términos Básicos

- **Emergencias obstétricas.** - Aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto, además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata¹¹.
- **Parto.** – Es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto²².
- **Recepción hospitalaria.** - Acto de recepción de la emergencia obstétrica para un manejo especializado de la misma.
- **Trasferencia.** - Acto de transferir a la paciente de un establecimiento de salud con baja capacidad resolutive a un determinado establecimiento de mayor complejidad para el manejo obstétrico¹⁶

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

Ámbito de estudio, se realizó en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”, perteneciente al Ministerio de Salud, que se encuentra ubicada en el Distrito de Amarilis - Paucarbamba, Región Huánuco, actualmente funcionando como Hospital de Contingencia.

Tipo:

Según la intención del investigador es: No Experimental porque las investigadoras no manipularon la variable independiente, autor Hernández Sampieri.²⁰

Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo¹⁹, porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos de acuerdo a los hechos pasados.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio: transversal²¹, porque las variables de estudio fueron medidas en una sola ocasión, autora Graciela Pardo de Vélez.

Nivel de investigación: Comparativo: Son estudios en las cuales se compara ambas variables, autora Graciela Pardo de Vélez.²¹

3.2 Diseño y esquema de la investigación

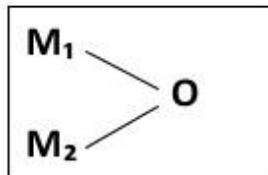
No experimental Epidemiológico: Descriptivo de dos variables

Dónde:

M = Muestra 1 (transferencias de los centros de salud)

M2 = Muestra 2 (recepción hospitalaria)

O = Información relevante recogida (diagnósticos)



3.3 Población y Muestra

Estuvo compuesta por 1391 casos de emergencias obstétricas que fueron transferidas de otros Establecimientos de Salud al Hospital Materno Infantil; desde los meses de enero hasta diciembre del año 2018.

Muestra

Para la estimar el tamaño muestra, para población finita conocida.

Fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Reemplazando:

n= Tamaño de muestra.

Z= Margen de confiabilidad para un IC 99% Z es igual a 2,575

p = 0,2

q = 1 – 0,896 = 0,104

i = 0,01

$$n = \frac{(2.575)^2(1\ 391)(0.896)(0.104)}{(0.01)^2 (1\ 391 - 1) + (2.575)^2(0.896)(0.104)}$$

$$n = \frac{859,455}{14,5179} = 59,1998 = 59 \text{ Pacientes}$$

Muestreo: Probabilístico, aleatoria simple.

El muestreo fue probabilístico, bajo la modalidad aleatoria simple donde no se utilizaron los criterios de inclusión y exclusión, porque todas las pacientes con emergencias obstétricas se encontraban en la misma posibilidad de ser elegidas. Los elementos de la muestra se eligieron al azar. En la práctica, equivale en sacar al azar de la población objeto del estudio; para esa selección al azar, se usaron tablas de números aleatorios. El muestreo aleatorio simple se aplica fundamentalmente en poblaciones plenamente identificables.

Características de selección: Pacientes con emergencias obstétricas, historia clínica completa, hoja de transferencia y recepción hospitalaria.

Selección de la muestra: Unidad de análisis se consideró a las pacientes con emergencias obstétricas; unidad de muestreo: igual a la unidad de análisis; marco muestral: relación paciente con emergencias obstétricas.

3.4 Instrumento de Recolección de Datos

1. Fuente: Secundaria por ser registros indirectos, datos que ya fueron recogidos a través de la historia clínica de las pacientes en estudio.
2. Técnica: Análisis Documentario, son registros que se ubican en el acervo de la unidad de archivos del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing” de Huánuco - Amarilis.
3. Instrumento: Ficha de recolección de datos, estuvo compuesto de tres criterios a evaluar. Primer criterio con ocho ítems. Segundo criterio con dos ítems. Tercer criterio con dos ítems. (Anexo N°1).
4. Validación de Instrumentos:
Validez, se realizó a través de la opinión de Jueces a tres profesionales obstetras; a través del método Delphi, resultando valedero (Anexo N°2).
Confiabilidad, se realizó a través de la prueba estadística de Alpha de Cronbach, resultando muy confiable (Anexo N°3).
5. Plan de recolección y organización de datos fueron:
Adaptación, selección, identificación, aplicación en la ficha de datos, control de variables, codificación, llenado de la ficha, elaboración de la base de datos, resultados: Tablas y figuras e interpretación de los datos. Las consideraciones de los aspectos éticos, corresponden a ningún riesgo, sólo es el análisis de documentos y el anonimato.¹⁵

3.4 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos ²⁰

Se utilizaron tablas según estilo Vancouver y representaciones de figuras en barras. Estadística inferencial: Se usó la estadística a través de la prueba de Chi Cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados:

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN CENTROS DE SALUD - REGION HUÁNUCO. ESTUDIO COMPARATIVO: ENTRE LA TRANSFERENCIA Y LA RECEPCIÓN HOSPITALARIA, AÑO 2018.

