

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**CARACTERÍSTICAS DE LAS REFERENCIAS OBSTÉTRICAS, DE  
HISTORIAS CLÍNICAS. PUESTO DE SALUD MICAELA  
BASTIDAS Y CENTRO DE SALUD LA ASUNCIÓN.  
CAJAMARCA. ENERO – MAYO. 2020**

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

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**

Estefany Marycruz Linares Bustamante

**ASESORA:**

Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva

**CAJAMARCA – PERÚ**

**2021**

**Copyright © 2020 by**  
Estefany Marycruz Linares Bustamante  
Derechos Reservados

## **SE DEDICA ESTE TRABAJO A:**

Dios por permitirme llegar a este momento tan importante de mi carrera profesional, por darme la fuerza para seguir adelante y no desmayar, culminando con éxito mis metas propuestas.

Mis padres Betty y Baltazar, por su amor, por los valores y principios inculcados; por haber sido mi apoyo firme siempre, gracias a ello he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

Mi hermana Evelyn, por su cariño, por cada palabra de aliento y por siempre estar dispuesta a escucharme.

Mi sobrina Luana, quien llena de alegría cada día de mi vida, ha sido y es una motivación constante.

A Christian por su gran amor y confianza, por estar a mi lado y compartir momentos significativos conmigo.

## **SE AGRADECE A:**

Mi alma máter la Universidad Nacional de Cajamarca, por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años y a los docentes de la Escuela de Obstetricia por compartir sus enseñanzas de tan bella profesión.

Los jefes del Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud Asunción por concederme la autorización para acceder a sus instalaciones y aplicar la presente investigación.

Mi asesora Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva, por su amabilidad, su tiempo y orientación brindada durante el desarrollo de este trabajo.

Todas las personas que contribuyeron con la realización de este trabajo, por confiar y creer en mí, gracias por toda su ayuda y buena voluntad.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| DEDICATORIA .....  | i         |
| AGRADECIMIENTO .....   | ii        |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....  | v         |
| RESUMEN .....  | vi        |
| ABSTRACT.....  | vii       |
| INTRODUCCIÓN.....  | 1         |
| <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA .....</b>                                   | <b>3</b>  |
| 1.1 Planteamiento del problema.....                                    | 3         |
| 1.2 Formulación del problema .....                                     | 5         |
| 1.3 Objetivos .....  | 5         |
| 1.4 Justificación .....  | 6         |
| <b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>                                | <b>8</b>  |
| 2.1 Antecedentes .....   | 8         |
| 2.1.1 Nivel Internacional.....   | 8         |
| 2.1.2 Nivel Nacional.....  | 10        |
| 2.1.3 Nivel Local .....  | 11        |
| 2.2 Bases Teóricas.....  | 12        |
| 2.2.1 Sistema de Referencia y Contrarreferencia.....                   | 13        |
| 2.2.2 Sistema de referencia según niveles de organización .....        | 14        |
| 2.2.3 Criterios para realizar una referencia.....                      | 14        |
| 2.2.4 Niveles de atención y complejidad: .....                         | 15        |
| 2.2.5 Categorización de los establecimientos de salud.....             | 16        |
| 2.2.6 Clasificación de los establecimientos de salud según (FON) ..... | 20        |
| 2.2.7 Proceso de Referencia .....                                      | 22        |
| 2.2.8 Procedimientos de la referencia.....                             | 24        |
| 2.2.9 Criterios de Contrarreferencia.....                              | 25        |
| 2.2.10 Complicaciones obstétricas motivo de referencia.....            | 25        |
| 2.2.11 Paquete de Atención Integral de la Gestante .....               | 34        |
| 2.3 Hipótesis.....   | 36        |
| 2.4 Variables.....   | 36        |
| 2.5 Conceptualización y operacionalización de variables .....          | 37        |
| <b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>                         | <b>38</b> |
| 3.1 Diseño y tipo de estudio:.....                                     | 38        |
| 3.2 Área de estudio:.....  | 38        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>3.3 Población.....</b>                                    | <b>39</b> |
| <b>3.4 Muestra y muestreo:.....</b>                          | <b>40</b> |
| <b>3.5 Unidad de análisis .....</b>                          | <b>41</b> |
| <b>3.6 Criterios de inclusión y exclusión .....</b>          | <b>41</b> |
| <b>3.7 Consideraciones éticas .....</b>                      | <b>41</b> |
| <b>3.8 Técnicas de recolección de datos .....</b>            | <b>42</b> |
| <b>3.9 Descripción del instrumento:.....</b>                 | <b>43</b> |
| <b>3.10 Procesamiento y análisis de datos .....</b>          | <b>43</b> |
| <b>3.11 Control de calidad de datos .....</b>                | <b>44</b> |
| <b>CAPITULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b> | <b>45</b> |
| <b>CONCLUSIONES.....</b>                                     | <b>56</b> |
| <b>RECOMENDACIONES .....</b>                                 | <b>57</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                      | <b>58</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>64</b> |

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Niveles de atención, de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud .....   | 18 |
| <b>Figura 2.</b> Categorías de los establecimientos de salud de acuerdo con las instituciones del sector salud .....   | 19 |
| <b>Figura 3.</b> Cuadro comparativo de unidades productoras según las categorías.....  | 19 |
| <b>Figura 4.</b> Correlación FON / Categorización.....   | 22 |
| <b>Figura 5.</b> Descripción del proceso de Referencia y Contrarreferencia.....  | 23 |
| <b>Figura 6.</b> Principales causas de HPP .....   | 33 |
| <b>Cuadro 1:</b> Base de datos Dirección Regional de Salud Cajamarca (Diresa)-2020....   | 40 |
| <b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las pacientes obstétricas referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020..... | 45 |
| <b>Tabla 2.</b> Características obstétricas de las pacientes referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.....                   | 49 |
| <b>Tabla 3.</b> Lugar de destino de las referencias obstétricas realizadas en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.....              | 51 |
| <b>Tabla 4.</b> Motivos de referencia obstétrica más frecuentes en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.....                         | 53 |
| <b>Anexo 1.</b> Ficha de recolección de datos.....   | 64 |
| <b>Anexo 2.</b> Solicitud de permiso para aplicar trabajo de investigación en el Puesto de Salud Micaela Bastidas .....  | 66 |
| <b>Anexo 3.</b> Solicitud de permiso para aplicar trabajo de investigación en el Centro de Salud Asunción .....  | 67 |

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer las principales características que conforman las referencias obstétricas de historias clínicas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca durante el periodo de enero-mayo, 2020.

**Metodología:** el estudio corresponde a una investigación de corte transversal, tipo descriptivo observacional. La muestra estuvo conformada por 140 referencias obstétricas, 39 consideradas del Centro de Salud La Asunción y 101 del Puesto de Salud Micaela Bastidas.

**Resultados:** Se encontró que: 49% de pacientes se encuentran entre los 21 y 30 años; 38% cursó nivel secundario; 74% fueron convivientes; 41% proceden de zonas urbano-marginales; 70% fueron amas de casa; 99% contaron con SIS; 69% fueron multigestas; 41% fueron primíparas; 84% no tienen antecedentes de abortos; 75% fueron referidas para apoyo diagnóstico; y los motivos de referencia comunes para gestantes fueron batería de gestante con 44,3% y ecografía obstétrica con 25%; para púerperas fueron hemorragia postparto e infección del sitio operatorio con 2,8%.

**Conclusión:** En términos generales las características sociodemográficas que presentó la población de estudio fueron en su mayoría jóvenes de 21 a 30 años, con grado de instrucción secundaria, convivientes, amas de casa y procedentes de zonas urbano-marginales; en cuanto a las características obstétricas la mayoría fueron gestantes multigestas, primíparas, sin antecedentes de aborto; el servicio de referencia de mayor cuantía fue apoyo diagnóstico, finalmente los motivos de referencia más frecuentes fueron batería de gestante y ecografía obstétrica, en porcentajes menores se encontraron las hemorragias del 1° trimestre, trastornos hipertensivos del embarazo, distocias de presentación y rotura prematura de membranas.

**Palabras Claves:** características, referencias obstétricas



## ABSTRACT

**Objective:** To establish the main characteristics that make up the obstetric references of medical records of the Micaela Bastidas Health Post and the La Asunción Health Center in the city of Cajamarca during the period of January-May, 2020. **Methodology:** the study corresponds to a cross-sectional, descriptive-observational investigation. The sample consisted of 140 obstetric references, 39 considered from the La Asunción Health Center and 101 from the Micaela Bastidas Health Post. **Results:** It was found that: 49% of patients are between 21 and 30 years old; 38% attended secondary level; 74% were cohabiting; 41% come from marginal urban areas; 70% were housewives; 99% had SIS; 69% were multigesta; 41% were primiparous; 84% have no history of abortions; 75% were referred for diagnostic support; and the common referral motives for pregnant women were pregnant women battery with 44.3% and obstetric ultrasound with 25%; for puerperal women they were postpartum hemorrhage and infection of the operative site with 2.8%. **Conclusion:** In general terms, the sociodemographic characteristics presented by the study population were mostly young people between 21 and 30 years old, with a secondary education degree, cohabitants, housewives and from marginal urban areas; Regarding the obstetric characteristics, the majority were multigesta and primiparous pregnant women, without a history of abortion; the largest referral service was diagnostic support, finally the most frequent reasons for referral were pregnant woman battery and obstetric ultrasound, in lower percentages were 1st trimester hemorrhages, hypertensive disorders of pregnancy, presenting dystocia and premature rupture of membranes.

**Keywords:** characteristics, obstetric references

## INTRODUCCIÓN

El período de embarazo es uno de las más complejos en la vida de una mujer, en el cual los cambios fisiológicos son considerablemente dinámicos; considerándose como una fase que tiene una elevada morbi-mortalidad, esto por las complicaciones que puede presentar en cualquier momento (1), no solamente durante el embarazo sino también durante el puerperio, y de no saber actuar correctamente frente situaciones de este tipo podríamos tener graves consecuencias.

Una de las estrategias para poder monitorear a una paciente obstétrica e identificar factores de riesgo que puedan predisponerla hacia alguna complicación es la atención prenatal reenfocada, y por otro lado tenemos al sistema de referencia y contrarreferencia, que permite derivar oportunamente a una paciente que tuviera alguna complicación que requiera de atención inmediata en un establecimiento de mayor capacidad resolutive, además este sistema no solo funciona para casos de emergencias, sino también para aquellos casos en los que se necesita de una atención por consultorio externo de alguna especialidad o también en aquellos casos que se requiere confirmar un diagnóstico.

El Sistema de Referencia en nuestro Sistema de Salud tiene como objetivo reconocer la necesidad del traslado de los pacientes que se encuentren en condiciones de riesgo y cuyo problema de salud necesite ser tratada en un establecimiento de mayor complejidad. Lo que lleva a que el trabajo de las instituciones hospitalarias garantice una atención integral, rápida y eficaz para recuperar la salud del paciente. (2)

Para la presente investigación solo se realizó el estudio de las características de las referencias obstétricas realizadas en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y en el Centro de Salud Asunción. Dentro de estas características se consideró como dimensiones: las características sociodemográficas de las pacientes referidas, características obstétricas, lugar de destino que abarca los servicios de referencia, y los motivos de referencia más frecuentes.

El presente trabajo de investigación cuenta con cinco apartados:

**Capítulo I**, conformado por el planteamiento del problema, la formulación del problema, así como también los objetivos y la justificación.

**Capítulo II**, se presentan antecedentes, se desarrolla el marco teórico, así como también la hipótesis y las variables.

**Capítulo III**, abarca el diseño metodológico, para el proceso de recolección, de datos y procesamiento de los mismos.

**Capítulo IV**, muestra el análisis y discusión de los resultados de la investigación, a través de tablas simples y contrastando la información obtenida con los antecedentes.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. La presente investigación es de utilidad científica para todos los profesionales de salud.

**La Autora.**

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del problema:

Los gobiernos del mundo entero deben garantizar que sus sistemas de salud respondan a las necesidades de su población con eficacia y eficiencia, basando sus modelos de salud en la Atención Primaria (APS). En el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” de 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona (3):

“Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia” (p12).

En el trabajo de Sánchez et al. (4), se hace mención sobre la iniciativa Alianza Mundial por la seguridad del paciente, realizado en Washington en octubre de 2004 por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se exhorta a realizar la referencia teniendo en cuenta que es el traslado de un paciente a otro lugar de mayor complejidad para que reciba cuidados más especializados que no se pueden realizar en el lugar de origen, además sugiere que la referencia debe ser hecha previa comunicación con el lugar al cual se va a referir al paciente; por otro lado la contrarreferencia será la devolución del paciente al lugar de origen, esta debe incluir un informe hecho en el lugar donde estuvo, donde se describan los estudios y tratamientos que se realizaron, las complicaciones (si es que se presentaron), entre otros documentos que se consideren necesarios (p1).

El sistema de referencias y contrarreferencias es una herramienta fundamental para disminuir la morbi-mortalidad materna, ya que es en el primer nivel de atención y en el control prenatal, donde podemos brindar la educación a la madre y su entorno sobre los signos de alarma, de manera que estos se puedan identificar de manera oportuna,

para poder valorar tempranamente, si el establecimiento donde se brinda la atención cuenta con los medios necesarios para poder manejar el problema, o en caso contrario coordinar la referencia de la paciente hacia un establecimiento de mayor nivel, empleando el sistema de referencia y contrarreferencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren alrededor de 830 mujeres, por causas prevenibles relacionadas con toda la etapa de gestación (incluyendo parto y puerperio). El 99% de la mortalidad materna corresponde a países en desarrollo, sobre todo en zonas rurales y en comunidades muy pobres. Además, si tenemos en cuenta la edad, las mujeres adolescentes y jóvenes son quienes corren mayor riesgo de complicarse y morir. (5)

El Perú ocupa el décimo lugar en los países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina, ubicándose por encima del promedio. En el 2017 la Defensoría del Pueblo realizó un informe donde presentaba los resultados de una evaluación sobre el funcionamiento del servicio de ginecología y obstetricia del Minsa, la cual se ejecutó en establecimientos de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. Los resultados encontrados indicaron que el incremento en la demanda de los servicios genera que las muertes maternas ocurran en los establecimientos de salud, aunque también existen otros factores que cumplen un papel importante, como son las condiciones inoportunas de las referencias (referencias registradas incorrectamente, con información incompleta o realizadas de manera tardía), inadecuado manejo de las emergencias obstétricas, carencia de equipos, medicinas e insumos que podrían ayudar a evitar que la paciente con una complicación llegue a fallecer. (6)

En Cajamarca la creciente demanda de atención de salud en la población, el déficit de recursos en numerosos establecimientos de salud, como falta de equipos de comunicación, choferes, ambulancias y equipamiento básico hacen que las acciones del sistema de referencia y contrarreferencia (SRC) sean altamente inciertas en la región, esto ha puesto en evidencia que necesita ser mejorado, ya que este conforma una estrategia que asegura la continuidad de la atención de salud a la población, por lo tanto al no contar con una adecuada implementación limita el desplazamiento del enfermo hacia un establecimiento de mayor complejidad. (7)

A pesar de que el embarazo es un estado fisiológico en ocasiones puede representar un riesgo para la salud materna, sin embargo la mayoría de los riesgos obstétricos pueden ser detectados y tratados oportunamente en los establecimientos de primer nivel de atención, es por esto que el sistema de referencias y contrarreferencias es fundamental en la atención primaria de salud para garantizar el acceso a los servicios

de salud para una atención favorable del embarazo, parto y puerperio; además permite realizar el seguimiento de aquellas pacientes de riesgo, de esta manera se puede prevenir y disminuir la mortalidad materna. Es por ello que se decidió realizar el presente trabajo de investigación, analizando las historias clínicas de cada una de las pacientes obstétricas referidas, con la finalidad de identificar cuáles son las características de las referencias obstétricas que se realizaron en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante el periodo de enero a mayo del año 2020. Se consideraron estos establecimientos ya que ambos se encuentran en el mismo nivel de atención y atienden a poblaciones de relativamente grandes para su nivel de complejidad, procedentes de zonas urbano-marginales y rurales en su mayoría; se espera contribuir con este estudio en la mejora de los establecimientos de primer nivel de atención, al mostrar que la mayoría de pacientes son referidas para exámenes complementarios ya que no cuentan con la capacidad resolutoria para poder realizar este tipo de estudios, lo cual genera una sobredemanda al enviar este tipo de casos a los establecimientos de referencia, los cuales podrían ser atendidos en el mismo establecimiento de origen si estos contaran con un mayor nivel de atención y por ende mejor equipamiento, evitando así la derivación innecesaria y facilitando la atención de las pacientes no complicadas.

## **1.2 Formulación del problema:**

¿Cuáles son las principales características de las historias clínicas de las referencias obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca durante el periodo de enero-mayo del 2020?

## **1.3 Objetivos:**

### **1.3.1 Objetivo general:**

Establecer las principales características que conforman las historias clínicas de las referencias obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca durante el periodo de enero-mayo, 2020.

### **1.3.2 Objetivos específicos:**

- Determinar las características sociodemográficas de las historias clínicas de las pacientes referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.
- Determinar las características obstétricas de las historias clínicas de las pacientes referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.

- Conocer el lugar de destino de las referencias obstétricas realizadas en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.

- Identificar los diagnósticos de referencia obstétrica más frecuentes en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud la Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.

#### **1.4 Justificación:**

El sistema de referencias en nuestro país forma parte fundamental del sistema de la atención primaria, es por esto que se ha promovido la aplicación de un sistema de referencias y contrarreferencias a nivel mundial, con el objetivo de garantizar la calidad, continuidad y seguimiento de la atención de la salud de los usuarios. Por ello es importante desarrollar un trabajo de investigación que abarque el tema de las referencias que se realizan día a día en los establecimientos de salud. En este caso se hace énfasis en las referencias obstétricas ya que consideramos que la mujer en la sociedad hoy en día sigue jugando un papel muy importante en el hogar y en la sociedad, por ello al conocer las características de las mujeres que son referidas por causas obstétricas, podremos determinar cómo es la población de riesgo que generalmente es referida y en base a ellos podemos disminuir los casos de morbilidad materna que aún existen, sobre todo en los establecimientos de salud de menor capacidad resolutive.

Es de importancia aportar para la mejora del sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes obstétricas a nivel nacional y local, ya que se evidencia un débil cumplimiento de este, que se manifiesta en dificultades y demoras en el ingreso de los pacientes, en la deficiente articulación y coordinación entre las unidades de primer nivel de atención y los establecimientos de referencia, y sobre todo en la deficiente capacidad resolutive de algunos establecimientos que atienden a poblaciones extensas; con los resultados obtenidos del presente trabajo se pretende hacer de conocimiento a las autoridades competentes en salud las dificultades que presentan los establecimientos de salud en estudio y las características de las pacientes que refieren, además de cuáles son los diagnósticos de referencias más comunes, en esta investigación se obtuvo que las bacterias de gestantes y ecografías obstétricas fueron los principales motivos para referir en comparación a las complicaciones, y se optó por considerarlos en la investigación ya que pone en evidencia que existen establecimientos de primer nivel que deberían ser dotados de una mayor capacidad resolutive, teniendo en cuenta la cantidad de población que

atienden y las demandas de esta; previendo así derivar casos que pueden atenderse en el mismo lugar de origen, disminuyendo el congestionamiento en los centros y hospitales de referencia y a la vez se evitaría generar gastos adicionales a las familias que a veces no cuentan con los recursos económicos suficientes.

Los principales beneficiados con este trabajo de investigación serán en primer lugar los obstetras, ya que conocerán las principales características tanto de las pacientes como de las referencias obstétricas que se realizan en la ciudad de Cajamarca, pudiendo así intervenir en el momento oportuno cuando se presente una paciente con determinadas características que puedan significar un riesgo para su salud. Por otro lado, serán las pacientes obstétricas las beneficiadas ya que a partir de los resultados obtenidos en este trabajo el personal de salud y las autoridades encargadas podrán tomar las acciones necesarias para poder mejorar la atención en los primeros niveles de atención, de tal manera que se pueda garantizar el acceso de la pacientes obstétricas a los servicios de salud para la atención o resolución favorable del embarazo, considerando la gran importancia de prevenir y disminuir la mortalidad materna debido al rol importante que desempeña la madre en el núcleo familiar.

Los resultados de este estudio podrán ser de utilidad en realidades e instituciones de salud similares, y también servirán como instrumento de apoyo e incentivo para realizar futuros estudios de investigación con respecto al tema, ya que al momento de realizar la búsqueda bibliográfica las investigaciones encontradas a nivel local fueron limitadas. Por otro lado, las principales autoridades de salud podrán conocer cuál es la situación de las referencias obstétricas y de esta manera podrán tomar las medidas al respecto, como contribuir y mejorar la atención del nivel primario, pudiendo solicitar recursos para promover la capacitación médica, mejorar las técnicas de diagnóstico y poder brindar una atención obstétrica adecuada, tomando en cuenta las redes de apoyo.

Por todo lo mencionado anteriormente es que se realiza el presente trabajo de investigación, que tendrá como finalidad establecer las principales características que conforman las referencias obstétricas de historias clínicas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca durante el periodo de enero-mayo, 2020.



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes:

##### 2.1.1 Nivel Internacional:

**Tena A. (México 2014)**, realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo con el objetivo de identificar las causas más frecuentes de referencia para resolución obstétrica de mujeres embarazadas atendidas en el CEAPS San Miguel Chapultepec Bicentenario, los resultados que se obtuvieron mostraron que las pacientes referidas con mayor frecuencia eran segundigestas, los diagnósticos de envío más frecuentes eran: amenaza de aborto, cesárea previa, edad gestacional mayor a 40 semanas, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y sufrimiento fetal agudo. Como conclusión se consideró que se debe fortalecer la capacitación, supervisión y vigilancia del personal de salud y administrativo en materia de atención obstétrica, así como establecer y generar medidas pertinentes y estrategias efectivas que contribuyan a la disminución de la morbilidad materno-infantil.(8)

**Josyula S. et al. (Honduras 2015)**, efectuó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar las derivaciones obstétricas de una clínica rural a un hospital comunitario de derivación en Honduras, identificar las barreras en el transporte y describir los resultados posteriores de las pacientes. Encontraron como resultados que 92 pacientes embarazadas fueron derivadas de la clínica rural al hospital, 26 pacientes embarazadas (28%) no tenían registros médicos completos y fueron excluidas del estudio. De las 66 pacientes restantes, 54 (82%) recibieron atención prenatal con un promedio de  $5.5 \pm 2.4$  visitas y los diagnósticos más comunes que se derivaron fueron el estado fetal no tranquilizador, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto prematuro. Concluyeron que se necesita más investigación para la reforma de la gestión de la atención obstétrica de emergencia, dirigida tanto al personal sanitario como a la infraestructura de referencia médica. (9)

**Fernández M. et al. (Costa Rica 2016)**, llevaron a cabo un estudio de tipo exploratorio, transversal, con fines de diagnóstico situacional, con el fin de determinar la situación que guardan los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia (SRCR) de

pacientes en los sistemas de salud de los países de Iberoamérica; se convocó a participar a los presidentes de las sociedades científicas de Medicina Familiar de los 20 países miembros de WONCA Iberoamericana-CIMF, quienes tuvieron que responder un cuestionario con 33 preguntas relacionadas con el SRCR de sus países. Como resultado obtuvieron respuesta de 16 de los 20 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela, no participaron Ecuador, España, Portugal ni Uruguay. De los 16 países el 100% reportó contar con tres niveles de atención clasificados de acuerdo con el grado de complejidad, donde el primer nivel corresponde a la actividad asistencial con menor infraestructura, de mayor cobertura y de tipo generalista. Los 16 países encuestados cuentan con SRCR, 13 lo tienen bien definido a nivel nacional; Argentina, Colombia y Perú no cuentan con un sistema consolidado de carácter nacional, funciona a nivel institucional; Costa Rica, Argentina y El Salvador no cuentan con un marco jurídico preciso; en 3 de los 16 países no se pueden llevar a cabo las referencias de pacientes interinstitucionales (Bolivia, El Salvador y República Dominicana), en los 13 países restantes, se realiza la referencia interinstitucional bajo convenios o pagos por los servicios prestados. Como conclusión tuvieron que los SRCR funcionan en los 16 países, sin embargo, las dificultades se observan en la contrarreferencia, que limita la retroalimentación de los médicos de atención primaria, e incluso los del segundo nivel. (10)

**Ghardallou M. et al. (Túnez 2019)**, realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la frecuencia y las indicaciones de las derivaciones obstétricas realizadas en una maternidad de atención terciaria de Túnez, encontraron que, de las 32 razones para derivaciones, las más comunes fueron la ruptura prematura de membranas (14,1%) y el sufrimiento fetal (13,5%). La mayoría de las indicaciones para referencias (95,8%) no se ajustaban a la lista de indicaciones de referencia de la central nuclear, 28 diagnósticos fueron retenidos después de las derivaciones: los más comunes fueron el embarazo prolongado (29,5%) y la ruptura prematura de membranas (19,3%); en el 41% de las mujeres, los motivos de la derivación no coincidían con los diagnósticos establecidos en el momento del ingreso de los pacientes al hospital. Según los datos obtenidos concluyeron que el sistema de referencia en la región de Sousse aún enfrenta desafíos que deben abordarse para que sea más efectivo.(11)

### **2.1.2 Nivel Nacional:**

**Bayona G. (Cusco 2018)**, en su estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, corte transversal, se planteó como objetivo determinar el manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas, tuvo como resultados que el 25% de pacientes fueron referidas por hemorragia en la primera mitad del embarazo; dentro de las características sociodemográficas el 57% se encontraba entre 19 a 34 años de edad, grado de instrucción 50% secundaria, el 60% eran convivientes, 100% eran procedentes de área rural y de igual forma el 100% contaba con Seguro Integral de Salud (SIS), sus características reproductivas fueron el 36% cursaba con segunda gestación, 91% tuvo partos institucionales, 76% registraba antecedentes de uso de métodos de planificación naturales, de acuerdo a los resultados pudo concluir que el control respecto a monitoreo, supervisión y/o evaluación de las referencias no se realizaban de una manera adecuada según la normatividad. (12)

**Montes M. (Lima 2018)**, realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo con el objetivo de describir las características de las referencias obstétricas de emergencia en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de Comas. Se trabajó con las mujeres gestantes atendidas que hayan sido referidas a un centro de mayor complejidad, y dentro de los datos epidemiológicos obtenidos dentro del centro de salud se contabilizaron una totalidad de 884 gestantes atendidas, de las cuales solo 50 fueron referidas. Los resultados que obtuvo fueron que el promedio de edad de las pacientes fue de 26 años, en promedio las gestantes acudieron a 4 controles de atención prenatal, cuando el número que recomienda la OMS (mínimo 6 controles), y el diagnóstico o patología por la que más se refirió fue el Estado Hipertensivo del Embarazo en un 34%. (2)

**Espinoza C. (Ica 2019)**. En su estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, tuvo como objetivo determinar la incidencia de las referencias asociadas a patologías obstétricas de gestantes del centro de salud de Guadalupe. Dentro de los resultados que obtuvo señaló que el porcentaje de gestantes referidas a emergencia fue de 37,9 %, y que existía relación significativa entre la edad y las referencias de las gestantes, siendo más frecuente en las menores de 20 años, por otro lado, las patologías obstétricas más frecuentes fueron: la hipertensión arterial, la amenaza de aborto y el antecedente de cesárea anterior. Así concluyó que las que presentaron hipertensión arterial, fueron aquellas que se encontraban en el tercer trimestre de gestación y las que tuvieron menos de 6 controles prenatales. (13)

**Martínez J. (Huancavelica 2019)**, ejecutó una investigación de tipo descriptiva simple retrospectiva, con el propósito de determinar el perfil de las emergencias obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Chilca – Huancayo, los resultados fueron que las pacientes se encontraban entre 20 a 34 años (70,65%), con grado de instrucción básica: primaria 44,02% y secundaria 50,54%, el 58,15% procedían de zona rural y la mayoría eran convivientes 77,72%; el perfil obstétrico reportó que la mayoría tenía de 1 a 2 embarazos incluido el actual que representa el 47,83% y 30,98% respectivamente, menos de la mitad tienen de 1 a 2 hijos vivos que corresponde al 29,89% y 13,04%. Las complicaciones identificadas fueron preeclampsia 21,74%, ruptura prematura de membranas 10,33%, desproporción céfalo pélvica 9,78%, complicaciones del trabajo de parto 9,78%, abortos 8,70%, hemorragia posparto 8,15%, hemorragias del tercer trimestre 7,61%, sufrimiento fetal agudo 5,98%, amenaza de parto pretérmino 4,89% y cesareada anterior 4,35%. Así pudo concluir que las usuarias se encuentran en edad reproductiva, con grado de instrucción básica, proceden de zona rural, son convivientes, y tienen de 1 a 2 embarazos. (14)

**Camarena A. (Huancavelica 2019)**, llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal con la finalidad de determinar las patologías obstétricas referidas frecuentemente por el Centro de Salud San Agustín de Cajas, se trabajó con las historias clínicas de las gestantes que fueron referidas por alguna patología obstétrica del centro de salud San Agustín de Cajas. Los resultados que halló fueron que: las gestantes referidas por alguna patología obstétrica tuvieron 31 años en promedio, la mayoría cursó el nivel secundario, con ocupación su casa, fueron referidas en el III y I trimestre, tenían de uno a tres embarazos; contaban con 1 a 3 APN; por otro lado, las patologías referidas fueron preeclampsia leve, amenaza de aborto, aborto incompleto, amenaza de parto pretérmino y cardiopatía fetal. De acuerdo a ello concluyó que las patologías obstétricas más frecuentes fueron la preeclampsia leve y amenaza de aborto. (15)

### **2.1.3 Nivel Local:**

**Raico R. (Cajamarca 2016)**, en su estudio de tipo aplicado; nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal, tuvo como objeto evaluar las referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, los resultados que obtuvo fueron que la primera causa de referencia por emergencias obstétricas eran las hemorragias (32,7%) y en cuanto a los datos que se registran incorrectamente con mayor frecuencia son: antecedentes importantes (63,8%), registro de exámenes auxiliares (43,5%), código CIE 10 (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%). Concluyó 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 e inadecuadas. (16)

## **2.2 Bases Teóricas:**

El Ministerio de Salud ha venido impulsando un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual busca atender las necesidades de atención de la salud de la población, basándose en los siguientes principios: integralidad, universalidad en el acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización, participación y promoción de la ciudadanía. En el principio de integralidad una de las dimensiones más importantes es la continuidad de la atención, esto hace referencia a la interacción administrativa-asistencial, que debe existir entre establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad, con el fin de que el usuario por derecho a su salud reciba una atención continua, en el nivel de complejidad y con la tecnología adecuada, cumpliendo las necesidades de salud del paciente. En base a los principios mencionados anteriormente y frente al notorio desorden que se observa en la referencia de usuarios, el MINSA elaboró la "Norma técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SRC) de los Establecimientos del Ministerio de Salud - N°018 " según RM N° 155-2001-SA/DM del 07 de Marzo de 2001, con el fin de establecer un solo documento que sirva de guía para todos los establecimientos a que realicen un adecuado manejo y derivación de referencias, y así permitir la continuidad de la atención integral de usuarios. (17)

### **2.2.1 Administración y Gestión en Salud:**

Es importante considerar los conceptos de administración y gestión en salud, ya que a partir de ello se desarrollan políticas y sistemas sanitarios que buscan adecuarse a las necesidades de la población, para satisfacer las demandas de servicios de salud y así brindar una atención de calidad.

La administración en salud es la ciencia social y técnica relacionada con la planificación, organización, dirección y control de las empresas públicas y privadas del sector salud y posee herramientas que, en conjunto con los recursos humanos, técnicos y financieros con los que cuentan, pretende llevar a las instituciones de salud a un estado de crecimiento y eficiencia. Los sistemas de salud y sus subsistemas (clínicas, hospitales, unidades médicas, etc.) deben contar con una administración

eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplen sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande. (18)

Por otro lado, la gestión en salud es un conjunto de acciones que representan aquellos métodos y estrategias que facilitan el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud. Estas herramientas de gestión están organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios (hacedores de política, gestores de servicios de salud, gestores locales, implementadores, personal de salud, docentes, alumnos, etc.). Estas herramientas permiten mejorar la gestión de servicios de salud, la gestión sanitaria resulta de suma importancia porque permite administrar y supervisar el funcionamiento óptimo de un centro de asistencia médica. (19)

Luego de presentar en que consiste la administración y gestión en salud, podemos considerar que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es una herramienta administrativa que permite la coordinación efectiva entre servicios de salud para el traslado oportuno de pacientes que requieren de una prestación de servicios de salud adecuada acorde a su condición, garantizando así la calidad, accesibilidad, continuidad e integralidad a los servicios de salud. Por este motivo las autoridades de salud deben realizar un mayor seguimiento y evaluación del proceso de referencia y contra referencia, ya que es necesario tomar acciones pertinentes para fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios del primer y segundo nivel de atención.

### **2.2.2 Sistema de Referencia y Contrarreferencia:**

En la norma técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Manrique et al. (17) lo definen como:

“Un 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 resolutoria a otro de mayor capacidad resolutoria” (p22).

#### **2.2.2.1 Definición de Referencia:**

Brouwere citado por Montes (2) lo define como: “el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador

que cuente con una atención más especializada [...], que dé respuesta a las necesidades de salud”. (p24)

Por otro lado según la norma técnica es un proceso administrativo-asistencial por medio del cual el personal de salud de un establecimiento de menor capacidad, transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro con mayor capacidad resolutive; también se considera una referencia cuando el agente comunitario, identifica signos de alarma o factores de riesgo en usuarios, y requieren ser trasladados desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.(17)

#### **2.2.2.2 Definición de Contrarreferencia:**

Es un procedimiento administrativo– asistencial a través del cual el establecimiento de salud de destino devuelve el resultado de la prueba diagnóstica o la responsabilidad del cuidado de la salud de la gestante, puérpera u otro usuario, al establecimiento de salud de origen, es decir donde se realizó la referencia, ya que este cuenta con la capacidad para resolver o monitorizar el problema de salud. (17)

#### **2.2.3 Sistema de referencia según niveles de organización:**

**Administrativo:** Involucra al Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Microrredes de Salud. (17)

**Prestacional o Asistencial:** Hace referencia a los establecimientos de salud de distinto nivel de complejidad como son Institutos Especializados, Hospitales (I, II, III), Centros y Puestos de Salud. El Establecimiento de Salud es la unidad operativa prestacional, que se hará responsable de la ejecución de referencias y contrarreferencias. (17)

**Comunal:** Constituido por la comunidad organizada a través de sus organizaciones sociales y/o agentes comunitarios. Los corresponsables sociales son: los agentes comunitarios de Salud (Promotoras, parteras etc.), los comités comunales o locales de salud, y las organizaciones capacitadas en acciones de promoción en salud (Bomberos, Defensa Civil, Cruz roja, etc.). (17)

#### **2.2.4 Criterios para realizar una referencia:**

La referencia se debe coordinar entre establecimientos, además la referencia del paciente hacia otro centro hospitalario debe realizarse considerando los criterios de oportunidad, accesibilidad y capacidad resolutive del centro asistencial.