Tabla N°1. Aspectos sociodemográficos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil "Carlos Showing".

| Aspectos Sociodemográficos | n= 59 | |
|-----------------------------|-----------|------------|
| | fi | % |
| EDAD | | |
| 15 – 19 años | 13 | 22 |
| 20 – 24 años | 20 | 34 |
| 25 – 29 años | 08 | 14 |
| 30 – 34 años | 09 | 15 |
| 35 – 40 años | 09 | 15 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casada | 05 | 09 |
| Conviviente | 44 | 75 |
| Soltera | 08 | 13 |
| Otros | 02 | 03 |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD | | |
| Analfabeta | 02 | 03 |
| Primaria | 23 | 39 |
| Secundaria | 24 | 41 |
| Superior Técnico | 03 | 05 |
| Superior universitario | 07 | 12 |
| OCUPACIÓN | | |
| Ama de casa | 52 | 88 |
| Estudiante | 05 | 09 |
| Comerciante | 01 | 02 |
| Otros | 01 | 02 |
| RELIGIÓN | | |
| Católica | 45 | 76 |
| Evangélica | 10 | 17 |
| Otros | 04 | 07 |
| Total | 59 | 100 |

Fuente: Instrumento, Ficha de Recolección de Datos.

Análisis e Interpretación: La tabla 1; indica, en los aspectos sociodemográficos más relevantes: edad entre 20 a 24 años [20 (34%)], seguido 15 a 19 años [22 (13%)], estado civil conviviente [44(75%)], seguido solteras [8 (13)], nivel de escolaridad secundaria [24(41%)], ocupación ama de casa [52 (88%)], religión católica [45 (76%)].

Fuente: Tabla N° 1

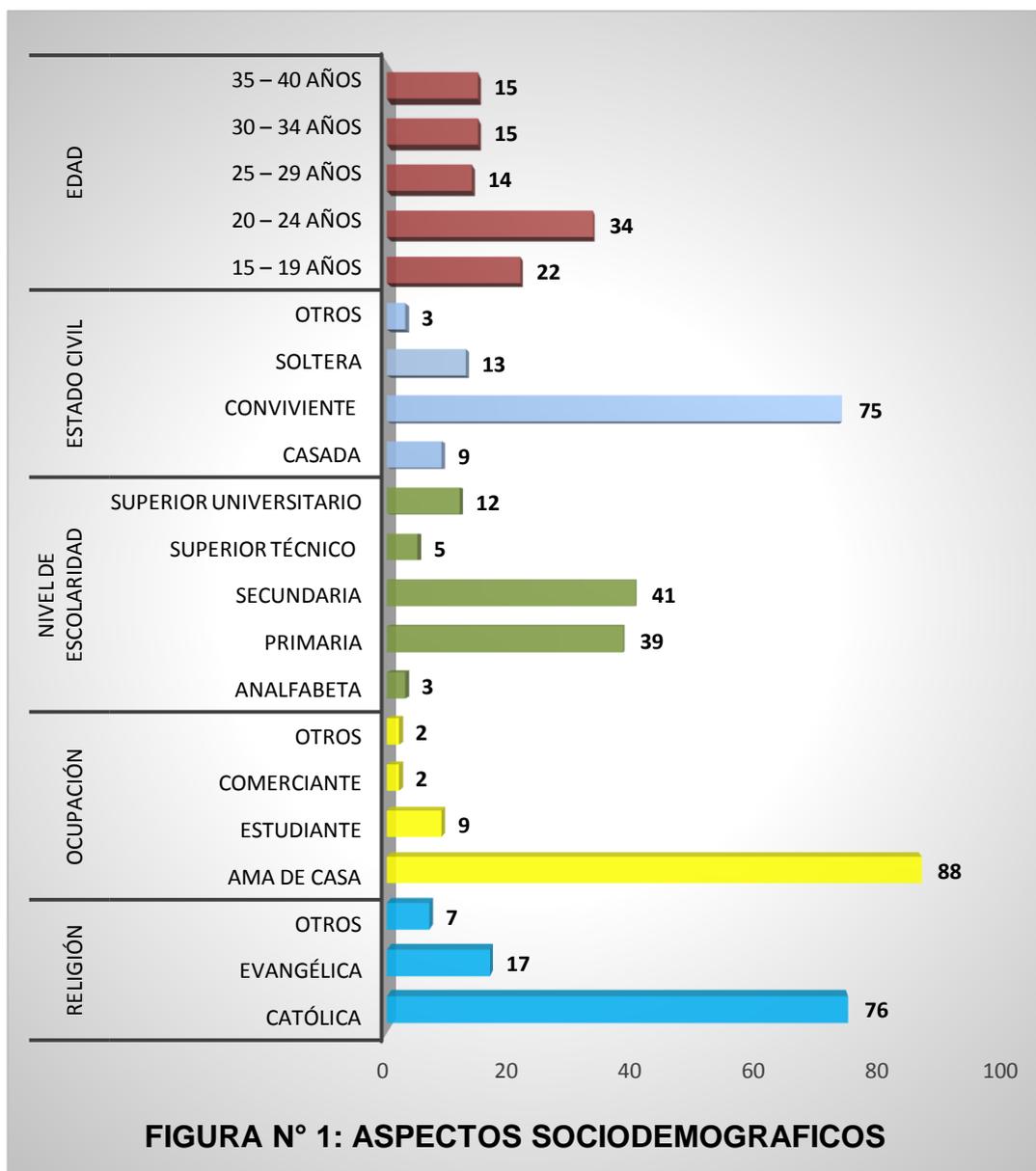
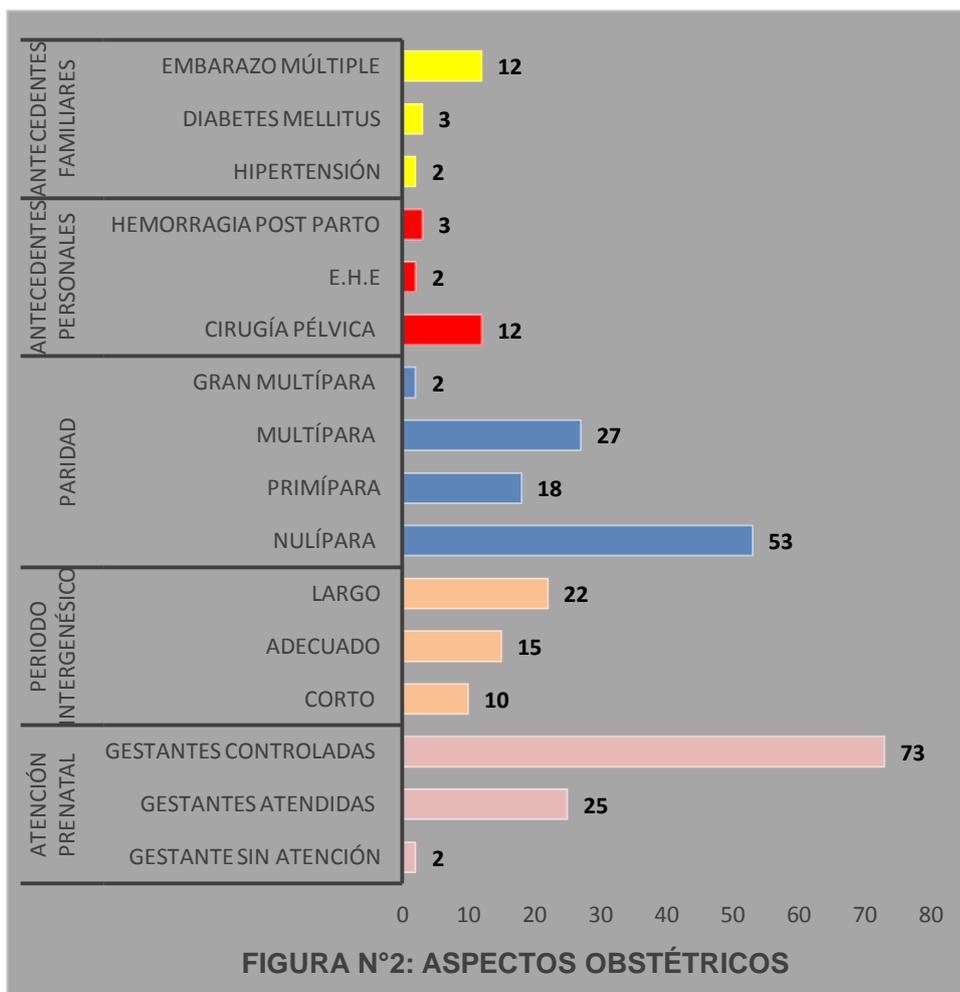


Tabla N°2. Aspectos Obstétricos: Antecedentes Obstétricos de las pacientes con emergencias obstétricas transferidas de los Centros de Salud al Hospital Materno Infantil “Carlos Showing”.

| Categoría | n= 59 | |
|--------------------------------|-----------|------------|
| | Fi | % |
| Antecedentes Familiares | | |
| Ninguno | 47 | 80 |
| Hipertensión | 01 | 02 |
| Diabetes Mellitus | 02 | 03 |
| Embarazo Múltiple | 07 | 12 |
| Otros | 02 | 03 |
| Antecedentes Personales | | |
| Ninguno | 44 | 75 |
| Cirugía Pélvica | 07 | 12 |
| E.H.E | 01 | 02 |
| Hemorragia Post Parto | 02 | 03 |
| Otros | 05 | 08 |
| Paridad | | |
| Nulípara | 31 | 53 |
| Primípara | 11 | 18 |
| Multípara | 16 | 27 |
| Gran Multípara | 01 | 02 |
| Periodo Intergenésico | | |
| No Aplica | 31 | 53 |
| Corto | 06 | 10 |
| Adecuado | 09 | 15 |
| Largo | 13 | 22 |
| Atención Prenatal | | |
| Gestante sin Atención | 1 | 02 |
| Gestantes Atendidas | 15 | 25 |
| Gestantes Controladas | 43 | 73 |
| Total | 59 | 100 |

Fuente: Instrumento, Ficha de Recolección de Datos.