**Capacidad resolutive:** El usuario debe ser referido a un establecimiento de salud de mayor complejidad, que cuente con la capacidad resolutive para atender el motivo de la referencia. (4)

**Accesibilidad:** El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más próximo y accesible. Esto quiere decir que no necesariamente se va a limitar a la jurisdicción de su Microred, Red o Dirección de Salud, sino que se puede permitir ingresar a un área más cercana. (4)

**Oportunidad:** El usuario debe ser referido en el momento y lugar oportuno, evitando riesgos de complicación o muerte del paciente, garantizando que los derechos del paciente de recibir una atención de calidad y adecuada se cumplan. (4)

### **2.2.5 Niveles de atención y complejidad:**

El sistema de salud se divide en tres niveles de atención con el fin de facilitar el proceso de referencia y contrarreferencia que forma parte importante del sistema de atención primaria, el cual permite reconocer de forma temprana los signos de alarma que pueden sugerir la aparición de complicaciones que pueden poner en riesgo a las pacientes, refiriéndolas a un nivel de atención con mayor capacidad resolutive.

**Niveles de atención:** Según la NTS N° 021-MINSA de “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, los niveles de atención son una forma de organización de la oferta de los servicios de salud, en los cuales se relaciona la severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutive. (20) De otra manera, de acuerdo a García quién es citado por Vignolo et al. (21) define a los niveles de atención como: “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población”. (p12), estos niveles de atención se dividen en:

- **Primer nivel:** Aquí se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes, ya que es el más cercano y accesible a la población, por eso está considerado como el primer nivel de contacto que cuenta con los recursos para resolver las necesidades de atención más frecuentes de manera oportuna y eficaz; cuenta con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, centros de salud, etc. En este nivel se realizan actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. (21)
- **Segundo Nivel:** Se considera que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. Aquí se brinda una



atención un poco más especializada tanto en recursos humanos como tecnológicos, que ayudan a complementar la atención prestada en los pacientes referidos del primer nivel, o en aquellos pacientes que ingresan a establecimientos de este nivel por urgencia o emergencia. (20,21)

- **Tercer Nivel:** se encarga de dar atención a los problemas de salud que son referidos desde el primer o segundo nivel de atención, sin embargo, este nivel se reserva especialmente para atender patologías complejas que necesitan de procedimientos especializados y de alta tecnología. Los niveles de atención deben funcionar con una correcta referencia y contrarreferencia y para esto es importante la coordinación entre los diferentes niveles. (20,21)

**Niveles de complejidad:** La norma técnica indica que son el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento, el nivel de complejidad indica el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos que serán necesarios para cada nivel de atención. (20,21) Se consideran 3 niveles:

- **Primer nivel:** este nivel incluye policlínicos, centros de salud, consultorios y otros, donde atienden Médicos Familiares y Comunitarios, o Médicos Generales. (21)
- **Segundo nivel:** considera a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. (21)
- **Tercer nivel:** se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, se distingue por realizar procedimientos complejos usando equipos de alta tecnología. (21)

#### **2.2.6 Categorización de los establecimientos de salud:**

Es el proceso por el cual se clasifica a los establecimientos de salud en base a niveles de atención y complejidad. Para la categorización se hace una evaluación de la capacidad resolutoria cualitativa de los establecimientos frente a las necesidades de salud, más no de la estructura, ni de la calidad de los procesos realizados. Según la categoría de cada establecimiento de salud, estos comparten funciones y niveles de complejidad que están diseñados para atender poblaciones semejantes. (20) Las categorías de establecimientos de salud por niveles de atención consideradas en la norma técnica de salud son las siguientes:

### **2.2.6.1 En el Primer Nivel de Atención:**

**Categoría I-1:** es responsable de cubrir las necesidades de atención de salud de la población de su jurisdicción, brindando una atención integral ambulatoria intramural y extramural, haciendo hincapié en la promoción de la salud y prevención de los riesgos y daños, promoviendo la participación de la ciudadanía. Los establecimientos de salud de este grupo deben contar con un técnico de enfermería, licenciado en enfermería o licenciado en obstetricia, además pueden contar con médico cirujano como personal itinerante. (20)

**Categoría I-2:** también debe cubrir las necesidades de atención de salud de su población, mediante una atención médica integral ambulatoria, el establecimiento que pertenece a esta categoría debe tener mínimo un médico cirujano además del personal mencionado anteriormente. (20)

**Categoría I-3:** debe satisfacer las necesidades de salud de su ámbito jurisdiccional, también a través de una atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud. Los establecimientos de esta categoría presentan un ámbito de acción con una población y territorio asignado y referencial, forman parte de la Microrred de Salud y son el lugar de referencia de los Puestos de Salud categoría I-1 y I-2. (20)

**Categoría I-4:** responsable de atender las necesidades de salud de su población, a través de una atención médica ambulatoria y con internamiento de corta estadía, sobre todo enfocada al área Materno-Perinatal e infantil. (20)

### **2.2.6.2 En el Segundo Nivel de Atención:**

#### **- Establecimiento de salud de Atención General:**

**Categoría II-1:** cubre las necesidades de salud a través de una atención ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecología, cirugía general y pediatría; además, deben contar con anestesiólogo. (20)

**Categoría II-2:** satisface las necesidades de salud brindando atención ambulatoria y hospitalaria y de otras especialidades; con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud. Los establecimientos cuentan con una población referencial de las redes de salud y establecimientos de categoría II -1, en las ciudades donde no hay establecimientos categoría II-1 o del primer nivel de atención, se puede asignar una población directa. (20)

- **Establecimiento de salud de Atención Especializada:**

**Categoría II-E:** esta incluye a los hospitales y clínicas que brindan una atención especializada. (22)

**2.2.6.3 En el Tercer Nivel de Atención:**

- **Establecimiento de salud de Atención General:**

**Categoría III-1:** ofrecen atención ambulatoria y hospitalaria altamente especializada; a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad. Estos establecimientos son el centro de referencia de mayor complejidad a nivel nacional y regional, no cuentan con población asignada directa, sino población referencial nacional y regional. (20)

- **Establecimiento de salud de Atención Especializada:**

**Categoría III-E:** considera a los hospitales y clínicas de atención general con unidades productoras de servicios de salud y servicios en general mejores. (22)

**Categoría III-2:** propone normas, estrategias e innovación científico-tecnológica a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud especializados que contribuyen a resolver los principales problemas de salud. Son establecimientos de salud y de investigación altamente especializados que cuentan con profesionales especialistas que aseguran el desarrollo de técnicas médico-quirúrgicas complejas y garantizan la investigación, esta categoría es el centro de referencia especializado de mayor complejidad. (20)

| NIVELES DE ATENCIÓN       | NIVELES DE COMPLEJIDAD  | CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD |
|---------------------------|-------------------------|---|
| Primer Nivel de Atención  | 1° Nivel de Complejidad | I - 1                                   |
|                           | 2° Nivel de Complejidad | I - 2                                   |
|                           | 3° Nivel de Complejidad | I - 3                                   |
|                           | 4° Nivel de Complejidad | I - 4                                   |
| Segundo Nivel de Atención | 5° Nivel de Complejidad | II - 1                                  |
|                           | 6° Nivel de Complejidad | II - 2                                  |
| Tercer Nivel de Atención  | 7° Nivel de Complejidad | III - 1                                 |
|                           | 8° Nivel de Complejidad | III - 2                                 |

**Figura 1.** Niveles de atención, de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud. (20)

| CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD | MINISTERIO DE SALUD               |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| I – 1                       | Puesto de Salud                   |
| I – 2                       | Puesto de Salud con Médico        |
| I – 3                       | Centro de Salud sin Internamiento |
| I – 4                       | Centro de Salud con Internamiento |
| II – 1                      | Hospital I                        |
| II – 2                      | Hospital II                       |
| III – 1                     | Hospital III                      |
| III – 2                     | Instituto especializado           |

Figura 2. Categorías de los establecimientos de salud de acuerdo con las instituciones del sector salud. (20)

| UNIDADES PRODUCTORAS                                       | I-1        | I-2 | I-3 | I-4  | II-1  | II-2                     | III-1                               | III-2   |
|--|------------|-----|-----|--|---|--------------------------|-------------------------------------|---|
| SALUD COM. Y AMBIENTAL                                     | SI         | SI  | SI  | SI   | SI  |                          |                                     |   |
| CONSULTA EXTERNA MEDICA                                    | Itinerante | SI  | SI  | SI   | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| PATOLOGIA CLINICA (Laboratorio)                            |            |     | SI  | SI   | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| ESPECIALIDAD   |            |     |     | Medicina General y algunas especialidades (Ginecología y Pediatría prioritariamente) | Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología. | TODAS LAS ESPECIALIDADES | Además TODAS LAS SUB ESPECIALIDADES | SOLO ESPECIALIDADES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO ESPECIALIZADO |
| CENTRO OBSTETRICO  |            |     |     | Sala de Parto  | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| HOSPITALIZACION  |            |     |     | Internamiento  | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| CENTRO QUIRURGICO  |            |     |     |  | SI  | SI                       | SI                                  | CONDICIONAL   |
| EMERGENCIA   |            |     |     |  | SI  | SI                       | SI                                  | CONDICIONAL   |
| DIAGNOSTICO POR IMÁGENES                                   |            |     |     |  | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| HEMOTERAPIA  |            |     |     |  | SI  | SI                       | SI                                  |   |
| ANATOMIA PATOLOGICA  |            |     |     |  | SI  | SI                       | SI                                  | SI  |
| HEMODIALISIS   |            |     |     |  |   |                          | SI                                  | De acuerdo a su Especialidad                                    |
| U. C. I.   |            |     |     |  |   | General                  | ESPECIALIZADA                       | De acuerdo a su Especialidad                                    |
| RADIOTERAPIA   |            |     |     |  |   |                          |                                     | De acuerdo a su Especialidad                                    |
| MEDICINA NUCLEAR   |            |     |     |  |   |                          |                                     | De acuerdo a su Especialidad                                    |
| TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS                            |            |     |     |  |   |                          |                                     | De acuerdo a su Especialidad                                    |
| INVESTIGACION, DOCENCIA INTERVENCIONES DE SUB ESPECIALIDAD |            |     |     |  |   |                          | SI                                  | SI  |

Figura 3. Cuadro comparativo de unidades productoras según las categorías. (20)

## **2.2.7 Clasificación de los establecimientos de salud según (FON):**

En la directiva sanitaria N°001 – MINSA/DGSP-V.02, De Habich et al. (23) definen a las Funciones Obstétricas y Neonatales como:

“Las actividades que están relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de los procesos de gestación, parto, puerperio, atención del recién nacido y planificación familiar, de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento de salud [...]” (p15).

Las Funciones Obstétricas y Neonatales, están correlacionadas con la Categorización de Establecimientos de Salud y son las siguientes:

### **2.2.7.1 Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP):**

Conforman actividades del área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos que brinden atenciones principalmente preventivas, promocionales y de rehabilitación al individuo, familia y comunidad. Aquí están los establecimientos de categoría I-1, I-2 y I-3; y deben contar con Técnicos (as) de enfermería, Técnicos (as) de farmacia, Obstetras, Enfermeras y además con Médicos itinerantes. Por lo regular brindan atención ambulatoria de 6 a 12 horas; deben contar como mínimo con una sala de uso múltiple, uno o dos ambientes para consultorios, un tópico, un cuarto de reposo con 2 camas, 2 servicios higiénicos, un área para admisión, archivo, farmacia y un área para almacén. (23) Las actividades que realizan son:

- Atención Preconcepcional.
- Atención Prenatal Reenfocada.
- Atención del parto inminente, parto no referible, atención del puerperio y atención del recién nacido vigoroso.
- Identificación y referencia oportuna de gestantes.
- Diagnóstico, Estabilización, Manejo inicial y Referencia de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.
- Planificación Familiar.

### **2.2.7.2 Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB):**

Comprende las actividades materno perinatales que se deben realizar en establecimientos que cuenten con: Médico General capacitado en atención de gestantes y recién nacidos, Obstetra, Enfermera, Odontólogo, Tecnólogo Médico en Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica o Biólogo, Psicólogo, Nutricionista, Químico

Farmacéutico, Técnico de enfermería, Técnico de laboratorio, Técnico de farmacia; además puede contar con Médicos especialistas itinerantes o de planta de Gineco Obstetricia y/o Pediatría. Estos establecimientos son de categoría I-4 y atienden las 24 horas, en su infraestructura cuentan con sala de partos, área de atención inmediata del recién nacido, laboratorio y hospitalización; no cuentan con sala de operaciones.

(23) Las actividades que realizan son:

- Atención Preconcepcional
- Atención prenatal reenfocada
- Parto eutócico y atención del recién nacido normal o con problemas menores
- Trabajo de parto distócico o complicado
- Recién nacido con complicaciones (**DER: Diagnosticar, estabilizar, referir**).
- Atención de la placenta retenida no complicada
- Retención de placenta complicada (DER)
- Hipertensión inducida por el embarazo: preeclampsia y eclampsia (DER)
- Hemorragia leve, moderada, severa y shock hipovolémico (DER)
- Sepsis Materna y Neonatal y Enfermedades infecciosas intercurrentes en el embarazo (DER)
- Aborto Incompleto (DER)
- Atención del desgarro vaginal grado I y grado II
- Atención del desgarro vaginal grado III y grado IV (DER)
- Reparación de desgarro de cuello uterino
- Cirugía Obstétrica (DER)
- Planificación Familiar y Anticoncepción post parto o post aborto

### **2.2.7.3 Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE):**

Constituye establecimientos que brindan atención ambulatoria y hospitalaria de las cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia, además cuentan con anestesiología (FONE I). Brindan atención las 24 horas, su infraestructura cuenta con lo mismo de un establecimiento FONB, pero además con centro quirúrgico, área de diagnóstico por imágenes, monitoreo fetal, hemoterapia, anatomía patológica y dependiendo de la categoría pueden incluir una unidad de cuidados intermedios generales y neonatales (FONE II).  
(23)

**FONE I:** son aquellos que brindan atención ambulatoria y hospitalización en las cuatro especialidades básicas, su población para atención es asignada, se encuentran

dentro del ámbito de la Dirección de la Red de Salud y son lugar de referencia de las microrredes de salud. Estos son los establecimientos de categoría II-1 y II-E. (23)

**FONE II:** ofrecen atención ambulatoria y hospitalización en otras especialidades, pero además cuentan con unidades de cuidados intensivos generales y de cuidados intermedios neonatales, su población no es asignada de manera directa, es una población referencial regional de las redes de establecimientos categoría II-1, están dentro del ámbito de la Dirección de salud y son lugar de referencia de las Redes de salud. Están conformados por establecimientos de categoría II-2, III-1 y III-E. (23)

#### 2.2.7.4 Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI):

Comprenden establecimientos de tercer nivel de atención, brindan atención ambulatoria y hospitalaria en todas las especialidades médicas, además proponen normas, estrategias e innovaciones tecnológicas basadas en la investigación, docencia y prestación de servicios altamente calificados. Cuentan con todos los servicios de un FONE I y FONE II, pero además son referentes nacionales por ser los establecimientos de mayor complejidad a nivel nacional y regional. En el ámbito materno perinatal la característica de un establecimiento FONI es que cuenta con Unidades de Cuidados Intensivos Especializados (UCIE) para adultos, entre ellos las Unidades de Cuidados Intensivos Especializados en salud materna y otras especialidades (Cardio respiratorio, Trauma shock, etc.) y Unidades de Cuidados Intensivos Especializados Neonatales. Aquí se encuentran establecimientos III-2. (23)

| CORRELACIÓN ENTRE FUNCIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES (FON) Y CATEGORIZACIÓN |                    |
|---|--------------------|
| FON   | CATEGORIZACIÓN     |
| FON Primarias (FONP)  | I-1, I-2, I-3      |
| FON Básicas (FONB)  | I-4                |
| FON Esenciales I (FONE I)   | II-1, II E         |
| FON Esenciales II (FONE II)   | II-2, III-1, III-E |
| FON Intensivas (FONI)   | III-2              |

**Figura 4.** Correlación FON / Categorización. (23)

#### 2.2.8 Proceso de Referencia:

##### 2.2.8.1 Responsables de la Referencia:

**A nivel comunal:** Los agentes comunitarios o la organización comunal, deberán identificar los signos de alarma y/o factores de riesgo de un usuario, para que de ser necesario se lo refiera al establecimiento de salud más próximo. (17)

**A nivel del establecimiento de salud:** La responsabilidad de la referencia corresponde al personal de salud que atiende al usuario, la cual termina una vez que este llegué al establecimiento de destino de la referencia e inicia su atención. (17)

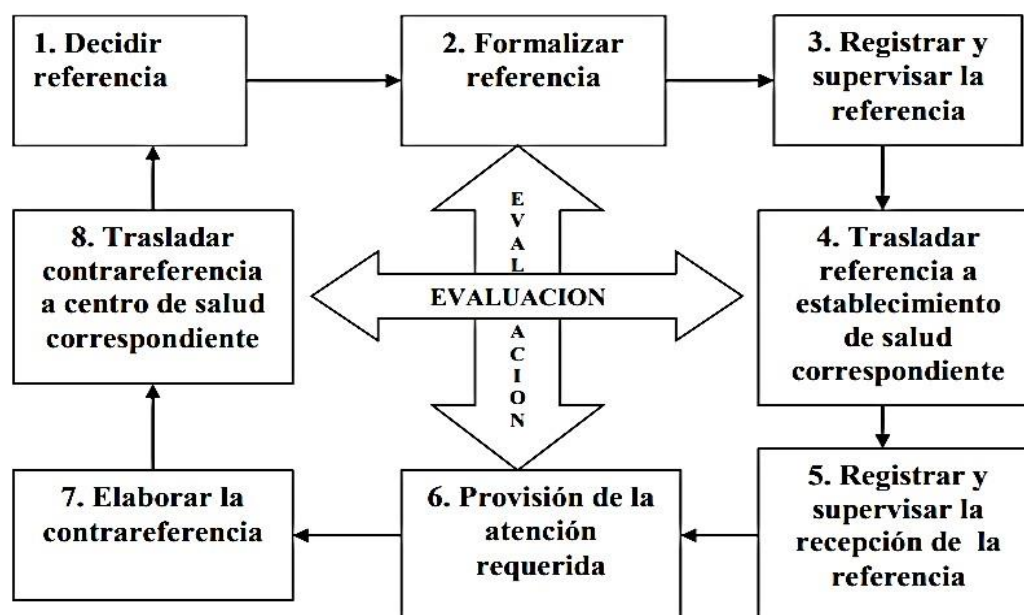
### 2.2.8.2 Origen de Referencia:

**A Nivel Comunal:** Cuando un agente comunitario u otro poblador de la comunidad encuentre en algún miembro de la comunidad factores de riesgo o cualquier problema de salud que necesite atención en un establecimiento de salud. (17)

**A Nivel de Establecimientos de Salud:** Cuando el problema de salud del usuario requiere atención médico-quirúrgica especializada o procedimientos de apoyo diagnóstico que no se encuentran dentro de la capacidad resolutive del establecimiento de origen. (17)

### 2.2.8.3 Unidad productora del destino de la referencia:

Está constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), que se encargan de desarrollar y prestar servicios de salud en relación directa con su nivel de complejidad. (17) Dentro de las principales UPSS a las que se realizan referencias, se tiene la consulta externa, emergencia y apoyo al Diagnóstico.