Análisis e Interpretación: La tabla 2; señala, los aspectos obstétricos según categoría con mayor porcentaje son: Antecedentes Familiares, embarazo múltiple [7(12%)]; antecedente personal: cirugía pélvica [7(12%)]; paridad: nuliparidad [31(53%)]; periodo intergenésico: largo [13(22%)]; atención prenatal: las gestantes estuvieron controladas [43(73%)]. Aspectos Obstétricos: Antecedentes Obstétricos de las pacientes con emergencias obstétricas trasferidas



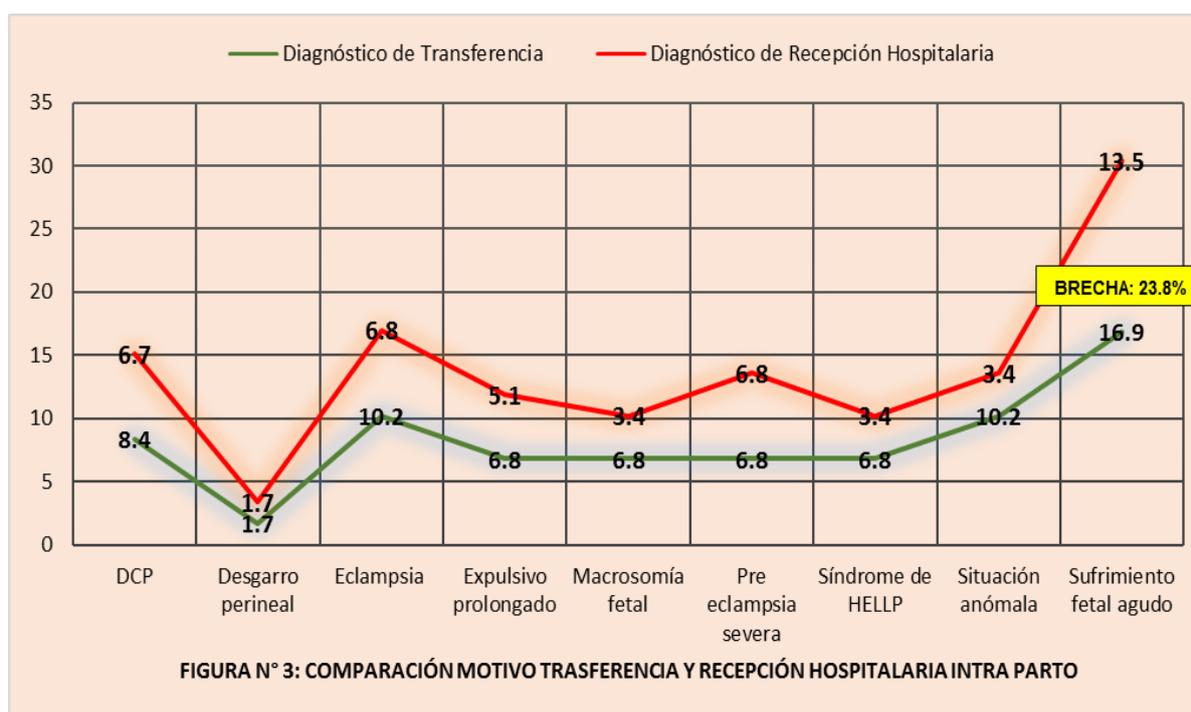
Fuente: Tabla N°2

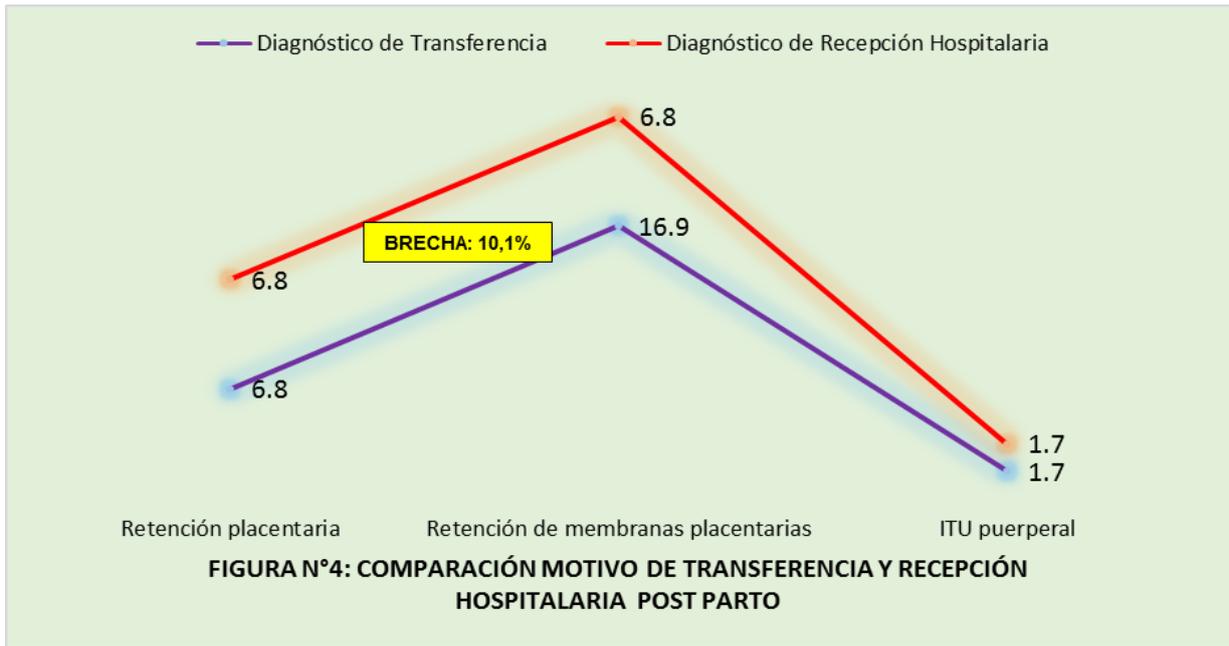
Tabla N°3. Comparación motivo de transferencia y motivo de recepción hospitalaria en categoría Intra Parto y Postparto de la Emergencia Obstétrica.

| Categoría: | | Diagnósticos | | | |
|--------------|-------------------------------------|------------------------------|------------|--------------------------|-------------|
| | | Diagnóstico de Traslferencia | | Diagnóstico de Recepción | |
| | | fi | % | fi | % |
| Intra Parto | DCP | 05 | 08,4 | 04 | 06,7 |
| | Desgarro perineal | 01 | 01,7 | 01 | 01,7 |
| | Eclampsia | 06 | 10,2 | 04 | 06,8 |
| | Expulsivo prolongado | 04 | 06,8 | 03 | 05,1 |
| | Macrosomia fetal | 04 | 06,8 | 02 | 03,4 |
| | Pre eclampsia severa | 04 | 06,8 | 04 | 06,8 |
| | Síndrome de HELLP | 04 | 06,8 | 02 | 03,4 |
| | Situación anómala | 06 | 10,2 | 02 | 03,4 |
| | Sufrimiento fetal agudo | 10 | 16,9 | 08 | 13,5 |
| | Sub Total | | 44 | 74,6 | 30 |
| Post Parto | Retención placentaria | 04 | 06,8 | 04 | 06,8 |
| | Retención de membranas placentarias | 10 | 16,9 | 04 | 06,8 |
| | ITU puerperal | 01 | 01,7 | 01 | 01,7 |
| | Sub Total | | 15 | 25,4 | 09 |
| Total | | 59 | 100 | 39 | 66,1 |

Fuente: Instrumento, Ficha de Recolección de Datos.

Análisis e Interpretación: La tabla 3; señala, 59 pacientes fueron transferidas, presentando diagnósticos presuntivos y fueron recibidas en el hospital donde se confirmaron el diagnóstico a 39 pacientes, siendo los de mayor frecuencia y concordancia en el Intraparto: Sufrimiento Fetal Agudo [8 (13,5%)], y en el post parto: Retención de membranas placentarias [4(6,8%)].





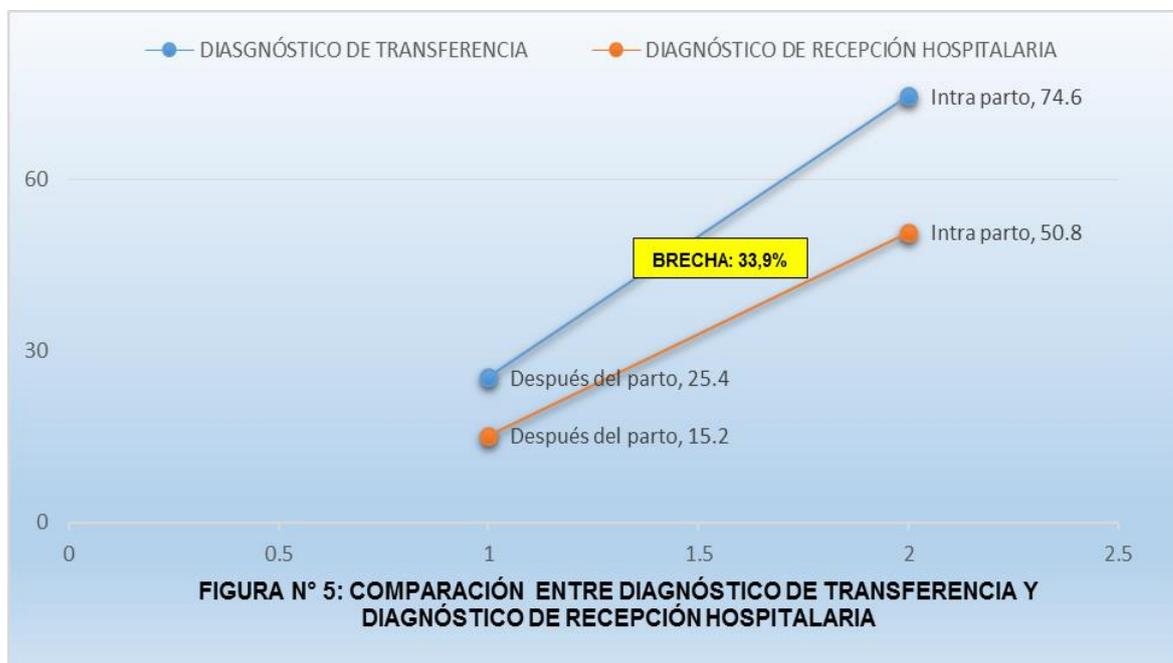
Fuente: Tabla N° 3

Tabla N°4. Comparación entre el motivo de transferencia y la recepción hospitalaria de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en Centros de Salud – Región Huánuco, año 2018.