**Figura 5.** Descripción del proceso de Referencia y Contrarreferencia. (24)



## **2.2.9 Procedimientos de la referencia:**

### **2.2.9.1 A Nivel Comunal:**

- **El establecimiento de salud:** Las micro redes, establecimientos de salud y la comunidad deben determinar según el perfil epidemiológico de su entorno, los principales problemas de salud, para elaborar un listado de signos de alarma y/o factores de riesgo que agentes comunitarios u otros pobladores deben identificar en una persona para determinar si este requiere ser atendido y/o referido. (17)
- **El agente comunitario y otras organizaciones:** Deberán identificar signos de alarma y/o factores de riesgo para la salud en las personas de su comunidad; en caso hubiera alguno deberán informar a los familiares y coordinar con el establecimiento de salud para su traslado. (17)

### **2.2.9.2 A Nivel de Establecimiento de Salud de origen: (17)**

- El personal de salud debe atender al usuario e identificar la necesidad de la referencia y el establecimiento y servicio de destino.
- La unidad u oficina de referencias o la que haga sus veces en el establecimiento deberá seleccionar de acuerdo con los criterios de referencia, el establecimiento de salud al que se referirá, además coordinará la referencia con el establecimiento de destino, excepto en los casos de emergencia.
- Finalmente, el personal que realiza la referencia deberá llenar la hoja de referencia, la cual tendrá vigencia de 60 días a partir de su fecha de emisión para los destinos de consulta externa y servicios de apoyo al diagnóstico.
- El personal de salud que brinda la atención deberá informar al usuario y/o familiares sobre su estado de salud y los riesgos que presenta, las razones para referirlo a otro establecimiento y la importancia de esta.
- Entregar la hoja de referencia a la Unidad/Oficina de Seguros, Admisión o quien haga sus veces, ellos son responsables de:
  - Recibir la hoja de referencia.
  - Coordinar la referencia con el establecimiento de destino, en forma directa.
  - Registrar en la hoja de referencia los datos que pide el formato.
  - Entregar al usuario el ticket de atención que contiene la información de su referencia al establecimiento de destino, la fecha y hora de atención, el nombre del profesional que lo atenderá y servicio en el que será atendido.

- Entregar al usuario o familiares, la hoja de referencia original firmada y sellada, excepto en casos de emergencia donde son llevadas por el personal de salud que acompaña al paciente.

**2.2.9.3 A Nivel de Establecimiento de Salud de destino:** La unidad de seguros y/o referencias o quien haga sus veces en el establecimiento, realizará lo siguiente: (17)

- Recibir al usuario y pedir la hoja de referencia y el ticket de cita de ser el caso.
- Verificar la coordinación de la referencia en la hoja de referencia donde debe estar registrado el personal que hizo la coordinación.
- Verificar la calidad de la hoja de referencia, así como la pertinencia de la referencia, para evitarle al algún problema administrativo al usuario.
- En el caso de usuarios asegurados, deberá comprobar dicha condición con la documentación necesaria.
- Registrar la referencia en el registro o Software correspondiente.
- Adjuntar la hoja de referencia en la historia clínica.
- Realizar los trámites administrativos correspondientes para la atención prioritaria.
- Indicar al usuario el lugar donde lo atenderán y brindarle las facilidades para recibir la atención que corresponde.
- Atender al usuario referido garantizando que éste reciba todas las consultas, íter consultas y exámenes de diagnóstico necesarios hasta solucionar su problema de salud en el más breve plazo, para que pueda retornar a su lugar de origen pronto.
- Realizar el monitoreo de las referencias recibidas hasta su contrarreferencia.

#### **2.2.10 Criterios de Contrarreferencia:**

El médico o el profesional de salud que atendió al usuario referido, es quien decide su contrarreferencia e informa al establecimiento que corresponda la condición de egreso del usuario. Las condiciones a tener en cuenta para realizar la contrarreferencia serán:

1) que el paciente se encuentre curado o mejorado, 2) que haya sido atendido por apoyo al diagnóstico y que los resultados de los exámenes ya hayan sido entregados, 3) por retiro voluntario donde el usuario deja constancia de ello en una hoja de exoneración de responsabilidad y 4) por deserción o por fallecimiento. (17)

#### **2.2.11 Complicaciones obstétricas motivo de referencia:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la mayoría de complicaciones del embarazo, parto y puerperio se dan en los países en vías de desarrollo, las complicaciones obstétricas más frecuentes que se mencionan son las hemorragias,

infecciones y trastornos hipertensivos. (25) Por eso es importante realizar que al iniciar la atención prenatal se realice la anamnesis personal y familiar, que ayude a recoger datos de antecedentes obstétricos, como recién nacidos de bajo peso, macrosomía, malformaciones congénitas, etc. (4); para que a través de la historia clínica de la paciente, el examen físico, los exámenes de laboratorio y de ultrasonido se puedan identificar pacientes de alto de riesgo obstétrico y así actuar de manera oportuna, evitando mayores complicaciones. (26) Como se sabe las complicaciones no solo se dan durante el embarazo y parto; aunque no es muy frecuente, en el puerperio las mujeres también pueden sufrir algunas complicaciones, incluso algunas mujeres en edad fértil con motivos ajenos al embarazo. Dentro de las complicaciones más frecuentes que ameritan referencia tenemos:

#### **2.2.11.1 EN EL EMBARAZO:**

- **Hemorragias de la primera mitad del embarazo:**

**Aborto:** En las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva, Vallejos et al. (27) lo definen como: “La 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.” (p19). Se caracteriza por la presencia de un sangrado durante la primera mitad del embarazo, acompañada de dolor en hipogastrio que va aumento conforme progresa la dilatación. Este proceso empieza como una amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino. (28) Dentro de la clasificación del aborto encontramos:

**Amenaza de aborto:** Se presenta como un sangrado escaso de varios días de evolución, se acompaña de dolor en hipogastrio, no existen modificaciones cervicales y embrión se encuentra vivo. (28)

**Aborto en curso o inevitable:** Cuando el orificio cervical se encuentra dilatado y se pueden palpar las membranas ovulares o las partes fetales. (29)

**Aborto completo:** Se produce la expulsión completa del embrión o feto, placenta y membranas. (28)

**Aborto incompleto:** Se caracteriza por sangrado abundante, modificaciones cervicales y expulsión de tejidos fetales o placentarios de manera parcial. (28)

**Aborto en curso o inevitable:** Se caracteriza por aumento progresivo del sangrado, del dolor y de las contracciones, lo cual conlleva al inicio de la dilatación cervical, además puede evidenciarse pérdida de líquido amniótico. (27,28)

**Aborto retenido:** Se produce la muerte del embrión o feto antes de las 22 semanas y este queda retenido en la cavidad uterina (incluye el embarazo anembrionado). Su diagnóstico es ecográfico. (27,28)

**Embarazo ectópico:** Se produce cuando el blastocisto se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina, generalmente en la trompa (95,5%), el feto o embrión puede estar ausente o dejar de crecer, en algunos casos puede implantarse en el ovario (3,2%) o sitios abdominales (1,3%). Está asociado a ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal que puede tener consecuencias en la reproducción futura, tales como embarazo ectópico posterior e infertilidad. La triada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea es el principal criterio diagnóstico; estos síntomas con o sin síncope, dolor en hombro y shock, llevan a una intervención quirúrgica inmediata. (30)

**Enfermedad Trofoblástica del embarazo:** La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de alteraciones benignas y malignas del embarazo, caracterizadas por la proliferación del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales y por la producción de hormona gonadotropina coriónica (HGC) cuantificable, la cual se utiliza como marcador tumoral para el diagnóstico. Existen 6 entidades clinicopatológicas distintas: mola hidatidiforme completa (CHM), mola hidatidiforme parcial (PHM), mola invasiva (IM), coriocarcinoma (CCA), tumores trofoblásticos de localización placentar (PSTT), y tumores trofoblásticos epitelioides (ETT); la mola hidatiforme o embarazo molar es la forma benigna de este grupo de patologías. Se debe sospechar de una mola cuando se presenta: metrorragia, náuseas y vómitos, signos de preeclampsia, expulsión de vesículas, signos de hipertiroidismo y sobrecrecimiento uterino. (28,31)

- **Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:**

De acuerdo a Vallejos et al. (27) son: "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." (p31).

**Placenta Previa:** Es aquella que se encuentra superpuesta al orificio endocervical. Anteriormente la placenta previa se clasificaba como placenta previa completa, parcial y marginal, de acuerdo a la distancia que se encontraba del orificio endocervical, sin embargo, actualmente el uso del ultrasonido transvaginal permite la localización exacta del borde placentario del orificio endocervical, de acuerdo a esto, todas las placentas superpuestas al orificio endocervical se denominan placenta previa y aquellas cercanas al orificio pero no sobre él, se denominan placenta de inserción baja. (32) El cuadro clínico se caracteriza por sangrado sin causa aparente de color

rojo brillante con tendencia a formar coágulos, abundante, intermitente e indoloro, suele detenerse espontáneamente sin embargo puede repetirse con mayor intensidad; no existe afectación fetal. (33)

**Desprendimiento Prematuro de Placenta:** El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI) es la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, que ocurre antes de la expulsión fetal, solo incluye gestaciones mayores a 20 semanas, antes de las 20 semanas se considerada como aborto. Se caracteriza por sangrado de color rojo oscuro y dolor abdominal por las contracciones uterinas frecuentes, al examen físico se encuentra un útero hipertónico y afectación fetal (bradicardia fetal) si el grado de desprendimiento es severo; sin embargo, el desprendimiento se puede dar sin presentar ningún signo. (32,34)

**Rotura uterina:** Es la rotura de las fibras musculares del útero debido a una distensión excesiva. (27) Es de inicio brusco, se observa sangrado escaso ya que la sangre se encuentra vertida en la cavidad abdominal, lo cual produce una afectación grave del estado general acompañado de dolor intenso, cese de contracciones uterinas y predisposición a atonía uterina, a veces pueden palpase partes fetales a través de la pared abdominal y la presentación fetal se aleja del estrecho superior. (33)

- **Trastornos hipertensivos del embarazo:**

La guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive clasifica a los trastornos hipertensivos en:

**Hipertensión inducida por la gestación:** Se presenta con hipertensión arterial más proteinuria luego de las 20 semanas de gestación. (27)

**Hipertensión preexistente o crónica:** Cuando la paciente presenta una presión arterial de 140/90 mmHg previo al embarazo o antes de la semana 20 de gestación. Aquella hipertensión que se presenta luego de la semana 20 y que se mantiene a las 12 semanas luego del parto, también se considera hipertensión arterial crónica. (35)

**Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada:** En pacientes con hipertensión crónica y proteinuria antes del embarazo, se considera como preeclampsia sobreagregada cuando la hipertensión no reacciona al tratamiento luego de las 20 semanas y además se evidencian signos y síntomas de Preeclampsia. (36)

**Preeclampsia:** Trastorno hipertensivo que se presenta luego de las 20 semanas de embarazo o incluso en el postparto, está asociado a proteinuria más disfunción orgánica. Se habla de preeclampsia cuando la gestante presenta una presión arterial

sistólica >140 mmHg o una presión arterial diastólica >90 mmHg en dos ocasiones con 4 horas de diferencia entre ambas tomas, que además presenta proteinuria > 0.3 g en una orina de 24 horas o un índice de proteína creatinina >0.3 mg o la presencia de más de 2+ en tiras reactivas. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el año 2013 indicó que una paciente con hipertensión después de las 20 semanas, aun sin presentar proteinuria, pero que presente factores de gravedad como trombocitopenia, alteración hepática, creatinina > 1.1 mg/dL, edema pulmonar o sintomatología de preeclampsia, debe ser considerada como preeclampsia.(36) Anteriormente en la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva se clasificaba a la preeclampsia en:

- **Preeclampsia leve:** Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico). (27)
- **Preeclampsia severa:** Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg, proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico), más cefalea, escotomas, reflejos aumentados y compromiso de órganos que se manifiesta por oliguria, aumento de creatinina, edema pulmonar, disfunción hepática y trastorno de coagulación. (27)

Sin embargo, hoy en día los últimos estudios clasifican a la preeclampsia como:

- **Preeclampsia sin criterios de severidad:** Solo presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg y menor de 160/110 mmHg, sin disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica y tampoco existe compromiso fetal. (37)
- **Preeclampsia con criterios de severidad:** En este caso evoluciona a complicaciones como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática y síndrome de HELLP, esto puede llevar a la muerte de la gestante y del feto. (37)

**Eclampsia:** Consiste en un cuadro de convulsiones tónico-clónicas, debe sospecharse en toda paciente que ya pasó las 20 semanas de embarazo y que presenta convulsiones, antes, durante o después del parto, en ausencia de trastornos neurológicos. Los signos premonitorios son: epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho, ROT aumentados, cefalea intensa, alteraciones visuales (escotomas, fopsias) y cambios del estado de conciencia (estado de alerta disminuido).(38)

**Síndrome de HELLP:** Compromiso hepático y hematológico de la paciente con preeclampsia severa, puede presentarse sin hipertensión o a veces sin proteinuria. El síntoma característico es la epigastralgia, otros son náuseas, vómitos, cefalea,

decaimiento. Dentro de su fisiopatología se menciona: daño endotelial (fragmentación de glóbulos rojos, activación y consumo de plaquetas), anemia hemolítica microangiopática; microangiopatía trombótica y daño en hepatocito. (38)

- **Rotura prematura de membranas:**

La rotura prematura de membranas (RPM) o rotura prematura ovular (RPO), es la rotura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes del inicio de trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. El período de latencia (tiempo entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, es mayor en embarazos pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en embarazos a término. (38) La causa exacta es desconocida, pero existen factores de riesgo como la longitud cervical acortada o las infecciones cérvico-vaginales o urinarias. Las complicaciones principalmente son la corioamnionitis y la prematuridad. La edad gestacional es importante para realizar el manejo, antes de las 34 semanas el manejo es expectante, después de este tiempo el manejo será la interrupción del embarazo. (39)

- **Distocia de presentación:**

Ocurre cuando el polo fetal que se presenta hacia la pelvis materna no es el polo cefálico, lo cual no permite un desarrollo adecuado del trabajo de parto y en algunos casos puede ameritar una intervención quirúrgica. Las distocias de presentación más frecuentes son por presentación podálica o transversa.

- **Cesareada anterior:**

Es aquella paciente que anteriormente ha sido sometida a 1 o más cesáreas ya sea por elección voluntaria o por alguna complicación que ameritó la intervención.

- **Sufrimiento Fetal Agudo (SFA):**

No existe un consenso sobre la definición exacta del SFA, sin embargo, se lo considera como una complicación que puede producir asfixia fetal progresiva si no es corregida o evitada, que además puede producir un desequilibrio en la respuesta fisiológica del feto generando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), falla múltiple de órganos y muerte. Las causas están relacionadas con una interrupción del aporte de oxígeno y nutrientes. Puede presentarse de inicio lento progresivo o repentino, presentando bradicardia o taquicardia, y en algunos casos meconio. (40)

- **Amenaza de parto pretérmino:**

Consiste en la presencia de contracciones uterinas que producen cambios cervicales, y que ocurre después de las 20 semanas de embarazo y antes de las 37, es de causa multifactorial. (41) Según la OMS la edad gestacional que separa el parto prematuro del aborto es 22 semanas y/o 500 g de peso fetal y/o 25 cm de longitud. (38)

- **Embarazo en vías de prolongación:**

Llamado también embarazo a término tardío y es aquel que se encuentra entre las 41 y 42 semanas. (38) A partir de las 41 semanas el riesgo perinatal es mayor, es importante considerar que el antecedente de embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de volver a presentar un parto en la semana 41 de gestación. (42)

- **Embarazo prolongado:**

Es aquella gestación que supera los 294 días (42 semanas cumplidas) desde la fecha de la última menstruación, esta definición está avalada por la OMS, la FIGO y la ACOG. La etiología aún se considera idiopática, sin embargo, puede deberse a: 1) causas endocrinas-paracrinas fetoplacentarias; la hipoplasia suprarrenal, hipofisaria y los bajos niveles estrogénicos fetales pueden estar asociados, 2) predisposición genética, 3) reducción en la liberación de óxido nítrico por el cérvix puede retrasar el inicio del parto y 4) otros factores como raza blanca, obesidad e hipotiroidismo. (43)

- **Gestación múltiple:**

Es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. (38) Estos pueden ser: a) **Gestación múltiple monocigótica:** ocurre cuando un único óvulo al ser fecundado por un espermatozoide, forma un cigoto que luego se divide para formar dos embriones, por lo general son genética y físicamente idénticos; b) **Gestación múltiple dicigótica:** se produce cuando 2 óvulos distintos son fecundados por 2 espermatozoides distintos, estos pueden ser del mismo sexo o diferentes, tienen genotipos distintos y pueden o no pertenecer al mismo grupo sanguíneo, son siempre bicoriales y biamnióticos. (44)

- **Polihidramnios:**

Alteración en la que existe acumulación excesiva de líquido amniótico >1500-2000 ml, su causa aún es idiopática en un 60%, el resto se lo atribuye a causas maternas, fetales y ovulares, conforme el feto crece aumenta el volumen de LA y el útero crece por encima de las medidas estimadas, los síntomas que se presentan son sensación de ahogo y compresión costal, por la excesiva expansión del útero agrandado por el



volumen de LA. Un ILA >25cm ya se considerará un polihidramnios, puede ser leve (18-25cm), moderado (25-32cm) o severo (>32cm). (45)

### 2.2.11.2 EN EL PARTO:

- **Trabajo de parto prolongado:**

Es el detenimiento del trabajo de parto luego de presentar contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto ya sea por causas mecánicas o dinámicas, el cual se prolonga por más de 12 horas y se manifiesta porque la línea de alerta del partograma se desvía hacia la derecha (línea de acción). (27) Puede ser por:

**Alteraciones de la fase latente:** Según Vallejos et al. (27) “En una fase latente prolongada, existe actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.” (p92).

**Alteraciones de la fase activa:**

- **Por enlentecimiento:** a) **Fase activa lenta o prolongada:** la dilatación avanza menos de 1 cm/hora, y se considera así si es >12 horas en primíparas y >8 horas en multíparas, b) **Retraso del Descenso o Descenso lento:** el descenso de la presentación fetal es <1cm/hora en nulíparas y <2cm/hora en multíparas. (27)
- **Por detención:** a) **Detención de la dilatación:** la dilatación se detiene en la fase activa 2 horas o más, b) **Detención del descenso:** el descenso del polo fetal no progresa en 1 hora o más nulíparas o multíparas, sobre todo en el expulsivo. (27)

**Alteraciones del expulsivo:** El expulsivo comprende el lapso de tiempo que transcurre entre la dilatación, el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente) y el nacimiento del neonato. Cuando se prolonga por más de 2 horas en nulíparas o más de 1 hora en multíparas se considera expulsivo prolongado. (27)

### 2.2.11.3 EN EL PUERPERIO:

- **Dehiscencia de episiorrafia:**

Es una de las complicaciones más habituales que se presentan, el término dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica (46), en este caso sería la apertura de la reparación de la episiotomía, es decir la episiorrafia.

- **Hemorragia postparto (HPP - O72):**

Es la pérdida de sangre >500 ml en un parto vía vaginal y >1000 ml en partos por cesárea. Al no ser posible la medición exacta del volumen de sangre perdido, se define mejor como aquella hemorragia que produce compromiso hemodinámico de la paciente. Puede ser: a) **Primaria:** ocurre dentro de las 24 horas postparto, el 70% son a causa de atonía uterina, b) **Secundaria:** ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto, aquellas que ocurren luego de las 6 semanas se relacionan con restos placentarios y/o infecciones. Para recordar las causas de HPP se usa la nemotecnia de las "4T": **Tono (70%):** Incluye atonía o inercia uterina, **Trauma (19%):** Incluye trauma uterino (rotura o inversión uterina) y laceraciones de cuello y/o vagina, **Tejidos (10%):** Incluye retención de restos placentarios y placentación anormal, **Trombina (1%):** Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas. (47)

| ANTEPARTO       | INTRAPARTO         | POSTPARTO                   |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|
| Idiopática      | DPPNI              | Inercia uterina             |
| DPPNI           | Placenta previa    | Restos placentarios         |
| Placenta previa | Rotura uterina     | Placentación anormal        |
| RPO             | Rotura vasa previa | Rotura uterina              |
|                 |                    | Inversión uterina           |
|                 |                    | Lesiones de cuello y vagina |
|                 |                    | Coagulopatías               |

**Figura 6.** Principales causas de HPP. (47)

El **Código Internacional de Enfermedades (CIE-10)**, elaborado por la Organización Mundial de la Salud es una clasificación que permite el registro sistemático, análisis, interpretación, y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. De acuerdo a este sistema, la **hemorragia post parta** está considerada con el código de diagnóstico **(O72)**, e incluye hemorragia después de la expulsión del feto o del niño, además se subdivide o considera los siguientes diagnósticos: (48)

**O72.0 Hemorragia del tercer período del parto:**

- Hemorragia asociada con retención o adherencia de la placenta.
- Retención de la placenta SAI.
- Use código adicional si desea identificar cualquier placenta anormalmente adherida (O43.2).

### **072.1 Otras hemorragias postparto inmediatas:**

- Hemorragia consecutiva a la expulsión de la placenta.
- Hemorragia postparto (atónica) SAI.

### **072.2 Hemorragia postparto secundaria o tardía:**

- Hemorragia asociada con retención de fragmentos de la placenta o de las membranas.
- Retención de productos de la concepción SAI, consecutiva al parto.

### **072.3 Defecto de la coagulación postparto:**

- Afibrinogenemia
- Fibrinólisis

- **Infección de sitio operatorio o quirúrgico (ISO o ISQ):**

Es aquella infección que ocurre en la incisión quirúrgica o cerca de ella. La ISO incluye las categorías de: incisional superficial (IIS, afecta piel y tejido subcutáneo); incisional profunda (IIP, afecta tejidos blandos profundos) y de órgano-espacio u órgano-cavitaria (IOE, afecta cualquier estructura anatómica distinta de la incisión manipulada durante la intervención). (49)

### **2.2.12 Paquete de Atención Integral de la Gestante:**

Por otro lado, es importante considerar también que las referencias obstétricas no siempre se realizan sólo por complicaciones, sino que también se realizan por apoyo diagnóstico para descartar alguna complicación o también con el fin de completar el paquete básico de atención integral de la gestante, generalmente se refiere para solicitar la batería de gestante y/o las ecografías obstétricas correspondientes. A continuación, mencionaremos brevemente en qué consiste dicha atención:

#### **2.2.12.1 Atención Prenatal Reenfocada:**

En el Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa del 2019, Tomás et al. (50) lo definen como:

“Aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Lo realiza el Médico Gineco-Obstetra, Médico Cirujano con competencias y Obstetra, [...] a partir de los establecimientos de salud nivel I. Debe iniciarse en el primer trimestre de gestación (idealmente antes de las

14ss) y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato; se considera mínimo 6 atenciones durante el embarazo.” (p39). Una gestante reenfocada será aquella que cumple con el paquete básico, que incluye: (50)

- Historia clínica Materno Perinatal, detección de factores de riesgo.
- Evaluación física, incluye: examen de mamas.
- Papanicolaou y/o IVAA.
- Educación para el auto examen de mamas.
- Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso).
- Detección e intervención oportuna de signos de alarma.
- Examen Gineco-obstétrico.
- Plan de parto.
- Examen odontológico.
- Psicoprofilaxis /estimulación prenatal (cada programa tendrá sus 06 sesiones por separado).
- Tamizaje de Violencia.
- Exámenes completos de laboratorio (Batería de Análisis de Gestante).
- Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre.
- Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.
- Visitas Domiciliarias.
- Inmunización antitetánica.
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas.
- Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc vía IM. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará al 60% del total de gestantes.
- Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas.
- Suplemento de hierro (60 mg) y ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas.
- Suplemento de calcio. 2 gr V.O diarios, desde las 20 semanas hasta el parto.
- Tamizaje de:
  - Bacteriuria asintomática (tira reactiva).
  - Sífilis (prueba rápida).
  - VIH (prueba rápida).

- Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico)
- Anemia (Hemoglobina con "Hemocue")
- Diabetes gestacional (Hemoglucolest)

A continuación, hablaremos brevemente del perfil obstétrico de atención prenatal que son las baterías de análisis de gestante y de las ecografías, ya que estos son uno de los principales motivos de referencia en consultorio de obstetricia.

#### **2.2.12.2 Batería de Análisis de Gestante:**

Son exámenes de laboratorio de ayuda al diagnóstico dirigidos a la gestante. Incluye los exámenes de: Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas para sífilis (Prueba rápida y/o RPR) y para VIH (prueba rápida y/o ELISA), urocultivo (en caso laboratorio cuente con servicio de microbiología) o examen completo de orina. Se consideran 02 baterías de Análisis durante el embarazo (**La 1º se solicita en la 1º atención prenatal y la 2º después de 3 meses**), excepto el grupo sanguíneo y factor RH. (50)

#### **2.2.12.3 Ecografía Obstétrica:**

Es un examen de ayuda al diagnóstico que se realiza a la gestante antes de las 20 semanas; lo realiza el Médico Gineco-Obstetra o Médico Cirujano capacitado en establecimientos que cuenten con ecógrafo. Se considera 3 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno: **1º Examen:** antes de las 13 semanas para confirmar edad gestacional, en el caso de gestantes >35 años y/o con antecedentes de malformaciones congénitas se realiza entre las 11 y 14 semanas para evaluación del pliegue nucal fetal, **2º Examen:** a partir de las 20 semanas para ver morfología y **3º Examen:** luego de las 32 semanas para establecer el peso, placenta, ILA, PBF. (50)

#### **2.3 Hipótesis:**

Según Sampieri las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, y en el caso de las investigaciones descriptivas solo formulan hipótesis aquellas que intentan pronosticar una cifra o un suceso. (51) Por lo tanto, en este caso no se planteará hipótesis, ya que este estudio no pretende pronosticar ningún hecho, si no describir características de una población determinada.

#### **2.4 Variable:**

Características de las referencias obstétricas.

## 2.5 Conceptualización y operacionalización de variable:

| VARIABLE                                       | DEFINICIÓN CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | DIMENSIONES                       | INDICADORES                   | ITEM | ESCALA       | INSTRUMENTO                   |
|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------------|------|--------------|-------------------------------|
| Características de las referencias obstétricas | Referente a las cualidades o atributos que presentan las referencias que evalúan y diagnostican complicaciones asociadas al embarazo, parto y/o puerperio. | Variable evaluada a través de una ficha de recolección de datos conformada por 4 secciones, que recoge información sobre las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes, destino y diagnóstico de las referencias. | Características Sociodemográficas | Edad                          | 1.1  | De intervalo | Ficha de recolección de datos |
|  |  |  |                                   | Grado Instrucción             | 1.2  | Ordinal      |                               |
|  |  |  |                                   | Estado Civil                  | 1.3  | Nominal      |                               |
|  |  |  |                                   | Procedencia                   | 1.4  | Nominal      |                               |
|  |  |  |                                   | Ocupación                     | 1.5  | Nominal      |                               |
|  |  |  |                                   | Afiliada al SIS               | 1.6  | Nominal      |                               |
|  |  |  | Características Obstétricas       | Condición                     | 2.1  | Nominal      |                               |
|  |  |  |                                   | N° Gestación                  | 2.2  | De razón     |                               |
|  |  |  |                                   | N° Paridad                    | 2.3  | De razón     |                               |
|  |  |  | Destino de la referencia          | N° Abortos                    | 2.4  | De razón     |                               |
|  |  |  |                                   | Servicio de referencia        | 3.1  | Nominal      |                               |
|  |  |  | Motivo de referencia              | Establecimiento de referencia | 3.2  | Nominal      |                               |
| Diagnóstico                                    | 4  | Nominal  |                                   |                               |      |              |                               |

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### **3.1 Diseño y tipo de estudio:**

##### **3.1.1 Diseño:**

Descriptivo observacional transversal ya que tuvo como fin especificar y/o describir las características de un fenómeno dentro de un grupo o población de estudio en un solo momento, sin pretender establecer relaciones causales con otros factores. (52)

##### **3.1.2 Tipo de estudio:**

Cuantitativo, ya que a partir de una idea se derivaron objetivos y preguntas de investigación, de las cuales se determinaron variables, las cuales se midieron en un determinado contexto. Además, se analizaron las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y a partir de ello se obtuvieron una serie de conclusiones. (51) Se analizaron 2 poblaciones de establecimientos diferentes, del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción, para luego describir las características obtenidas de cada población según los datos recogidos.

#### **3.2 Área de estudio:**

El presente trabajo se desarrolló en el Puesto de Salud Micaela Bastidas (P.S.M.B) que se encuentra en la ciudad de Cajamarca y en el Centro de Salud la Asunción, que se encuentra en el distrito de la Asunción. El Puesto de Salud Micaela Bastidas se encuentra ubicado en el Psje. Libertad N°224, pertenece a una Microred, que en este caso es el Centro de Salud Magna Vallejo. El Puesto de Salud Micaela Bastidas atiende a una población aproximada de 12081 según los datos obtenidos del último censo realizado en dicho establecimiento en el año 2020, su población está dividida en 8 comunidades (Cruz Blanca, Cuchupampa, Huagalpampa, Calispuquio, Zona 1: Calispuquio y Santa Elena, Zona 2: Bella Vista y Vista Bella, Zona 3A: San Sebastián, Zona 4: Urb. Cajamarca y Urb. Ramón Castilla), el Puesto de Salud Micaela Bastidas es un establecimiento sin internamiento y está clasificado dentro del primer nivel de atención como I-2, ya que cuenta con médico, obstetra, enfermera, técnicos y auxiliares de enfermería; dentro de las principales actividades que realiza según su nivel de complejidad se encuentra: la promoción de la salud, prevención de riesgos y

daños, y la recuperación y rehabilitación en salud buscando fomentar la participación ciudadana. Por otro lado, el Centro de Salud Asunción es un establecimiento también sin internamiento, que se encuentra dentro del primer nivel de atención como I-2, comprende una población de 7896, dividida en 30 comunidades según el último censo realizado también del 2020, este establecimiento pertenece a una Microred que en este caso es el Centro de Salud de Magdalena. Ya que ambos establecimientos son de categoría I-2, en ambos se puede realizar atención de urgencias, atención del parto inminente, atención básica del recién nacido, referencias y contrarreferencias, esterilización de material y/o equipos médicos y quirúrgicos, atención con medicamentos, actividades intramurales y extramurales, y registro de información.

### **3.3 Población:**

Lo población estuvo conformada por las referencias de pacientes obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud la Asunción de la ciudad de Cajamarca, durante los meses de enero a mayo del 2020. De acuerdo con la información brindada por ambos establecimientos de salud, se contabilizó un total de 220 pacientes referidas por causas obstétricas, 61 pacientes fueron referidas desde el Centro de Salud la Asunción y 159 fueron referidas desde el Puesto de Salud Micaela Bastidas, de estas últimas se consideraron solamente 101 y del Centro de Salud Asunción se consideraron solamente 39 de acuerdo a la muestra obtenida y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Dichos establecimientos fueron seleccionados teniendo en cuenta una lista donde se encontraban los establecimientos de salud considerados dentro de la ciudad de Cajamarca, la cual fue adquirida de la base de datos del 2020 de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca (Diresa), y se muestra a continuación:



**Cuadro 1:** Relación de Establecimientos de Salud de la Provincia de Cajamarca.

| <b>Número</b> | <b>Puesto de Salud</b>  |
|---------------|-------------------------|
| 1             | Otuzco                  |
| 2             | Atahualpa               |
| 3             | Samanacruz              |
| 4             | Agocucho                |
| 5             | Sapuc                   |
| 6             | La Tulpuna              |
| 7             | Luichupucro bajo        |
| 8             | Pariamarca              |
| 9             | <b>Micaela bastidas</b> |
| 10            | Santa barbara           |
| 11            | Aylambo                 |
| 12            | Llacanora               |
| 13            | Magna vallejo           |
| 14            | Pata pata               |
| 15            | <b>Asunción</b>         |
| 16            | Chontapaccha            |
| 17            | Lucmacucho              |
| 18            | Huacataz                |
| 19            | Huayllagual             |

**Fuente:** Base de datos Dirección Regional de Salud Cajamarca (Diresa) – 2020

Teniendo la lista se realizó un sorteo al azar de dos conglomerados, para luego a partir de ellos poder obtener la muestra del estudio. Esta población obtenida fue de fácil acceso, de igual manera la disponibilidad de las referencias que forman parte de la muestra. Es importante llevar a cabo este estudio en dichos establecimientos ya que en ninguno de los dos se han realizado investigaciones relacionadas a este tema, por lo cual servirá de apoyo para que las autoridades de salud encargadas de evaluar las categorías y niveles de los establecimientos de salud puedan tomar estos resultados como base y así poder considerar dotar de mayor capacidad resolutive a los establecimientos que se estudian, ya que actualmente su población ha crecido, por lo tanto también la demanda de servicios de salud y se debería prever para un futuro que las entidades prestadoras de salud consideradas en la presente investigación podrán requerir de un mayor nivel de atención.

### **3.4 Muestra y muestreo:**

El tipo de muestreo que se aplicó en la presente investigación fue bietápico, ya que primero se sortearon al azar dos conglomerados (establecimientos de salud) y luego de ello se tomó una muestra de cada establecimiento de manera aleatoria simple, es decir que todas las referencias obstétricas de las pacientes derivadas tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas para formar parte de la muestra, ya que los individuos que forman parte de la población son homogéneos con respecto a las características a estudiar.

Para estimar la muestra requerida para la presente investigación, se aplicó la fórmula denominada fórmula para muestra finita, ya que el número de valores que componen la población es contable y tiene un fin. Dicha fórmula cuenta con los siguientes datos: el total de la población que se considera con un nivel de confianza del 95% ( $Z=1.96$ ), una proporción del 51% ( $p=0.51$ ), por consiguiente, un complemento de proporción del 49% ( $q=0.49$ ) y un error máximo tolerable del 5% ( $E=0.05$ ). A continuación, se muestra la fórmula y su aplicación.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

**Dónde:**

**Z** = nivel de confianza (95%)

**p** = proporción de éxito (51%)

**q** = complemento de p (49%)

**N** = población

**E** = margen de error (5%)

**n** = muestra

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.51 \times 0.49 \times 172}{0.05^2 \times (172 - 1) + 1.96^2 \times 0.51 \times 0.49}$$

$$\mathbf{n = 140}$$

Luego de aplicar la fórmula anteriormente mencionada, se obtuvo una muestra conformada por 140 referencias obstétricas, de las cuales se consideraron 39 referencias del Centro de Salud Asunción proporcional a 28%, y para completar la muestra las 101 referencias restantes fueron consideradas del Puesto de Salud Micaela Bastidas proporcional a 72%.