| Categoría | Diagnóstico de Transferencia | | Diagnóstico de Recepción hospitalaria (+) | | Diagnóstico de Recepción hospitalaria (-) | |
|--------------|------------------------------|------------|---|-------------|---|-------------|
| | fi | % | fi | % | Fi | % |
| Intra parto | 44 | 74,6 | 30 | 50,8 | 14 | 23,8 |
| Post parto | 15 | 25,4 | 09 | 15,3 | 06 | 10,1 |
| Total | 59 | 100 | 39 | 66,1 | 20 | 33,9 |

Fuente: Instrumento, Ficha de Recolección de Datos.

Análisis e Interpretación: La tabla 04; señala, la comparación entre el motivo de transferencia y la recepción hospitalaria de las pacientes con emergencias obstétricas en las categorías: Intra parto [44(74,6%)], con similitud en la recepción hospitalaria [30(50,8%)] y las que difieren [14(23,7%)]; en la categoría post parto [15(25,4%)], con similitud [9(15,2%)] y las que difieren [6(10,2%)], habiendo una brecha total de 33,9%.



Fuente: Tabla N° 4

Ccontrastación y prueba de hipótesis según la estadística inferencial mediante la no paramétrica Chi cuadrado:

$$X^2: \frac{[(F_o - F_e)]^2}{F_e}$$

Donde:

X^2 : ¿ ?

[: Sumatoria

F_o : frecuencia observada

F_e : frecuencia esperada

Cuadro N°1

| Comparación de los Diagnósticos | Emergencias Obstétricas | | Total |
|---------------------------------------|-------------------------|----------|-------|
| | Positivo | Negativo | |
| Diagnóstico de Transferencia | 59 | 0 | 59 |
| Diagnóstico de Recepción Hospitalaria | 39 | 20 | 59 |
| Total | 98 | 20 | 118 |

La tabla corresponde a 2 x 2 (2-1=1) grado de libertad a IC 99%; E: 0,01;

$X^2_{\text{Tabular}} = 6,6349$: F_o ($x^2_{\text{calculado}}$). Para obtener la frecuencia esperada realizo el siguiente cálculo estadístico:

$$\frac{98 \times 59}{118} = 49$$

$$\frac{20 \times 59}{118} = 10$$

Reemplazando la formula tenemos:

$$X^2 = \frac{(59 - 49)^2}{49} + \frac{(39 - 49)^2}{49} + \frac{(0 - 10)^2}{10} + \frac{(20 - 10)^2}{10}$$

$$X^2 = 2,040 - 0,408 + 10 + 10 \quad X^2 = 22,45 \text{ (Fe)}$$

Interpretación: Por tanto, $X^2_{\text{Tabular}} = 6,6349 < X^2_{\text{Calculado}} = 22,45$. Entonces se rechaza la hipótesis nula H^0 , y se acepta la H^a , que afirma que: Son iguales los diagnósticos comparativos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según el proceso de la investigación estudiada se llegaron a resultados confrontados mediante la prueba de hipótesis. Donde se obtuvo que: $X_c^2 = 6,6349 < X_t^2: 22,45$ entonces rechazamos la hipótesis nula, aceptando la H^a que afirma que son iguales los diagnósticos comparativos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

Así mismo encontramos a 59 pacientes referidas al hospital 39 (66%) fueron confirmadas el diagnóstico en la hoja de emergencia, lo que significa las competencias adecuadas del profesional de obstetricia al enviar las referencias con las emergencias obstétricas; al respecto nuestra investigación concuerda con la realizadas por los investigadores Daylén Pérez, Raúl Chávez, Sonia Espinosa, et al., donde refieren concordancia del 81 entre ambos diagnósticos. También se relaciona con la investigación de Amanda Mendoza donde manifiesta que existe relación directa y significativa entre capacidad resolutive y el sistema de referencia en los profesionales de la salud que laboran en el servicio de emergencia de la Microred de Ascensión de Huancavelica.