### **3.5 Unidad de análisis:**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada historia clínica de las referencias obstétricas realizadas en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción durante periodo de enero a mayo del 2020.

### **3.6 Criterios de inclusión y exclusión:**

#### **3.6.1 Criterios de inclusión:**

- Referencias obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud Asunción durante los meses de enero a mayo del 2020 que contaron con todos los datos solicitados en la ficha de recolección de datos.
- De las pacientes que fueron referidas en más de una oportunidad por batería de gestante y ecografía obstétrica se consideró solo una de estas a criterio del investigador.
- De las pacientes que fueron referidas en más de una oportunidad por diferentes complicaciones se consideró solo una de las referencias de acuerdo a criterio del investigador.

#### **3.6.2 Criterios de exclusión:**

- Referencias no obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud Asunción durante los meses de enero a mayo del 2020.
- Referencias obstétricas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud Asunción durante los meses de enero a mayo del 2020 que no contaron con todos los datos solicitados en la ficha de recolección de datos.

### **3.7 Consideraciones éticas:**

Con el fin de garantizar la calidad y objetividad de la investigación, el presente trabajo cumple con los principios éticos que se mencionan a continuación:

**Beneficencia:** Los datos que se obtuvieron por medio de las historias clínicas, han sido utilizados únicamente para fines de la presente investigación, sin poner en riesgo a nadie.

**Privacidad:** Desde el inicio de la investigación hasta culminar la misma, se respetó el anonimato de las pacientes que fueron referidas.

**Confidencialidad:** La información personal que se recolectó de cada paciente referida a través de las historias clínicas, fue solo para fin de la investigación y ha sido protegida y no revelada.

### **3.8 Técnicas de recolección de datos:**

En primer lugar se solicitó a la jefa del Puesto de Salud Micaela Bastidas y al jefe del Centro de Salud Asunción la autorización para poder aplicar la presente investigación en dichos establecimientos y obtener acceso a la información requerida (Anexo 2 y 3);

una vez obtenido el permiso se procedió a pedir el apoyo del personal de salud que labora en dichos establecimientos para que fotografíen los libros de referencia de ambos establecimientos desde el mes de enero hasta mayo del año 2020, posteriormente esas fotos fueron enviadas virtualmente a la investigadora para poder recoger algunos de los datos que se encontraban en el libro de referencias, estos datos fueron registrados en el instrumento aplicado, que en este caso fue una ficha de recolección de datos diseñada por la investigadora.

Posteriormente se pidió a los jefes de los establecimientos que se brinde la base de datos del SIVIGYP (Sistema de vigilancia de gestantes y puérperas) a través de correo electrónico, para poder tener acceso a este y extraer algunos otros datos solicitados en la ficha de recolección de datos.

Finalmente, se acudió a cada establecimiento para poder acceder a las historias clínicas y poder verificar y recolectar los datos restantes que no se encontraron en los libros de referencia, ni tampoco en el SIVIGYP. Esto se realizó teniendo en cuenta el número de historia clínica de las pacientes y con el apoyo del personal encargado de admisión. Este proceso tomó dos semanas, una vez recogidos todos los datos necesarios en las fichas de recolección de datos, estos se pasaron a una hoja de cálculo en el programa de Microsoft Office Excel, para su posterior procesamiento y análisis, que será de utilidad para la realización del informe final de la investigación.

### **3.9 Descripción del instrumento:**

El instrumento que se utilizó para el recojo de información fue una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora según consta en el Anexo 1, la misma que se estructuró enfocada a identificar las características de las pacientes y de las referencias obstétricas realizadas. Esta ficha de recolección de datos estuvo conformada por **4 secciones**:

- La **primera** de ellas estuvo enfocada a determinar las características sociodemográficas de las pacientes referidas, tales como edad, grado de instrucción, estado civil, zona de procedencia, ocupación y afiliación al SIS.
- La **segunda** sección pretendió identificar las características obstétricas de las pacientes referidas, como: condición (gestante o puérpera), número de gestación, número de paridad y número de abortos.
- La **tercera** sección estuvo enfocada en determinar el destino de las referencias realizadas, considerando el servicio de atención al que se refiere y el establecimiento de salud de destino.
- Por último, la **cuarta** sección tuvo la finalidad de identificar los principales diagnósticos de referencia.

Cada ítem tuvo alternativas para marcar relacionadas a lo que se pretendía determinar en cada sección, a excepción de la edad que fue anotada como número entero.

### **3.10 Procesamiento y análisis de datos:**

Para el procesamiento de los datos, una vez que la información fue recolectada por las fichas de recolección de datos, se procedió al registro digital de los datos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2016, con el fin de generar una base de datos, para posteriormente realizar el análisis estadístico de dicha información por medio del Software IBM SPSS Statistics versión 25. Dicho proceso terminó con la tabulación de los datos, obteniendo tablas simples y de contingencia, con frecuencias absolutas y porcentuales, las mismas que sirvieron para el respectivo análisis de los resultados que a continuación se presenta. De acuerdo con la información obtenida se procedió a realizar una descripción de los resultados obtenidos.

Para el análisis de los datos acorde con la información conseguida se continuo con la descripción de los resultados obtenidos, que hacen alusión a las características sociodemográficas, obstétricas, servicio y diagnóstico de referencia; al mismo tiempo se contrastaron los resultados con los antecedentes y teorías consideradas en el trabajo, de esta manera se emitió la discusión y también las conclusiones en relación a los objetivos planteados.

### **3.11 Control de calidad de datos:**

El control de calidad de los datos, es decir la revisión de las fichas de recolección de datos para verificar si fueron llenadas correctamente y con todos los datos que se requerían, se realizó en el mismo momento en que se llevó a cabo la recolección de los datos.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes obstétricas referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.**

| Características Sociodemográficas | Establecimiento de salud             |     |                           |    |                         |     |      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----|---------------------------|----|-------------------------|-----|------|
|                                   | Micaela Bastidas<br>n1 = 101 , 72%   |     | Asunción<br>n2 = 39 , 28% |    | TOTAL<br>n = 140 , 100% |     |      |
|                                   | n°                                   | %   | n°                        | %  | n°                      | %   |      |
| <b>Edad</b>                       | 20 o menos                           | 22  | 22%                       | 3  | 8%                      | 25  | 18%  |
|                                   | 21 – 25                              | 24  | 24%                       | 9  | 23%                     | 33  | 24%  |
|                                   | 26 – 30                              | 26  | 25%                       | 9  | 23%                     | 35  | 25%  |
|                                   | 31 – 35                              | 17  | 17%                       | 8  | 20%                     | 25  | 18%  |
|                                   | 36 – 40                              | 9   | 9%                        | 7  | 18%                     | 16  | 11%  |
|                                   | 41 o más                             | 3   | 3%                        | 3  | 8%                      | 6   | 4%   |
| <b>Grado de instrucción</b>       | Analfabeta                           | 0   | 0%                        | 4  | 10%                     | 4   | 3%   |
|                                   | Primaria completa                    | 10  | 10%                       | 9  | 23%                     | 19  | 13%  |
|                                   | Primaria incompleta                  | 10  | 10%                       | 10 | 26%                     | 20  | 14%  |
|                                   | Secundaria completa                  | 29  | 28%                       | 7  | 18%                     | 36  | 26%  |
|                                   | Secundaria incompleta                | 15  | 15%                       | 2  | 5%                      | 17  | 12%  |
|                                   | Superior no universitaria completa   | 8   | 8%                        | 3  | 8%                      | 11  | 8%   |
|                                   | Superior no universitaria incompleta | 8   | 8%                        | 0  | 0%                      | 8   | 6%   |
|                                   | Superior universitaria completa      | 9   | 9%                        | 2  | 5%                      | 11  | 8%   |
|                                   | Superior universitaria incompleta    | 12  | 12%                       | 2  | 5%                      | 14  | 10%  |
| <b>Estado civil</b>               | Casada                               | 12  | 12%                       | 7  | 18%                     | 19  | 14%  |
|                                   | Conviviente                          | 77  | 76%                       | 27 | 69%                     | 104 | 74%  |
|                                   | Soltera                              | 12  | 12%                       | 5  | 13%                     | 17  | 12%  |
| <b>Zona de Procedencia</b>        | Rural                                | 0   | 0%                        | 39 | 100%                    | 39  | 28%  |
|                                   | Urbana                               | 44  | 44%                       | 0  | 0%                      | 44  | 31%  |
|                                   | Urbano-marginal                      | 57  | 56%                       | 0  | 0%                      | 57  | 41%  |
| <b>Ocupación</b>                  | Administradora                       | 1   | 1%                        | 0  | 0%                      | 1   | 1%   |
|                                   | Ama de casa                          | 66  | 65%                       | 32 | 81%                     | 98  | 70%  |
|                                   | Ambulante                            | 9   | 9%                        | 0  | 0%                      | 9   | 6%   |
|                                   | Cajera                               | 1   | 1%                        | 0  | 0%                      | 1   | 1%   |
|                                   | Costurera                            | 1   | 1%                        | 0  | 0%                      | 1   | 1%   |
|                                   | Empleada del hogar                   | 1   | 1%                        | 0  | 0%                      | 1   | 1%   |
|                                   | Estudiante                           | 15  | 15%                       | 1  | 3%                      | 16  | 11%  |
|                                   | Personal de limpieza                 | 0   | 0%                        | 1  | 3%                      | 1   | 1%   |
|                                   | Profesora                            | 3   | 3%                        | 3  | 8%                      | 6   | 4%   |
|                                   | Técnico de farmacia                  | 3   | 3%                        | 2  | 5%                      | 5   | 3%   |
| Veterinaria                       | 1                                    | 1%  | 0                         | 0% | 1                       | 1%  |      |
| <b>Afiliada al SIS</b>            | Si                                   | 99  | 98%                       | 39 | 100%                    | 138 | 99%  |
|                                   | No                                   | 2   | 2%                        | 0  | 0%                      | 2   | 1%   |
| <b>Total</b>                      |                                      | 101 | 100%                      | 39 | 100%                    | 140 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se detallan los resultados de las características sociodemográficas de la muestra en estudio, en primer lugar, tenemos la edad, para el puesto de salud Micaela Bastidas se tiene un porcentaje de 22% en el grupo etario de 20 o menos años de edad, en comparación al centro de salud Asunción que tiene un 8%, también existe diferencia notoria en el grupo de edad 36 a 40 años en el puesto de salud Micaela Bastidas con un 9%, mientras que el centro de salud Asunción presenta un 18%, los demás grupos de edad presentan porcentajes similares en ambos centros de salud. De manera general se encontró que el grupo etario que predomina se agrupa dentro los 21 a 30 años, con un porcentaje de 49%; luego con 18% se encuentran las pacientes menores de 20 años y también con un 18% el grupo etario de 31 a 35 años.

Estos datos difieren con los resultados de la investigación realizada por Bayona (2018), donde el grupo etario que predominó fueron las pacientes entre 19 a 34 años con un 57% (12), estos datos también son similares a los resultados obtenidos en la investigación de Martínez (2019), quien expone que la edad preeminente de las pacientes referidas se encuentra entre 20 y 34 años de edad mostrándose con un porcentaje de 70,65% (14). Por otro lado, mientras que Espinoza (2019) en su investigación muestra que existe una relación significativa entre la edad y las referencias, considerando según sus resultados que la población en su mayoría son menores de 20 años, la cual se puede considerar como un criterio de referencia ya que en algunos casos representa un factor de riesgo para complicaciones (2,13), sin embargo esto no coincide con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que como se menciona anteriormente este grupo de población solo se muestra con un 18%, al igual que las pacientes que van de 31 a 35 años.

En cuanto al grado de instrucción, el puesto de salud Micaela Bastidas presenta un mayor porcentaje para secundaria completa con un 28%, le sigue secundaria incompleta con 15%, y en tercer lugar superior universitaria incompleta con un 12%, el resto cuenta con menores porcentajes. En el caso del centro de salud Asunción, se encuentra un mayor porcentaje para primaria completa e incompleta con un 23% y 26% respectivamente, siendo un total de 49%, en tercer lugar, tenemos a secundaria completa con un 18%. Para ambos establecimientos de salud de manera más global el grado de instrucción que predomina con un 38% es la secundaria (considerando completa 26% e incompleta 12%), a continuación, tenemos con un 27% la primaria (incluyendo completa 13% e incompleta 14%) y en tercer lugar con 10% superior universitaria incompleta.

Según se observó en la tabla 1, los grados de instrucción que predominan son la secundaria con 38% y la primaria con 27%, estos datos muestran similitud con los resultados obtenidos en la investigación de Camarena (2019), aquí se muestra que el nivel de instrucción secundaria ocupa un 58,1%, en el caso de Martínez (2019) se tiene que el grado de instrucción básica en secundaria con 50,54%, y para Bayona (2018) el grado de instrucción de población de estudio fue secundaria con 50%. (11,12,14)

Para el caso del estado civil, se encontró que en los dos establecimientos se muestra predominante el grupo de convivientes con un 74%, un 14% para el grupo de casadas y el 12% restante para las pacientes solteras. Para el puesto de salud Micaela Bastidas se presenta en mayor porcentaje el grupo de convivientes con 76% y solo el 69% para el centro de salud Asunción, por otro lado, en el centro de salud Asunción se presenta mayor porcentaje de casadas con un 18% en comparación al puesto de salud Micaela Bastidas donde se encuentra un 12%. Estos resultados coinciden con las investigaciones de Martínez (2019) y Bayona (2018), para ambos autores el grupo dominante en relación al estado civil son convivientes con 77,72% y 60% respectivamente. (12,14)

Por otro lado, la zona de procedencia que predomina en el centro de salud Asunción es la zona rural con un 100%, en cambio para el puesto de salud Micaela Bastidas el 44% son de zona urbana y 56% de zona urbano marginal. En general podemos decir que el 41% de pacientes proceden de zonas urbano marginales, 31% de zonas urbanas, y en mejor porcentaje de zonas rurales con un 28%.

Estos resultados mencionados discrepan con las investigaciones de los Bayona (2018) y Martínez (2019), ya que según la información obtenida por ellos el 100% y 58,15% respectivamente, viven o proceden de zona rural (12,14), mientras que en la presente investigación el grupo de mayor porcentaje es el que procede de zonas urbanas. Sin embargo, si consideramos solamente al Centro de salud Asunción los resultados de dichos autores si concordarían con los datos obtenidos para dicho establecimiento, ya que la población que predomina ahí es procedente de zona rural.

Por otra parte, tenemos la ocupación, y considerando en conjunto a ambos establecimientos tenemos que un 70% son amas de casa y un 11% son estudiantes. De manera apartada tenemos que el puesto de salud Micaela Bastidas tiene un menor porcentaje de amas de casa con 65%, en comparación del centro de salud Asunción donde el porcentaje es 81%. Así mismo hay variación en el grupo de estudiantes, para



el puesto de salud Micaela Bastidas existe un 15%, mientras que para el centro de salud Asunción solo un 3%.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos ver que los resultados obtenidos guardan semejanza con los resultados de la investigación de Camarena (2019), ya que para ambos estudios la ocupación que ocupa un mayor porcentaje son las amas de casa para dicho autor representa un 83,9% (15), y para la autora de la presente investigación representa 70%.

Finalmente, para determinar cuántas pacientes son afiliadas al SIS, se obtuvo en general que el 99% sí se encuentran afiliadas al SIS. En el caso del puesto de salud Micaela Bastidas el 98% de pacientes son las que están afiliadas al SIS, mientras que en el centro de salud Asunción es el 100%. En este caso se puede observar que los datos obtenidos muestran similitud con los resultados del estudio de los autores Bayona (2018), ya que se aprecia también que en dicha investigación el porcentaje de pacientes que cuenta con Seguro Integral de Salud (SIS) es representativo y se manifiesta con el 100% de la población.(12)

## 4.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

**Tabla 2. Características obstétricas de las pacientes referidas del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.**

| Características obstétricas |                 | Establecimiento de salud          |             |                          |             | TOTAL        |             |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------|-------------|
|                             |                 | Micaela Bastidas<br>n1= 101 , 72% |             | Asunción<br>n2= 39 , 28% |             | n=140 , 100% |             |
|                             |                 | n°                                | %           | n°                       | %           | n°           | %           |
| <b>Condición</b>            | Gestante        | 98                                | 97%         | 36                       | 92%         | 134          | 96%         |
|                             | Puérpera        | 3                                 | 3%          | 3                        | 8%          | 6            | 4%          |
| <b>Gravidez</b>             | Primigesta      | 33                                | 32%         | 5                        | 13%         | 38           | 27%         |
|                             | Multigesta      | 66                                | 66%         | 30                       | 77%         | 96           | 69%         |
|                             | Gran multigesta | 2                                 | 2%          | 4                        | 10%         | 6            | 4%          |
| <b>Paridad</b>              | Nulípara        | 36                                | 36%         | 5                        | 12%         | 41           | 29%         |
|                             | Primípara       | 43                                | 42%         | 14                       | 36%         | 57           | 41%         |
|                             | Múltipara       | 22                                | 22%         | 17                       | 44%         | 39           | 28%         |
|                             | Gran múltipara  | 0                                 | 0%          | 3                        | 8%          | 3            | 2%          |
| <b>Número de Abortos</b>    | 0               | 83                                | 82%         | 34                       | 87%         | 117          | 84%         |
|                             | 1               | 13                                | 13%         | 4                        | 10%         | 17           | 12%         |
|                             | 2               | 5                                 | 5%          | 1                        | 3%          | 6            | 4%          |
| <b>TOTAL</b>                |                 | <b>101</b>                        | <b>100%</b> | <b>39</b>                | <b>100%</b> | <b>140</b>   | <b>100%</b> |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 2 se muestran las características obstétricas de estudio, y encontramos que la mayoría de pacientes referidas son gestantes con un 96%, el 4% restante son pacientes puérperas. Por separado en el caso del puesto de salud Micaela Bastidas el 97% son gestantes y para el centro de salud Asunción son un total de 92%.

En lo que concierne a la gravidez, se encontró que en el puesto de salud de Micaela Bastidas y el centro de salud Asunción predominan las primigestas y multigestas con un 98% y 90% respectivamente, y de manera general se tiene que el mayor porcentaje de la población pertenecen al grupo de multigestas con un 69%, y en segundo lugar con un 27% se encuentra el grupo de primigestas.

Los resultados mencionados discrepan con la información mostrada en el estudio de Martínez (2019), dónde reporta que el perfil obstétrico de la mayoría es entre 1 a 2 embarazos y se representa con el 47,3% y 30,98% respectivamente (14), de la misma manera sucede con Tena (2014) y Bayona (2018), ya que ambos casos se encontraron que la población mayoritaria son pacientes que cursan por la segunda gestación. (8,12)

Para la paridad se tiene que el grupo que predomina es de las pacientes primíparas con un 41%, seguido de las nulíparas con un 29%. Para el caso del puesto de salud Micaela Bastidas las pacientes nulíparas representan un 36% de la población frente al centro de salud la Asunción que presenta un 12%, y para el caso de las primíparas, en el puesto de salud Micaela Bastidas se observa que este conforma un 42% de la población, a diferencia del centro de salud Asunción que presenta un 36%, las multíparas en el puesto de salud Micaela Bastidas con un 22% es menor frente al centro de salud Asunción con 44%.

El número de paridad es un aspecto que se consideró importante tener en cuenta ya que como se conoce existe cierta relación en la paridad y el desarrollo de complicaciones durante el embarazo o puerperio, como es el caso de la investigación de Aliaga (2018), que según sus resultados indica que la población mayoritaria son las multíparas con un 56,25% quienes además presentan mayor riesgo de desencadenar un parto pretérmino (53), de igual manera se presenta en el estudio de San Mamés et al (2020), dónde el grupo de pacientes multíparas representa un 52,8% del total (54); estos datos no concuerdan con el resultado obtenido en la presente investigación ya que como se mencionó anteriormente la población con mayor porcentaje fueron las primíparas con 41%.

En cuanto al número de aborto se tiene que el 84% de pacientes no tienen antecedentes de abortos, el 16% tienen 1 o 2 abortos como antecedentes (12% y 4% respectivamente). Para cada establecimiento de salud se presentan porcentajes similares. Estos datos se ajustan con la investigación de Flores (2016), ya que en este estudio se aprecia una distribución del 74,07% de pacientes que no tuvieron ningún antecedente de aborto, siendo este el grupo predominante, y en segundo lugar el 25,93% presentaron antecedentes de 1 o más abortos. (55) Este dato es importante considerarlo también ya que es conocido que es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones.

### 4.3 LUGAR DE DESTINO DE LAS REFERENCIAS OBSTÉTRICAS (SERVICIO DE REFERENCIA Y ESTABLECIMIENTO DE REFERENCIA)

**Tabla 3. Lugar de destino de las referencias obstétricas realizadas en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.**

| Servicio de referencia         | Establecimiento de salud          |             |                          |             | TOTAL<br>n=140 , 100% |             |
|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
|                                | Micaela Bastidas<br>n1= 101 , 72% |             | Asunción<br>n2= 39 , 28% |             |                       |             |
|                                | n°                                | %           | n°                       | %           |                       |             |
| <b>Apoyo Diagnóstico</b>       | <b>80</b>                         | <b>79%</b>  | <b>25</b>                | <b>64%</b>  | <b>105</b>            | <b>75%</b>  |
| Centro de Salud Magna Vallejo  | 67                                | 66%         | 0                        | 0%          | 67                    | 48%         |
| Centro de Salud Pachacútec     | 9                                 | 9%          | 0                        | 0%          | 9                     | 6%          |
| Centro de Salud Magdalena      | 0                                 | 0%          | 8                        | 20%         | 8                     | 6%          |
| Centro de Salud Choropampa     | 0                                 | 0%          | 16                       | 41%         | 16                    | 11%         |
| Hospital Simón Bolívar         | 4                                 | 4%          | 1                        | 3%          | 5                     | 4%          |
| <b>Consultorio Externo</b>     | <b>6</b>                          | <b>6%</b>   | <b>1</b>                 | <b>3%</b>   | <b>7</b>              | <b>5%</b>   |
| Hospital Regional de Cajamarca | 4                                 | 4%          | 1                        | 3%          | 5                     | 4%          |
| Hospital Simón Bolívar         | 2                                 | 2%          | 0                        | 0%          | 2                     | 1%          |
| <b>Emergencia</b>              | <b>15</b>                         | <b>15%</b>  | <b>13</b>                | <b>33%</b>  | <b>28</b>             | <b>20%</b>  |
| Centro de Salud Pachacutec     | 2                                 | 2%          | 1                        | 3%          | 3                     | 2%          |
| Hospital Regional de Cajamarca | 10                                | 10%         | 8                        | 20%         | 18                    | 13%         |
| Hospital Simón Bolívar         | 3                                 | 3%          | 4                        | 10%         | 7                     | 5%          |
| <b>Total</b>                   | <b>101</b>                        | <b>100%</b> | <b>39</b>                | <b>100%</b> | <b>140</b>            | <b>100%</b> |

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

La tabla 3 expone los principales servicios de referencia y el establecimiento al que se refiere, para el caso de apoyo diagnóstico la mayoría de referencias son enviadas hacia el centro de salud Magna Vallejo y centro de salud Choropampa con un 48% y 11% respectivamente.

Para el caso de las referencias que son enviadas al servicio de emergencia, la mayoría de éstas se dirigen hacia el Hospital Regional de Cajamarca y al Hospital Simón Bolívar, y se muestran con porcentajes de 13% y 5% respectivamente.

Por último, de las referencias enviadas hacia consultorio externo el mayor porcentaje se dirigen hacia el Hospital Regional De Cajamarca con un 4%, el 1% restante se dirigen al Hospital Simón Bolívar.

De manera general podemos decir que el porcentaje de referencias realizadas hacia el servicio de apoyo diagnóstico representa un 75% siendo así el servicio de referencia

más común, seguido de las referencias enviadas al servicio de emergencia con un 20% y en tercer lugar se encuentra el servicio de consultorio externo con un 5%. Esta información obtenida difiere con la encontrada en el estudio de Espinoza (2019), ya que sus resultados muestran que el porcentaje de gestantes referidas fueron en su mayoría hacia el servicio de emergencia con 37,9 % (13), y como vemos en la presente investigación el servicio de atención más frecuente para referencias es el de apoyo diagnóstico que considera generalmente a laboratorio y diagnóstico por imágenes que para este caso son ecografías las que suelen solicitarse.

#### 4.4 DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA OBSTÉTRICA:

**Tabla 4. Diagnósticos de referencia obstétrica más frecuentes en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y el Centro de Salud Asunción en la ciudad de Cajamarca, durante enero-mayo del 2020.**

| Diagnóstico de Referencia             | Establecimiento de salud          |               |                          |               | TOTAL<br>n=140 , 100% |               |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|-----------------------|---------------|
|                                       | Micaela Bastidas<br>n1= 101 , 72% |               | Asunción<br>n2= 39 , 28% |               |                       |               |
|                                       | n°                                | %             | n°                       | %             | n°                    | %             |
| <b>GESTANTE</b>                       | <b>98</b>                         | <b>97,00%</b> | <b>36</b>                | <b>92,3%</b>  | <b>134</b>            | <b>95,8%</b>  |
| Hemorragias del 1º trimestre          | 3                                 | 3,0%          | 3                        | 7,7%          | 6                     | 4,3%          |
| Hemorragia del 2º trimestre           | 0                                 | 0,0%          | 2                        | 5,0%          | 2                     | 1,4%          |
| Trastornos hipertensivos del embarazo | 4                                 | 4,0%          | 1                        | 2,6%          | 5                     | 3,6%          |
| Batería gestante                      | 54                                | 53,5%         | 8                        | 20,4%         | 62                    | 44,3%         |
| Ecografía obstétrica                  | 25                                | 24,5%         | 10                       | 25,6%         | 35                    | 25,0%         |
| Embarazo en vías de prolongación      | 2                                 | 2,0%          | 1                        | 2,6%          | 3                     | 2,3%          |
| Distocias de presentación             | 2                                 | 2,0%          | 3                        | 7,7%          | 5                     | 3,6%          |
| Polihidramnios                        | 1                                 | 1,0%          | 1                        | 2,6%          | 2                     | 1,4%          |
| Rotura prematura de membranas         | 3                                 | 3,0%          | 1                        | 2,6%          | 4                     | 2,9%          |
| Sufrimiento fetal agudo               | 1                                 | 1,0%          | 1                        | 2,6%          | 2                     | 1,4%          |
| Trabajo de parto prolongado           | 1                                 | 1,0%          | 3                        | 7,7%          | 4                     | 2,8%          |
| Amenaza de parto pretérmino           | 1                                 | 1,0%          | 0                        | 0,0%          | 1                     | 0,7%          |
| Cesareada anterior                    | 0                                 | 0,0%          | 1                        | 2,6%          | 1                     | 0,7%          |
| Embarazo prolongado                   | 0                                 | 0,0%          | 1                        | 2,6%          | 1                     | 0,7%          |
| Embarazo múltiple                     | 1                                 | 1,0%          | 0                        | 0,0%          | 1                     | 0,7%          |
| <b>Puérpera</b>                       | <b>3</b>                          | <b>3,0%</b>   | <b>3</b>                 | <b>7,7%</b>   | <b>6</b>              | <b>4,2%</b>   |
| Dehiscencia episiorrafia              | 1                                 | 1,0%          | 0                        | 0,0%          | 1                     | 0,7%          |
| Hemorragia postparto                  | 0                                 | 0,0%          | 2                        | 5,1%          | 2                     | 1,4%          |
| Infección de sitio operatorio         | 2                                 | 2,0%          | 0                        | 0,0%          | 2                     | 1,4%          |
| Retención placentaria                 | 0                                 | 0,0%          | 1                        | 2,6%          | 1                     | 0,7%          |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>101</b>                        | <b>100,0%</b> | <b>39</b>                | <b>100,0%</b> | <b>140</b>            | <b>100,0%</b> |

**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

En la presente tabla se observan los motivos de referencia más frecuentes, en primer lugar, se puede decir que el 95,8% de pacientes referidas fueron pacientes gestantes, el 4,2% fueron pacientes puérperas. Vemos también que la mayor cantidad de referencias son por batería de análisis (batería de gestante) y por ecografía obstétrica, interpretándolo de manera separada, en el puesto de salud Micaela Bastidas las referencias por baterías de gestante representan un 53,5% y para el centro de salud Asunción un 20,4%, en cuanto a las referencias por ecografía obstétrica, el 24,5% es el porcentaje que representa para el puesto de salud Micaela Bastidas y el 25,6% para el centro de salud Asunción.

De acuerdo a lo observado se puede decir que, para las gestantes, en general el mayor porcentaje fueron referidas para batería de gestante esto se expresa en un 44,3% y en segundo lugar, para ecografía obstétrica con un porcentaje de 25%; con porcentajes menores tenemos que las pacientes también fueron referidas por

hemorragias del 1° trimestre (4,3%), por trastornos hipertensivos del embarazo (3,6%), por distocias de presentación (3,6%) y por rotura prematura de membranas (2,9%) principalmente.

Estos resultados obtenidos difieren frente a otras investigaciones a nivel internacional como el caso de Tena (2014), dónde menciona que los diagnósticos de envío más frecuentes fueron las amenazas de aborto, cesárea previa, edad gestacional >40 semanas, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, preeclampsia y sufrimiento fetal agudo (8), también en el estudio de Josyula et al (2015), se considera como diagnósticos de derivación más comunes al estado fetal no tranquilizador con 21%, los trastornos hipertensivos del embarazo con 20% y el parto prematuro con 12,18% (9), Ghardallou et al (2019), en cambio menciona que los motivos más comunes para derivar fueron la ruptura prematura de membranas con 14,1% y el sufrimiento fetal con 13,5% (11). A nivel nacional tenemos a Camarena (2019), quien indica que las patologías referidas en mayor porcentaje son la preeclampsia leve con 41,9%, amenaza de aborto con 29%, aborto incompleto con 16,1%, amenaza de parto pretérmino 9,7% y cardiopatía fetal 3,2% (15), Montes (2018), en cambio menciona que el diagnóstico o patología que más se refirió fue solamente el Estado Hipertensivo del Embarazo en un 34% (2), por otro lado Espinoza (2019), señala que patologías obstétricas más frecuentes son la hipertensión arterial, la amenaza de aborto y el antecedente de cesárea (13), por su parte Martínez (2019), muestra que los motivos de referencia más comunes son la preeclampsia con 21,74%, la ruptura prematura de membranas con 10,33%, la desproporción céfalo pélvica con 9,78%, las complicaciones del trabajo de parto con 9,78%, los abortos con 8,70%, las hemorragias del tercer trimestre con 7,61%, el sufrimiento fetal agudo con 5,98%, la amenaza de parto pretérmino con 4,89%, y la cesareada anterior con 4,35% (14), por último tenemos a Raico (2016) a nivel local, quien según los resultados que obtuvo en su investigación considera como primera causa de referencia obstétrica a las hemorragias con 32,7% (16), como podemos ver estos diagnósticos, causas o motivos de referencia son predominantes en los estudios anteriormente citados según los resultados que obtuvieron, sin embargo en la presente investigación de acuerdo a los resultados obtenidos podemos notar que estos motivos no están considerados como una población mayoritaria ya que presentan porcentajes menores, en comparación a la batería de gestante y ecografía obstétrica, que en esta investigación son los motivos predominantes de referencia obstétrica, ya que forma parte de la atención prenatal reenfocada y representa un pilar

importante en el bienestar materno-fetal, ya que gracias a estos exámenes auxiliares es que se puede llegar a identificar y evitar complicaciones obstétricas graves que pueden desencadenar la muerte materna.

Para el caso de las puérperas, en el puesto de salud Micaela Bastidas el 2% fueron referencias por Infección de sitio operatorio, mientras que en el centro de salud Asunción el 5,1% fue por Hemorragia postparto. De manera universal se puede decir que el 2,8% fueron referidas por hemorragia postparto (1,4%) e infección del sitio operatorio (1,4%), y el 1,4% se refirieron por dehiscencia de episiorrafia (0,7%) y retención placentaria (0,7%). Estos resultados guardan cierta semejanza con la investigación de Martínez (2019), ya que también encontró y considera como una complicación común que suele presentarse durante el puerperio, a la hemorragia postparto mostrándola con un porcentaje de 8,15% (14); como se conoce el periodo del alumbramiento y el puerperio, se asocian normalmente con un cierto grado de hemorragia genital, así lo menciona la investigación de Martínez y Brizuela (2015), donde señala que las complicaciones más frecuentes son las infecciones puerperales con un porcentaje de 30% y el sangrado postparto con un 22% (56), lo mismo sucede en el estudio realizado por Montenegro (2020), quien indica que el tipo de complicación puerperal más frecuente que amerita derivación es la infección postparto con 61,19% y la hemorragia postparto con 30,60%. (57)

Por otro lado, tenemos que en cuanto a las ISO, según bibliografías se presenta en 2% a 5% de las pacientes a quienes se les realiza cesárea, en el estudio realizado por Pereira (2018), se encontró que la ISO se presentó en 7 de las 237 puérperas en estudio es decir en un porcentaje de 2,9% y en relación a la retención de tejidos, se obtuvo que el 3,38% de las puérperas desarrolló esta complicación, a nivel mundial encontramos que las estadísticas no superan el 10%.(58)



## CONCLUSIONES

Al terminar la presente investigación se puede concluir lo siguiente:

1. Las características sociodemográficas que presentó la población de estudio fueron en su mayoría pacientes que se encontraban dentro del grupo etario de 21 a 30 años, que cursaron el nivel de instrucción de secundaria, completa (26%) e incompleta (12%), que además en gran parte son convivientes, amas de casa, provenientes de zonas urbano-marginales y que casi el total se encuentra afiliado al seguro integral de salud.
2. La población que ocupa mayor porcentaje son las gestantes, en menor número se encuentran las puérperas; y en cuanto a las características obstétricas predominan las multigestas y primíparas, que no cuentan con antecedentes de aborto.
3. El lugar de destino más común de las referencias fue el servicio de apoyo diagnóstico, las cuales se dirigen en su mayoría hacia el Centro de Salud Magna Vallejo y el Centro de Salud Choropampa, en segundo lugar, está el servicio de emergencia y por último el servicio de consultorio externo, las cuales se envían en mayor parte hacia el Hospital Regional de Cajamarca con 13% y 4% respectivamente. Por lo tanto, se evidencia que el servicio de apoyo de diagnóstico de los establecimientos que cuentan con esta área se sobresatura, lo cual se podría mejorar y disminuir si los establecimientos de origen tuvieran una mayor capacidad resolutive.
4. Los diagnósticos de referencia más frecuentes fueron las baterías de análisis para gestantes y las ecografías obstétricas, sin embargo, también se encontraron otros diagnósticos, aunque en menor número como fueron las hemorragias del 1° trimestre, los trastornos hipertensivos del embarazo, las distocias de presentación y la rotura prematura de membranas; por otro lado, en el caso de las puérperas los motivos más comunes fueron las hemorragias postparto y las infecciones de sitio operatorio. Con estos resultados queda demostrado que si los establecimientos en estudio tuvieran mayor nivel de capacidad resolutive no habría la necesidad de referir pacientes que acuden para sus exámenes de laboratorio, evitando así una sobredemanda en los establecimientos de referencia.