En cuanto a las emergencias obstétricas transferidas al Hospital Materno Infantil "Carlos Showing" en Huánuco, Amarilis, en la categoría intra parto fueron 75% las cuales al ser comparadas coinciden en un 51%; en la categoría postparto fueron 25% las cuales son similares en un 15%. Todo lo antes

mencionado no tiene congruencia con los resultados de Ana Tena Huerta, donde concluye que el diagnóstico confirmado de su referencia fue 38,36%.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y estudiados se llegaron a conclusiones:

1. Los aspectos sociodemográficos en las pacientes con emergencias obstétricas más resaltantes fueron: edad comprendida entre 20 a 24 años, convivientes, con secundaria completa, ocupación ama de casa, religión católica.
2. Los aspectos obstétricos, según antecedentes con mayores porcentajes fueron: antecedentes familiares, embarazo múltiple; antecedentes personales, cirugía pélvica; antecedentes obstétricos: nuliparidad, periodo intergenésico largo, y gestante controlada.
3. El motivo de transferencia de la paciente con emergencia obstétrica estuvo orientado a las categorías: Intra parto con mayor frecuencia, sufrimiento fetal agudo, seguido de eclampsia y situación anómala; categoría postparto: Retención de membranas placentarias con mayor frecuencia.
4. Recepción hospitalaria de las pacientes con emergencia obstétricas al ingreso hospitalario fueron confirmadas con el diagnóstico de transferencia según categoría Intra y post parto presentaron porcentajes considerables de concordancia entre diagnósticos, también pudimos apreciar brechas de diferencia que no superan el 40%.

Según la prueba estadística: el $X^2_t: 6,6349 < X^2_c = 22,45$ entonces se rechaza la H_0 , de esta manera aceptando la H_a , afirmando son iguales los diagnósticos comparativos de las emergencias obstétricas del parto en pacientes atendidas en la categoría transferencia desde los Centros de Salud Región Huánuco y la recepción hospitalaria, año 2018.

SUGERENCIAS

1. Las Instituciones de salud que brindan atención obstétrica deben fortalecer la capacitación del personal o profesional Gineco-Obstetra y Administrativo, para el seguimiento adecuado de las pacientes con los caracteres sociodemográficos y obstétricos mencionados en esta investigación como grupo de riesgo y vulnerabilidad.
2. Las Jefaturas de Gineco-Obstetricia de la Región Huánuco deben de hacer conocer las normas técnicas de la transferencia de la paciente con emergencia obstétrica a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para salvaguardar la vida del binomio madre niño.
3. Mejorar las capacidades del profesional de obstetricia a través de capacitaciones y así mejorar la atención a las gestantes, y esta población sea beneficiaria directa, ya que la reducción de la mortalidad materna requiere el acceso a servicios básicos de salud en nuestra Región.
4. Difundir los resultados en los Centros de Salud de la Región Huánuco, y tomar acciones para reducir las brechas encontradas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Soubra H, Guntupalli K. Enfermedad crítica en el embarazo: una visión general. *Rev. Crit Care Med.* 2005; 33: 248-55.
2. Ega L. La batalla para reducir las muertes maternas en el sur de Lima. *Rev. Plus. Med.* 2006; 3 (2): 170-2.
3. Hernández J, Altamirano A. Medicina crítica y terapia intensiva en Obstetricia. Ciudad México, DF; Intersistemas Editores; 2007; pp. 98-104.
4. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del ministerio de salud. Perú. 2004; pp. 10.
5. Sansó F. Propuesta de modelo de referencia y contrareferencia en el sistema de salud cubano. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 15 (6) 1999.
6. Ministerio de Salud del Perú. *Op Cit.*, pp.11.
7. Dirección Regional de Salud Huánuco. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva. Perú Huánuco. 2018.
8. Pérez D; Chávez R; Espinoza S. Concordancia entre diagnósticos de referencia y contrareferencia de urgencias obstétricas”. Cuba, La Habana; 2016.

9. Tena A; Causas de Referencia para resolución obstétrica en mujeres embarazadas atendidas en el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud de San Miguel Chapultepec “Bicentenario”. México el año 2014
10. Mendoza A. Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y el sistema de referencia y contrareferencia de la Microred de Ascensión. Huancavelica. 2016; pp.43.
11. Palomino M, Ramos J. Manejo de las referencias y contrareferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Anta. Cusco. 2014; pp. 10-23.
12. Kalkman J. Entrega en el proceso de atención peri operatoria. Rev. Opinión en anestesiología. 2010; 23(6):749-53.
13. Ministerio de Salud. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud. Perú, Lima. 2005.
14. Zegada P. Ramírez I, y Montesinos A. **Análisis de los conocimientos y prácticas del sistema de referencia y contrareferencia de jóvenes y adultos de ambos sexos. Municipio de Alcalá – Bolivia.** Rev. Cient. Mult. Adas v.5 n.2 Sucre feb. 2014.

15. Universidad Cayetano Heredia. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación. Perú. 2002.
16. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Referencia y Contrareferencia. Perú, Lima. 2012; pp. 73 -76.
17. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Referencia y Contrareferencia. Perú, Lima. 2012; pp. 67 -69.
18. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología dela investigación. Mcgraw - Hill Interamericana de México. Colombia, Bogotá. 1997; pp. 284.
19. Supo J. Seminarios de investigación científica. Perú, Arequipa. 2014; pp.2
20. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología dela investigación. Mcgraw - Hill Interamericana de México. Colombia, Bogotá. 1997; pp. 284.
21. Pardo de Vélez G y Cedeño M. Investigación en Salud: Mc Graw Gill. Colombia. 2016: pp.108.



ANEXO N°1
INSTRUMENTO



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**“EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
CENTROS DE SALUD - REGIÓN HUÁNUCO. ESTUDIO COMPARATIVO: ENTRE
LA TRANSFERENCIA Y LA RECEPCIÓN HOSPITALARIA, AÑO 2018.”**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. ASPECTOS

A. SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad materna
 - a. 15 a 19 años
 - b. 20 a 24 años
 - c. 25 a 29 años
 - d. 30 a 34 años
 - e. 35 a 40 años

2. Estado civil
 - a. Casada
 - b. Conviviente
 - c. Soltera
 - d. otros

3. Nivel de escolaridad
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior técnico
 - e. Superior universitario

4. Ocupación
 - a. Ama de casa
 - b. Estudiante
 - c. Comerciante
 - d. Otros _____

5. Religión
 - a. Católica
 - b. Evangélica
 - c. Otros _____

B. OBSTÉTRICOS:**6. Antecedentes familiares**

- a. Ninguno
- b. Hipertensión
- c. Diabetes
- d. Embarazo múltiple
- e. Otros _____

7. Antecedentes personales

- a. Ninguno
- b. Cirugía pélvica
- c. E.H.E
- d. Hemorragia post parto
- e. otros _____

8. Antecedentes obstétricos

Paridad:

- a. Nulípara
- b. Primípara
- c. Multípara
- d. Gran multípara

Periodo intergenésico:

- a. No aplica
- b. Corto
- c. Adecuado
- d. Largo

Control prenatal:

- a. Gestante sin Control
- b. Gestantes Atendidas
- c. Gestantes Controladas

II. TRANSFERENCIA**Referidas en el proceso del parto****9. Intra parto**

- a. Expulsivo prolongado
- b. Desgarro perineal
- c. Situación anómala
- d. Otros: _____

10. Post parto:

- a. Retención placentaria
- b. Retención de membranas placentarias
- c. ITU puerperal
- d. Otros: _____

III. RECEPCIÓN HOSPITALARIA

Referidas en el proceso del parto

11. Intra parto

- a. Expulsivo prolongado
- b. Desgarro perineal
- c. Situación anómala
- d. Otros: _____

12. Post parto:

- a. Retención placentaria
- b. Retención de membranas placentarias
- c. ITU puerperal
- d. Otros: _____

ANEXO N°2

Operacionalización de variables

| VARIABLE | DIMENSION | SUB DIMENSIÓN | INDICADOR | TIPO | ESCALA | VALOR FINAL |
|---|-------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------|---------|-------------|
| Variable 1 | | | | | | |
| Emergencia Obstétrica Transferida | Emergencias Obstétricas | Intra Parto | DCP | Cualitativo | Nominal | Si No |
| | | | Desgarro perineal | | | |
| | | | Eclampsia | | | |
| | | | Expulsivo prolongado | | | |
| | | | Macrosomia fetal | | | |
| | | | Pre eclampsia severa | | | |
| | | | Síndrome de HELLP | | | |
| | | | Situación anómala | | | |
| | | | Sufrimiento fetal agudo | | | |
| | | Post Parto | Retención placentaria | | | |
| | | | Retención de membranas ovulares | | | |
| | | | ITU Puerperal | | | |
| | | Variable 2 | | | | |
| Emergencia Obstétrica Recepción Hospitalaria | Emergencias Obstétricas | Intra Parto | DCP | Cualitativo | Nominal | Si No |
| | | | Desgarro perineal | | | |
| | | | Eclampsia | | | |
| | | | Expulsivo prolongado | | | |
| | | | Macrosomia fetal | | | |
| | | | Pre eclampsia severa | | | |
| | | | Síndrome de HELLP | | | |
| | | | Situación anómala | | | |
| | | | Sufrimiento fetal agudo | | | |
| | | Post Parto | Retención placentaria | | | |
| | | | Retención de membranas ovulares | | | |
| | | | ITU Puerperal | | | |

ANEXO N°3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se aplicó el coeficiente de alfa de Cronbach a nuestra entrevista estructurada, cuya fórmula es:

Fórmula de varianza de los ítems:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[\frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Fórmula de correlación de ítems:

$$\alpha = \frac{Npr}{1 + pr N + 1}$$

| | | N | % |
|-------|------------------------|----|-------|
| Total | Válidos | 59 | 100,0 |
| | Excluidos ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 59 | 100,0 |

| | |
|------------------|---------------------|
| Alfa de Cronbach | Número de elementos |
| ,91 | 12 |

Interpretación, según escala:

| Rango | Interpretación |
|-------------|----------------|
| 0,81 a 1,00 | Muy alta |
| 0,61 a 0,80 | Alta |
| 0,41 a 0,60 | Moderada |
| 0,21 a 0,40 | Baja |
| 0,01 a 0,20 | Muy baja |

Al ser de escala alta $\alpha=0,91$ y la cercanía a la unidad, se puede aplicar.