## RECOMENDACIONES

1. Al personal que conforma las microrredes promover la vigilancia del cumplimiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos según la norma técnica del Ministerio de Salud N.º 018, para de esta manera poder identificar posibles errores que existen en el funcionamiento de este, además brindar capacitación sobre el tema al personal de salud, personal administrativo y agentes comunitarios, ya que todos deben contar con completo conocimiento de cómo funciona el SRC.
2. A los jefes responsables del Puesto de Salud Micaela Bastidas y del Centro de Salud Asunción promover y realizar el seguimiento y monitorización de las referencias realizadas, hayan sido al servicio de emergencia, consultorio externo o apoyo diagnóstico, ya que esto permitirá un mejor control de las pacientes referidas que han sido consideradas con factores de riesgo.
3. Al personal de salud que labora en los establecimientos de primer nivel mejorar el registro de la información relacionada a las referencias, para que haya un mejor orden y disposición de esta, sea en historias clínicas, carnets, hojas de referencia, libros, entre otros, para que al momento de necesitar la información pueda obtenerse de manera rápida y veraz, y no existan diagnósticos equivocados. A la vez se recomienda que el personal de salud ponga un mayor interés en el seguimiento de los pacientes que son referidos, para tener un mejor conteo y registro de las contrarreferencias de los pacientes, garantizando la calidad y continuidad de los servicios de salud para aquellos pacientes con factores de riesgo.
4. A los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, ahondar en este tema con los estudiantes, ya que a pesar de ser un tema bastante frecuente y elemental muchas veces no se le da la atención que merece, y es algo que se debe conocer bastante bien ya que es una de las principales actividades que se realizan durante el proceso de SERUMS.
5. A los futuros profesionales de salud, profundizar investigaciones en el tema considerando como base los hallazgos obtenidos en la presente investigación, puesto que existe limitada información al respecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejia CR, Cárdenas MM, Miñan A, Torres GS. Tiempo de referencia asociado a la causa de mortalidad materna en el Hospital Regional Docente Materno Infantil «El Carmen», 2009 - 2015. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. febrero de 2018 [citado 10 de marzo de 2021];83(1):6-14. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
2. Montes MS. Referencias obstétricas de emergencia en el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil del distrito de Comas durante los meses de Mayo – Julio del año 2017 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <https://n9.cl/gflmm>
3. Macinko JA, Montenegro Arriagada H, Nebot C. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) [Internet]. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2007. Disponible en: <https://n9.cl/rn6x7>
4. Sánchez CR, Quispe M. Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2014. [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2016 [citado 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/r9kqo>
5. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Peru Investig Materno Perinat [Internet]. 2019 [citado 14 de julio de 2020];5(2):7-8. Disponible en: <https://n9.cl/josb9>
6. Raico T. Derecho a la salud materna. seguimiento de las recomendaciones defensoriales a establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno [Internet]. Lima, Perú: Defensoría del pueblo; 2016 [citado 14 de julio de 2020] p. 186. Report No.: 1. Disponible en: <https://n9.cl/l6u1y>
7. Gobierno Regional de Cajamarca. Mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia en las Microredes de Pachacútec, Celendín, La Florida, José Sabogal, Cajabamba, Chota, Virgen del Carmen, Santa Cruz, Cutervo, La Ramada, Ambato Tamborapa y San Ignacio en la región Cajamarca [Internet]. Disponible en: <https://cutt.ly/FxLu4TU>
8. Tena AF. 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” durante el 2012 [Internet]. [Toluca, Estado de México]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014 [citado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14970/Tesis.419809.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Josyula S, Taylor KK, Murphy BM, Rodas D, Kamath-Rayne BD. Obstetric referrals from a rural clinic to a community hospital in Honduras. Midwifery [Internet]. 2015 [citado 15 de julio de 2020];31(11):1054-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613815001977>
10. Fernández MÁ, Roo JB, Irigoyen AE, Blanco S, Edward A, Juárez VM. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina:

Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Bras Med Fam E Comunidade [Internet]. 2016 [citado 14 de julio de 2020]; 11:37-45. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1384>

11. Ghardallou M, Limam M, Khelifi A, Khairi O, Khairi H, Mtiraoui A, et al. Obstetric referrals to a tertiary care maternity: a descriptive study. Pan Afr Med J [Internet]. 2019 [citado 15 de julio de 2020];33. Disponible en: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/33/306/full/>
12. Bayona G. Manejo de las referencias y contrarreferencias de las pacientes obstétricas atendidas en el Centro de Salud de Paucartambo- Cusco 2016. [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2018 [citado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/2562>
13. Espinoza CDP. Incidencia de las referencias asociadas a patologías obstétricas de gestantes del centro de salud de Guadalupe durante el año 2017 [Internet]. Concytec. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/kkpse>
14. Martínez JN. Perfil de las emergencias obstétricas en el Centro de Salud de Chilca – Junín – 2017. [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2357/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-MARTINEZ%20TABOADA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Camarena AM. Patologías obstétricas referidas del Centro de Salud San Agustín de Cajas, Huancayo, 2017 y 2018. [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019. Disponible en: <https://n9.cl/ykuxj>
16. Raico RE. Evaluación de referencias de pacientes con emergencias obstétricas realizadas por la Micro Red Pachacútec al Hospital Regional de Cajamarca, octubre a diciembre 2015 [Internet]. [Perú]: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2016. Disponible en: <http://civ.uap.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=50060#>
17. Manrique AT, Mazzeti P, Zorrilla EH. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2004 p. 85. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115\\_NTREFYCON.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf)
18. Pavón P, Gogeochea M. La importancia de la administración en salud. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [Internet]. 2004; 4:4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv041d.pdf>
19. López DM. Gestión Administrativa en Servicios de Salud. Universidad Cooperativa de Colombia [Internet]. 2015;20. Disponible en: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17088/2/2015\\_gesti%c3%b3n\\_administrativa\\_servicio.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17088/2/2015_gesti%c3%b3n_administrativa_servicio.pdf)
20. Ugarte OR. Norma Técnica de Salud «Categorías de Establecimientos del Sector Salud» [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2011 p. 150. Disponible en: [http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa\\_operativo\\_Salud\\_5.PDF](http://doc.contraloria.gob.pe/operativos/operativo-salud-2016/normativa_operativo_Salud_5.PDF)

21. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. 2011 [Internet]. 2011 [citado 16 de julio de 2020];1:4. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
22. Tasso OH, Minaya PL, Kostanidov A, Gil KA, De Habich MMC. Monitoreo del Desempeño de la Gestión de Establecimientos de Salud del I, II y III Nivel de Atención [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2011 p. 247. Report No.: 1. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2359.pdf>
23. De Habich MMC, Del Carmen JC, Céspedes DP, Giusti MPE, Lengua MC. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud [Internet]. 1.ª ed. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2013. 118 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3199.pdf>
24. Ascasibar YM. Factores que influyen en el Sistema de referencia y Contrarreferencia en el Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Chancay, Enero- Diciembre, 2016 [Internet]. [Lima]: Universidad Federico Villa Real; 2019. Disponible en: <https://cutt.ly/9xLsYlD>
25. Peña E, Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, Distrito Nacional, 2005. Cienc Soc [Internet]. 2010 [citado 17 de julio de 2020];35(1):87-101. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/ciso/article/view/868/pdf-Pe%C3%B1aMartinez>
26. Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 17 de julio de 2020];25(6):880-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706340>
27. Vallejos C, Fernández D, Chiotti EM. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva [Internet]. 1.ª ed. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007. 171 p. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
28. Rubio JA. Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo [Internet]. Ministerio de la Protección Social; p. 60. Disponible en: <https://cutt.ly/nxLdEF2>
29. García MJ. Aborto Incompleto, Factores de Riesgo en Adolescentes, Estudio a realizar en el Hospital Universitario. Año 2015 [Internet]. [Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2016. Disponible en: <https://n9.cl/gys9>
30. Hu Liang H, Sandoval J, Hernández AG, Vargas J. Embarazo ectópico con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet]. 2018;9(1):9. Disponible en: <https://n9.cl/u3hd>
31. Duron R, Bolaños P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Med Leg [Internet]. 2018; 35:14. Disponible en: <https://n9.cl/xodi>
32. Monge T. Sangrados vaginales de la segunda mitad del embarazo. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2017; 2:4. Disponible en: <https://n9.cl/nrmzw>
33. Muñoz M. Manual CTO de medicina y cirugía - Ginecología y Obstetricia. 9°. Madrid: CTO editorial; 2014. 90-100 p.

34. Martínez CA. Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Insertada. Rev Int Salud Materno Fetal – Yo Obstetra [Internet]. 2016; 6:3. Disponible en: <https://cutt.ly/PxLdlVq>
35. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. Medisan [Internet]. 2016 [citado 18 de julio de 2020];20(4):516-29. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
36. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Actualización en preeclampsia. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 [citado 20 de julio de 2020];5(1):13. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>
37. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 18 de julio de 2020];60(4):385-94. Disponible en: <https://n9.cl/1ouj9>
38. Carvajal J. Manual Obstetricia y Ginecología [Internet]. 9°. Chile; 2018. 638 p. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
39. Meller CH, Carducci ME, Ceriani JM, Otaño L. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018 [citado 18 de julio de 2020];116(4). Disponible en: <https://n9.cl/xetys>
40. Ibarra M, Chio I, Hernández D. Sufrimiento fetal agudo. Un reto. UVS Fajardo [Internet]. Universidad Virtual de Salud Manuel Fajardo. 2014 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/sufrimiento-fetal-agudo-un-reto>
41. Quirós G, Alfaro R, Bolívar M, Solano N. TEMA 2-2016: Amenaza de Parto Pretérmino. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2016 [citado 18 de julio de 2020];6(1). Disponible en: <https://n9.cl/t3f6>
42. Frailuna, María Alejandra, Dericco, Marcela, Repetto, Julieta. Guía de práctica clínica: Embarazo de 41 semanas 2011. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [citado 2 de marzo de 2021];31(2):75-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91224139004.pdf>
43. Guzmán J, Carrasco S, Gómez E, Herrainz C, Valera IT. Embarazo prolongado. RN postmaduro. :10. Disponible en: <https://cutt.ly/KxLaq1X>
44. Chen Wu X. Gestación múltiple. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 2 de marzo de 2021];3(5):14-9. Disponible en: <https://cutt.ly/yxLdlLP>
45. Santos C. Polihidramnios en paciente de 19 años de edad con embarazo de +/- 36 semanas de gestación [Internet]. [Babahoyo]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2018 [citado 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4424/E-UTB-FCS-OBST-000006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Episiotomía Complicada [Internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; [citado 2 de marzo de 2021] p. 7. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf>

47. Solari A, Solari C, Wash A, Guerrero M, Enríquez O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. noviembre de 2014 [citado 3 de marzo de 2021];25(6):993-1003. Disponible en: <https://cutt.ly/GxLaaaD>
48. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10.<sup>a</sup> ed. Vol. 1. Washington; 2018. 1154 p.
49. Badia, Josep, Guirao, Javier. Infecciones Quirúrgicas [Internet]. 2.<sup>a</sup> ed. Vol. 9. España: Aran; [citado 3 de marzo de 2021]. 762 p. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guia-infecciones-quirurgicas-2-edic(1).pdf)
50. Tomás EZ, Broggi ÓA, Tapia RE, García JH. Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019. 48 p. Disponible en: <https://cutt.ly/mxLanGX>
51. Hernández R, Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la investigación [Internet]. 6°. México: McGraw Hill; 2014. 634 p. Disponible en: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20a%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edic%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20a%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edic%C3%B3n.pdf)
52. Veiga J, De la Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Secur Trab [Internet]. 2008 [citado 18 de julio de 2020];54(210):81-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
53. Aliaga GC. Factores clínicos asociados a parto pretermino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Tavera" [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1299/6GALIAGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
54. San Mamés M. Influencia de la edad materna y la paridad en los resultados finales del parto. Rev Enferm CyL [Internet]. 2020;12:12. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/File/258/225>
55. Flores F del R. El aborto previo como factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno perinatal diciembre 2015- mayo 2016 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [citado 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323348886.pdf>
56. Martínez KE, Brizuela EA. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. [Internet]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80118543.pdf>
57. Montenegro E, Arango PM. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018. Rev Peru Investig Materno Perinat [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 17 de marzo de 2021];9(4):24-37. Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/215>

58. Pereira KA. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA). Lima – Perú [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina del Cusco; 2018 [citado 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ExLs6mi>



## ANEXOS

### ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

HCL:

#### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

##### 1.1 Edad:

##### 1.2 Grado de instrucción:

- Analfabeta
- Primaria incompleta / completa
- Secundaria incompleta / completa
- Superior no universitario incompleto / completo
- Superior universitario incompleto / completo

##### 1.3 Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada
- Conviviente
- Separada

##### 1.4 Zona de procedencia:

- Urbana
- Rural
- Urbano-marginal

##### 1.5 Ocupación:

- Estudiante
- Empleada del hogar
- Ama de casa
- Ambulante
- Agricultora
- Otro (especificar):

##### 1.6 Afiliada al SIS: SI NO

#### 2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

##### 2.1 Condición: Gestante Puérpera

##### 2.2 Gravidéz:

- Nuligesta (0)
- Primigesta (1)
- Segundigesta (2)
- Multigesta (3 a 5)
- Granmultigesta (6 a +)

##### 2.3 Paridad:

- Nulipara (0)
- Primipara (1)
- Segundipara (2)
- Multipara (3 a 5)
- Granmultipara (6 a +)

##### 2.4 N° Abortos: \_\_\_\_\_

#### 3. DESTINO DE REFERENCIA:

##### 3.1 Servicio de referencia:

- Emergencia
- Consultorio externo
- Apoyo diagnóstico (diagnóstico por imágenes, patología clínica, laboratorio)
- Otro (especificar)

##### 3.2 Establecimiento de destino:

- Centro de Salud Magdalena
- Centro de Salud Choropampa
- Centro de Salud Magna Vallejo
- Centro de Salud Pachacútec
- Hospital Simón Bolívar
- Hospital Regional Docente de Cajamarca

#### 4. DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA:

##### GESTANTE:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Distocia de presentación:<br>Feto transverso ( )<br>Feto podálico ( )  | <input type="checkbox"/> Trastorno Hipertensivo del embarazo:<br>Hipertensión inducida por el embarazo ( )<br>Hipertensión crónica ( )<br>Preeclampsia (PES) ( )<br>Eclampsia ( )<br>Síndrome de HELLP ( )   |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia 1ºT:<br>Amenaza de aborto ( )<br>Aborto retenido ( )<br>Aborto incompleto ( )<br>Aborto inevitable ( )<br>Aborto completo ( ) | <input type="checkbox"/> Cesareada anterior<br><input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas<br><input type="checkbox"/> Bateria gestante<br><input type="checkbox"/> Ecografía de rutina<br><input type="checkbox"/> Amenaza de parto pretérmino<br><input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal agudo<br><input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia 2ºT:<br>Placenta previa ( )<br>Rotura uterina ( )<br>DPP ( )  |  |

##### PUÉRPERA:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia postparto<br><input type="checkbox"/> Dehiscencia episiorrafia | <input type="checkbox"/> Infección de sitio operatorio (ISO)<br><input type="checkbox"/> Otro (Especificar): _____ |
|--|--|

**ANEXO 2. SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL PUESTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS.**

**SOLICITO: Permiso para aplicar trabajo de investigación en el Puesto de Salud Micaela Bastidas y acceder a la información requerida.**

**OBSTA. CYNTHIA MEGO RODRÍGUEZ**

**JEFA DEL PUESTO DE SALUD MICAELA BASTIDAS**

Yo, **Estefany Marycruz Linares Bustamante**, identificada con el DNI N° **72470404**, con domicilio en el **Jr. Rafael Narváez N°135**. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Obstetricia en la Universidad Nacional de Cajamarca, solicito a Ud. permiso para acceder al libro de referencias, historias clínicas y al Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGYP), ya que en ellos se registra la información que requiero para aplicar en su establecimiento de salud el trabajo de investigación sobre: **“Características de las referencias obstétricas de historias clínicas. Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud La Asunción. Cajamarca. Enero – Mayo. 2020”**, el cual es necesario para optar el grado de Obstetra. La recolección de los datos se realizará en un periodo de 4 semanas, desde el día 18 de agosto hasta el 12 de septiembre, durante las mañanas en horario de 11:00hrs a 13:00hrs y durante las tardes de 17:00hrs a 19:00hrs.

Por lo expuesto:


Pido a usted acceda a mi petición.

Cajamarca, 17 de agosto del 2020.

Atentamente,



Estefany M. Linares Bustamante  
DNI N° 72470404



Cynthia Mego Rodríguez  
OBSTETRA  
E @ B 2020  
Recibido 19/08/20.

**ANEXO 3. SOLICITUD DE PERMISO PARA APLICAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD ASUNCIÓN.**

**SOLICITO: Permiso para aplicar trabajo de investigación en el Centro de Salud La Asunción y acceder a la información requerida (Libro de referencias, Historias Clínicas y SIVIGYP).**

**DR. CHRISTIAN MITCHAEEL CABANILLAS PORTILLA**

**JEFE DEL CENTRO DE SALUD LA ASUNCIÓN**

Yo, **Estefany Marycruz Linares Bustamante**, identificada con el DNI N° **72470404**, con domicilio en el **Jr. Rafael Narváez N°135**. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Obstetricia en la Universidad Nacional de Cajamarca, solicito a Ud. permiso para acceder al libro de referencias, historias clínicas y al Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGYP), ya que en ellos se registra la información que requiero para aplicar en su establecimiento de salud el trabajo de investigación sobre: **“Características de las referencias obstétricas de historias clínicas. Puesto de Salud Micaela Bastidas y Centro de Salud La Asunción. Cajamarca. Enero – Mayo. 2020”**, el cual es necesario para optar el grado de Obstetra. La recolección de los datos se realizará en un periodo de 1 semana, durante las mañanas en horario de 11:00hrs a 13:00hrs y durante las tardes de 16:00hrs a 18:00hrs.

Por lo expuesto:

Pido a usted acceda a mi petición.

Cajamarca, 15 de septiembre del 2020

Atentamente,



Estefany M. Linares Bustamante  
DNI N° 72470404

